
DAK-Gesundheitsreport 2013

DAK Forschung

Martin Kordt

DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27 - 31

20097 Hamburg

Tel.: 040 2396-2649; Fax: 040 2396-4649

E-Mail: martin.kordt@dak.de

W 403-2013

Dieser Bericht wurde im Auftrag der DAK-Gesundheit erstellt durch das

IGES Institut GmbH

Friedrichstr. 180, D-10117 Berlin,

Tel.: 030 230809-0, Fax 030 230809-11,

Email: iges@iges.de

Rechtlicher Hinweis zur Nutzung dieser Studie:

Die ausschließlichen Rechte für diese Studie liegen bei der DAK-Gesundheit als Auftraggeberin.

Die Nutzung in Print- und Onlinemedien, Radio und TV bedarf keiner vorherigen Genehmigung.

Bedingung für die Nutzung ist der thematische Zusammenhang und die Angabe der Quelle (DAK-Gesundheit). Die vorherige schriftliche Genehmigung der DAK-Gesundheit ist aber in jedem Fall dann erforderlich, wenn die Nutzung im thematischen Zusammenhang mit der Werbung für Lebens-, Arznei- und Heilmittel erfolgen soll.

Das Recht zur Nutzung umfasst nicht Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen, Übersetzungen und die Einspeicherung in elektronische Systeme; diese weitergehende Nutzung ist ohne vorherige Zustimmung der DAK-Gesundheit unzulässig und strafbar.

Februar 2013

Vorwort

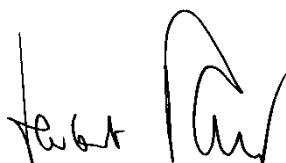
Im vergangenen Jahr ist unter dem Stichwort "Burn-out" eine breite öffentliche Diskussion über psychische Erkrankungen bei Berufstätigen bzw. über mögliche pathogene Bedingungen und Umstände der modernen Arbeitswelt entstanden. Angesichts der breiten Resonanz in den Medien für die Thematik erstaunt es nicht, dass sich auch zunehmend kritische Stimmen aus der Fachwelt erheben, die vor Übertreibungen warnen bzw. die die Zuverlässigkeit mancher Aussagen zur Verbreitung und Zunahme des Problems "Burn-out" in Frage stellen.

Sind die Deutschen ein Volk von psychisch Kranken? Ist der derzeitige Hype um die (angeblich) kranke Seele der Deutschen wirklich gerechtfertigt? Sind real viel mehr Menschen als vor 15 Jahren von psychischen Krankheiten betroffen?

Update psychische Erkrankungen – Sind wir heute anders krank?

Unter dieser Überschrift werden im DAK-Gesundheitsreport 2013 mögliche Hintergründe der Zunahme von Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen Störungen näher untersucht und diskutiert. Sind pathogene Arbeitsbedingungen tatsächlich die Haupt- oder gar einzige Ursache für die Zunahme psychischer Erkrankungen in der Arbeitswelt? Oder werden Krankheitszustände heute anders - nämlich als psychische Störung - etikettiert als früher? Gibt es eine Verschiebung im Diagnosespektrum? Unser Ziel ist es, mit neuen Erkenntnissen die Debatte um psychische Erkrankungen zu versachlichen.

Wie wir jüngst durch eine Umfrage von 100 Unternehmen aus allen Branchen und mit unterschiedlichen Betriebsgrößen erfahren konnten, haben viele Personalverantwortliche die psychischen Belastungen in der Arbeitswelt als Präventionsfeld erkannt und wünschen sich mehr Unterstützung durch die Krankenkassen. Ein erster Schritt für ein gezieltes Vorgehen sind aktuelle Gesundheitsdaten und Analysen. Mit diesem Report möchten wir den betrieblichen Akteuren Hintergrundinformationen an die Hand geben, um die Motivation für ein betriebliches Gesundheitsmanagement zu schaffen, welches systematisch Belastungen abbaut und die physische und psychische Gesundheit der Arbeitnehmer fördert.



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Vorsitzender des Vorstandes

Hamburg, Februar 2013

Vorwort.....	III
Zusammenfassung der Ergebnisse	VI
Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport.....	VII
1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2012.....	1
2 Arbeitsunfähigkeiten im Überblick.....	3
3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten	16
4 Schwerpunktthema: "Update psychische Erkrankungen" Sind wir heute anders krank?.....	27
5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	112
6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern	116
7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	125
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen	128
Anhang II: Tabellen	134
Anhang III: Liste der befragten Expertinnen und Experten.....	145
Anhang IV: Expertenfragebogen	146
Abbildungsverzeichnis.....	151
Literaturverzeichnis	155

Zusammenfassung der Ergebnisse

Gesamtkrankenstand leicht gesunken	Im Jahr 2012 ist der Krankenstand nach dem leichten Anstieg im Vorjahr um 0,1 Prozentpunkte gesunken. Der Krankenstand im Jahr 2012 liegt bei 3,8 Prozent (2011: 3,9 Prozent).
Betroffenenquote	Die Betroffenenquote lag 2012 bei 47,9 Prozent. Dies bedeutet, dass für 52,1 Prozent der DAK-Mitglieder keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Im Jahr 2012 ist die Betroffenenquote somit leicht gesunken (2011: 48,2 Prozent).
Fallhäufigkeit und -dauer	Die Erkrankungshäufigkeit ist mit 112,0 Fällen pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr ebenfalls gesunken (2011: 112,9 Arbeitsunfähigkeitsfälle). Die durchschnittliche Falldauer ist gleich geblieben. Sie beträgt wie im Vorjahr 12,6 Tage.
Wichtigste Krankheitsarten	Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems entfielen 2012 mehr als die Hälfte (52,1 Prozent) aller Krankheitstage:
Muskel-Skelett-Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lagen mit 325,9 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versichertenjahre wieder an der Spitze aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit rund 321 Tagen weniger Erkrankungstage auf diese Diagnose.
Psychische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Erkrankungen lagen mit einem Anteil von rund 15 Prozent hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand erstmals an zweiter Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr gab es einen leichten Anstieg und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 6,0 auf 6,1 Fälle pro 100 Versichertenjahre) als auch die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage betraf (von 196 auf 204 Tage pro 100 Versichertenjahre).
Atemwegserkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Erkrankungen des Atmungssystems verursachten 14,5 Prozent des Krankenstandes. 2012 gab es aufgrund von Atemwegserkrankungen 31 Erkrankungsfälle und 203 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre.
Gesundheitswesen und Öffentliche Verwaltung mit höchstem Krankenstand	Das Gesundheitswesen und die Öffentliche Verwaltung waren 2012 mit jeweils 4,4 Prozent die Branchen mit den höchsten Krankenstandswerten. Der Krankenstand ist hier gegenüber 2011 allerdings jeweils um 0,1 Prozentpunkte zurückgegangen. An dritter Stelle lag die Branche Nahrungs- und Genussmittel mit einem Krankenstand von 4,3 Prozent (2011: 4,2 Prozent). Am niedrigsten unter den Branchen mit hohem Anteil DAK-Versicherter war der Krankenstand in der Branche Bildung, Kultur und Medien mit 3,0 Prozent (2011: 3,0 Prozent).
Unterschiede zwischen den Bundesländern	Die Unterschiede zwischen den Bundesländern stellen sich folgendermaßen dar: In den westlichen Bundesländern (mit Berlin) betrug der Krankenstand durchschnittlich 3,7 Prozent, in den östlichen Bundesländern 4,6 Prozent. In den westlichen Bundesländern streute der Krankenstand zwischen dem niedrigsten Wert in Höhe von 3,2 Prozent in Baden-Württemberg und dem höchsten im Saarland mit 4,2 Prozent. Brandenburg stand 2012 mit einem Wert von 4,9 Prozent an der Spitze des Krankenstandsgeschehens der Bundesländer.

Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport

Was Sie auf den folgenden Seiten erwartet

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

**Kapitel 1:
Datenbasis**

Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der beiden Jahre 2012 und 2011 im Überblick dar. Sie erfahren beispielsweise, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungensfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die DAK-Mitglieder überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.

**Kapitel 2:
Arbeitsunfähigkeiten
im Überblick**

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

**Kapitel 3:
Ursachen von Arbeits-
unfähigkeiten**

Kapitel 4 befasst sich mit dem Schwerpunktthema des diesjährigen Gesundheitsreports: "Update Psychische Erkrankungen" – Sind wir heute anders krank. Das Schwerpunktthema enthält ausführliche Analysen in Bezug auf Arbeitsunfähigkeiten, die durch psychische Erkrankungen verursacht werden, die Ergebnisse einer standardisierten Befragung von ca. 3.000 Erwerbstätigen sowie eine qualitative Studie mit Hausärzten und Psychotherapeuten.

**Kapitel 4:
Schwerpunktthema:
Psychische Erkran-
kungen**

In Kapitel 5 und 6 folgen Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen und nach Bundesländern:

**Kapitel 5:
Analyse nach
Wirtschaftsgruppen**

Bei der Analyse nach Wirtschaftsgruppen konzentriert sich die Auswertung auf die Bereiche, in denen der größte Teil der DAK-Mitglieder tätig ist. Im Anhang I ist zudem eine Auswertung nach ausgewählten Berufsgruppen zu finden.

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

**Kapitel 6:
Regionale Analysen**

Der Berichtsteil des DAK-Gesundheitsreports 2013 schließt mit einer übergreifenden Zusammenfassung und wesentlichen Schlussfolgerungen der DAK-Gesundheit zum Schwerpunktthema.

**Kapitel 7:
Schlussfolgerungen**

Weitere Informationen, Erläuterungen und Tabellen

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

Anhang II: Tabellen Detaillierte Zahlenmaterialien zu den Arbeitsunfähigkeiten nach Regionen, Krankheitsarten und Wirtschaftsgruppen finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang II). Eine Übersicht über die aufgeführten Tabellen findet sich auf Seite 134.

Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen

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

Gesundheitsberichte der Ersatzkassen beruhen auf gemeinsamen Standard

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

Hier hat es ab dem Berichtsjahr 2012 eine Aktualisierung des Berechnungsverfahrens gegeben. Einzelheiten dazu können dem Anhang entnommen werden.¹ Die im vorliegenden Bericht analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten können daher mit den Zahlen in Berichten anderer Ersatzkassen nur dann verglichen werden, wenn diese den aktuellen Vorgaben ebenfalls zeitnah gefolgt sind. Auch Vergleichbarkeit des aktuellen sowie aller zukünftigen DAK-Gesundheitsreports mit zurückliegenden (d.h. einschließlich des DAK-Gesundheitsreports 2012) sind von daher nur eingeschränkt möglich. An Stellen wo im vorliegenden Bericht Bezüge zu historischen Werten (Zeitreihen, Vorjahresvergleiche) hergestellt werden, sind die historischen Kennzahlen neu berechnet worden und zum Vergleich mit angegeben.

Umstellung im Berechnungsverfahren

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

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

1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2012

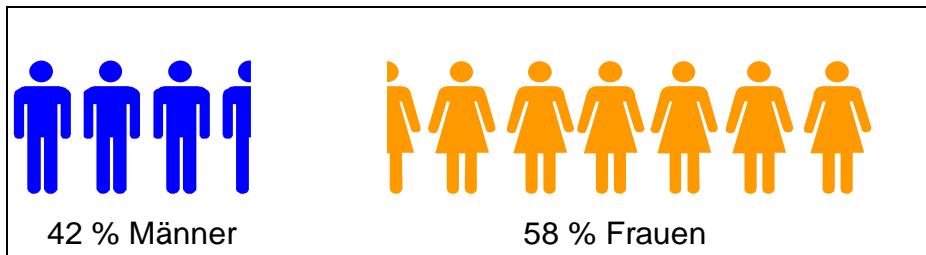
Der DAK-Gesundheitsreport 2013 berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2012 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK-Gesundheit waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK-Gesundheit hatten.

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

Die gesamte Datenbasis für das Berichtsjahr 2012 umfasst knapp 2,7 Mio. Mitglieder der DAK-Gesundheit, die sich zu 58 Prozent aus Frauen und zu 42 Prozent aus Männern zusammensetzen. Der Anteil der Männer ist in den letzten Jahren stetig gestiegen.

**Datenbasis 2012:
2,7 Mio. DAK-
Mitglieder**

Abbildung 1: DAK-Mitglieder im Jahr 2012 nach Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

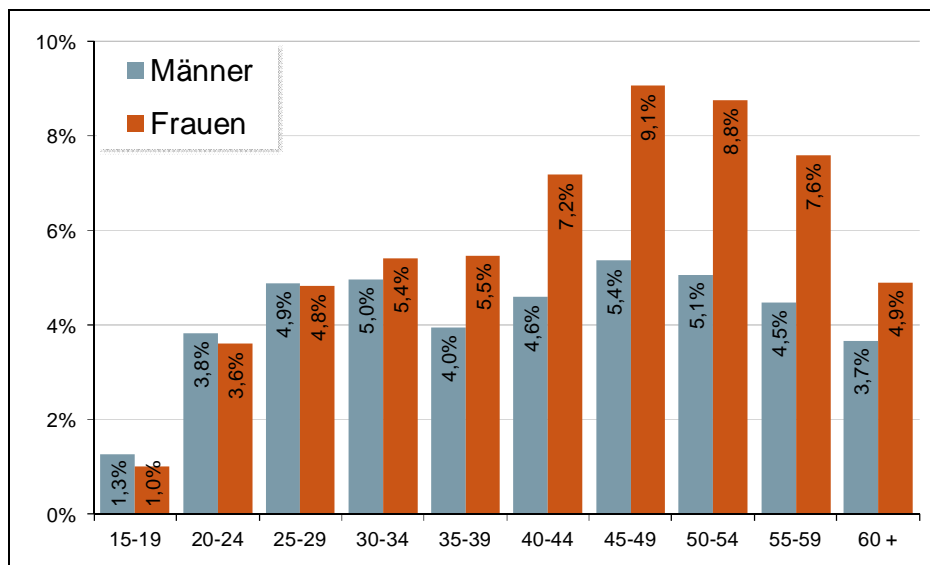
Die DAK-Gesundheit versichert aufgrund ihrer historischen Entwicklung als Angestelltenkrankenkasse insbesondere Beschäftigte in typischen Frauenberufen (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, in Büroberufen und Verwaltungen). Seit 1996 können auch andere Berufsgruppen Mitglied bei der DAK-Gesundheit werden.

Hinsichtlich der Datenbasis ist zu beachten, dass nicht alle erwerbstätigen Mitglieder über das ganze Jahr bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Daher werden die knapp 2,7 Mio. Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ umgerechnet. Für das Jahr 2012 umfasst die Datenbasis rund 2,4 Mio. Versichertenjahre.

**2,7 Mio. Mitglieder
entsprechen in etwa
2,4 Mio. Versicherten-
jahre**

Alle in diesem Gesundheitsreport dargestellten Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten schließen nur diejenigen Erkrankungsfälle ein, für die der DAK-Gesundheit im Jahr 2012 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Abbildung 2: Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen DAK-Mitglieder im Jahr 2012



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

In allen Altersgruppen ab der Gruppe der 30- bis 34-Jährigen ist der Anteil der Frauen höher als der der Männer. In den unteren Altersgruppen stellen Männer einen geringfügig größeren Anteil. In der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen ist der Anteil der Frauen und Männer nahezu gleich hoch.

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

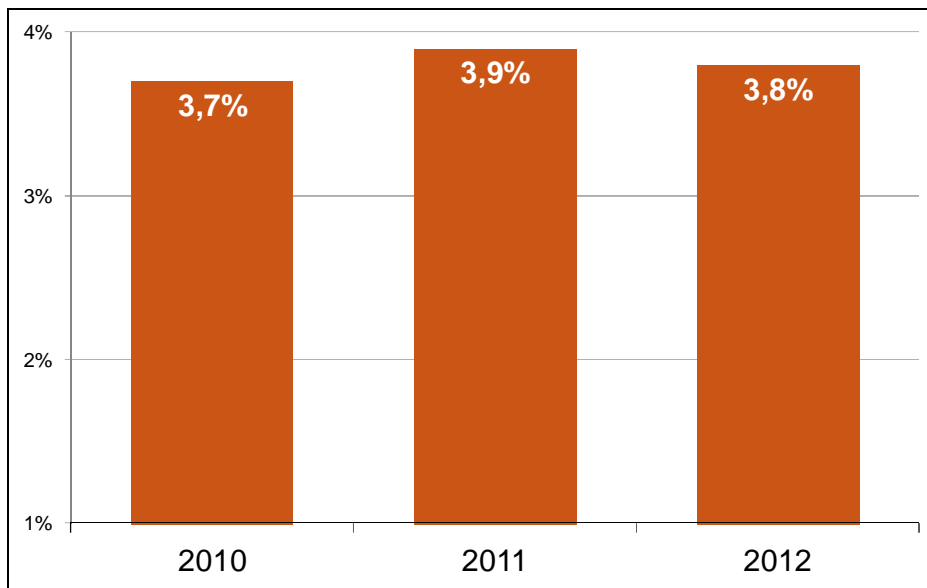
Zugleich sichert diese Vorgehensweise die Vergleichbarkeit der Krankenstandswerte mit den Zahlen anderer Ersatzkassen.

2 Arbeitsunfähigkeiten im Überblick

Der Krankenstand

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

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2012

2012 betrug der DAK-Krankenstand 3,8 Prozent und ist gegenüber dem Wert des Vorjahres leicht gesunken.

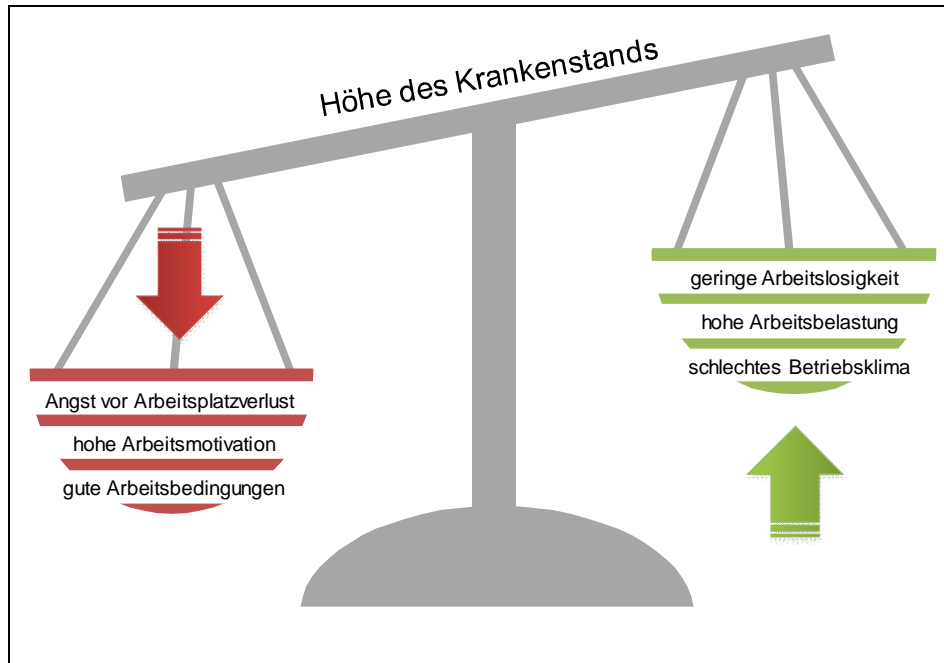
**Krankenstand 2012
leicht gesunken**

Der Krankenstand bewegt sich in den letzten 10 Jahren insgesamt auf einem relativ niedrigen Niveau. Nach einem leichten Anstieg im vergangenen Jahr ist der Wert des Krankenstands im Jahr 2012 um 0,1 Prozentpunkte gesunken auf ein Niveau von 3,8 Prozent.

Einflussfaktoren auf den Krankenstand

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

Abbildung 4: Einflussfaktoren auf den Krankenstand



Quelle: DAK-Gesundheit 2012

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

Faktoren auf der volkswirtschaftlichen Ebene:

Konjunktur und Situation am Arbeitsmarkt

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

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

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

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

Weitere volkswirtschaftliche Faktoren sind:

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

**Wandel der
Beschäftigtenstruktur**

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

Betriebliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand:

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

**Steigende Stressbe-
lastung durch
Arbeitsverdichtung**

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

**Umsetzung von
betrieblicher Gesund-
heitsförderung**

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

Wie die Diskussion um die Einflussfaktoren zeigt, wird der Krankenstand von einer Vielzahl einzelner Faktoren beeinflusst, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen. Und schließlich verbergen sich hinter den Krankenstandswerten unterschiedliche Krankheiten und Gesundheitsrisiken. Auch eine Veränderung des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens kann eine Änderung des Krankenstandsniveaus begründen.

Alles in allem lässt sich nicht der eine Mechanismus identifizieren, der eine starke Absenkung des Krankenstandes bewirken könnte. Es ist

daher schwierig, eine zuverlässige Prognose für die zukünftige Entwicklung des Krankenstandes abzugeben.

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

Strukturmerkmale des Krankenstandes

Vertiefte Analyse des Krankenstands

Der Krankenstand ist eine komplexe Kennziffer, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Eine Betrachtung der einzelnen Faktoren ermöglicht ein weitergehendes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für das Jahr 2012 dargestellt werden, werden diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert:

„AU-Tage pro 100 ganzjährig versicherte Mitglieder“

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

„Krankenstand in Prozent“

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

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

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

„AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre“ bzw. ganzjährig Versicherte und „durchschnittliche Falldauer“

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

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

³ Für das Jahr 2012 steht im Nenner die Zahl 366, weil 2012 ein Schaltjahr war.

Der Krankenstand (KS) in Prozent kann demnach auch wie folgt berechnet werden:⁴

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

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

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

„AU-Fälle bis zu 6 Wochen“ und

... über 6 Wochen Dauer“

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

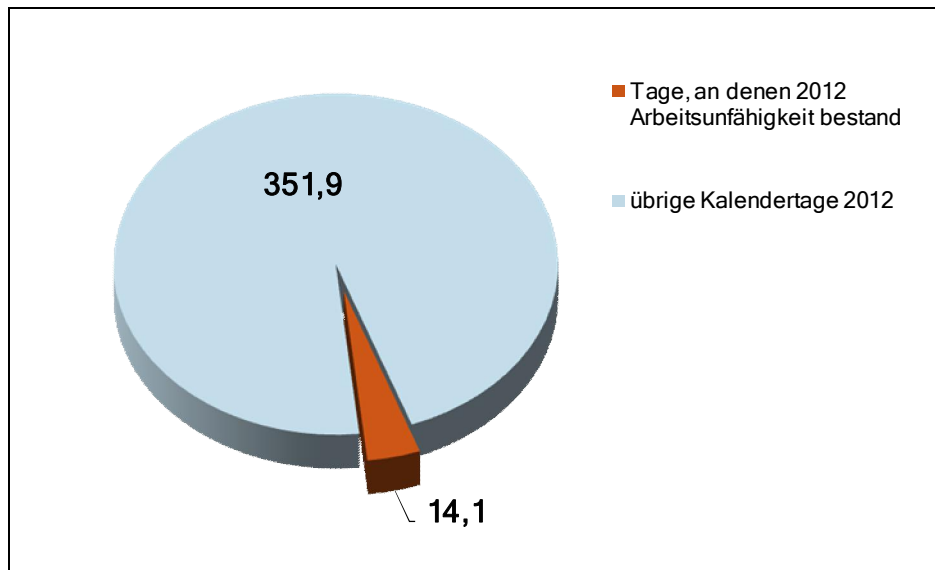
Jedes dieser Strukturmerkmale beeinflusst die Krankenstandshöhe. Ihre Betrachtung ist daher sinnvoll, wenn man die Krankenstände im Zeitverlauf oder zwischen unterschiedlichen Betrieben, Branchen oder soziodemographischen Gruppen miteinander vergleichen will. In den folgenden Abschnitten werden die genannten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

Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

Bei 100 ganzjährig versicherten DAK-Mitgliedern wurden 2012 im Durchschnitt 1.405,3 Fehltage wegen Arbeitsunfähigkeit (AU) registriert. Der Krankenstand von 3,8 Prozent in 2012 wird aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnet: Verteilt man die im Jahr 2012 je 100 Versicherte angefallenen 1.405,3 Arbeitsunfähigkeitstage auf die 366 Kalendertage des Jahres 2012, so waren an jedem Tag 3,8 Prozent der DAK-versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.

⁴ Auch bei dieser Formel gilt: Für das Schaltjahr 2012 steht die Zahl 366 im Nenner.

Abbildung 5: AU-Tage eines durchschnittlichen DAK-Mitglieds 2012 (Basis: 366 Kalendertage)

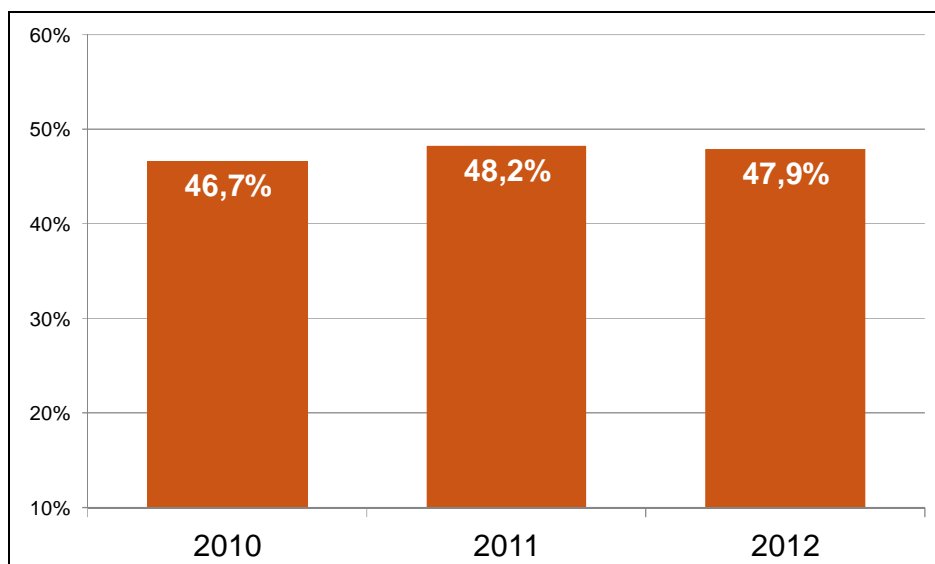


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Betroffenenquote

2012 hatten 47,9 Prozent der DAK-Mitglieder mindestens eine Arbeitsunfähigkeit. Dies bedeutet umgekehrt: Mehr als die Hälfte (52,1 Prozent) war das ganze Jahr über kein einziges Mal arbeitsunfähig. Abbildung 6 zeigt die Betroffenenquoten für die Jahre 2010 bis 2012.

Abbildung 6: Betroffenenquote 2012 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2012

Die Betroffenenquote hat sich in den letzten drei Jahren nicht merklich verändert. Gegenüber dem Vorjahr ist die Betroffenenquote im Jahr 2012 leicht gesunken.

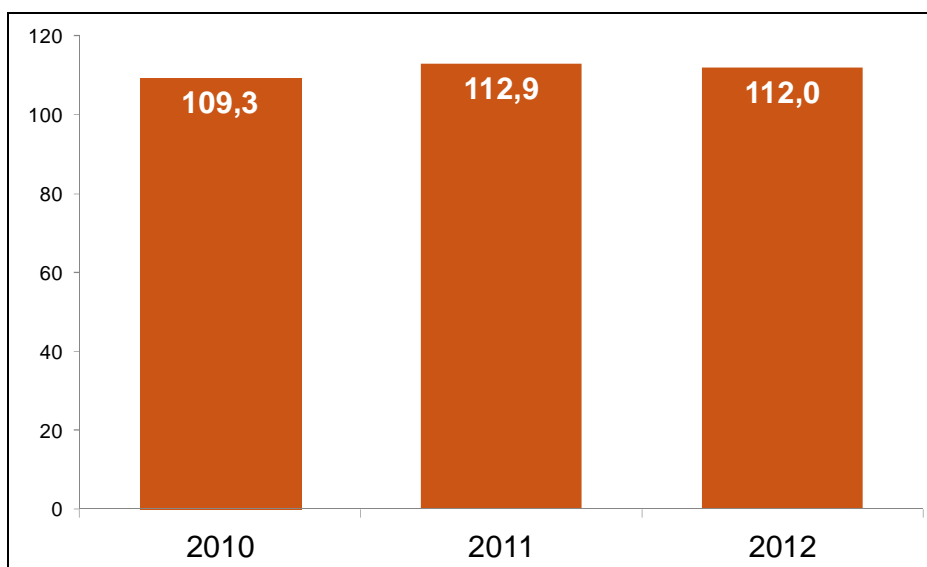
Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Die Häufigkeit ist in 2012 leicht gesunken und die Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle gleich geblieben, sodass das Krankenstandsniveau in 2012 etwas unter dem des Vorjahres liegt.

Die Erkrankungshäufigkeit lag 2012 mit 112,0 Erkrankungsfällen je 100 Versicherte unter der im Vorjahr (2011: 112,9 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2012 durchschnittlich mehr als einmal arbeitsunfähig.

112,0 Erkrankungsfälle pro 100 ganzjährig Versicherte

Abbildung 7: AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2012



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2012

Insgesamt liegt die Erkrankungshäufigkeit in den Jahren 2011 und 2012 über dem Wert von 2010. Der Wert für 2012 ist gegenüber dem des Vorjahres leicht zurückgegangen.

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

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

Einerseits reichen nicht alle DAK-Mitglieder die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihres Arztes bei der DAK-Gesundheit ein. Andererseits ist eine Bescheinigung für den Arbeitgeber in der Regel erst ab dem vierten Kalendertag erforderlich. Kurzzeit-Erkrankungen von ein bis drei Tagen Dauer werden durch die Krankenkassen folglich nur erfasst,

**Gründe für Unter-
erfassung von AU-
Fällen bei den Kran-
kenkassen**

soweit eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Als Konsequenz dieser Umstände können sowohl die tatsächliche Betroffenenquote als auch die tatsächliche Fallhäufigkeit und damit verbunden die tatsächlich angefallenen AU-Tage in einem Berichtsjahr über den erfassten Werten liegen.

**Untersuchung zur AU-
„Dunkelziffer“**

Um diese „Dunkelziffer“ zu quantifizieren, hat die DAK-Gesundheit im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt: Berücksichtigt man z. B. auch die AU-Fälle, die den Krankenkassen nicht bekannt werden – entweder weil die Betroffenen gar nicht beim Arzt waren oder weil die ärztliche Bescheinigung nicht bei der Krankenkasse eingereicht wurde – so ergibt sich eine im Durchschnitt um etwa 19 Prozent höhere Fallhäufigkeit. Übertragen auf die DAK-Mitglieder im Jahr 2012 bedeutet dieser Befund, dass die „wahre“ Häufigkeit von AU-Fällen geschätzt bei etwa 133 Fällen pro 100 Versicherte liegt.

**„Wahre“ Fallhäufig-
keit um etwa
19 Prozent höher**

**„Wahrer“ Kranken-
stand um 5 Prozent
höher**

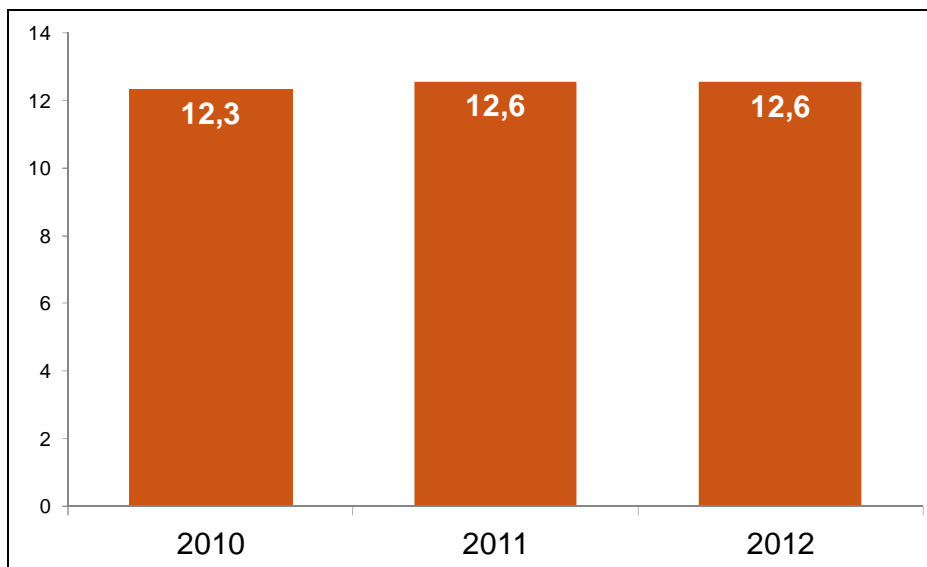
Aufgrund der geringen Dauer der nicht registrierten Fälle wird der „wahre“ Krankenstand dagegen nur um 5 Prozent unterschätzt. Korrigiert man den ermittelten DAK-Krankenstand 2012 von 3,84 Prozent um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer Krankenstand“ von etwa 4,03 Prozent.

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

Durchschnittliche Falldauer

Innerhalb der letzten drei Jahre hat sich die durchschnittliche Erkrankungsdauer nur unwesentlich verändert. Ein AU-Fall in 2012 dauerte wie im Vorjahr im Durchschnitt 12,6 Tage. Der Wert liegt damit leicht über dem in 2010.

Abbildung 8: Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2012 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2012

Bedeutung der Arbeitsunfähigkeitsfälle unterschiedlicher Dauer

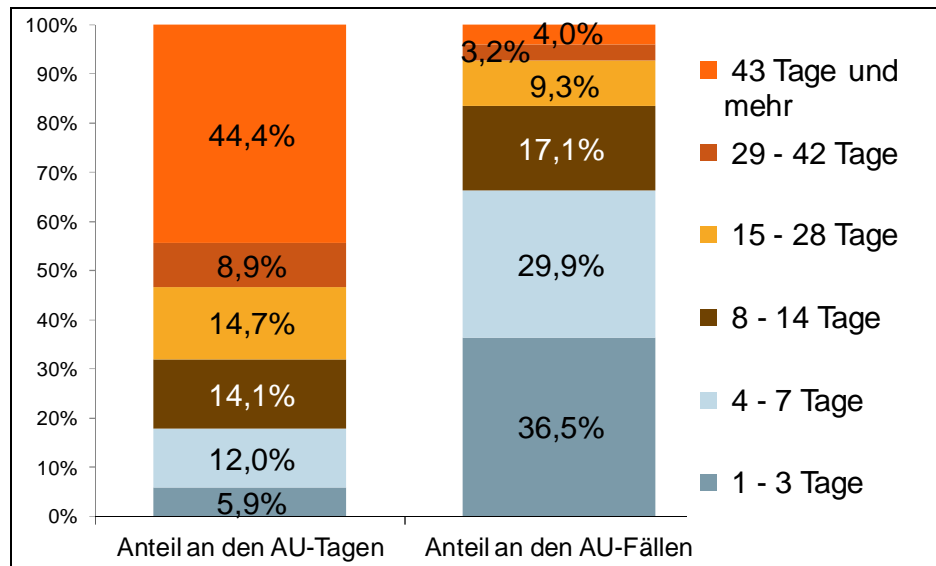
Hinter der Kennziffer „Krankenstand“ verbirgt sich ein sehr heterogenes Geschehen: Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt durch eine große Zahl von kurz dauernden und eine erheblich kleinere Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 9 veranschaulicht diesen Zusammenhang für das Berichtsjahr 2012:

- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machen 66,4 Prozent aller AU-Fälle aus (1 bis 3-Tages-Fälle 36,5 Prozent und 4 bis 7-Tages-Fälle 29,9 Prozent).
- Andererseits sind diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 17,9 Prozent der AU-Tage – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu drei Tagen Dauer verursachen nur 5,9 Prozent der Ausfalltage.

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

AU von kurzer Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand

Abbildung 9: Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2012 insgesamt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

2012 machen Langzeitarbeitsunfähigkeiten 44,4 Prozent des Krankenstandes aus

- 44,4 Prozent der AU-Tagen entfielen auf nur 4,0 Prozent der Fälle, und zwar auf die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer. Damit ist im Vergleich zum Vorjahr der Anteil der Langzeitarbeitsunfähigkeiten an den AU-Fällen leicht zurückgegangen (2011: 4,1 Prozent). Ihr Anteil an den AU-Tagen ist um 0,3 Prozentpunkte gesunken (2011: 44,7 Prozent).

Ein weiteres Sinken des Anteils von Langzeitarbeitsunfähigkeiten am Krankenstand bedarf neben dem Erfordernis der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung Rehabilitationsmaßnahmen sowie auch ein Wiedereingliederungsmanagement in Betrieben (BEM).

Langzeitarbeitsunfähigkeiten durch betriebliches Eingliederungsmanagement überwinden

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

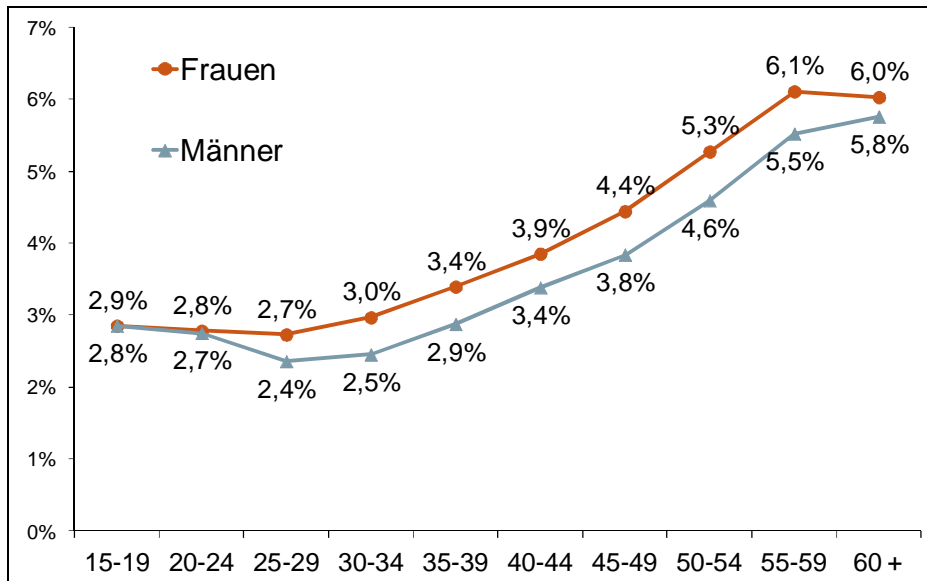
Zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gehören alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderung nachhaltig zu sichern.

Rehabilitationsträger und Integrationsämter bieten Betrieben Unterstützung

Zur Umsetzung dieser Vorschrift stehen die Krankenkassen als Rehabilitationsträger sowie auch Berufsgenossenschaften, Rentenversicherungsträger, Agenturen für Arbeit einschließlich ihrer gemeinsamen Servicestellen neben Integrationsämtern bzw. Integrationsfachdiensten den Betrieben beratend und unterstützend zur Seite.

Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 10: Krankenstand 2012 nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten ist mit durchschnittlich 4,1 Prozent – wie auch in den Vorjahren – höher als der der männlichen Versicherten (3,6 Prozent). Wie der Altersverlauf zeigt, liegt der Krankenstand der Frauen etwa ab dem 21. Lebensjahr über dem der Männer.

Krankenstand bei Frauen höher als bei Männern

Der höhere Krankenstand von Frauen ist im Wesentlichen auf eine höhere Fallhäufigkeit (120,5 Fälle bei Frauen gegenüber 104,6 Fälle bei Männern je 100 Versichertenjahre) zurückzuführen. Frauen arbeiten überdurchschnittlich viel in Berufsgruppen mit hohen Krankenständen. Die Durchschnittliche Falldauer liegt bei Männern mit 12,7 Tagen leicht über der bei Frauen (12,4 Tage).

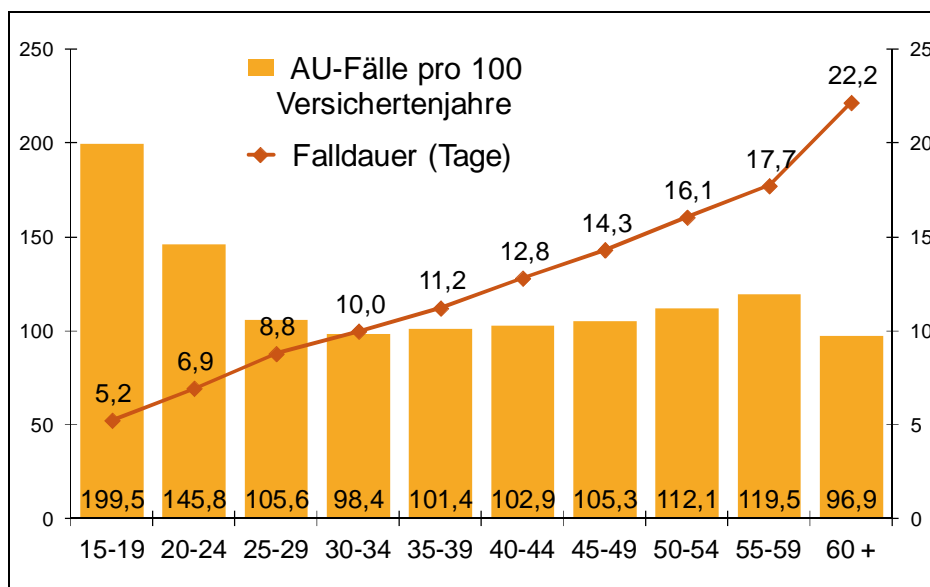
Und warum haben Männer einen niedrigeren Krankenstand als Frauen? Sind Männer gesünder als Frauen? Trotz des im Vergleich zu den Frauen niedrigen Krankenstandes gibt es mänderspezifische Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt, so ein Ergebnis des DAK-Gesundheitsreports 2008 zum Thema „Mann und Gesundheit“.

Männerspezifische Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt

Beide Kurven in Abbildung 10 zeigen ab dem 25. Lebensjahr einen tendenziell ansteigenden Verlauf, der sich bei den Frauen in der Altersgruppe der über 60-Jährigen umkehrt. Dies ist vermutlich durch den als „healthy-worker-effect“ bezeichneten Selektionsmechanismus bedingt. Gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter scheidet über Frühverrentungsangebote oftmals vorzeitig aus der Gruppe der hier betrachteten aktiven Erwerbstätigen aus.

Auffällig sind in Abbildung 10 darüber hinaus die jüngsten Altersgruppen: Hier liegt der Krankenstandswert der Männer zweimal gleichauf mit dem der weiblichen DAK-Versicherten. Eine Erklärung für diesen insgesamt typischen Krankenstandsverlauf liefert die Zerlegung des Krankenstandes in seine beiden Komponenten „Erkrankungshäufigkeit“ und „Erkrankungsdauer“.

Abbildung 11: Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2012



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Höchste Zahl von AU-Fällen bei den jüngsten Mitgliedern

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

In den jüngeren Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Abstand am häufigsten. Am auffälligsten ist die Gruppe der jüngsten Mitglieder: Bei den unter 20-Jährigen ist im Vergleich zu den Mitgliedern in den mittleren Altersgruppen und der höchsten Altersgruppe die Fallzahl mit rund 200 Fällen pro 100 Versicherte fast doppelt so hoch.

Schwerpunktthema 2011: „Gesundheit junger Arbeitnehmer“

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

Mit zunehmenden Alter dauern Arbeitsunfähigkeiten länger

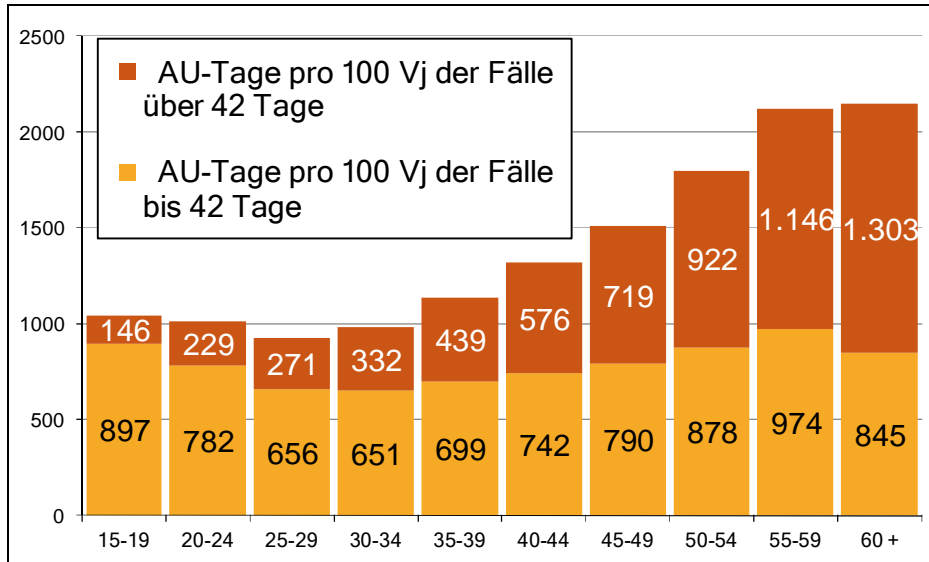
Mit anderen Worten: Jüngere Arbeitnehmer werden in der Regel zwar häufiger, allerdings meist nur wenige Tage krank. Eine durchschnittliche Erkrankung eines 15- bis 19-Jährigen dauerte beispielsweise nur 5,2 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 17,7 Tage.

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

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

die Tage, die auf längere Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen entfielen (dunkler Säulenabschnitt).

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

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

Während bei den 15- bis 19-Jährigen lediglich ein Anteil von 14,0 Prozent des Krankenstandes auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, beträgt dieser Wert in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 60,7 Prozent. Mit anderen Worten: Bei den über 60-Jährigen werden rund 61 Prozent des Krankenstandes durch Erkrankungen von über sechs Wochen Dauer verursacht.

3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Auswertung der medizinischen Diagnosen

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

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

Ausgangspunkt dieser Analyse sind die Angaben der Ärzte zu den medizinischen Ursachen für eine Arbeitsunfähigkeit, die mithilfe eines internationalen Schlüssel-systems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden.⁵

Die wichtigsten Krankheitsarten

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

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, auf psychische Erkrankungen sowie auf Erkrankungen des Atmungssystems entfallen 2012 mehr als die Hälfte aller Krankheitstage (52,1 Prozent):

Muskel-Skelett-Erkrankungen auch 2012 an der Spitze ...

Im Jahr 2012 hatten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems einen Anteil von 23,2 Prozent am Krankenstand. Mit 325,9 AU-Tagen je 100 Versicherte lag diese Krankheitsart – wie schon in den Vorjahren – beim Tagevolumen an der Spitze. Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit lagen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 17,4 Erkrankungsfällen pro 100 Versicherte an zweiter Stelle.

... und leichter Anstieg gegenüber dem Vorjahr

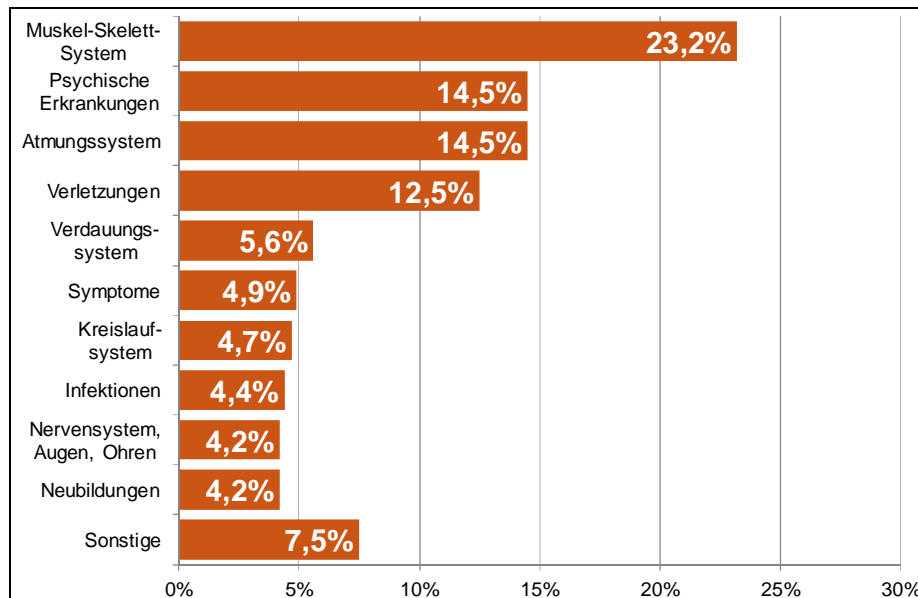
Der Krankenstand wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ist 2012 im Vergleich zum Vorjahr (2011: 320,7 AU-Tage pro 100 Versicherte) gestiegen.

Gesundheitsreport 2003

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

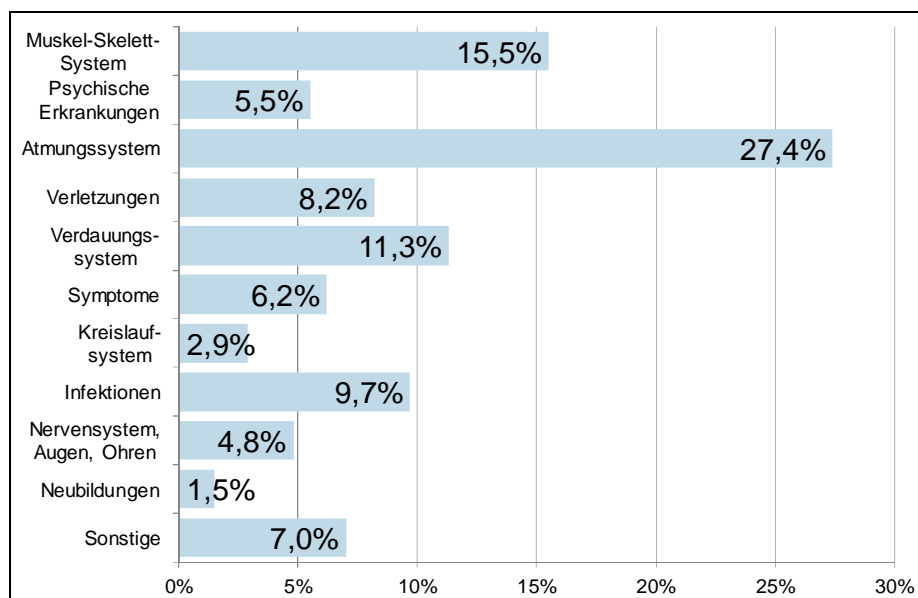
⁵ Vgl. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Atemwegserkrankungen weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: 2012 entfielen 27,4 Prozent aller Krankheitsfälle auf derartige Diagnosen. 100 ganzjährig Versicherte waren im Durchschnitt 31 Mal wegen Diagnosen aus dieser Krankheitsart arbeitsunfähig.

**Atemwegserkrankungen:
Leichter Rückgang
der AU-Tage**

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Erkrankungshäufigkeit des Atmungssystems leicht gesunken. Im Jahr 2011 lag die Fallhäufigkeit noch bei 32,0 AU-Fällen je 100 ganzjährig Versicherte, die Anzahl der AU-Tage insgesamt ist von 215,2 im Jahr 2011 auf 203,1 pro 100 Versicherte in 2012 gesunken. Dies entspricht bei den Maßzahlen einem Rückgang von 4 Prozent der AU-Fälle sowie 6 Prozent der AU-Tage.

Bei den meisten Erkrankungen des Atmungssystems handelt es sich um eher leichte Erkrankungen, denn die durchschnittliche Falldauer von 6,6 Tagen ist vergleichsweise kurz. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dauern mit durchschnittlich 18,7 Tagen. Noch länger dauern psychische Erkrankungen (durchschnittlich 33,2 Tage). Daher standen Erkrankungen des Atmungssystems mit einem Anteil von 14,5 Prozent⁶ (14,46 Prozent) am Krankenstand nur an dritter Stelle des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens.

**Anstieg der AU-Tage
wegen psychischer
Erkrankungen**

An zweiter Stelle stehen hinsichtlich des AU-Tage-Volumens die Psychischen Erkrankungen mit 14,5 Prozent der Ausfalltage. Im Vergleich zum Vorjahr ist mit 203,5 AU-Tagen pro 100 Versicherte ein weiterer Anstieg der Fehltagetage festzustellen (2011: 195,6 AU-Tage). Auch die Erkrankungshäufigkeit mit durchschnittlich 6,1 Fällen ist gegenüber dem Vorjahr weiter angestiegen (2011: 6,0 AU-Fälle je 100 VJ).

**„Psychische Erkrankun-
gen“ Schwerpunkt
in den Jahren 2002,
2005 und 2013**

Nach epidemiologischen Studien gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen. Die gestiegene Bedeutung von psychischen Erkrankungen hat die DAK bereits mit Sonderanalysen in den Gesundheitsreporten 2002 und 2005 berücksichtigt. Den aktuellen Entwicklungen und Hintergründen diese Phänomens widmet sich das diesjährige Schwerpunktthema.

**Leichter Rückgang
der AU-Tage wegen
Verletzungen**

Verletzungen weisen mit 175,7 AU-Tagen pro 100 Versicherte einen Anteil von 12,5 Prozent am Krankenstand auf. Der einzelne Fall dauerte im Durchschnitt 19,2 Tage und es traten 2012 insgesamt 9,1 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte auf. Im Vergleich zum Vorjahr sank das AU-Volumen (2011: 183,2 AU-Tage pro 100 Versicherte). Der Anteil der AU aufgrund von Verletzungen am Gesamtkrankenstand sank um 0,4 Prozentpunkte (2011: 12,9 Prozent).

Krankheiten des Verdauungssystems hatten 2012 einen Anteil von 5,6 Prozent am Krankenstand. Damit ist ihr Anteil am Krankenstand um 0,1 Prozentpunkte gesunken. Generell sind Erkrankungen dieses Diagnosespektrums von vergleichsweise kurzer Falldauer, dafür eher von größerer Häufigkeit. In 2012 traten 12,7 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte mit einer durchschnittlichen Falldauer von 6,2 Tagen auf. Daraus resultiert ein Fehltagetagevolumen von 79,1 Tagen pro 100 Versicherte.

Im Vergleich zum Vorjahr haben Diagnosen dieser Krankheitsart in ihrer Bedeutung für den Gesamtkrankenstand leicht abgenommen (2011: Anteil von 5,7 Prozent)

Unter den zehn wichtigsten Krankheitsarten befinden sich über die genannten hinaus Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, Kreislauferkrankungen, Infektionen und parasitäre Krankheiten, Erkrankungen des Nervensystems, des Auges und des Ohres sowie Neubildungen (u. a. Krebserkrankungen). Unter die Diagnosegruppe

⁶ Psychische Erkrankungen haben einen geringfügig höheren Anteil an den AU-Tagen als Atemwegserkrankungen, der erst ab der zweiten Nachkommestelle sichtbar ist (Anteil Atemwegserkrankungen: 14,46; Psychische Erkrankungen: 14,48).

