
DAK Gesundheitsreport 2004

Herausgeber:

DAK Gesundheitsmanagement

Martin Kordt
DAK Hauptgeschäftsstelle
Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg
Tel.: 040 - 2396 2649; Fax: 040 - 2396 1550
E-Mail: martin.kordt@dak.de

W-403-2004

Dieser Bericht wurde im Auftrag der DAK erstellt durch das

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH

Wichmannstr. 5, D-10787 Berlin,
Tel.: 030 - 230 80 90, Fax 030 - 230 80 911,
Email: iges@iges.de

Inhalt

| | |
|--|----|
| Zusammenfassung der Ergebnisse | 7 |
| 1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2003 | 11 |
| 2 Arbeitsunfähigkeiten 2003 im Überblick | 13 |
| 3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten | 27 |
| 4 Schwerpunktthema: Kurzzeit-Erkrankungen..... | 38 |
| 5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen..... | 78 |
| 6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern | 82 |
| 7 Schlussfolgerungen und Ausblick..... | 88 |
| Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten in ausgewählten Berufsgruppen 2002..... | 91 |
| Anhang II: Hinweise und Erläuterungen | 94 |
| Anhang III: Tabellen | 98 |

Vorwort

Im vorliegenden Gesundheitsreport 2004 präsentiert die DAK zum sechsten Mal in Folge die systematisch ausgewerteten Daten zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ihrer berufstätigen Mitglieder.

Mit der Analyse können wichtige Faktoren des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens über einen Zeitraum von fünf Kalenderjahren verglichen und ausgewertet werden. Auf Grundlage einer soliden Daten-Basis ist es möglich, Veränderungen und neue Trends in der Entwicklung der betrieblichen Krankenstände zu erkennen und Krankheitsursachen aufzuzeigen.

Das diesjährige Schwerpunktthema befasst sich mit den sehr kurzen Erkrankungen bis zu drei Tagen Dauer. Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeiten sind auch in Zeiten niedriger Krankenstände ein betriebliches Problem. Das haben die speziell für diesen DAK-Gesundheitsreport befragten Vertreter von Unternehmen, Verwaltungen und Wirtschaftsverbänden, aber auch der Gewerkschaften bestätigt.

Bei der Betrachtung dieses hochaktuellen Themas werden Fragen der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt und der allgemeinen Gesundheitspolitik gleichermaßen aufgeworfen. Die Bedeutung von Kurzzeit-Erkrankungen wird daher auch im Zusammenhang mit der Nutzung unseres Gesundheitswesens und des Umgangs mit alltäglichen Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen diskutiert. Darüber hinaus wird nach Ursachen sowie nach Maßnahmen zur Senkung eines erhöhten Kurzzeitkrankenstandes gefragt.

Der Krankenstand ist ein wichtiger Indikator für die wirtschaftliche Belastung von Unternehmen, Krankenkassen und der Volkswirtschaft insgesamt. Der Krankenstand der DAK-Mitglieder hat sich seit fünf Jahren auf dem relativ niedrigen Wert von 3,5 % stabilisiert. Mittlerweile nähern sich auch andere Krankenkassen diesem niedrigen Niveau an. Die DAK ruft alle betrieblichen Akteure auf, in ihren Bemühungen um den Abbau von Arbeitsbelastungen nicht nachzulassen sowie Aspekte der Gesundheit und Motivation der Beschäftigten weiterhin in den Mittelpunkt der Organisations- und Personalpolitik zu rücken.



Dr. h.c. Herbert Rebscher
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes

Hamburg, Mai 2004

Zusammenfassung der Ergebnisse

Mit 3,5 % blieb der Krankenstand 2003 im fünften Jahr in Folge stabil. Ein ganzjährig versichertes Mitglied verursachte im Durchschnitt 12,6 Arbeitsunfähigkeitstage.

**Gesamt-
krankenstand**

Die Betroffenenquote lag 2003 bei 46 %. Das bedeutet, dass für 54 % der DAK-Mitglieder keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Die Betroffenenquote ist seit 1999 (48,7%) kontinuierlich zurückgegangen. Angesichts des gleichgebliebenen Krankenstandsniveaus bedeutet dies, dass das gleiche AU-Volumen auf weniger Betroffene verteilt ist als noch vor ein paar Jahren.

Betroffenenquote

Die Erkrankungshäufigkeit ist mit 110,0 Fällen pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr wieder etwas zurückgegangen (2002: 111,5 AU-Fälle).

Fallhäufigkeit

Die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung ist mit 11,5 Tagen die gleiche wie im Jahr 2002.

Falldauer

Muskel-Skelett-System, Atmungssystem sowie Verletzungen stellen auch 2003 mehr als die Hälfte (53,8 %) aller Krankheitstage. Die Muskel-Skelett-Erkrankungen liegen mit 282 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre zwar immer noch an der Spitze aller Krankheitsarten hinsichtlich des AU-Volumens. Im Vorjahr waren es jedoch noch 300 AU-Tage.

**Die wichtigsten
Krankheitsarten:**

**Muskel-Skelett-
System**

In diesem Jahr an Bedeutung gewonnen haben Erkrankungen des Atmungssystems: Auf 100 Versicherte entfielen 2003 rund 33 AU-Fälle mit dieser Diagnose (2002 waren es knapp 32). Die Zahl der AU-Tage pro 100 Versicherte liegt jetzt bei 214 (2002: 208).

Atmungssystem

Auf Verletzungen sind rund 14 % des Krankenstandes zurückzuführen. Etwa ein Drittel der verletzungsbedingten Diagnosen sind Arbeits- und Wegeunfälle. Psychische Erkrankungen haben weiter an Bedeutung gewonnen: Ihr Anteil am Krankenstand beträgt nun 8,8% (2002: 8,5%).

**Verletzungen und
psychische Er-
krankungen**

Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeiten mit einer Dauer von maximal drei Tagen spielen zwar für den Gesamtkrankenstand nur eine relativ untergeordnete Rolle. Ihr Anteil an allen Erkrankungsfällen ist jedoch mit rund 36 % nicht unerheblich. Die besondere Bedeutung der Kurzzeit-Erkrankungen ist Gegenstand des diesjährigen Schwerpunktkapitels.

**Ein Drittel aller
AU-Fälle sind
Kurzzeit-
Erkrankungen bis
3 Tage Dauer**

Die „Öffentliche Verwaltung“ war 2003 mit 4,1% die Branche mit dem höchsten Krankenstandswert. Danach folgt das Gesundheitswesen mit einem gegenüber 2002 etwas gesunkenen Krankenstand von 3,9%. Am niedrigsten war erneut der Krankenstand in der Branche „Rechts- und Wirtschaftsberatung“ (2003: 2,3%).

**Öffentliche Ver-
waltung Branche
mit höchstem
Krankenstand**

**Krankenstands-
unterschiede
zwischen den
Bundesländern**

Nach wie vor besteht eine Dreiteilung der Bundesrepublik hinsichtlich der Krankenstandshöhe: Die südlichen Länder Baden-Württemberg und Bayern haben die niedrigsten Krankenstände (2,8 % bzw. 3,1 %), die östlichen Länder die höchsten (Berlin 4,5%, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt: 4,3 %). Die übrigen Länder - mit Ausnahme des Saarlandes (4,1 %) - sind nahe am DAK-Durchschnitt.

**Analyse nach
Berufsgruppen
(2002)**

Unter den ausgewählten Berufsgruppen weisen die „Berufe des Landverkehrs (Berufskraftfahrer) mit 4,4 % den höchsten Krankenstand auf. Es folgen „Lager- und Transportarbeiter“ mit 4,3 %. Auch die „Gesundheitsberufe“ liegen mit 4,0 % deutlich über dem DAK-Durchschnitt. Einen besonders niedrigen Krankenstand hatte die Berufsgruppe „Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer“ (1,9 %). Im Vergleich zum Vorjahr ist der Krankenstand in fast allen betrachteten Berufsgruppen gleich geblieben. Lediglich bei den Lehrern und den Lagerarbeitern ist ein geringfügiger Rückgang festzustellen.

Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport

Was Sie auf den folgenden Seiten erwartet

Das erste Kapitel zeigt Ihnen, auf welcher Datengrundlage dieser Gesundheitsreport beruht: Die erwerbstätigen Mitglieder der DAK und ihre Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht.

**Kapitel 1:
Datenbasis des DAK-
Gesundheitsreports**

Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der beiden Jahre 2002 und 2003 im Überblick dar. Sie erfahren beispielsweise, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungsfälle 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. Zunächst werden die Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten aufgeschlüsselt. Die Auswertung beruht auf den medizinischen Hauptdiagnosen, die die Ärzte auf den AU-Bescheinigungen vermerkt haben. Anschließend wird analysiert, in welchem Maße Arbeitsunfälle für Fehlzeiten verantwortlich waren.

**Kapitel 3:
Arbeitsunfähigkeiten
nach
Krankheitsarten;
Bedeutung von
Arbeitsunfällen**

Kapitel 4 befasst sich mit dem Schwerpunktthema des diesjährigen Gesundheitsreports: den Kurzzeit-Erkrankungen.

**Kapitel 4:
Schwerpunktthema:
Kurzzeit-
Erkrankungen**

Die Kapitel 5 und 6 bieten Auswertungen nach der Zugehörigkeit der DAK-Versicherten zu den Wirtschaftsgruppen bzw. nach Bundesländern:

Bei der Analyse nach Wirtschaftsgruppen konzentriert sich die Auswertung auf die Bereiche, in denen der größte Teil der DAK-Mitglieder tätig ist. Der Auswertung wird die Zuordnung der Betriebe zum aktuellen Wirtschaftsschlüssel der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes von 1993 zu Grunde gelegt.

**Kapitel 5:
Arbeitsunfähigkeiten
nach Wirtschafts-
gruppen**

In Kapitel 6 findet Sie schließlich eine Untersuchung regionaler Unterschiede im AU-Geschehen auf der Ebene der 16 Bundesländer.

**Kapitel 6:
Regionale Analysen**

Der Berichtsteil des DAK-Gesundheitsreports 2004 schließt mit den Schlussfolgerungen der DAK.

**Kapitel 7:
Schlussfolgerungen**

**Anhang I:
Arbeitsunfähigkeiten
nach Berufsgruppen
2002**

Als Anhang I ist dem DAK-Gesundheitsreport eine Auswertung der Arbeitsunfähigkeiten für das Jahr 2002 nach Berufsgruppen beigefügt. Die Krankenstandwerte werden mit den Daten für das Jahr 2001 verglichen. Die für die Analyse des letzten Jahres erforderlichen Daten liegen bei den Krankenkassen in ausreichender Qualität erst gegen Ende des Folgejahres vor. Die entsprechenden Auswertungen für 2003 werden daher erst im DAK-Gesundheitsreport 2005 enthalten sein.

Weitere Hinweise und Erläuterungen**Anhang II mit
Erläuterungen**

Erläuterungen zu immer wieder auftauchenden Begriffen sowie zur Berechnung der wichtigsten verwendeten Kennzahlen finden Sie im Anhang II. Außerdem wird dort das allgemeine methodische Vorgehen erklärt, beispielsweise das Standardisierungsverfahren.

Ergänzende Tabellen**Anhang III:
Tabellen**

Detailliertes Zahlenmaterial zu den Arbeitsunfähigkeiten weiterer Untergruppen (Berufsgruppen, Wirtschaftsgruppen) finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang III). Eine Übersicht über die aufgeführten Tabellen finden Sie auf Seite 98.

Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen

Für viele Leserinnen und Leser wird es von Interesse sein, sich ein umfassenderes Bild von der Krankenstandsentwicklung in der Bundesrepublik zu machen. Dies wurde bislang durch unterschiedliche methodische Vorgehensweisen der Krankenkassen bei der Erstellung ihrer Gesundheitsberichte erschwert.

Die Gesundheitsberichte der Ersatzkassen beruhen auf einem gemeinsamen Standard

Auf der Ebene der Ersatzkassen sind einheitliche Standards für die Gesundheitsberichterstattung festgelegt worden. Die im vorliegenden Bericht analysierten Daten können daher unmittelbar mit den Zahlen in Berichten anderer Ersatzkassen und selbstverständlich auch mit allen bisher veröffentlichten DAK-Gesundheitsreports verglichen werden.

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 auf eine einheitliche Bezugsbevölkerung erreicht. Der DAK-Gesundheitsreport 2004 wendet dabei - ebenso wie die anderen Ersatzkassen - das Verfahren der direkten Standardisierung auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik an.

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

1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2003

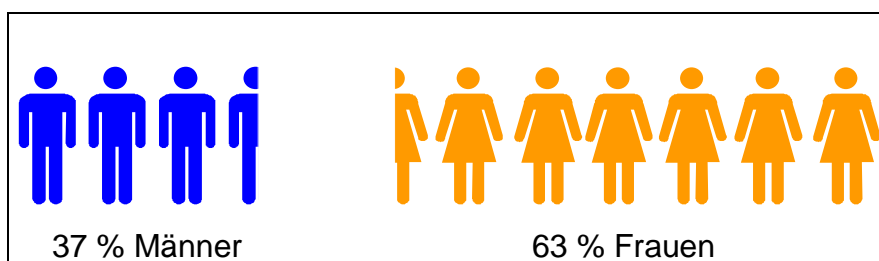
Der Gesundheitsreport berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2003 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK hatten. Für diesen Personenkreis erhält die DAK die ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, falls eine Krankheit auftritt. Fehlzeiten im Zusammenhang mit Schwangerschaften (außer bei Komplikationen) und Kuren werden nicht einbezogen.

Zu beachten ist, dass nicht alle Arbeitsunfähigkeitsfälle bei der DAK gemeldet werden. So werden Kurzzeit-Erkrankungen durch die Krankenkassen nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschreibung vorliegt.

Der diesjährige DAK-Gesundheitsreport widmet dem Thema Kurzzeit-Erkrankungen ein eigenes Kapitel (vgl. Kapitel 4).

Die gesamte Datenbasis umfasst 2,6 Mio. ganzjährig versicherte DAK-Mitglieder, die sich zu 63 % aus Frauen und zu 37 % aus Männern zusammensetzen.

Abbildung 1



DAK 2004

Die DAK versichert aufgrund ihrer historischen Entwicklung als Angestelltenkrankenkasse insbesondere Beschäftigte in typischen Frauenberufen (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, in Büros, Verwaltungen). Seit 1996 können auch andere Berufsgruppen Mitglied bei der DAK werden. Eine langsame Annäherung an die Geschlechterverteilung in der Erwerbsbevölkerung kann bereits beobachtet werden.