„Symptome“ fallen Krankheitssymptome oder (Labor-) Befunde, deren Ursache (bisher) nicht festgestellt werden kann. Dies können u. a. körperliche Beschwerden ohne zugrunde liegende bzw. feststellbare krankhafte Organveränderungen sein (z. B. Schmerzen, für die keine Grunderkrankung gefunden werden kann).

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems haben bei Männern mit einem Anteil von 25,2 Prozent an den AU-Tagen eine größere Bedeutung als bei Frauen (21,2 Prozent). Krankheiten des Atmungssystems haben hingegen bei den Frauen eine größere Bedeutung als bei Männern (15,3 Prozent gegenüber 13,6 Prozent). Hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand lagen sie bei den Frauen und bei den Männern erst an dritter Stelle.

An zweiter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten folgten bei den Männern Verletzungen mit einem Anteil von 15,8 Prozent. Verletzungen hatten bei den Männern einen deutlich höheren Anteil am Krankenstand als bei Frauen (9,1 Prozent), bei denen Verletzungen erst den vierten Rang einnehmen.

Bei den Frauen stehen – nach Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems – psychische Erkrankungen an zweiter Stelle mit einem Anteil von 17,3 Prozent an den AU -Tagen. Bei den Männern nehmen psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 11,7 Prozent den vierten Rang ein.

An fünfter Stelle stehen bei Männern die Erkrankungen des Verdauungssystems mit einem Anteil von 6,1 Prozent am Krankenstand. Mit einem Anteil von 5,1 Prozent nehmen diese Erkrankungen bei Frauen keinen der vorderen fünf Plätze ein. Im Vergleich zum Vorjahr ist bei Männern ein geringfügiger Rückgang der AU-Tage pro 100 Versichertenjahre zu erkennen.

Bei Frauen stehen an fünfter Stelle mit einem Anteil von 5,4 Prozent an den AU-Tagen Erkrankungen mit „Symptomen und abnorme klinische und Laborbefunden“; das sind Symptome, bei denen eine organische Ursache noch nicht festgestellt werden konnte.

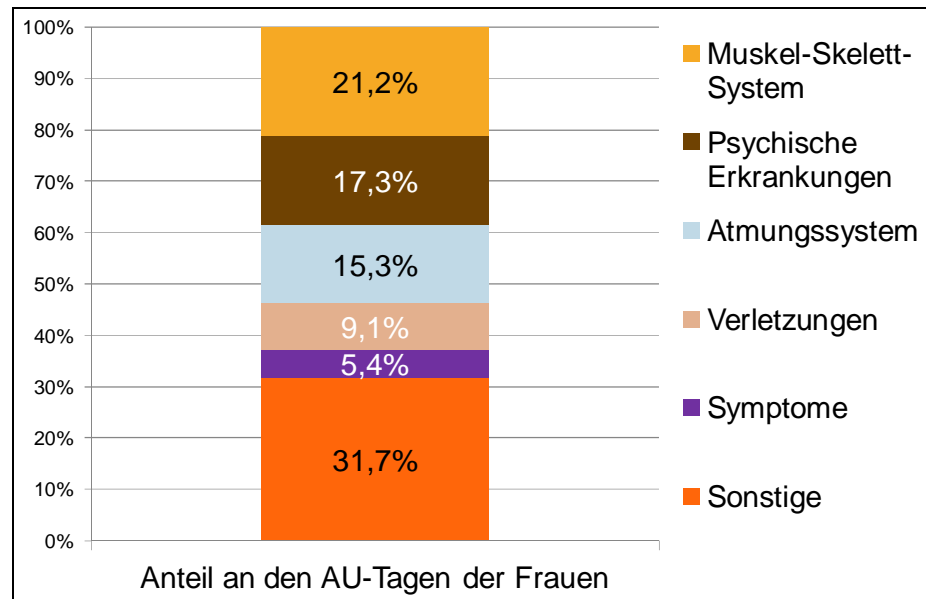
Muskel-Skelett-Erkrankungen: Männer liegen vorn
Atemwegserkrankungen: Frauen vorn

Verletzungen: deutlich mehr AU-Tage bei Männern

Psychische Erkrankungen: mehr AU-Tage bei Frauen

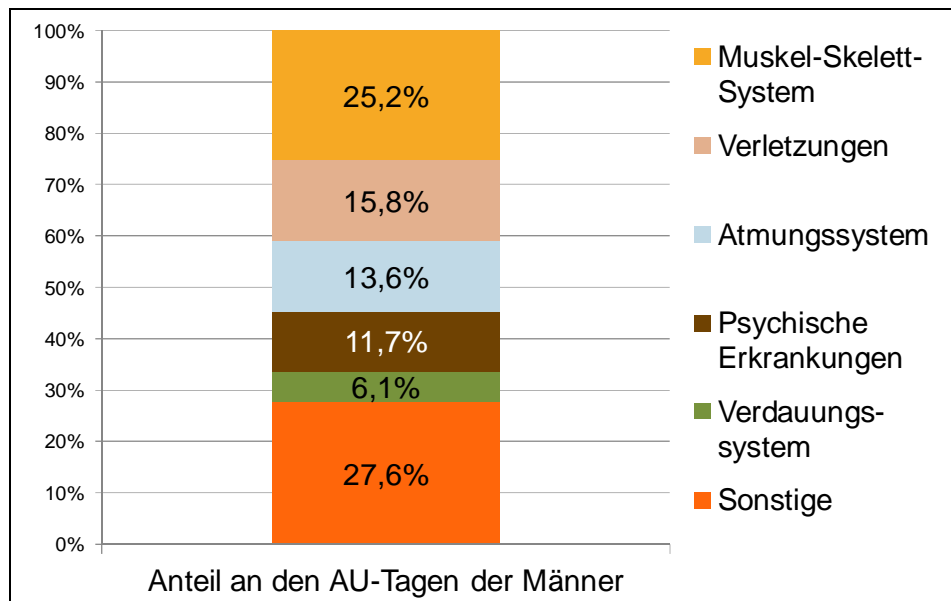
Erkrankungen des Verdauungssystems: Abnahme der AU-Tage

Abbildung 15: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Frauen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Abbildung 16: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Männern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Ferner wird aus Abbildung 15 und Abbildung 16 deutlich, dass bei Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (31,7 Prozent) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei Männern (27,6 Prozent). Dies ist besonders auf den bei Frauen im Vergleich zu den Männern hohen Anteil von Neubildungen (5,2 Prozent im Vergleich zu 3,2 Prozent) sowie Erkrankungen des Urogenitalsystems (2,7 Prozent im Vergleich zu 1,2 Prozent) und Schwangerschaftskomplikationen (1,6 Prozent) zurückzuführen.

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Abbildung 17 zeigt die Bedeutung der fünf wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 18 in den fünf höheren Altersgruppen. Wie aus den Abbildungen ersichtlich wird, steigt die Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, und zwar von 8,6 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen auf 30,1 Prozent bei den über 60-Jährigen.

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

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems verhält es sich genau umgekehrt: Ihr Anteil am Krankenstand ist in der jüngsten Altersgruppe mit 26,4 Prozent am höchsten. Mit den Jahren nimmt ihre Bedeutung für den Gesamtkrankenstand jedoch ab. Bei den über 60-Jährigen entfallen nur noch 9,6 Prozent aller Ausfalltage auf Erkrankungen mit dieser Diagnose. (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2011: „Wie gesund sind junge Arbeitnehmer?“).

Auf die Krankheitsart Verletzungen entfallen bei den jüngsten DAK-Mitgliedern 22,3 Prozent aller Krankheitstage. In der obersten Altersgruppe liegt ihr Anteilswert nur noch bei 9,4 Prozent. Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursache, was u. a. auf ein anderes Freizeitverhalten und eine größere Risikobereitschaft zurückgeführt werden kann.

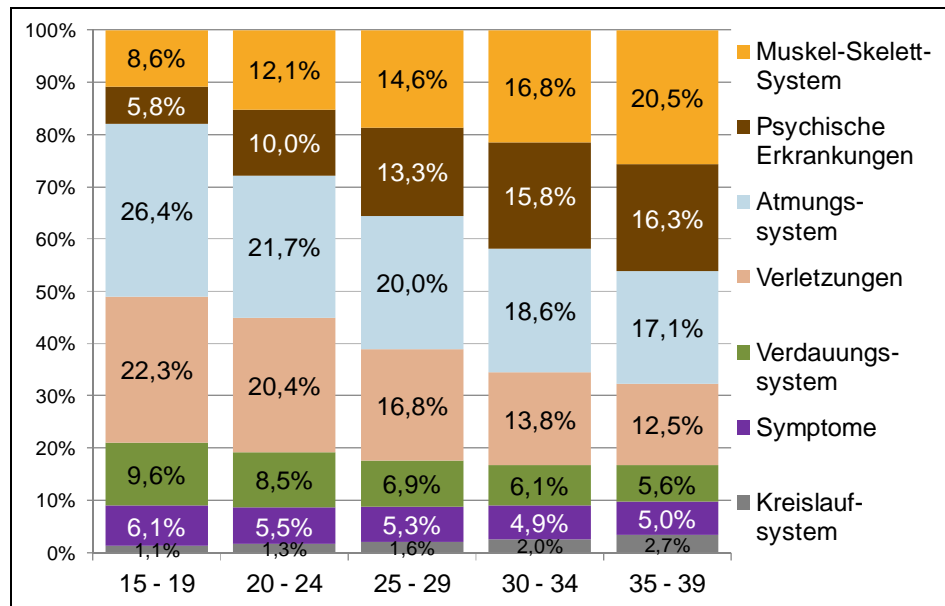
Der Anteil der psychischen Störungen am Gesamtkrankenstand steigt von 5,8 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 16,9 Prozent bei den 40- bis 44-Jährigen an. Ab dem 45. Lebensjahr nimmt die relative (!) Bedeutung psychischer Erkrankungen (bei insgesamt steigendem Krankenstandsniveau) dann wieder ab. Ihr Anteil liegt bei den über 60-Jährigen nur noch bei 12,0 Prozent. Mit diesem und anderen Phänomenen setzt sich das diesjährige Schwerpunktthema in Kapitel 4 auseinander.

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems im Alter

Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems bei den Jüngsten am höchsten

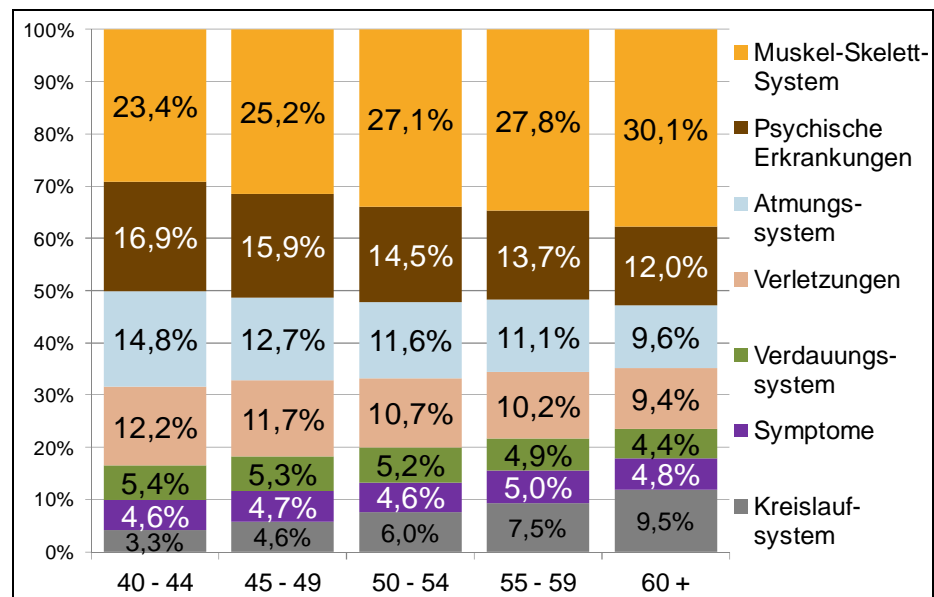
Fehltage aufgrund von Verletzungen sind mit zunehmenden Alter rückläufig

Abbildung 17: Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen (#117)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Abbildung 18: Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen (#118)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Erkrankungen des Kreislaufsystems

Auch Erkrankungen des Kreislaufsystems haben hinsichtlich ihrer Altersverteilung eine mit zunehmendem Alter zunehmende Bedeutung für den Krankenstand. Erkrankungen mit dieser Diagnose sind bei den 15- bis 19-Jährigen für 1,1 Prozent des Krankenstands verantwortlich, bei den über 60-Jährigen ist der Anteil mit 9,5 Prozent deutlich darüber.

Alles in allem muss bei der Interpretation der Zahlen berücksichtigt werden, dass der sinkende Anteil einiger Krankheitsarten mit zunehmendem Alter zu einem Teil darauf zurückzuführen ist, dass andere

Krankheitsarten in ihrer Bedeutung deutlich zunehmen. Durch das insgesamt steigende Krankenstandniveau kann die relative Bedeutung einer Krankheitsart trotz gleich bleibender Zahl von Ausfalltagen sinken.

Die wichtigsten Einzeldiagnosen

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

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

An der Spitze der AU-Tage stehen erwartungsgemäß „Rückenschmerzen“ (M54). Weitere wichtige Einzeldiagnosen, die unter die Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems fallen, sind „sonstige Bandscheibenschäden“ (M51) sowie „Binnenschädigung des Kniegelenkes“ (M23) und „Schulterläsionen“ (M75).

Um Geschlechtsunterschiede erweiterte Tabelle im Anhang I

Rang 1: Rückenbeschwerden

Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2012

ICD 10	Diagnose	AU-Anteil AU-Tag	Anteil AU-Fälle
M54	Rückenschmerzen	7,0%	6,4%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	5,0%	10,9%
F32	Depressive Episode	4,8%	1,3%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,8%	1,4%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,9%	1,6%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,9%	0,6%
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	1,8%	4,9%
J20	Akute Bronchitis	1,8%	3,0%
F48	Andere neurotische Störungen	1,7%	0,8%
M75	Schulterläsionen	1,6%	0,7%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,5%	2,6%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,5%	0,6%
F45	Somatoforme Störungen	1,2%	0,6%
F33	Rezidivierende depressive Störung	1,2%	0,2%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	1,1%	3,0%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,0%	2,1%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,0%	0,8%
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	1,0%	0,7%
M77	Sonstige Enthesopathien	1,0%	0,7%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,0%	0,4%
		41,8%	43,3%

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems sind, wie auch in den Vorjahren, „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (J06) die wichtigste Einzeldiagnose. Weitere wichtige Einzeldiagnosen dieser Erkrankungsgruppe waren „akute Bronchitis“ (J20) sowie „sonstige Bronchitis“ (J40).

Rang 2:
Akute Atemwegs-
infektionen

An dritter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen wie im Vorjahr „Depressive Episoden“ (F32). Vier weitere wichtige Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen, die zu den insgesamt 20 wichtigsten Einzeldiagnosen zählen, sind „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43), „Andere neurotische Störungen“ (F48) sowie die „Somatoformen Störungen“ (F45) und die „Rezidivierenden depressiven Störungen“ (F33). Für alle psychischen Diagnosen gilt, dass ihr Anteil an den AU-Fällen erheblich geringer ist als ihr Anteil an den AU-Tagen. Das bedeutet, dass es sich hier zumeist um längerfristige Krankheitsfälle handelt.

Rang 3:
Depressive Episoden

Rang 4:
Reaktionen auf
schwere Belastungen
und Anpassungsstö-
rungen

An fünfter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen 2012 die „Verletzungen einer nicht näher bezeichneten Körperregion“ (T14). Darüber hinaus sind aus der Gruppe der Verletzungen „Luxationen, Verstauchungen und Zerrungen des Kniegelenks und von Bändern des Kniegelenks“ (S83), „Luxationen (Verrenkungen), Verstauchungen und Zerrungen der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes“ (S93) wichtige Einzeldiagnosen in 2012.

Rang 5:
Allgemeine
Verletzungen

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fallen außerdem die so genannten Magen-Darm-Infektionen „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs“ (A09), als Erkrankung des Verdauungssystems die „nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis“ (K52) sowie „Bauch und Beckenschmerzen“ (R10). Darüber hinaus zu finden sind Sonstige Viruserkrankungen „Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation“ (B34) diese werden den „Infektionen“ zugeordnet.

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr:

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

Die Einzeldiagnose „Akute Infektionen an mehreren nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ sank von 5,3 Prozent auf 5,0 Prozent.

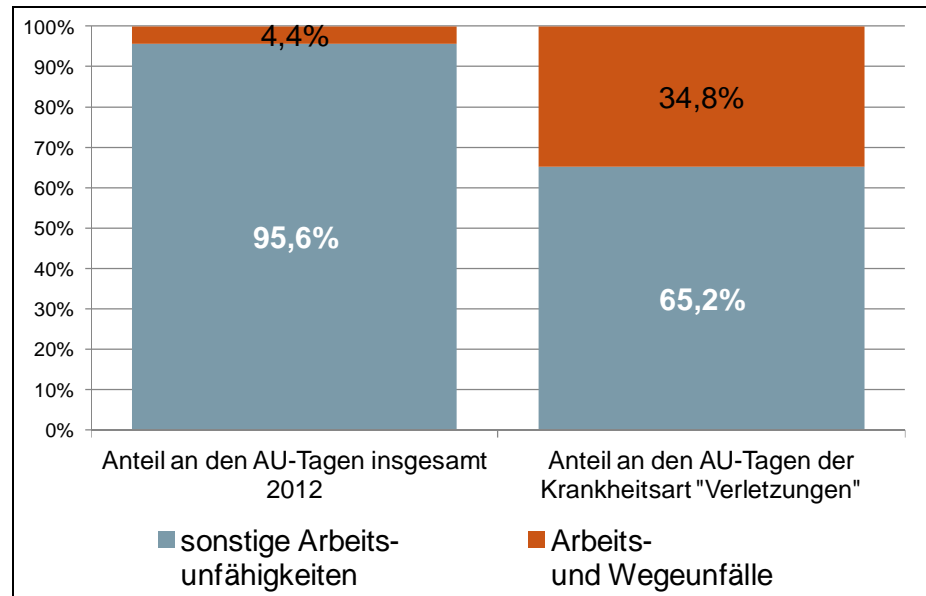
Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen

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

In den Daten der DAK-Gesundheit ist vermerkt, wenn beim Krankheitsfall eines Mitgliedes aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen oder auch Berufskrankheiten eine Leistungspflicht eines gesetzlichen Un-

fallversicherungsträgers besteht. Da Berufskrankheiten nur einen verschwindend geringen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben, beschränkt sich die Analyse in diesem Kapitel auf die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen.

Abbildung 19: Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

2012 wurden je 100 ganzjährig versicherter DAK-Mitglieder 61,2 AU-Tage und 3,0 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamtkrankenstand betrug 4,4 Prozent.

Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier fast 35 Prozent (34,8 Prozent). Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle am Gesamtkrankenstand (2011: 4,4 Prozent) gleich geblieben und an der AU-Krankheitsart Verletzungen (33,9 Prozent in 2011) gestiegen.

4 Schwerpunktthema: "Update psychische Erkrankungen". Sind wir heute anders krank?

4.1 Exposition: Warum psychische Erkrankungen als Schwerpunktthema?

Die Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen ist seit etwa 15 Jahren die bei weitem auffälligste Entwicklung im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Die DAK-Gesundheitsreporte 2002 und 2005 trugen wesentlich dazu bei, diese Entwicklung der Öffentlichkeit und Fachwelt zur Kenntnis zu bringen.

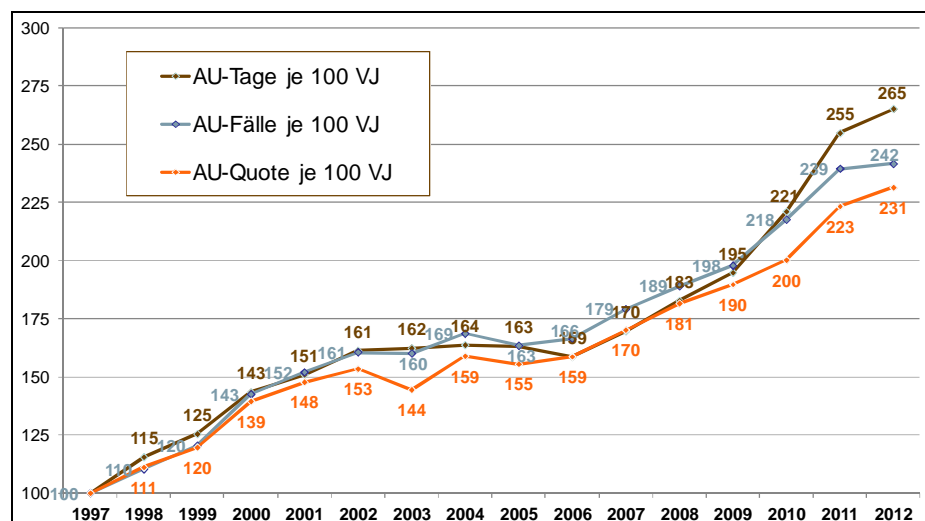
Im aktuellen DAK-Gesundheitsreport kann nun ein Zeitraum von 16 Jahren (1997-2012) überblickt werden. In dieser Zeit haben sich die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen enorm gesteigert. Im Folgenden wird in das Thema eingeführt, indem die wichtigsten Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aufgrund psychischer Diagnosen präsentiert werden. Bevor sich dann weiter differenzierte Analysen anschließen, wird so die – zunächst rein quantitative – Relevanz des Themas aufgezeigt.

Von 1997 bis 2012 nahmen die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen um 165 Prozent, oder anders gesagt, um den Faktor 2,7, zu. Die Zahl von Arbeitsunfähigkeiten, also die AU-Fälle, nahm in etwa der gleichen Größenordnung zu, nämlich um 142 Prozent bzw. um den Faktor 2,4.⁷ Die Betroffenenquote, also der Anteil der Beschäftigten, die wegen einer psychischen Diagnose krank geschrieben waren, wächst im betrachteten Zeitraum um 131 Prozent, bzw. um den Faktor 2,3 (vgl. Abbildung 20).

Schwerpunktthema: psychische Erkrankungen: "Sind wir heute anders krank?"

Zunehmende Bedeutung psychischer Diagnosen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Abbildung 20: Entwicklung von Arbeitsunfähigkeiten (AU) aufgrund psychischer Erkrankungen von 1997 bis 2012



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997-2012. Indexdarstellung: 1997=100

⁷ Dabei lässt sich seit 2009 eine Auseinanderentwicklung der Steigerungsraten von AU-Tagen und AU-Fällen beobachten. Möglicherweise gibt es einen Trend dahingehend, dass die (ohnein schon langen) Falldauern noch länger werden.

Psychische Erkrankungen auf Rang 2 der AU-Diagnosen

Auch die wichtigsten Kennzahlen des Krankenstandes aufgrund psychischer Diagnosen machen die Relevanz des Themas deutlich: Mit einem Anteil von 14,5 Prozent an den Fehltagen rücken die psychischen Erkrankungen auf Rang zwei der wichtigsten Ursachen für Krankschreibungen – hinter Muskel-Skelett Erkrankungen. Unter den Frauen ist mehr als jeder sechste AU-Tag einer psychischen Diagnose zuzuschreiben.

Nur AU aufgrund von Neubildungen dauern länger als psychische Erkrankungen

Ausfälle, die durch psychische Erkrankungen verursacht werden, dauern sehr lange, im Durchschnitt 33,2 AU-Tage. Noch länger sind nur die Fehltagewege Neubildungen. Die durchschnittliche Dauer aller Diagnosekapitel liegt bei 12,6 Fehltagen.

Betroffenenquote bei AU mit psychischer Diagnose: 4,5 Prozent (Frauen: 5,9 Prozent, Männer: 3,3 Prozent)

Zwar ist die Zunahme der Fehltagewege aufgrund psychischer Erkrankungen sehr hoch und die Ausfalldauer sehr lang. Absolut gesehen bleibt der Anteil der Betroffenen demgegenüber aber relativ gering, beispielsweise im Vergleich zu Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Atemwegserkrankungen, die traditionell auf den vorderen Rängen der wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit stehen.

Von einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Diagnose waren im Jahr 2012 4,5 Prozent der Erwerbstätigen betroffen. Das bedeutet, etwa jeder 22. Erwerbstätige war im Jahr 2012 wegen einer psychischen Diagnose einmal oder mehrmals krank geschrieben. Unter den Frauen beträgt dieser Anteil 5,9 Prozent, unter den Männern 3,3 Prozent (vgl. Tabelle 2). Zum Vergleich: Die Betroffenenquote bei Atemwegserkrankungen liegt dagegen bei 20,2 Prozent und bei Muskell-Skelett-Erkrankungen bei 11,9 Prozent.

Tabelle 2: Steckbrief: Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen

Steckbrief Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen im Jahr 2012			
AU-Tage pro 100 VJ	203,5	Betroffenenquote	4,5 %
AU-Tage Männer	155,9	Betroffenenquote Männer	3,3 %
AU-Tage Frauen	259,2	Betroffenenquote Frauen	5,9 %
AU-Fälle pro 100 VJ	6,1	Anteil am AU-Volumen	14,5 %
AU-Fälle Männer	4,6	Anteil am AU-Volumen Männer	11,7 %
AU-Fälle Frauen	7,9	Anteil am AU-Volumen Frauen	17,3 %
Durchschnittliche Erkrankungsdauer in Tagen	33,2	Anteil an den AU-Fällen	5,5 %
Durchschnittliche Erkrankungsdauer Männer	33,9	Anteil an den AU-Fällen Männer	4,4 %
Durchschnittliche Erkrankungsdauer Frauen	32,8	Anteil an den AU-Fällen Frauen	6,6 %

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012. VJ=Versichertenjahre

Die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen ist seit Jahren Anlass für eine Reihe von öffentlichen Debatten, wobei v.a. die folgenden Fragen diskutiert werden:

1. Spiegelt der Anstieg der Krankschreibungen aufgrund psychischer Leiden eine tatsächliche Zunahme der Prävalenz dieser Erkrankungen wider?
2. Führt eine verbesserte diagnostische Kompetenz der Hausärzte sowie eine Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen dazu, dass Ärzte und Patienten eine solche Diagnose eher stellen bzw. zulassen?
3. Welche Rolle spielt die Arbeitswelt hierbei? Haben Belastungen durch Arbeitsverdichtung, Flexibilisierung und Prekarisierung so zugenommen, dass diese (Mit-)Verursacher für das Phänomen der zunehmenden Fehltagewegen psychischer Erkrankungen sind?

Gerade zur letzten Frage hat sich in den letzten Jahren ein neuer Akzent zur Rolle der Arbeitswelt ausgebildet: die enorme Aufmerksamkeit die dem Burnout-Syndrom zukommt. Mittlerweile ist das Burnout-Syndrom geradezu zur Metapher für psychische Leiden geworden, deren Hauptursache in der Arbeitswelt vermutet werden.

Die Auffächerung des Themas, wie sie zuletzt durch die DAK-Gesundheitsreporte 2002 und 2005 geleistet wurde, wird auch die Gliederung und die Inhalte des Schwerpunktthemas 2013 anleiten. Die 2002 und 2005 behandelten Aspekte gehören sozusagen zum Pflichtprogramm eines Schwerpunktthemas zu psychischen Erkrankungen. Die bisher vorliegenden Zeitreihen werden fortgeschrieben und das Bild des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens hierzu vervollständigt.

Darüberhinaus wird der zweite Teil des Schwerpunktthemas aber auch zwei neue Aspekte erschließen:

Erstens werden unter der Fragestellung "*Sind wir heute anders krank?*" verschiedene Hypothesen anhand von Daten der DAK-Gesundheit geprüft, u. a. die zunächst als Arbeitsthese formulierte Hypothese, dass innerhalb eines relativ konstanten Gesamtvolumens an Arbeitsunfähigkeiten eine Verschiebung der Diagnosen von somatischen hin zu psychischen Diagnosen stattfindet. Zur Bearbeitung dieser These werden zusätzlich zur Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit eine Reihe weiterer Methoden und Datenquellen verwendet.

Zweitens werden die Diagnosen auf ICD-10 Dreisteller-Ebene in ihrer Bedeutung für das AU-Geschehen noch näher analysiert. Darunter sind zwei Einzeldiagnosen, die bisher noch keine tiefergehende Analyse erfahren haben: die somatoformen Störungen (ICD-10: F45) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F43). Beide haben im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, erst Recht innerhalb der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund einer psychischen Diagnose, eine vergleichsweise große Bedeutung.

Hieraus ergibt sich im Anschluss an diese Einleitung die folgende Gliederung des Schwerpunktthemas "*Sind wir heute anders krank?*":

**Öffentliche Debatten
im Zusammenhang
mit Fehlzeiten auf-
grund psychischer
Erkrankungen**

Kapitel 4.2 Die Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aufgrund psychischer Erkrankungen

Auf diese Einleitung, die bereits die wichtigsten Eckdaten zum AU-Geschehen aufgrund von F-Diagnosen⁸ dargelegt hat, folgt eine weitergehende Darstellung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aufgrund psychischer Erkrankungen. Dies ist einerseits eine Fortschreibung der Berichterstattung von 2002 und 2005, zum anderen werden neue Akzente gesetzt, u.a. zur Entwicklung des Burnout-Syndroms.

Kapitel 4.3 Die Verbreitung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung

Arbeitsunfähigkeitsdaten geben eine zuverlässige Auskunft über die Bedeutung psychischer Diagnosen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Allerdings spiegeln sie nicht zwangsläufig die tatsächliche Prävalenz psychischer Erkrankungen wider. Daher lässt ein Anstieg von Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen die Frage offen, ob psychische Erkrankungen in der Bevölkerung tatsächlich zunehmen. Hierfür gibt dieses Kapitel einen Überblick über den wissenschaftlichen (vorwiegend epidemiologischen) Kenntnisstand zur Prävalenz psychischer Erkrankungen, sowie zur Frage, ob diese zunimmt.

Kapitel 4.4 Gruppendiskussionen mit Hausärzten, Psychotherapeuten und Psychiatern

Die Ursachen der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen wurden mit (Haus-)Ärztlichen Qualitätszirkeln diskutiert. Gegenstand dieser Diskussionen waren die Rolle der Arbeitswelt, die zunehmende Akzeptanz der Patienten, eine psychische Diagnose zu akzeptieren und die Kompetenz von Hausärzten im Erkennen von psychischen Erkrankungen sowie psychischer Ursachen somatischer Beschwerden.

Dieser qualitative Studienteil wurde als Synoptisches Interviews aufbereitet. Das heißt, die (mitgeschnittenen und transkribierten) Diskussionen wurden in eine Diskussion überführt und hier abgedruckt.

Kapitel 4.5 Repräsentative Befragung von 3.000 Beschäftigten

Mittels einer Online Befragung von über 3.000 Beschäftigten zum Thema wird u.a. ermittelt, wie eine Krankschreibung beim Hausarzt abläuft. Ist es der Arzt oder der Patient, der die psychischen Beschwerden zur Sprache bringt. Findet eine Entstigmatisierung statt. Unter den Bedingungen der Arbeitswelt wird die Erreichbarkeit von Arbeitnehmern thematisiert: Trifft es – wie in jüngerer Zeit oft behauptet – zu, dass Arbeitnehmer ständig per Handy und E-Mail erreichbar sind. Und ist Erreichbarkeit ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen.

Hinzu kommen Fragen hinsichtlich der Präventionsbemühungen des Arbeitgebers. Was tut dieser, um die psychische Gesundheit der Belegschaft zu gewährleisten. Findet die gesetzlich vorgeschriebene

⁸ Psychische Erkrankungen sind im ICD-10 mit dem Buchstaben F kodiert, wie beispielsweise F32 für die depressive Episode. In diesem Report wird synonym zu psychischen Erkrankungen, psychischen Störungen oder psychischen Diagnosen auch die Formulierung F-Diagnose verwendet, weil damit je nach sprachlichem Zusammenhang überlange Formulierungen vermieden werden.

Gefährdungsbeurteilung statt? Und sind Beschäftigte, deren Arbeitgeber sich um Prävention bemüht, seltener psychisch krank?

Fazit: "Sind wir heute anders krank?"

Kapitel 4.6

In diesem Kapitel wird geprüft, wie sich die Zunahme von Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen auf die Entwicklung des Krankenstands ausgewirkt hat. Addieren sich die psychisch verursachten Arbeitsunfähigkeiten auf den somatisch verursachten Krankenstand? Oder gibt es Hinweise, dass psychische Diagnosen anstelle der traditionellen somatischen Diagnosen treten?

In einem Fazit wird das bereits bekannte wie durch diesen Report neu ermittelte Wissen zum Thema "Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen" bilanziert.

4.2 "Update Psychische Erkrankungen": Fortschreibung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aufgrund psychischer Erkrankungen

Die Entwicklungen der letzten Jahre setzen sich fort: Anstieg von Fehltagen, Fällen und Betroffenenquote wegen psychischer Diagnosen

Die in den DAK-Gesundheitsreporten 2002 und 2005 beschriebenen Entwicklungen des AU-Geschehens bezüglich der psychischen Diagnosen setzt sich im Großen und Ganzen fort. Auch in den Folgejahren 2005 bis 2011 steigen Fehltag, Fälle und die Betroffenenquote von psychischen Erkrankungen weiter an.

Neu ist gegenüber der Thematisierung im Jahr 2005 allerdings die Debatte um das Burnout-Syndrom. Die Darstellung wird um diesbezügliche Analysen ergänzt und ins Verhältnis zu den psychischen Erkrankungen gestellt.

Der berichtete Zeitraum der Analysen ist so lang wie nie zuvor – die entsprechenden Trends können so anhand von vergleichsweise sehr langen Zeitreihenreihen aufgezeigt werden.

Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aufgrund psychischer Diagnosen 1997- 2012

Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen sind seit 1997 enorm angestiegen. Gab es im Jahr 1997 2,5 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen, sind 2012 bereits 6,1 Fälle zu verzeichnen. Dies entspricht einem Anstieg um 142 Prozent bzw. um den Faktor 2,4.

Auch an den Arbeitsunfähigkeitstagen ist der Anstieg festzumachen. Im Jahr 1997 gab es knapp 77 Fehltag pro 100 Versichertenjahre, im Jahr 2012 204. Die Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen sind damit in 15 Jahren um 165 Prozent bzw. um den Faktor 2,7 angestiegen.

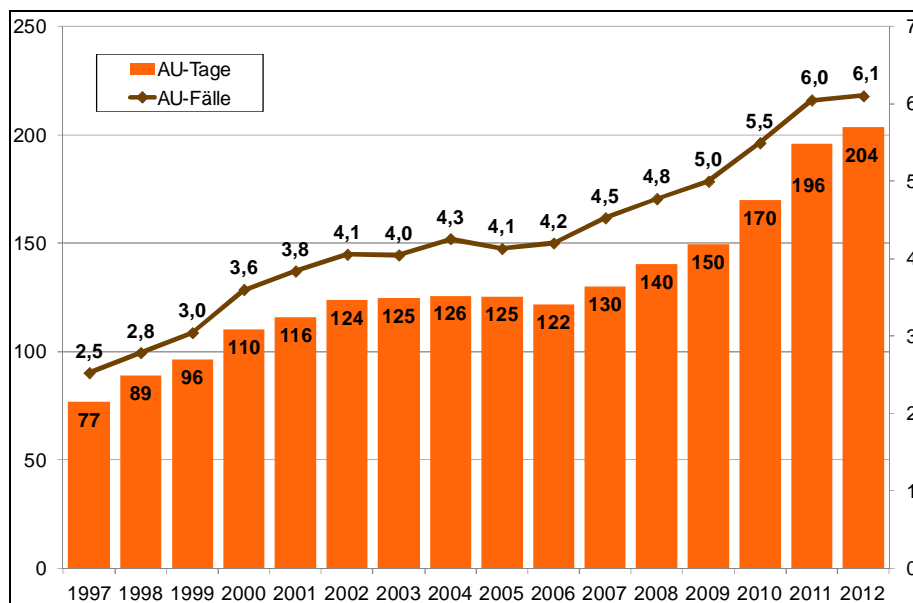
Die Betroffenenquote (vgl. Abbildung 3) erfährt eine Steigerung von 131 Prozent bzw. um den Faktor 2,3. Sie betrug 1997 2,0 Prozent, das bedeutet, dass etwa jeder fünfzigste Erwerbstätige pro Jahr wegen einer psychischen Erkrankung mindestens einmal im Jahr krank geschrieben war. 2012 ist die Betroffenenquote auf 4,5 Prozent gestiegen. Mit anderen Worten: 2012 hatte etwa jeder 22. Erwerbstätige eine oder mehrere Arbeitsunfähigkeiten aufgrund einer psychischen Diagnose.

Tabelle 3: Steckbrief Anpassungsstörung

Steckbrief Anpassungsstörung			
ICD-10	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung (F43)		
AU-Tage pro 100 VJ	38,8	Betroffenenquote	1,3 %
AU-Tage Männer	26,9	Betroffenenquote Männer	0,9 %
AU-Tage Frauen	52,7	Betroffenenquote Frauen	1,8 %
AU-Fälle pro 100 VJ	1,6	Durchschnittliche Erkrankungsdauer in Tagen	24,0
AU-Fälle Männer	1,1	Durchschnittliche Erkrankungsdauer Männer	24,9
AU-Fälle Frauen	2,2	Durchschnittliche Erkrankungsdauer Frauen	23,5

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012. VJ=Versichertenjahre

Abbildung 21: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Diagnosen 1997-2012



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997-2012

Der Anstieg der psychischen Erkrankungen als Ursache für Arbeitsunfähigkeit vollzieht sich in zwei Schüben: 1997-2002 steigen die Fehltag aufgrund psychischer Diagnosen um ca. 60 Prozent. Bis zum Jahr 2006 stagnieren sie bzw. gehen sogar geringfügig zurück – damit folgen sie dem allgemeinen Trend im Gesamtkrankenstand, der sich seit dem Jahr 2000 im Rückgang befindet und seit 2003 verstärkt sinkt.

Seit 2006 gibt es einen zweiten Schub: Von 2006 bis 2012 nehmen die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund einer psychischen Diagnose um weitere 67 Prozent zu (Index in 2006: 159 auf Index in 2012: 265). Auch mit dem zweiten Schub folgt das AU-Geschehen bezüglich F-

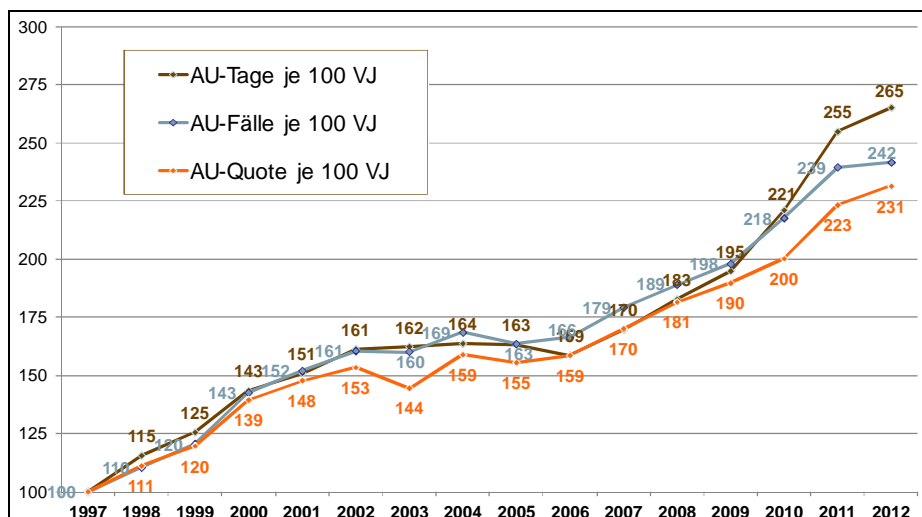
Der Anstieg der Fehltag wegen psychischer Erkrankungen zwischen 1997 und 2012 vollzieht sich in zwei Schüben: 1997 bis 2002 und 2006 bis 2012.

Diagnosen dem allgemeinen Trend eines ansteigenden Krankenstands – jedoch extremer: Während die AU-Tage insgesamt um 19 Prozent in dieser Zeit ansteigen, steigen die AU-Tage aufgrund psychischer Diagnosen um 67 Prozent an.⁹

Abbildung 3 zeigt diese Kennzahlen des Krankenstands aufgrund psychischer Diagnosen in ihrer Entwicklung von 1997 bis 2012 als Indexdarstellung, wobei der Ausgangswert des Jahres 1997 als 100 festgesetzt wird. Im Großen und Ganzen lässt sich aus der Parallelität der Entwicklung der drei Kennzahlen ablesen, dass der Anstieg der Arbeitsunfähigkeiten v. a. darin besteht, dass immer mehr Betroffene immer mehr Fälle verursachen, die sich in einem entsprechenden Anstieg der AU-Tage niederschlagen.

Eine weiter differenzierte Betrachtung verfeinert das Bild dahingehend, dass der Anstieg der Betroffenenquote geringer ist als der der anderen beiden Kennzahlen (Anstieg um 131 Prozent), der Anstieg der Fehltagge dagegen am höchsten (um 165 Prozent). Dies deutet darauf hin, dass die Betroffenen tendenziell mehr und längere Fälle haben.

Abbildung 22: Entwicklung von Arbeitsunfähigkeiten mit psychischen Diagnosen 1997-2012 (Indexdarstellung 1997=100)

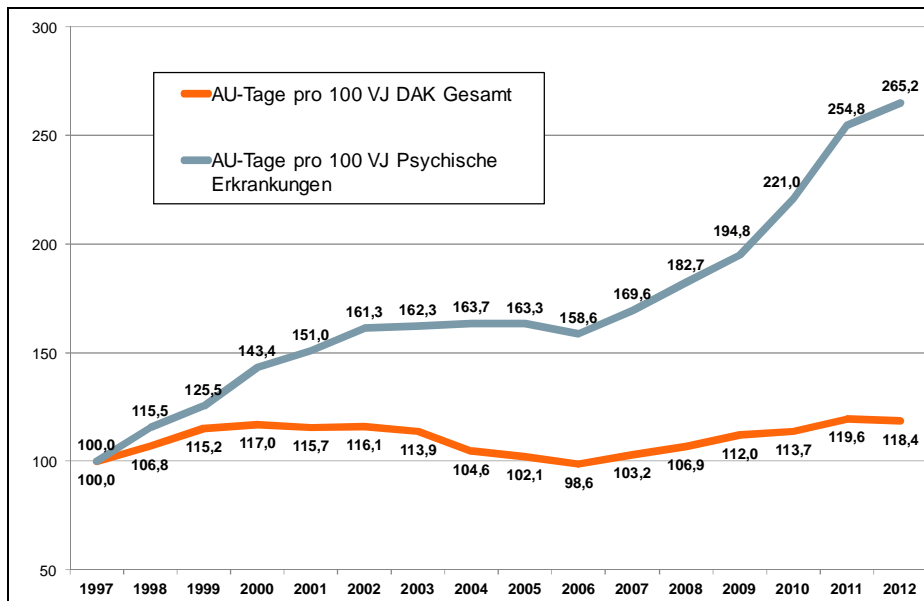


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997-2012

Bei der Betrachtung der Entwicklung des AU-Geschehens der psychischen Diagnosen ist – sozusagen als Hintergrund – das AU-Geschehen insgesamt in Rechnung zu stellen. Während der Gesamtcrankenstand seit 1997 Schwankungen unterliegt, die bis zu 20 Prozent nach oben betragen, vollzieht sich beim AU-Volumen aufgrund psychischer Erkrankungen dagegen eine Steigerung um 165 Prozent. Somit lässt sich festhalten: Der Anstieg der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen vollzieht sich vor dem Hintergrund eines vergleichsweise wenig volatilen Gesamtvolumens an Krankschreibungen (vgl. Abbildung 4).

⁹ In Kapitel 5.6 wird dies anhand zweier Szenarien geprüft: Hätten die psychischen Diagnosen als AU-Ursache seit 2000 keine weitere Steigerung erfahren, wäre der Krankenstand um 6,6 Prozent niedriger als er real im Jahr 2012 war. Wären die F-Diagnosen seit 2006 konstant geblieben, hätte es im Jahr 2012 5,8 Prozent weniger Fehltagge insgesamt gegeben als real. Der Gesamtcrankenstand hätte im betrachteten Zeitraum keine wesentlich andere Entwicklung genommen, selbst wenn die F-Diagnosen seit 2000 sich nicht weiter gesteigert hätten.

Abbildung 23: Entwicklung des Fehltagenvolumens aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich mit dem AU-Gesamtvolumen. Indexdarstellung 1997 = 100



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997-2012

Einzeldiagnosen innerhalb des Spektrum psychische Erkrankungen – Die "Binnenstruktur" der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen

Um welche Störungsbilder geht es bei den Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Krankheiten? Innerhalb des ICD-10, der im Gesundheitswesen zur Verschlüsselung von Krankheiten verwendet wird, sind psychische Erkrankungen im Kapitel V geführt: "Psychische und Verhaltensstörungen". Die Krankheitsgruppen und Krankheiten sind als "F-Diagnosen" von F00-F99 kodiert. Auf dieses ICD-10-Kapitel entfallen insgesamt im Jahr 2012 203,5 Fehltage pro 100 Versicherte.

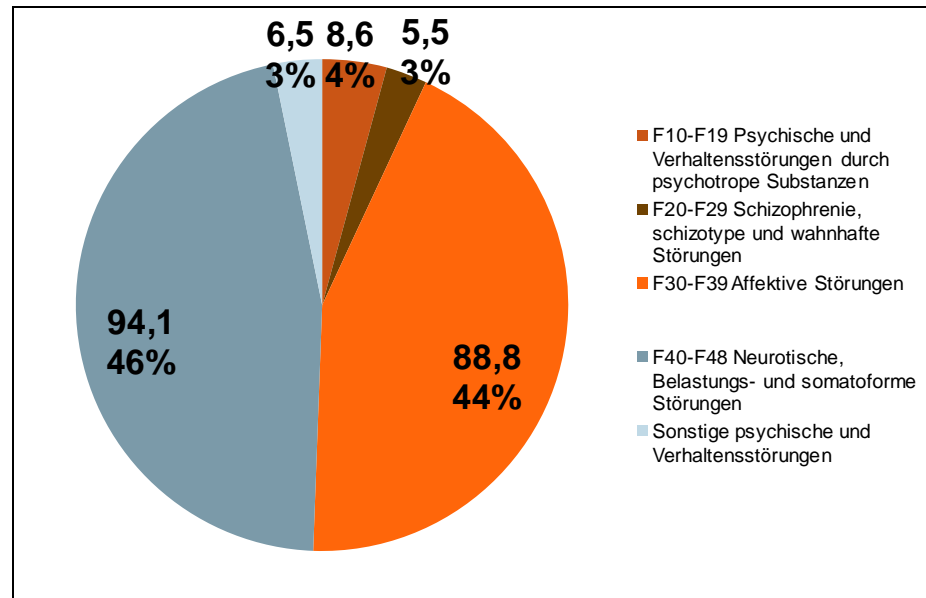
Hier dominieren zwei Krankheitsgruppen, auf die ein Großteil der Fehltage wegen F-Diagnosen entfallen: auf die Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen (F40-48) entfallen 46 Prozent der Fehltage wegen F-Diagnosen, auf die Affektiven Störungen (F30-39) entfallen 44 Prozent.

Somit entfallen auf diese beiden Krankheitsgruppen 90 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage mit einer AU-Ursache aus dem Kapitel psychische Störungen. Die verbleibenden 10 Prozent verteilen sich folgendermaßen: 3 Prozent entfallen auf sonstige Diagnosen aus dem F-Kapitel, darunter Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen. Keine dieser unter "sonstige" gefassten Einzeldiagnosen spielt dabei eine nennenswerte Rolle für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen.

Nur 3 Prozent entfallen auf Diagnosen, die häufig als "harte psychiatrische" Kerndiagnosen bezeichnet werden, darunter Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F20-29).

Ebenfalls nur einen kleinen Anteil (4 Prozent) des psychischen AU-Geschehens macht die Gruppe F10-19 aus: psychische Störungen durch psychotrope Substanzen (darunter Alkohol, Opioide, Cannabinoide).

Abbildung 24: AU-Tage (pro 100 VJ) und Anteil der AU-Tage an allen AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen 2012



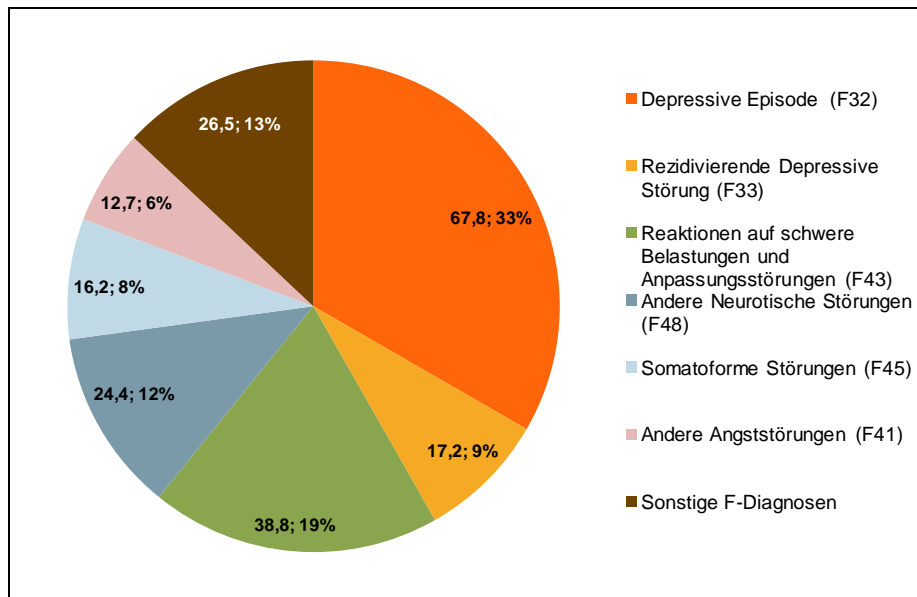
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Eine weiter differenzierte Analyse der Diagnosen, die das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bestimmen, zeigt folgendes: Die quantitativ bei weitem wichtigste Diagnose ist die Depressive Episode (F32). Auf sie allein entfällt im Jahr 2012 ein Drittel aller Fehltage wegen psychischer Diagnosen (67,8 Fehltage pro 100 VJ). Weitere neun Prozent, bzw. 17,2 Fehltage pro 100 VJ entfallen auf die rezidivierende depressive Störung (F33).

Eine zweite Einzeldiagnose mit sehr großer Bedeutung für das AU-Geschehen aufgrund psychischer Erkrankungen ist die Anpassungsstörung (genauer: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, F43). Jeder fünfte F-Diagnosen-Fehltag ist eine Anpassungsstörung (38,8 Fehltage pro 100 VJ).

Weitere Diagnosen, die einen vergleichsweise großen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ausmachen, sind mit 12 Prozent die "anderen neurotischen Störungen" (F48) und mit 8 Prozent die Somatoformen Störungen (F45).

Abbildung 25: AU-Tage pro 100 VJ und Anteil der Einzeldiagnosen ("Dreisteller") an den Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Tabelle 4: Steckbrief Somatoforme Störungen

Steckbrief Somatoforme Störungen			
ICD-10	F45: Somatoforme Störungen		
AU-Tage pro 100 VJ	16,2	Betroffenenquote	0,6 %
AU-Volumen Männer	11,4	Betroffenenquote Männer	0,4 %
AU-Tage Frauen	21,8	Betroffenenquote Frauen	0,8 %
AU-Fälle pro 100 VJ	0,7	Durchschnittliche Erkrankungsdauer in Tagen	23,6
AU-Fälle Männer	0,5	Durchschnittliche Erkrankungsdauer Männer	23,8
AU-Fälle Frauen	0,9	Durchschnittliche Erkrankungsdauer Frauen	23,5

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012. VJ=Versichertenjahre

Die Binnenstruktur des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aufgrund psychischer Erkrankungen im Zeitverlauf (2000-2012)

Ändert sich diese Binnenstruktur des F-Kapitels über die Zeit? Sind alle Diagnosen gleichermaßen am Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen beteiligt oder gibt es einzelne Diagnosen, die den Anstieg besonders stark mit verursachen?

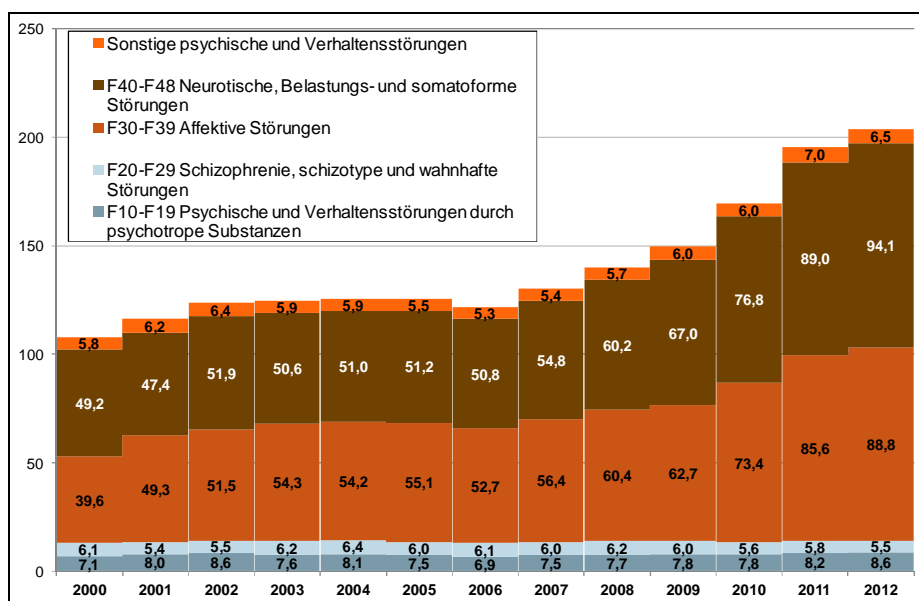
Hierfür ist es aufschlussreich, sich die Binnenstruktur des AU-Geschehens im Zeitverlauf anzuschauen. Eine solche Längsschnittbetrachtung macht zunächst deutlich, dass sich drei Krankheitsgruppen

überhaupt nicht im Anstieg befinden, sondern im Zeitverlauf sehr stabil sind:

- Die Krankheitsgruppe der Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) bleibt zwischen 2000 bis 2012 auf einem Niveau zwischen etwa 7 bis 8 Fehltagen pro 100 ganzjährig Versicherte.
- Die Krankheitsgruppe der schizophrenen und wahnhaften Störungen verursacht zwischen 5,4 und 6,4 Fehltagen pro 100 Versicherte ohne einen erkennbaren Trend zu beschreiben.
- Die "sonstigen psychischen und Verhaltensstörungen" bleiben ebenfalls unverändert bei durchschnittlich ca. sechs Tagen pro 100 VJ

Somit ist der Anstieg von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen ausschließlich auf die zwei Krankheitsgruppen zurückzuführen, die die Krankschreibungen wegen psychischer Diagnosen ohnehin dominieren: Die Affektiven Störungen (F30-F39) sowie die Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48).

Abbildung 26: Die Binnenstruktur der AU wegen F-Diagnosen im Zeitverlauf (2000-2012)¹⁰ (AU-Tage pro 100 VJ)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2000-2012

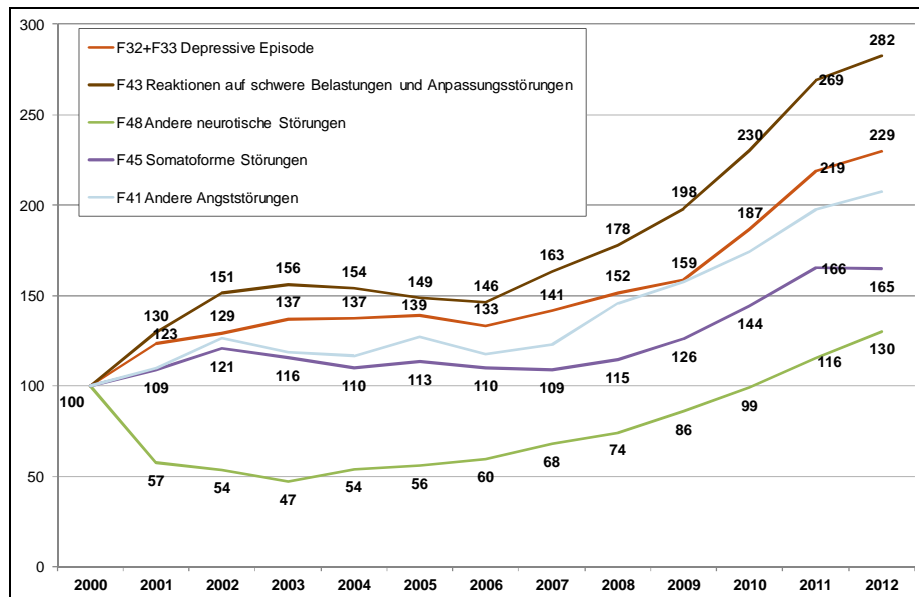
Welche Diagnosen sind es im Einzelnen, die den Anstieg der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen vorantreiben?

Den größten Anstieg erfährt die Diagnose Anpassungsstörung (F43). Sie nimmt um 182 Prozent im Zeitraum 2000-2012 zu, von knapp 14 Fehltagen pro 100 VJ im Jahr 2000 auf 39 Tage im Jahr 2012). Die Depression (F32 + F33), als ohnehin wichtigste Einzeldiagnose, erfährt den zweitgrößten Anstieg unter den F-Diagnosen. Sie steigt von 2000 bis 2012 um 129 Prozent an, von 37 AU-Tagen im Jahr 2000 auf 85 AU-Tage pro 100 Versicherte im Jahr 2012.

¹⁰ Die Zeitreihe wird erst seit dem Jahr 2000 dargestellt, weil es im Zeitraum zuvor Umstellungen im ICD gab, die die Zuordnung der Einzeldiagnosen betreffen. Vergleiche über diesen Zeitraum auf der Ebene von Einzeldiagnosen sind daher nicht sinnvoll.

Die Diagnose "andere neurotische Störungen" (F48) – darunter die Neurasthenie – hat als einzige unter den wichtigen Einzeldiagnosen nach 2000 als AU-Ursache abgenommen. Zwischen 2000 und 2003 hat sie sich mehr als halbiert, um seit 2003 wieder kontinuierlich anzusteigen. Im Jahr 2010 hat sie das Ausgangsniveau (fast) wieder erreicht, seitdem haben die AU Tage wegen dieser Diagnose um 31 Prozent zugenommen (vgl. Abbildung 27).

Abbildung 27: Entwicklung des AU-Volumens von Psychischen Einzeldiagnosen (Dreisteller) 2000-2012. Indexdarstellung: 2000=100.



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2000-2012

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aufgrund psychischer Erkrankungen nach Geschlecht, Alter, Branche und Berufsgruppen

Frauen haben sehr viel häufiger eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung als Männer: Während unter den Männern 3,3 Prozent im Jahr 2012 eine Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Diagnose hatten, betrug die Betroffenenquote bei den Frauen 5,9 Prozent. Mit anderen Worten hatte jede 17. Frau, aber nur jeder 30. Mann eine Krankschreibung aufgrund einer F-Diagnose.

Frauen sind von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund einer psychischen Erkrankung häufiger betroffen

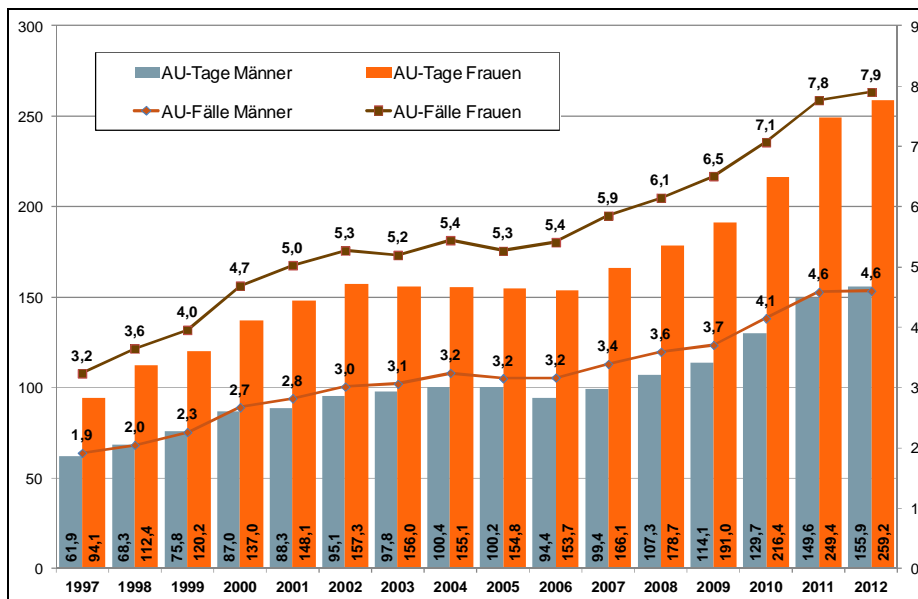
Unter 100 Frauen gab es im Jahr 2012 7,9 Krankschreibungen pro 100 Versicherte wegen einer psychischen Erkrankung. Unter 100 Männern waren es nur 4,6 AU-Fälle. Fehltage aufgrund von F-Diagnosen hatten Frauen im Jahr 2012 259 pro 100 Versicherte, Männer dagegen nur 156 Fehltage (vgl. Abbildung 28).

Tabelle 5: Steckbrief Angststörungen

Steckbrief Angststörungen			
ICD-10		F41: andere Angststörungen	
AU-Tage pro 100 VJ	12,7	Betroffenenquote	0,2%
AU-Volumen Männer	9,9	Betroffenenquote Frauen	0,2%
AU-Tage Frauen	15,9	Betroffenenquote Männer	0,3%
AU-Fälle pro 100 VJ	0,3	Durchschnittliche Erkrankungsdauer in Tagen	40,6
AU-Fälle Männer	0,2	Durchschnittliche Erkrankungsdauer Frauen	41,3
AU-Fälle Frauen	0,4	Durchschnittliche Erkrankungsdauer Männer	40,2

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012. VJ=Versichertenjahre

Abbildung 28: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 VJ aufgrund psychischer Erkrankungen im Geschlechtervergleich



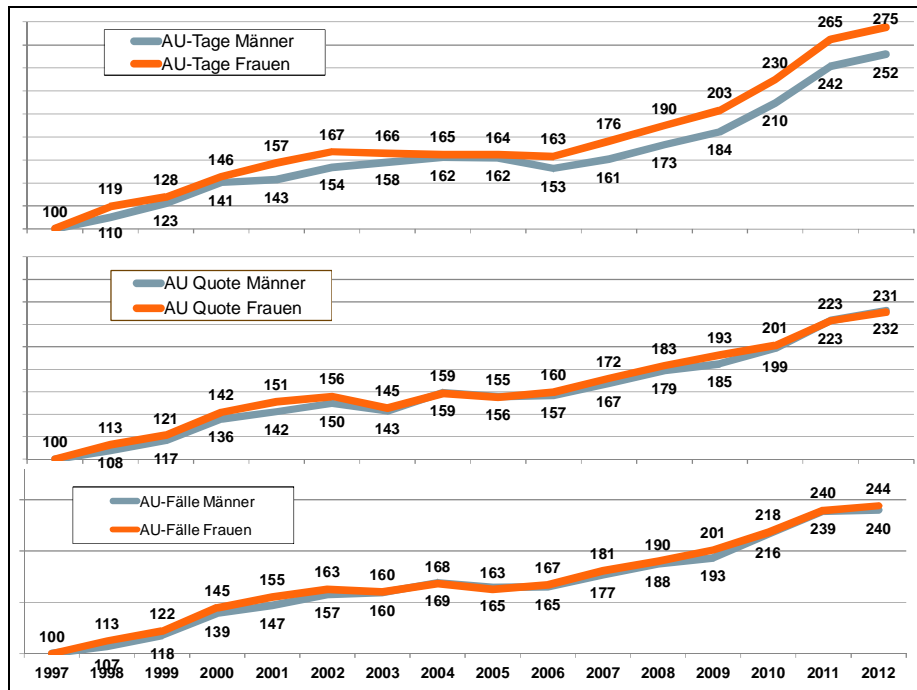
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997-2012

Der Anstieg der psychischen Erkrankungen hat an diesen Unterschieden (fast) nichts verändert – bei etwa gleichem Abstand entwickeln sich vor allem die AU-Fälle und die Betroffenenquote bei Männern und Frauen parallel. Einzig bei den AU-Tagen verzeichnen die Frauen eine etwas stärkere Zunahme als die Männer.

Während bei den Männern eine Zunahme der Fehltage wegen psychischer Erkrankungen um 152 Prozent zwischen 1997 und 2012 zu verzeichnen ist, steigen diese bei den Frauen um 175 Prozent. Da die beiden anderen Kennzahlen des Krankenstands (Betroffenenquote und Arbeitsunfähigkeitsfälle) sich fast vollständig parallel entwickeln, muss die Vergrößerung des Abstands bei den AU-Tagen auf eine Ver-

längerung der durchschnittlichen Erkrankungsdauer bei den Frauen zurückzuführen sein.

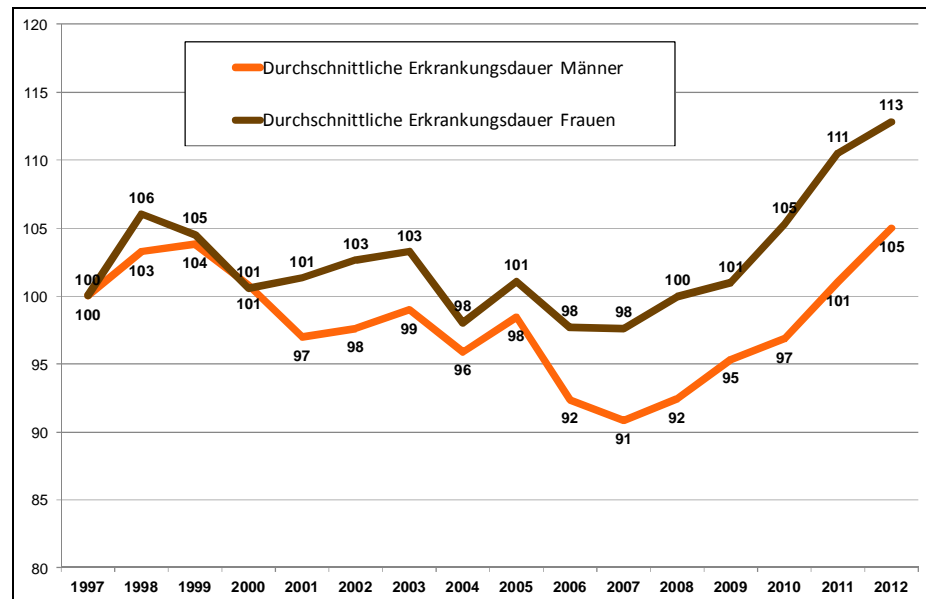
Abbildung 29: Entwicklung der Kennzahlen des Krankenstands wegen psychischer Erkrankungen bei Männern und Frauen. Indexdarstellung. 1997=100.



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997-2012

Tatsächlich nimmt die durchschnittliche Erkrankungsdauer bei Frauen ab 2007 zu und verlängert sich bis 2012 um etwa 15 Prozent (auf 32,8 Tage). Die durchschnittliche Erkrankungsdauer der Männer ist zwischen 1997 und 2012 stets etwa länger als die der Frauen. Tendenziell nimmt der Unterschied aber ab – so betrug die Differenz zwischen 2000 bis 2005 zwischen 5,6 und 11,4 Prozent, im Jahr 2010 verringerte sich die Differenz auf 2,2 Prozent und im Jahr 2011 war ein AU Fall der Männer nur noch um 1,6 Prozent länger als der der Frauen. Allerdings ist die Differenz im Jahr 2012 wieder auf 3,4 Prozent angewachsen.

Abbildung 30: Entwicklung der durchschnittlichen Erkrankungsdauer bei Männern und Frauen bei psychischen Erkrankungen 1997-2012. Indexdarstellung. 1997=100.



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997-2012

Grundsätzlich sind Frauen also weit mehr von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen betroffen als Männer. Wie unterscheiden sich die Diagnosen im Geschlechtervergleich?

Die Rangfolge der sechs wichtigsten F-Diagnosen unterscheidet sich nicht im Geschlechtervergleich

Zunächst unterscheidet sich die Rangfolge der Einzeldiagnosen nicht nach Geschlecht. Das heißt für Frauen wie für Männer ist die Depression (F32 und F33) diejenige Diagnose, die (mit Abstand) die meisten Fehltage verursacht. Darauf folgt die Anpassungsstörung (F43), auf Rang 3 andere neurotische Störungen (F48) usw. bis zu Rang 6 mit den psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol.

Jede dieser F-Diagnosen (Ausnahme: Alkohol F10) verursacht bei Frauen jedoch sehr viel mehr AU-Tage als bei den Männern. Der Unterschied beträgt zwischen 61 Prozent bei den "anderen Angststörungen" (F41) und 102 Prozent bei den "anderen neurotischen Störungen" (F48).

Fast alle F-Diagnosen verursachen bei Frauen weitaus mehr Fehltage als bei Männern

Einzige Ausnahme hierbei sind die "Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol" (F10), die bei den Männern mehr als doppelt so viele AU-Tage verursachen wie bei den Frauen (9,4 zu 4,2 AU-Tage pro 100 VJ).¹¹

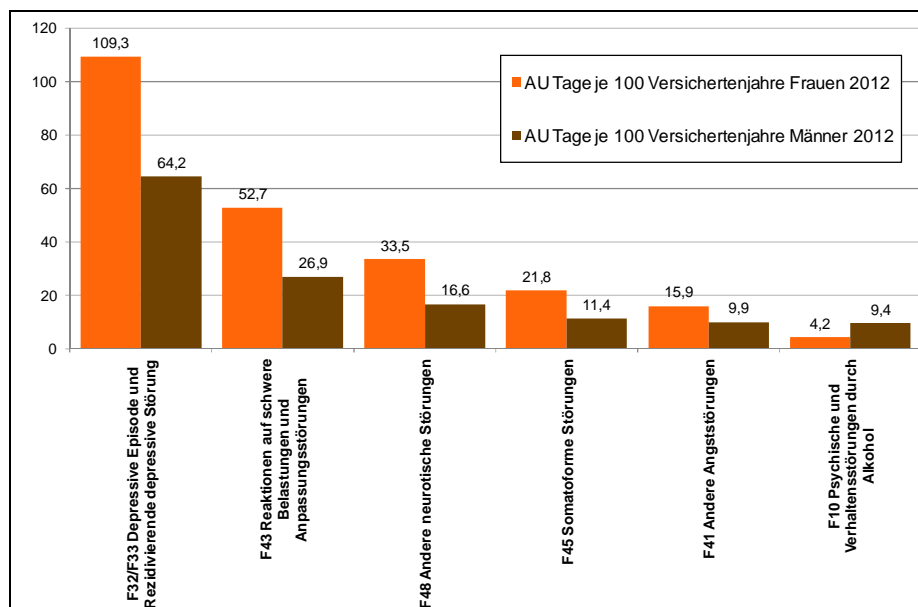
¹¹ Die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist bei einer Alkoholstörung zwischen Männern und Frauen gleich lang (33,5 Tage). Männer sind häufiger betroffen als Frauen (0,2 zu 0,1 Prozent und verursachen mehr Fälle (0,3 zu 0,1 auf 100 Versichertenjahre)

Tabelle 6: Steckbrief Alkoholsucht

Steckbrief Alkoholstörung			
ICD-10 F10: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol			
AU-Tage pro 100 VJ	7,0	Betroffenenquote	0,1%
AU-Volumen Männer	9,4	Betroffenenquote Männer	0,2%
AU-Tage Frauen	4,2	Betroffenenquote Frauen	0,1%
AU-Fälle pro 100 VJ	0,2	Durchschnittliche Erkrankungsdauer in Tagen	33,5
AU-Fälle Männer	0,3	Durchschnittliche Erkrankungsdauer Männer	33,5
AU-Fälle Frauen	0,1	Durchschnittliche Erkrankungsdauer Frauen	33,5

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012. VJ=Versichertenjahre

Abbildung 31: Die wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen im Geschlechtervergleich (Jahr 2012)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

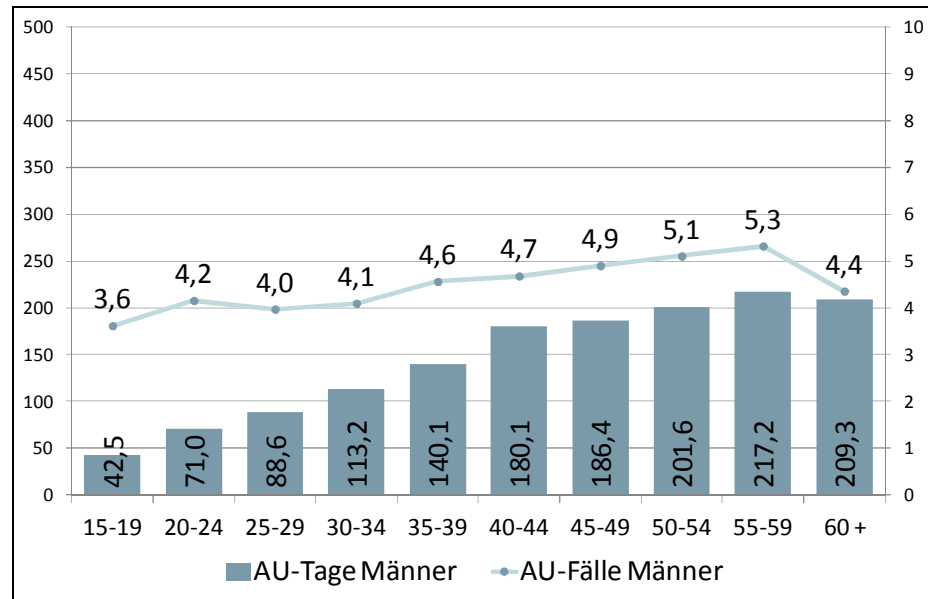
In verschiedenen Altersgruppe sind Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychische Störungen unterschiedlich häufig. Sie nehmen bei Männern wie bei Frauen tendenziell mit dem Alter zu. Dies gilt für die AU-Tage wie für die AU-Fälle (jeweils für 100 Vj. angegeben). Lediglich die Altersgruppe der über 65jährigen verzeichnet geringfügig weniger AU-Tage wegen F-Diagnosen als die vorangehende Altersgruppe der 55-59jährigen, und erheblich weniger AU-Fälle.

Auch bei F-Diagnosen gilt im AU-Geschehen: Je älter Arbeitnehmer sind, umso mehr Fehl-tage haben sie.

Je älter Arbeitnehmer sind, umso häufiger sind sie wegen einer psychischen Störungen krank geschrieben

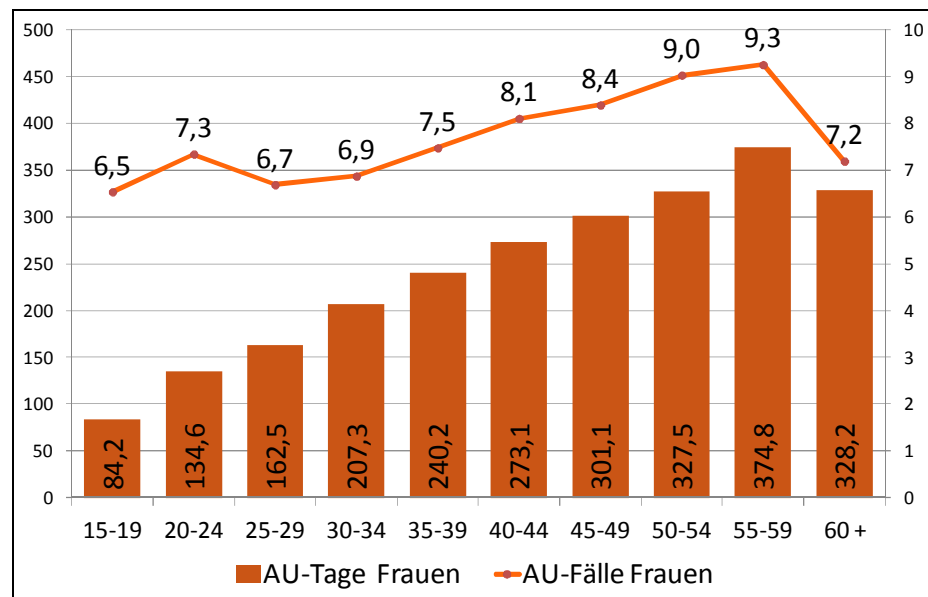
Dass die älteste Gruppe wieder einen Rückgang von Arbeitsunfähigkeiten verzeichnet gilt auch für das AU-Geschehen wegen anderer Diagnosen und ist wahrscheinlich durch den sogenannten Healthy-Worker Effekt zu erklären: Ältere Arbeitnehmer in dieser Altersgruppe sind wahrscheinlich besonders gesunde Arbeitnehmer, während ihre kränkeren Kollegen zu einem großen Teil aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind.

Abbildung 32: Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Erkrankung (Tage und Fälle je 100 VJ) im Altersverlauf bei Männern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Abbildung 33: Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Erkrankung (Tage und Fälle je 100 VJ) im Altersverlauf bei Frauen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

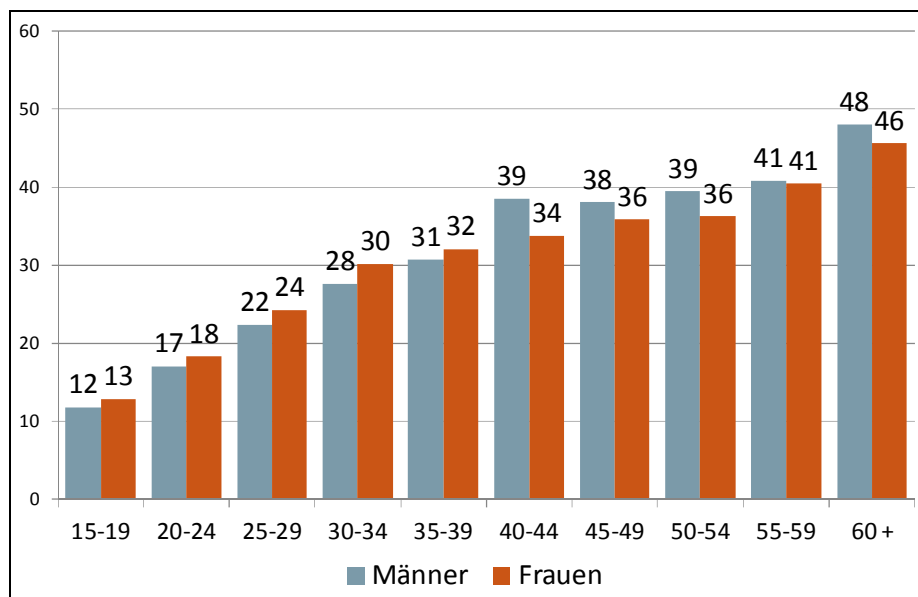
Auffällig ist, dass die Zunahme der AU-Tage wegen F-Diagnose im Altersgang sehr viel ausgeprägter ist als die Zunahme der AU-Fälle. Beispielsweise weist die Gruppe der 55-59jährigen Männer gegenüber den 25-29jährigen Männern ein um den Faktor 2,5 erhöhtes AU-Volumen auf, aber nur ein um den Faktor 1,3 erhöhtes Fallaufkommen.

Je älter Arbeitnehmer sind, umso länger ist ihre durchschnittliche Falldauer bei einer psychischen Diagnose

Dies liegt an der durchschnittlichen Falldauer, die sich im Altersgang massiv erhöht. Junge Erwerbstätige sind nicht nur seltener wegen einer psychischen Störung krank geschrieben, sie haben auch sehr viel kürzere Falldauern. Eine AU wegen einer F-Diagnose dauert in der Altersgruppe der 20-24jährigen Erwerbstätigen 17 Tage (Männer) bzw. 18 Tage (Frauen). In der Altersgruppe der 45-49jährigen dauert ein F-Diagnosen-Fall im Schnitt 38 (Männer) bzw. 36 Tage (Frauen).

Hier wird auch deutlich, dass die längere Falldauer der Männer bei AU-Fällen mit F-Diagnose nicht für alle Altersgruppen gilt. Bis zur Altersgruppe der 35-39jährigen weisen Frauen die längeren durchschnittlichen Falldauern auf.

Abbildung 34: Durchschnittliche Falldauer in Tagen von AU wegen Psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Psychische Erkrankungen in den Arbeitsunfähigkeiten nach Branchen und Berufsgruppen

Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen sind über die verschiedenen Branchen hinweg sehr unterschiedlich verbreitet. Während das AU-Volumen aufgrund psychischer Erkrankungen im Durchschnitt über alle Branchen 204 Tage pro 100 Versichertenjahre beträgt, wird dies von einigen Branchen erheblich übertroffen.

Zwei Branchen fallen auf, die auch im AU-Geschehen insgesamt an der Spitze liegen: Im Gesundheitswesen verzeichnen Beschäftigte 301 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 VJ wegen psychischer Störungen und liegen damit 48 Prozent über dem DAK-Durchschnitt. Auch in der Öff-

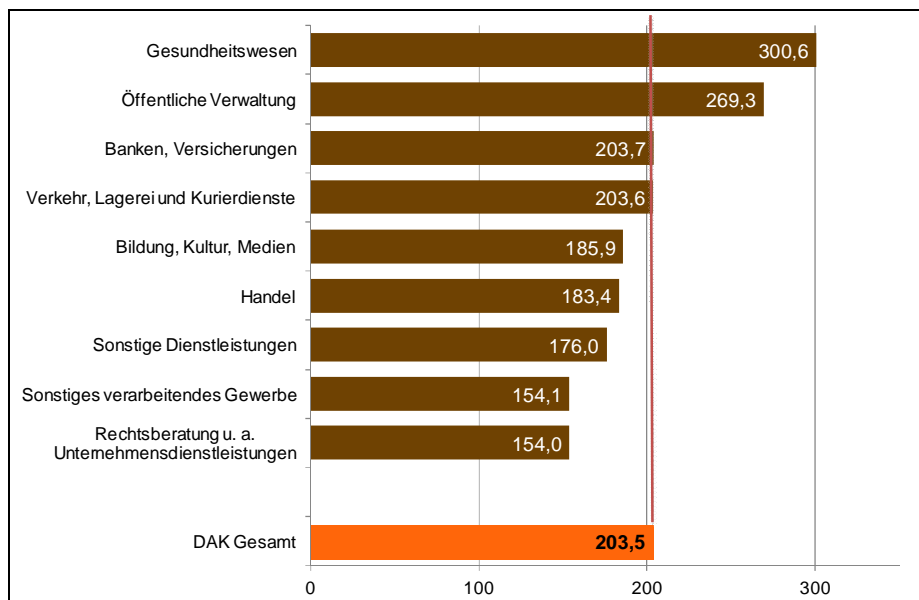
öffentlichen Verwaltung haben die Beschäftigten weit mehr AU-Tage wegen F-Diagnosen als im Durchschnitt. Psychische Erkrankungen verursachen hier 269 AU Tage pro 100 VJ, das entspricht 32 Prozent über dem Durchschnitt.

Genau dem Durchschnitt entsprechen die Fehltage wegen F-Diagnosen bei den Beschäftigten in der Banken- und Versicherungsbranche: 204 AU-Tagen pro 100 VJ wegen F-Diagnosen verzeichnen diese.

Unter dem Durchschnitt im Hinblick auf das AU-Volumen wegen F-Diagnosen liegen v. a. die Branchen Sonstiges verarbeitendes Gewerbe sowie Rechtsberatung und Sonstige Unternehmensdienstleistungen. Auch Beschäftigte im Handel, in der Branche Sonstige Dienstleistungen sowie in Bildung, Kultur und Medien weisen ein unterdurchschnittliches AU-Volumen wegen psychischer Erkrankungen auf.

Die meisten Fehltage wegen F-Diagnosen haben Beschäftigte im Gesundheitswesen und in der öffentlichen Verwaltung

Abbildung 35: AU-Tage pro 100 VJ aufgrund psych. Erkrankungen in Wirtschaftsgruppen mit hohem Anteil DAK-Versicherter 2012



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Der Branchenvergleich im Hinblick auf psychische Erkrankungen wird noch aussagekräftiger, wenn die Abweichung vom Durchschnitt beim Gesamt-AU-Volumen in Rechnung gestellt wird. Denn Branchen, die – wie das Gesundheitswesen oder die Öffentliche Verwaltung – einen überdurchschnittlichen Krankenstand aufweisen, werden auch bei den psychischen Erkrankungen wahrscheinlich über dem Durchschnitt liegen.

In diesem Sinne stellt Abbildung 14 die Branchen dar, sowohl in ihrer Abweichung vom Durchschnitts-AU-Volumen insgesamt, als auch vom AU-Volumen verursacht durch Psychische Erkrankungen.

Die bereits zuvor genannten ersten 3 Rangplätze hinsichtlich psychischer Erkrankungen werden durch diese Darstellung noch auffälliger: Während das Gesundheitswesen 15,7 Prozent über dem AU-Volumen Gesamt liegt, liegt es 47,7 Prozent über dem AU-Volumen wegen psy-

chischer Erkrankungen. Ebenso die öffentliche Verwaltung: Hier weichen die Fehlzeiten der Beschäftigten nach oben hin vom durchschnittlichen AU-Volumen ab (14,4 Prozent), noch mehr aber vom AU-Volumen aufgrund von F-Diagnosen (32,3 Prozent).

Eine besonders große relative (!) Bedeutung spielen psychische Erkrankungen in der Banken- und Versicherungsbranche. Diese hat einen weit unterdurchschnittlichen Gesamt Krankenstand (19,3 Prozent Abweichung nach unten), bewegt sich aber bei den F-Diagnosen im Durchschnitt.

Sehr große relative Bedeutung von F-Diagnosen bei Banken und Versicherungen

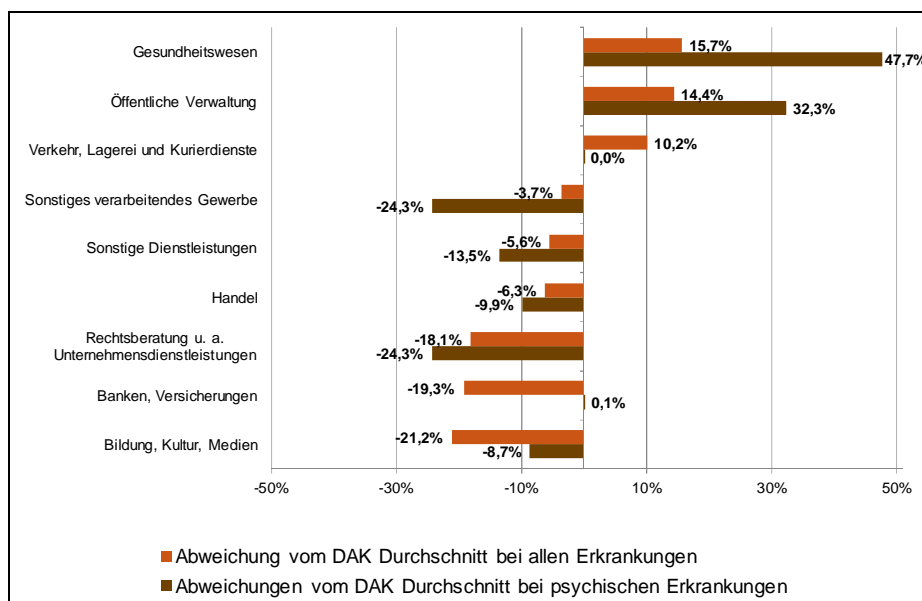
Die Branche "Rechtsberatung u.a. Unternehmensdienstleistungen" sowie die Branche "Sonstiges Verarbeitendes Gewerbe" weisen die geringste relative Bedeutung psychischer Erkrankungen auf.

Tabelle 7: Steckbrief Depression

Steckbrief Depression			
ICD-10		F32: Depressive Episode	
		F33: Rezidivierende depressive Störung	
AU-Tage pro 100 VJ.	85,0	Betroffenenquote	1,4 %
AU-Volumen Männer	64,2	Betroffenenquote Männer	1,0 %
AU-Tage Frauen	109,3	Betroffenenquote Frauen	1,8 %
AU-Fälle pro 100 VJ	1,7	Durchschnittliche Erkrankungsdauer in Tagen F32/ F33	46,4 / 61,6
AU-Fälle Männer	1,3	Durchschnittliche Erkrankungsdauer Männer	47,9 / 60,6
AU-Fälle Frauen	2,3	Durchschnittliche Erkrankungsdauer Frauen	45,5 / 60,2

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012. VJ=Versichertenjahre

Abbildung 36: Abweichungen der AU-Tage in Branchen mit hohem Anteil DAK-Versicherter vom DAK-Durchschnitt 2012



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Das Burnout-Syndrom in der Arbeitsunfähigkeitsstatistik

Statistiken zum Burnout-Syndrom sind nur sehr bedingt aussagekräftig

Unter den psychischen Erkrankungen nimmt das sogenannte Burnout-Syndrom in verschiedener Hinsicht eine Sonderstellung ein. Im (u. a.) für die Arbeitsunfähigkeitsstatistik verwendeten ICD-10 ist das Burnout-Syndrom nicht im Kapitel der psychischen Erkrankungen,¹² sondern im Kapitel XXI zu finden: "Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen". In diesem ICD-Kapitel werden – wie der Titel bereits deutlich macht – keine Krankheiten oder Verletzungen in einem wohl definierten medizinischen Sinne verschlüsselt, sondern "Faktoren", die offenbar Einfluss auf die Gesundheit haben oder zumindest dazu führen, dass ärztliche Hilfe gesucht wird.

In Kapitel XXI ist das Burnout-Syndrom mit dem Schlüssel Z73 zu kodieren: "Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung". Der Kategorie ist nicht nur das Burnout-Syndrom zugeordnet, sondern gleichzeitig auch Faktoren wie "Sozialer Rollenkonflikt, anderenorts nicht klassifiziert" oder "Akzentuierung von Persönlichkeitszügen" finden.¹³

Es ist unklar, ob und wie Hausärzte den Z73-Schlüssel zur Dokumentation eines Burnout-Syndroms verwenden.

Die Statistik des Z73-Schlüssels schließt also möglicherweise eine Reihe weiterer Problemkonstellationen über das Burnout-Syndrom hinaus ein. Umgekehrt ist ungewiss, in welchem Maße Ärzte bei Vorliegen eines Burnouts überhaupt den Z73-Schlüssel nutzen, oder ob sie eine Diagnose aus dem F-Kapitel verwenden, etwa weil ihnen der Z73 Schlüssel unbekannt ist oder weil sie ihn für eine Zusatzdiagnose halten, die nicht für eine Krankschreibung verwendet werden darf.

¹² Der Burn-Out ist somit nicht in den Angaben zum Anteil von psychischen Krankheiten am AU-Volumen mit eingerechnet.

¹³ Vgl. den ICD-10, Internetpräsenz des DIMDI Instituts. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-z70-z76.htm>

Zumindest episodische Hinweise aus den Gruppendiskussionen und Einzelinterviews mit Ärzten legen nahe, dass Hausärzten die Kodierung für das Burnout-Syndrom eher unbekannt ist, so dass sie die Symptomatik als F-Diagnose, beispielsweise als Anpassungsstörung, dokumentieren.

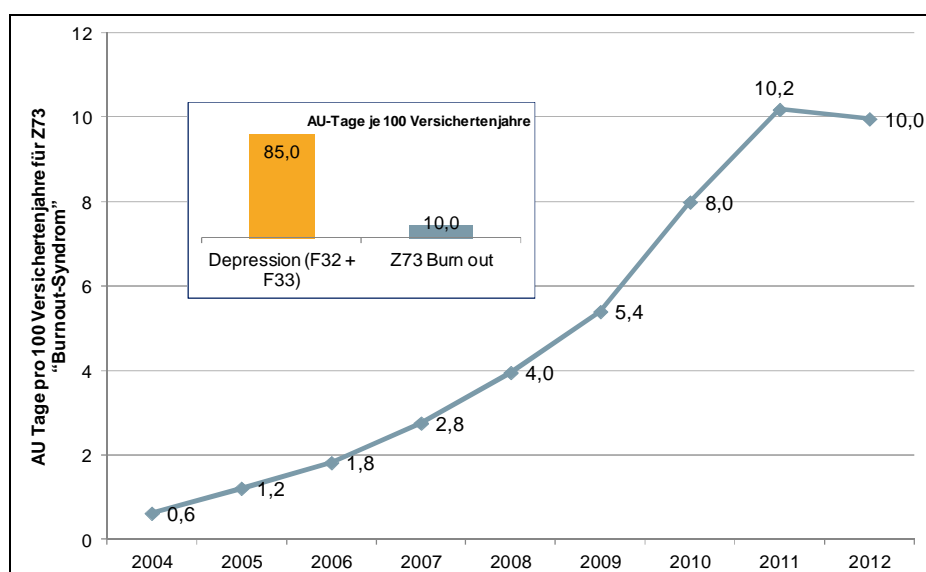
Diese Vorbemerkung soll dafür sensibilisieren, dass das statistische Ausweisen von Z73 derzeit ein bloß grober Indikator für Prävalenz und Entwicklung des Burnout-Syndroms ist.

Die Entwicklung des Burnouts, bzw. des Schlüssels Z73, in der Arbeitsunfähigkeitsstatistik zeigt Abbildung 37. Demnach spielte der Burnout noch vor einigen Jahren nahezu keine Rolle im AU-Geschehen. Noch im Jahr 2007 verursachte er weniger AU-Tage als beispielsweise die Schizophrenie. Von einem AU-Volumen nahe Null im Jahr 2004 erfährt das Burnout-Syndrom einen steilen Aufstieg und verzeichnet im Jahr 2012 10 Fehltage pro 100 Versicherte.

Um die Größenordnung eines solchen AU-Volumens zu verdeutlichen: dies entspricht knapp einem Achtel der Fehltage wegen Depressionen. Ordnet man das Burnout-Syndrom (bzw. den Z73 Schlüssel) in die häufigsten F-Diagnosen ein, steht der Burnout mit 10,0 AU-Tagen pro 100 VJ auf Rang 6, hinter den anderen Angststörungen (12,7 AU-Tagen pro 100 VJ) und vor den psychischen Störungen durch Alkohol (7,0 AU-Tagen pro 100 VJ).

Im Jahr 2012 sind erstmals die AU-Tage pro 100 VJ nicht weiter gestiegen. Im Vergleich zu den Steigerungsraten von 2005 bis 2011, die zwischen 28 und 51 Prozent lagen, ist dies eine bemerkenswerte Entwicklung. Um aber von einer Stagnation oder gar von einem Rückgang des Z73-Schlüssels zu sprechen, ist noch mindestens ein Jahr abzuwarten.

Abbildung 37: AU-Tage pro 100 VJ wegen Z73: "Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" ("Burnout")



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2004-2012

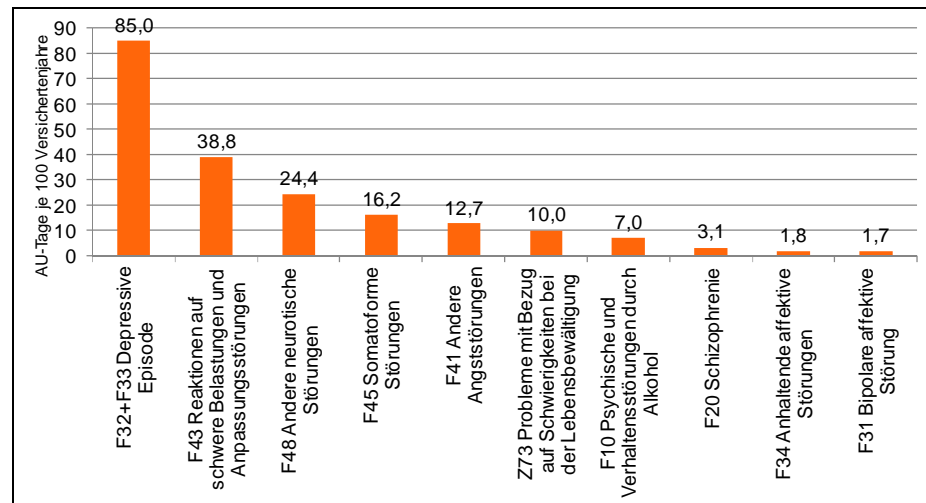
Noch im Jahr 2004 spielte das Burnout-Syndrom keine Rolle im AU-Geschehen

Erste Anzeichen für eine Stagnation oder gar einen Rückgang des Burnout-Syndroms

Im Jahr 2012 hat das Burnout-Syndrom (genauer: Der Z73-Schlüssel) knapp ein Achtel der AU-Tage einer Depression

Wäre das Burnout-Syndrom unter den F-Diagnosen, würde es dort "Rang 6" belegen

Abbildung 38: AU-Volumen aufgrund psychischer Erkrankungen - Die häufigsten Einzeldiagnosen inkl. Z73 ("Burnout")



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Frauen sind häufiger wegen eines Burnout-Syndroms krank geschrieben als Männer

Burnout als Ursache für Arbeitsunfähigkeit trifft – wie nahezu alle der psychischen Erkrankungen – Frauen mehr als Männer: Das Burnout-Syndrom verursacht bei Männern ein AU-Volumen von 7,8 Tagen pro 100 VJ im Jahr 2012, bei Frauen 12,5. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer bei Burnout beträgt 37,1 Tage – wie bei den meisten psychischen Diagnosen ist sie bei den Männern geringfügig höher als bei den Frauen (37,9 zu 36,6 Tage).

Die Betroffenenquoten sind sehr gering: 0,2 Prozent bei Männern und 0,3 Prozent bei Frauen. Mit anderen Worten hatte im Jahr etwa jeder 500. Mann und jede 330. Frau eine Krankschreibung wegen eines Burnout-Syndroms. Allerdings ist, wie oben ausgeführt, die AU-Daten-Statistik in Bezug auf das Burnout Syndrom mit einer Reihe von Unsicherheiten verbunden.

Tabelle 8: Steckbrief Burnout-Syndrom

Steckbrief Burnout-Syndrom (Z73)			
ICD-10	Z73: Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung		
AU-Tage pro 100 VJ	10,0	Betroffenenquote	0,2%
AU-Tage Männer	7,8	Betroffenenquote Männer	0,2%
AU-Tage Frauen	12,5	Betroffenenquote Frauen	0,3%
AU-Fälle pro 100 VJ	0,3	Durchschnittliche Erkrankungsdauer in Tagen	37,1
AU-Fälle Männer	0,2	Durchschnittliche Erkrankungsdauer Männer	37,9
AU-Fälle Frauen	0,3	Durchschnittliche Erkrankungsdauer Frauen	36,6

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012. VJ=Versichertenjahre

Tabelle 9: Steckbrief: Neurotische Störungen

Steckbrief Neurotische Störungen			
ICD-10	F48: Andere neurotische Störungen		
AU-Tage pro 100 VJ	24,4	Betroffenenquote	0,8 %
AU-Volumen Männer	16,6	Betroffenenquote Männer	0,5 %
AU-Tage Frauen	33,5	Betroffenenquote Frauen	1,1 %
AU-Fälle pro 100 VJ	0,9	Durchschnittliche Erkrankungsdauer in Tagen	25,9
AU-Fälle Männer	0,6	Durchschnittliche Erkrankungsdauer Männer	26,7
AU-Fälle Frauen	1,3	Durchschnittliche Erkrankungsdauer Frauen	25,4

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012. VJ=Versichertenjahre

4.3 Epidemiologie psychischer Erkrankungen

Um das tatsächliche Morbiditätsgeschehen in der Bevölkerung zu beurteilen, müssen die AU-Daten im Kontext interpretiert werden

Arbeitsunfähigkeitsdaten bilden das Morbiditätsgeschehen der erwerbstätigen Bevölkerung nicht eins zu eins ab sondern sind ein vermittelter Indikator. Dies liegt einerseits daran, dass neben der realen Morbidität der erwerbstätigen Bevölkerung auch andere Faktoren den Krankenstand sowie die als AU-Ursache angegebenen Diagnosen beeinflussen. Aus einer Zunahme von F-Diagnosen in den Arbeitsunfähigkeitsdaten ist nicht ohne weiteres eine Zunahme der tatsächlichen Verbreitung (Prävalenz) dieser Erkrankungen zu folgern. Es könnte auch sein, dass bei gleichbleibender Prävalenz psychischer Erkrankungen diese häufiger diagnostiziert und häufiger als Ursache von Arbeitsunfähigkeit dokumentiert werden.

Wie verbreitet sind psychische Erkrankungen in der Bevölkerung?

Dieses Kapitel legt dar, was hierzu aktuell aus epidemiologischer Sicht bekannt ist: Wie hoch ist der Anteil der Bevölkerung, der von einer psychischen Erkrankung betroffen ist? Nehmen psychische Störungen in der Bevölkerung zu? Welche Krankheitsbilder spielen eine besondere Rolle? Um diese Fragen zu beantworten sind weder Arbeitsunfähigkeitsdaten, noch Frühverrentungsdaten noch Behandlungsdaten geeignet, sondern bevölkerungsrepräsentative (epidemiologische) Prävalenz-Studien.

Hierzu sind bevölkerungsrepräsentative epidemiologische Untersuchungen geeignet wie die aktuelle DEGS Erhebung des RKI mit Zusatzmodul psychische Gesundheit:

Eine solche bevölkerungsrepräsentative Studie ist die "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS) des Robert-Koch-Instituts (Kurth 2012; Hapke et al. 2012a; Hapke et al. 2012b). Die Zusatzuntersuchung "Psychische Gesundheit" (DEGS-MHS) strebt u.a. eine umfassende und klinisch-diagnostisch differenzierte Erfassung psychischer Störungen an. Über einen Vergleich mit den Daten des Bundesgesundheits surveys 1998 (BGS 1998), bzw. dessen Zusatzmodul "Psychische Störungen" wird auch die Frage geprüft werden, ob psychische Störungen zugenommen haben und ob es Veränderungen im Morbiditätsspektrum gegeben hat (Wittchen et al. 2012; Wittchen/Jacobi 2012).¹⁴

Psychische Erkrankungen sind in der Bevölkerung weit häufiger, als man aufgrund der Arbeitsunfähigkeiten wegen F-Diagnosen vermuten würde

Psychische Störungen sind nach dieser Erhebung sehr viel häufiger, als man aufgrund von beispielsweise Arbeitsunfähigkeitsdaten annehmen würde: Die 12-Monats-Prävalenz für "voll ausgeprägte" – die Zahlen sind also eher konservativ – psychische Störungen beträgt fast 25 Prozent bei erwachsenen Männern und 33 Prozent bei erwachsenen Frauen (Alter: 18-79) (Wittchen et al. 2012, S. 989). Nach Angaben an anderer Stelle (Wittchen/Jacobi 2012, S.10) sind Frauen zu 35,9 Prozent, Männer zu 30,7 Prozent einmal oder mehrmals im Jahr von einer psychischen Störung betroffen (Alter 18-79). Insgesamt ist etwa ein Drittel der Bevölkerung von mindestens einer psychischen Störung jedes Jahr betroffen.

Laut DEGS-MHS sind die häufigsten psychischen Störungen: Angststörungen, Alkoholstörungen und Unipolare Depression

Die drei häufigsten psychischen Störungen sind Angststörungen (16,2 Prozent 12-Monatsprävalenz), Alkoholstörungen (11,2 Prozent), sowie die unipolare Depression (8,2 Prozent)

Frauen sind von nahezu allen psychischen Störungen sehr viel häufiger betroffen als Männer. Die 12-Monatsprävalenz von Angststörun-

¹⁴ Dies wird allerdings bei derzeitigem Veröffentlichungsstand der Studienergebnisse nur eingeschränkt möglich sein: viele Ergebnisse liegen bei Redaktionsschluss des DAK-Gesundheitsreports noch nicht vor. Eine ausführliche Basispublikation wurde durch das RKI 2013 im Bundesgesundheitsblatt Heft 5/6 angekündigt.

gen ist bei Frauen mehr als doppelt so hoch wie bei Männern (22,6 zu 9,7 Prozent), die der unipolaren Depression ebenfalls mehr als doppelt so hoch (11,4 zu 5,0 Prozent). Lediglich Alkoholstörungen treten bei Männern häufiger auf als bei Frauen, und zwar fast fünf mal so häufig (18,4 gegenüber 3,9 Prozent).

Typisch für psychische Störungen sind häufige Komorbiditäten. D.h. psychische Störungen treten häufig zusammen auf. Mehr als ein Drittel der Betroffenen haben nicht nur eine, sondern mehrere Diagnosen. (Wittchen/Jacobi 2012).

Zur Prävalenz von Depressionen

Da die Depression im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen die wichtigste Rolle unter den F-Diagnosen spielt,¹⁵ und weil in der DAK-Beschäftigtenbefragung die Depression für Zusammenhangsanalysen erhoben wird (sozusagen stellvertretend für psychische Erkrankungen allgemein), wird diese psychische Störung hinsichtlich ihrer Epidemiologie etwas näher beleuchtet.

Nicht nur im AU-Geschehen, sondern auch gemessen an ihrer tatsächlichen Prävalenz spielt die Depression eine sehr wichtige Rolle. Allerdings: Während sie in den AU-Daten auf Rang Eins unter den psychischen Erkrankungen steht, ist sie hinsichtlich ihrer Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung nach Angststörungen und Alkoholstörungen erst auf Rang 3, als Unipolare Depression.

In der DEGS Erhebung wurde das Vorliegen einer Depression als depressives Syndrom in den letzten 14 Tagen erhoben. Dies wurde durch das Screeninginstrument Patient Health Questionnaire, in der Variante mit 9 Fragen (PHQ-9), erfasst.

Demnach liegt zu einem Zeitpunkt (14-Tage Punkt-Prävalenz) bei 8,1 Prozent der Teilnehmer (Frauen: 10,2, Männer 6,1 Prozent) ein depressives Syndrom vor. Die Prävalenz ist am höchsten bei den 18 bis 29jährigen (9,9 Prozent), sinkt tendenziell im Altersgang und ist bei der Bevölkerung ab 65 Jahren am niedrigsten (6,3 Prozent). Die Häufigkeit sinkt mit steigendem sozioökonomischen Status (niedrig: 13,6, mittel:7,6, hoch: 4,6) (Kurth 2012, S. 987).

Punktprävalenz für ein depressives Syndrom in der DEGS-Studie: 8,1 Prozent (Frauen: 10,2 Prozent, Männer: 6,1 Prozent)

Betrachtet allerdings nur die im Erwerbsleben stehenden Altersgruppen (18-29, 30-44, 45-64) dann gilt für die Altersgruppe der 45 bis 64jährigen: die Verbreitung des depressiven Syndroms nimmt hier nicht weiter ab, und bei den Männern nimmt sie sogar wieder etwas zu (Hapke et al. 2012b).

Bereits vor der DEGS Erhebung mit Zusatzmodul "psychische Gesundheit" war die Größenordnung der Häufigkeit psychischer Erkrankungen bekannt. Beispielsweise kommt Jacobi schon 2009 in einer Übersicht über die Verbreitung psychischer Erkrankungen zu der Einschätzung "Es kann also festgehalten werden, dass psychische Störungen weit verbreitet sind (und häufiger sind als früher angenommen, weil jetzt umfassender definiert und repräsentativer erhoben). Auf Bevölkerungsebene gehören sie ebenso wie körperliche Erkrankungen mehr oder weniger 'zum Leben dazu' und sind aufgrund der assoziierten negativen Konsequenzen sehr ernst zu nehmen" (Jacobi 2009).

¹⁵ Und zwar als depressive Episode F32 sowie als rezidivierende depressive Störung F33. Vgl. den AU-Daten Steckbrief zur Depression (Tabelle 7).

Nehmen psychische Störungen zu?

Etwa 13 Jahre vor der DEGS-Studie stellte der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS 1998) bzw. das zugehörige Zusatzmodul "Psychische Störungen" repräsentative Daten zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen in der Bundesrepublik bereit.

Die aktuelle DEGS-Erhebung mit dem Zusatzmodul "psychische Gesundheit" erlaubt es, durch Vergleiche mit dem BGS 1998 (und Zusatzmodul) einen Beitrag zur Frage zu leisten, ob psychische Störungen zunehmen. Ausführlichere Auswertungen zu dieser Frage sind aber zu Redaktionsschluss dieses Gesundheitsreports noch nicht veröffentlicht.

In den vorliegenden Veröffentlichung wird allerdings angegeben, dass in Bezug auf die Prävalenz psychischer Störungen etwas höhere Werte ermittelt wurden als in der vergleichbaren Untersuchung im Zuge des BGS 1998 (Wittchen/Jacobi 2012).¹⁶

Für 1998/99 wurde durch den Bundesgesundheitsurvey ermittelt: Zu einem Zeitpunkt leiden 17,3 Prozent der 18-65jährigen unter einer psychischen Störung

In Wittchen et al. 1999 wird die 4-Wochen-Querschnittsprävalenz berichtet, die als Punktprävalenz am ehesten mit der im DEGS-MHS berichteten Punktprävalenz vergleichbar ist. Demnach beträgt die Punktprävalenz psychischer Störungen in Form von affektiven¹⁷, somatoformen und Angststörungen 17,3 Prozent (Altersgruppe: 18-65 Jahre)¹⁸. Im Einzelnen: Affektive Störungen: 6,3 Prozent; Angststörungen: 9 Prozent und somatoforme Störungen: 7,5 Prozent. Ein "bedeutender Prozentsatz" erfüllt die Kriterien mehrerer Störungen (Wittchen et al. 1999).