**Datenbasis des
DAK-Gesundheits-
reports 2004**

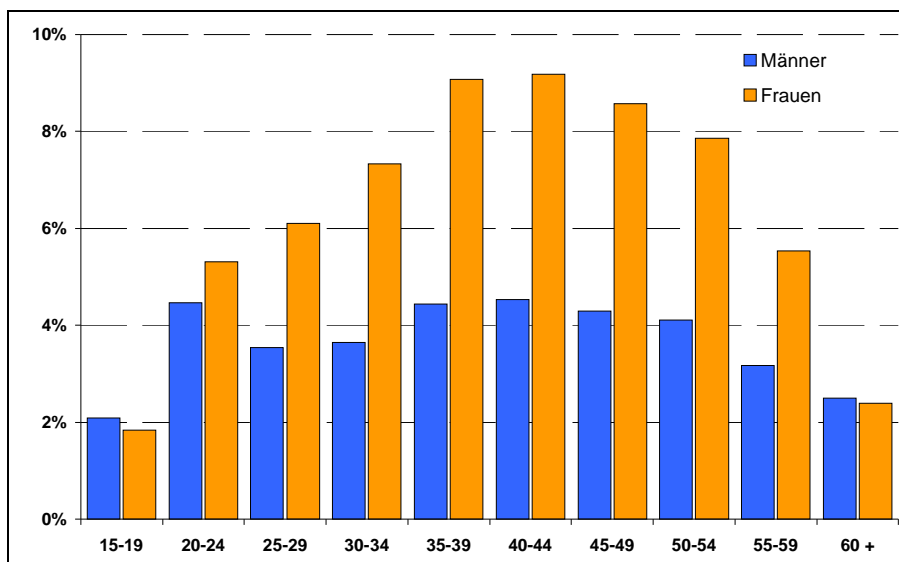
**63 % der DAK-
Mitglieder sind
Frauen**

**Abb. 1:
DAK-Mitglieder im
Jahr 2003 nach
Geschlecht**

Abbildung 2 zeigt die Zusammensetzung der DAK-Mitglieder nach Geschlecht und Alter.

Abbildung 2

**Abb. 2:
Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen DAK-Mitglieder im Jahr 2003**



DAK 2004

In fast allen Altersgruppen ist der Anteil der Frauen höher als der der Männer. Lediglich bei den 15- bis 19-Jährigen sowie bei den über 60-Jährigen stellen Männer einen geringfügig größeren Anteil.

Vergleicht man die Altersstruktur der DAK-Mitglieder mit der für die Standardisierung herangezogenen Bezugsbevölkerung der Erwerbstätigen in der Bundesrepublik im Jahr 1992, so zeigt sich, dass in der DAK der Anteil der Männer in allen Altersgruppen deutlich niedriger ist.

Durch die Standardisierung (vgl. Anhang II) werden Einflüsse auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die aus diesen Abweichungen folgen können, aus den beobachteten Zahlen herausgerechnet. Diese Vorgehensweise sichert die Vergleichbarkeit mit den Zahlen anderer Ersatzkassen sowie mit den DAK-Gesundheitsreports der zurückliegenden Jahre.

Viele Kennwerte werden „pro 100 Versichertenjahre“ angegeben

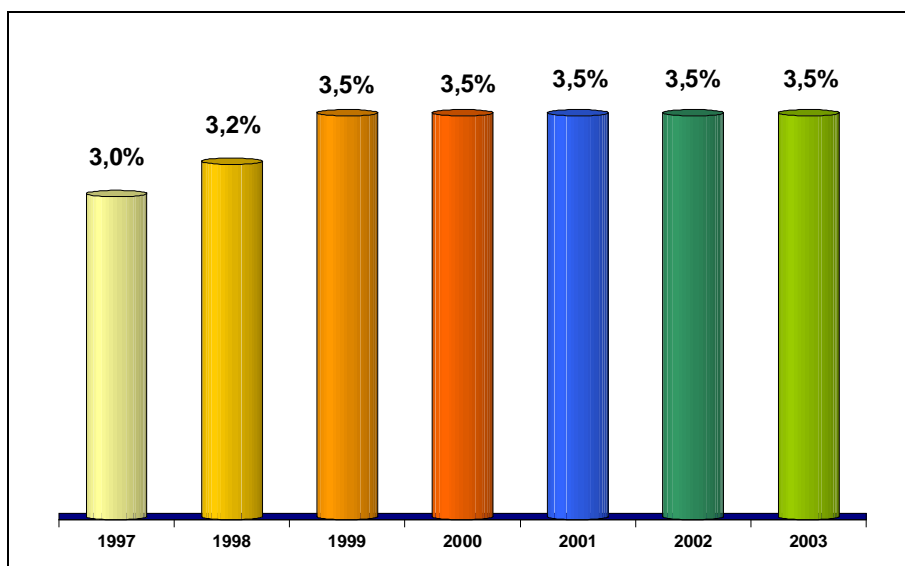
An mehreren Stellen des Berichts wird die Bezugsgröße „100 Versichertenjahre“ verwendet. Hintergrund ist, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr über bei der DAK versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten werden daher auf volle Versichertenjahre umgerechnet.

2 Arbeitsunfähigkeiten 2003 im Überblick

Der Krankenstand

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

Abbildung 3



Krankenstand 2003 gegenüber 2002 stabil geblieben

Abb. 3:
Krankenstand der DAK-Mitglieder 1997 - 2003

DAK 2004

2003 betrug der DAK-Krankenstand 3,5 % und blieb damit bereits im fünften Jahr stabil auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau.

Zwischen 1997 und 1999 war hingegen ein stetiger Krankenstandsanstieg von 3,0 % auf 3,5 % zu beobachten gewesen.

Krankenstand auf weiterhin stabilem Niveau

Die DAK konnte bereits im fünften Jahr einen stabilen Krankenstand auf niedrigem Niveau verzeichnen. Auch andere Krankenkassen berichten in den letzten Jahren von stabilen oder sogar sinkenden Krankenständen. Aufgrund unterschiedlicher Berechnungsmethoden (vgl. S. 10) können die in der Regel über dem DAK-Krankenstand liegenden Werte anderer Kassenarten (BKK, AOK) nicht zum Vergleich herangezogen werden. Die Tendenz geht jedoch bei allen gesetzlichen Krankenversicherungen in die gleiche Richtung: der Anfang der 90er Jahre beobachtete und bis Ende der 90er Jahre anhaltende Trend zu wieder steigenden Krankenständen konnte nachhaltig gestoppt bzw. sogar umgekehrt werden.

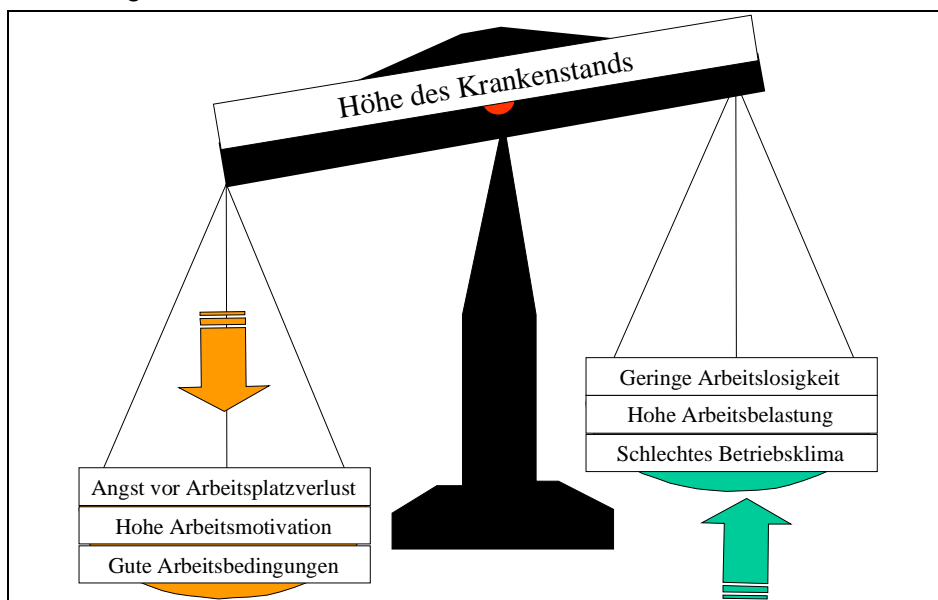
Einflussfaktoren auf den Krankenstand

Welche Einflussfaktoren verursachen einen Krankenstand auf einem besonders hohen oder niedrigen Niveau?

Der Krankenstand wird von einer Vielzahl einzelner Faktoren beeinflusst, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen und zum Teil auch gegenläufige oder sich aufhebende Wirkungen haben können. Es lässt sich also nicht *der* eine Mechanismus identifizieren, der z. B. eine radikale Senkung des Krankenstandes bewirken könnte.

Abb. 4
Einflussfaktoren auf die Höhe des Krankenstandes

Abbildung 4



DAK 2004

Einflussfaktoren auf volkswirtschaftlicher Ebene: Konjunktur und Situation am Arbeitsmarkt

Wirkmechanismen auf den Krankenstand setzen an unterschiedlichen Stellen an und können in unterschiedliche Richtung Einfluss nehmen: Faktoren auf der volkswirtschaftlichen Ebene:

- Auf der volkswirtschaftlichen Ebene haben insbesondere die wirtschaftliche Konjunktur und die damit verbundene Lage am Arbeitsmarkt einen Einfluss auf das Krankenstandsniveau: 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 Krankenstandsniveau¹.

¹ vgl. Kohler, Hans: "Krankenstand – ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz" in: IAB Werkstattberichte Nr. 1/2003

In Zeiten schlechterer Wirtschaftslage verändert sich überdies die Struktur der Arbeitnehmer: Werden Entlassungen vorgenommen, trifft dies vermutlich vorwiegend diejenigen Arbeitskräfte, die aufgrund häufiger oder langwieriger Arbeitsunfähigkeiten weniger leistungsstark sind. Für das Krankenstandsniveau bedeutet dies: Das seit Mitte der 90er Jahre zu beobachtende sich verlangsamende Wirtschaftswachstum übt einen tendenziell krankensstandssenkenden Einfluss aus.

- Gesamtwirtschaftlich lässt sich darüber hinaus eine ständige Verlagerung von Arbeitsplätzen vom industriellen auf 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 Krankheitsniveaus. Wie die Statistiken zeigen, ist der Krankenstand in Angestelltenberufen in der Regel deutlich niedriger als im gewerblichen Bereich.

Verlagerung von Arbeitsplätzen vom gewerblichen auf den Dienstleistungssektor

Faktoren auf der betrieblichen Ebene:

- Viele Dienstleistungsunternehmen und immer mehr auch die öffentlichen Verwaltungen stehen verstärkt unter Wettbewerbsdruck oder müssen Gelder einsparen. In der Folge kommt es zu Arbeitsverdichtungen und „Rationalisierungen“ und vielfach auch zu Personalabbau. Daraus können belastende und krankmachende Arbeitsbelastungen (z. B. Stressbelastungen) entstehen, die zu einem Anstieg des Krankenstandes führen.
- Auf der anderen Seite sind von betriebsbedingten Entlassungen vor allem ältere oder gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte betroffen. Da in den Arbeitsunfähigkeitsanalysen 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 einer umfassenden Organisations- und Personalentwicklung haben sich in den letzten Jahren viele Unternehmen verstärkt des Themas „betrieblicher Krankenstand“ angenommen. Insbesondere dem Zusammenhang des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens mit der Arbeitsmotivation und dem Betriebsklima wird im Rahmen von betrieblichen Mitarbeiterzirkeln, Führungsstilanalysen und der Beteiligung der Mitarbeiter an der gesundheitsgerechten Gestaltung ihrer Arbeitsplätze Rechnung getragen. Die systematische Umsetzung von Gesundheitsfördermaßnahmen trägt damit zu Senkung des Krankenstandes in diesen Unternehmen bei.

Einflussfaktoren auf betrieblicher Ebene:

steigende Stressbelastung durch Arbeitsverdichtung und Wettbewerbsdruck

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

Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Rahmen von Organisations- und Personalentwicklung

Wie die Diskussion um die Einflussfaktoren des Krankenstandes zeigt, können sich Veränderungen sowohl auf betrieblicher als auch auf gesamtwirtschaftlicher Ebene in ihrer Wirkung auf das Krankenstandsniveau gegenseitig aufheben. Es erscheint daher nahezu unmöglich, eine zuverlässige Prognose für die zukünftige Entwicklung des Krankenstandes abzugeben.

Die DAK hofft jedoch vor allem auch im Interesse der Unternehmen und ihrer Mitarbeiter auf eine positive Entwicklung zu weiterhin stabilen bzw. sogar wieder sinkenden Krankenständen und möchte die Verantwortlichen dazu ermutigen, in ihrem Bemühen um die Verbesserung von Arbeitsbedingungen und den Abbau von Arbeitsbelastungen nicht nachzulassen.

Strukturmerkmale des Krankenstandes

Kennziffern für die vertiefte Analyse des Krankenstandes:

Der Krankenstand ist eine komplexe Kennziffer, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Eine Betrachtung der einzelnen Faktoren ermöglicht ein vertieftes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für das Jahr 2003 dargestellt werden, sollen diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert werden:

„AU-Tage pro 100 Versichertenjahre“

Eine alternative Darstellungsweise des Krankenstandes ist die Kennziffer „Arbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr“. Die Zahl gibt an, wie viele der 365 Kalendertage ein durchschnittliches DAK-Mitglied 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“.

„Krankenstand in Prozent“

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

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

„Betroffenenquote“

- 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 hatten, wird als „Betroffenenquote“ bezeichnet.

„AU-Fälle pro 100 Versicherten-jahre“ und „durchschnittliche Falldauer“

- Der Krankenstand in einer bestimmten Höhe bzw. die Anzahl der AU-Tage (pro 100 Versichertenjahre) 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 Versichertenjahre) den Krankenstand verursachen und wie hoch die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist.

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

Krankenstand 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: So kann man unterscheiden zwischen Arbeitsunfähigkeiten, die in den Zeitraum der Lohnfortzahlung fallen (AU-Fälle bis zu 6 Wochen Dauer) und solchen, die darüber hinaus gehen und bei denen ab der siebten Woche Krankengeldleistungen durch die DAK erfolgen (AU-Fälle 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. Die Bedeutung dieser Kurzzeit-Erkrankungen wird im vorliegenden Bericht vertiefend untersucht (vgl. Kapitel 4).

**„AU-Fälle bis zu 6 Wochen Dauer“
und**

„... über 6 Wochen Dauer“

„Anteil von Erkrankungen mit einer bestimmten Dauer an allen AU-Fällen bzw. AU-Tagen“

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

Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

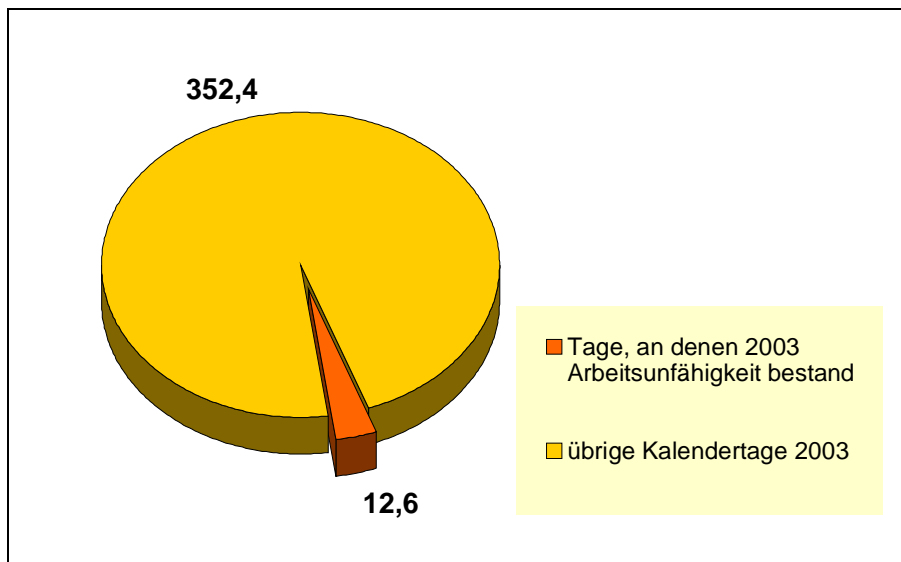
Bei 100 ganzjährig versicherten DAK-Mitgliedern wurden im Jahr 2003 im Durchschnitt 1.260 Fehltage wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit registriert.