1998/99: Innerhalb eines Jahres leiden 37 Prozent der erwachsenen Frauen und 25 Prozent der Männer wenigstens einmal unter einer psychischen Störung

Die 12-Monatsprävalenz von psychischen Störungen wird im BGS 1998 mit 31,1 Prozent angegeben. Frauen sind wesentlich häufiger betroffen als Männer (37,0 zu 25,3 Prozent). Affektive Störungen (11,9%), Angststörungen (14,5% (meist sind es spezifische Phobien) und Somatoforme Störungen (11,0) sind die häufigsten Diagnosen.

Ein Vergleich der Prävalenzen psychischer Erkrankungen von BGS98 mit den 2012 veröffentlichten DEGS-Ergebnis ist bei derzeitigem Veröffentlichungsstand nur sehr bedingt möglich, da die angegebenen Prävalenzen, die konkreten Störungsbilder, die Altersgruppen und die Erhebungsinstrumente nicht gleich sind.¹⁹ Stellt man trotz dieser Probleme Zahlen gegenüber, so ergibt sich eine Punktprävalenz für die Depression 1998 von 6,3 Prozent in der Altersgruppe 18-65 gegenüber einer Punktprävalenz von 8,1 Prozent in der Altersgruppe 18-79. Hieraus wäre möglicherweise ein leichter Anstieg zu folgern.

Der Vergleich zwischen den 1998/99 durch den BGS ermittelten Prävalenzen mit denen durch DEGS1-MHS ermittelten wird voraussichtlich durch die weiteren Auswertungen durch RKI und die Modulpartner geleistet werden. Die bisherigen Aussagen hierzu lauten, dass es möglicherweise eine nur leichte Zunahme gegeben hat

¹⁶ http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs__psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile. Folie 17.

¹⁷ F30, 31, 32,33, F43.1. F40.0 F40.1 F40.2 F408 F41.0 F41.1 F42.0 F45.0 F45.1 F45.2 F45.4

¹⁸ Die ältere Altersgruppe 65-79 wurde nicht erhoben, weil entsprechende Erhebungsinstrumente (CIDI) nicht validiert sind für diese Altersgruppe

¹⁹ Um nur einige Probleme der Vergleichbarkeit zu nennen: Im Modul Psychische Störungen des BGS1998 wird die Altersgruppe 18-65 betrachtet, im DEGS Zusatzuntersuchung dagegen 18-79. Depression wird in der DEGS-Befragung durch das Instrument PHQ-9 erhoben, das sich auf einen 2 Wochen Zeitraum bezieht, im BGS Zusatzmodul wird die 4-Wochen-Querschnittsprävalenz erhoben.

Wittchen/Jacobi (2012). Mit Sicherheit kann gesagt werden: Es gibt keine Zunahme der tatsächlichen Prävalenz psychischer Störungen die auch nur annähernd der Zunahme von F-Diagnosen in den Arbeitsunfähigkeitsdaten entsprechen.

Dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen in den letzten 10 - 15 Jahren nicht zugenommen hat ist für Epidemiologen keine Überraschung: Schon vor der DEGS1 und dem Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit war bekannt, dass es keine Hinweise auf eine Zunahme psychischer Erkrankungen gibt. Beispielsweise kam Richter et al. (2008) in einer systematischen Studienübersicht zur Frage, ob psychische Erkrankungen in der Bevölkerung zunehmen, zu dem Schluss: "Die 'gefühlte' Zunahme psychischer Störungen bildet offenbar etwas anderes ab, als eine tatsächliche Zunahme der Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen".

Auch andere Autoren kommen durch die Sichtung verschiedener epidemiologischen Studien zu dem Ergebnis: "In wiederholten epidemiologischen Bevölkerungsstudien können im 10-Jahres-Abstand keine Zuwächse der Prävalenz seit 1990 gefunden werden". Die Prävalenz psychischer Störungen scheint generell nicht besonders volatil über die Zeit zu sein (Jacobi 2009)²⁰

Dass dennoch der Eindruck entsteht psychische Erkrankungen nehmen epidemisch zu, kann mehrere Gründe haben:

1. eine gesteigerte Sensibilität gegenüber dem Thema, u.a. von Seiten der Hausärzte. Aus Studien in Hausarztpraxen folgert Jacobi (2009) dass die diagnostische Sensitivität in der ärztlichen Routinediagnostik in den letzten Jahre zugenommen hat, u.a. durch vermehrte Fortbildungsaktivitäten.
2. Auch patientenseitig könnte die Sensibilität gestiegen sein, hinzu kommt möglicherweise eine gesteigerte Offenheit gegenüber dem Thema (nicht zuletzt die Medienberichterstattung) und eine gesteigerte Bereitschaft, Diagnosen aus dem psychischen Bereich zu akzeptieren. Neben anderen Autoren vermutet Richter et al. (2008) eine steigende Bereitschaft der Bevölkerung, sich wegen psychischer Probleme behandeln zu lassen. Hinzuzufügen ist: Auch eine steigende Bereitschaft, sich wegen einer psychischen Diagnose krank schreiben zu lassen.
3. Auch der DAK-Report von 2005 hatte in einer Expertenbefragung ermittelt, dass der Aspekt einer gesteigerten Aufmerksamkeit und Akzeptanz sowohl ärzte- wie patientenseitig einen wichtigen Teil der Erklärung zunehmender Fehltagewegen psychischer Erkrankungen ausmacht.²¹
4. Als weitere Erklärung für die Zunahme von AU wegen psychischer Erkrankungen bei gleichzeitig unveränderter "realer Prävalenz" vermutet Jacobi (2009), dass eine Verlagerung in Richtung psychischer Störungen als Diagnose stattgefunden hat. Somit wäre ein Teil der Betroffenen früher auch, allerdings mit

Es gibt keine Zunahme der tatsächlichen Prävalenz psychischer Störungen die auch nur annähernd der Zunahme von F-Diagnosen in den Arbeitsunfähigkeitsdaten entsprechen.

²⁰ Allerdings schließen diese Aussagen nicht aus, dass es in bestimmten Bevölkerungsgruppen Zunahmen gegeben haben könnte. Z.B.gibt es Hinweise, dass Depression und Hyperaktivitätsstörungen in jüngeren Kohorten zugenommen haben oder vermehrte psychische Störungen bei sozial Benachteiligten. Angegebene Lit.: Helbig et al. 2006; Mauz/Jacobi 2008.

²¹ Hier ist auch der Direktzugang des Patienten zum Psychotherapeuten im Rahmen des Psychotherapeutengesetz 1999 zu nennen

anderen, somatischen Diagnosen, z.B. wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen krankgeschrieben.

4.4 Erklärungen für den Anstieg der Fehltage wegen psychischer Erkrankungen – Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Hausärzten

Der DAK-Gesundheitsreport macht sich seit vielen Jahren ein Repertoire aus "Methodenbausteinen" zu nutze, um ein Schwerpunktthema auszuarbeiten. Neben der Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten und der standardisierten Befragung von Erwerbstätigen gehört hierzu eine qualitative Befragung von Expertinnen und Experten, die für die Interpretation der Daten Unterstützung leistet.

Der Methodenbaustein Expertenbefragung wurde für das aktuelle Schwerpunktthema variiert. An Stelle von Experten mit Forschungsschwerpunkten im jeweiligen Bereich des Gesundheitssystems wurden für den vorliegenden Report Hausärzte sowie Psychotherapeuten und Psychiater im Rahmen von Gruppendiskussionen befragt.

Insbesondere Hausärzte haben eine Perspektive, die von keiner anderen Quelle einzuholen ist: Sie sehen tagtäglich die Patienten, sie sind es (zu einem großen Teil), die die eigentlichen Krankschreibungen vornehmen und dabei eine Diagnose dokumentierten.

Für dieses Schwerpunktthema wurden drei Gruppendiskussionen und ein Einzelinterview mit insgesamt 18 Teilnehmern durchgeführt. Die Gruppendiskussionen wurden jeweils von einem Moderator bzw. einer Moderatorin aus dem IGES Institut geleitet. Dabei lag ein Interviewleitfaden zugrunde, dessen Inhalte je nach Verlauf der Diskussion eingebracht wurden. So wurde sichergestellt, dass die diskutierten Aspekte in Ausführlichkeit und Reihenfolge der Bedeutung entsprechen, die diesen aus Sicht der Teilnehmer zukommen.

Die Gruppendiskussionen fanden in Berlin, in Marl (nördliches Ruhrgebiet) und in Neuwied (Rheinland-Pfalz) statt, so dass zwar nicht Repräsentativität im strengen Sinne gegeben ist, aber drei durchaus unterschiedliche Regionen berücksichtigt wurden. Zusätzlich zu den Gruppendiskussionen fand ein Einzelinterview im Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg statt.

Die Interviews wurden zu einem "synoptischen Interview" bearbeitet. Damit ist eine Darstellung der realen Gesprächsinhalte und -verläufe gemeint, in dem die Beteiligten aber nur idealtypisch auftreten, d.h. nicht mit realen Namen. Es werden pro Gruppendiskussion nur 2 Ärzte im Namen der jeweiligen Gruppendiskussion "auftreten", und zwar jeweils eine Hausärztin und ein Hausarzt in Marl und Neuwied. In Berlin, wo ein gemischter Zirkel bestehend aus Hausärzten und Psychiatern bzw. Psychotherapeuten befragt wurde, wird ein Hausarzt und eine Psychiaterin stellvertretend für den Zirkel auftreten.

Die Synopse der transkribierten Interviews wurde nach folgenden methodischen Regeln erstellt:

- Sinnblöcke bleiben erhalten, werden aber – ohne Verfälschung der jeweiligen Sinneinheiten – umgestellt und in eine neue Dramaturgie gebracht. Z.B. werden Ausführungen über die Arbeitswelt aus allen 4 Gruppendiskussionen/Interviews zusammengestellt.
- Die gesprochene Sprache wird in gewissem Maße geglättet, d.h. Streichung von angefangenen, aber nicht vervollständigten Sätzen; Streichung zu vieler Füllwörter; Streichung von Einwür-

Befragung von Expertinnen und Experten in Form von Gruppendiskussionen

Die Gruppendiskussion mit Ärzten werden zu einem "Synoptischen Interview" aufbereitet. Dieses bildet die Inhalte und den Diskussionsverlauf der Gespräche sehr authentisch ab.

fe der anderen Teilnehmer in die Ausführungen eines Sprechers (die nicht zur Vollständigkeit dieser Ausführungen nötig sind). Von diesen minimalen Eingriffen abgesehen handelt es sich um die Ausführungen der Teilnehmer im Wortlaut.

- Die Gewichtung der Argumente wird berücksichtigt und ob ein Aspekt von der Moderation oder den Teilnehmern in die Diskussion eingebracht wurde. Beispielsweise wird eine von der Moderation eingebrachte These, die nur auf wenig Resonanz stößt, entweder weggelassen oder entsprechend untergeordnet aufgeführt. Eine These oder Aspekt, der von vielen Teilnehmern aus eigener Initiative eingebracht wird, wird dagegen höher gewichtet und ausführlicher dargestellt.
- Die Gruppendiskussionen wurden aus Mitschnitten transkribiert. Das Einzelinterview dagegen stand nicht als Transkription zur Verfügung. Die Ausführungen aus diesem stammen aus den Mitschriften der Interviewer. Sie sind nahe an der Sprache des Interviewten, stellen aber keine echten O-Töne dar.

Moderatorin: Wir möchten uns herzlich bedanken, dass Sie sich zur Teilnahme an dieser Gruppendiskussion bereit erklärt haben. Der Hintergrund hierfür ist, dass wir beim IGES Institut seit etwa Mitte der Neunziger Jahre für die DAK-Gesundheit Daten zur Arbeitsunfähigkeit analysieren und daraus jährlich einen Gesundheitsreport erstellen.

Welche Erklärungen haben Ärzte für den Anstieg der psychischen Erkrankungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen?

Das weitaus auffälligste Geschehen hierbei ist der massive Anstieg der Fehltagelast aufgrund psychischer Erkrankungen. Diese haben sich seit Mitte der neunziger Jahre um den Faktor 2,7 erhöht, also weit mehr als verdoppelt. Neben den Tagen sind auch die Fälle von Arbeitsunfähigkeit in einer ähnlichen Größenordnung gestiegen. Und etwa jeder 22. Beschäftigte hat im Jahr eine oder mehrere Arbeitsunfähigkeiten aufgrund einer psychischen Erkrankung. Diese so genannte Betroffenenquote hat sich in den letzten 15 Jahre ebenfalls mehr als verdoppelt.

Die Bedeutung der psychischen Erkrankungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wird immer größer. Nach Muskel-Skelett-Erkrankungen sind psychische Erkrankungen mittlerweile auf Rang 2.

Moderator: Wir möchten Sie heute Abend fragen: Woran liegt das? Welche Vorschläge haben Sie, wie man diese enorme Zunahme der psychischen Erkrankungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen erklären kann?

Bedingungen der Arbeitswelt tragen aus Sicht der befragten Ärzte erheblich zum Anstieg der Fehltagelast wegen psychischer Erkrankungen bei

Hausarzt in Berlin: Erklären kann man sie schnell. Man muss sich bloß das Arbeitsleben heutzutage angucken, die Patienten erzählen mir, dass sie teilweise zwölf Stunden im Job gefordert sind. In Behörden machen sie das Vier-, Fünf-, Sechsfache an Arbeit von dem, was sie vor zehn Jahren an der gleichen Stelle machen mussten. Kündigungsschutz ist gelockert.

Psychiaterin in Berlin: Ich denke auch, dass die Bedingungen der Arbeitswelt sicher den höchsten Anteil ausmachen. Ich denke, familiäre Probleme und was sonst so alles für psychiatrische Erkrankungen eine Rolle spielt, haben sich anteilig nicht großartig verändert. Aber ich

denke, was Arbeitswelt, Arbeitsumgebung, Konkurrenzdruck zum Beispiel angeht, ist das sicher einer der Hauptgründe.

Hausärztin in Marl: Es wird erwartet, dass man für seinen Chef rund um die Uhr erreichbar ist, auch im Urlaub E-Mails beantwortet und gar nicht abschalten kann.

Hausarzt in Berlin: Was immer kommt, ist: 'Wir haben einen neuen Chef, Umstrukturierung. Ich habe einen alten Vertrag, ich bin schon seit 20 Jahren in der Firma.' Also die Leute haben dann alte Verträge, die verdienen sehr viel mehr als die Leiharbeiter oder die mit den kurzen Verträgen. Und die werden dann schon auch genötigt sozusagen, auch mal zu gehen. Und dann gibt es eben massive Kränkungen.

Moderator: Ist dies die Situation, die Ihre Patienten schildern?

Hausärztin in Marl: Ja. Dass sie auch das Gefühl haben, nie die Arbeit erledigt und fertig zu haben. Also diese Befriedigung aus der Arbeit, das ist doch deutlich weniger geworden.

Psychiater in Berlin: Ich meine, es ist auch so: Alles, was mit Qualitätsmanagement einhergeht, so toll das irgendwie ist, macht die Sache natürlich für manche unserer Patienten brisant. Also jemand, der früher auf der U-Bahnstation ausgerufen hat oder Züge abgefertigt hat, der wird heute nicht mehr gebraucht. Das wird technisiert, das wird automatisiert. Und es wird erwartet, dass auf einem hohen Qualitätsniveau agiert wird. Und die, die eher ein Stückchen schwach sind, das waren sie immer schon ein Stückchen, die fallen heute dann stärker durch das Raster, weil sie da nicht mehr mithalten können.

Hausärztin in Neuwied: Es gibt diese Nischen nicht mehr. 'Human Resources' heißt hundertprozentig arbeitsfähig, ansonsten auf Wiedersehen.

Hausarzt in Neuwied: Früher hatte man in fast jedem Bürozusammenhang das Eckchen für die neurasthenische Mitarbeiterin. Also es gab auch Mitarbeiter, die einfach ein bisschen weniger gearbeitet haben, ein bisschen häufiger krank waren. Und die hat man halt auch mitgezogen. Obwohl sie das nicht geleistet haben, was gefordert war. Und da müssen sie sich heute krankschreiben lassen.

Hausarzt in Neuwied: Hundert Prozent Leistung! Da kommen die Wirtschaftsberater in die großen Unternehmen, sagen einfach: Du hast 80 Leute das schaffst du auch mit 50. Bums. D. h., die 20 Prozent, an denen man noch irgendwas an Reserven hätte, die werden gestrichen und die sind mittlerweile weg. Da ist nichts mehr. Also 100 Prozent oder gar nicht. Und das ist, glaube ich, auch ein Punkt.

Hausärztin in Berlin: Also eine Rolle, denke ich, spielen auch die Arbeitszeiten. Da hat sich, glaube ich, in den letzten zehn, fünfzehn Jahren auch viel getan. Supermärkte, die bis 24:00 Uhr offen haben, zum Beispiel. Früher waren das vielleicht nur Menschen, die im Krankenhaus in der Notaufnahme oder so gearbeitet haben, die rund um die Uhr arbeiten mussten. Heute sind das viel weitere Bevölkerungskreise. Früher ging es um die 35-Stunden-Woche. Heute höre ich zunehmend 'Ich bin im Wachschatz, ich arbeite nur 12-Stunden-Schichten, und zwar fünf bis sechs die Woche'.

Und dann verstehe ich immer nicht, ja, was sind denn das für Arbeitszeiten. Die Arbeitszeitgesetze sind irgendwie so aufgeweicht worden, dass es anscheinend möglich ist, insgesamt deutlich mehr Stunden

Die befragten Ärzte geben an, dass es für weniger leistungsfähige Mitarbeiter immer weniger Platz in der Arbeitswelt gibt

Aus Sicht der Hausärzte: Mehr Arbeitnehmer als früher sind von langen und ungewöhnlichen Arbeitszeiten betroffen

pro Woche zu arbeiten und andererseits aber, da es keine Mindestlöhne gibt, in vielen Bereichen, trotzdem insgesamt weniger Geld zu verdienen. Und das bringt natürlich für die Menschen Situationen, in denen sie einerseits keinen Ausgleich sich schaffen können, also aus finanzieller Sicht sowieso nicht, aber auch, weil sie gar keine Freizeit haben und keine sozialen Kontakte und so weiter mehr nutzen können.

Prekäre und kurzfristige Beschäftigungsverhältnisse sind aus Sicht der befragten Ärzte eine weitere Ursache

Hausarzt in Berlin: Beschäftigte werden verschlissen. Nach dem Motto: Wenn der nicht mehr kann such ich mir einen Neuen. Die 'Generation Praktikum' spielt hier eine Rolle, die sich über Halbjahresverträge finanzieren muss. Die verbrauchen sich selbst, aus Angst entlassen oder nicht mehr verlängert zu werden. Das erzeugt ein fehlendes Selbstwertgefühl.

Patienten kommen auf ihre Arbeitsbedingungen zu sprechen:

Psychiater in Berlin: Man muss sagen, dass die Patienten ja sehr gezielt darauf zusteuern, über ihre Arbeitsbedingungen zu reden. Es wird nicht mehr gelobt. Es wird nicht mehr bestätigt. Die finden keine Anerkennung mehr. Sie können sich kaputt machen von morgens bis abends, sie wissen, es ändert nichts. 'Ich kriege sowieso immer den Vorwurf, dass ich noch mehr hätte machen müssen.'

Ärzte berichten z.B. von Krankenschwestern, die unter Dokumentationspflichten leiden...

Hausärztin in Berlin: Wenn ich Patienten sehe, die Krankenschwestern sind, wie die ständig unter diesem Dokumentationsdruck stehen, und die eigentliche Arbeit bleibt dabei auf der Strecke.

... oder aus dem Hotelwesen: Harte körperliche Anforderungen und unplanbare Arbeitseinsätze...

Psychiater in Berlin: Innerhalb kurzer Zeit hatte ich mehrere junge Frauen aus dem Hotelwesen. Das ist unmenschlich, was da passiert. Die zartesten Frauen, denen wird sofort am nächsten Tag die Hilfskraft weggenommen, die müssen alleine die Matratzen stemmen und dann sind es nicht mehr drei Zimmer, dann sind es fünf Zimmer, dann 15 Zimmer. Dann wird der Samstag gestrichen. Da fragen Sie sich, was soll daraus werden? Die müssen versagen, diese Menschen.

Hausärztin in Berlin: Die Zimmermädchen in dem Bereich, aber auch die, die Hotelfachfrau lernen, die berichten mir, sie haben rund um die Uhr das Handy in der Tasche, können immer angerufen werden, rund um die Uhr.

Hausarzt in Marl: Und auffällig finde ich noch, dass es Menschen sind, in so mittleren Leitungsebenen, also z. B. im Gesundheitswesen. Da sind es mehr Frauen, also gerade im Pflegebereich, Bereichsleiter, Pflegedienstleiterin und bei diesen anderen Menschen, also Menschen, die irgendwo permanent in so einem Entscheidungsstress stehen, Vorgaben haben, Finanzbereich meistens, die einfach Verkaufsvorgaben haben und die dann diese Vorgaben – also zum einen den Widerspruch haben, was mache ich hier, was muss ich hier verkaufen – dass sie etwas selbst nicht gut finden können, bestimmte Finanzprodukte – und auch meistens diese Vorgaben erfüllen müssen. Und halt eben auch über, ich sag mal, neue Linien permanent mit Zahlen unter Druck gesetzt werden, permanent erreichbar sind über Handy und, und, und – nicht abschalten können.

... oder aus der Finanzbranche: Kennzahlendruck und wenig Identifikation mit den Produkten

Hausarzt in Marl: Aber es ist doch so, dass Arbeit immer individuell erfasst wird. Das heißt, was du machst an EDV wird leistungsmäßig erfasst und dir vorgehalten und gesagt, das ist deine Leistung, die du gebracht hast. Was früher in dieser Form überhaupt nicht möglich war. Also meinetwegen der Finanzsektor, was hast du für Abschlüsse gemacht, wie viel hast du verkauft. Aber auch in anderen Bereichen, wie

viel hast du produziert, was hast du gemacht. Das ist erfassbar, wird auch vorgehalten.

Psychiater in Berlin: Und dann kommen sie zurück und haben sowieso den Berg, den hat keiner abgearbeitet. Ich habe da so einen Fall, wo die Depression sich auch schon über Jahre hinzieht. Der arbeitet in der Finanzdienstleistungsbranche. Das ist grausig, wenn ich mit ihm über die Arbeitsverhältnisse rede.

Moderator: Ich muss sagen, Ihre Schilderungen sind sehr überzeugend, v.a. dadurch, dass Sie das aus eigener Erfahrung kennen. Wenn wir jetzt aus diesem Interview rausgehen, müssten wir also verbuchen, dass 90 bis 95 Prozent des Anstiegs der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen auf die Arbeitswelt zurückzuführen wären. Ist das der Befund? Ist die Hauptursache eine veränderte Arbeitswelt?

Hausärztin in Neuwied: Also Hauptursache finde ich jetzt aber falsch. Das ist EIN Punkt.

Psychiater in Berlin: Also ich glaube, wir sind zu kulturpessimistisch. Es geht nicht überall alles den Bach runter. Im Gegenteil, es wird effektiver. Und die Betriebe, auch die großen Betriebe, die sind doch bemüht, jetzt auch da auf diesem Gebiet etwas in die Wege zu leiten. Dass man da betriebliche Präventionsprogramme führt. In dem Sinne, dass man guckt, was ist zumutbar? Und was ist auch noch für diesen schwächeren Teil der Gesellschaft, den es immer geben wird zumutbar, dass man für die Arbeitswelten erhält, dass man die nicht durch Qualitätsmanagement raus katapultiert. Das ist eine betriebliche Aufgabe.

Hausarzt in Marl: Gibt es da noch einen anderen Gesichtspunkt? Also frage ich mal hier.

Hausärztin in Marl: Also das ist ja salonfähig, wenn Sie so wollen. Das ist ja akzeptiert, sozial akzeptiert. 'Burnout' – ich habe mich aufgeopfert, ich habe mich aufgerissen für meinen Betrieb und bin aufgrund dessen in eine Situation gekommen. Es könnte ja sein, dass da auch ein Wertewandel stattgefunden hat. Früher sind die Leute nicht so offen damit umgegangen, sind dann mit irgendwelchen psychosomatischen Beschwerden gekommen und wurden aufgrund dieser psychosomatischen Beschwerden krankgeschrieben.

Hausärztin in Neuwied: Ich finde, das ist eine Zusammenkunft von ganz vielen verschiedenen Ursachen. Ich denke einmal, dass man heutzutage offener redet über das Thema Psyche. Das war ja lange Jahre völlig unmöglich für die Leute darüber zu reden. Also das haben die auch selber gar nicht so erkannt, dass sie psychisch krank waren. Während sie heute das selber auch besser reflektieren und auch eher zulassen. Patienten beschäftigen sich eher mit diesem Thema oder lassen auch diese Diagnose eher zu. Und das ist schon mal ein wichtiger Punkt, denke ich, der dazu beiträgt.

Hausarzt in Neuwied: Also ich würde dem schon zustimmen, dass wir natürlich ein hohes gesellschaftliches Maß entwickelt haben an Sensibilität und an gesellschaftlicher Fürsorge für diese Dinge. Und das ist ja auch der schmale Grad, wo ich letztendlich abchecken muss: wo ist jetzt hier sozusagen die krankmachende Überlastung eines Patienten, der da vor mir sitzt und wo bewegen wir uns in einem Bereich, wo man dann vielleicht auch mal sagen muss: 'Junge, halt

Welche weiteren Ursachen gibt es für die Zunahme der psychischen Erkrankungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen?

Als weitere Ursache für den Anstieg diskutieren die Ärzte die zunehmende Akzeptanz psychischer Erkrankungen

mal durch. Das ist eine Durststrecke, aber die geht auch vorbei!' Und das ist natürlich immer eine Gratwanderung.

Die massive Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit trägt zur verstärkten Aufmerksamkeit gegenüber dem Thema bei – insbesondere das Stichwort 'Burnout'.

Hausarzt in Neuwied: Einerseits die Sensibilisierung, auf der anderen Seite die Mode. Ich sage jetzt mal Stichwort Burnout – wer keinen gehabt hat, hat auch noch nicht richtig gearbeitet.

Moderatorin: Ist es denn inzwischen so, dass durch die Präsenz des Themas in der Tagespresse die Patienten schon mit der Diagnose in der Hand kommen. So wie sie auch kommen und sagen: Ich habe einen Husten. Sehen Sie das jetzt auch bei psychischen Erkrankungen? Kommt das vor?

Hausärztin in Neuwied: Also die sagen nicht: Ich habe eine somatoforme Belastungsstörung.

Hausarzt in Neuwied: Wenn das Stichwort Burnout fällt, ja.

Hausarzt in Marl: Ich denke, dass diese Diagnose Burnout etwas ist, was gesellschaftsfähig geworden ist. Wobei natürlich klar ist, dass sich hinter dem Begriff 'Burnout' ein breites Bündel, wahrscheinlich in der Regel Depressionen verbergen, worauf wahrscheinlich jemand der sagt 'ich bin depressiv' nicht kommen würde. Das ist so ein Punkt, wo eine Akzeptanz mehr da ist. Irgend so was zu melden.

Moderator: Sie wissen offenbar relativ viel über das Arbeitsleben Ihrer Patienten. Könnten Sie mal schildern, wie so ein Fall abläuft? Kommt da jemand zu Ihnen und sagt: 'Ich habe psychische Probleme', oder kommt da jemand mit etwas anderem und Sie finden das dann erst raus im Gespräch? Wie läuft das ab?

Ein Teil der Patienten kommt über diffuse somatische Symptome zur psychischen Diagnose. Ein anderer Teil spricht psychische Beschwerden gezielt an. Dabei hilft das Stichwort 'Burnout'.

Hausarzt in Marl: Sowohl als auch. Also sicherlich: Erst mal gibt es die, die kommen, weil sie irgendeine komische Symptomatik haben, eher aus dem psychovegetativen Bereich, irgendwo Herzrasen, Schwindel oder sonst irgendetwas. Und es gibt aber auch - und da habe ich auch den Eindruck, was jetzt Belastung am Arbeitsplatz angeht, wird das auch immer offensichtlicher –, dass auch welche kommen und sagen: 'Ich fühle mich überfordert, ich komme nicht mehr klar, ich glaube ich bin ausgebrannt, ich habe einen Burnout.' Also etwas, was offener angesprochen wird, als noch vor zehn oder 15 Jahren.

Hausarzt in Marl: Häufig kommen so Dinge zusammen. Ich habe eine Patientin, die auch genau mit so einer Symptomatik kam, die in leitender Position arbeitet und da eben auch so eine Überforderung sieht und spürt und da kam ein privater Stress hinzu. Der Ehemann wohl nur am Wochenende zu Hause, Baumaßnahme zu Hause, da ist alles zusammengebrochen. Die kommt natürlich nicht und sagt, 'ich bin überfordert', sondern die kommt und sagt: 'Mensch ich habe immer so ein Herzrasen, so Wärmegefühle und Schwindel und so was.'

Moderator: Vielleicht an der Stelle noch gefragt: Sie haben geschildert, dass Patienten zu Ihnen kommen mit somatischen Beschwerden und dass Sie dann durch geschicktes Fragen herausfinden, dass in Wirklichkeit eine psychische Beschwerde dahintersteckt. Jetzt haben Sie aber auch angedeutet, dass Diagnose 'Burnout' eine Art anerkannte Diagnose ist, die es Patienten leichter macht – sagen Sie mir, wenn ich es falsch interpretiere – zu sagen, dass sie ein psychisches Problem haben. Trifft das zu? Hat die Diskussion um Burnout da geholfen?

Hausarzt in Marl: Es ist keine anerkannte Diagnose. Aber es ist wahrscheinlich ein Vehikel...

Hausarzt in Marl: ... ein gesellschaftlich akzeptiertes...

Hausarzt in Marl: ... um auszudrücken: 'ich habe ein psychisches Problem'.

Hausarzt in Marl: Eine gesellschaftlich akzeptierte Bezeichnung. Ich denke, psychische Diagnosen sind immer noch schambehaftet. Und das kann man so ein bisschen umgehen mit 'Burnout'. Da hat der Patient ein Konzept, was ihn ja nicht als verrückt darstellt. Das, was jahrelang bei psychischen Diagnosen immer eine Rolle spielte oder sonst etwas, 'der geht in die Anstalt'.

Hausärztin in Marl: Ja, der Begriff Burnout hat ja noch irgendwas von Anerkennung. Eine Depression hat mehr von Versagen und sich outen, dass man eben den Anforderungen nicht mehr genügt.

Hausarzt in Marl: Genau. Burnout ist ja ein Eindruck, der hat ja gebrannt, der war ganz toll und hat sich so verausgabt, dass er jetzt nicht mehr kann.

Hausärztin in Berlin: Gut, die Leute reden heute vielleicht auch leichter drüber, weil auch eine Enttabuisierung der psychischen Erkrankungen stattgefunden hat. Früher wurde ja nicht ganz so offen drüber geredet. Oder war es besser, man hatte was am Muskel als am Kopf.

Psychiaterin in Berlin: Ja, ja. Also, ich denke früher hatte man mehr Probleme, den Leuten überhaupt psychosomatische Erkrankung klarzumachen als heute. Heute kommen sie damit ins Wartezimmer.

Hausärztin in Neuwied: Viele Patienten sind auch dankbar, wenn sie mit somatischen Beschwerden erst mal kommen, um vorzufühlen, wie reagiert der Doktor drauf, und wenn man dann ganz offen fragt: 'Wie ist es mit Stress', kann es einem wirklich passieren, dass die Leute in dem Moment vor einem in Tränen ausbrechen und sagen: 'Ja, eigentlich ist es genau das.' Dass sie drauf warten, wann kommt die Frage, wann kann ich mich dazu äußern.

Moderatorin: Es gibt noch eine weitere These, zu der wir Ihre Meinung hören wollen. Diese lautet, dass Ärzte besser darin geworden sind, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren. Wie stehen Sie dazu?

Hausarzt in Berlin: Ich glaube, das stimmt. Also ich habe in den letzten zehn Jahren viel gelernt, muss ich sagen.

Hausarzt in Neuwied: Auf ärztlicher Seite denke ich, ist auch die Ausbildung eine andere, d. h. die Psychosomatik rückt ja immer mehr in den Vordergrund und wird entsprechend auch besser diagnostiziert als früher. Früher war der Rückenschmerz ein Rückenschmerz, etwas rein Somatisches. Heute wird der psychosomatisch geschulte Hausarzt ja nachfragen, was haben Sie denn für Belastungen, für einen Stress, was Ihnen das Kreuz bricht.

Moderatorin: Welche weiteren Gründe gibt es Ihrer Ansicht nach dafür, dass psychische Diagnosen immer häufiger eine Ursache für Arbeitsunfähigkeiten sind?

Das Stichwort 'Burnout' ist aus Sicht der Hausärzte ein 'Vehikel', psychische Probleme anzusprechen.

Sind Ärzte besser darin geworden, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren?

Hausärzte sagen, dass sie heute besser in Psychosomatik geschult sind als früher

Hausärztin: Psychische Diagnosen gab es auch früher schon in Kombination mit somatischen Beschwerden. Allerdings werden sie heute eher mit aufgeschrieben.

Hausärztin in Neuwied: Es ist natürlich so, wenn man jetzt z. B. eine Reha möchte für einen Patienten, das ist ja mittlerweile so, dass wenn man eine Reha wegen Rücken beantragt, dann heißt das ja häufig: 'Krankengymnastik kann er auch daheim machen'. D. h., man braucht da praktisch die verschärfte Diagnostik, also noch eine Diagnose dabei, die dann begründet, warum der Patient doch noch einmal stationär irgendwohin kommen muss. Und das ist natürlich dann sehr häufig eine, die aus dem psychosomatischen oder depressiven Formenkreis dazu kommt. Die ist natürlich früher auch dabei gewesen, aber man hat sie nicht dazu geschrieben.

Fehlender sozialer Rückhalt führt aus Sicht der befragten Ärzte zu mangelnder Widerstandsfähigkeit gegenüber psychischen Beschwerden

Hausärztin in Marl: Ich glaube auch, dass die Belastbarkeit der Menschen deutlich zurückgegangen ist, mit solchen Problemen umzugehen. Weil einfach viel weniger soziales Netz da ist und viel weniger rundum aufgefangen werden kann und der Arzt eher Anlaufstelle ist, als das in früheren Jahren der Fall war.

Psychiater in Berlin: Da wird ja deutlich, dass das Ganze wirklich in die ganze gesellschaftliche Situation hineinläuft. Und, sage ich mal, Strukturen, die sonst solchen Frust und Anfeindungen am Arbeitsplatz und Irritationen abgefangen haben, dass diese kompensierenden Strukturen ... Also das Tempo ist insgesamt höher geworden in der Arbeitswelt, wir haben eben drüber gesprochen, aber dann auch nicht mehr sozusagen die erholenden Strukturen auf der anderen Seite, die schützenden Strukturen. Angefangen von der Kirche. Könnte man lange drüber reden.

Nicht intakte Familien machen aus Sicht der befragten Ärzte anfälliger für psychische Erkrankungen

Hausärztin in Berlin: Familie. Es gibt ja keine intakten Familien mehr.

Psychiater in Berlin: Die Familiensituation ist schwierig geworden, genau. Die Singlesituation mit Einzelkind und alle diese Broken-Home-Situationen, die da vulnerabel machen, anfälliger machen. Man weiß ja ganz genau, dass Kinder aus geschiedenen Verhältnissen deutlich stärker psychiatrisch auffällig sind als Kinder aus intakten Familien. Ganz einfache Überlegung und Zusammenhang, und, und, und. Welche Rolle spielen soziale Verbundsituationen. Ich meine, man kann natürlich diskutieren und sagen, es ändert sich auch wieder, es gibt auch wieder eine Gegenbewegung dazu, auch in einer großen Stadt wie Berlin, also es gibt viel mehr Häuser, die, sage ich mal, eine Nachbarschaftsstruktur haben als früher, scheint mir. Aber insgesamt ist es natürlich die Anonymisierung der Gesellschaft, die auch dazu beiträgt, dass der Einzelne dann bei uns ankommt und sich da ausweint. Im echten Sinne keine psychiatrische Erkrankung nach klassischer Art hat, aber doch leidet und sozusagen gesellschaftsleidend ist, wenn man so will.

Bei Frauen kann eine Doppel- und Dreifachbelastung zur Überlastung führen

Hausärztin in Marl: Ich glaube auch, dass viele Leute, vor allen Dingen auch Frauen, eine Doppelbelastung aushalten müssen oder Dreifachbelastung. Die haben Familie, ihren Beruf, die Kinder müssen gemanagt werden. Viel mehr, denke ich, als früher. Und dann noch nebenbei arbeiten, zwischen vier und acht Stunden am Tag. Das belastet, denke ich, schon. Das gab es ja früher in dem Sinne nicht. Früher waren die Frauen eben nicht berufstätig, wenn sie Kinder hatten und das sehe ich doch schon häufig in der Praxis. Dass gerade die Klientel da sitzt und sagt, 'ich kann nicht mehr'. Es sind viele Frauen, die sagen, „ich kann nicht mehr“. Ich habe also mehrere in der letzten Zeit gehabt, die mit ihrer Familie, mit ihrem Job, nicht mehr klarkamen und sagen, 'ich bin einfach überlastet'.

Moderatorin: Wir haben natürlich auch epidemiologische Studien zur Kenntnis genommen, die sich mit der Prävalenz psychischer Erkrankungen befassen. Das Ergebnis hierbei ist im Großen und Ganzen, dass eine Zunahme der Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung nicht zu sehen ist. Ist dies eine Diskrepanz zu unseren eigenen Daten zur Arbeitsunfähigkeit und auch zu Ihren Schilderungen? Wie würden Sie diese erklären?

Hausarzt in Neuwied: Da muss ich aber jetzt mal nachfragen. Sprechen Sie jetzt von psychischen Erkrankungen oder sprechen Sie von psychosomatischen Erkrankungen?

Moderatorin: Von psychischen Erkrankungen.

Sprecher männlich: Das muss ich jetzt definitiv sagen, ja. Also die Anzahl der Zyklomyeenerkrankungen nimmt nicht zu. Die Anzahl an schweren major Depressionen mit Suizidalität nimmt nicht zu. Da geb ich Ihnen vollkommen recht. Da würde ich gar nicht widersprechen. Aber es ist die Frage, ob das was Sie gerade zitiert haben, dem Bild was wir jetzt geschildert haben, widerspricht.

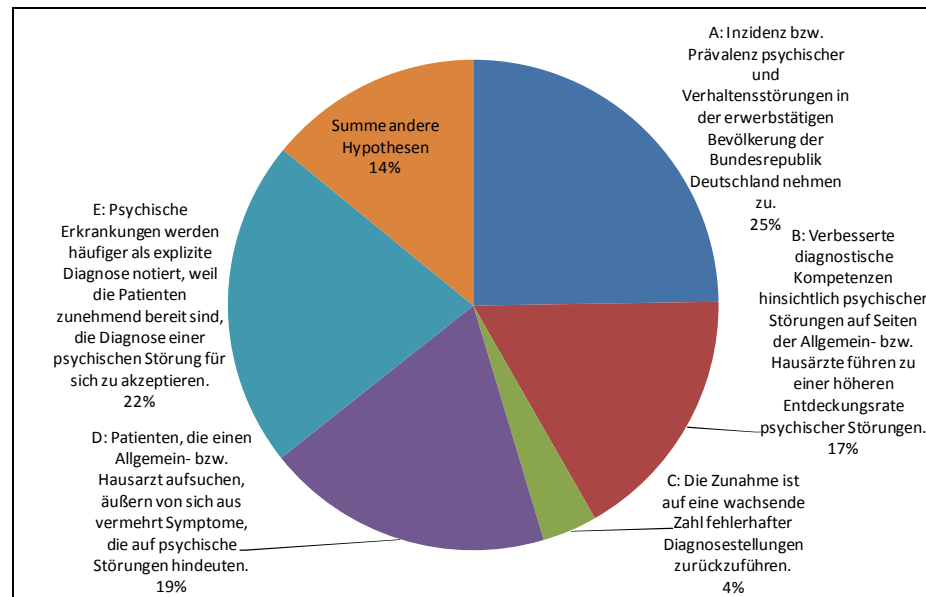
Psychiater in Berlin: Also das sind ja keine richtig schweren psychiatrischen Erkrankungen, mit denen diese Patienten, die Probleme am Arbeitsplatz haben, zu uns kommen. Die unter Mobbing leiden. Das sind ja keine, die Schizophrenie oder Psychosen, Manien und schwere Depressionen haben, sondern das sind akute Belastungsreaktionen oder Anpassungsstörungen an den Arbeitsplatz. Das sind sozusagen produzierte Störungen, die wir auch gar nicht gelernt haben, zu behandeln. Da braucht man Sozialarbeiter, die muss man mit solchen Sachen behandeln, also mit Physiotherapie, Krankengymnastik und eben sie schnellstmöglich wieder zurück führen in einen normalharmonischen Arbeitsplatz, was es ja auch nicht gibt, weil der Arbeitsplatz eben nicht so ist. Das sind diese, ja, unter dem Druck der Arbeitsbedingungen entstandenen Dekompensationen. Das sind keine psychiatrischen Erkrankungen, in meinen Augen auch nicht. Und ich ärgere mich auch als Psychiater, dass meine Praxis mit solchen Leuten überschwemmt wird. Ich ärgere mich wirklich drüber, weil ich mache den ganzen Tag nichts anderes als mir diese fürchterlichen Geschichten anzuhören und ich kann es nicht beheben, ich kann nichts machen dagegen.

Semi-quantitative Befragung von Ärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten

Im Anschluss an die Interviews wurde den teilnehmenden Ärzten ein halbstandardisierter Fragebogen vorgelegt, der eine Reihe von Thesen zur Erklärung der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen aufführte. Diese Thesen sollten mit Prozentzahlen gewichtet werden. Thesen, die viel zur Erklärung der Zunahme beitragen, sollten mit entsprechend hohen Zahlen hinterlegt werden. Thesen, die wenig oder nichts erklären, oder falsch sind, mit entsprechend niedrigen Zahlen. Die Abbildung stellt die Mittelwerte der Antworten dar und ist somit eine aggregierte Einschätzung der Befragten.

Die tatsächliche Prävalenz psychischer Erkrankungen nimmt nicht oder kaum zu. Wie passt das zur Bedeutung psychischer Erkrankungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen?

Abbildung 39: Gewichtung von Erklärungen der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen durch Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater



Quelle: Halbstandardisierte Befragung von Hausärzten, Psychotherapeuten und Psychiatern im Jahr 2012. N=17. Ausfüllanweisung: "Bitte bewerten Sie die Bedeutung der nachfolgenden Hypothesen zu den Hintergründen der Zunahme, indem Sie Prozentpunkte vergeben."

Die These, dass die Prävalenz der psychischen Erkrankungen zunimmt, findet Zustimmung

Zweitwichtigste These: Patienten sind zunehmend bereit, eine psychische Diagnose zu akzeptieren

4 von 5 Thesen fanden in hohem Maße Zustimmung: Aus Sicht der befragten Ärzte ist der Anstieg der AU aufgrund von F-Diagnosen zu einem großen Anteil damit zu erklären, dass die Prävalenz der entsprechenden Krankheitsbilder in der erwerbstätigen Bevölkerung tatsächlich zunimmt (Gewicht von 25 Prozent).

Die zweitwichtigste These ist die, dass Patienten immer mehr Bereitschaft zeigen, eine psychische Diagnose zu akzeptieren, so dass diese auch häufiger als explizite Diagnose notiert werden (Gewicht von 22%). Auf Rang 3 folgt die These, dass Patienten von sich aus beim Hausarzt immer häufiger psychische Symptome, bzw. Symptome, die auf psychische Beschwerden hindeuten, äußern (Gewicht von 19 Prozent).

Schließlich wird die These einer verbesserten diagnostischen Kompetenz von Hausärzten mit einem Gewicht von 17 Prozent versehen.

Eine der fünf Thesen fand nahezu keine Zustimmung (Gewicht von 4 Prozent): "Die Zunahme ist auf eine wachsende Zahl fehlerhafter Diagnosen zurückzuführen."

Die Befragten waren selbstverständlich nicht verpflichtet, sich auf die fünf vorgegebenen Thesen zu beschränken, sondern konnten zusätzliche Thesen ergänzen. Im Extremfall hätten sie alle fünf Thesen ablehnen können und bis zu 4 neue Thesen ergänzen. Außerdem wurden sie gebeten, ihre Gewichtung zu jeder These zu kommentieren, wovon nahezu alle Gebrauch machten.

Die von den Ärzten ergänzten Thesen wurden in obiger Abbildung unter "sonstigen Thesen" summiert, sie haben zusammengenommen ein Gewicht von 14 Prozent. Der häufigste Aspekt, der durch die sonstigen Hypothesen ergänzt wurde, sind Bedingungen der Arbeitswelt.

Der häufigste im Freitext ergänzte Aspekt sind zunehmende Belastungen in der Arbeitswelt und durch den Arbeitsmarkt

4.5 Befragung der DAK-Gesundheit zu Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen

Im November und Dezember 2012 wurden 3.090 Erwerbstätige – Angestellte, Arbeiter und Auszubildende – im Alter von 18 bis 65 Jahren befragt. Modus der Befragung war eine Online Erhebung.²²

Die Stichprobe wurde anhand der Daten des Mikrozensus nach Alter, Geschlecht, Bildung und Bundesland so gewichtet, dass diese als repräsentativ für die Grundgesamtheit (d.h. abhängig Beschäftigte bzw. Angestellte, Arbeiter, Auszubildende) gelten kann. In Teilen wurden Fragen aus der Befragung im Rahmen des Schwerpunktthemas 2005 wiederholt, so dass ein Zeitvergleich des Jahres 2012 mit dem Jahr 2004 (Jahr der Befragung für das Schwerpunktthema 2005) möglich ist.

Im Folgenden wird die Struktur der Stichprobe beschrieben.

Befragte nach höchstem Schulabschluss

Tabelle 10: Höchster Bildungsabschluss der Befragten²³

Höchster Bildungsabschluss	N	Prozent
Haupt-/Volksschulabschluss	923	29,9%
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	915	29,6%
Abschluss der Polytechnischen Oberschule (8./10. Klasse)	194	6,3%
Fachhochschulreife und Abitur	634	20,5%
Hochschul- und Fachhochschulabschluss	371	12,0%
Sonstiges	54	1,7%
Gesamt	3.090	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N=3.090

Alter und Geschlecht der Befragten

Tabelle 11: Befragte nach Alter und Geschlecht

Alter	Geschlecht				Gesamt N
	männlich		weiblich		
	N	Prozent in Altersgruppe	N	Prozent in Altersgruppe	
18-29 Jahre	369	52,8%	330	47,2%	699
30-44 Jahre	565	52,5%	511	47,5%	1076
45-59 Jahre	641	50,7%	623	49,3%	1264
60-65 Jahre	27	52,9%	24	47,1%	51
Gesamt	1.602	51,8%	1488	48,2%	3.090

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N=3.090

²² Das Online-Panel "Omninet" von Forsa. Dieses schließt auch Befragte ohne Internetanschluss ein, indem diese eine an das Fernsehgerät angeschlossene Box nutzen können, um an der Befragung teilzunehmen.

²³ Die Tabelle stellt den *höchsten* erreichten Bildungsabschluss der Befragten dar. Befragte mit Abitur bzw. Fachhochschulreife werden in der Zeile für Hochschul- und Fachhochschulabschluss geführt, sofern dies zutrifft.

Wie sich die Befragten nach höchstem Bildungsabschluss verteilen, stellt die Tabelle 10 dar. Die Verteilung der Befragten nach Alter und Geschlecht ist in Tabelle 11 abgebildet.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beruhen auf dieser Stichprobe. Zu beachten ist, dass die Anzahl der Befragten von der Stichprobengröße $N=3.090$ abweichen kann, und zwar immer da, wo nicht alle Befragte die jeweilige Frage beantwortet haben. Für jede Darstellung wird daher die Zahl der Befragten mit gültigen Antworten aufgeführt ("N=..."). Beruht eine Darstellung auf mehreren Fragen, ist ggf. ein Bereich für N angegeben, um der unterschiedlichen Anzahl fehlender Angaben pro Frage Rechnung zu tragen.²⁴

Im Folgenden wird über die Ergebnisse dieser Befragung entlang folgender Analyselinien berichtet:

- Wie groß ist der Anteil derer, die über eine Krankschreibung wegen einer psychischen Erkrankung berichten? Wie läuft in diesen Fällen eine Krankschreibung beim Arzt ab? Lässt sich hier eine Sensibilisierung der Ärzte gegenüber psychischen Themen erkennen?
- In welchem Ausmaß findet Präsentismus, also der Verzicht auf eine Krankschreibung trotz Beschwerden oder Krankheit, bei psychischen Beschwerden statt? Und was sind die Gründe der betroffenen Beschäftigten hierfür?
- Findet in Bezug auf psychische Erkrankungen wirklich eine Entstigmatisierung statt, wie in der These, der Anstieg der psychischen Erkrankungen im AU-Geschehen habe mit einer abnehmenden Stigmatisierung psychischer Erkrankungen zu tun?
- Welche Einflussfaktoren aus der Arbeitswelt gibt es für eine Krankschreibung wegen einer psychischen Diagnose? Hier wird insbesondere ein (behaupteter) Trend genauer beleuchtet, nämlich der der zunehmenden "ständigen" Erreichbarkeit von Beschäftigten.
- Schließlich wird ermittelt, welche Bemühungen es von Seiten der Arbeitgeber gibt, psychosoziale Risikofaktoren im Arbeitsleben einzudämmen. Hierbei wird auch geprüft, ob dies Auswirkungen auf die Häufigkeit psychischer Diagnosen im AU Geschehen hat.

Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen

Wie viele Beschäftigte auf Grund einer psychischen Erkrankung im Jahr 2012 krank geschrieben waren, ist aus den Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit bekannt. Nichtsdestotrotz wurde in der Beschäftigtenbefragung danach gefragt, um diese Gruppe der von einer Krankschreibung wegen eines psychischen Leidens betroffenen Beschäftigten genauer beschreiben zu können. Darüber hinaus ermöglicht dieses Vorgehen, den Sachverhalt der Krank-

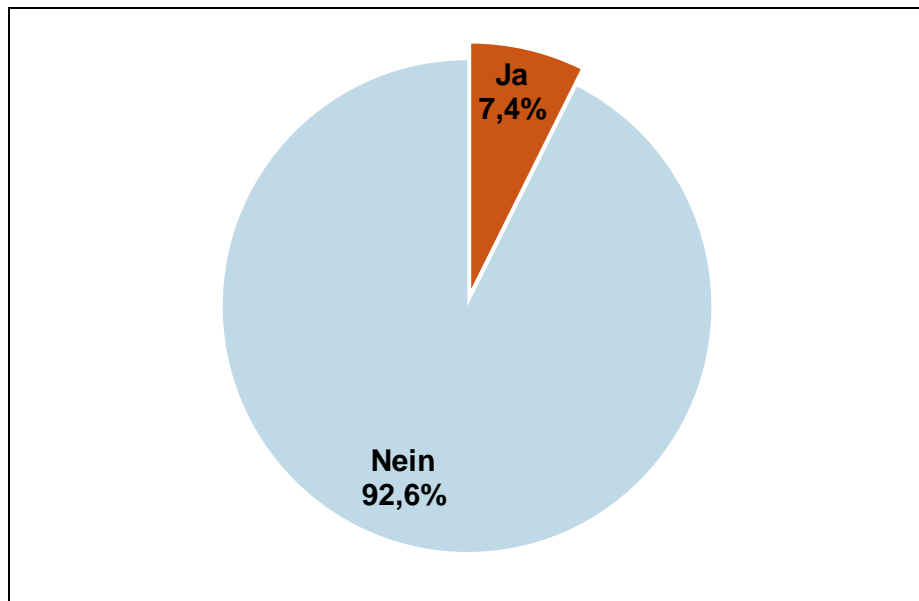
²⁴ Abweichungen von der Stichprobengröße $N=3.090$ können darüber hinaus durch Rundungsfehler entstehen.

7,4 Prozent der Befragten hatten in den letzten 12 Monaten eine Krankschreibung wegen psychischer Probleme

schreibung mit weiteren Themen aus der Befragung in Verbindung zu bringen, insbesondere solchen aus der Arbeitswelt.

In der Befragung geben 7,4 Prozent an, in den letzten 12 Monaten (ausgehend vom Befragungszeitraum im November und Dezember 2012) wegen psychischer Probleme krank geschrieben gewesen zu sein (Vgl. Abbildung 40.). Dies liegt leicht über dem Wert, der aus den AU-Daten bekannt ist.²⁵

Abbildung 40: Anteil der Befragten mit mindestens einer Krankschreibung aufgrund einer psychischen Erkrankung in den letzten 12 Monaten



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.083. Fragewortlaut: "Bitte denken Sie an die letzten 12 Monate: Waren Sie in dieser Zeit einmal oder mehrmals wegen psychischer Probleme krankgeschrieben?"

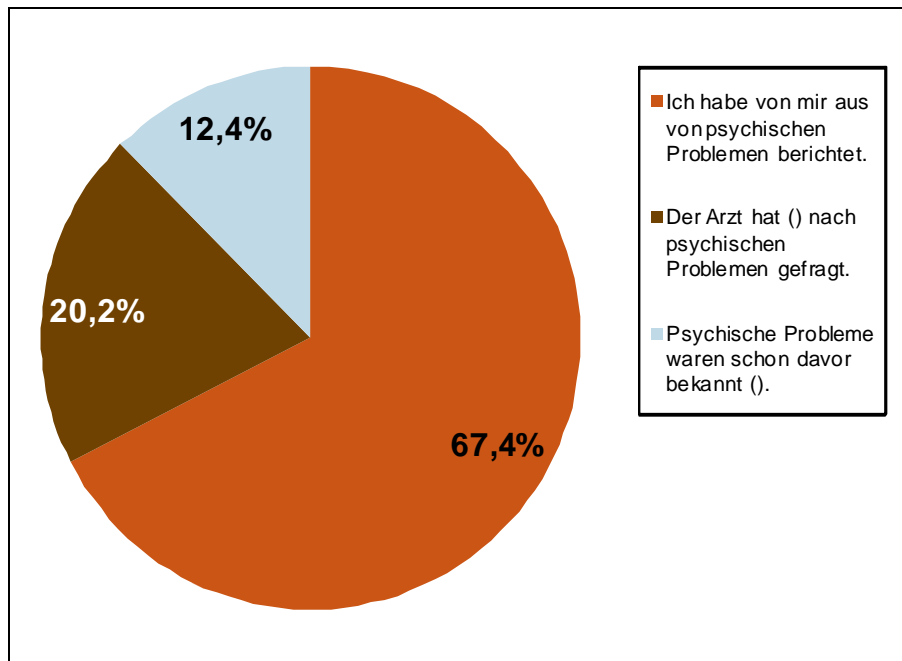
Unter den Thesen zum Anstieg der psychischen Erkrankungen als Arbeitsunfähigkeitsursache, die im Rahmen dieses Schwerpunktthemas geprüft werden, ist die, dass sowohl Patienten als auch Ärzte zunehmend sensibilisiert sind, und dadurch psychische Diagnosen eher akzeptieren bzw. stellen. Daher wurden Beschäftigte über den Vorgang der Krankschreibung befragt: War es der Arzt, der die psychische Diagnose nahelegte, oder ging dies eher vom Patienten aus?

67 Prozent sprechen dabei psychische Probleme von sich aus an, bei 20 Prozent war es der Hausarzt

Die Initiative geht hier sehr viel stärker von den Patienten aus: von den Befragten, die eine Krankschreibung wegen psychischer Probleme hatten, sprachen gut zwei Drittel das psychische Problem von sich aus an. Bei etwa einem Fünftel ging die Thematisierung psychischer Beschwerden vom Arzt aus. Bei etwa 12 Prozent waren die psychischen Probleme bereits bekannt, sowohl dem Patienten als auch dem Arzt.

²⁵ Dies ist höchst wahrscheinlich damit zu erklären, dass Befragte Krankschreibungen aufgrund eines psychischen Problems mitzählen, die nicht als explizite F-Diagnose dokumentiert wurden.

Abbildung 41: Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen:
Wie kommen beim Hausarzt psychische Probleme zur Sprache?



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. Betrachtet werden Befragte, die in den letzten 12 Monaten eine Krankschreibung wegen einer F-Diagnose hatten. N=220. Fragewortlaut: "Waren Sie es, der die psychischen Probleme gegenüber dem Arzt, der Sie krankgeschrieben hat, angesprochen hat? Oder wurden diese durch den Arzt angesprochen?"

Die These, dass Ärzte mehr als früher für das Thema psychische Erkrankungen sensibilisiert sind, erklärt insofern einen Teil des Anstiegs der Krankschreibungen wegen einer psychischen Erkrankung, als dass Ärzte zunehmend psychische Ursachen für Beschwerden erwägen und sich zunehmend (auch) nach dem psychischen Wohlbefinden des Patienten erkundigen. Inwiefern Hausärzte tatsächlich von sich aus auf psychische Beschwerden sowie auf die private und berufliche Situation zu sprechen kommen, war Gegenstand der Befragung.

Jeweils weit mehr als die Hälfte bis zu zwei Drittel der Befragten berichtet über ihren Hausarzt, dass dieser sich zu möglicherweise wichtigen Aspekten des Arbeits- und Privatlebens nicht erkundigt (Vgl. Abbildung 42).

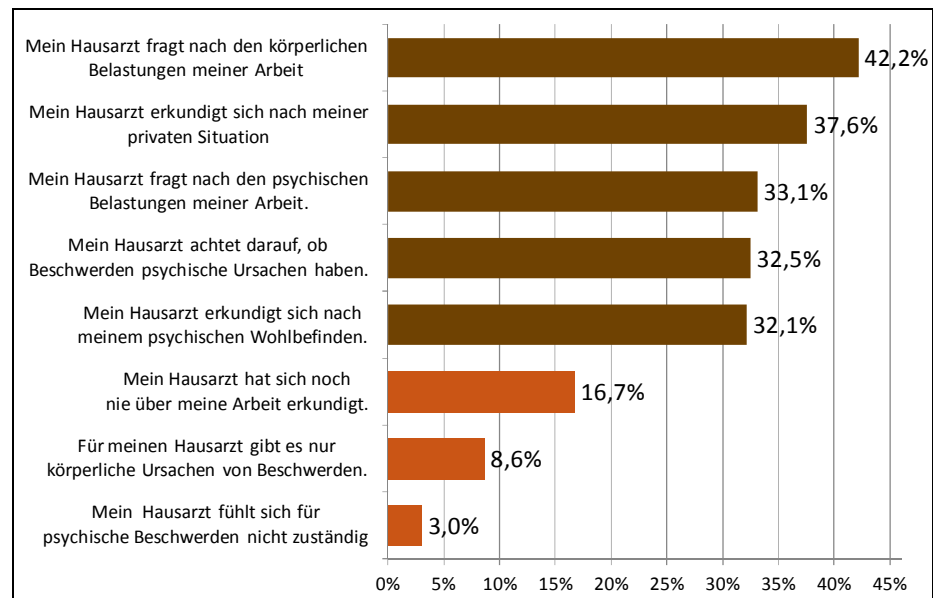
Am häufigsten fragen Ärzte zu den körperlichen Bedingungen der Arbeit: 42,2 Prozent der Befragten²⁶ behaupten dies über ihren Hausarzt. Dass sich der Arzt nach der privaten Situation erkundigt, kommt etwas seltener vor (37,6 Prozent sagen dies über ihren Hausarzt). Nur ein Drittel der Befragten gibt an, dass sich ihr Hausarzt nach den psychischen Belastungen ihrer Arbeit erkundigt.

Ob ein Hausarzt die Möglichkeit in Betracht zieht, dass psychische Ursachen hinter Beschwerden stecken, könnte einen Einfluss darauf haben, dass zunehmend mehr psychische Diagnosen im Gegensatz zu somatischen Diagnosen als AU Ursache vorkommen. Etwa ein

²⁶ Betrachtet wurden nur Befragte mit Hausarzt. Diejenigen, die angeben, dass sie keinen Hausarzt haben, wurden bei dieser Auswertung ausgeschlossen (n=357).

Drittel der Befragten hat einen Hausarzt, der darauf achtet, ob Beschwerden psychische Ursachen haben. Ebenfalls ein knappes Drittel gibt an, dass ihr Hausarzt sich nach dem psychischen Wohlbefinden erkundigt.

Abbildung 42: Welche Aussagen treffen auf Ihren Hausarzt zu?



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. Betrachtet werden Befragte, die einen Hausarzt haben. N=2.733.

"Präsentismus" bei psychischen Beschwerden

Bei weitem nicht alle Krankheitsfälle von Erwerbstätigen gehen mit einer Krankschreibung einher. Vielmehr ist von einem Anteil Erkrankter auszugehen, die trotz Krankheit zur Arbeit gehen. Dieses Phänomen wird als Präsentismus bezeichnet (das Gegenteil zu Absentismus, also das Fernbleiben von der Arbeit). Ob und in welchem Ausmaß Präsentismus auch bei psychischen Erkrankungen (bzw. psychischen Beschwerden) auftritt, wurde durch die Befragung ermittelt.

Ein Anteil von 37,1 Prozent der Befragten gibt an, in den letzten 12 Monaten einmal oder mehrmals trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gegangen zu sein (vgl. Abbildung 43).

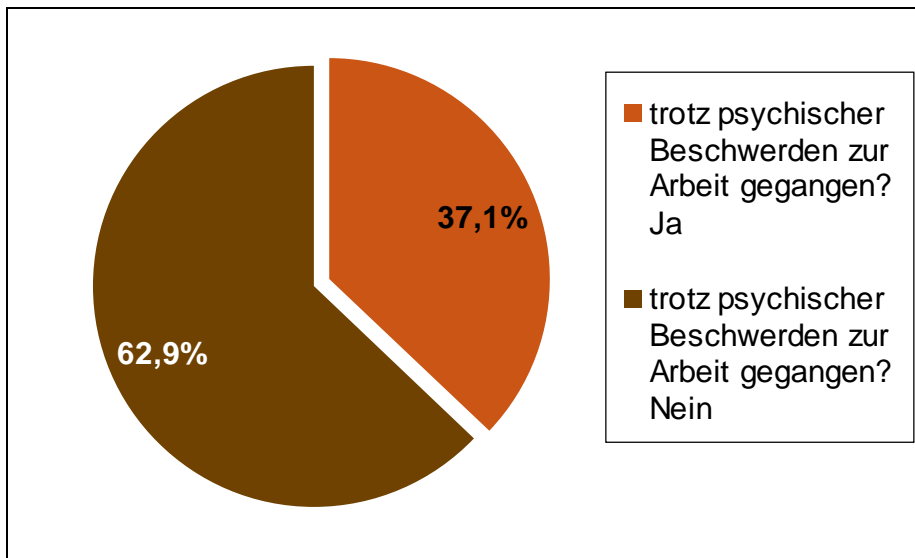
Addiert sich dieser Präsentismus bei psychischen Erkrankungen zu den Fehlzeiten hinzu oder ersetzt er diese? M.a.W.: ist es so, dass wer trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit geht, auf die Krankschreibung verzichtet? Die folgende Darstellung zeigt: Wer in den letzten 12 Monaten wegen eines psychischen Leidens krank geschrieben war, ist – darüber hinaus – auch einmal oder mehrmals trotz Beschwerden zur Arbeit gegangen. Fast 90% derjenigen mit einer Krankschreibungen wegen einer psychischen Erkrankung sind auch einmal oder mehrmals trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gegangen.

37 Prozent der Beschäftigten gehen trotz psychischer Probleme zur Arbeit

Beschäftigte, die keine Krankschreibung wegen eines psychischen Leidens in den letzten 12 Monaten hatten, berichten zu etwa einem Drittel, dass sie trotz psychischer Probleme zur Arbeit gegangen sind. Gut zwei Drittel derjenigen ohne Krankschreibungen wegen einer psychischen Erkrankung waren dagegen – was psychische Probleme angeht – beschwerdefrei (vgl. Abbildung 44).

Beschäftigte, die in den letzten 12 Monaten eine Krankschreibung wegen eines psychischen Leidens hatten, gehen zu 90 Prozent (zusätzlich) trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit.

Abbildung 43: Anteil Beschäftigter, die trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gingen (1)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.013. Fragewortlaut: Bitte denken Sie an die letzten 12 Monate: Hatten Sie einmal oder mehrmals psychische Beschwerden und sind trotzdem zur Arbeit gegangen?

Abbildung 44: Anteil Befragter, die trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gegangen sind. (2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.007

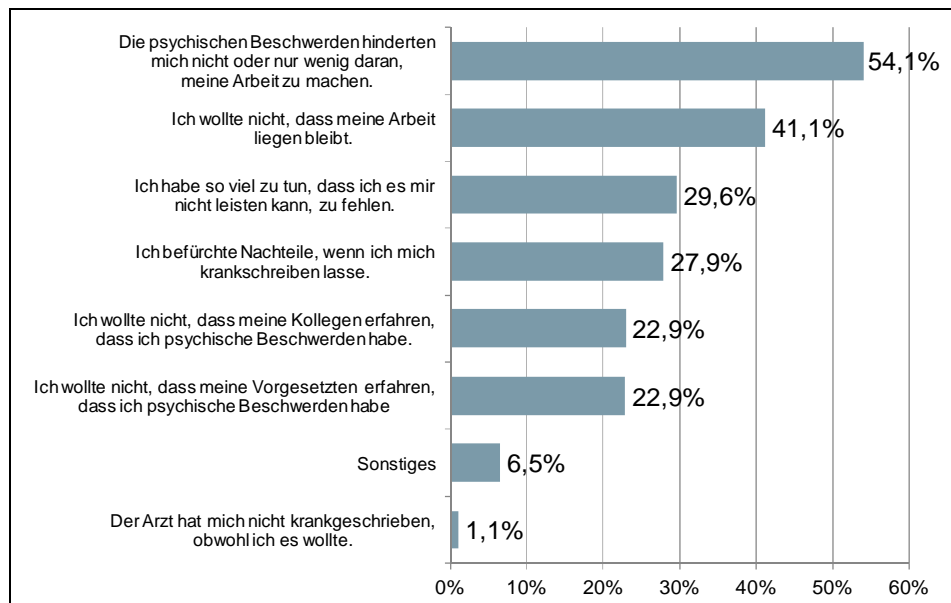
In den Interviews mit hausärztlichen Qualitätszirkeln wurde die Meinung vertreten, dass ein psychisches Leiden nicht zwangsläufig zu einer längeren Krankschreibung führen müsse. Je nach Fall sei es sogar heilsam, möglichst schnell wieder ins Berufsleben einzusteigen. Demnach wäre Präsentismus bei psychischen Erkrankungen nicht immer als problematisch anzusehen. Daher sollten die Befragten angeben, welcher Grund vorlag dafür, dass sie trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gingen.

Der wichtigste Grund ist, dass die psychischen Beschwerden nach Ansicht der Betroffenen nicht oder nur wenig ihre Arbeit beeinträchtigen. Von denen, die in den letzten 12 Monaten trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gegangen sind, geben 54,1 Prozent dies als Grund an.

Als weiteren Grund geben die Befragten an, dass die Arbeit nicht liegen bleiben soll (41,1 Prozent: "ich wollte nicht, dass meine Arbeit liegen bleibt"; 29,6 Prozent: "ich habe so viel zu tun, dass ich es mir nicht leisten kann, zu fehlen").

Dass eine Krankschreibungen wegen einer psychischen Erkrankung daran scheitert, dass der Arzt sich weigert, diese auszustellen, kommt praktisch nie vor: Nur 1,1 Prozent derjenigen, die in den letzten 12 Monaten trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gingen, geben dies an.

Abbildung 45: Gründe, trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit zu gehen

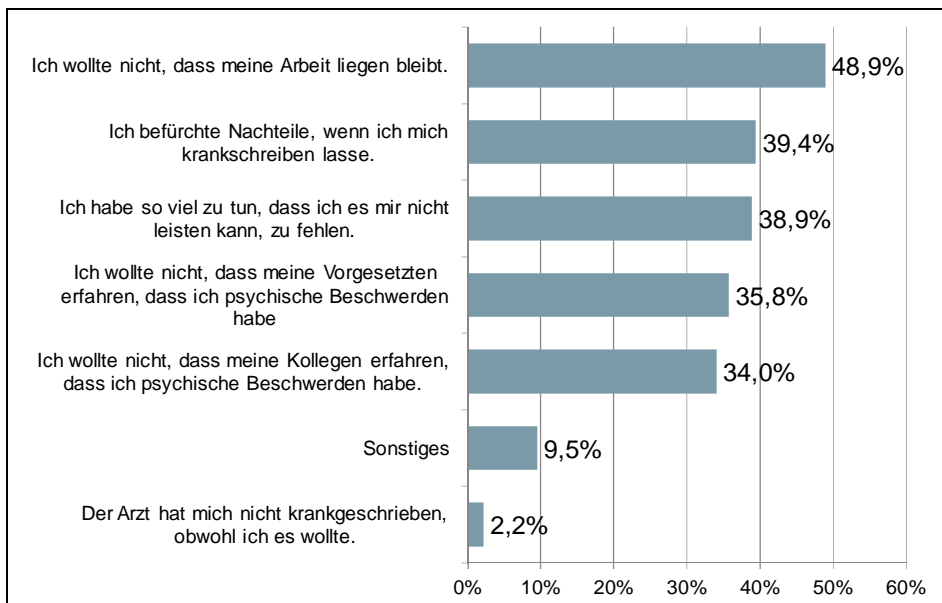


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. Betrachtet werden Befragte, die angeben, in den letzten 12 Monaten trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gegangen zu sein. N=1.118. Mehrfachnennungen möglich.

Dass psychische Beschwerden nicht zwangsläufig über Wochen und Monate zur AU führen müssen, und dass auch die Betroffenen nicht immer zu Hause bleiben wollen, wird auch in den Ärzte QZ angesprochen. Insofern wäre es nicht als generell schädlicher Präsentismus zu werten, wenn Beschäftigte trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gehen. Negativ zu werten wäre es dann, wenn Befragte aus mehr

oder weniger großem Zwang heraus trotz Beschwerden zur Arbeit gehen. Dies würde sich in einer bestimmten Konstellation der o.g. Gründe zeigen: Es wären diejenigen, die *nicht* angeben, dass die Beschwerden nicht oder kaum an der Arbeit hindern, gleichzeitig aber v.a. die Gründe F7.6 und F7.7. Im folgenden also die Gründe derjenigen, die trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gehen, obwohl diese eigentlich ein Hindernis für das Arbeiten wären.

Abbildung 46: Gründe dafür trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit zu gehen (mit Subgruppe von Beschäftigten).



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. Betrachtet werden nur diejenigen Befragten, die angeben, in den letzten 12 Monaten trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gegangen zu sein und die als Grund hierfür nicht angeben, "Die psychischen Beschwerden hinderten mich nicht oder nur wenig daran, meine Arbeit zu machen." N=514.

Demnach ist die Hauptmotivation derjenigen, die trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gingen, und die nicht von sich sagen können, dass diese nicht oder kaum an der Arbeit gehindert hätten, einerseits, dass sie ihre Arbeit machen wollen oder müssen (F7.5 und F7.6), andererseits, dass sie Nachteile befürchteten, wenn sie sich krank schreiben lassen.

Findet eine Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen statt? Ein Vergleich des Jahres 2004 mit 2012

Die Zunahme der Fehltagel wegen psychischer Erkrankungen wird unter anderem dadurch erklärt, dass Patienten immer weniger Schwierigkeiten haben, eine psychische Diagnose zu akzeptieren. Mehr noch: sie legen diese sogar von sich aus nahe. In engem Zusammenhang mit dieser These steht die Annahme, dass psychische Erkrankungen das Stigma verlieren, das mit ihnen – im Unterschied zu somatischen Erkrankungen wie z.B. eine Wirbelsäulenbeschwerde – einhergeht. Tatsächlich wurde in den Gruppendiskussionen mit (Haus-

Ein abnehmendes "Stigma" psychischer Erkrankungen könnte dazu geführt haben, dass häufiger eine explizite Diagnose auf der AU-Bescheinigung steht.

Ärzten vielfach gesagt, dass es immer weniger Probleme bereitet, in der Praxis über psychische Beschwerden zu sprechen.

Die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen, so lässt sich die These also erweitern, führt dazu, dass diese häufiger als früher im Arzt-Patienten-Gespräch zur Sprache kommen und somit auch dazu, dass am Ende eine explizite psychische Diagnose auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung steht.

Lässt sich eine solche Entstigmatisierung aber tatsächlich empirisch belegen? Um diese Frage zu beantworten, wird im Folgenden ein Vergleich mit der Befragung unternommen, die Baustein des DAK-Gesundheitsreports 2005 war und im Jahr 2004 mit Bezug auf die gleiche Grundgesamtheit wie die aktuelle Befragung durchgeführt wurde. Damit ein solcher Vergleich möglich ist, wurden die gleichen Fragen zur Stigmatisierung psychischer Erkrankungen 2012 erneut gestellt.²⁷

Ein Zeitvergleich zwischen 2004 und 2012 zeigt: keine Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen

Zunächst lässt sich festhalten, dass die Befragungsergebnisse die These von einer Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in der erwerbstätigen Bevölkerung nicht stützen. Zum Teil ist im betrachteten Zeitraum 2004-2012 sogar eher das Gegenteil festzustellen.

Die folgende Abbildung stellt Aussagen zum Thema psychische Erkrankungen dar. Abgebildet sind jeweils diejenigen Antwortkategorien, die auf eine ablehnende (stigmatisierende) Haltung gegenüber psychischen Erkrankungen schließen lassen. Hätte eine Entstigmatisierung in den Jahren nach 2004 stattgefunden, würde die Zustimmung zu diesen Antworten abnehmen.

Dies ist jedoch nicht Fall: Mit Ausnahme der ersten Aussage ("Ich halte es für eine übertriebene Schonhaltung, wenn man wegen psychischer Probleme der Arbeit fern bleibt.") finden im Jahr 2012 die Antworten, die eine tendenziell stigmatisierende Tendenz haben, mehr Zustimmung als im Jahr 2004:

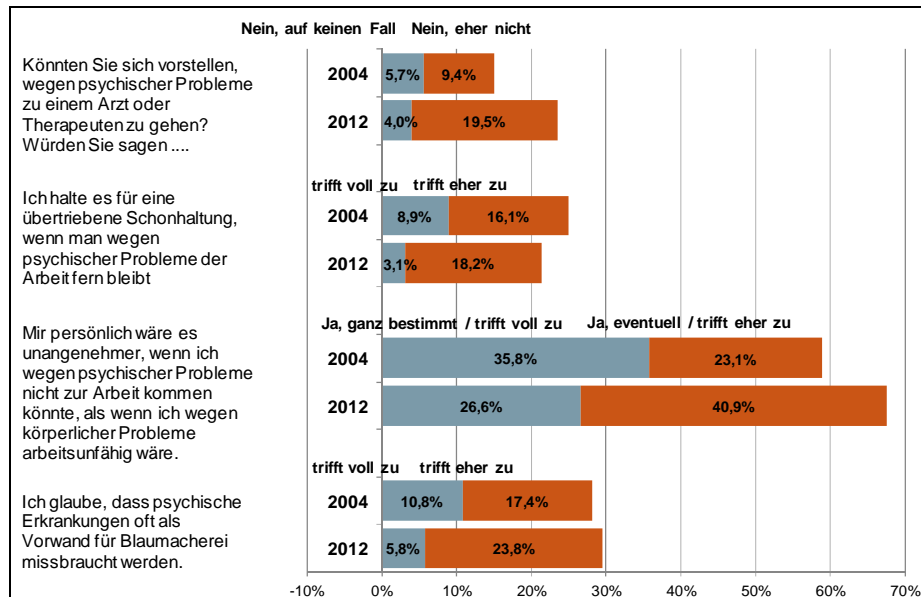
- Bei der Aussage: "Ich glaube, dass psychische Erkrankungen oft als Vorwand für Blaumacherei missbraucht werden." gibt es eine Zunahme der Zustimmung (wenn auch geringfügig) von 28,8 Prozent im Jahr 2004 auf 29,6 Prozent im Jahr 2012.
- Auch der Aussage: "Mir persönlich wäre es unangenehmer, wenn ich wegen psychischer Probleme nicht zur Arbeit kommen könnte, als wenn ich wegen körperlicher Probleme arbeitsunfähig wäre." stimmen 2012 mehr Befragte zu als 2004: eine Zunahme von 58,9 Prozent auf 67,5 Prozent.
- Einzig die Zustimmung zu der Aussage: "Ich halte es für eine übertriebene Schonhaltung, wenn man wegen psychischer Probleme der Arbeit fern bleibt." ging in den letzten Jahren zurück. Im Jahr 2012 sind 25,0 Prozent der Beschäftigten dieser Meinung, im Jahr 2004 waren es noch 31,3 Prozent.
- Überraschend sind die Ergebnisse zu der Frage: "Könnten Sie sich vorstellen, wegen psychischer Probleme zu einem Arzt oder Therapeuten zu gehen?". Im Unterschied zu den vorangegangenen Aussagen sind es hier die Negativ-Antworten, die

Etwa zwei Drittel der Beschäftigten wäre eine AU aufgrund einer psychischen Erkrankung unangenehmer als eine AU wegen somatischer Beschwerden

²⁷ Hinzu kommt eine Reihe von Fragen, die 2012 erstmals gefragt wurden, die als Skala zur Messung von Stigmatisierung dienen. Die Auswertungen hiermit schließen sich an den Zeitvergleich an.

eine eventuell stigmatisierende Haltung zum Ausdruck bringen: Diese nimmt von 2004 auf 2012 zu: 23,5 Prozent der Befragten konnten sich dies im Jahr 2012 nicht vorstellen. 2004 betrug der Anteil der Befragten mit ablehnender Haltung nur 15,1 Prozent.

Abbildung 47: Ablehnende Haltungen gegenüber psychischen Erkrankungen



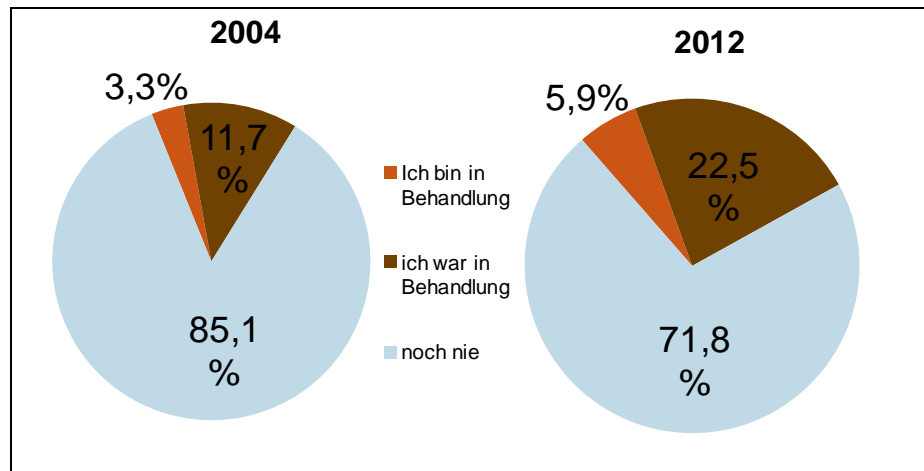
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2004 und 2012. N₂₀₁₂=2.147-2.992. N₂₀₀₄=837-975.

Parallel zur ausbleibenden Entstigmatisierung von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen wird das Verständnis von Kollegen und Vorgesetzten hierfür eher pessimistischer eingeschätzt: Den Befragten wurde 2004 wie 2012 die Aussage vorgelegt: "Mein Vorgesetzter hat wenig Verständnis dafür, wenn ein Mitarbeiter wegen psychischer Probleme fehlt." Im Jahr 2004 sagten dies 33,5 Prozent über ihren Vorgesetzten, im Jahr 2012 38 Prozent. Hinsichtlich der Kollegen sind die Befragten in etwa so pessimistisch wie im Jahr 2004. 36 Prozent geben an, dass Kollegen wenig Verständnis dafür haben, wenn ein Kollege oder eine Kollegin wegen psychischer Probleme fehlt. Im Jahr 2004 sagten dies 34 Prozent über ihre Kollegen.

Auch wenn sich anhand der meisten Meinungen zu AU wegen psychischer Erkrankungen keine Tendenz zur Entstigmatisierung feststellen lässt: Beschäftigte suchen im Falle psychischer Probleme vermehrt Hilfe: Der Anteil derer, die wegen eines psychischen Problems beim Arzt oder Therapeuten in Behandlung sind oder waren, hat sich von 2004 auf 2012 fast verdoppelt (von 15 Prozent im Jahr 2004 auf 28 Prozent in 2012). Im Jahr 2004 befanden sich gut 3 Prozent in Behandlung, in 2012 knapp 6 Prozent. Dementsprechend verringert sich der Anteil derer, die noch nie eine Behandlung beim Arzt oder Therapeuten hatten, von 85 Prozent auf 72 Prozent im Jahr 2012.

Der Anteil derer, die wegen eines psychischen Problems beim Arzt oder Therapeuten Hilfe suchen, hat sich seit 2004 fast verdoppelt.

Abbildung 48: Anteil derer, die schon einmal Hilfe wegen eines psychischen Problems beim Arzt oder Therapeuten in Anspruch genommen hat

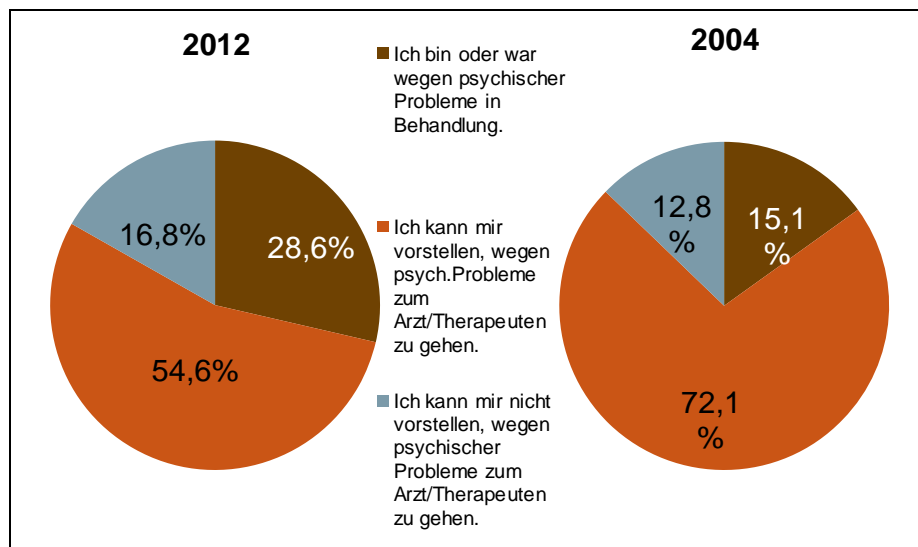


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. $N_{2012}=3.090$. $N_{2004}=994$. Fragewortlaut: "Haben Sie selbst schon einmal wegen eines psychischen Problems Beratung beim Arzt oder Therapeuten in Anspruch genommen?"

Könnte sich der Anteil derjenigen, die sich nicht vorstellen können, bei psychischen Problemen die Hilfe eines Arztes oder Therapeuten aufzusuchen, deswegen verringert haben, weil mehr derjenigen, die sich dies vorstellen können, tatsächlich Hilfe aufgesucht haben? Hierzu wird im Folgenden der Anteil geprüft, der entweder tatsächlich Hilfe aufgesucht hat oder sich dies (im Falle eines Falles) vorstellen kann. Dieser wird dem Anteil derer gegenübergestellt, die eine Hilfe von Arzt oder Therapeut bei psychischen Problemen ausschließen.

Diese Auswertung zeigt: Der Anteil derer, die aktuell (genauer: zum Zeitpunkt der Befragung) eine Therapie machen oder schon einmal in Behandlung waren hat zugenommen, und zwar auf 28,6 Prozent im Jahr 2012. Gleichzeitig hat sich jedoch der Anteil der potentiellen *und* tatsächlich Hilfe-Suchenden verringert. Dementsprechend hat sich der Anteil derjenigen vergrößert, der es ablehnt, Hilfe wegen eines psychischen Problems beim Arzt oder Therapeuten aufzusuchen, von 12,8 in 2004 auf 16,8 im Jahr 2012.

Abbildung 49: potentiell oder tatsächliches Hilfeaufsuch-Handeln bei psychischen Problemen



Der Anteil derjenigen, die bei psychischer Probleme keine Hilfe beim Arzt oder Therapeuten aufsuchen würde, ist seit 2004 gestiegen.

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. (N=3.007) sowie nach Beschäftigtenbefragung 2004 (N=986).

(Ent-)Stigmatisierung psychischer Erkrankungen nach Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Betroffenheit

Neben diesen Zeitvergleichen wurde für eine Reihe von Gruppenvergleichen eine Skala zur Messung der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen verwendet. Diese stellt eine leichte Modifikation einer Skala zur Stigmatisierung von Depression (Griffiths et al. 2004) dar, so dass sie für psychische Erkrankungen im Allgemeinen aussagekräftig ist. So können Skalenwerte für die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen verwendet werden, um Gruppenvergleiche anzustellen, also beispielsweise ob Frauen weniger zur Stigmatisierung psychischer Erkrankungen neigen als Männer, Ältere weniger als Jüngere usw. Die Skala besteht aus den folgenden Aussagen, auf die Befragte – in Abstufungen – mit Zustimmung oder Ablehnung reagieren können.²⁸

Befragte, die psychischen Erkrankungen stigmatisierend gegenüberstehen, erzielen auf der Skala hohe Werte, wenig stigmatisierend eingestellte Personen erzielen niedrige Werte. Der Wertebereich, den die Skala annehmen kann, ist 1-4. Befragte verteilen sich auf der Skala wie in Abbildung 50 dargestellt

²⁸ Die Abstufungen hierbei sind: "trifft voll zu", "trifft eher zu", "trifft eher nicht zu", "trifft gar nicht zu".

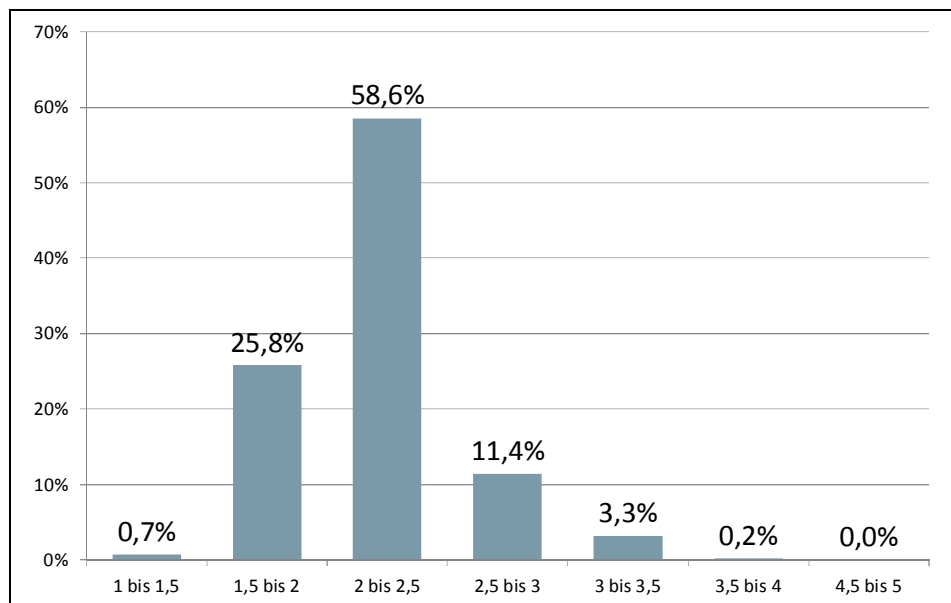
Skala zur Messung der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen

Tabelle 12: Aussagen der Skala 'Stigmatisierung psychischer Erkrankungen'

Aussage 1: "Menschen mit psychischen Erkrankungen könnten sich zusammenreißen, wenn sie wollten"
Aussage 2: "Eine psychische Krankheit ist ein Zeichen persönlicher Schwäche"
Aussage 3: "Psychische Krankheiten sind keine richtige medizinische Krankheit"
Aussage 4: "Wenn ich an einer psychischen Erkrankung leiden würde, würde ich es möglichst niemand sagen"
Aussage 5: "Ich möchte niemand als Kollegen haben, von dem ich weiß, dass er oder sie eine psychische Krankheit hatte."

Quelle: Modifikation einer Skala zur Stigmatisierung von Depression (vgl. Griffiths et al. 2004)

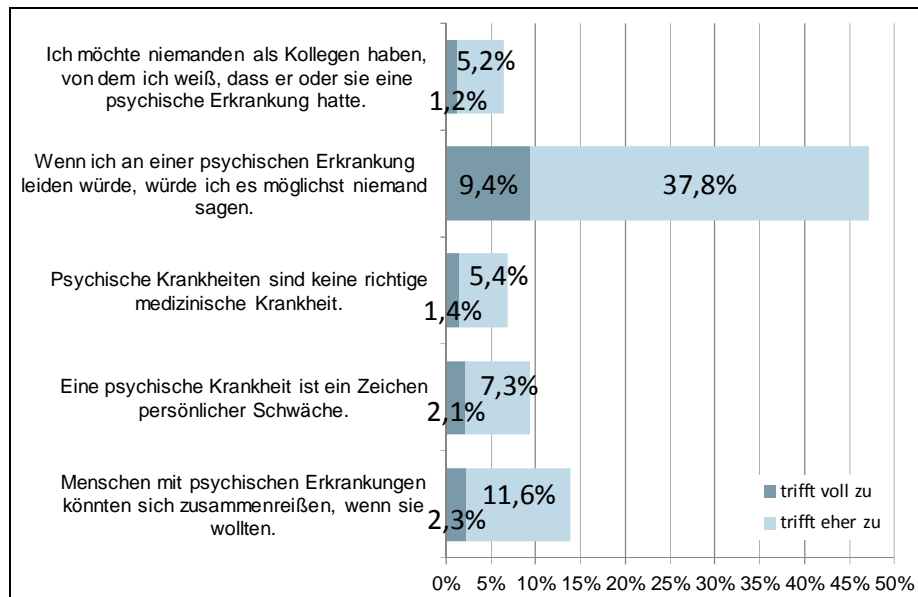
Abbildung 50: Verteilung der Befragten auf der Stigmatisierungsskala psychische Erkrankungen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N=2.862.

Die meisten Befragten weisen auf der Skala niedrige bis mittlere Werte auf. Einen Punktwert von 2,5 und höher erreichen nur 14,9 Prozent der Befragten. Dies liegt v.a. daran, dass die Aussagen 1,2,3 und 5 sehr wenig Zustimmung erfahren. Der Aussage "Wenn ich an einer psychischen Erkrankung leiden würde, würde ich es möglichst niemand sagen" stimmen mehr 47,2 Prozent der Befragten zu. Der Durchschnitt der Skala liegt bei 2,1.

Abbildung 51: Zustimmung zu Fragen zur Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=2.856 - 2.986

Mit diesem Skalenwert können Gruppenvergleiche unternommen werden. Diese ergeben, dass sich Beschäftigte bezüglich keiner dieser Kriterien darin unterscheiden, wie sehr sie psychische Erkrankungen stigmatisieren: Der Skalenwert für die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen unterscheidet sich nicht hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bildungsabschluss.

Unterscheidet sich die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen nach Betroffenheit? Mit anderen Worten: Verändert sich die Haltung zu diesen Erkrankungen, wenn man selbst eine hatte, oder wenn Kollegen im eigenen Umfeld deswegen arbeitsunfähig waren? Die Auswertung zeigt: Es macht keinen Unterschied, ob man von keinem, einem oder mehr als einem Kollegen weiß, der wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig war: Der Skalenmittelwert ändert sich nicht.

Selbst die eigene Betroffenheit, d.h. man war selbst in den vergangenen zwölf Monaten wegen psychischer Beschwerden krank geschrieben, ändert nichts an der Meinung zu diesen Erkrankungen nach der Stigmatisierungsskala. Auch unterscheiden sich Beschäftigte mit einer Depression nicht von solchen ohne Depression.

Auch wenn sich Befragte nach keinem erkennbaren Kriterium auf der Gesamtskala unterscheiden, ist es denkbar, dass sie sich hinsichtlich der einzelnen Aussagen unterscheiden. Von besonderem Interesse ist hierbei die Aussage: "Wenn ich an einer psychischen Erkrankung leiden würde, würde ich es möglichst niemand sagen". Diese Frage erzielt mit Abstand die höchste Zustimmung (fast die Hälfte stimmt voll oder eher zu). Außerdem sind die anderen Aussagen offenbar so stark formuliert, dass es kaum jemand gibt, der der entsprechenden Meinung ist.

Die mittlere Zustimmung zu der Aussage nach verschiedenen Gruppen (Geschlecht, Alter, Bildung, Betroffenheit von einer Krankschreibung aufgrund einer F-Diagnose) bleibt auch bei dieser Einzelaussage konstant (Unterschiede sind geringer als 0,1). Lediglich die von einer Depression betroffenen Beschäftigten haben weniger Neigung, eine (bzw. ihre) psychische Erkrankung geheim zu halten. Die Zustimmung zu der Aussage ("...würde ich es möglichst niemand sagen") ist bei dieser Gruppe weniger ausgeprägt (2,4 zu 2,8).

Es gibt keine Unterschiede hinsichtlich der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildungsabschluss

Wie präsent sind psychisch Kranke in der Wahrnehmung der Beschäftigten?

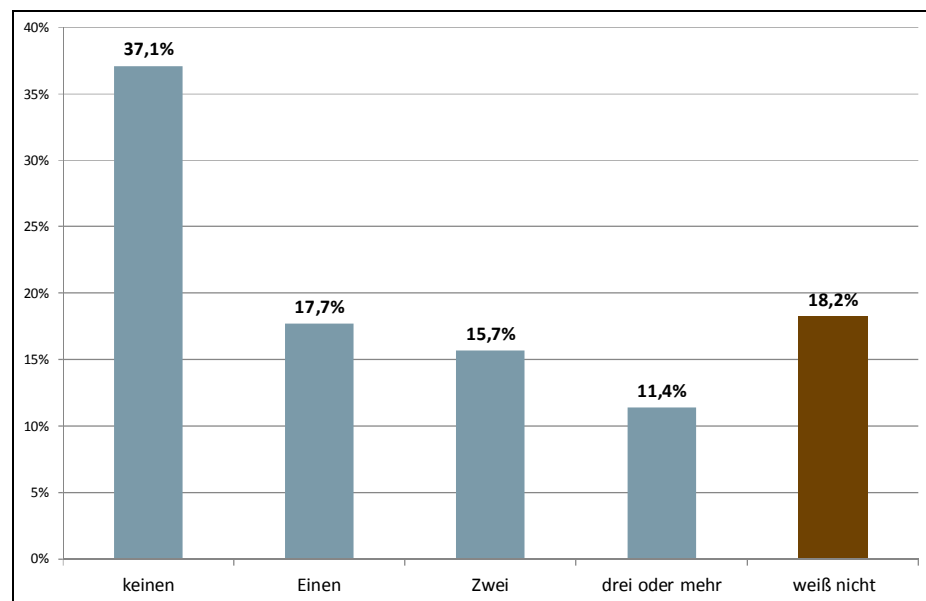
Wie präsent sind psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt, und zwar in der Wahrnehmung der Beschäftigten? Hierzu wurde gefragt, ob man von Kollegen weiß, die eine Fehlzeit wegen einer psychischen Erkrankung hatten.

Hierbei zeigt sich: Knapp die Hälfte der Beschäftigten weiß von einem oder mehreren Kollegen zu berichten, die wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig waren. 27 Prozent der Befragten wissen sogar von mehr als einem Kollegen. Etwa jeder fünfte Befragte (18,2 Prozent) sieht sich außerstande, hierzu eine Angabe zu machen. 29 37,1 Prozent der Befragten hatten keinen Kollegen mit Krankenschreibungen wegen einer psychischen Erkrankung (Vgl. 44,8 Prozent der Beschäftigten wissen von einem oder mehreren Kollegen, die in den letzten 12 Monaten wegen einer psychischen Erkrankung krank geschrieben waren).

Abbildung 52).

44,8 Prozent der Beschäftigten wissen von einem oder mehreren Kollegen, die in den letzten 12 Monaten wegen einer psychischen Erkrankung krank geschrieben waren.

Abbildung 52: Wissen um psychisch kranke Kollegen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.090. Fragewortlaut: "Bitte denken Sie an die letzten 12 Monate: Wie viele Kollegen hatten Sie, von denen Sie wissen, dass diese wegen eines psychischen Leidens krank geschrieben waren?"

Bedingungen der Arbeitswelt: "Ständige Erreichbarkeit"

In der Beschäftigtenbefragung wird die Verbreitung von Risikofaktoren in der Arbeitswelt geprüft

In den letzten Jahren hat die These sehr stark an Bedeutung gewonnen, dass bestimmte Trends der Arbeitswelt pathogene, also "krank machende" Arbeitsbedingungen erzeugen. Bedingungen wie häufiges Arbeiten unter Zeit- und Termindruck, Zielvorgaben, Unsicherheit des Beschäftigungsverhältnisses, Entgrenzung von Arbeit und Freizeit werden als Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Krankheiten

²⁹ Daher werden zu dieser Frage die Prozentzahlen unter Einschluss der "weiß nicht"-Kategorie berichtet.

gesehen. Hierzu hat nicht zuletzt die intensive Berichterstattung über das Burnout-Syndrom beigetragen.

Die hinter diesen Trends der Arbeitswelt stehenden Treiber sind einerseits die durch die globalisierte Wirtschaft erzeugten Ökonomisierungszwänge, die dazu führen, dass viele Unternehmen mit weniger Personalpuffern arbeiten, und dass der Marktdruck näher an den einzelnen Arbeitsplatz rückt als dies noch 20 Jahre zuvor der Fall war. Auch der Wegfall von Hierarchieebenen des mittleren Managements trägt hierzu bei.

Gleichzeitig ermöglicht die technische Entwicklung bestimmte Formen des Arbeitens in einem Maße, wie diese früher kaum zu realisieren gewesen wären. Sie trägt vor allem dazu bei, dass Erwerbstätige – zumindest theoretisch – immer erreichbar sind, sei es telefonisch oder per E-Mail.

Gerade dieser Trend einer umfassenden und allgegenwärtigen Erreichbarkeit ist in den Gruppendiskussionen mit Ärzten z.T. massiv betont worden. Ebenso wurde gerade dieser Trend mit der Entstehung psychischer Erkrankungen sehr stark in Verbindung gebracht.³⁰

Aus diesem Grund wurde die Erreichbarkeit von Erwerbstätigen in der Befragung ausführlich erhoben, um deren tatsächliche Verbreitung sowie ihre Bedeutung als Risikofaktor für die Zunahme psychischer Erkrankungen ermitteln zu können.

Zunächst zur Frage, wie verbreitet die behauptete "ständige Erreichbarkeit" ist. Sind Arbeitnehmer tatsächlich "ständig erreichbar"? Hierzu wurde sowohl die Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit per E-Mail als auch per Telefon (Festnetz und Handy) abgefragt. Es wurde bei der Gestaltung der Fragen Wert darauf gelegt, unterscheiden zu können, ob Beschäftigte nur im Prinzip erreichbar sind (d.h. bei Kollegen und Vorgesetzten ist eine Telefonnummer hinterlegt) oder ob von dieser prinzipiellen Erreichbarkeit auch tatsächlich Gebrauch gemacht wird.

Was die Erreichbarkeit per E-Mail angeht, kann aufgrund der Befragung festgestellt werden: Sie ist eher die Ausnahme als die Regel: Jeder Vierte hat nicht einmal eine dienstliche E-Mail Adresse bzw. dienstliche E-Mails. Weitere 40 Prozent geben an, dass sie nie oder fast nie berufliche Mails außerhalb der Arbeitszeit lesen. Somit kann für zwei Drittel der Beschäftigten definitiv nicht gesagt werden sie seien ständig per E-Mail erreichbar. Etwa 12 Prozent lesen einmal pro Woche oder seltener, so dass auch für diese Gruppe das Lesen beruflicher E-Mails nicht die Regel ist.

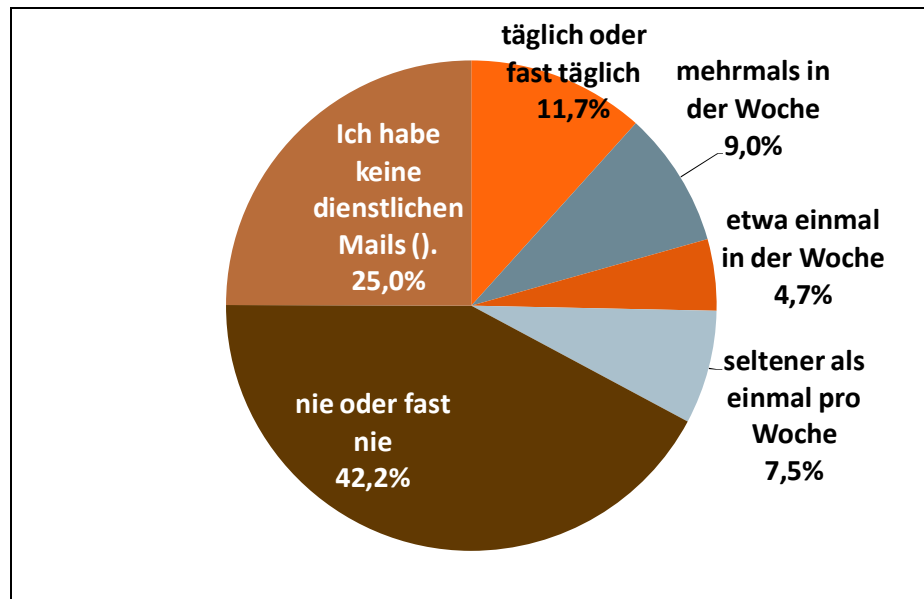
Auf der anderen Seite liest mehr als jeder Zehnte (11,7 Prozent) täglich oder fast täglich dienstliche E-Mails außerhalb der Arbeitszeit, weitere 9,0 Prozent immerhin mehrmals pro Woche.

Trifft es zu, dass Arbeitnehmer unter einer "Ständigen Erreichbarkeit" leiden?

Dass Beschäftigte außerhalb der Arbeitszeit ihre dienstlichen E-Mails lesen, ist die Ausnahme.

³⁰ Auch die Berichterstattung in den Medien und dortige Verweise auf empirische Daten suggeriert, dass ständige Erreichbarkeit die Normalität für den größeren Teil der Arbeitnehmerschaft sei. Häufig zitiert werden Erhebungen des Branchenverbandes Bitcom wie die von 2011, die zu dem Ergebnis kam, dass 88 Prozent der Berufstätigen auch außerhalb ihrer regulären Arbeitszeiten für Kunden, Kollegen oder Vorgesetzte per Internet oder Handy erreichbar sind. (vgl.: Bitcom 2011 [http://www.bitkom.org/files/documents/BITKOM-Presseinfo_Erreichbarkeit_im_Job_03_07_2011\(1\).pdf](http://www.bitkom.org/files/documents/BITKOM-Presseinfo_Erreichbarkeit_im_Job_03_07_2011(1).pdf))

Abbildung 53: Häufigkeit des Lesens dienstlicher E-Mails außerhalb der Arbeitszeit



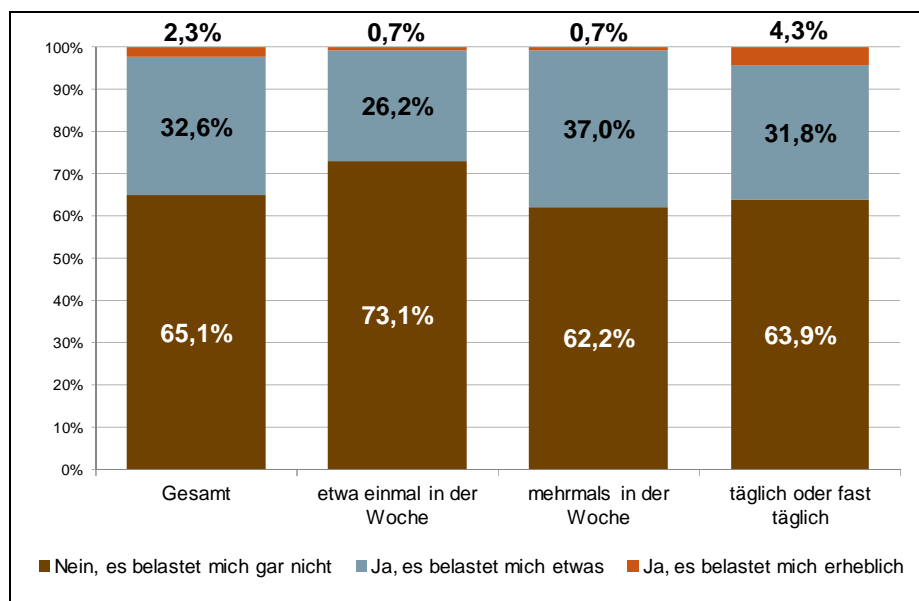
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.078. Fragewortlaut: "Wie häufig lesen Sie außerhalb der Arbeitszeit dienstliche E-Mails?"

Von den Beschäftigten, die einmal pro Woche oder öfter E-Mails außerhalb der Arbeitszeit lesen, geben etwa zwei Drittel an, dass sie dies "gar nicht" belastet. Etwas belastet fühlen sich 26,2 Prozent. Eine erhebliche Belastung hierdurch stellt die Ausnahme dar, nur 2,3 Prozent sagen von sich, das Lesen von E-Mails außerhalb der Arbeitszeit stelle eine erhebliche Belastung dar.

Die täglichen E-Mail-Leser fühlen sich zu fast zwei Dritteln nicht durch das Lesen der E-Mails nach Feierabend belastet.

Die wahrgenommene Belastung steigt mit der Häufigkeit des Lesens von E-Mails in der Freizeit geringfügig an. Dennoch bleibt selbst für die Gruppe der täglichen Leser die wahrgenommene Belastung gering: Nur 4,3 Prozent geben eine erhebliche Belastung an, 31,8 Prozent sagen von sich, dass es sie "etwas belastet" und 63,9 Prozent behaupten, es belaste sie gar nicht.

Abbildung 54: Häufigkeit des Lesens dienstlicher E-Mails außerhalb der Arbeitszeit und empfundene Belastung



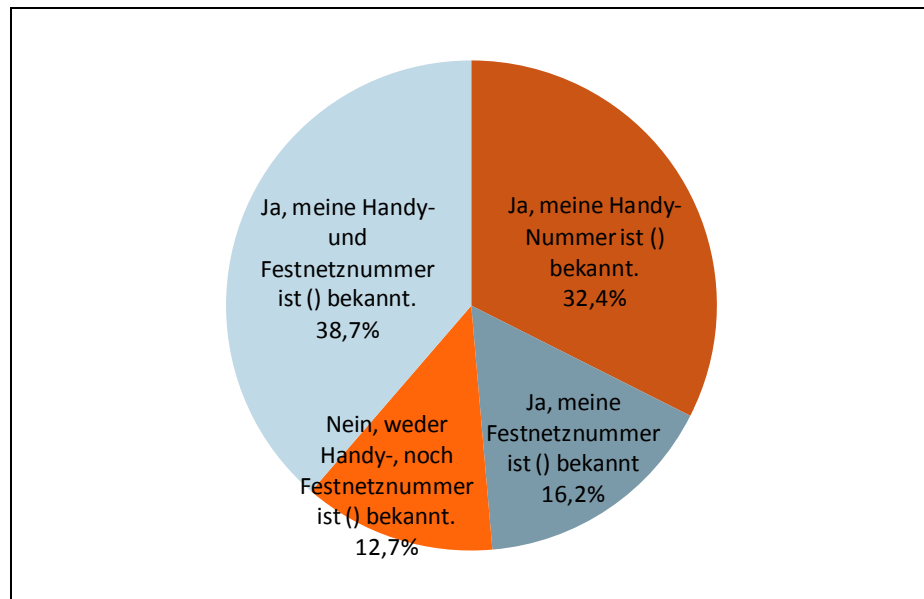
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Nur die Beschäftigten, die einmal die Woche oder öfter E-Mails außerhalb der Arbeitszeit lesen. N=767.

Neben der Erreichbarkeit per E-Mail ist die telefonische Erreichbarkeit von Beschäftigten abzufragen, um die These der "ständigen Erreichbarkeit" zu prüfen. Eine telefonische Erreichbarkeit ist in ungleich höherem Maße gegeben als die per E-Mail. Nur 12,7 Prozent der Befragten geben an, sie seien weder per Mobiltelefon noch per Festnetztelefon erreichbar.

Bei etwa einem Drittel (32,4 Prozent) der Erwerbstätigen ist die Handy-Nummer den Kollegen und Vorgesetzte bekannt, 16,7 Prozent haben ihre Festnummer angegeben und 38,7 Prozent sind per Festnetz- und Mobiltelefon erreichbar. Diese Ergebnisse sprechen zunächst für die These der ständigen Erreichbarkeit, ist es doch offenbar Vorgesetzten und Kollegen von 87,3 Prozent der Beschäftigten möglich, diese auch außerhalb der Arbeitszeit anzurufen (vgl. Abbildung 55).