Der Krankenstand von 3,5 % in 2003 lässt sich aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnen: 2003 war ein durchschnittliches DAK-Mitglied 12,6 Tage arbeitsunfähig (2002: 12,8 Tage). Dies entspricht 3,5 %² von 365 Kalendertagen (vgl. dazu auch Erläuterungen auf Seite 17).

² mit zwei Nachkommastellen dargestellt liegt der Krankenstand 2003 bei 3,45%.

Abb. 5
Arbeitsunfähigkeitstage eines durchschnittlichen DAK-Mitglieds 2003

Abbildung 5



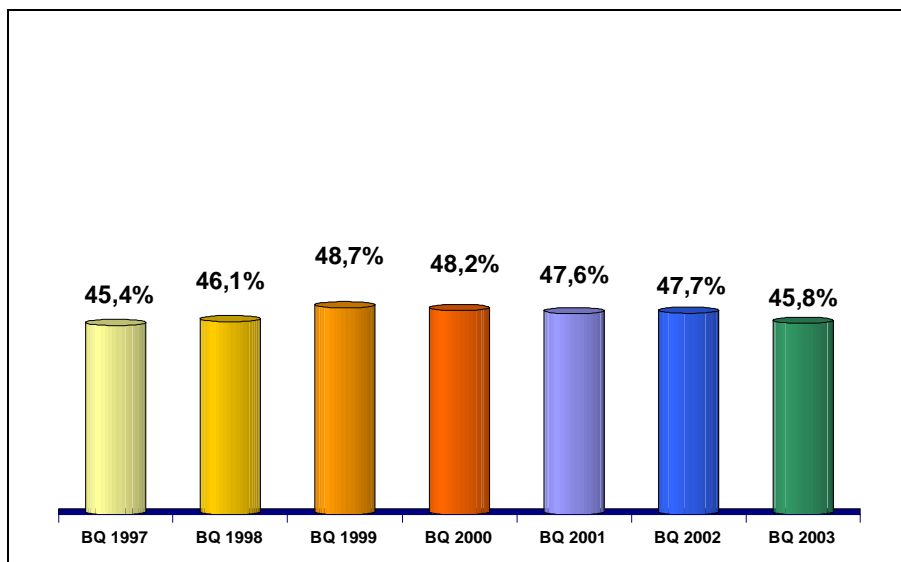
DAK 2004

Betroffenenquote

Im Jahr 2003 hatten etwa 46 % der DAK-Mitglieder wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit. Dies bedeutet umgekehrt: Mehr als die Hälfte waren das ganze Jahr über kein einziges Mal arbeitsunfähig.

Abb. 6
Betroffenenquote 2003 im Vergleich 1997 – 2003.

Abbildung 6



DAK 2004

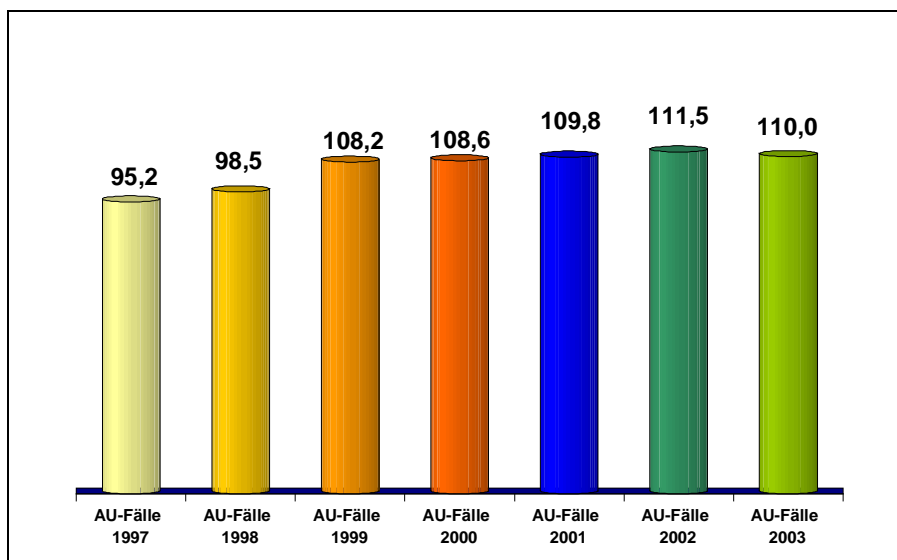
Abbildung 6 zeigt die Betroffenenquoten 1997 bis 2003. Seit 1999 ist die Betroffenenquote kontinuierlich zurück gegangen und befindet sich jetzt fast auf dem Ausgangsniveau von 1997.

Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Das Krankenstandsniveau ist 2003 gegenüber dem Vorjahr gleich geblieben. Die Zusammensetzung hinsichtlich der oben genannten Kennziffern hat sich hingegen geringfügig verändert: Die Erkrankungshäufigkeit lag 2003 mit 110,0 Erkrankungsfällen auf 100 Versichertenjahre niedriger als im Vorjahr (111,5 AU-Fälle).

Demnach war jedes Mitglied im Durchschnitt etwas mehr als ein Mal arbeitsunfähig.

Abbildung 7



Auf 100 Versichertenjahre kamen 110,0 Erkrankungsfälle

**Abb. 7
AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre 2003 im Vergleich zu den Vorjahren**

DAK 2004

Wie aus Abbildung 7 ersichtlich, war die Fallhäufigkeit zwischen 1997 und 2002 kontinuierlich angestiegen. Bei gleichzeitig zurückgehender Betroffenenquote war die höhere Erkrankungshäufigkeit also durch mehrfaches Erkranken einzelner Beschäftigter zustande gekommen. Im Jahr 2003 ging hingegen nicht nur die Betroffenenquote weiter zurück, sondern auch die Zahl der AU-Fälle verringerte sich.

Dabei ging die Zahl der AU-Fälle von bis zu 6 Wochen Dauer stärker zurück als die Zahl der längeren AU-Fälle: Auf 100 Versichertenjahre kamen 106,0 (2002: 107,3) AU-Fälle von bis zu 6 Wochen Dauer und 4,0 (2002: 4,1) AU-Fälle von mehr als 6 Wochen Dauer.

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

In die vorliegende Auswertung können nur diejenigen Erkrankungsfälle einbezogen werden, für die der DAK Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorliegen.

Gründe für Untererfassung von AU-Fällen bei den Krankenkassen

Die DAK erhält jedoch nicht von jeder Erkrankung Kenntnis. Zum einen reichen nicht alle DAK-Mitglieder die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihres Arztes bei der DAK ein. Zum anderen ist eine Bescheinigung für den Arbeitgeber oftmals erst ab dem dritten Krankheitstag erforderlich, so dass sowohl die tatsächliche Betroffenquote als auch die tatsächliche Fallhäufigkeit und damit die tatsächlich angefallenen AU-Tage in einem Berichtsjahr über den erfassten Werten liegen können.

Untersuchung der DAK zur AU-„Dunkelziffer“

Um diese „Dunkelziffer“ zu quantifizieren, hat die DAK eine Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse im DAK-Gesundheitsreport 2000 ausführlich dargestellt sind.

Die „wahre“ Fallhäufigkeit liegt um etwa 15 % höher als der durch eine Krankenkasse ermittelbare Wert.

Ein zentrales Ergebnis dieser Untersuchung war: Berücksichtigt man 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 um etwa 15 % höhere Fallhäufigkeit.

Übertragen auf die DAK-Mitglieder im Jahr 2003 bedeutet das: Die „wahre“ Häufigkeit von AU-Fällen liegt dieser Schätzung zufolge bei knapp 127 Fällen pro 100 Versicherte.

Aufgrund der geringen Dauer der nicht registrierten Fälle wird der „wahre“ Krankenstand dagegen nur um etwa 5 % unterschätzt. Korrigiert man den ermittelten DAK-Krankenstand 2003 von 3,5 % um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer Krankenstand“ von etwa 3,6 %.

Das Problem der Untererfassung betrifft nicht nur die Krankenstandsdaten der DAK. Die „Dunkelziffer“ nicht erfasster Arbeitsunfähigkeiten findet sich in den Krankenstandsanalysen aller Krankenkassen und somit auch 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

Während die Fallhäufigkeit 2003 gegenüber dem Vorjahr leicht zurück ging, blieb die durchschnittliche Erkrankungsdauer die gleiche wie 2002: Ein AU-Fall dauerte auch 2003 im Durchschnitt 11,5 Tage.

Abbildung 8

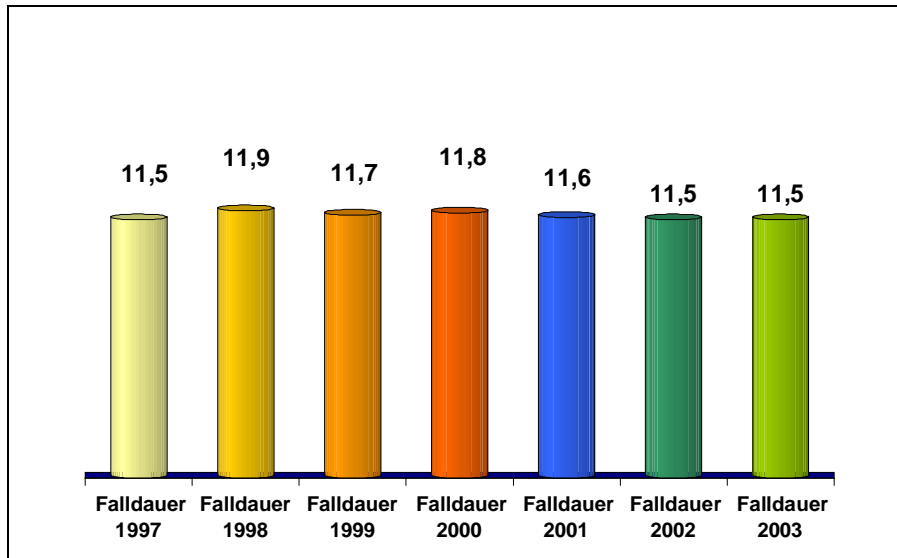


Abb. 8
Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2003 im Vergleich zu den Vorjahren

DAK 2004

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 kurzdauernden und eine erheblich kleinere Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 9 veranschaulicht diesen Zusammenhang:

- AU-Fälle von weniger als einer Woche Dauer machten 2003 65,3 % aller beobachteten AU-Fälle aus (1- bis 3-Tages-Fälle 35,9% und 4- bis 7-Tages-Fälle 29,4%).

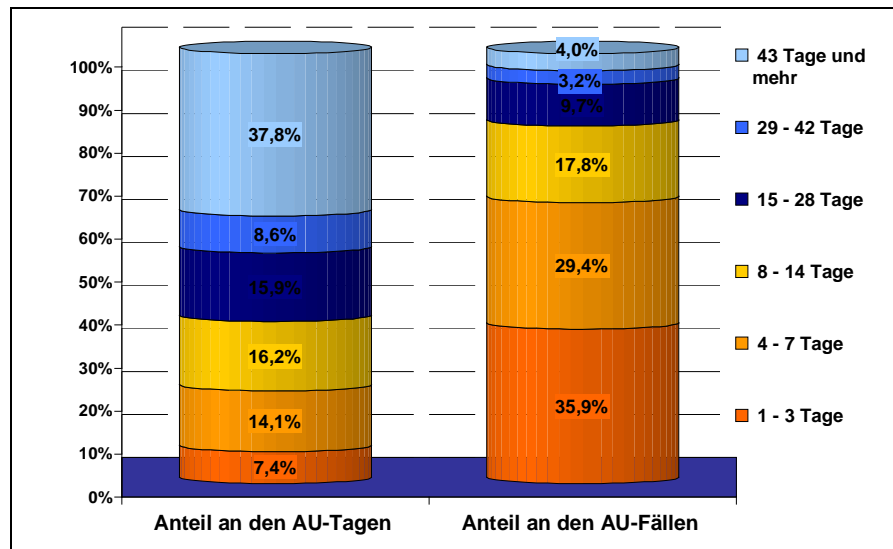
Die sehr häufigen Arbeitsunfähigkeiten von bis zu einer Woche Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand

- Andererseits waren AU-Fälle bis 7 Tage Dauer für nur 21,5 % der AU-Tage - und damit des Krankenstandes - verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu 3 Tagen Dauer sogar nur für 7,4 %.

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

Abb. 9
Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und den AU-Fällen 2003 insgesamt

Abbildung 9



DAK 2004

Die seltenen Langzeitarbeitsunfähigkeiten machen 38 % des Krankenstandes aus

37,8 % der AU-Tage entfallen auf nur 4,0 % der Fälle - nämlich die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer. Der gleichbleibend große Anteil von Langzeitarbeitsunfähigkeiten weist auf die Bedeutung von Rehabilitationsmaßnahmen hin.

Häufige kurze Erkrankungen können betriebliche Abläufe empfindlich stören

Insbesondere auf der betrieblichen Ebene spielen jedoch auch die kurzen und sehr kurzen Erkrankungen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Wenn auch ihr Anteil am Krankenstand vergleichsweise gering ist, so führt doch die Häufigkeit von kurzen Ausfallzeiten zu oft empfindlichen Störungen in betrieblichen Abläufen.

Das Schwerpunktkapitel des diesjährigen Gesundheitsreports beschäftigt sich eingehend mit der Bedeutung solcher Kurzzeit-Erkrankungen (vgl. Kapitel 4).

Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 10 stellt den Altersgang des Krankenstands für das Jahr 2003 getrennt nach Geschlechtern dar:

Abbildung 10

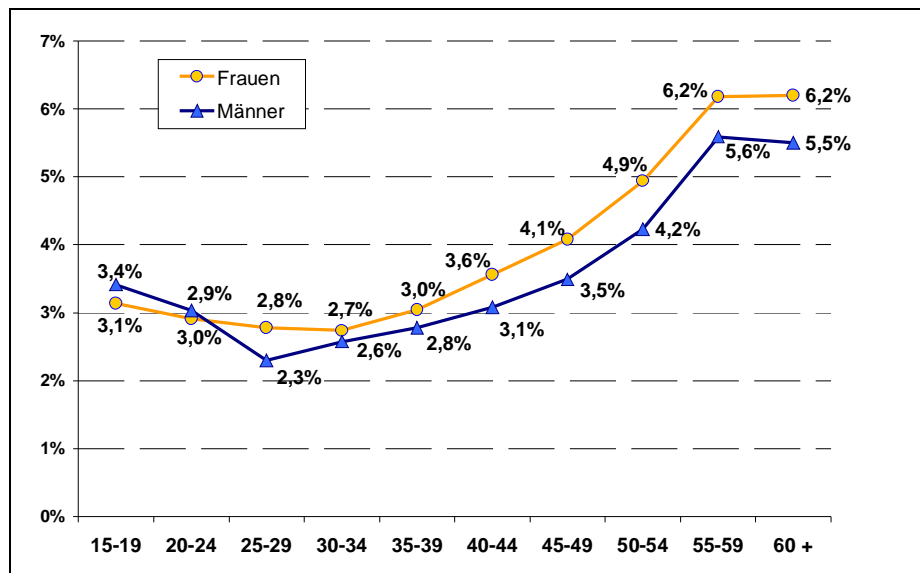


Abb.10
Krankenstand
2003 nach
Geschlecht und
zehn Alters-
gruppen

DAK 2004

Ab dem 25. Lebensjahr liegt der Krankenstand der Frauen über dem der Männer. Damit liegt auch das durchschnittliche Krankenstandsniveau der Frauen mit 3,6 % (wie in den Vorjahren) über dem männlichen mit 3,4 %. Beide Kurven zeigen einen in den beiden höchsten Altersstufen deutlich abflachenden Verlauf. Dies ist vermutlich durch den als „healthy-worker-effect“ bezeichneten Selektionsmechanismus bedingt. Gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Mitarbeiter machen häufiger von Frühverrentungsangeboten und vorzeitigem Ruhestand Gebrauch und scheiden somit aus der Gruppe der hier betrachteten aktiv Erwerbstätigen aus.

Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaft für die Hälfte des Unterschieds verantwortlich

Der Gesundheitsreport 2001 widmete sich in einer Sonderanalyse dem Phänomen des höheren Krankenstandes der weiblichen DAK-Mitglieder.

- Die Analyse ergab, dass die Hälfte der Krankenstandsdifferenz zwischen Männern und Frauen auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen zurückzuführen ist.

Frauen arbeiten in Berufsgruppen mit hohem Krankenstand

- Ein weiterer Teil der Krankenstandsdifferenz lässt sich dadurch erklären, dass Frauen überdurchschnittlich viel in Berufsgruppen mit hohen Krankenständen arbeiten.

Ist Doppelbelastung berufstätiger Mütter der Grund?

Weiterhin untersuchte die DAK in einer gesonderten Studie die These, inwieweit die sogenannte „Doppelbelastung“ berufstätiger Mütter für den höheren weiblichen Krankenstand verantwortlich ist. Diese Vermutung wurde in der von der DAK im Jahr 2001 publizierten Untersuchung³ weitgehend entkräftet:

- Zwar fühlt sich fast jede dritte berufstätige Mutter „oft“ oder „immer“ stark durch ihre Doppelrolle belastet.
- Trotzdem empfinden rund 90% der im Juli 2001 im Rahmen einer repräsentativen Telefonumfrage befragten berufstätigen Mütter ihre Berufstätigkeit eher als eine Bereicherung denn als eine Belastung.
- Für bestimmte Teilgruppen, insbesondere Alleinerziehende und Vollzeitwerbstätige, gilt dies jedoch nicht im selben Maße. Diese Frauen erwarten beispielsweise auch häufiger als die übrigen erwerbstätigen Mütter Probleme mit dem Arbeitgeber, wenn sie wegen der Krankheit eines Kindes zu Hause bleiben wollen bzw. müssen.

Berufstätigkeit eher Bereicherung als Belastung

Alleinerziehende und Vollzeitwerbstätige stärker belastet

Auch weitergehende Untersuchungen zum gesundheitlichen Zustand ergaben, dass lediglich bei den Alleinerziehenden schlechtere Werte vorliegen; während bei berufstätigen Frauen mit und ohne Kindern keine nennenswerten Unterschiede festzustellen waren.

Verbesserung der Rahmenbedingungen für berufstätige Mütter

Fazit der Studie: Durch verschiedene Verbesserungsmöglichkeiten, vor allem bei den Kinderbetreuungseinrichtungen, aber auch hinsichtlich der Arbeitszeit, könnten die Rahmenbedingungen für berufstätige Mütter deutlich positiver gestaltet werden.

³ DAK Gesundheitsreport Frauen-Beruf-Familie, Doppelbelastung ein Mythos? (Bestell-Nr. W 403-20012).

Auffällig sind in Abbildung 10 darüber hinaus die drei jüngsten Altersgruppen: Während der Krankenstand bei beiden Geschlechtern ab dem 30. Lebensjahr kontinuierlich ansteigt, ist in den Jahren von 15 bis 34 bei den Frauen und 15 bis 29 bei den Männern eine sinkende Tendenz zu beobachten. Eine Erklärung für diesen typischen Krankenstandsverlauf liefert die Zerlegung des Krankenstandes in seine beiden Komponenten „Erkrankungsdauer“ und „Erkrankungshäufigkeit“.

In Abbildung 11 sind die Fallhäufigkeit (Säulen) und die Falldauer (Rauten) nach Alter differenziert dargestellt.

Abbildung 11

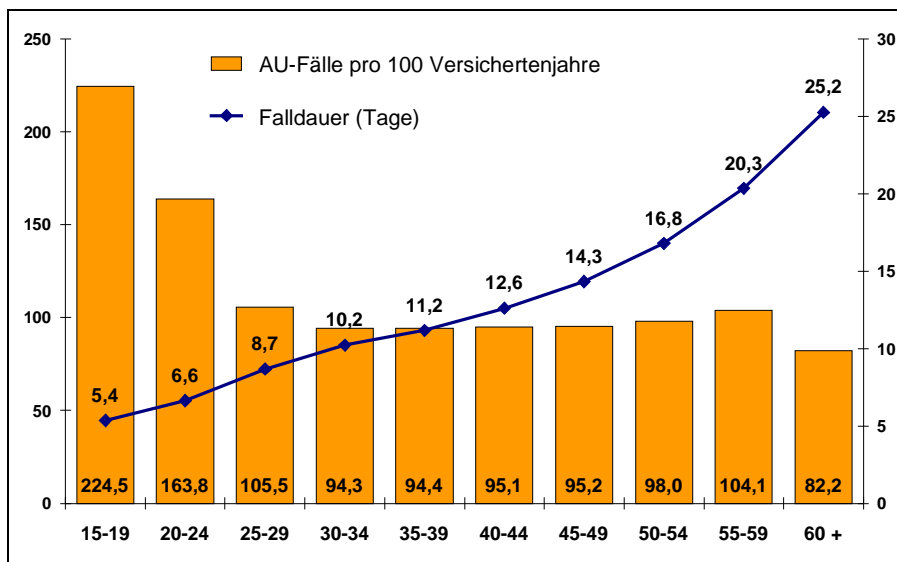


Abb. 11
Falldauer (Rauten)
und Fallhäufigkeit
(Säulen) nach
Altersgruppen
2003

DAK 2004

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 die Fallzahl mit rund 225 Fällen pro 100 Versichertenjahre mehr als doppelt so hoch wie bei den Mitgliedern in den mittleren und höheren Altersgruppen.

Ein wichtiger Grund für die extrem hohe Fallhäufigkeit in der geringsten Altersgruppe ist das größere Unfall- und Verletzungsrisiko jüngerer Beschäftigter im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten (Sport). Darüber hinaus zeigen die Daten jedoch generell, dass jüngere Beschäftigte auch bei geringfügigen Erkrankungen (z. B. Atemwegsinfekten) eher der Arbeit fernbleiben als ältere Personen, was zu einer sehr großen Zahl von kurz dauernden AU-Fällen bei den unter 25-Jährigen führt (s. hierzu auch die Ausführungen im Schwerpunktteil Kurzzeit-Erkrankungen in Kapitel 4).

Die höchste Zahl
von AU-Fällen bei
den jüngsten Mit-
gliedern

Bei den älteren Arbeitnehmern dauern die Arbeitsunfähigkeiten wesentlich länger

Der höhere Krankenstand der älteren Mitglieder erklärt sich durch häufigere Krankheitsfälle von langer Dauer

Im Gegensatz dazu ist die Falldauer bei den jüngeren Mitgliedern sehr gering und steigt erst mit zunehmendem Alter deutlich an. 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 5,4 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 20,3 Tage.

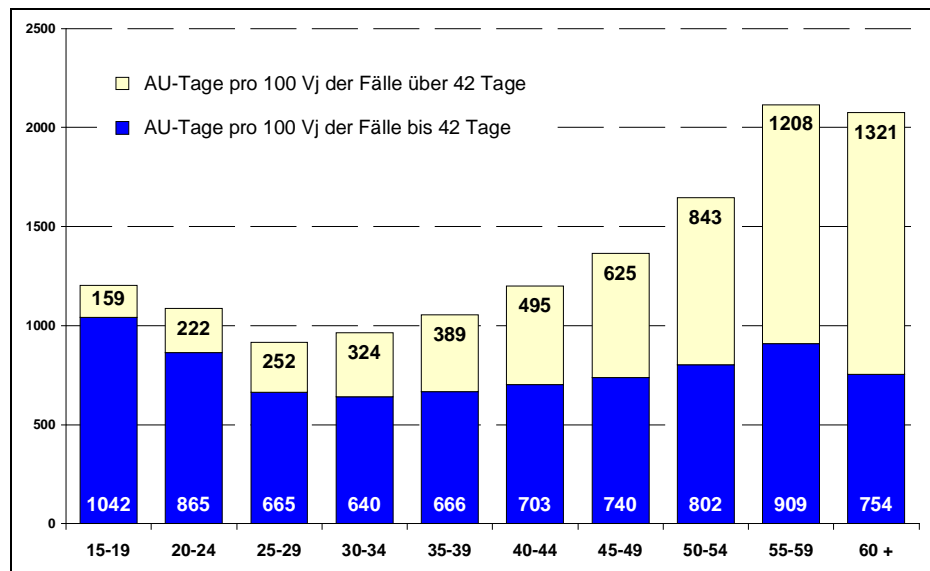
Wegen der kurzen Falldauer wirkt sich die sehr viel größere Fallhäufigkeit der jüngsten Mitglieder nur in einem etwas höheren Krankenstand aus (vgl. Abbildung 10).

Die längere durchschnittliche Falldauer der älteren Mitglieder ist darauf zurückzuführen, dass Langzeitarbeitsunfähigkeiten von mehr als 6 Wochen Dauer hier einen erheblich größeren Anteil am Krankheitsgeschehen haben.

Abbildung 12 zeigt, wie viele AU-Tage in der jeweiligen Altersgruppe auf die Fälle von über bzw. bis zu 6 Wochen Dauer zurückzuführen waren. In der Abbildung ist die Summe der Erkrankungstage je 100 Versichertenjahre in den zehn Altersgruppen dargestellt (gesamte Säule). In jeder Altersgruppe sind die Säulen in zwei Teile zerlegt: Die Tage, die durch kürzere Krankheitsfälle bis 42 Tage Dauer verursacht wurden (blauer Säulenabschnitt) und die Tage, die auf längere Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen entfielen (roter Säulenabschnitt).

Abbildung 12

**Abb. 12
AU-Tage pro 100
Versichertenjahre
der Fälle bis 42
Tage und über 42
Tage Dauer nach
Altersgruppen**



DAK 2004

Ein Vergleich der beiden Säulenabschnitten in der jeweiligen Altersgruppe zeigt deutlich, dass die Erkrankungsfälle mit langer Dauer mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen: Während bei den 15- bis 19-Jährigen lediglich ein Anteil von 13 % des Krankenstandes auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, werden in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 64 % des Krankenstandes durch Erkrankungen von über 6 Wochen Dauer verursacht.

3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Dieses Kapitel untersucht die Krankheitsarten, die den Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder zugrunde liegen. Als Krankheitsarten bezeichnet man die großen Obergruppen, zu denen die einzelnen medizinischen Diagnosen zu Zwecken der Dokumentation und Analyse zusammengefasst werden. Ausgangspunkt sind die Angaben der Ärzte zu den medizinischen Ursachen für eine Arbeitsunfähigkeit, die mit Hilfe eines internationalen Schlüssel-systems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden.

Die Auswertungen der DAK für die Jahre 1997 bis 1999 erfolgten noch auf Basis der bis dahin gültigen 9. Version des ICD-Schlüssels. Seit 2000 werden die Diagnosen nach dem neuen ICD 10 verschlüsselt. Die vorliegenden Zahlen zu den Krankheitsarten für das Jahr 2003 sind somit uneingeschränkt sowohl mit den Daten für 2002, 2001 sowie 2000 vergleichbar.

Bei Betrachtung länger zurückliegender Zeitreihen sind jedoch Verzerrungen durch die Umstellung des Schlüssel-systems und daraus resultierender unterschiedliche Zuordnung einzelner Krankheiten zu den ICD-Kapiteln möglich.

Die Problematik der eingeschränkten Vergleichbarkeit mit den Jahren vor dem Berichtszeitraum 2000 bezieht sich wohl-gemerkt nur auf die Auswertungen nach Krankheitsarten. Die übrigen Krankenstandsvergleiche sind davon nicht berührt. Nähere Erläuterungen zur Umstellung der ICD-Codierung sowie eine Übersicht über die Kapitel des ICD 10 finden Sie im Anhang auf S. 96/97.

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.

Auswertung der medizinischen Diagnosen

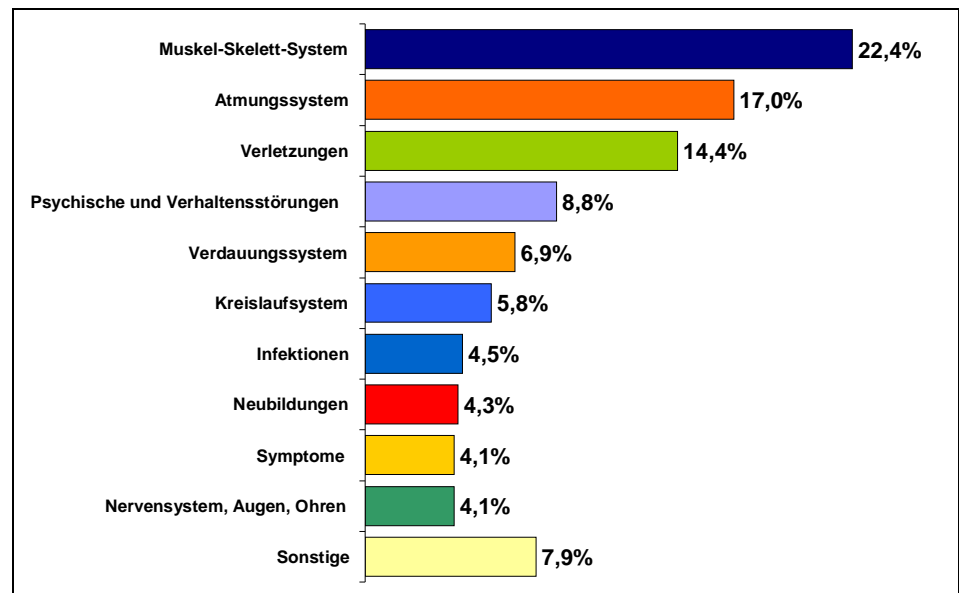
Uneingeschränkter Vergleich mit Daten des Vorjahres möglich

Umstellung des ICD 9 auf ICD 10 kann zu Verzerrungen bei Betrachtung längerer Zeitreihen führen

Problem nur bei Auswertung nach Krankheitsarten

Abb. 13
Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen

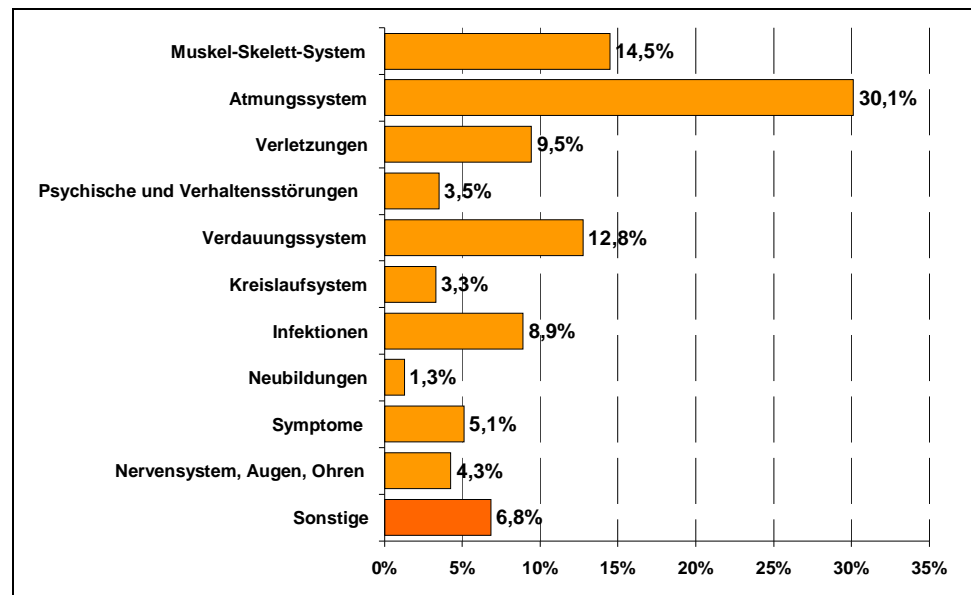
Abbildung 13



DAK 2004

Abb. 14
Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen

Abbildung 14



DAK 2004

Muskel-Skelett-System, Atmungssystem und Verletzungen auch 2003 an der Spitze

Auf die drei Krankheitsarten Muskel-Skelett-System, Atmungssystem sowie Verletzungen entfallen wie in den Vorjahren mehr als die Hälfte (53,8 %) aller Krankheitstage.

Im Jahr 2003 verursachten Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachten 282 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre. Damit liegt diese Krankheitsart - wie schon in den Vorjahren - beim Tagevolumen an der Spitze.

Der Krankenstand wegen Diagnosen aus dieser Krankheitsart ist 2003 auf den Stand von vor 2000 zurückgegangen. Im Jahr 2002 wurde mit 300 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre der bisherige Höchststand bei dieser Krankheitsart registriert (2000: 289, 2001: 297). Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit liegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 16 Erkrankungsfällen pro 100 Versichertenjahre an zweiter Stelle.

Im Rahmen des Schwerpunktteils des DAK-Gesundheitsreports 2003 wurde auf den größten Teilkomplex dieser Diagnosegruppe, die „Rückenerkrankungen“, vertieft eingegangen

Die Krankheiten des Atmungssystems weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: 30 % aller Krankheitsfälle entfielen auf derartige Diagnosen, 100 ganzjährig Versicherte brachten es im Durchschnitt auf 33 Erkrankungsfälle.

Bei den meisten Atmungserkrankungen handelt es sich um eher leichte Erkrankungen, denn die durchschnittliche Falldauer von 6,4 Tagen ist vergleichsweise kurz. Muskel-Skelett-Erkrankungen dauern mit durchschnittlich 17,7 Tagen oder psychische Erkrankungen mit 28,7 Tagen beispielsweise erheblich länger.

Die AU-Tage wegen Krankheiten des Atmungssystems sind im Vergleich zu 2002 leicht angestiegen - und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 31,9 auf 33,1 pro 100 Vj.) als auch was die AU-Tage betrifft (von 208 auf knapp 214 pro 100 Vj.).

An dritter Stelle stehen hinsichtlich des AU-Tage-Volumens die Verletzungen. Mit 181 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre hat sich bei dieser Krankheitsart gegenüber dem Vorjahr (183 AU-Tage) kaum etwas verändert.

Weiter gestiegen ist hingegen die Bedeutung der psychischen Erkrankungen: Seit vier Jahren befinden sie sich an vierter Stelle des AU-Geschehens. Ihr Volumen ist von 95 AU-Tagen im Jahr 2000 über 101 AU-Tage im Jahr 2001 und 109 Tage im Jahr 2002 auf nunmehr 111 Tage gestiegen. Ihr Anteil am Gesamt Krankenstand beträgt jetzt 8,8 % (2002: 8,5 %).

Während die Fallhäufigkeit gegenüber 2002 gleich blieb (3,9 Erkrankungsfälle), ist die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung leicht gestiegen (von 28,3 Tagen 2002 auf jetzt 28,7 Tage). Im Jahr 2002 widmete sich der DAK-Gesundheitsreport dem Thema psychische Erkrankungen mit einer Sonderanalyse.

Auf die Erkrankungen des Verdauungssystems entfiel mit 87 AU-Tagen pro 100 Vj. ein Anteil von 6,9 % am Krankenstand. Der einzelne Fall ist hier im Durchschnitt nur 6,2 Tage lang, dafür treten 14,0 Fälle pro 100 Versichertenjahre auf. Im Vergleich zum Vorjahr sind AU-Volumen und Anteil am Gesamt Krankenstand der Erkrankungen des Verdauungssystems etwas zurück gegangen (2002: 91 Tage und 7,1 %).

2003: Rückgang der AU wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen

Thema „Rücken“ Schwerpunkt des Gesundheitsreports 2003

Leichter Anstieg bei Erkrankungen des Atmungssystems

Kaum Veränderungen bei Verletzungen

Psychische Erkrankungen weiter an Bedeutung gewonnen

Die Krankheiten des Kreislaufsystems zeichnen sich dagegen durch eine lange durchschnittliche Falldauer von 20 Tagen bei geringer Fallhäufigkeit von nur 3,6 Erkrankungsfällen pro 100 Versichertenjahre aus. Daraus resultiert ein Fehltagevolumen von 73,2 Tagen pro 100 Versichertenjahre. Die Bedeutung dieser Krankheitsart hat im Vergleich zum Vorjahr erneut geringfügig abgenommen.

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

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich ihres Krankheitspektrums. Die Abbildungen 16 und 17 zeigen die fünf Krankheitsarten, auf die bei den Frauen bzw. den Männern der größte Teil der AU-Tage entfiel.

Abbildung 15

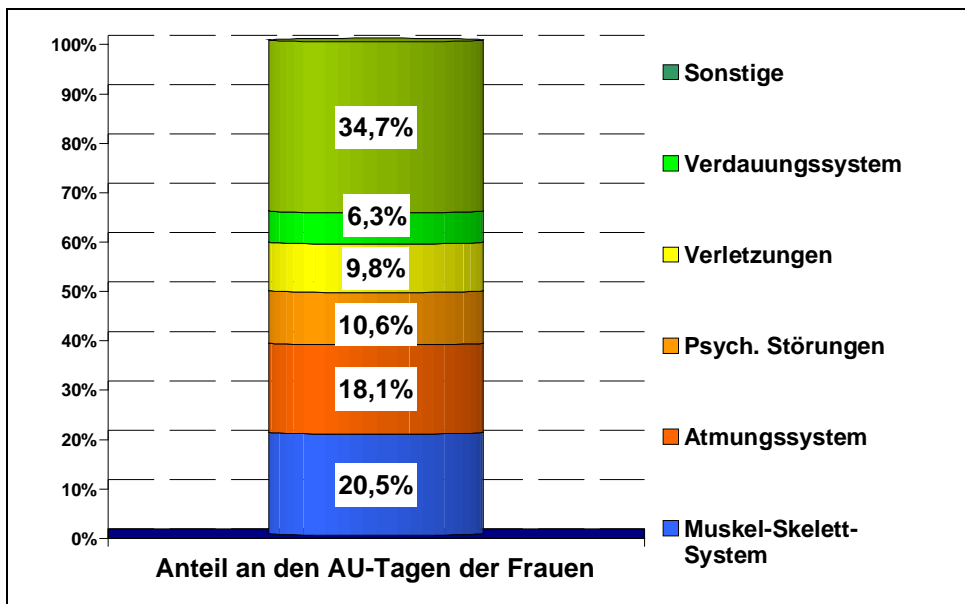


Abb. 15
Anteile der fünf bei den Frauen wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen

DAK 2004

Abbildung 16

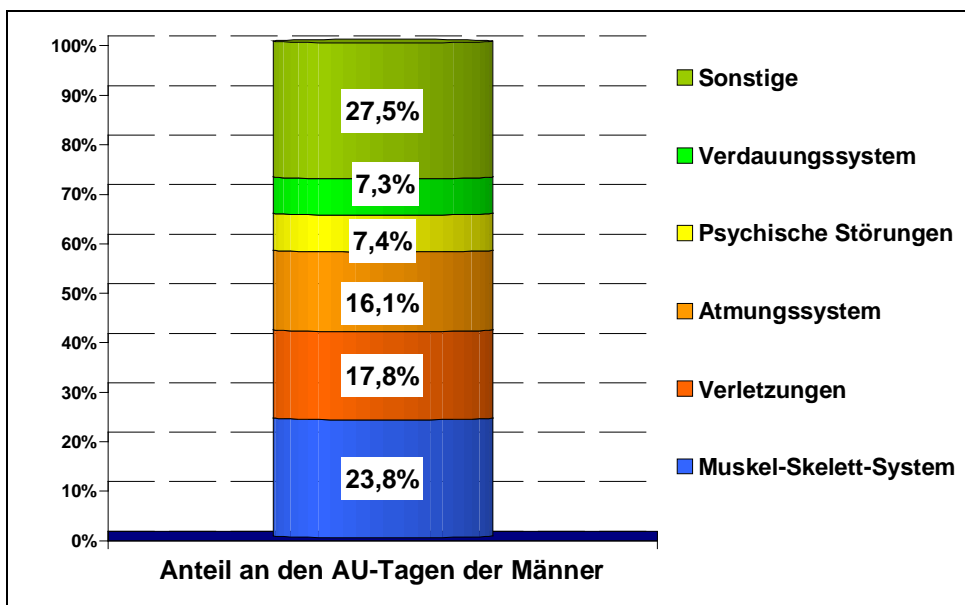


Abb. 16
Anteile der fünf bei den Männern wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen

DAK 2004

| | |
|--|---|
| | <p>Muskel-Skelett-Erkrankungen und Krankheiten des Atmungssystems haben für Frauen und Männer annähernd gleich große Bedeutung, wobei die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems bei den Männern und die Erkrankungen des Atmungssystems bei den Frauen eine etwas größere Rolle spielen.</p> <p>Deutliche Unterschiede können dagegen hinsichtlich der Bedeutung von Verletzungen beobachtet werden:</p> |
| Verletzungen häufiger bei Männern | <p>Sie stehen bei Männern mit 17,8 % an zweiter Stelle und haben damit einen fast doppelt so hohen Anteil am Krankenstand als bei Frauen (9,8 %).</p> <p>Bei den Frauen stehen – nach Erkrankungen des Muskel-Skelett- und des Atmungssystems – psychische Erkrankungen bereits an dritter Stelle. Der Anteil dieser Krankheitsart liegt jetzt bei 10,6 %. Bei den Männern nehmen psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 7,4 % den vierten Rang ein.</p> |
| Psychische Erkrankungen haben größere Bedeutung bei den Frauen | <p>Diese Besonderheit im Krankheitsspektrum von Männern und Frauen war im Gesundheitsreport 2001 gesondert untersucht worden. Dabei stellte sich heraus, dass verschiedene psychische Störungen bei Frauen um 70 % bis 90 % häufiger als Begründung für Arbeitsunfähigkeit registriert wurden als bei Männern.</p> |
| Anteil psychischer Erkrankungen auch bei Männern deutlich gestiegen | <p>Nichtsdestotrotz hat 2003 auch bei Männern die Bedeutung psychischer Erkrankungen deutlich zugenommen. Noch im vergangenen Jahr lag diese Diagnosegruppe erst auf dem sechsten Platz, nach den Erkrankungen des Verdauungssystems und denen des Kreislaufsystems.</p> <p>Gegenüber dem Vorjahr nahmen sowohl bei Männern als auch bei Frauen die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems etwas ab. Der Anteil Atmungssystem-Erkrankungen hingegen erhöhte sich bei beiden Geschlechtern geringfügig. Die Bedeutung von Verletzungen ist bei beiden Geschlechtern in etwa die gleiche geblieben.</p> <p>Ferner wird aus Abbildung 15 und Abbildung 16 deutlich, dass bei den Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (34,7 %) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei den Männern (27,5 %). Dies ist besonders auf den bei den Frauen im Vergleich zu den Männern hohen Anteil von Neubildungen (5,4 % im Vergleich zu 3,4 %) sowie Erkrankungen des Urogenitalsystems (3,9 % im Vergleich zu 1,3 %) zurückzuführen.</p> |

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.

Abbildung 17

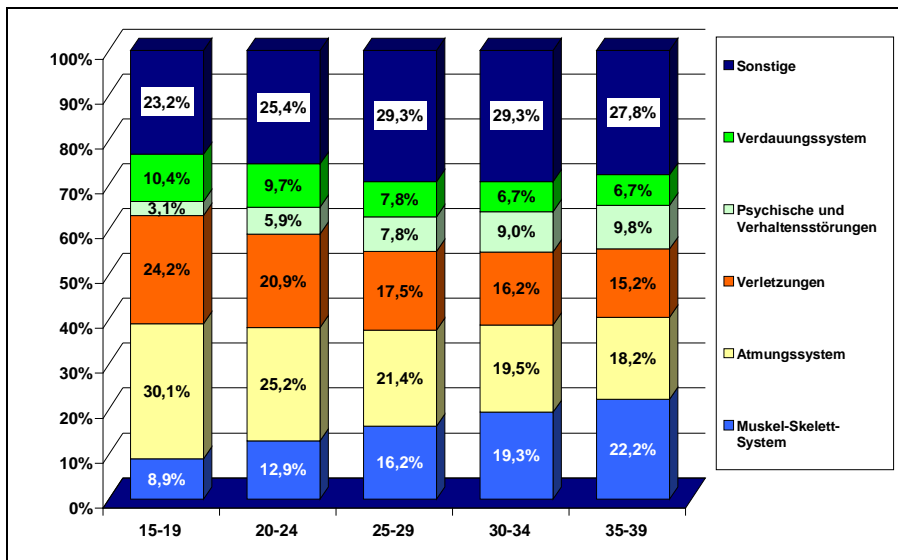


Abb. 17
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen

DAK 2004

Abbildung 18

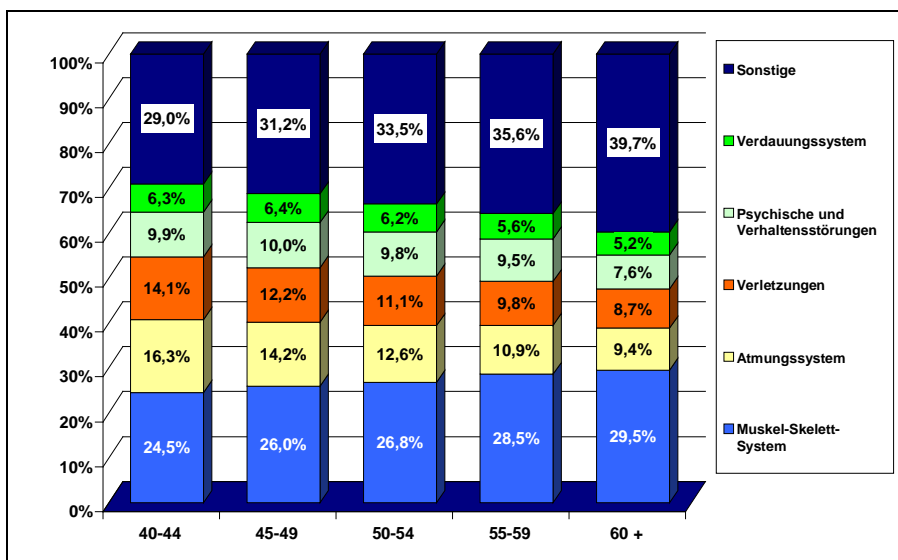


Abb. 18
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen

DAK 2004

Bedeutung von Verletzungen und Krankheiten des Atmungssystems nimmt mit zunehmendem Alter ab

Auf die Krankheitsarten Verletzungen und Krankheiten des Atmungssystems entfallen bei den jüngsten DAK-Mitgliedern mehr als die Hälfte (54,3%) aller Krankheitstage. In den obersten Altersgruppen schrumpft der Anteil dieser beiden Krankheitsarten auf nur noch 18,1 % zusammen.

Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursache, was auf ein anderes Freizeitverhalten und eine größere Risikobereitschaft zurückzuführen ist.

Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass der relative Rückgang einiger Krankheitsarten mit zunehmendem Alter zu einem Teil auf die absolute Zunahme anderer Krankheitsarten zurückzuführen ist. Bei einem insgesamt mit dem Alter steigenden Krankenstandsniveau kann also der prozentuale Anteil einer Krankheitsart allein deshalb sinken, weil andere Erkrankungsarten stark zugenommen haben.

Im Altersverlauf zunehmende Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems

Mit zunehmendem Alter steigt die Bedeutung der Muskel-Skelett-Erkrankungen kontinuierlich von 8,9 % bei den 15- bis 19-Jährigen auf 29,5 % bei den über 60-Jährigen an. Hier sind verstärkt langwierigere chronisch-degenerative Erkrankungen zu verzeichnen (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Jahres 2003 „Rückenerkrankungen“).

sowie des Kreislaufsystems

Auch Kreislauferkrankungen, insbesondere schwerwiegende Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall treten im höheren Lebensalter häufiger auf. Sie sind jedoch hier nicht abgebildet, da sie wegen ihrer geringen Bedeutung in den jüngeren Altersgruppen im Durchschnitt aller Altersgruppen eine eher untergeordnete Rolle für den Krankenstand spielen.

Der Anteil am Gesamtkrankenstand der psychischen Störungen wiederum steigt von 3,1 % bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 10 % bei den 45- bis 49-Jährigen an, um dann mit zunehmendem Alter wieder abzusinken - bei den über 60-Jährigen beträgt der Anteil dann nur noch 7,6 %. Möglicherweise hängt dieser Verlauf mit der vielfach in der Lebensmitte beobachteten Häufung von Krisen und Konflikten (der sogenannten „Midlife-Crisis“ zusammen). Konflikte um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Karriereplanung und Überlastungssymptome („Burn-out“) können zu entsprechenden Erkrankungsbildern führen.

Zunahme von Erkrankungen des Atmungssystems

Die einzige Krankheitsart, deren Anteil im Vergleich zum Jahr 2002 in allen Altersgruppen zum Teil deutlich zugenommen hat, ist die der Erkrankungen des Atmungssystems. Der Anteil der Muskel-Skelett-System-Erkrankungen hingegen ist in allen Altersgruppen gesunken, der Anteil der Verletzungen ist in einigen Altersgruppen gestiegen, in anderen zurückgegangen.

Weiter Zunahme von psychischen Krankheiten

Wie schon im letzten Jahr ist auch 2003 ein weiter steigender Anteil am Krankenstand bei den psychischen Erkrankungen festzustellen: Im Vergleich zum Vorjahr war - mit einer geringfügigen Ausnahme bei den 40- bis 44-Jährigen - in allen Altersgruppen eine zum Teil deutliche Zunahme zu beobachten.

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 Liste wurde nach dem Kriterium des Anteils an den AU-Tagen erstellt.

Kriterium: Anteil an den AU-Tagen

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

| ICD 10 | Diagnose | AU-Anteil AU-Tage | Anteil AU-Fälle |
|--------|---|----------------------|--------------------|
| M54 | Rückenschmerzen | 7,6% | 6,3% |
| J06 | Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege | 4,4% | 8,8% |
| T14 | Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion | 2,9% | 2,2% |
| F32 | Depressive Episode | 2,8% | 0,9% |
| J20 | Akute Bronchitis | 2,7% | 4,5% |
| M51 | Sonstige Bandscheibenschäden | 1,9% | 0,6% |
| J40 | Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet | 1,7% | 2,9% |
| K52 | Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis | 1,6% | 4,2% |
| A09 | Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs | 1,6% | 4,1% |
| F43 | Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen | 1,5% | 0,8% |
| M23 | Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement] | 1,5% | 0,6% |
| J11 | Grippe, Viren nicht nachgewiesen | 1,3% | 2,5% |
| M53 | Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert | 1,3% | 1,0% |
| J03 | Akute Tonsillitis | 1,2% | 2,3% |
| S93 | Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes | 1,1% | 1,0% |
| B34 | Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation | 1,1% | 2,3% |
| S82 | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes | 1,1% | 0,2% |
| J01 | Akute Sinusitis | 1,1% | 2,1% |
| M75 | Schulterläsionen | 1,0% | 0,5% |
| S83 | Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes | 1,0% | 0,4% |
| | Summe | 40,5% | 48,2% |

An der Spitze der AU-Tage stehen Rückenbeschwerden und Infektionen der oberen Atemwege.

An der Spitze der AU-Tage stehen Rückenschmerzen und akute Infektionen der oberen Atemwege. Weitere wichtige Einzeldiagnosen, die unter die Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems fallen, sind sonstige Bandscheibenschäden, sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, Binnenschädigung des Kniegelenkes sowie Schulterläsionen.

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems spielen neben akuten Infektionen, akuter und sonstige Bronchitis, Sinusitis (Nebenhöhlenentzündung, Tonsillitis (Mandelentzündung) sowie grippale Infekte eine größere Rolle.

Depressive Episoden wichtigste psychische Erkrankung

Depressive Episoden sind die wichtigste Einzeldiagnose der psychischen Erkrankungen. Weitere wichtige Einzeldiagnosen aus diesem Bereich sind Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Für alle psychischen Diagnosen gilt, dass ihr Anteil an den AU-Fällen erheblich niedriger ist als ihr Anteil an den AU-Tagen. Das bedeutet, dass es sich hier zumeist um längerfristige Krankheitsfälle handelt.

Hinsichtlich des Krankenstandes an dritter Stelle stehen Verletzungen. Hier wurden die meisten Ausfalltage wegen nicht näher bezeichneter Verletzungen sowie aufgrund von Luxation (Verrenkung), Verstauchung und Zerrung der Gelenke in Höhe des Sprunggelenkes und des Fußes oder des Kniegelenkes und dessen Bändern verursacht.

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fallen darüber hinaus bestimmte Erkrankungen des Verdauungssystems nämlich nicht-infektiöse Gastroenteritis und Kolitis (Magen-Darm-Infektionen), Diarrhoe (Durchfallerkrankungen) und Gastroenteritis mit vermutlich infektiösem Ursprung sind der Krankheitsart „Infektionen“ zugeordnet.

Gegenüber dem Jahr 2001 sind nur bei wenigen Erkrankungsarten Veränderungen aufgetreten, die mehr als 0,1 Prozentpunkte ausmachen. So hat beispielsweise bei den akuten Infektionen der oberen Atemwege ein Anstieg des Anteils von 3,9% auf 4,4% stattgefunden und „Grippe, Viren nicht nachgewiesen“ stieg von 1,0% auf 1,4%. Auch der Anteil der Diagnose „depressive Episode“ stieg von 2,6% auf 2,8% am gesamten AU-Volumen.

Etwas geringer als im Vorjahr ist der Anteil der Diagnose „Rückenschmerzen“ (von 7,9% auf 7,6% gesunken) sowie der „Sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert“ (von 1,5% auf 1,3%).

Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen

Die DAK arbeitet mit mehreren 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 ist vermerkt, wenn beim Krankheitsfall eines Mitgliedes eine Leistungspflicht eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers besteht. Dies ist bei Arbeits- und Wegeunfällen sowie bei Berufskrankheiten der Fall. Da letztere nur einen verschwindend geringen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben, beschränkt sich die Analyse in diesem Kapitel auf die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen.

2003 wurden je 100 ganzjährig versicherter DAK-Mitglieder rund 60 AU-Tage und 3,2 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamtkrankenstand betrug damit 4,8 %. Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier etwa ein Drittel (33,1 %).

Abbildung 19

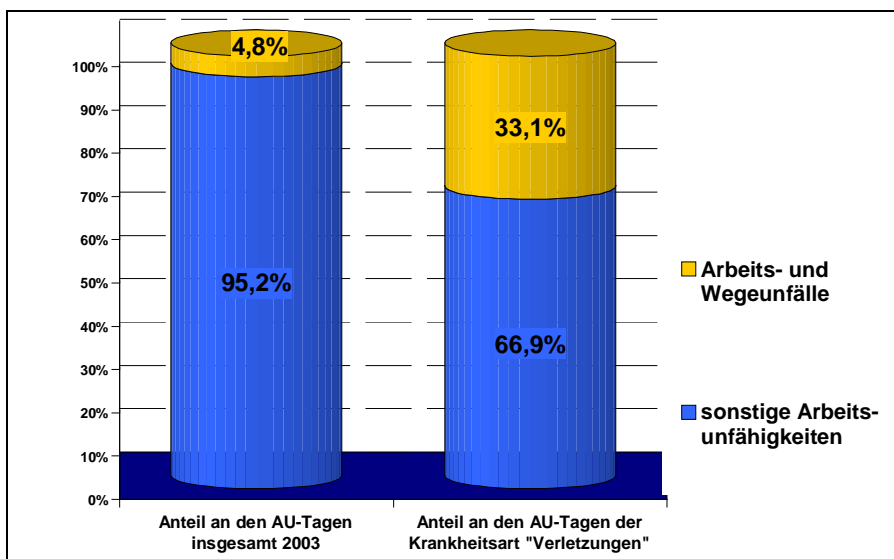


Abb. 19
Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt bzw. an der Krankheitsart „Verletzungen“

DAK 2004

Gegenüber dem Jahr 2002 ist der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle sowohl an den AU-Tagen insgesamt (von 4,6 %) als auch an der Krankheitsart „Verletzungen“ (von 32,4 %) geringfügig gestiegen.

Schwerpunktthema: Kurzzeit-Erkrankungen

Kurzzeit-Erkrankungen – Kein Thema in Zeiten niedriger Krankenstände?

Auf den ersten Blick scheint das Thema "Kurzzeit-Erkrankungen" nicht in die Zeit zu passen: Die DAK meldet das fünfte Jahr in Folge einen konstant niedrigen Krankenstand ihrer erwerbstätigen Mitglieder. Bei der noch immer angespannten Konjunktur- und Arbeitsmarktlage berichten viele Arbeitnehmer, dass sie Fehlzeiten vermeiden, wenn es irgendwie möglich ist und auch krank zur Arbeit gehen, um ihren Arbeitsplatz nicht zu gefährden. Angesichts dieser Rahmenbedingungen ist zu vermuten, dass potenziell vermeidbare Arbeitsunfähigkeitsfälle nur ein untergeordnetes Problem darstellen.

Betrachtet werden die AU-Fälle von einem bis drei Tage Dauer

Als Kurzzeit-Erkrankungen bezeichnen wir in erster Linie die AU-Fälle von einem bis drei Tagen Dauer, stellenweise werden auch Fälle von bis zu einer Woche in die Betrachtung einbezogen. Den Kurz-AU-Fällen wurde in der Vergangenheit immer dann größere Aufmerksamkeit zuteil, wenn das Thema "Blaumachen" die Medien bewegte, was eher in Zeiten insgesamt hoher Krankenstände der Fall ist. Warum soll man sich also in der gegenwärtigen Situation damit befassen?

Das Thema hat mindestens drei Facetten, die eine eingehendere Analyse und Diskussion lohnenswert machen:

Kurzzeit-Erkrankungen sind für die Betriebe ein Problem

1. Kurzzeit-AU-Fälle sind auch in Zeiten niedriger Krankenstände ein betriebliches Problem. Das haben die speziell für diesen DAK-Gesundheitsreport befragten Vertreter von Unternehmen, Verwaltungen und Wirtschaftsverbänden, aber auch der Gewerkschaften klar bestätigt. Es ist daher keinesfalls überflüssig, nach den Ursachen von Kurzzeit-Erkrankungen sowie Möglichkeiten zu ihrer Reduktion zu fragen.

Egal, ob man Personalchefs oder die Beschäftigten selbst befragt, im Zusammenhang mit den kurzen Arbeitsunfähigkeiten taucht rasch das Thema der Vermeidbarkeit bzw. sogar des Missbrauchs auf: Bei einem oder zwei Krankheitstagen stellen sich viele die Frage, ob der Kollege wirklich „so krank“ ist, dass er der Arbeit fernbleiben muss. Um Missbrauch zu erschweren, muss im Regelfall ab dem vierten Krankheitstag ein ärztliches Attest vorgelegt werden – unter Umständen auch schon vom ersten Tag an.

2. Jede Kurzzeit-Erkrankung, von der die Krankenkassen via AU-Bescheinigung erfahren, stellt einen Arztkontakt dar. Doch suchen die Betroffenen eigentlich ihren Arzt auf, weil sie medizinische Hilfe benötigen oder tun sie es in erster Linie, weil sie den „gelben Schein“ vorlegen müssen? Für wie notwendig und sinnvoll halten Arbeitgeber und Arbeitnehmer die bestehenden Regelungen zur Attestpflicht – nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund immer knapper werdender Ressourcen im Gesundheitswesen?

**Arztbesuche:
Geht es um me-
dizinische Hilfe
oder um den
gelben Schein?**

Das Thema der Kurzzeit-Erkrankungen führt damit auch auf allgemeinere Fragen der Nutzung unseres Gesundheitswesens und des Umgangs mit alltäglichen Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen. Nicht zuletzt sind die Kurzzeit-Erkrankungen auch in einen Zusammenhang mit der im Januar dieses Jahres eingeführten Praxisgebühr zu stellen: Nach Ablauf des ersten Quartals 2004 häufen sich die Meldungen über eine stark rückläufige Zahl von Arztkontakten.

3. Werden im Jahr 2004 als Folge der Praxisgebühr auch die AU-Fälle zurückgehen? Gehen (noch) mehr Menschen krank zur Arbeit, weil sie die Praxisgebühr vermeiden wollen? Wie verhält man sich bei häufigen und in aller Regel harmlos verlaufenden Erkrankungen: Greift man zu Hausmitteln oder sucht man lieber einen Arzt auf? Sollte man die Kompetenz der Menschen stärken, sich bei häufigen Krankheiten zunächst einmal selbst zu helfen?

**Weniger Kurz-
AU-Fälle durch
die Praxisge-
bühr?**

Die Kurzzeit-Erkrankungen sind bei näherer Betrachtung also ein hochaktuelles Thema, welches Fragen der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt und der allgemeinen Gesundheitspolitik gleichermaßen aufwirft.

Welche Informationen bietet der DAK-Gesundheitsreport zum Thema „Kurzzeit-Erkrankungen“?

Zur Beleuchtung der verschiedenen Facetten wurden für den DAK-Gesundheitsreport 2004 mehrere Sonderuntersuchungen durchgeführt:

- Um Art und Ausmaß des Problems zu verdeutlichen, wurden die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK einer vertiefenden Analyse unterzogen.

**Vertiefende AU-
Analyse**

Für die Kenngröße „Krankenstand“ – soviel sei an dieser Stelle bereits vorweg genommen – sind die kurzen AU-Fälle nicht sehr bedeutsam. Doch wie wichtig sind sie aus Sicht von betrieblichen Praktikern sowie der Sozialpartner?

Interviews mit Experten aus Unternehmen, Gewerkschaften, Verbänden

- Mit der Frage nach der Bedeutung der Kurzzeit-Erkrankungen als betriebliches Problem starteten die Experten-Interviews, die eigens für den vorliegenden DAK-Gesundheitsreport 2004 durchgeführt wurden. Mitarbeiter/innen des IGES haben Personalverantwortliche aus mittelständischen Unternehmen, Vertreter von Wirtschafts- bzw. Arbeitgeberverbänden und Gewerkschafter/innen um Stellungnahmen gebeten.