Knapp 13 Prozent der Befragten sind weder per Handy noch Festnetztelefon erreichbar

Abbildung 55: Erreichbarkeit für Kollegen und Vorgesetzte durch Handy und/oder E-Mail



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.064. Fragewortlaut: "Sind Sie außerhalb der Arbeitszeit für Ihre Vorgesetzten oder Kollegen erreichbar? (Nicht gemeint sind hier Kollegen oder Vorgesetzte, mit denen Sie befreundet sind, und für die sie aufgrund einer privaten Beziehung erreichbar sind)"

Ob Kollegen und Vorgesetzte davon Gebrauch machen, und wie häufig, ist damit nicht ermittelt. Wichtig ist, wie häufig Kollegen und Vorgesetzte die telefonische Erreichbarkeit nutzen.

51,7 Prozent der Beschäftigten werden nie oder fast nie von Kollegen oder Vorgesetzten außerhalb der Arbeitszeit angerufen.

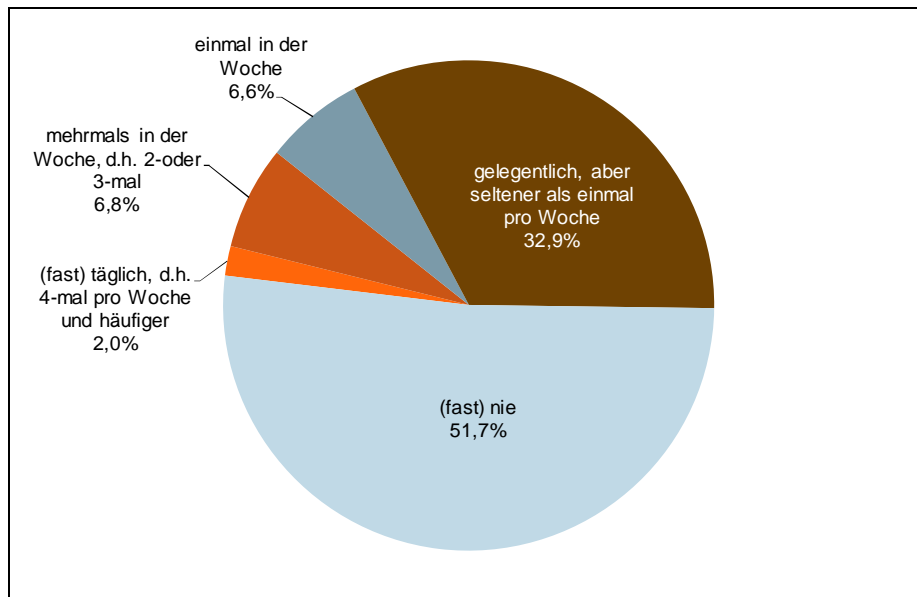
Den Angaben zufolge wird mehr als die Hälfte (51,7 Prozent) nie oder fast nie von Kollegen und Vorgesetzten angerufen. Ein weiteres knappes Drittel ist nur gelegentlich, d.h. seltener als einmal pro Woche mit Anrufen von Kollegen oder Vorgesetzten konfrontiert.

Dem steht ein Anteil von 15,4 Prozent gegenüber, der mindestens einmal pro Woche angerufen wird. 6,8 Prozent werden mehrmals pro Woche außerhalb der Arbeitszeit von Kollegen oder Vorgesetzten angerufen. Nur eine Minderheit der Beschäftigten (2,0 Prozent) wird täglich oder fast täglich außerhalb der Arbeitszeit angerufen ist (vgl. Abbildung 56).

Fast jeder sechste Beschäftigte wird einmal pro Woche oder öfter außerhalb der Arbeitszeit angerufen

Somit kann auch in Bezug auf die telefonische Erreichbarkeit gesagt werden: Eine umfassende ständige Erreichbarkeit ist für den weitaus größten Teil der Beschäftigten keinesfalls gegeben. Allerdings: Fast jeder Sechste wird einmal pro Woche oder öfter außerhalb der Arbeitszeit angerufen.

Abbildung 56: Häufigkeit, mit der Kollegen und Vorgesetzte von der telefonischen Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit Gebrauch machen



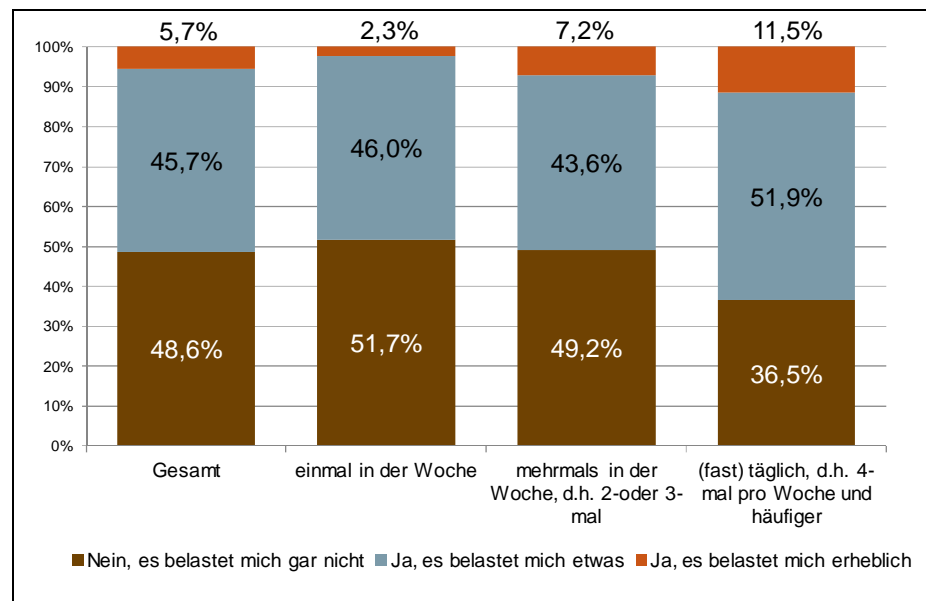
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. (Nur Beschäftigte, deren Handy- und oder Festnummer Kollegen und Vorgesetzten bekannt ist. N=2.661). Fragewortlaut: "Wie häufig machen Vorgesetzte oder Kollegen davon [von Ihrer Erreichbarkeit] Gebrauch?"

Die wahrgenommene Belastung durch die telefonische Erreichbarkeit ist für die Beschäftigten größer als die durch E-Mail. Von denen, die wenigstens einmal in der Woche von Kollegen oder Vorgesetzten außerhalb der Arbeitszeit angerufen werden, gibt weniger als die Hälfte an, dass dies sie gar nicht belastet (zum Vergleich: bei der Erreichbarkeit durch E-Mail waren es fast zwei Drittel).

Berücksichtigt man sowohl die tatsächliche telefonische Erreichbarkeit (15,4 Prozent der Beschäftigten werden einmal oder öfter pro Woche außerhalb der Arbeitszeit von Kollegen oder Vorgesetzten angerufen), als auch die Belastung, die die Betroffenen empfinden, ist zu konstatieren: 7,5 Prozent der Beschäftigten fühlen sich durch die telefonische Erreichbarkeit ("etwas" oder "erheblich") belastet (vgl. Abbildung 57).

Beschäftigte fühlen sich mehr durch die telefonische Erreichbarkeit belastet als durch die per E-Mail

Abbildung 57: Häufigkeit von Anrufen durch Kollegen und Vorgesetzte und empfundene Belastung

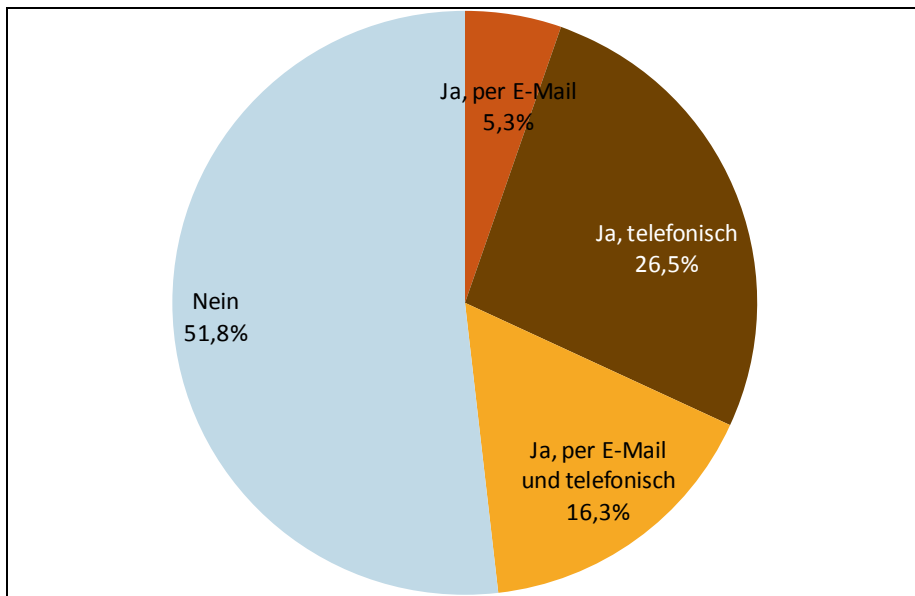


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.090 (Nur Befragte, die telefonisch erreichbar sind und deren Kollegen oder Vorgesetzte mindestens einmal pro Woche davon Gebrauch machen. N=407). Fragewortlaut: "Belastet Sie das [dass Kollegen oder Vorgesetzte mindestens einmal pro Woche von der telefonischen Erreichbarkeit Gebrauch machen]?"

Fast die Hälfte der Beschäftigten sind – prinzipiell – auch im Urlaub erreichbar.

Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit könnte insbesondere im Urlaub Erholung und die Möglichkeit des "Abschaltens" beeinträchtigen. Diese ist aber für mehr als die Hälfte der Beschäftigten nicht gegeben: Sie sind im Urlaub für Kollegen oder Vorgesetzte weder per Mail noch durch Telefon erreichbar. 48,2 Prozent dagegen sind im Urlaub erreichbar, die meisten per Telefon (vgl. Abbildung 58).

Abbildung 58: Erreichbarkeit durch Kollegen und Vorgesetzte im Urlaub

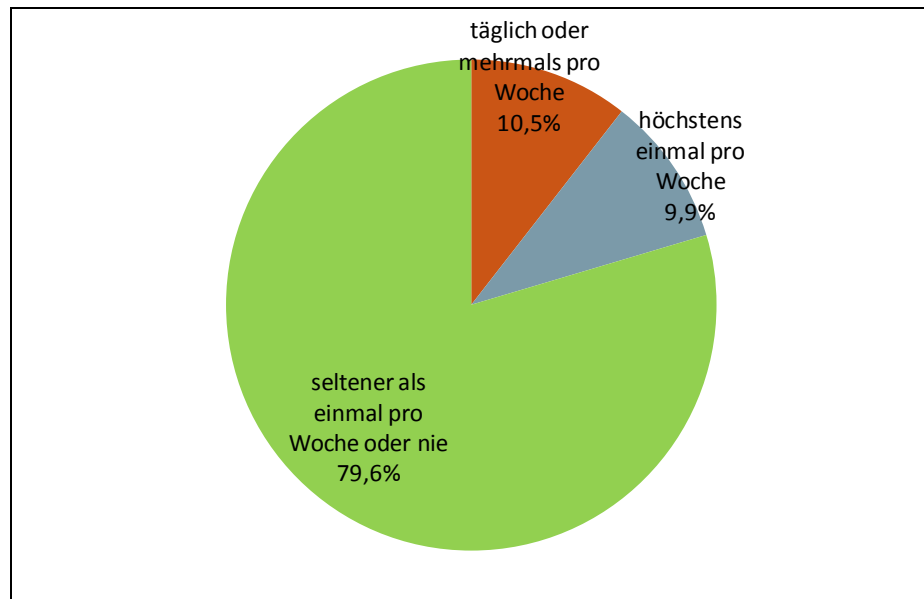


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.063. Fragewortlaut: "Sind Sie im Urlaub für Ihren Vorgesetzten oder für Ihre Kollegen erreichbar? (Nicht gemeint sind hier Anrufe oder E-Mails von Kollegen oder Vorgesetzten, mit denen Sie befreundet sind, und die sie in privater Angelegenheit kontaktieren.)"

Ständige Erreichbarkeit per Telefon und E-Mail ist ein Teilaspekts eines umfassenderen Trends der Arbeitswelt, der als "Entgrenzung" bezeichnet wird. Damit ist gemeint, dass räumliche und zeitliche Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit, wie sie insbesondere in der traditionellen Industriearbeit gegeben sind, verschwimmen. Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit wäre insbesondere eine Auflösung dieser zeitlichen Grenzen. Die typische Auflösung einer räumlichen Grenze zwischen Arbeit und Freizeit ist das Arbeiten von zu Hause aus.

Für vier von fünf Beschäftigten spielt das Arbeiten von zu Hause aus keine oder kaum eine Rolle. Etwa jeder Fünfte arbeitet einmal pro Woche von zu Hause aus, 10 Prozent mehrmals die Woche oder täglich (vgl. Abbildung 59).

Abbildung 59: Arbeiten von zu Hause aus



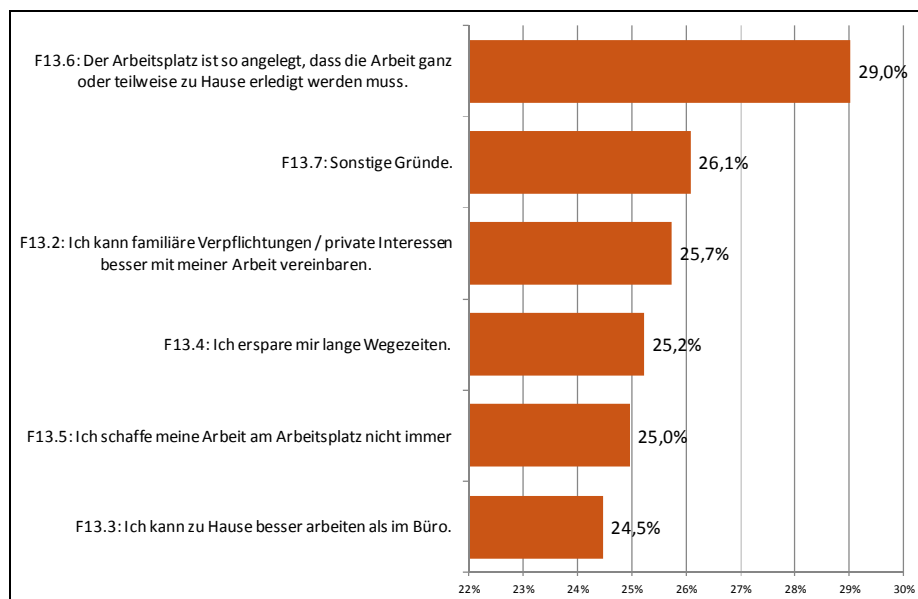
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=2.999. Fragewortlaut: "Wie häufig kommt es vor, dass Sie von zu Hause für Ihren Betrieb arbeiten?"

Entgrenzung, speziell das Arbeiten von zu Hause aus, ist im Hinblick auf die Erzeugung belastender Arbeitsbedingungen eine ambivalente Entwicklung. Sie kann für Beschäftigte vorteilhaft sein, wenn sie hierdurch bessere Möglichkeiten haben, Privates und berufliches zu vereinbaren. Fern- und Wochenend-Pendler können sich durch "Home-Office"-Tage wenigstens teilweise lange Wegezeiten ersparen. Manche Beschäftigten arbeiten schlichtweg gerne zu Hause.

Damit ermittelt werden kann, sich hinter dem Arbeiten von zu Hause aus möglicherweise nachteilige Arbeitsbedingung stehen, wurde nach den Gründen gefragt. Unter den Gründen, die im genannten Sinne Hinweise zu vorteilhaften oder nachteiligen Arbeitsbedingungen geben, ist am häufigsten, von 25,7 Prozent, genannt: "Ich kann familiäre Verpflichtungen bzw. private Interessen besser mit meiner Arbeit vereinbaren." Jeder Vierte gibt an, sich lange Wegezeiten zu ersparen. Der Grund "Ich kann zu Hause besser arbeiten als im Büro wird von 24,5 Prozent der gelegentlich zu Hause arbeitenden Beschäftigten genannt.

Auf eine möglicherweise negativ wirkende Entgrenzung deutet der Grund "Ich schaffe meine Arbeit am Arbeitsplatz nicht immer" hin. 25 Prozent geben dies als Grund an (vgl. Abbildung 60).

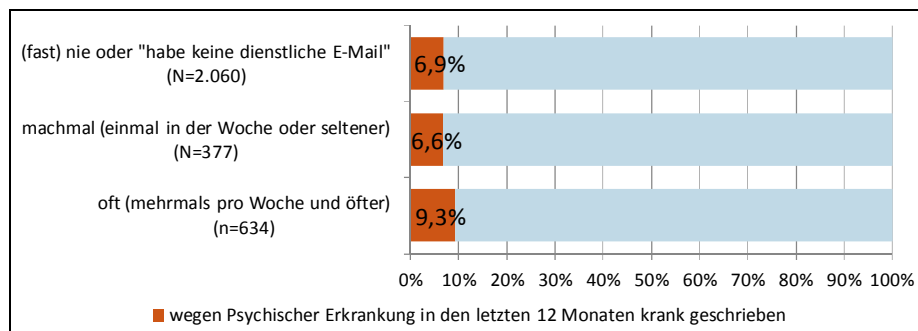
Abbildung 60: Gründe für das Arbeiten zu Hause



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=2.479. (Nur Befragte, die mindestens einmal pro Woche zu Hause arbeiten. N=611.). Mehrfachnennungen möglich.

"Ständige Erreichbarkeit" – Ist Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen?

Abbildung 61: Anteil der wegen einer psychischen Diagnose krankgeschriebener Arbeitnehmer nach Häufigkeit des E-Mail Lesens



Quelle: Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012

Die vorangegangenen Analysen haben gezeigt, dass Arbeitnehmer weniger per E-Mail und Telefon erreichbar sind, als man dies vor dem Hintergrund der öffentlichen Berichterstattung annehmen würde.³¹ Es gilt jedoch erstens, noch genauer zu prüfen, inwieweit diese Einzelaspekte (Erreichbarkeit per E-Mail, per Telefon, im Urlaub, Gründe für das E-Mail Lesen etc.) möglicherweise doch das Maß an Erreichbarkeit unterschätzen. Es ist beispielsweise durchaus möglich, dass ein

³¹ Beispielsweise werden Befragungsergebnisse vom Branchenverband Bitcom vielfach in der Tagespresse zitiert, denen zufolge fast 90 Prozent der Arbeitnehmer außerhalb der Arbeitszeit per Handy oder E-Mail erreichbar sind (vgl.: Bitcom 2011 [http://www.bitkom.org/files/documents/BITKOM-Presseinfo_Erreichbarkeit_im_Job_03_07_2011\(1\).pdf](http://www.bitkom.org/files/documents/BITKOM-Presseinfo_Erreichbarkeit_im_Job_03_07_2011(1).pdf))

Befragter zwar angibt, er lese selten E-Mails außerhalb der Arbeitszeit, dabei aber ständig durch sein Handy erreichbar ist.

Zweitens ist durch die Kenntnis des Ausmaßes von Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit noch nichts bekannt darüber, wie sich Erreichbarkeit als Risikofaktor für psychische Erkrankungen darstellt. Mit anderen Worten: Sind Beschäftigte, die in hohem Maße erreichbar sind, häufiger psychisch krank als andere Beschäftigte? Hierzu wird der Zusammenhang zwischen Erreichbarkeit und psychischen Erkrankungen geprüft.

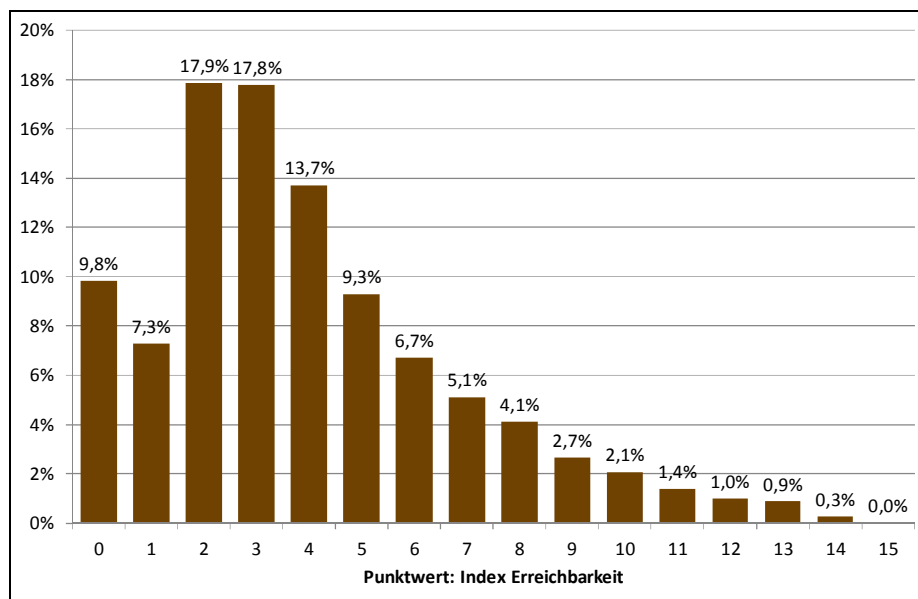
Um ein umfassendes Maß der Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit zur Verfügung zu haben, wurde ein "**Erreichbarkeitsindex**" gebildet. Dieser stellt in einer höheren Punktzahl ein höheres Maß an Erreichbarkeit, in kleineren Punktzahl ein geringeres Maß an Erreichbarkeit dar. In die Berechnung des Indizes gehen die folgenden Fragen bzw. Aspekte ein:

- Die Frage: Wie häufig lesen Sie außerhalb der Arbeitszeit dienstliche E-Mails?
- Der Grund für das häufige Lesen von E-Mails (Freiwilligkeit vs. Zwang)
- Die Frage: Sind Sie außerhalb der Arbeitszeit für Ihren Vorgesetzten oder für Ihre Kollegen telefonisch erreichbar?
- Die Frage: Machen Kollegen und Vorgesetzte von der Erreichbarkeit Gebrauch?
- Die Erreichbarkeit im Urlaub

Der Index kann Werte von 0 bis 15³² annehmen und verteilt sich folgendermaßen über die Befragten:

³² Die Werte, die in den Index eingehen können sind folgendermaßen: F10: Wie häufig lesen Sie außerhalb der Arbeitszeit dienstliche E-Mails?: (0-4). F10.1: Warum lesen Sie außerhalb der Arbeitszeit dienstliche E-Mails?: (0-3). F11: Sind Sie außerhalb der Arbeitszeit für Ihren Vorgesetzten oder für Ihre Kollegen telefonisch erreichbar?: (0-2). F11.1: Falls Ja: Wie häufig machen Kollegen oder Vorgesetzte davon Gebrauch?: (0-4) und F12: Sind Sie im Urlaub für Ihren Vorgesetzten oder für Ihre Kollegen erreichbar?: (0-2).

Abbildung 62: Erreichbarkeitsindex: Verteilung der Punktwerte



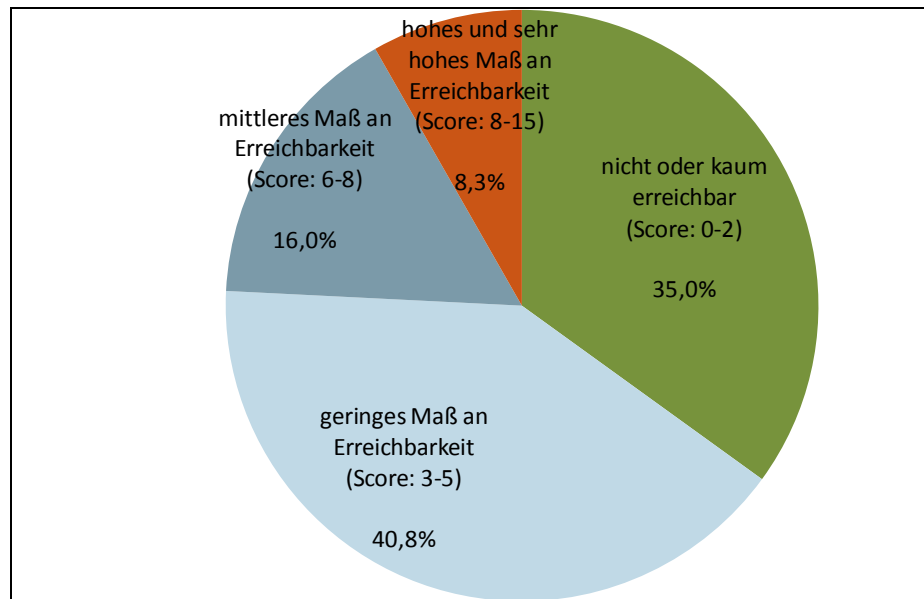
Quelle: IGES nach Befragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.090.

Dieser Index bildet ab, in welchem Ausmaß und Form Beschäftigte außerhalb der Arbeitszeit erreichbar sind. Beschäftigte, die hier höhere Werte erzielen (etwa 6 und höher) sind nicht nur "im Prinzip" erreichbar, sondern weisen mehrere der folgenden Merkmale auf: Sie werden außerhalb der Arbeitszeit angerufen, lesen ihre E-Mails außerhalb der Arbeitszeit, sind auch im Urlaub erreichbar. Möglicherweise steht hinter dem Lesen der E-Mails außerhalb der Arbeitszeit ein gewisser Zwang.

Die Mehrheit der befragten Beschäftigten weist eine eher geringe Punktzahl auf, sie ist somit außerhalb der Arbeitszeit in nur geringem Ausmaß erreichbar. Zwei Drittel haben einen Punktwert von maximal 4. Einen Wert größer 6 haben nur 17,5 Prozent. Weniger als 10 Prozent der Befragten erzielen auf dem Index Werte von 9 und höher.

Die Auswertung des Indizes bestätigt also den vorangegangenen Befund, dass Beschäftigte typischerweise eher nicht außerhalb der Arbeitszeit erreichbar sind. Die folgende Abbildung fasst den Punktwert zu einzelnen "Stufen" der Erreichbarkeit zusammen:

Abbildung 63: Verteilung der Beschäftigten über verschiedene Ausmaße von Erreichbarkeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. Der Punktwert (Score) basiert auf einem Erreichbarkeitsindex, der aus 5 verschiedenen Fragen zur Erreichbarkeit errechnet wird (z.B. telefonisch, E-Mail, Urlaub). N=3.090.

Um sich vorstellen zu können, welche konkreten Situationen hinter diesen "Quantitäten von Erreichbarkeit" stehen, werden einige fiktive Beispiele hierzu vorgestellt:

Fiktives Beispiel 1 – hohes Maß an Erreichbarkeit: Dargestellt wird eine Beschäftigte, die auf dem Erreichbarkeitsindex den Wert 8 erzielt, die also einen vergleichsweise hohen Wert aufweist: Es kommt etwa einmal pro Woche vor, dass Sie auch außerhalb der Arbeitszeit ihre E-Mails liest. Dies wird zwar nicht vom Arbeitgeber erwartet, aber immer mal wieder beschleicht sie die Sorge, dass sie auf eine wichtige E-Mail nicht schnell genug reagieren könnte.

Sowohl ihre Festnetznummer als auch ihre Handy-Nummer ist Vorgesetzten und Kollegen bekannt. Tatsächlich kommt es auch etwa einmal pro Woche vor, dass Vorgesetzten und Kollegen sie telefonisch kontaktieren. Auch im Urlaub ist es nicht ausgeschlossen, dass sie in dienstlichen Belangen angerufen wird, denn auch dann ist sie bei Bedarf erreichbar.

Ein solches Maß an Erreichbarkeit (oder mehr) wie die grade geschilderte fiktive Beschäftigte haben 12,5 Prozent der Befragten.

Fiktives Beispiel 2 – geringes Maß an Erreichbarkeit: Für etwa zwei Drittel der Beschäftigten gilt ein geringes Maß an Erreichbarkeit (Punktwert 4), das etwa so aussehen könnte: Ein Beschäftigter liest normalerweise keine dienstlichen E-Mails außerhalb der Arbeitszeit. Hin und wieder kommt es aber doch vor ("seltener als einmal pro Woche"). Es ist wichtig, dass er in Notfällen erreichbar ist, deswegen haben Kollegen und Vorgesetzte sowohl seine Handy-, als auch seine Festnetznummer. Dass tatsächlich ein Anruf erfolgt, kommt zwar hin und wieder mal vor, aber seltener als einmal pro Woche. Im Urlaub ist jedoch klar: Er ist nicht erreichbar.

Fiktives Beispiel 3 – sehr hohes Maß an Erreichbarkeit: Ein letzter (Ideal-) Typ, der angesichts der Behauptung, Arbeitnehmer litten unter ständiger Erreichbarkeit, häufig anzutreffen sein müsste: Für ihn ist es selbstverständlich, Abends nochmal in seine dienstlichen Mails zu schauen, fast täglich, auch an Wochenendtagen. Er tut dies, weil es von ihm erwartet wird, aber auch weil er Angst hat, er könnte auf eine E-Mail nicht schnell genug reagieren. Kollegen und Vorgesetzte haben seine Handy-Nummer, und mehrmals in der Woche rufen sie ihn auch außerhalb der Arbeitszeit an. Im Urlaub können sie ihn bei Bedarf anrufen, seine E-Mails ruft er ohnehin auch hier ab. Ein solcher Arbeitnehmer hat auf dem Erreichbarkeitsindex fast das maximale Maß an Erreichbarkeit: einen Punktwert von 12. Nur etwa jeder 100te Arbeitnehmer weist ein solches Maß an Erreichbarkeit auf.

Ist Erreichbarkeit ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen?

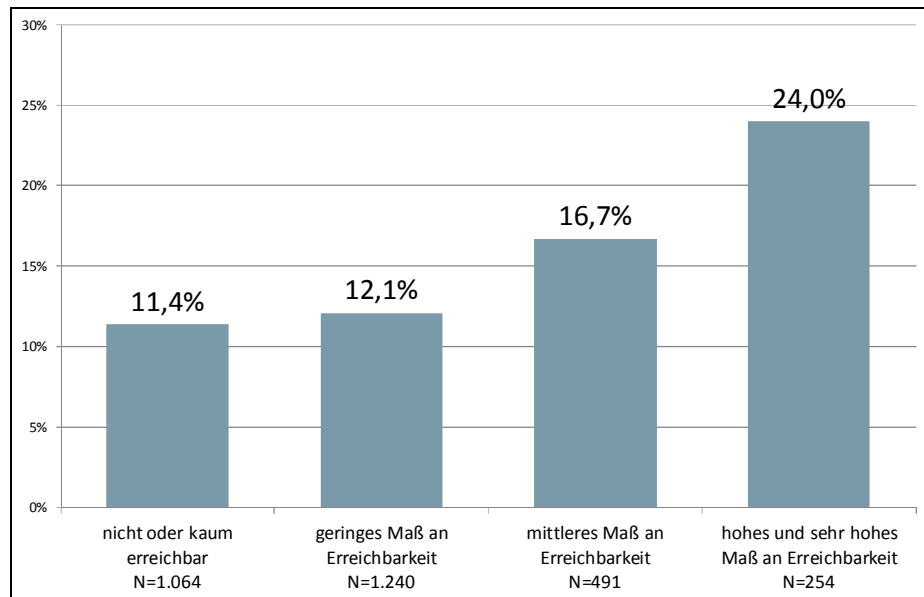
Um den Zusammenhang zwischen Erreichbarkeit und der Gefahr einer Psychischen Störung zu prüfen, wurde den Befragten das Screening-Instrument PHQ-2 vorgelegt, das mit 2 Fragen auf eine 'major Depression' screent. Je höher die Punktzahl, die durch die Antworten auf die Fragen erzielt werden, desto eher liegt eine Depression vor. Die Literatur gibt einen Grenzwert von größer/gleich 3 an, ab dem eine Depression mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegt.

Entsprechend dem PHQ-2 Screening liegt bei 13,6 Prozent der befragten Erwerbstätigen eine Depression vor.

Hiermit lässt sich die Frage prüfen, ob Arbeitnehmer mit einem höheren Maß an Erreichbarkeit besonders gefährdet sind, unter einer psychischen Erkrankung zu leiden. Es wird der Zusammenhang der Erreichbarkeit (Erreichbarkeitsindex) mit psychischen Krankschreibungen einerseits, mit dem Vorliegen einer Depression (nach PHQ-2) ermittelt.

Hierbei zeigt sich, dass schon Beschäftigte mit einem nur mittleren Maß an Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit häufiger von einer Depression betroffen sind als ihre wenig oder kaum erreichbare Kollegen (16,7 zu 12,1 bzw. 11,4 Prozent). Unter der Gruppe der Beschäftigten, die ein hohes oder sehr hohes Maß an Erreichbarkeit aufweist (das sind 8 Prozent), hat sogar jeder Vierte eine Depression. (Dieser Zusammenhang unterscheidet sich nur unwesentlich nach Geschlecht).

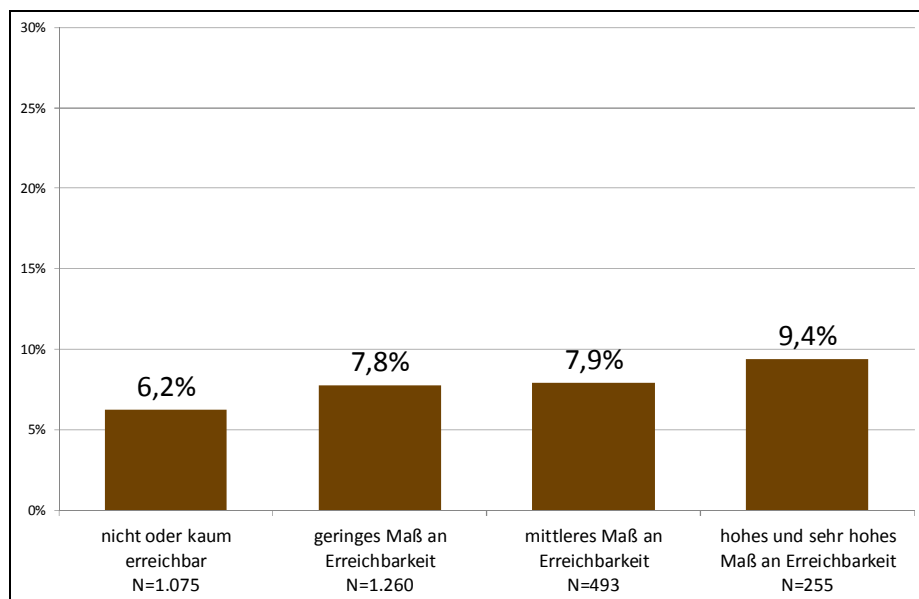
Abbildung 64: Anteil der Beschäftigten mit einer Depression (nach PHQ-2) je nach Ausmaß an Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit



Quelle: IGES nach einer Befragung der DAK-Gesundheit. N=3.049.

Während der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Erreichbarkeit und dem Vorhandensein einer Depression gut nachweisbar ist, zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Erreichbarkeit und einer Krankschreibung (in den letzten 12 Monaten). Nichtsdestotrotz ist auch hier die gleiche Tendenz erkennbar: Beschäftigte mit einem höheren Maß an Erreichbarkeit sind zu einem größeren Anteil wegen einer psychischen Diagnose krank geschrieben als Beschäftigte mit einem geringeren Maß an Erreichbarkeit.

Abbildung 65: Anteil der Beschäftigten mit einer Krankschreibung wegen psychischer Beschwerden je nach Ausmaß an Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit



Quelle: IGES Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.083.

Vor dem Hintergrund der Berichterstattung über Verbreitung und Gefährlichkeit "ständiger Erreichbarkeit" ist aus diesen Auswertungen ein doppelt überraschendes Fazit zu ziehen:

Erstens: Eine "ständige Erreichbarkeit" von Arbeitnehmern ist sehr viel seltener, als dies Medienberichte und andere Umfragen nahelegen.

Zweitens: Schon ein mittleres Ausmaß an Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit ist mit einem erhöhten Risiko verbunden, unter einer Psychischen Störung zu leiden. Noch höher ist das Risiko für die etwa 8 Prozent der in hohem Maße Erreichbaren: Hier leidet etwa jeder Vierte unter einer Depression.

Prävention durch den Arbeitgeber

Dass der Arbeitgeber bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen auch die Verantwortung für psychosoziale Belastungen übernehmen muss, ist im Zuge der Debatten um psychische Erkrankungen eine verbreitete Haltung geworden. Außerdem sehen gesetzliche Regelungen des Arbeitsschutzes ausdrücklich vor, auch psychische Belastungen zu berücksichtigen – die gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen beispielsweise schließt diese ausdrücklich ein. Von gewerkschaftlicher Seite gibt es den Versuch, eine Anti-Stress-Verordnung gesetzlich zu beschließen.³³ Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (aus Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern) formuliert für die Periode 2013-2018 als eines von drei Zielen, auf das die Präventionsaktivitäten ausgerichtet werden: Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung.³⁴

Vor diesem Hintergrund eines zunehmenden Gestaltungswillens, um psychischen Belastungen zu begegnen, hatte die Beschäftigtenbefragung auch das Ziel, zu erheben, in welchem Ausmaß sich Arbeitgeber hier engagieren. Den Befragten wurden entsprechende Fragen zu Regelungen hinsichtlich Erreichbarkeit, zu konkreten Maßnahmen des Arbeitgebers gegen Stress sowie zur Gefährdungsbeurteilung psychische Belastungen vorgelegt.

Regelungen zur Erreichbarkeit

Die Ergebnisse zur Erreichbarkeit von Beschäftigten wurden bereits in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt. Im folgenden wird Erreichbarkeit unter dem Aspekt des betrieblichen Präventionshandelns thematisiert. Dabei wird angenommen, dass der Arbeitgeber in hohem Maße beeinflussen kann, ob Beschäftigte (gefühlte oder tatsächliche) verpflichtet sind, außerhalb der Arbeitszeit erreichbar zu sein.

Zu Präventionsmaßnahmen, die auf ein Übermaß an Erreichbarkeit abzielen, gehören klare Regelungen bezüglich Erreichbarkeit.³⁵ "Weichere" Formen können der Respekt vor dem Feierabend des Kollegen oder Mitarbeiters sein, das Akzeptieren von Grenzen oder sogar die Aufforderung, sich außerhalb der Arbeitszeit möglichst nicht in dienstlichen Belangen kontaktieren zu lassen.

Die Antworten der befragten Beschäftigten zeigen, dass das VW-Beispiel möglicherweise als explizite Regelungen einen Vorreiterstatus hat, einzigartig ist es jedoch nicht. Den Befragungsergebnissen zufolge erwarten Arbeitgeber von ihren Beschäftigten mehrheitlich nicht, außerhalb der Arbeitszeit erreichbar zu sein: 78,9 Prozent stimmen der Aussage zu: "Mein Arbeitgeber akzeptiert ist, wenn ich außerhalb der Arbeitszeit nicht erreichbar bin."

Knapp 80 Prozent der Beschäftigten haben einen Arbeitgeber, der akzeptiert, wenn sie außerhalb der Arbeitszeit nicht erreichbar sind.

³³ http://www.igmetall.de/cps/rde/xbcr/SID-022396B5-CADED032/internet/docs_ig_metall_xcms_188529__2.pdf

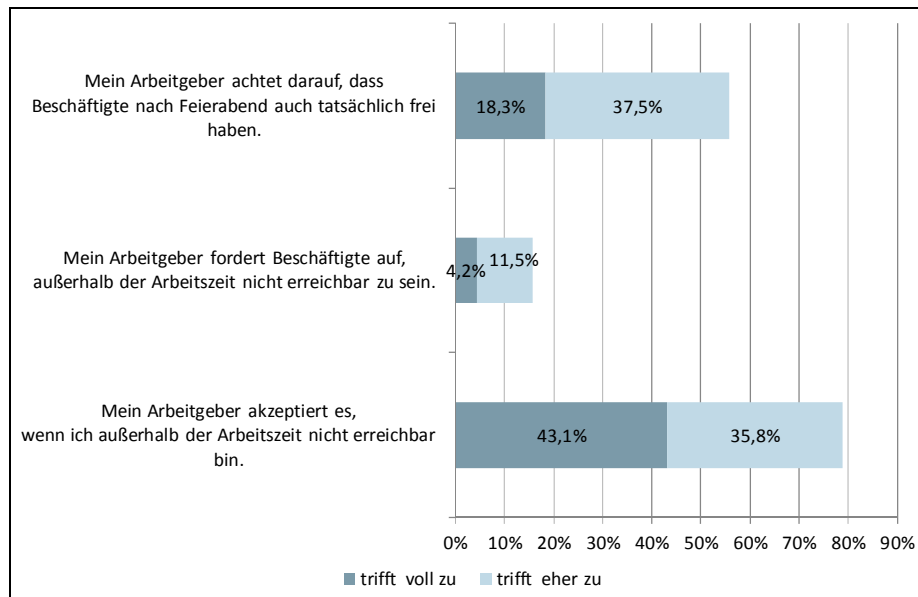
³⁴ Internetpräsenz der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie: <http://www.gda-portal.de/de/Ziele/Arbeitsschutzziele2013-18.html>

³⁵ Hierzu gehört das immer wieder angeführte Beispiel der Betriebsvereinbarung bei VW, bestimmten Beschäftigten (Beschäftigte mit Firmenblackberry und Tarifvertrag) E-Mails außerhalb der Arbeitszeit nicht mehr zuzustellen (Quelle: <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/blackberry-aus-nach-feierabend-stille-nacht-fuer-vw-mitarbeiter-11578740.html>).

Eine Mehrheit behauptet weiter über ihren Arbeitgeber, dass dieser darauf achte, dass nach Feierabend nicht gearbeitet wird. 55,8 Prozent stimmen der Aussage zu: "Mein Arbeitgeber achtet darauf, dass Beschäftigte nach Feierabend auch tatsächlich frei haben."

Eine ausdrückliche Aufforderung des Arbeitgebers, nicht erreichbar zu sein, hat nur eine Minderheit der Beschäftigten erhalten. 15,7 Prozent geben dies an.

Abbildung 66: Prävention durch den Arbeitgeber (1): Erreichbarkeit und Entgrenzung



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=2.601-2.920

Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten durch Regelungen und/oder gelebter Praxis vor übermäßiger Erreichbarkeit tendenziell geschützt ist. Gerade in Bezug auf die Aussage zur Akzeptanz seitens des Arbeitgebers einer Nicht-Erreichbarkeit ist zu konstatieren: Etwa jeder Fünfte (21,1 Prozent) kann von seinem Arbeitgeber nicht sagen, dass dieser eine Nicht-Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit akzeptiert.

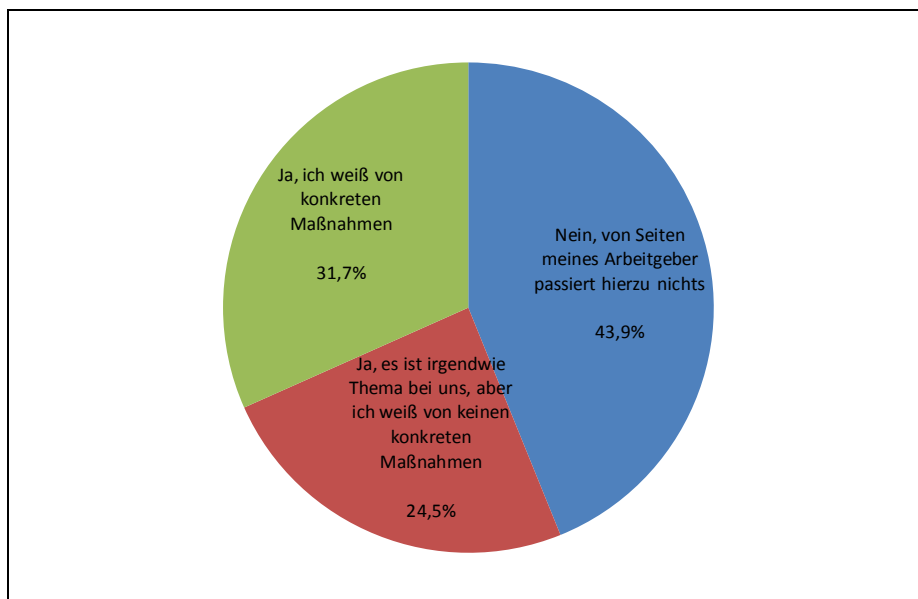
Unternehmen Arbeitgeber Maßnahmen gegen Stress? Kümmern sie sich um die psychischen Belastungen der Mitarbeiter? Hierzu wurden Beschäftigte gefragt, und zwar zunächst ohne weitere Konkretisierung, um welche Maßnahmen es sich konkret handelt.

Ein Anteil von 43,9 Prozent der befragten Beschäftigten gibt an, dass der Arbeitgeber diesbezüglich nichts unternimmt. 24,5 Prozent antworten, dass psychische Belastungen zwar "irgendwie Thema sind", dass sie aber von keinen konkreten Maßnahmen wissen.

Knapp ein Drittel (31,7 Prozent) geben an, dass sich ihr Arbeitgeber um psychische Belastungen kümmert und sie wissen darüber hinaus von konkreten Maßnahmen.

43,9 Prozent der Beschäftigten sagen von ihrem Arbeitgeber, dieser kümmere sich gar nicht um die psychischen Belastungen

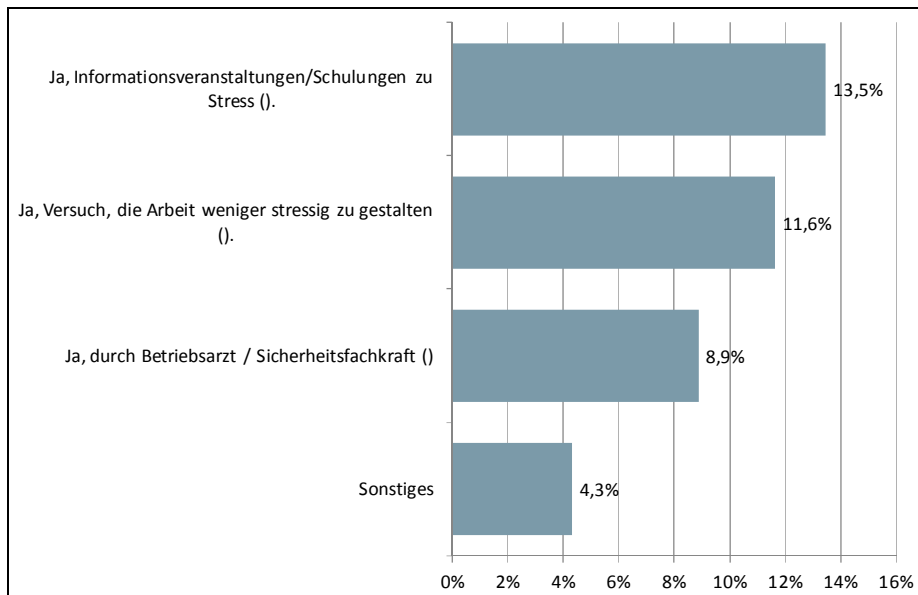
Abbildung 67: Kümmern sich Arbeitgeber um psychische Belastungen der Beschäftigten?



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N=2.762

Konkrete Maßnahmen des Arbeitgebers

Abbildung 68: Konkrete Maßnahmen des Arbeitgebers zum Schutz der Beschäftigten vor psychischen Belastungen

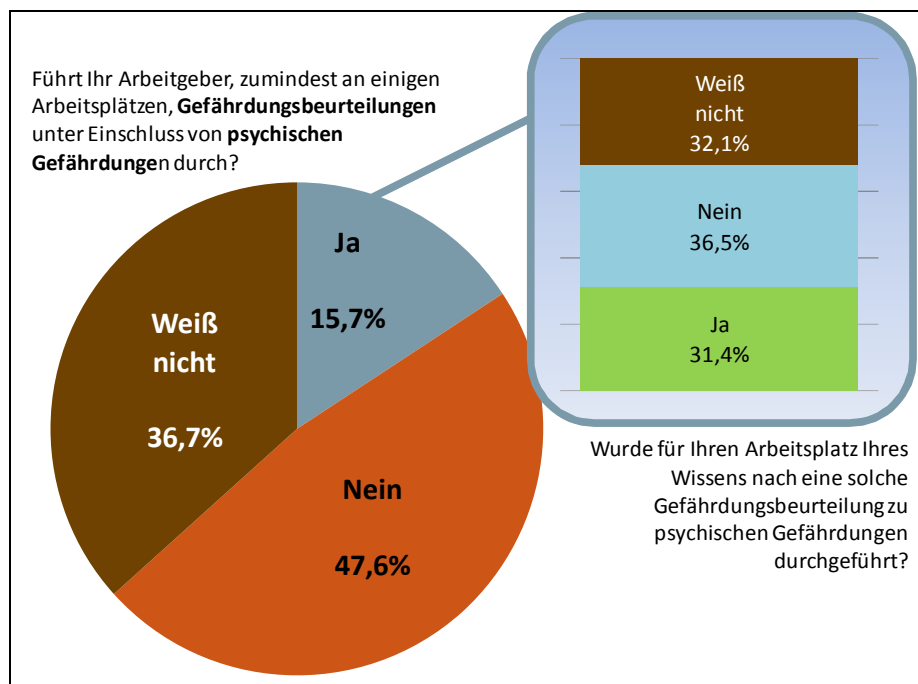


Quelle: Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N=3.090. Die Prozentuierung bezieht sich auf alle Befragten (nicht nur auf diejenigen, die angeben, dass sie von konkreten Maßnahmen des Arbeitgebers wissen)

Eine Form, mit der sich der Arbeitgeber psychischen Belastungen annehmen kann, ist die Gefährdungsbeurteilung unter Einschluss der psychischen Belastungen. Die Gefährdungsbeurteilung ist ein durch das Arbeitsschutzgesetz vorgeschriebene Maßnahme und soll ausdrücklich auch psychische Gefährdungen mit einschließen. Trotz der

Verbindlichkeit durch das Arbeitsschutzgesetz kommen dieser Verpflichtung bei weitem nicht alle Arbeitgeber nach³⁶ In der Beschäftigtenbefragung wurde daher gefragt, ob – nach Wissen der Befragten – solche Gefährdungsbeurteilungen unter Einschluss psychischer Belastungen unternommen werden.

Abbildung 69: Anteil der Beschäftigten, deren Arbeitgeber eine Gefährdungsbeurteilung unter Einschluss der psychischen Gefährdungen durchführt



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N=3.090 (N=487 für die gestapelte Säule rechts in der Grafik)

15,7 Prozent der Befragten geben an, dass ihr Arbeitgeber eine solche Gefährdungsbeurteilung unter Einschluss der psychischen Belastungen zumindest an einigen Arbeitsplätzen durchführt.

31,4 Prozent derjenigen Befragten, deren Betrieb solche Gefährdungsbeurteilungen durchführt, geben an, dass auch an *ihrem* Arbeitsplatz eine solche durchgeführt wurde. Von diesen gibt etwa die Hälfte an (52,2 Prozent), dass ihnen das Ergebnis der Gefährdungsanalyse bekannt ist und dass dieses ihrer eigenen Einschätzung entspricht. 29,4 Prozent geben an, dass ihnen das Ergebnis nicht bekannt ist, 14,2 Prozent sind der Meinung, dass das Ergebnis die Gefährdung unterschätze.

15,7 Prozent der Beschäftigten geben an, dass ihr Arbeitgeber zumindest an einigen Arbeitsplätzen Gefährdungsbeurteilungen unter Einschluss der psychischen Gefährdungen durchführt.

³⁶ Vgl. Beck 2012.

Nur 5 Prozent der Beschäftigten geben an, dass bezogen auf Ihren Arbeitsplatz eine Gefährdungsbeurteilung unter Einschluss der psychischen Belastungen durchgeführt wurde.

Bezogen auf alle Beschäftigte geben nur knapp 5 Prozent an, dass an ihrem Arbeitsplatz eine Gefährdungsbeurteilung unter Einschluss der psychischen Belastungen durchgeführt wurde.

Sind Präventionsmaßnahmen des Arbeitgebers wirksam?

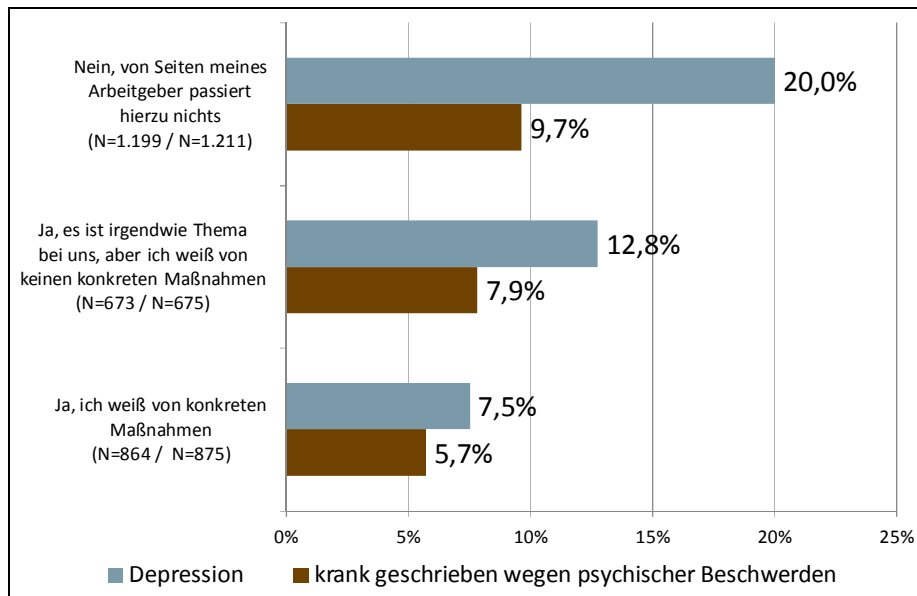
Im Folgenden sollen Arbeitnehmer, deren Arbeitgeber sich um Prävention in Bezug auf psychische Belastungen bemüht, verglichen werden mit solchen Arbeitnehmern, bei denen dies nicht oder weniger der Fall ist.

Zunächst: sind Beschäftigte weniger wegen psychischen Erkrankungen krank geschrieben, wenn der Arbeitgeber sich um die psychischen Belastungen kümmert?

Tatsächlich sind Beschäftigte, deren Arbeitgeber konkrete Maßnahmen durchführt, weniger wegen F-Diagnosen krank geschrieben als Beschäftigte deren Arbeitgeber gar nichts unternimmt (5,7 zu 9,7 Prozent). Beschäftigte, die angeben, ihr Arbeitgeber mache psychische Belastungen zwar "irgendwie" zum Thema, aber von keinen konkreten Maßnahmen wissen, sind in etwa durchschnittlich häufig von psychischen Arbeitsunfähigkeiten betroffen (7,9 Prozent).

Auch die Punktprävalenz der Depression, gemessen durch das PHQ-2-Screening, unterscheidet sich je nachdem, welche Angaben die Befragten zu den Präventionsbemühungen des Arbeitgebers machen. Unter den Beschäftigten, die von ihrem Arbeitgeber sagen, dieser unternehme nichts hinsichtlich psychischer Belastung, ist jeder Fünfte von einer Depression betroffen. Beschäftigte dagegen, deren Arbeitgeber konkrete Maßnahmen unternimmt, um psychische Belastungen zu mindern, sind nur zu 7,5 Prozent betroffen. Diejenigen, die zwar wissen, ihr Arbeitgeber macht Stress "irgendwie" zum Thema, sind nur leicht unterdurchschnittlich von Depression betroffen (12,8 Prozent).