Die Ergebnisse sollen nicht als repräsentatives Bild der Sichtweisen von Arbeitgebern und Gewerkschaften verstanden werden – dazu ist die Zahl der Befragten zu klein –, sondern als exemplarische Stimmen, die geeignet sind, die Perspektive der jeweiligen Interessengruppe zu verdeutlichen. Repräsentativ sind dagegen die Ergebnisse der dritten methodischen Säule dieser Untersuchung:

Repräsentative Befragung von 1.000 Berufstätigen

- Im März 2004 wurden im Rahmen des DAK-Gesundheitsbarometers 1.000 berufstätige Bundesbürger/innen zu Fragen rund um das Thema „Kurzzeit-Erkrankungen“ telefonisch befragt.

Die Ergebnisse der drei Teiluntersuchungen werden in folgender Gliederung berichtet:

Gliederung des Schwerpunktkapitels

Einleitend wird die Thematik zunächst aufgrund der Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK umrissen: Wie häufig sind kurze AU-Fälle, welche Mitgliederguppen und Branchen sind besonders betroffen, welches sind die typischen Diagnosen?

Anschließend kommen Personalverantwortliche aus den Betrieben sowie Vertreter der Sozialpartner zu Wort: Sind kurze Fehlzeiten eigentlich ein nennenswertes Problem für die Unternehmen und wenn ja, was ist daran so störend? Inwieweit werden kurze Arbeitsunfähigkeiten von diesen Experten als vermeidbar angesehen? Ferner werden in diesem Berichtsteil einige Aspekte aus der wissenschaftlichen Fehlzeiten-Diskussion aufgegriffen.

Das Verhalten der Beschäftigten bei akut auftretenden Erkrankungen steht im Mittelpunkt der nächst folgenden Abschnitte: Welchen Stellenwert hat der Arztbesuch? Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Pflicht zur Vorlage eines Attests beim Arbeitgeber? Schließlich: Wie beurteilen Beschäftigte und Experten die gegenwärtigen Regelungen zur Attestpflicht und wie stehen sie zu einem konkreten Änderungsvorschlag?

Den Abschluss bildet eine Erörterung der konkreten Handlungsmöglichkeiten zur Verminderung von Kurzzeit-Erkrankungen: Welche Maßnahmen sind gegenwärtig bereits in den Unternehmen üblich? Welche Auswirkungen wird in diesem Zusammenhang die Einführung der Praxisgebühr haben? Welche erfolgversprechenden Handlungsansätze bietet die betriebliche Gesundheitsförde-

rung?

Kurze Fehlzeiten – ein unbedeutender Teil des betrieblichen Krankenstands?

Betrachtet man die Bedeutung kurzer Arbeitsunfähigkeiten für den Krankenstand, so kann man schnell zu dem Schluss kommen, dass Kurzzeit-Erkrankungen eine vernachlässigbare Größe sind: 2003 entfielen gerade einmal 7,4 % aller Ausfalltage auf Erkrankungen von bis zu drei Tagen Dauer. Bezieht man in die Betrachtung Erkrankungen bis zu einer Woche ein, entfällt immer noch nur ein Fünftel (21,5 %) der Ausfalltage auf vergleichsweise kurze Abwesenheiten.

Wie die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten zeigt, liegt die Relevanz kurzer Erkrankungen vor allem in ihrer Häufigkeit: 2003 hatten 100 DAK-Mitglieder 41 AU-Fälle von einem bis drei Tagen Dauer. Dies entspricht einem Anteil von 35,9% an allen Erkrankungsfällen (vgl. Abbildung 20). Rechnet man Erkrankungen bis zu sieben Tagen Dauer mit ein, zeigt sich, dass mit insgesamt 65,3 % fast zwei Drittel aller Arbeitsunfähigkeitsfälle zu den kurzen Erkrankungen zählen.

Auf Kurzzeit-Erkrankungen entfallen nur 7,4 % der AU-Tage ...

... aber 36 % der AU-Fälle.

Abbildung 20

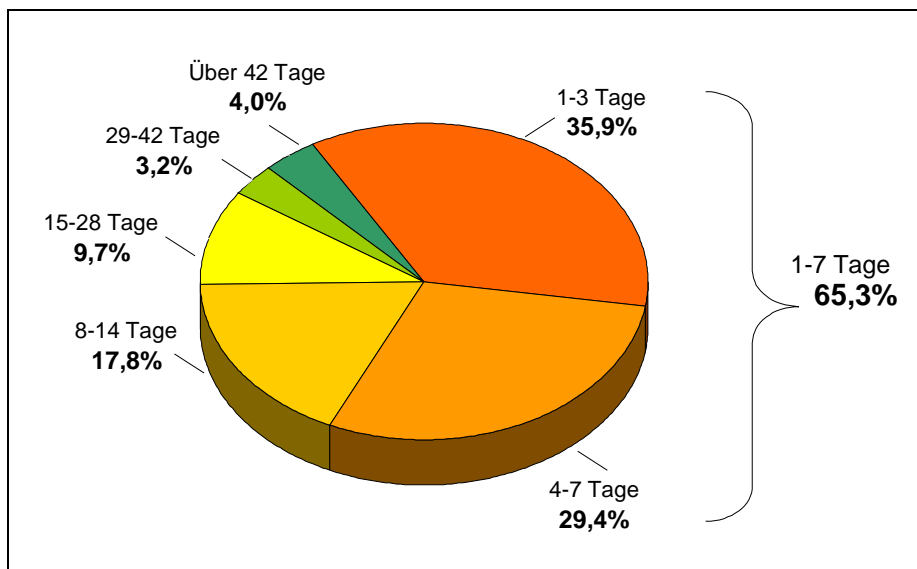


Abb. 20

Verteilung der Erkrankungsfälle nach der Dauer der Erkrankung

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Da die DAK – wie auch alle anderen Krankenkassen – nur von denjenigen Fehlzeiten Kenntnis erhält, für die ein ärztliches Attest vorliegt, muss sogar von einem noch höheren Anteil ausgegangen werden.⁴

Umfrage unter 1.000 Berufstätigen bestätigt die AU-Analyse

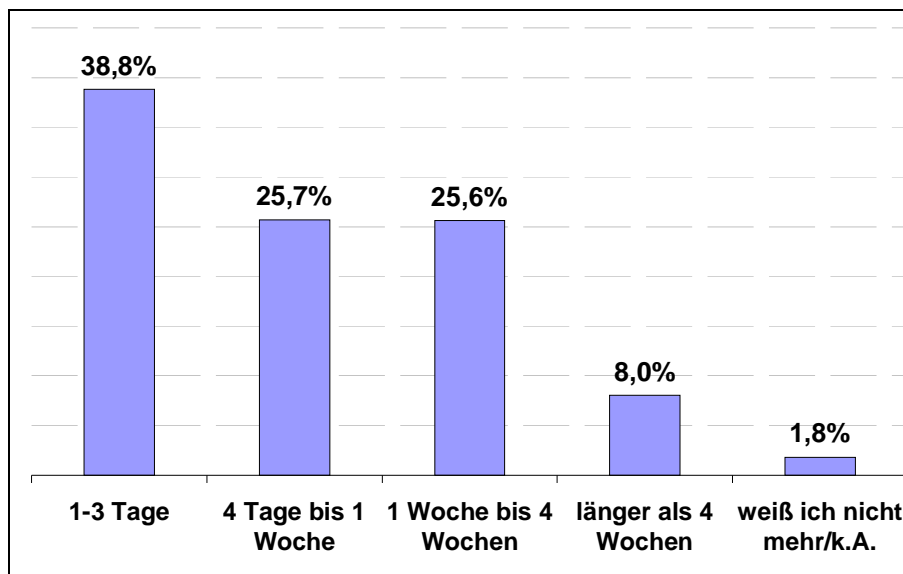
Diese Einschätzung wird aus den Ergebnissen des DAK-Gesundheitsbarometers bestätigt. Von den 1.000 im März 2004 befragten Berufstätigen haben 59 % in 2003 oder 2004 wenigstens einmal wegen Krankheit bei der Arbeit gefehlt. Von diesen 590 Personen mit einer Arbeitsunfähigkeit gaben 39 % an, dass ihre letzte Krankenschreibung nicht länger als 3 Tage gedauert habe, der Anteil von Krankenschreibungen bis zu einer Woche Dauer wurde mit insgesamt 64,5 % angegeben (vgl. Abbildung 21).

Abb. 21

Abbildung 21

"Wie lange haben Sie das letzte Mal wegen einer Erkrankung bei der Arbeit gefehlt?"

(Antworten von 590 Befragten, die 2004 oder 2003 arbeitsunfähig waren)



Quelle: DAK-Gesundheitsbarometer (März 2004)

⁴ vgl. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung im DAK-Gesundheitsreport 2000

Wer ist besonders betroffen?

Öfter mal für ein, zwei Tage zu Hause bleiben – eine "Modeerscheinung" gerade bei jungen Leuten? Wie Abbildung 22 zeigt, ist die Zahl von kurzen Erkrankungen bis zu drei Tagen Dauer in der Altersklasse der jüngsten Beschäftigten mit Abstand am höchsten. 15- bis 19-Jährige sind mehr als fünfmal so häufig für kurze Zeit erkrankt wie ihre über 60-jährigen Kollegen.

Jüngere sind deutlich häufiger betroffen

Abbildung 22

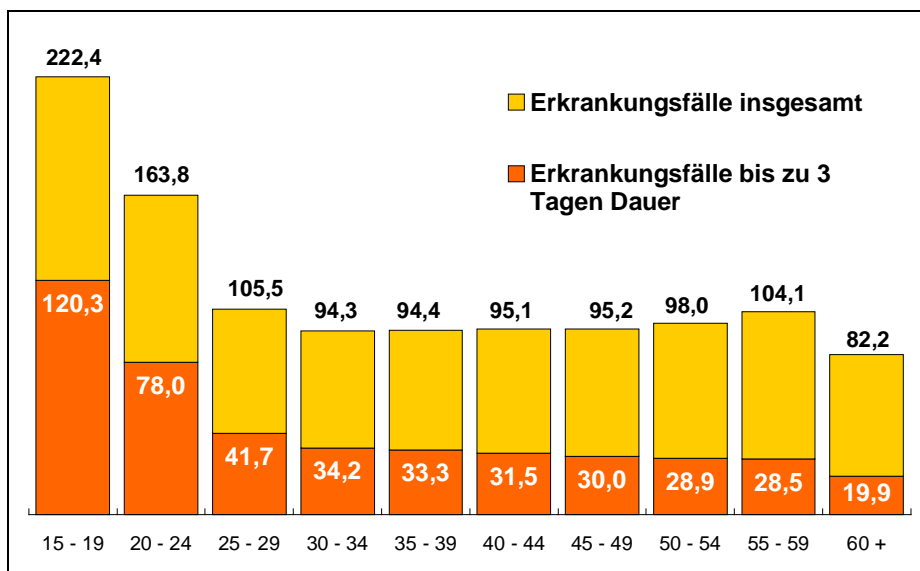


Abb. 22

Erkrankungsfälle bis zu 3 Tagen Dauer an allen Erkrankungsfällen nach Alter

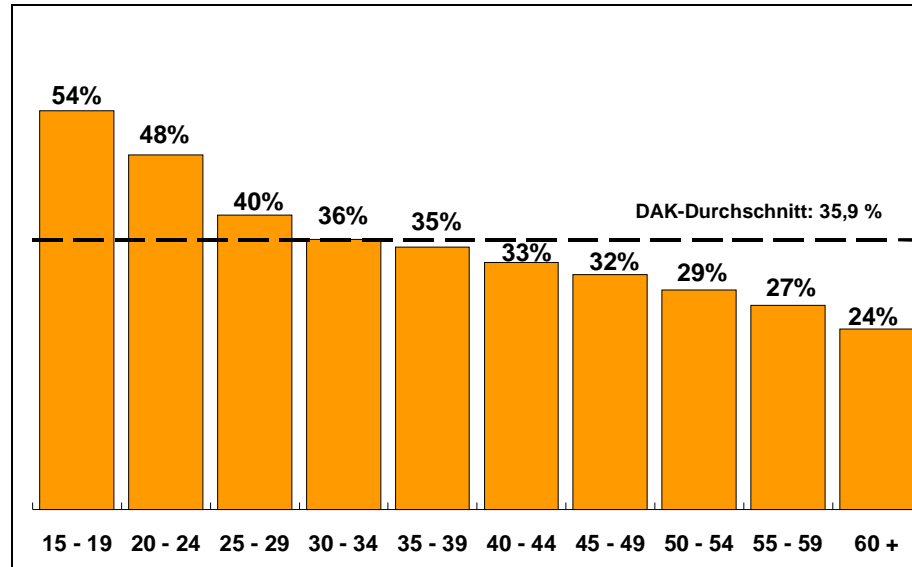
Quelle: DAK AU-Daten 2003

Auch der Anteil der Kurzzeit-Erkrankungen an allen Erkrankungen liegt bei den 15- bis 19-jährigen Arbeitnehmern mit mehr als 50 % deutlich über dem der über 60-Jährigen. In der ältesten Altersklasse ist er mit gerade einmal 24 % nur halb so hoch (vgl. Abbildung 23).

Abbildung 23

Abb. 23

Anteil von Kurzzeit-Erkrankungen bis 3 Tagen Dauer an allen Erkrankungsfällen nach Alter



Quelle: DAK AU-Daten 2003

Aus diesen Ergebnissen sollte nun nicht voreilig der Schluss gezogen werden, dass die Arbeitsmoral jüngerer Beschäftigter grundsätzlich zu wünschen übrig ließe. Wie die Ausführungen in Kapitel 3, S. 32 gezeigt haben, bestehen auch im Krankheitsspektrum große Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Menschen. Jüngere sind beispielsweise vielfach sportlich aktiv, was leider auch zu Verletzungen führen kann, die typischerweise kurze Arbeitsunfähigkeiten nach sich ziehen (Prellungen, Verstauchungen usw.).

Kein Unterschied zwischen den Geschlechtern

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der kürzer dauernden Erkrankungen nach Männern und Frauen hat ergeben, dass es zwischen den Geschlechtern keine nennenswerten Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung von Kurzzeit-Erkrankungen gibt. Dies überrascht insofern, als sich hinsichtlich der allgemeinen Kennziffern sehr wohl Unterschiede finden lassen: Wie in den vorangegangenen Kapiteln gezeigt wurde, liegen die Kennziffern (Krankenstand, Erkrankungshäufigkeit) der weiblichen Beschäftigten über denen der männlichen Kollegen.

Die beim Gesamt Krankenstand zu beobachtenden Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind nicht auf das AU-Geschehen im Bereich der Kurzzeit-Erkrankungen zurückzuführen, sondern haben ihre Ursache bei den mittel- und langdauernden Erkrankungen.

Kurze Arbeitsunfähigkeiten – ein Problem bestimmter Branchen?

Die Zahl kurzer Arbeitsunfähigkeiten zeigt zwischen den Branchen gewisse Unterschiede. Die folgende Abbildung zeigt die je 100 Versichertenjahre angefallenen Kurzzeit-Erkrankungen sowie den Gesamtkrankenstand des Jahres 2003 in ausgewählten Wirtschaftszweigen. Dargestellt sind nur die bei der DAK besonders stark vertretenen Dienstleistungsbranchen, geordnet nach der Höhe des Gesamtkrankenstandes.