Abbildung 70: Anteil der Beschäftigten, der während der letzten 12 Monate wegen psychischer Beschwerden krank geschrieben war, und die nach PHQ-2 von einer Depression betroffen sind, nach Maßnahmen des Arbeitgebers



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N ist für jede der drei Gruppen gesondert ausgewiesen³⁷

Hinweise, dass der Arbeitgeber durch Präventionsmaßnahmen einiges tun kann, um psychische Beschwerden zu verhindern, liefert auch die Frage, ob eine Gefährdungsbeurteilung psychische Belastungen durchgeführt wird. Die Gruppe der Beschäftigten, deren Arbeitgeber eine solche durchführt (zumindest an einigen Arbeitsplätzen), hat eine Punktprävalenz an Depression von 11,6 Prozent, gegenüber 17,6 Prozent der Beschäftigten, deren Arbeitgeber keine solche unternimmt.

Noch stärker sind die Unterschiede, wenn man die Krankschreibungen aufgrund psychischer Beschwerden betrachtet: 3,5 Prozent der Beschäftigten mit Arbeitgeber, eine Gefährdungsbeurteilung psychische Belastungen durchführt gegenüber 9,3 Prozent der Arbeitnehmer, bei denen der Arbeitgeber keine GefB unternimmt.

³⁷ Die Erste Angabe bezieht sich auf das Depressionsscreening, die zweite Angabe auf die Frage nach der Krankschreibung wegen psychischer Beschwerden.

4.6 Fazit: "Sind wir heute anders krank?"

Die Ursachen für die Zunahme von Fehltagen wegen psychischer Störungen sind bis heute nur teilweise bekannt. Die in der Öffentlichkeit massiv diskutierte Zunahme von psychischen Belastungen in der Arbeitswelt ist sicher nicht alleine in der Lage, die Zunahme zu erklären und wahrscheinlich ist sie nicht einmal die Hauptursache. Epidemiologische Erhebungen sprechen dafür, dass die tatsächliche Prävalenz psychischer Erkrankungen in den letzten 15 Jahren nicht oder nur unwesentlich zugenommen hat.

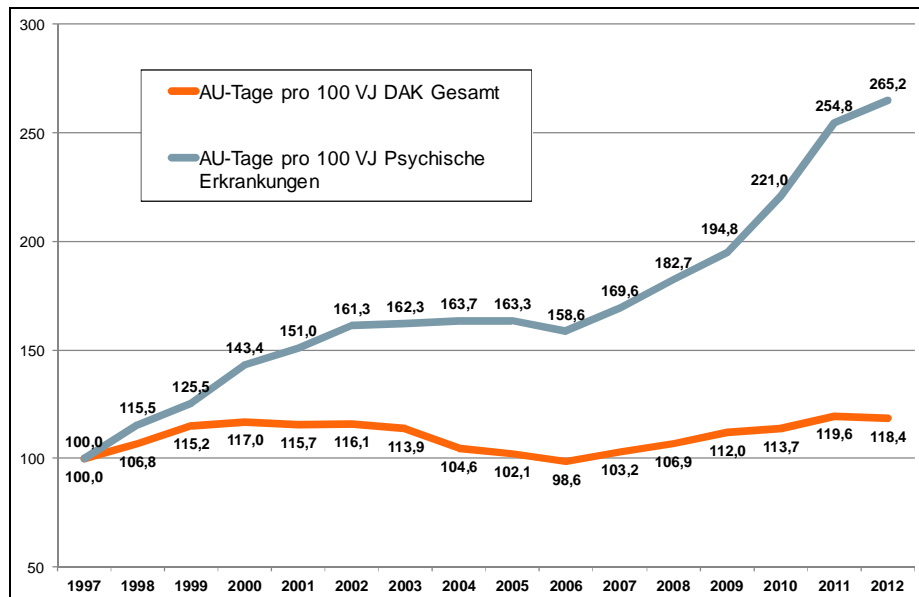
Auf der anderen Seite zeigen diese Erhebungen, dass psychische Störungen sehr viel häufiger sind, als die Arbeitsunfähigkeitsdaten nahe legen: rund ein Drittel der Bevölkerung leidet im Jahr an einer oder mehreren psychischen Störungen. Dies gibt Grund zu der Annahme, dass psychische Erkrankungen zwar nicht "real" zugenommen haben, dass sie aber häufiger als früher als expliziter Grund für eine Krankschreibung dokumentiert werden.

Auch der diesjährige DAK-Gesundheitsreport wird die schwierigen Fragen nicht abschließend beantworten können. Jedoch: Die Frage "Sind wir heute anders krank?" soll eine produktive Perspektive auf diesen Themenkomplex anlegen: Im Folgenden soll mit einer – zugegebenermaßen etwas überspitzt und vereinfacht formulierten Arbeitshypothese operiert werden: Innerhalb eines relativ wenig volatilen Gesamtvolumens an Arbeitsunfähigkeit verschieben sich die Diagnosen in Richtung psychische Erkrankungen. Dass der Gesamtkrankenstand relativ wenig volatil ist, bedeutet, dass dieser vergleichsweise geringen Schwankungen unterliegt. Betrachtet man den Zeitraum von 1997 bis 2012 schwankt dieser weniger als 20 Prozent. Dass sich Diagnosen verschieben würde daran sichtbar werden, dass andere Diagnosen sozusagen AU-Tage an das F-Diagnose-Spektrum abgeben.

In Kapitel 4.2 wurde gezeigt, dass sich die psychischen Erkrankungen zwar in ihren Steigerungsraten erheblich von allen anderen Diagnosen unterscheiden, nichtsdestotrotz bewegt sich der Krankenstand wegen F-Diagnosen in seinen Trends nicht unabhängig vom Gesamtkrankenstand, sondern in einer gewissen Parallelität.

Hierzu eine wiederholte Betrachtung der entsprechenden Darstellung:

Abbildung 71: Entwicklung des Fehltagenvolumens aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich mit dem AU-Gesamtvolumen Indexdarstellung 1997 = 100



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997-2012

Der Anstieg des F-Diagnosen-Krankenstands bewegt sich in zwei Schüben: Ein erster Schub fand zwischen 1997 und 2002 statt. In diesem Zeitraum stiegen die Fehltagewegen F-Diagnosen um 61,3 Prozent. Von 2002 bis 2006 stagnierten sie, um dann seit 2006 eine steile Aufwärtsbewegung zu beschreiben – in jährlichen Steigerungsraten von bis zu 30 Prozent!

Diesen Trends ähnlich verläuft der Gesamtkrankenstand, wenn auch mit weit weniger extremen Veränderungsrate: Zwischen dem Jahr 1997 und dem Jahr 2000 steigt er um etwa 17 Prozent an, um dann – zwei Jahre früher als der F-Krankenstand – in eine Phase der Stagnation bzw. leichten Rückgangs überzugehen (um etwa 4 Prozent zwischen 2000 und 2002). Er sinkt dann bis 2006 auf das Ursprungsniveau von 1997 zurück und befindet sich 2006 – genau wie der F-Krankenstand – im Anstieg.

Die Arbeitshypothese zur Frage ("Sind wir heute anders krank?") soll im Folgenden zu beantworten versucht werden, indem geprüft wird:

a) Inwiefern geht die Steigerung des F-AU-Volumens sozusagen "auf Kosten" anderer Diagnosen. In welchem Maß tritt also hier eine Verschiebung von Diagnosen auf, weg von bestimmten somatischen Diagnosen, hin zu psychischen Diagnosen.

ODER

b) Tritt der Anstieg des F-AU-Volumens *zusätzlich* zum restlichen Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf?

Die These a (Anstieg der F-AU ist eine Diagnoseverschiebung) soll als **Substitutionsthese** bezeichnet, These b (Anstieg der AU wegen F-Diagnosen kommt zusätzlich zum somatischen AU-Geschehen hinzu) als **Additionsthese**.

Kann im AU-Geschehen eine Verschiebung von somatischen zu psychischen Diagnosen festgestellt werden?

In einer ersten Annäherung soll folgendes Szenario analysiert werden: Was wäre, wenn es keine Zunahme von F-Diagnosen-Arbeitsunfähigkeiten gegeben hätte, wenn also die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Diagnosen nicht angestiegen wäre? Wäre der Krankenstand trotzdem angestiegen seit 2002 bzw. seit 2006? Hätte er eine wesentlich andere Entwicklung genommen?

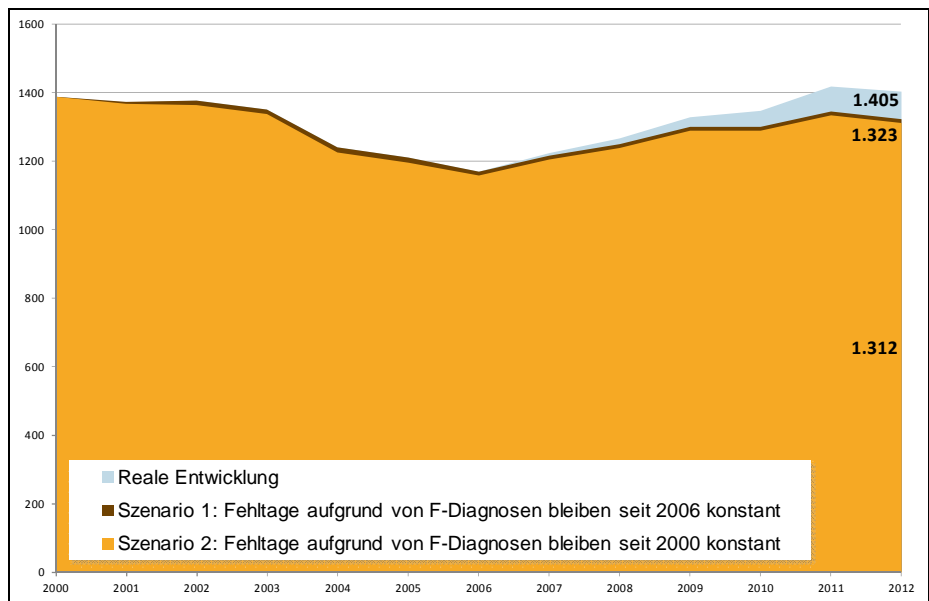
Abbildung 72 stellt zwei dieser zwei Szenarien sowie die reale Entwicklung dar. Hieraus sind erste Indizien abzulesen, ob F-Diagnosen substituierend oder additiv zum AU-Geschehen beitragen:

Vollkommen substituierend wirken die F-Diagnosen im Gesamtkrankenstand offenbar nicht: Hätten die psychischen Diagnosen als AU-Ursache seit 2000 nicht weiter zugenommen (Szenario 2, ockerfarben), wäre der Krankenstand um 6,6 Prozent niedriger als er real im Jahr 2012 war. Wären die F-Diagnosen wenigstens seit 2006 konstant geblieben, hätte es im Jahr 2012 5,8 Prozent weniger Fehltage insgesamt gegeben als real (Hinweis auf Additionsthese).

Gleichzeitig zeigen die beiden Szenarien aber auch: Der Gesamtkrankenstand hätte keine wesentlich andere Entwicklung genommen, selbst wenn die F-Diagnosen seit 2000 sich nicht weiter gesteigert hätten (Hinweis auf Substitutionsthese).

Hätten Fehltage wegen psychischer Erkrankungen seit dem Jahr 2000 nicht zugenommen, würde sich der Gesamt-Krankenstand heute kaum anders darstellen.

Abbildung 72: Fehltage pro 100 VJ 2000-2011. Vergleich zweier Szenarien mit der realen Entwicklung



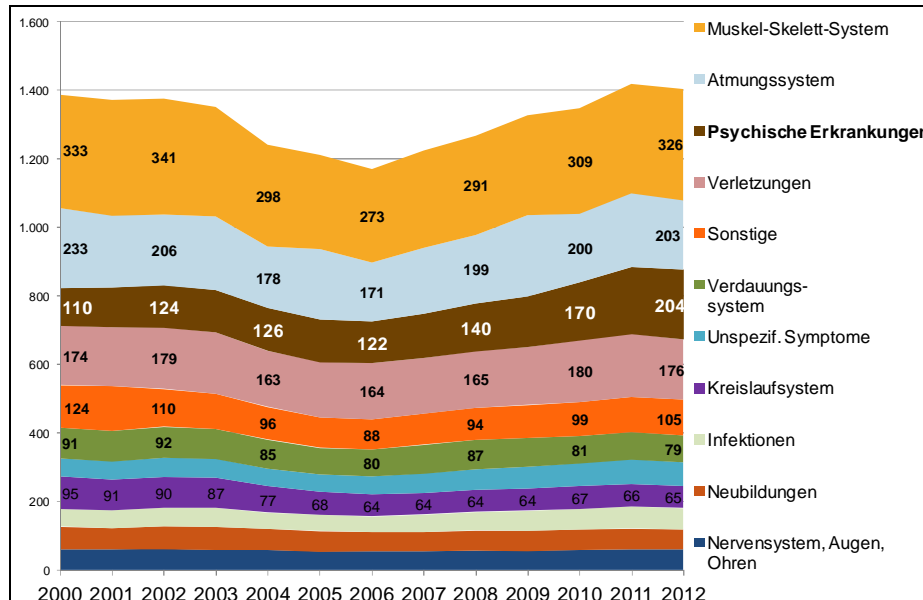
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2000-2012

Eine verfeinerte Analyse prüft, ob es Hinweise darauf gibt, dass Diagnosen aus dem F-Kapitel Diagnosen aus den restlichen ICD-10 Kapiteln ersetzen. Hierzu wird die Entwicklung der ICD-10 Kapitel (AU-Ursachen) von 2000 bis 2012 betrachtet (Abbildung 73).

Die Darstellung stellt diejenigen Diagnosen dar, die mehr als 90 Prozent der AU-Tage ausmachen. Der Rest wurde unter 'Sonstiges' zusammengefasst. Zur besseren Lesbarkeit wurde nur jeder zweite Datenpunkt, d.h. jedes zweite Jahr, mit einer Datenbeschriftung versehen. Diagnosen, die einen sehr geringen Anteil am Gesamtvo-

lumen haben (Nervensystem, Augen, Ohren sowie Neubildungen und Infektionen) wurden nicht beschriftet.

Abbildung 73: Fehltage pro 100 VJ nach den wichtigsten Diagnosegruppen 2000 bis 2011/38



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2000-2012

Gibt es hier Indizien auf eine Substitution somatischer Diagnosen durch F-Diagnosen? Da die F-Diagnosen über den betrachteten Zeitraum fast kontinuierlich zunehmen, das Gesamt-Volumen an AU aber am Ende des betrachteten Zeitraums wieder das gleiche Niveau wie im Jahr 2000 hat, müsste es Diagnosen geben, die im Zeitraum als AU-Ursache tendenziell in Abnahme begriffen sind.

AU-Ursachen, die zwar nicht zwangsläufig über den ganzen Zeitraum kontinuierlich in Abnahme begriffen sind, die jedoch vom Jahr 2000 ausgehend in 2012 weniger AU-Tage verzeichnen, sind:

- Kreislaufsystem (I),
- Sonstige (d.h. alle Kapitel die nicht zu den 10 gehören, die mehr als 90 Prozent des AU-Volumens ausmachen)
- Krankheiten des Verdauungssystems (K)
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (M)
- Krankheiten des Atmungssystems (J)

Stellt man in Rechnung, dass die Entwicklung des gesamten AU-Volumens von 2000 bis 2012 zunächst einen Rückgang bis 2006 beschreibt, um dann im Jahr 2012 wieder – mehr oder weniger – beim Stand von 2000 angekommen zu sein (wobei, wie gezeigt wurde, die psychischen Erkrankungen hierauf einen sehr geringen Einfluss haben), dann muss konstatiert werden: Die oben genannten AU-

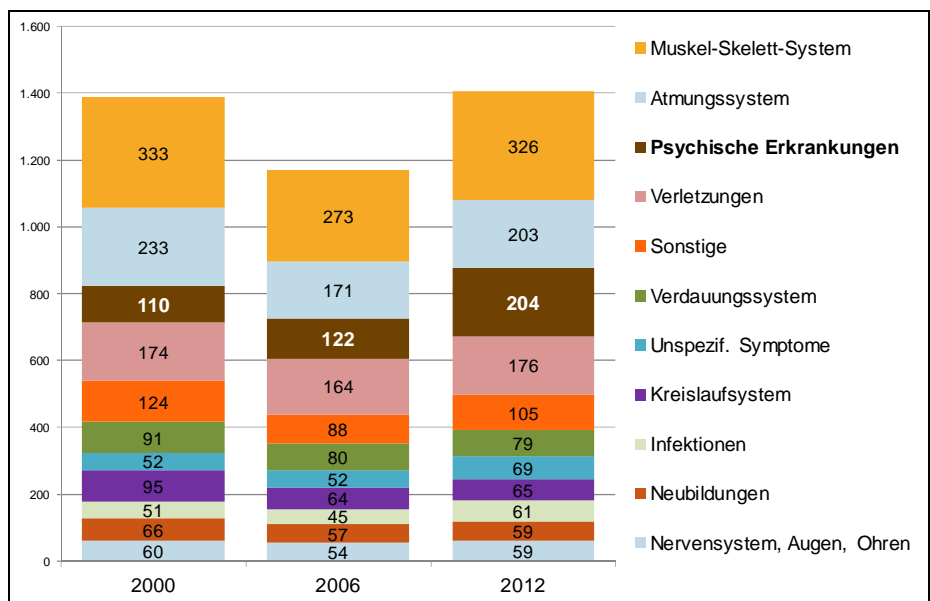
³⁸ Es sind die Kapitel, die ca. 1300 der ca. 1400 Fehltage ausmachen. Der Rest wurde unter sonstiges gefasst

Ursachen "verlieren" am Ende AU-Tage gegenüber dem Stand des Jahres 2000.

Zur besseren Lesbarkeit wird in wird nochmals auf 3 Zeitpunkte fokussiert: 2000 als Anfangsjahr, zu dem Diagnosen vorliegen (und die in den Folgejahren nicht beeinflusst sind durch ICD-10 Umstellungen). Das Jahr 2006 zeichnet sich nicht nur dadurch aus, dass es in etwa in der Mitte des betrachteten Zeitraums liegt, sondern auch dadurch, dass es ein historisch niedriges Krankenstandsniveau aufweist, dadurch dass ab hier der Krankenstand insgesamt wieder ansteigt, und schließlich dadurch, dass ab hier die psychischen Erkrankungen sehr hohe Steigerungsraten aufweisen bis 2012.

Während der Krankenstand insgesamt im betrachteten Zeitraum über den Tiefpunkt in 2006 am Ende - 2012 - wieder sein "ursprüngliches" Niveau erreicht und geringfügig übertroffen hat, gibt es ICD Kapitel, die nicht wieder ihr ursprüngliches Niveau erreichen. Auf Krankheiten des Atmungssystems (J) entfallen im Jahr 2012 203 Fehltage, gegenüber 233 Tagen in 2000. Auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems entfallen 2012 326 AU-Tage gegenüber 333 in 2000. Einen sehr starken Rückgang erfahren Fehltage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sie haben ein Volumen von 65 Fehltagen pro 100 Vj. in 2012 gegenüber 95 Tagen im Jahr 2000. Ebenfalls zurückgegangen von 2000 bis 2012 sind Krankheiten des Verdauungssystem: sie gehen von 91 Tagen (2000) zurück auf 79 (2012).

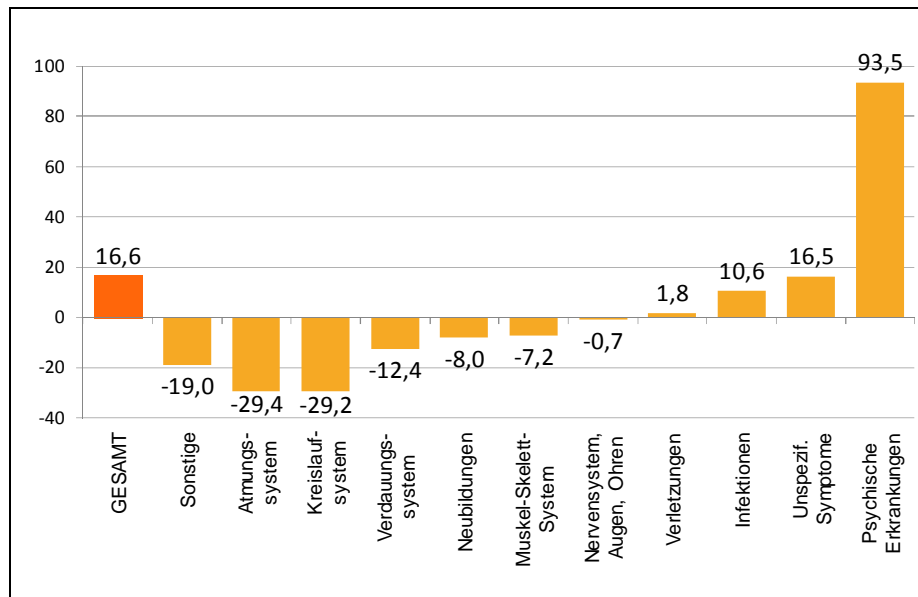
Abbildung 74: AU-Tage pro 100 VJ für ausgewählte Diagnosegruppen in den Jahren 2000, 2006 und 2012



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2000-2012

Abbildung 75 zeigt die genaue Zu- und Abnahme von AU-Tagen aus den entsprechenden Diagnosekapiteln. Demnach hat im Vergleich des Jahres 2012 mit 2000 v.a. das ICD-Kapitel Atmungssystem, Kreislaufsystem und Sonstige AU-Tage verloren. Mit Ausnahme des Kapitels psychische Erkrankungen verzeichnet kein Kapitel größere Zuwächse. Am Ehesten sind es die Kapitel "Unspezifische Symptome" sowie Infektionen, die als AU-Ursache gegenüber dem Jahr 2000 mehr Tage verzeichnen.

Abbildung 75: Absoluter Zuwachs/ Rückgang der AU-Tage pro 100 VJ nach Diagnosegruppen (2012 gegenüber 2000)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2000-2012

Dass es sich bei diesen beobachtbaren Verlagerungen um eine "echte" Verschiebung des Diagnosespektrums handelt, und in welchem Maße, kann aufgrund von Arbeitsunfähigkeitsdaten alleine nicht beantwortet werden. Der Gesamtcrankenstand beschreibt von 2000 bis 2006 eine Abwärtsbewegung um anschließend bis 2011 wieder zuzunehmen. Im Jahr 2012 hat er – in etwa – das Ausgangsniveau von 2000 erreicht und dabei mehr als eine Verdoppelung der AU-Tage aufgrund psychischer Diagnosen erfahren. Dies ist starker Hinweis, dass mindestens ein Teil der Zunahme von F-Diagnosen auf eine Verschiebung im Diagnosespektrum zurückzuführen ist.

Wahrscheinlich geht wenigstens ein großer Teil der Zunahme der F-AU-Tage auf eine Verschiebung im Diagnosespektrum zurück.

Zusammenfassung Schwerpunktthema

1. Psychische Erkrankungen als Ursache für Arbeitsunfähigkeit nehmen seit etwa 15 Jahren kontinuierlich zu. Die Zunahme der Fehltagen, der Arbeitsunfähigkeitsfälle und des Anteils der Betroffenen ist – nicht zuletzt auch im Vergleich mit anderen AU-Ursachen – beispiellos. Auch im Jahr 2012 hat sich der Anstieg fortgesetzt. Jede siebzehnte Frau, und jeder dreißigste Mann war 2012 wegen einer psychischen Diagnose krank geschrieben.
2. Dabei bleibt die Häufigkeit der "harten psychiatrischen" Diagnosen unverändert gering. Das AU-Geschehen wegen psychischer Diagnosen wird von wenigen Einzeldiagnosen bestritten: Depressionen, Anpassungsstörungen, Neurotische Störungen und somatoforme Störungen. Die herausragende Zunahme ist bei der Anpassungsstörung (F43) zu verzeichnen. Seit dem Jahr 2000 nahmen AU-Tage wegen dieser Diagnose um den Faktor 2,7 zu.
3. Interpretiert man die Zunahme psychischer Diagnosen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im epidemiologischen Kontext, so ist zu konstatieren: Einerseits sind psychische Erkrankungen noch häufiger, als aufgrund der AU-Daten anzunehmen wäre: In der Allgemeinbevölkerung leidet etwa jede dritte Frau und jeder vierte Mann innerhalb eines Jahres wenigstens einmal unter einer psychischen Störung. Andererseits zeigen epidemiologische Studien: Es hat in den letzten 10-15 Jahren vermutlich keinen Anstieg der Prävalenz psychischer Erkrankungen gegeben - mit Sicherheit gab es keinen Anstieg, der auch nur annähernd dem Anstieg der Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Diagnosen entspräche.
4. Im statistisch-dokumentierten Sinne spielt der viel diskutierte Burnout eine untergeordnete Rolle. Experten und Ärzte gehen zu dem Begriff ohnehin seit Jahren auf Distanz. Die entsprechende Symptomatik wird vermutlich unter F43 (Anpassungsstörung) dokumentiert. Nützlich ist die öffentliche Aufmerksamkeit gegenüber dem Burnout vielleicht trotzdem. Denn sie hilft vielen Arbeitnehmern, psychische Beschwerden zu artikulieren, auch solchen, die ohne diesen Begriff das Thema meiden würden.
5. Bei psychischen AU-Ursachen steigt die Häufigkeit die Dauer und der Anteil der Betroffenen mit zunehmendem Alter der Erwerbstätigen an. Ältere Arbeitnehmer sind häufiger und länger krank wegen psychischen Diagnosen.
6. Entgegen der aktuellen Debatte sind Entwicklungen in der modernen Arbeitswelt bei weitem nicht der einzige Grund für die Zunahme der Fehlitage mit psychischer Ursache. Ein ebenso gewichtiger Grund ist die Sensibilisierung bei Hausärzten und Patienten, die dazu führt, dass psychische Probleme häufiger

angesprochen werden, häufiger als früher als krankheitswertig betrachtet werden und häufiger als früher zu entsprechend dokumentierten Krankschreibungen führt.

7. Durch eine repräsentative Befragung von über 3.000 Beschäftigten im Herbst 2012 wurden insbesondere Bedingungen der Arbeitswelt und ihr möglicher Einfluss auf psychische Erkrankungen untersucht. Insbesondere geht es um die Aspekte: Erreichbarkeit, die Krankschreibung beim Hausarzt und die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen.
8. Nur eine Minderheit der Arbeitnehmer wird regelmäßig außerhalb der Arbeitszeit von Kollegen und Vorgesetzten angerufen. Der Normalfall ist immer noch: Arbeitnehmer lesen nach Feierabend nicht ihre dienstlichen E-Mails und werden nur in Ausnahmefällen außerhalb der Arbeitszeit von Kollegen und Vorgesetzten angerufen.
9. Allerdings gilt auch: Schon ein mittleres 'Ausmaß' an Erreichbarkeit ist mit einem höheren Risiko verbunden, wegen einer psychischen Erkrankung krank geschrieben zu werden.
10. Im Jahr 2012 hat der Krankenstand in etwa wieder den Stand des Jahres 2000 erreicht. Das heißt, bei etwa der gleichen Anzahl von Fehltagen insgesamt haben die psychischen Erkrankungen an Bedeutung gewonnen, vermutlich "auf Kosten" von somatischen Diagnosen. Es verhält sich also nicht so, dass psychische Erkrankungen zusätzlich ("on top") zum somatischen Krankenstand hinzukommen, sondern sie substituieren somatische Diagnosen. Die Struktur des Krankenstands hat sich bei etwa gleichem Volumen verändert.

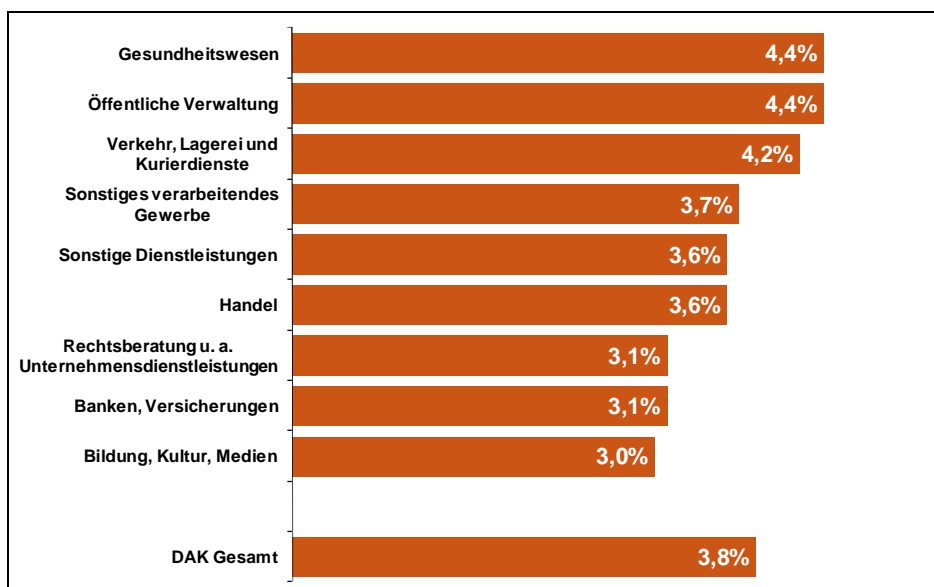
5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern

Im fünften Kapitel wird die Krankenstandsentwicklung nach Branchen differenziert dargestellt. Grundlage der Auswertung ist die Zuordnung der DAK-Mitglieder zu den Wirtschaftszweigen. Die Zuordnung nehmen die Arbeitgeber anhand des Schlüssels der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes vor.³⁹

Im Folgenden wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zunächst in den neun Wirtschaftsgruppen, in denen besonders viele DAK-Mitglieder beschäftigt sind, etwas detaillierter betrachtet (vgl. Abbildung 76). Abbildung 77 geht auf die übrigen Wirtschaftsgruppen ein.

Abbildung 76: Krankenstandswerte 2012 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

„Gesundheitswesen“ und „Öffentliche Verwaltung“ an der Spitze

Die Branchen „Gesundheitswesen“, „Öffentliche Verwaltung“, sowie „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ lagen hinsichtlich des Krankenstandes mit Werten von 4,4 Prozent, und 4,2 Prozent deutlich an der Spitze und eindeutig über dem Durchschnitt aller Branchen. Am anderen Ende der Skala befinden sich die Branchen „Rechtsberatung und andere Unternehmensdienstleistungen“, „Banken, Versicherungen“ und „Bildung, Kultur, Medien“ mit deutlich unterdurchschnittlichen Krankenständen in Höhe von 3,1 Prozent bzw. 3,0 Prozent.

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

- Die hohen Ausfallzeiten im „Gesundheitswesen“ sind sowohl auf eine überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit als auch

³⁹ Für die Auswertungen im Rahmen der DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüsselssystematik leicht verändert, um einige für die DAK besonders charakteristische Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können.

auf eine längere Erkrankungsdauer zurückzuführen: Je 100 ganzjährig Versicherter konnten 2012 117,1 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 13,9 Tage dauerten.

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

DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege und im DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006"

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

- In der „Öffentlichen Verwaltung“ beträgt die Fallhäufigkeit je 100 Versicherte 130,4 Erkrankungsfälle und liegt damit deutlich über dem Durchschnitt (112,0 AU-Tage). Die Erkrankungsdauer lag in der „Öffentlichen Verwaltung“ mit durchschnittlich 12,3 Tagen unter dem Durchschnitt aller Branchen (12,6 Tage je AU-Fall).

Der im Vergleich zur Privatwirtschaft hohe Krankenstand in den öffentlichen Verwaltungen wird in verschiedenen Studien teils mit einem höheren Anteil an Schwerbehinderten im öffentlichen Sektor begründet.⁴⁰ Auch bieten öffentliche Verwaltungen gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbstätigen noch immer eher eine Beschäftigungsmöglichkeit als kleinbetrieblich strukturierte Branchen wie z. B. „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“.

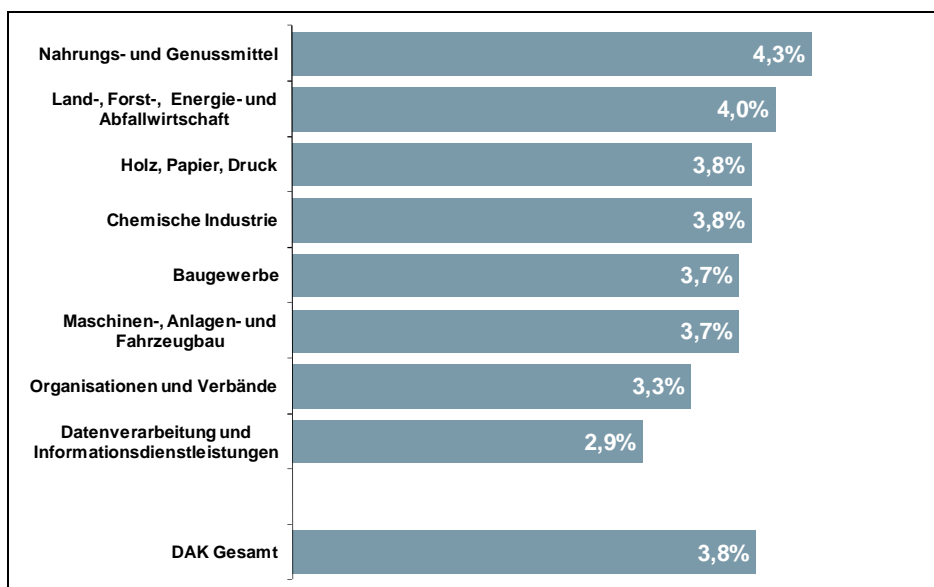
Gründe für hohen Krankenstand in der Öffentlichen Verwaltung

Der niedrige Krankenstand in den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ lässt sich zurückführen auf eine unterdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit sowie auch Erkrankungsdauer:

- 100 ganzjährig Beschäftigte im Wirtschaftszweig „Bildung, Kultur, Medien“ waren 2012 nur 99,5 Mal arbeitsunfähig erkrankt. Eine Erkrankung dauerte hier im Durchschnitt nur 11,1 Tage.

⁴⁰ Marstedt et al.: Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im Öffentlichen Dienst, in: Fehlzeiten-Report 2001; Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2003

Abbildung 77: Krankenstandswerte 2012 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Abbildung 77 zeigt die Krankenstände in den übrigen acht Wirtschaftsgruppen. Es zeigt sich, dass einige der Branchen, die dem verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen sind, wie z. B. „Holz, Papier, Druck“ und „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“, auf oder unter dem DAK-Durchschnitt liegende Krankenstandswerte aufweisen.

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

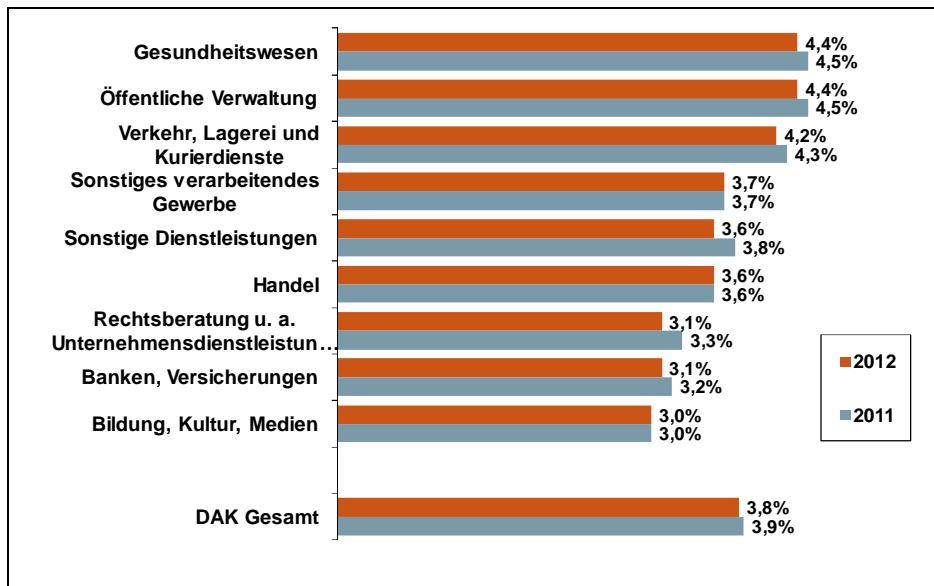
In Abbildung 78 und Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Abbildung 79 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der Jahre 2011 und 2012 vergleichend gegenübergestellt.⁴¹

Es zeigt sich, dass die Krankenstände in nahezu allen Wirtschaftsgruppen um 0,1 bis 0,2 Prozentpunkte gesunken sind. In vielen Branchen ist der Wert des Krankenstands stabil geblieben. In keiner Branche hat es einen ansteigenden Krankenstand gegeben.

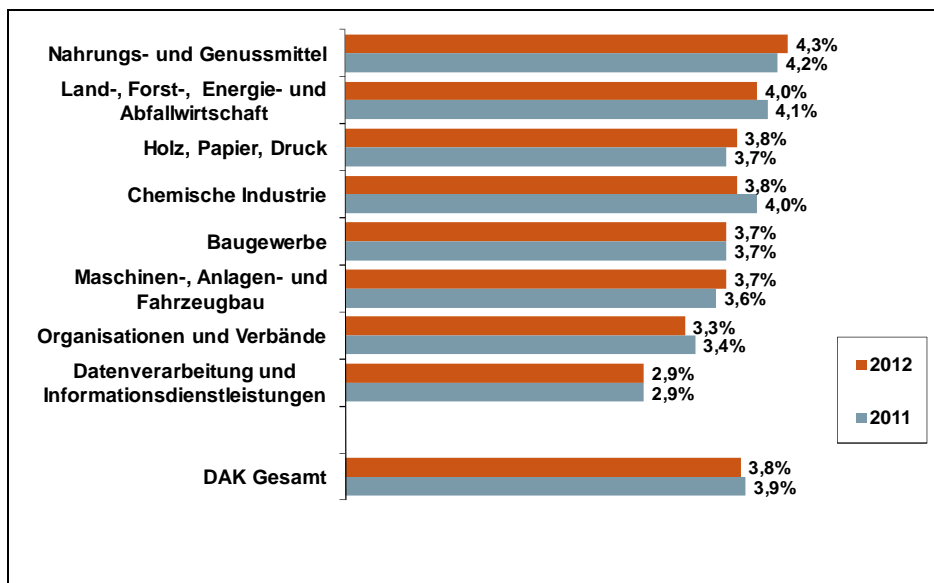
⁴¹ Weitere Kennziffern zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in den Wirtschaftsgruppen sowie auch Berufsgruppen sind den Tabellen A9 bis A12 im Anhang II zu entnehmen.

Abbildung 78: Krankenstandswerte 2011 - 2012 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Abbildung 79: Krankenstandswerte 2011 - 2012 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Bei den acht übrigen Wirtschaftsgruppen war ebenfalls nur in den Branchen „Nahrungs- und Genussmittel“ „Holz, Papier, Druck“ sowie „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“ ein ansteigender Krankenstand zu beobachten. In allen anderen Branchen ist der Wert gleich geblieben bzw. leicht zurückgegangen.

6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

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

Um Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Versicherten aufzuzeigen, werden neben Analysen für die einzelnen Bundesländer auch die Gesamtwerte für West- und Ostdeutschland ausgewiesen. Tabelle 13 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2012.

Tabelle 13: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2012

Bundesland	Krankenstand	pro 100 ganzjährig Versicherte		
		AU-Tage	AU-Fälle	Ø Fall-dauer
Baden-Württemberg	3,2%	1.159,9	98,4	11,8
Bayern	3,4%	1.226,7	101,5	12,1
Berlin*	4,3%	1.576,4	112,0	14,1
Bremen	3,8%	1.403,5	108,0	13,0
Hamburg	3,5%	1.284,0	102,0	12,6
Hessen	4,0%	1.476,2	121,6	12,1
Niedersachsen	3,8%	1.392,9	112,9	12,3
Nordrhein-Westfalen	3,8%	1.385,2	108,6	12,8
Rheinland-Pfalz	4,1%	1.492,0	116,4	12,8
Saarland	4,2%	1.546,6	109,2	14,2
Schleswig-Holstein	3,8%	1.381,0	110,1	12,5
Westliche Bundesländer	3,7%	1.353,7	108,7	12,4
Brandenburg	4,9%	1.786,3	131,9	13,5
Mecklenburg-Vorpommern	4,6%	1.700,8	132,2	12,9
Sachsen	4,2%	1.549,6	124,2	12,5
Sachsen-Anhalt	4,7%	1.705,5	133,7	12,8
Thüringen	4,6%	1.675,4	133,5	12,5
Östliche Bundesländer	4,6%	1.695,6	131,2	12,9
DAK Gesamt	3,8%	1.405,3	112,0	12,6

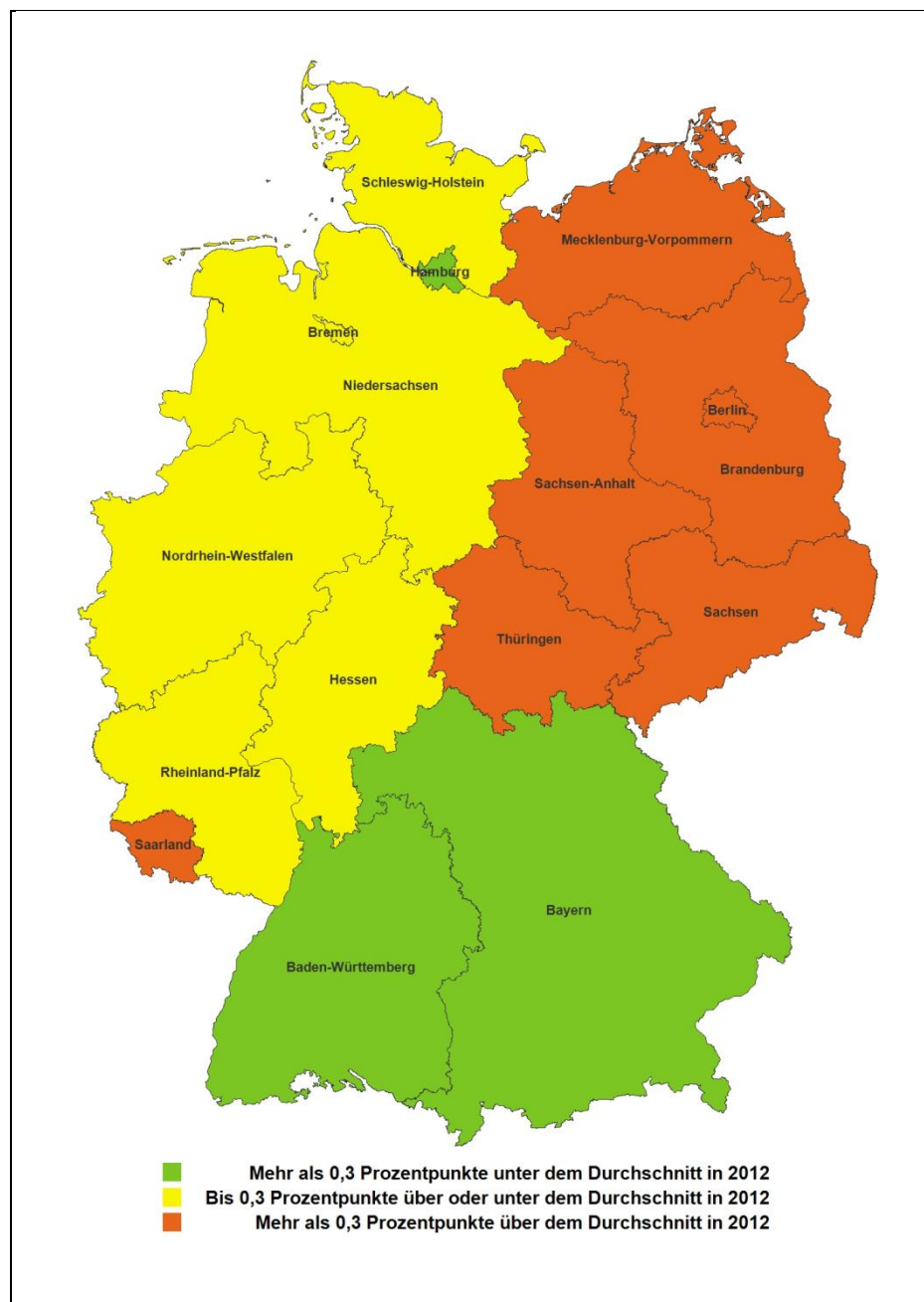
* Berlin (Ost und West) gehört krankensicherungsrechtlich zu den westlichen Bundesländern (Rechtskreis West)

Quelle: AU Daten der DAK-Gesundheit 2012

Hinter dem Gesamtkrankenstand von 3,8 Prozent verbergen sich regionale Unterschiede: Wie auch in den Vorjahren sind 2012 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 80). Das südliche Bundesland Baden-Württemberg verzeichnet einen besonders günstigen Wert: Hier liegt das Krankenstandsniveau deutlich - d. h. mehr als 0,3 Prozentpunkte - unter dem DAK-Bundesdurchschnitt. Bayern und Hamburg gehören ebenfalls zu dieser Gruppe.

Regionale Unterschiede bestehen auch im Jahr 2012 fort

Abbildung 80: Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Günstigste Krankenstandswerte auch in Bayern und Hamburg

Wie schon in den Vorjahren weisen Baden-Württemberg und Bayern mit einem Krankenstand in Höhe von 3,2 Prozent und 3,4 Prozent die niedrigsten Werte auf. In 2012 ist ebenfalls für Hamburg ein niedriger Krankenstand in Höhe von 3,5 Prozent zu verzeichnen.

Westliche Bundesländer liegen um den Durchschnitt

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

Die Länder Schleswig-Holstein, Bremen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen liegen mit dem DAK-Bundesdurchschnitt gleich auf.

Saarland erneut über dem Durchschnitt

Hervorzuheben ist, dass 2012 der Krankenstand im Saarland, nach Annäherung an den Durchschnitt im Jahr 2008, auch dieses Jahr wieder mehr als 0,3 Prozentpunkte über dem Durchschnitt lag.

Rheinland-Pfalz ist in 2012 wieder in den „gelben Bereich“ gerutscht, nachdem es in 2011 noch eine Abweichung des Krankenstands nach oben von mehr als 0,3 Prozentpunkten vom Bundesdurchschnitt hatte.

Alle östlichen Länder über dem DAK-Bundesdurchschnitt

In Ostdeutschland werden allgemein über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände beobachtet. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen dar, wo mit 4,2 Prozent der niedrigste Krankenstand der fünf östlichen Bundesländer festgestellt wurde. Hier liegt das Krankenstandsniveau nur 0,5 Prozentpunkte über dem DAK-Bundesdurchschnitt. Alle übrigen Werte liegen deutlich über dem Durchschnitt: Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern 4,6 Prozent, Sachsen-Anhalt 4,7 Prozent. Brandenburg lag mit einem Krankenstand von 4,9 Prozent an der Spitze.

Hohe Fallzahlen in Verbindung mit teils überdurchschnittlichen Erkrankungsdauern sind Ursache des erhöhten Krankenstandes im Osten

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

Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versicherte in den westlichen Ländern zwischen 98,4 (Baden-Württemberg) und 121,6 (Hessen) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 124,2 (Sachsen) und 133,7 (Sachsen-Anhalt) auf. Die Falldauer bewegt sich zwischen 11,8 Tagen in Baden-Württemberg und 14,2 Tagen im Saarland.

Berlin zwar deutlich über dem Bundesdurchschnitt, aber nicht mit an der Spitze

Berlin steht auch 2012 nicht an der Spitze des Krankenstandes der Bundesländer. Der dennoch vergleichsweise hohe Krankenstand von 4,3 Prozent ist vor allem auf die Erkrankungsdauer von durchschnittlich 14,1 Tagen pro Fall zurückzuführen.

Entwicklung des Krankenstandes 2011 – 2012

Abbildung 81 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2012 im Vergleich zum Vorjahr. Ein Anstieg der Krankenstandswerte ist nur in Bayern zu beobachten. In allen anderen Bundesländern ist der Krankenstand zurückgegangen oder gleich geblieben.

Anstieg des Krankenstands nur in Bayern

In den westlichen Bundesländern verzeichnen Bremen und das Saarland mit 0,3 Prozentpunkten den größten Rückgang des Krankenstands. In den anderen westlichen Bundesländern war der Rückgang moderater bzw. der Wert ist gleich geblieben.

Westliche Bundesländer

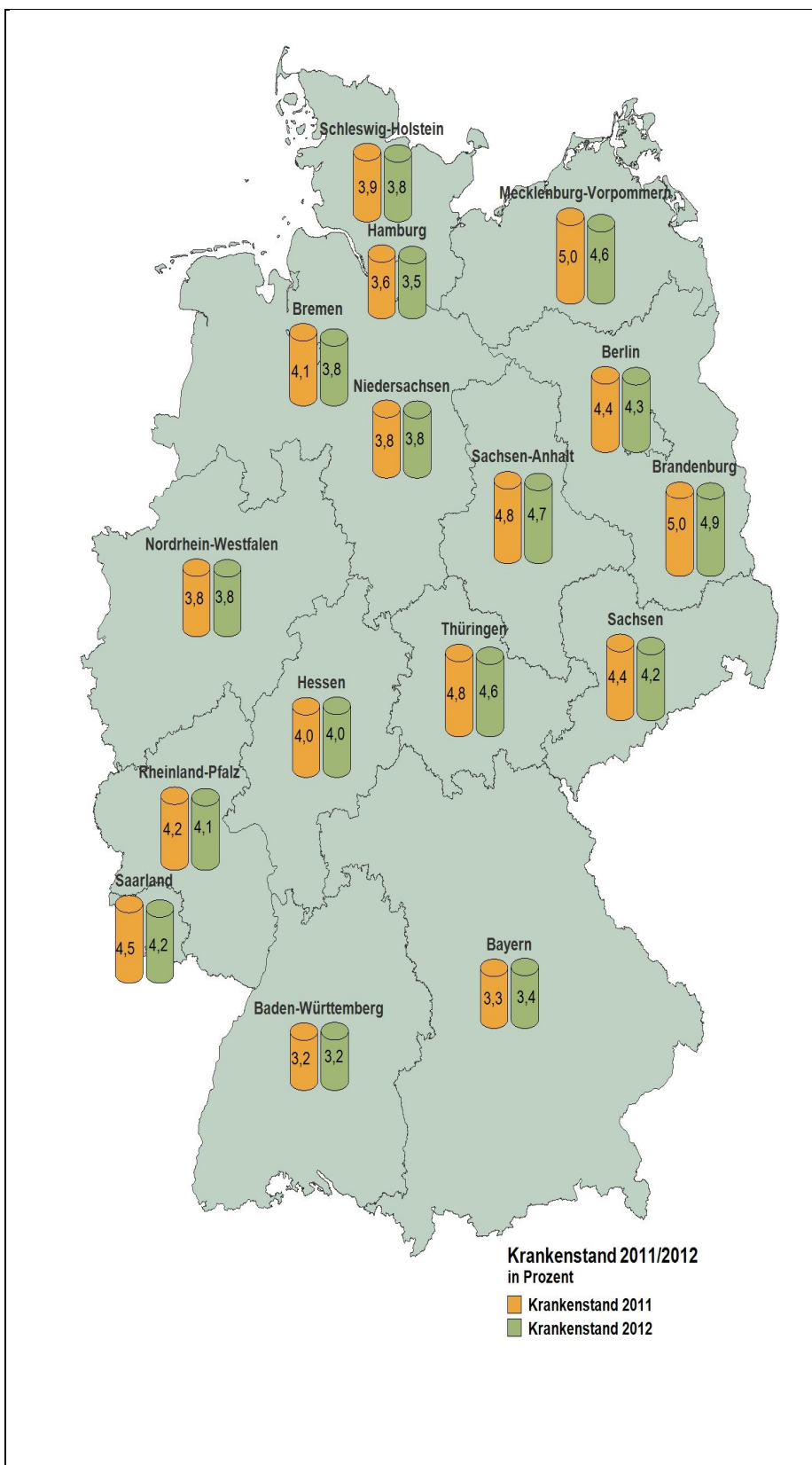
In den östlichen Bundesländern ist der Rückgang des Krankenstands in Mecklenburg-Vorpommern mit 0,4 Prozentpunkten etwas stärker als in den übrigen östlichen Bundesländern. In Sachsen und Thüringen lag der Rückgang bei 0,3 bzw. 0,2 Prozentpunkten, in Brandenburg und Sachsen-Anhalt bei 0,1 Prozentpunkten.

Östliche Bundesländer

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2011 und 2012 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A1 und A2 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

Übersichtstabellen im Anhang

Abbildung 81: Krankenstandswerte der Jahre 2011 und 2012 nach Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2011-2012

Ursachen für die Unterschiede im Krankenstand zwischen Ost- und Westdeutschland

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

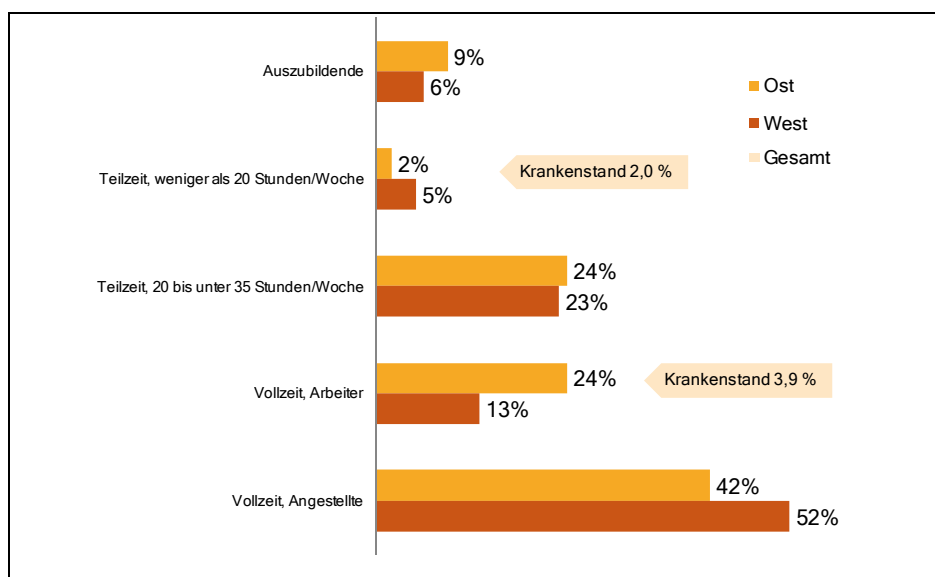
Um herauszufinden, was diesen Unterschied begründet, hat die DAK im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt werden. Als zentrale Erkenntnisse dieser Kurzstudie sind hervorzuheben:

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

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

Zur Erklärung der Krankenstandsunterschiede wurde eine vertiefte Analyse der AU-Daten des Jahres 2006 durchgeführt. Wie die Abbildung 82 zeigt, sind im Osten gewerbliche Arbeitnehmer über- und Teilzeitkräfte mit einem Beschäftigungsumfang von weniger als 20 Wochenstunden unterrepräsentiert.

Abbildung 82: Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West



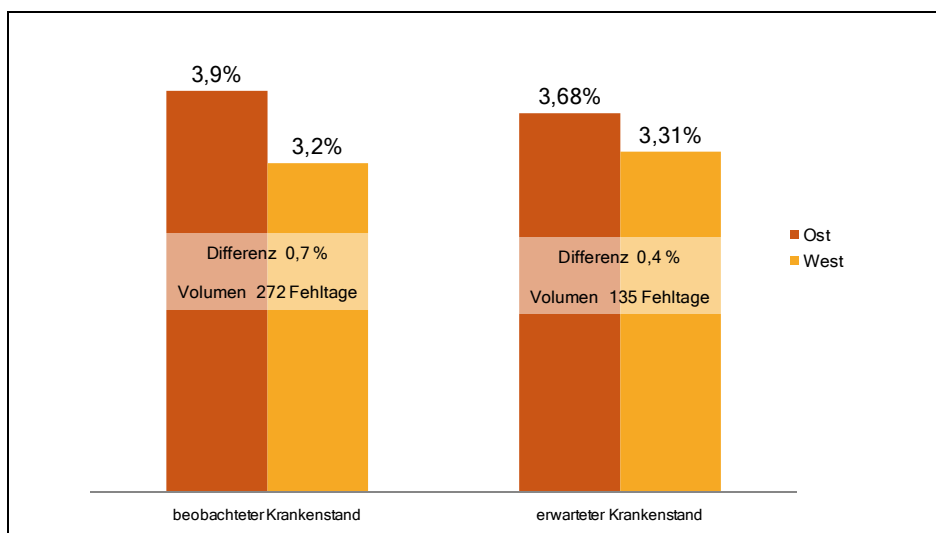
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2006

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

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

Die folgende Abbildung 83 zeigt, wie groß der Einfluss der hier aufgezeigten Strukturunterschiede ist bzw. ein wie großer Unterschied bestehen würde, fände man die strukturellen Abweichungen in Bezug auf Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur so nicht vor.

Abbildung 83: Vergleich beobachteter und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) in 2006



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2006

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

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

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

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

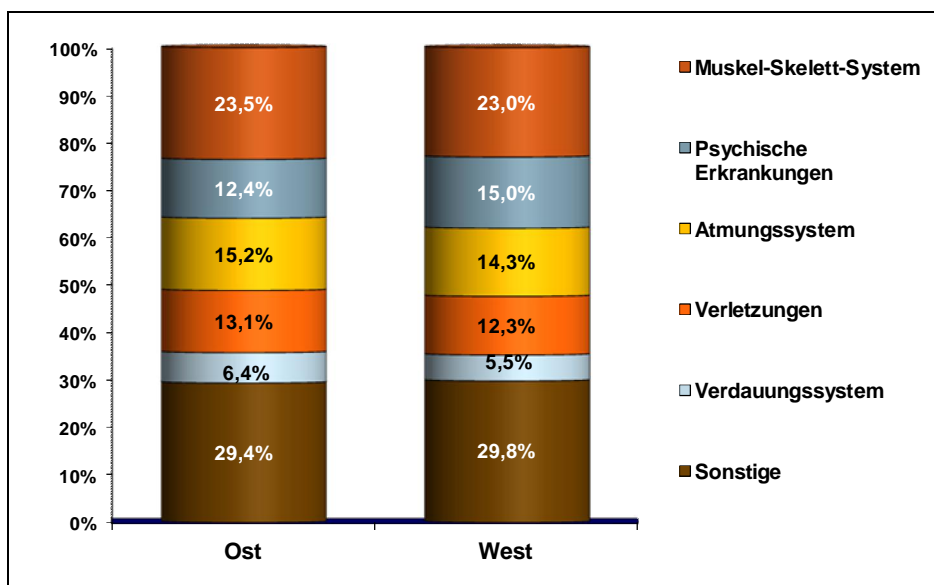
Korrigiert man nun die beobachteten Krankenstandswerte rechnerisch um die untererfassten AU-Fälle, so nähern sich die beobachteten Krankenstandswerte weiter an. Die „beobachtete“ Differenz entspräche dann angewandt auf die AU-Daten von 2006 nur noch einem Fehltagvolumen von 209 Tagen (statt 272 Tagen)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

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

Bedeutung der Krankheitsarten in den östlichen und westlichen Bundesländern

In den vorangehenden DAK-Gesundheitsreporten wurden Unterschiede zwischen den westlichen und den östlichen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 84 zeigt die Anteile am Krankenstand 2012 der fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 84: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

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

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

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

Psychische Erkrankungen haben größere Bedeutung im Rechtskreis West

Der Anteil lag in den westlichen Bundesländern über dem Wert der östlichen Bundesländer (15,0 Prozent gegenüber 12,4 Prozent).

7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mit dem Gesundheitsreport 2013 setzt die DAK-Gesundheit ihre jährliche Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der erwerbstätigen DAK-Mitglieder fort. Insgesamt kann die Entwicklung des Krankheitsgeschehens der DAK-Versicherten von bereits mehr als fünfzehn Jahren betrachtet werden. Für das Jahr 2012 wird folgende Bilanz gezogen:

- Der Krankenstand lag bei 3,8 Prozent. Nach dem Anstieg des Krankenstand in 2011 sank der Wert um 0,1 Prozentpunkte.

Gesamtkrankenstand gesunken

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

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

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

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert deutlicheren Anstieg des Krankenstandes

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

- Das Gesamtvolumen an AU-Tagen ist 2012 gegenüber dem Vorjahr leicht zurückgegangen. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Krankmeldungen bei Langzeitarbeitsunfähigkeiten mit 4,0 Prozent dabei leicht gesunken (4,1 Prozent in 2011), ihr Anteil an den AU-Tagen ebenfalls und zwar um 0,3-Prozentpunkte auf 44,4 Prozent leicht gesunken.
- Wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf der Ebene von Krankheitsarten betrachtet, zeigt sich im Vorjahresvergleich, dass Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen stark angestiegen sind. Daher sollten Maßnahmen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung den Fokus u. a. auf den Abbau von psychosozialen Belastungen wie chronischer Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen, Überforderung etc. legen.
- Die Auswertungen des DAK-Gesundheitsreports 2013 für das Berichtsjahr 2012 zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten. 2012 war das Gesundheitswesen die Branche mit dem höchsten Krankenstand.

Leichter Rückgang bei Langzeiterkrankungen

Anstieg bei psychischen Erkrankungen

Strukturelle Aspekte, soziale Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen

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

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

Fokus: Psychische Erkrankungen

Die mit Abstand auffälligste Entwicklung im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ist die Zunahme von Fehltagen aufgrund einer psychischen Diagnose. Diese Zunahme betrifft die Fehltagelänge (seit 1997 Zunahme um 165 Prozent), die Fälle (Zunahme um 142 Prozent) und die Betroffenenquote (Zunahme um 131 Prozent) gleichermaßen. 2012 sind die psychischen Erkrankungen erstmals auf Rang 2 der wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit, gemessen an ihrem Anteil an den Fehltagen. Nur Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachen noch mehr Arbeitsunfähigkeitstage.

Frauen sind fast doppelt so häufig von einer Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Diagnose betroffen wie Männer (5,9 zu 3,3 Prozent) und haben fast doppelt so viele AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen wie Männer (259 zu 156 AU-Tage je 100 Versichertenjahre).

Beschäftigte sind umso eher wegen einer psychischen Erkrankung krank geschrieben, je älter sie sind. Auch nimmt die durchschnittliche Falldauer mit dem Alter zu. Ältere Beschäftigte sind öfter und länger wegen psychischen Störungen krank geschrieben als jüngere Beschäftigte.

Das AU-Geschehen aufgrund psychischer Erkrankungen wird von wenigen Diagnosen bestimmt: Unter den AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen entfallen 42 Prozent alleine auf die Depression, 19 Prozent auf die Anpassungsstörung. Auf nur 5 Diagnosen entfallen 87 Prozent der AU-Tage wegen psychischen Erkrankungen.⁴²

Die Aufmerksamkeit, die dem so genannten Burnout-Syndrom in der Öffentlichkeit zukommt, wird zunehmend kritisch auch als Medienhype gesehen. Der DAK-Gesundheitsreport hat gezeigt, dass das Burnout-Syndrom in den AU-Statistiken bei weitem nicht die Rolle spielt, die es in den Medien einnimmt. Das Burnout-Syndrom verursacht weniger als ein Achtel der Tage, die auf die Depression entfallen, in einem Ranking mit den psychischen Diagnosen (F00 - F99) käme es erst auf Rang 6 der wichtigsten psychischen Ursachen für Arbeitsunfähigkeit.

Die repräsentative Befragung von über 3.000 Beschäftigten, die im Zuge des Reports von der DAK-Gesundheit durchgeführt wurde, hat u.a. einen wichtigen Faktor der modernen Arbeitswelt untersucht: Die angeblich ständige Erreichbarkeit durch Handy und E-Mail. Ergebnis:

⁴² Bei dieser Angabe ist die depressive Episode (F32) und die rezidivierende depressive Störung (F33) als eine Diagnose gezählt, obwohl es sich auf ICD-10 Dreisteller-Ebene um zwei Diagnosen handelt.

Beschäftigte sind typischerweise nicht ständig erreichbar. Zwar haben viele Beschäftigte Handy oder Festnetztelefonnummer beim Arbeitgeber hinterlegt. Nur eine Minderheit wird aber außerhalb der Arbeitszeit tatsächlich von Kollegen und Vorgesetzten angerufen. Drei Viertel der Beschäftigten sind gar nicht erreichbar oder geben ein sehr geringes Maß an Erreichbarkeit an.

Allerdings hat die Befragung auch gezeigt: Selbst Beschäftigte, die nur ein geringes oder mittleres Maß an Erreichbarkeit angeben, haben häufiger eine psychische Erkrankung als die, die gar nicht erreichbar sind. Insofern ist ständige Erreichbarkeit zwar nicht so häufig wie die Medienberichterstattung suggeriert. Aber sie ist ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen.

Die Befragung hat auch gezeigt: Beschäftigte die angeben, dass ihr Arbeitgeber sich um die psychische Gesundheit der Beschäftigten bemüht, sind seltener von psychischen Erkrankungen betroffen.

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

...pro 100 Versichertenjahre bzw. Mitglieder	An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße „100 Versicherte“ verwendet, dabei handelt es sich jedoch um „100 Versichertenjahre“ bzw. 100 ganzjährig versicherte Mitglieder. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2012 über bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten in Tagen wurden daher auf volle Jahre umgerechnet. Zur Berechnung bspw. der Fallhäufigkeit werden die Arbeitsunfähigkeitsfälle nicht auf 100 Mitglieder bezogen, sondern auf 100 ganze Versicherte.
Betroffenenquote	Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 Prozent ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.
AU-Fälle oder Fallhäufigkeit	Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Diagnose gezählt. Im Gesundheitsbericht finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versicherte. Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK-Gesundheit nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.
Krankenstand	Die Kennzahl „Krankenstand“ wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK-Gesundheit eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.
AU-Tage pro 100 Versicherte	Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365, so erhält man den Krankenstandswert.
Durchschnittliche Falldauer	Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert wird.
AU-Diagnosen	Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Diagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

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

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

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

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

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

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

Passt man in dieser Situation die Bezugsbevölkerung im Standardisierungsverfahren an, so verliert man die Vergleichbarkeit der aktuell berichteten Werte mit denen aus zurückliegenden Jahren. Zeitreihen lassen sich dann erst nach Ablauf weiterer Jahre erzeugen, wenn noch mehr Werte auf Basis der neuen, aktuelleren Bezugsbevölkerung berechnet werden konnten.

Auf der Ebene der Ersatzkassen und ihrer Verbände wurde im Juni 2012 eine Grundlage für das Standardisierungsverfahren soll zukünftig die Erwerbsbevölkerung von 2010 sein.

Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!

Eine Lösung: Altersgruppenweise Vergleiche

Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen

Standardisierung nach Geschlecht und Alter

Aktualisierte Bezugsbevölkerung

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

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

Aktualisierte Bezugsbevölkerung in der Standardisierung

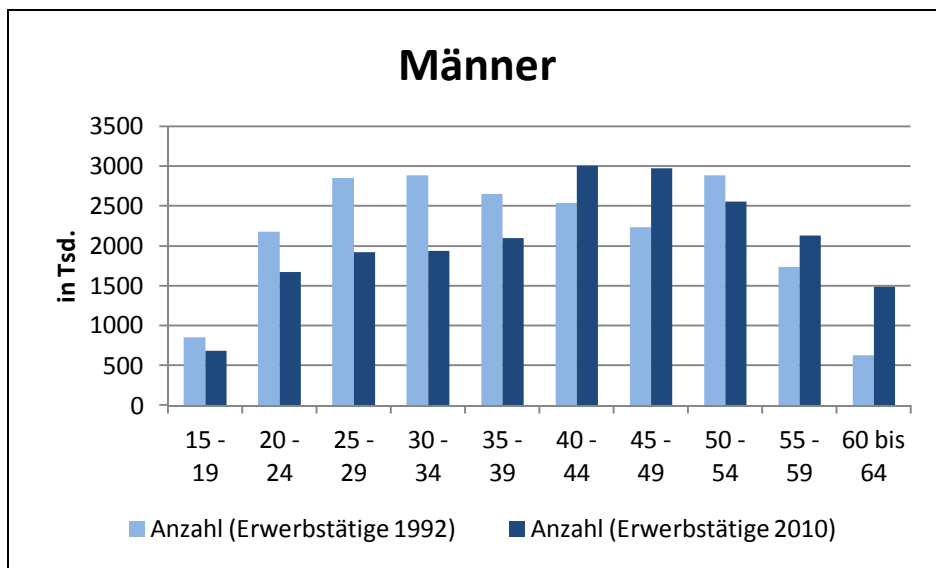
Mit dem Gesundheitsreport 2013 stellt die DAK-Gesundheit gemäß einer Vereinbarung auf Ebene der Ersatzkassen im Standardisierungsverfahren die Bezugsbevölkerung um auf die Erwerbsbevölkerung aus dem Jahr 2010.

Verschiebung hin in die oberen Altersgruppen

Gegenüber der bisherigen Bezugsbevölkerung aus dem Jahr 1992 haben sich zwei wesentliche Verschiebungen in der Alters- und Geschlechtsstruktur der Erwerbsbevölkerung ergeben. Wie die beiden nachfolgenden Abbildungen zeigen hat die Zahl der Erwerbstätigen in den Altersgruppen bis 39 Jahre deutlich abgenommen und im Gegenzug die Zahl der Erwerbstätigen in den oberen Altersgruppen zugenommen.

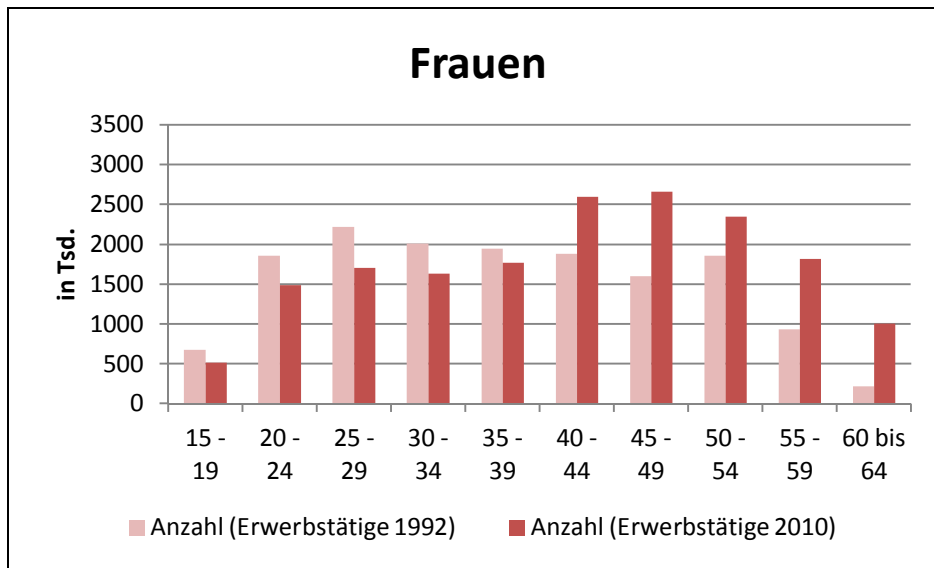
Den stärksten Zuwachs hat dabei die obere Altersgruppe der 60 bis 64-Jährigen erfahren mit einem Plus von 138 Prozent bei Männern und sogar 362 Prozent bei Frauen.

Abbildung 85: Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Männer)



Quelle: Statistisches Bundesamt

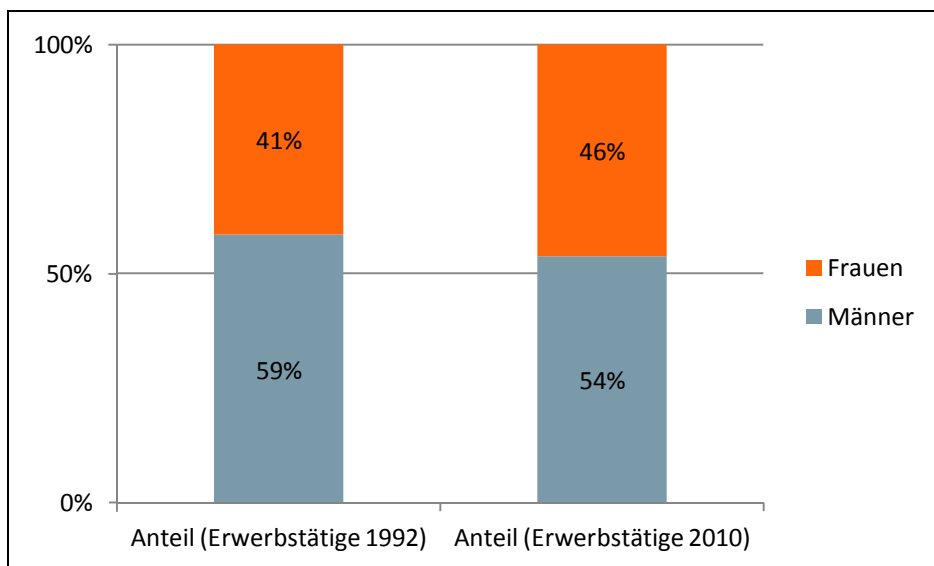
Abbildung 86: Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Frauen)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Durch den starken Zuwachs von Frauen in der Erwerbsbevölkerung haben sich auch die Gewichte zwischen Männern und Frauen verschoben. In 1992 betrug der Anteil der Frauen an der Erwerbsbevölkerung insgesamt noch 41 Prozent. Dieser Anteil ist im Jahr 2011 auf 46 Prozent angestiegen.

Abbildung 87: Geschlechterverteilung unter den Erwerbstätigen 1992 und 2010



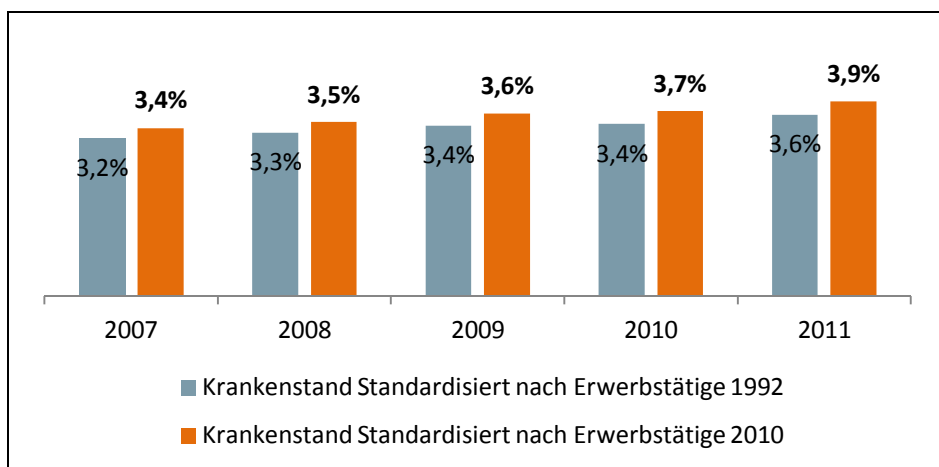
Quelle: Statistisches Bundesamt

Insgesamt lässt sich festhalten, dass es eine Verschiebung in der Population hin zu den Teilpopulationen (Frauen, Ältere) gegeben hat, die vergleichsweise hohe beobachtete Werte bei den Krankenstandskennziffern aufweisen. Insgesamt bedeutet das also, dass die zusammengefassten Gesamtwerte rein rechnerisch zu höhe-

ren Ergebnissen führen, auch im Fall dass die beobachteten Ausgangswerte nicht ansteigen würden.

Diesen Effekt kann man in Abbildung 88 erkennen, in der die Werte für den Krankenstand der zurückliegenden fünf Jahre nach beiden berechnungsverfahren dargestellt wird. Zu Erkennen ist hier, dass die zeitliche Entwicklung zwischen den Jahren von der Umstellung nicht berührt wird, das Niveau der werte steigt aber aufgrund der genannten Einflussfaktoren an.

Abbildung 88: Ergebnisse zum Krankenstand bei unterschiedlicher Bezugsbevölkerung



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2007-2011

Hinweise zur Umstellung von ICD 9 auf ICD 10

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

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

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

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

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

Hinweise zur Umstellung von ICD 10 auf ICD 10 GM

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

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

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 2011 und 2012 analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Verzeichnis der in Anhang II aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2012	135
Tabelle A2	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2011	136
Tabelle A3:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2012.....	137
Tabelle A4:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2011.....	138
Tabelle A5	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2012.....	139
Tabelle A6	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2012	140
Tabelle A7	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1).....	141
Tabelle A8	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2).....	142
Tabelle A9	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2012	143
Tabelle A10	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2011	144

Tabelle A1 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2012

Bundesland	Krankenstand	Pro 100Versicherte		ØTage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,2%	1.159,9	98,4	11,8
Bayern	3,4%	1.226,7	101,5	12,1
Berlin*	4,3%	1.576,4	112,0	14,1
Bremen	3,8%	1.403,5	108,0	13,0
Hamburg	3,5%	1.284,0	102,0	12,6
Hessen	4,0%	1.476,2	121,6	12,1
Niedersachsen	3,8%	1.392,9	112,9	12,3
Nordrhein-Westfalen	3,8%	1.385,2	108,6	12,8
Rheinland-Pfalz	4,1%	1.492,0	116,4	12,8
Saarland	4,2%	1.546,6	109,2	14,2
Schleswig-Holstein	3,8%	1.381,0	110,1	12,5
Westliche Bundesländer	3,7%	1.353,7	108,7	12,4
Brandenburg	4,9%	1.786,3	131,9	13,5
Mecklenburg-Vorpommern	4,6%	1.700,8	132,2	12,9
Sachsen	4,2%	1.549,6	124,2	12,5
Sachsen-Anhalt	4,7%	1.705,5	133,7	12,8
Thüringen	4,6%	1.675,4	133,5	12,5
Östliche Bundesländer	4,6%	1.695,6	131,2	12,9
DAK Gesamt	3,8%	1.405,3	112,0	12,6

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A2 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2011

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,2%	1.158,6	99,2	11,7
Bayern	3,3%	1.220,8	101,1	12,1
Berlin*	4,4%	1.591,7	114,1	13,9
Bremen	4,1%	1.507,9	112,9	13,4
Hamburg	3,6%	1.311,9	106,2	12,4
Hessen	4,0%	1.450,9	118,8	12,2
Niedersachsen	3,8%	1.404,2	115,0	12,2
Nordrhein-Westfalen	3,8%	1.402,3	109,7	12,8
Rheinland-Pfalz	4,2%	1.529,8	117,3	13,0
Saarland	4,5%	1.637,1	113,2	14,5
Schleswig-Holstein	3,9%	1.420,9	113,1	12,6
Westliche Bundesländer	3,7%	1.363,2	109,3	12,5
Brandenburg	5,0%	1.807,7	135,9	13,3
Mecklenburg-Vorpommern	5,0%	1.827,9	139,2	13,1
Sachsen	4,4%	1.606,2	126,5	12,7
Sachsen-Anhalt	4,8%	1.754,5	134,9	13,0
Thüringen	4,8%	1.745,0	136,9	12,7
Östliche Bundesländer	4,8%	1.759,6	135,0	13,0
DAK Gesamt	3,9%	1.419,6	112,9	12,6

* Berlin gehört krankensicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A3: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2012

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00-B99 Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	61,4	10,8	5,7	4,4%	
	Männer	58,3	10,4	5,6	4,4%	
	Frauen	65,1	11,3	5,7	4,4%	
C00-D48 Neubildungen	Gesamt	58,5	1,7	34,1	4,2%	
	Männer	42,0	1,4	29,8	3,2%	
	Frauen	77,8	2,1	37,6	5,2%	
F00-F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	203,5	6,1	33,2	14,5%	
	Männer	155,9	4,6	33,9	11,7%	
	Frauen	259,2	7,9	32,8	17,3%	
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	59,1	5,3	11,1	4,2%	
	Männer	52,7	4,6	11,5	4,0%	
	Frauen	66,5	6,2	10,8	4,4%	
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	65,4	3,3	19,9	4,7%	
	Männer	77,9	3,4	22,9	5,9%	
	Frauen	50,7	3,1	16,2	3,4%	
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	203,1	30,7	6,6	14,5%	
	Männer	180,9	27,4	6,6	13,6%	
	Frauen	229,2	34,7	6,6	15,3%	
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	79,1	12,7	6,2	5,6%	
	Männer	81,5	12,3	6,6	6,1%	
	Frauen	76,2	13,1	5,8	5,1%	
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	325,9	17,4	18,7	23,2%	
	Männer	334,0	18,6	17,9	25,2%	
	Frauen	316,5	15,9	19,9	21,2%	
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	68,6	7,0	9,8	4,9%	
	Männer	58,5	5,9	10,0	4,4%	
	Frauen	80,5	8,3	9,7	5,4%	
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	175,7	9,1	19,2	12,5%	
	Männer	209,3	10,8	19,3	15,8%	
	Frauen	136,4	7,2	19,0	9,1%	
Gesamt ⁴³		Gesamt	1.405,3	112,0	12,6	100,0%
		Männer	1.327,8	104,6	12,7	100,0%
		Frauen	1.496,0	120,5	12,4	100,0%

⁴³ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle A4: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2011

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten- jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	63,5	11,0	5,8	4,5%
		Männer	60,5	10,6	5,7	4,5%
		Frauen	67,0	11,4	5,9	4,4%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	60,4	1,7	34,8	4,3%
		Männer	39,9	1,4	28,2	3,0%
		Frauen	84,3	2,1	40,0	5,5%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	195,6	6,0	32,3	13,8%
		Männer	149,6	4,6	32,6	11,2%
		Frauen	249,4	7,8	32,1	16,4%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	60,0	5,3	11,3	4,2%
		Männer	53,8	4,6	11,7	4,0%
		Frauen	67,4	6,1	11,1	4,4%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	66,2	3,2	20,4	4,7%
		Männer	78,5	3,4	23,3	5,9%
		Frauen	51,8	3,1	16,7	3,4%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	215,2	32,0	6,7	15,2%
		Männer	191,0	28,7	6,7	14,3%
		Frauen	243,6	36,0	6,8	16,0%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	80,5	12,9	6,2	5,7%
		Männer	82,7	12,6	6,6	6,2%
		Frauen	77,9	13,3	5,8	5,1%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	320,7	16,9	19,0	22,6%
		Männer	323,7	18,0	18,0	24,3%
		Frauen	317,1	15,7	20,3	20,8%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	71,6	6,8	10,5	5,0%
		Männer	62,1	5,8	10,8	4,7%
		Frauen	82,6	8,0	10,3	5,4%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	183,2	9,4	19,5	12,9%
		Männer	215,7	11,2	19,3	16,2%
		Frauen	145,1	7,3	19,8	9,5%
Gesamt ⁴⁴		Gesamt	1.419,6	112,9	12,6	100,0%
		Männer	1.330,9	105,6	12,6	100,0%
		Frauen	1.523,5	121,5	12,5	100,0%

⁴⁴ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle A5 Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2012

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99 Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	60,7	10,9	5,6	4,5%
	Männer	58,1	10,5	5,5	4,5%
	Frauen	63,8	11,3	5,6	4,5%
C00-D48 Neubildungen	Gesamt	56,2	1,6	35,1	4,2%
	Männer	39,4	1,3	29,8	3,1%
	Frauen	75,9	1,9	39,3	5,3%
F00-F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	202,7	6,0	33,8	15,0%
	Männer	161,3	4,6	34,9	12,5%
	Frauen	251,3	7,6	33,1	17,5%
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	57,3	5,2	11,1	4,2%
	Männer	51,8	4,5	11,5	4,0%
	Frauen	63,8	5,9	10,8	4,5%
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	60,9	3,0	20,0	4,5%
	Männer	73,6	3,2	23,0	5,7%
	Frauen	46,0	2,9	16,1	3,2%
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	194,2	30,4	6,4	14,3%
	Männer	175,4	27,3	6,4	13,6%
	Frauen	216,1	33,9	6,4	15,1%
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	73,9	11,8	6,3	5,5%
	Männer	76,5	11,5	6,6	5,9%
	Frauen	70,9	12,1	5,8	4,9%
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Gesamt	312,0	16,7	18,7	23,0%
	Männer	319,6	18,0	17,8	24,8%
	Frauen	303,2	15,2	20,0	21,2%
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	68,6	7,0	9,8	5,1%
	Männer	59,0	5,9	9,9	4,6%
	Frauen	79,8	8,2	9,7	5,6%
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	167,1	8,8	19,0	12,3%
	Männer	197,4	10,3	19,1	15,3%
	Frauen	131,7	7,0	18,9	9,2%
Gesamt ⁴⁵	Gesamt	1.353,7	108,7	12,4	100,0%
	Männer	1.286,6	102,3	12,6	100,0%
	Frauen	1.432,2	116,2	12,3	100,0%

⁴⁵ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S.126)

Tabelle A6 Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2012

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten- jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	67,5	10,8	6,3	4,0%
		Männer	61,3	10,0	6,2	4,0%
		Frauen	74,7	11,7	6,4	4,0%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	68,5	2,4	29,1	4,0%
		Männer	51,9	1,9	27,4	3,4%
		Frauen	87,9	2,9	30,3	4,7%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	210,0	7,1	29,6	12,4%
		Männer	126,3	4,7	27,1	8,2%
		Frauen	308,0	10,0	30,9	16,5%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	69,6	6,4	10,8	4,1%
		Männer	58,3	5,3	11,1	3,8%
		Frauen	82,8	7,8	10,6	4,4%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	89,3	4,6	19,3	5,3%
		Männer	100,0	4,5	22,1	6,5%
		Frauen	76,8	4,7	16,3	4,1%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	257,8	33,0	7,8	15,2%
		Männer	214,7	27,8	7,7	13,9%
		Frauen	308,2	39,2	7,9	16,5%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	108,4	17,6	6,2	6,4%
		Männer	108,2	16,4	6,6	7,0%
		Frauen	108,7	18,9	5,7	5,8%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	399,1	21,2	18,8	23,5%
		Männer	407,8	22,2	18,3	26,4%
		Frauen	388,8	19,9	19,5	20,8%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	70,7	6,9	10,2	4,2%
		Männer	56,8	5,5	10,4	3,7%
		Frauen	86,9	8,6	10,2	4,6%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	222,1	11,2	19,8	13,1%
		Männer	272,1	13,7	19,8	17,6%
		Frauen	163,6	8,3	19,8	8,7%
Gesamt ⁴⁶		Gesamt	1.695,6	131,2	12,9	100,0%
		Männer	1.545,0	118,0	13,1	100,0%
		Frauen	1.871,7	146,6	12,8	100,0%

⁴⁶ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S.126)

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

IC D- 10	Diagnose		Pro 100 Versicherten- jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU- Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
M5 4	Rückenschmerzen	Gesamt	97,85	7,12	13,74	7,0%
		Männer	104,29	7,83	13,31	7,9%
		Frauen	90,31	6,29	14,36	6,0%
J0 6	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	Gesamt	70,81	12,18	5,81	5,0%
		Männer	63,59	11,14	5,71	4,8%
		Frauen	79,25	13,41	5,91	5,3%
F3 2	Depressive Episode	Gesamt	67,83	1,46	46,44	4,8%
		Männer	51,80	1,08	47,93	3,9%
		Frauen	86,60	1,91	45,46	5,8%
F4 3	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Gesamt	38,75	1,61	24,03	2,8%
		Männer	26,86	1,08	24,94	2,0%
		Frauen	52,67	2,24	23,51	3,5%
T1 4	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	Gesamt	26,07	1,74	14,96	1,9%
		Männer	32,91	2,13	15,44	2,5%
		Frauen	18,06	1,29	14,04	1,2%
M5 1	Sonstige Bandscheibenschäden	Gesamt	26,98	0,71	38,27	1,9%
		Männer	28,94	0,77	37,39	2,2%
		Frauen	24,68	0,62	39,54	1,6%
A0 9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	Gesamt	24,87	5,44	4,57	1,8%
		Männer	24,17	5,38	4,50	1,8%
		Frauen	25,69	5,52	4,66	1,7%
J2 0	Akute Bronchitis	Gesamt	24,65	3,36	7,35	1,8%
		Männer	22,69	3,14	7,22	1,7%
		Frauen	26,96	3,61	7,47	1,8%
F4 8	Andere neurotische Störungen	Gesamt	24,40	0,94	25,86	1,7%
		Männer	16,60	0,62	26,69	1,2%
		Frauen	33,53	1,32	25,40	2,2%
M7 5	Schulterläsionen	Gesamt	22,48	0,78	28,88	1,6%
		Männer	23,57	0,83	28,54	1,8%
		Frauen	21,21	0,72	29,32	1,4%
		Gesamt	424,69	35,35	20,99	30,3%
		Männer	395,41	34,00	21,17	29,8%
		Frauen	458,96	36,92	20,97	30,5%

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

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tage
			AU-Tage	AU-Fälle		
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	Gesamt	20,98	2,94	7,13	1,5%
		Männer	19,09	2,71	7,05	1,4%
		Frauen	23,18	3,22	7,20	1,5%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	Gesamt	20,81	0,71	29,36	1,5%
		Männer	24,05	0,86	27,90	1,8%
		Frauen	17,02	0,53	32,13	1,1%
F45	Somatoforme Störungen	Gesamt	16,20	0,69	23,59	1,2%
		Männer	11,43	0,48	23,80	0,9%
		Frauen	21,79	0,93	23,47	1,5%
F33	Rezidivierende depressive Störung	Gesamt	17,19	0,28	61,56	1,2%
		Männer	12,45	0,21	60,57	0,9%
		Frauen	22,74	0,37	62,22	1,5%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	Gesamt	15,64	3,31	4,72	1,1%
		Männer	15,42	3,27	4,72	1,2%
		Frauen	15,89	3,37	4,72	1,1%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	Gesamt	13,86	2,40	5,78	1,0%
		Männer	12,17	2,19	5,57	0,9%
		Frauen	15,85	2,64	6,00	1,1%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	Gesamt	13,50	0,90	14,93	1,0%
		Männer	14,86	1,02	14,51	1,1%
		Frauen	11,91	0,76	15,59	0,8%
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	Gesamt	13,43	0,78	17,18	1,0%
		Männer	14,67	0,91	16,04	1,1%
		Frauen	11,99	0,63	19,11	0,8%
M77	Sonstige Enthesopathien	Gesamt	14,08	0,82	17,21	1,0%
		Männer	14,48	0,90	16,17	1,1%
		Frauen	13,62	0,73	18,71	0,9%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	Gesamt	14,75	0,47	31,14	1,0%
		Männer	17,91	0,59	30,33	1,3%
		Frauen	11,05	0,34	32,79	0,7%
		Gesamt	160,44	13,31	21,26	11,5%
		Männer	155,67	12,96	20,92	11,5%
		Frauen	190,76	14,09	21,94	13,0%

Tabelle A9 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2012

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen	3,1%	1.134,2	105,8	10,7
Baugewerbe	3,7%	1.353,2	101,7	13,3
Bildung, Kultur, Medien	3,0%	1.107,5	99,5	11,1
Chemische Industrie	3,8%	1.388,5	123,7	11,2
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen	2,9%	1.076,9	100,3	10,7
Gesundheitswesen	4,4%	1.625,9	117,1	13,9
Handel	3,6%	1.316,3	99,8	13,2
Holz, Papier, Druck	3,8%	1.406,4	111,6	12,6
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft	4,0%	1.447,5	113,7	12,7
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau	3,7%	1.352,0	118,3	11,4
Nahrungs- und Genussmittel	4,3%	1.580,5	106,7	14,8
Öffentliche Verwaltung	4,4%	1.607,5	130,4	12,3
Organisationen und Verbände	3,3%	1.199,2	104,2	11,5
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen	3,1%	1.150,3	106,5	10,8
Sonstige Dienstleistungen	3,6%	1.326,8	99,1	13,4
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe	3,7%	1.353,8	117,8	11,5
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste	4,2%	1.548,0	111,8	13,8
DAK Gesamt (00 - 95)	3,8%	1.405,3	112,0	12,6

* Angabe der Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik des Statistischen Bundesamtes (2008), die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A10 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2011

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen	3,2%	1.185,3	108,4	10,9
Baugewerbe	3,7%	1.368,7	101,7	13,5
Bildung, Kultur, Medien	3,0%	1.080,9	97,8	11,1
Chemische Industrie	4,0%	1.443,2	118,5	12,2
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen	2,9%	1.066,5	101,6	10,5
Gesundheitswesen	4,5%	1.648,1	119,1	13,8
Handel	3,6%	1.321,8	99,6	13,3
Holz, Papier, Druck	3,7%	1.346,8	112,4	12,0
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft	4,1%	1.512,2	115,4	13,1
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau	3,6%	1.318,7	118,4	11,1
Nahrungs- und Genussmittel	4,2%	1.550,1	107,7	14,4
Öffentliche Verwaltung	4,5%	1.652,1	138,8	11,9
Organisationen und Verbände	3,4%	1.252,4	109,4	11,4
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen	3,3%	1.206,1	110,8	10,9
Sonstige Dienstleistungen	3,8%	1.369,4	100,4	13,6
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe	3,7%	1.336,0	114,4	11,7
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste	4,3%	1.578,3	112,4	14,0
DAK Gesamt	3,9%	1.419,6	112,9	12,6

* Angabe der Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik des Statistischen Bundesamtes (2008), die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Anhang III: Liste der befragten Expertinnen und Experten

Die Expertenbefragung für das Schwerpunktthema des DAK-Gesundheitsreports fand als Gruppendiskussion mit Qualitätszirkeln von Hausärzten, Psychotherapeuten und Psychiatern statt. Die Gruppendiskussionen treten 2013 an Stelle der halbstandardisierten schriftlichen Expertenbefragungen, die in den DAK-Gesundheitsreports 2002-2012 durchgeführt worden sind.

Insgesamt gab es drei solcher Gruppendiskussionen:

- in Marl,
- in Neuwied und
- in Berlin.

Hinzu kommt ein Einzelinterview in einer hausärztlichen Praxis in Berlin.

Wir danken allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern dieser Gruppendiskussionen bzw. Interviews für ihre Mitwirkung am DAK-Gesundheitsreport.

Anhang IV: Expertenfragebogen

Expertenbefragung: Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen

A1 Auf der Basis der Arbeitsunfähigkeits-Daten der DAK lässt sich für den Zeitraum von 1997 bis 2011 eine Zunahme der AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen um 163 Prozent feststellen. Andere Krankenkassen beobachten den gleichen Trend.

Der Anstieg geht vor allem auf eine Zunahme in den Diagnosegruppen "Affektive Störungen" (F30 – F39) sowie "Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen" (F40 – F45) zurück.

Bitte bewerten Sie die Bedeutung der nachfolgenden Hypothesen zu den Hintergründen der Zunahme, indem Sie Prozentpunkte vergeben.

Sie können natürlich weitere Hypothesen eintragen und in die Bewertung einbeziehen.

Je mehr Prozentpunkte Sie für eine Aussage vergeben, desto mehr Bedeutung messen Sie ihr bei.

Insgesamt können Sie 100 Prozentpunkte vergeben.

- | | | |
|---|---|---------|
| A | Inzidenz bzw. Prävalenz psychischer und Verhaltensstörungen in der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nehmen zu. | _____ % |
| B | Verbesserte diagnostische Kompetenzen hinsichtlich psychischer Störungen auf Seiten der Allgemein- bzw. Hausärzte führen zu einer höheren Entdeckungsrate psychischer Störungen. | _____ % |
| C | Die Zunahme ist auf eine wachsende Zahl fehlerhafter Diagnosestellungen zurückzuführen. | _____ % |
| D | Patienten, die einen Allgemein- bzw. Hausarzt aufsuchen, äußern von sich aus vermehrt Symptome, die auf psychische Störungen hindeuten. | _____ % |
| E | Psychische Erkrankungen werden häufiger als explizite Diagnose notiert, weil die Patienten zunehmend bereit sind, die Diagnose einer psychischen Störung für sich zu akzeptieren. | _____ % |
| F | Andere Hypothesen (bitte eintragen): | |
| | _____ | _____ % |
| G | _____ | |
| | _____ | _____ % |
| H | _____ | |
| | _____ | _____ % |
| I | _____ | |
| | _____ | _____ % |

Falls Sie weitere Anmerkungen haben, können Sie diese hier einfügen:

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: DAK-Mitglieder im Jahr 2012 nach Geschlecht.....	1
Abbildung 2: Alters-und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen DAK-Mitglieder im Jahr 2012	2
Abbildung 3: Krankenstand der DAK-Mitglieder im Vergleich zu den Vorjahren	3
Abbildung 4: Einflussfaktoren auf den Krankenstand	4
Abbildung 5: AU-Tage eines durchschnittlichen DAK-Mitglieds 2012 (Basis: 366 Kalendertage)	8
Abbildung 6: Betroffenenquote 2012 im Vergleich zu den Vorjahren	8
Abbildung 7: AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2012	9
Abbildung 8: Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2012 im Vergleich zu den Vorjahren	11
Abbildung 9: Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2012 insgesamt	12
Abbildung 10: Krankenstand 2012 nach Geschlecht und Altersgruppen.....	13
Abbildung 11: Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2012	14
Abbildung 12: AU-Tage pro 100 Versicherte der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage Dauer nach Altersgruppen	15
Abbildung 13: Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen	17
Abbildung 14: Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen	17
Abbildung 15: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Frauen	20
Abbildung 16: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Männern	20
Abbildung 17: Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen (#117).....	22
Abbildung 18: Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen (#118).....	22
Abbildung 19: Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“	26
Abbildung 20: Entwicklung von Arbeitsunfähigkeiten (AU) aufgrund psychischer Erkrankungen von 1997 bis 2012	27
Abbildung 21: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Diagnosen 1997-2012	33
Abbildung 22: Entwicklung von Arbeitsunfähigkeiten mit psychischen Diagnosen 1997-2012 (Indexdarstellung 1997=100)	34
Abbildung 23: Entwicklung des Fehltagenvolumens aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich mit dem AU-Gesamtvolumen. Indexdarstellung 1997 = 100.....	35
Abbildung 24: AU-Tage (pro 100 VJ) und Anteil der AU-Tage an allen AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen 2012	36

Abbildung 25:	AU-Tage pro 100 VJ und Anteil der Einzeldiagnosen ("Dreisteller") an den Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen	37
Abbildung 26:	Die Binnenstruktur der AU wegen F-Diagnosen im Zeitverlauf (2000-2012) (AU-Tage pro 100 VJ)	38
Abbildung 27:	Entwicklung des AU-Volumens von Psychischen Einzeldiagnosen (Dreisteller) 2000-2012. Indexdarstellung: 2000=100.	39
Abbildung 28:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 VJ aufgrund psychischer Erkrankungen im Geschlechtervergleich	40
Abbildung 29:	Entwicklung der Kennzahlen des Krankenstands wegen psychischer Erkrankungen bei Männern und Frauen. Indexdarstellung. 1997=100.....	41
Abbildung 30:	Entwicklung der durchschnittlichen Erkrankungsdauer bei Männern und Frauen bei psychischen Erkrankungen 1997-2012. Indexdarstellung. 1997=100.	42
Abbildung 31:	Die wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen im Geschlechtervergleich (Jahr 2012)	43
Abbildung 32:	Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Erkrankung (Tage und Fälle je 100 VJ) im Altersverlauf bei Männern	44
Abbildung 33:	Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Erkrankung (Tage und Fälle je 100 VJ) im Altersverlauf bei Frauen	44
Abbildung 34:	Durchschnittliche Falldauer in Tagen von AU wegen Psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht	45
Abbildung 35:	AU-Tage pro 100 VJ aufgrund psych. Erkrankungen in Wirtschaftsgruppen mit hohem Anteil DAK-Versicherter 2012	46
Abbildung 36:	Abweichungen der AU-Tage in Branchen mit hohem Anteil DAK-Versicherter vom DAK-Durchschnitt 2012	48
Abbildung 37:	AU-Tage pro 100 VJ wegen Z73: "Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" ("Burnout")	49
Abbildung 38:	AU-Volumen aufgrund psychischer Erkrankungen - Die häufigsten Einzeldiagnosen inkl. Z73 ("Burnout")	50
Abbildung 39:	Gewichtung von Erklärungen der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen durch Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater	66
Abbildung 40:	Anteil der Befragten mit mindestens einer Krankschreibung aufgrund einer psychischen Erkrankung in den letzten 12 Monaten.....	70
Abbildung 41:	Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen: Wie kommen beim Hausarzt psychische Probleme zur Sprache?	71
Abbildung 42:	Welche Aussagen treffen auf Ihren Hausarzt zu?	72
Abbildung 43:	Anteil Beschäftigter, die trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gingen (1)	73
Abbildung 44:	Anteil Befragter, die trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gegangen sind. (2)	73
Abbildung 45:	Gründe, trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit zu gehen	74
Abbildung 46:	Gründe dafür trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit zu gehen (mit Subgruppe von Beschäftigten).	75
Abbildung 47:	Ablehnende Haltungen gegenüber psychischen Erkrankungen	77

Abbildung 48: Anteil derer, die schon einmal Hilfe wegen eines psychischen Problems beim Arzt oder Therapeuten in Anspruch genommen hat	78
Abbildung 49: potentielles oder tatsächliches Hilfeaufsuch-Handeln bei psychischen Problemen	79
Abbildung 50: Verteilung der Befragten auf der Stigmatisierungsskala psychische Erkrankungen	80
Abbildung 51: Zustimmung zu Fragen zur Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen	81
Abbildung 52: Wissen um psychisch kranke Kollegen	82
Abbildung 53: Häufigkeit des Lesens dienstlicher E-Mails außerhalb der Arbeitszeit	84
Abbildung 54: Häufigkeit des Lesens dienstlicher E-Mails außerhalb der Arbeitszeit und empfundene Belastung	85
Abbildung 55: Erreichbarkeit für Kollegen und Vorgesetzte durch Handy und/oder E-Mail.....	86
Abbildung 56: Häufigkeit, mit der Kollegen und Vorgesetzte von der telefonischen Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit Gebrauch machen	87
Abbildung 57: Häufigkeit von Anrufen durch Kollegen und Vorgesetzte und empfundene Belastung	88
Abbildung 58: Erreichbarkeit durch Kollegen und Vorgesetzte im Urlaub	89
Abbildung 59: Arbeiten von zu Hause aus	90
Abbildung 60: Gründe für das Arbeiten zu Hause	91
Abbildung 61: Anteil der wegen einer psychischen Diagnose krank- geschriebener Arbeitnehmer nach Häufigkeit des E-Mail Lesens	91
Abbildung 62: Erreichbarkeitsindex: Verteilung der Punktwerte	93
Abbildung 63: Verteilung der Beschäftigten über verschiedene Ausmaße von Erreichbarkeit	94
Abbildung 64: Anteil der Beschäftigten mit einer Depression (nach PHQ-2) je nach Ausmaß an Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit	96
Abbildung 65: Anteil der Beschäftigten mit einer Krankschreibung wegen psychischer Beschwerden je nach Ausmaß an Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit	97
Abbildung 66: Prävention durch den Arbeitgeber (1): Erreichbarkeit und Entgrenzung	99
Abbildung 67: Kümmern sich Arbeitgeber um psychische Belastungen der Beschäftigten?.....	100
Abbildung 68: Konkrete Maßnahmen des Arbeitgebers zum Schutz der Beschäftigten vor psychischen Belastungen	100
Abbildung 69: Anteil der Beschäftigten, deren Arbeitgeber eine Gefährdungsbeurteilung unter Einschluss der psychischen Gefährdungen durchführt	101
Abbildung 70: Anteil der Beschäftigten, der während der letzten 12 Monate wegen psychischer Beschwerden krank geschrieben war, und die nach PHQ-2 von einer Depression betroffen sind, nach Maßnahmen des Arbeitgebers	103

Abbildung 71:	Entwicklung des Fehltagenvolumens aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich mit dem AU-Gesamtvolumen Indexdarstellung 1997 = 100	105
Abbildung 72:	Fehltage pro 100 VJ 2000-2011. Vergleich zweier Szenarien mit der realen Entwicklung	106
Abbildung 73:	Fehltage pro 100 VJ nach den wichtigsten Diagnosegruppen 2000 bis 2011	107
Abbildung 74:	AU-Tage pro 100 VJ für ausgewählte Diagnosegruppen in den Jahren 2000, 2006 und 2012	108
Abbildung 75:	Absoluter Zuwachs/ Rückgang der AU-Tage pro 100 VJ nach Diagnosegruppen (2012 gegenüber 2000)	109
Abbildung 76:	Krankenstandswerte 2012 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl	112
Abbildung 77:	Krankenstandswerte 2012 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen	114
Abbildung 78:	Krankenstandswerte 2011 - 2012 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl	115
Abbildung 79:	Krankenstandswerte 2011 - 2012 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen	115
Abbildung 80:	Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)	117
Abbildung 81:	Krankenstandswerte der Jahre 2011 und 2012 nach Bundesländern.....	120
Abbildung 82:	Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West	121
Abbildung 83:	Vergleich beobachteter und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) in 2006.....	122
Abbildung 84:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern.....	123
Abbildung 85:	Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Männer).....	130
Abbildung 86:	Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Frauen)	131
Abbildung 87:	Geschlechterverteilung unter den Erwerbstätigen 1992 und 2010.....	131
Abbildung 88:	Ergebnisse zum Krankenstand bei unterschiedlicher Bezugsbevölkerung.....	132

Literaturverzeichnis

- Beck D., Richter G., Ertel M., Morschhäuser M. (2012): Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen in Deutschland. Verbreitung, hemmende und fördernde Bedingungen. *Präventive Gesundheitsförderung*, 7: 115-119.
- Berger J., Nolting H.-D., Schiffhorst G. (2001): BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hamburg: DAK Gesundheitsmanagement.
- Geerdes S., Marschall J., Nolting H.-D. (2012): Gesundheitsreport 2012. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema: Job, Gene, Lebensstil - Risiko fürs Herz? Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.
- Griffiths, K.M., Christensen, H., Jorm, A.F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 342-349.
- Hapke U., Maske U., Busch M., Schlack R., Scheidt-Nave C. (2012a): Stress, Schlafstörungen, Depressionen und Burn-out: Wie belastet sind wir? *Bundesgesundheitsblatt*, 55: 987-988.
- Hapke U., Maske U., Busch M., Schlack R., Scheidt-Nave C. (2012b): Stress, Schlafstörungen, Depressionen und Burn-out. Wie belastet sind wir? Robert Koch-Institut. DEGS-Symposium, 14.6.2012.
- IG Metall Vorstand (Hrsg.). (2012): Anti-Stress-Verordnung. Eine Initiative der IG Metall. Frankfurt am Main: IG Metall.
- IGES Institut GmbH. (2002): DAK Gesundheitsreport 2002. Hamburg: DAK Gesundheitsmanagement.
- IGES Institut GmbH. (2003): DAK Gesundheitsreport 2003. Hamburg: DAK Gesundheitsmanagement.
- IGES Institut GmbH. (2004): DAK Gesundheitsreport 2004. Hamburg: DAK Gesundheitsmanagement.
- IGES Institut GmbH. (2006): DAK Gesundheitsreport 2006. Hamburg: DAK Versorgungsmanagement.
- IGES Institut GmbH. (2007): DAK Gesundheitsreport 2007. Hamburg: DAK Versorgungsmanagement.
- IGES Institut GmbH. (2008): DAK Gesundheitsreport 2008. Hamburg: DAK Versorgungsmanagement.
- IGES Institut GmbH. (2009): Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz. Hamburg: DAK Forschung.
- Jacobi F. (2009): Nehmen psychische Störungen zu? *report psychologie*, 34: 16-28.
- Kohler H. (2002): Krankenstand - Ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz. *IAB Werkstattbericht*, 1/2002: 1-10.
- Krämer K., Nolting H.-D. (2010): Gesundheitsreport 2010. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Schlafstörungen. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.
- Krämer K., Nolting H.-D. (2011): Gesundheitsreport 2011. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema: Wie gesund sind junge Arbeitnehmer? Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.

- Kurth B.-M. (2012): Erste Ergebnisse aus der "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS). Bundesgesundheitsblatt, 55: 980-990.
- Löwe B., Kroenke K., Gräfe K. (2004): Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). Journal of Psychosomatic Research, 58: 163-171.
- Mauz E., Jacobi F. (2008): Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. Psychiatrische Praxis, Vol. 35: 343-352.
- Nolting H.-D., Berger J., Fütterer B., Schiffhorst G., Genz H. (2000): DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in Deutschland. Hamburg: DAK Gesundheitsmanagement für Betriebe.
- Nolting H.-D., Berger J., Steffen S., Niemann D. (2005): DAK Gesundheitsreport 2005. Arbeitsplatz Büro. Arbeitsbedingungen und Gesundheit bei Bürofach- und Bürohilfskräften. Hamburg: DAK Versorgungsmanagement.
- Richter D., Berger K., Reker T. (2008): Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. Psychiatrische Praxis, 35: 321-330.
- Wittchen H.-U., Jacobi F. (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Robert Koch-Institut. DEGS Symposium 14.06.2012.
- Wittchen H.-U., Jacobi F., Mack S., Gerschler A., Scholl L., Gaebel W., Zielasek W., Maier W., Wagner M., Hapke U., Siegert J., Höfer M. (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Erste Ergebnisse der "Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit" (DEGS-MHS). Bundesgesundheitsblatt, 55: 988-990.
- Wittchen H.-U., Müller N., Pfister H., Winter S., Schmidtkunz B. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. Das Gesundheitswesen, 61: 216–222.