Abbildung 24

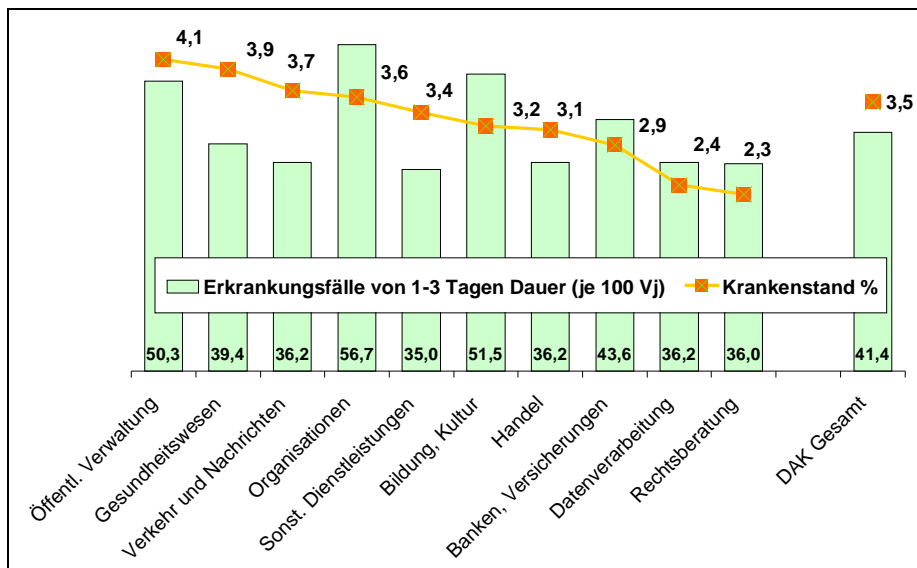


Abb. 24

Zahl der Erkrankungsfälle bis zu 3 Tagen Dauer nach Branchen (je 100 Versichertenjahre)

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Die meisten Kurzzeit-Erkrankungen werden in den Branchen "Organisationen und Verbände", "Bildung, Kultur, Medien" sowie in der "Öffentlichen Verwaltung" beobachtet. Die Anzahl von Kurzzeit-Erkrankungen liegt hier zwischen 50 und 57 Erkrankungsfällen (je 100 Versichertenjahre). Besonders geringe Fallzahlen zeigen die Branchen "Sonstige Dienstleistungen" und "Rechts- und Unternehmensberatung" sowie die "Datenverarbeitung" und der "Handel". Überraschend niedrig ist der Wert jedoch auch im "Gesundheitswesen".

Unterschiede zwischen den Branchen sind schwierig zu interpretieren

Es fällt auf, dass es offenbar keinen einfachen Zusammenhang zwischen der Höhe des Gesamtkrankenstandes und der Häufigkeit von kurzen AU-Fällen gibt: „Gesundheitswesen“ sowie „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ weisen überdurchschnittliche Gesamtkrankenstände auf, aber eine unter dem Durchschnitt liegende Zahl von Kurzzeit-Erkrankungen. Umgekehrt verhält es sich bei den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ sowie „Banken, Versicherungen“.

Diese schwierig zu interpretierenden Befunde kommen vermutlich dadurch zustande, dass eine hohe (oder niedrige) Zahl von Kurz-AU-Fällen Unterschiedliches anzeigen kann. In manchen Branchen resultiert der besonders niedrige Krankenstand offenbar zum Teil aus der Tatsache, dass eine gegebene Krankheit bei den dort Beschäftigten im Durchschnitt eine kürzere Abwesenheit vom Arbeitsplatz bedingt, als in anderen Branchen. Wenn die Beschäftigten in einer Branche besonders schnell „gesunden“, dann ergibt sich ein eher niedriger Krankenstand, aber eine vergleichsweise hohe Zahl von kurzen AU-Fällen. Eine Branche, auf die diese Hypothese zutreffen könnte, sind die „Banken, Versicherungen“.

Umgekehrt ist vorstellbar, dass in bestimmten Branchen kurze AU-Fälle nur vergleichsweise selten auftreten, weil die Beschäftigten wissen, dass ihre Kollegen dann entsprechend mehr arbeiten müssen, weil die Arbeit nicht „liegen bleiben“ kann (z.B. "Gesundheitswesen", "Verkehr"). Die hohen arbeitsbedingten Belastungen schlagen sich dann in überdurchschnittlich vielen längeren Krankheitsfällen nieder, was einen hohen Krankenstand bedingt.

Welche Erkrankungen verbergen sich hinter kurzen Arbeitsunfähigkeiten?

Während der Gesamtkrankenstand überwiegend von langwierigeren Erkrankungen mit z. T. chronischen Verläufen beeinflusst wird, sind für den Krankenstand, der durch Kurzzeit-Erkrankungen bis zu 3 Tagen Dauer verursacht wird, insbesondere häufige Erkrankungen mit kurzen Genesungsdauern maßgeblich.

Die wichtigste Krankheitsart bei kurzen Arbeitsunfähigkeiten sind mit einem Anteil von 31% am Kurzzeit-Krankenstand die Erkrankungen des Atmungssystems. Mit 27 % haben sie auch den höchsten Anteil an den kurzen Erkrankungsfällen.

Zweitwichtigste Erkrankungsart sind Erkrankungen des Verdauungssystems, mit einem Anteil von 18 % am Krankenstand bis zu drei Tagen Dauer. Jedes fünfte Attest mit einer Krankschreibungsdauer von bis zu drei Tagen trägt eine Diagnose aus dem ICD-Kapitel "Erkrankung des Verdauungssystem". An dritter Stelle liegen Infektionen mit einem Anteil von 12 % am Kurzzeitkrankenstand und von 11 % an den kurzen Erkrankungsfällen. Diese drei Diagnosen verursachen also mehr als 60 % der Ausfalltage und ebenfalls fast 60 % aller Krankmeldungen.

Erkrankungen mit längerer durchschnittlicher Falldauer, wie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Verletzungen, Erkrankungen des Kreislaufsystems und psychische Erkrankungen, die in ihrer Bedeutung für den Gesamtkrankenstand an vorderer Stelle stehen, haben für den Kurzzeit-Krankenstand eine deutlich nachgeordnete Bedeutung.

Krankheiten des Atmungssystems sind für die meisten Kurz-AU-Fälle verantwortlich

Abbildung 25

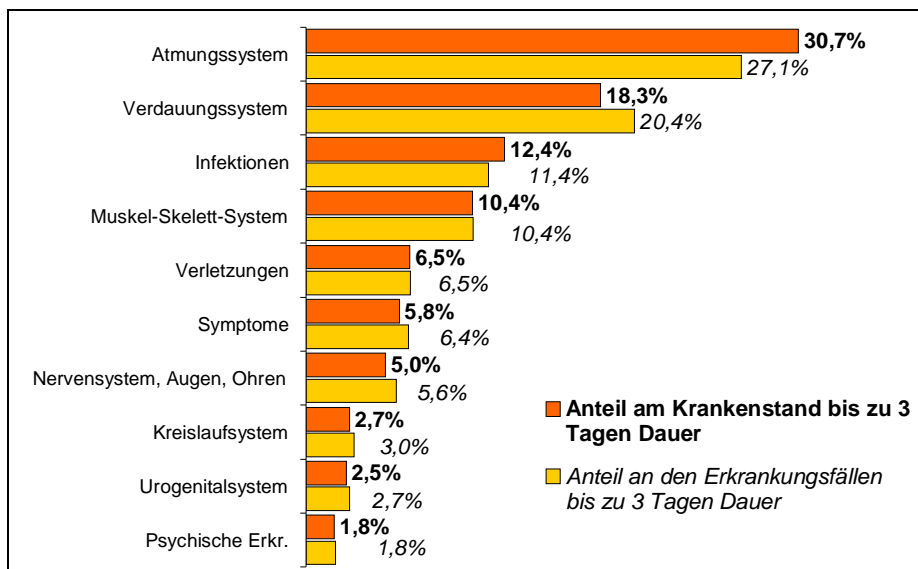


Abb. 25

Anteil der Diagnosen am Krankenstand und an den Erkrankungsfällen bis zu 3 Tagen Dauer

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Tabelle 2: Die wichtigsten Einzeldiagnosen (Erkrankungen bis zu 3 Tagen Dauer)

| Diagnose | ICD 10 | Anteil am Krankenstand bis zu 3 Tagen | KZE-Tage (je 100 V)j | Anteil an Erkrankungsfällen bis zu 3 Tagen | KZE-Fälle (je 100 V)j |
|--|--------|---------------------------------------|----------------------|--|-----------------------|
| Akute Infektionen der oberen Atemwege | J06 | 9,9% | 8,4 | 8,7% | 3,6 |
| Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis | K52 | 6,9% | 5,8 | 6,5% | 2,7 |
| Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs | A09 | 6,9% | 5,9 | 6,5% | 2,7 |
| Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates | K08 | 5,0% | 4,2 | 6,4% | 2,7 |
| Rückenschmerzen | M54 | 5,2% | 4,4 | 5,1% | 2,1 |
| Akute Bronchitis | J20 | 3,9% | 3,3 | 3,4% | 1,4 |
| Gastritis und Duodenitis | K29 | 2,5% | 2,1 | 2,7% | 1,1 |
| Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet | J40 | 2,7% | 2,3 | 2,3% | 1,0 |
| Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation | B34 | 2,7% | 2,2 | 2,3% | 1,0 |
| Grippe, Viren nicht nachgewiesen | J11 | 2,5% | 2,1 | 2,2% | 0,9 |
| Akute Tonsillitis | J03 | 2,3% | 2,0 | 2,1% | 0,9 |
| Akute Sinusitis | J01 | 2,3% | 1,9 | 2,0% | 0,8 |
| Migräne | G43 | 1,3% | 1,1 | 1,6% | 0,7 |
| Bauch- und Beckenschmerzen | R10 | 1,3% | 1,1 | 1,5% | 0,6 |
| Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion | T14 | 1,5% | 1,3 | 1,5% | 0,6 |
| Akute Pharyngitis | J02 | 1,5% | 1,3 | 1,4% | 0,6 |
| Chronische Sinusitis | J32 | 1,4% | 1,2 | 1,2% | 0,5 |
| Kopfschmerz | R51 | 0,9% | 0,8 | 1,1% | 0,5 |
| Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten | B99 | 1,1% | 0,9 | 1,0% | 0,4 |
| Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs | K00 | 0,7% | 0,6 | 0,9% | 0,4 |
| Summe | | 62,6% | 52,8 | 60,5% | 25,0 |

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Die 20 wichtigsten Diagnosen der Kurzzeit-Erkrankungen bis zu 3 Tagen Dauer verursachen zusammen mehr als 60 % des Kurzzeitkrankenstandes bzw. der Kurzerkrankungen. Es überwiegen Erkrankungen des Atmungssystems sowie des Verdauungssystems.

Die wichtigsten Einzeldiagnosen

Infektionen der Atemwege, Bronchitis, Sinusitis (Nebenhöhlenentzündung), Tonsillitis (Mandelentzündung), Pharyngitis (Rachenentzündung) sowie grippale Infekte verursachen 26,5 % des Kurzzeitkrankenstandes und 23,2 % der Kurzzeit-Erkrankungsfälle.

Zu den Erkrankungen des Verdauungssystems zählen neben Zahnerkrankungen vor allem nicht infektiöse Gastroenteritis und Kolitis (Magen-Darm-Infektionen) sowie Gastritis und Duodenitis (Magen und Zwölffingerdarmerkrankungen). Diarrhoe (Durchfallerkrankungen) und Gastroenteritis mit vermutlich infektiösem Ursprung sind der Krankheitsart "Infektionen" zugeordnet. Rechnet man sie ebenfalls der Gruppe der Erkrankungen des Verdauungsapparates zu, so entfallen insgesamt 22 % des Krankenstandes und 23,1 % aller Erkrankungsfälle bis zu 3 Tagen Dauer auf Erkrankungen des Verdauungssystems.

Weitere wichtige Erkrankungen sind Rückenschmerzen (M54: 5,2 % des Krankenstandes und 5,1 % der Erkrankungsfälle), sonstige Virus- und Infektionserkrankungen (B34/B99: 3,8% und 3,3%), Verletzungen (T14: 1,5 % und 1,5 %), Migräne und Kopfschmerz (R51, G43: 2,3% und 2,8 %) sowie Bauch- und Beckenschmerzen (R10: 1,3 % und 1,5 %).

Kurze Fehlzeiten – ein betriebliches Problem?

Die DAK hat im Frühjahr 2004 in telefonischen Interviews Personalverantwortliche aus 16 überwiegend mittelständischen Betrieben sowie drei Vertreter von Gewerkschaften und vier von Arbeitgeber- bzw. Wirtschaftsverbänden befragt.

Negative Auswirkungen kurzer Fehlzeiten in fast allen Betrieben

Kurze Fehlzeiten haben aus Sicht der Personalverantwortlichen und der Vertreter von Arbeitgeberorganisationen erhebliche negative Auswirkungen in den Betrieben: Die Arbeitsplanung wird durcheinander gebracht, es müssen Umorganisationen stattfinden und Vertretungsregelungen getroffen werden, die vertretenden Kollegen müssen eine Mehrbelastung tragen, wodurch in manchen Betrieben Überstundenzuschläge anfallen, z.B. wenn Mitarbeiter aus dem „Frei“ geholt werden müssen. Im Gesundheitswesen kann es wegen der ohnehin knappen Personaldecke zur Beeinträchtigung der Patientenversorgung kommen, in anderen Branchen (z.B. im Vertriebsbereich) zu Geschäftsausfällen. Auch in Bereichen mit Just-in-Time-Lieferung können Probleme entstehen, weil Liefertermine nicht eingehalten werden. Besonders gravierend sind die Kurz-AU-Fälle für Kleinbetriebe, die kaum Personalreserven haben, um kurzfristige Ausfälle zu kompensieren.

Kurze Fehlzeiten stellen jedoch nicht nur unter Kosten- und ablauforganisatorischen Gesichtspunkten eine Belastung dar. Kommt der Verdacht auf, dass Fehlzeiten missbraucht werden, kann das erheblich auf die Stimmung innerhalb des Unternehmens drücken und die Arbeitsmotivation und damit die Qualität und Produktivität zusätzlich beeinträchtigen.

Auf den letztgenannten Aspekt haben auch Gewerkschaftsvertreter hingewiesen: Das Hauptproblem bei Kurzzeit-Erkrankungen sei, dass die bei immer dünnerer Personaldecke die Kollegen für die arbeitsunfähigen Beschäftigten mitarbeiten müssen.

Als Fazit aus diesem Meinungsbild lässt sich festhalten: Kurze Fehlzeiten wirken sich zwar wenig auf die Kennziffer "Krankenstand" aus, sie sind für die Unternehmen jedoch ausgesprochen störend und auch kostentreibend.

"Gerade bei immer dünner werdender Personaldecke sind Kurzzeit-Erkrankungen eine große Belastung, da die Arbeit von den ohnehin schon stark beanspruchten Kollegen mit übernommen werden muss. Die Grenzen zwischen Krankheit und Unkollegialität werden fließend."

*Ulrike Teske,
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
(ver.di)*

Sind kurze Arbeitsunfähigkeiten gerechtfertigt?

Die Diskussion um kurze Fehlzeiten ist vielfach stark emotional besetzt und wird leicht zum "betrieblichen Zankapfel". Dem liegt die Einschätzung vieler Unternehmensleitungen – aber bisweilen auch von Beschäftigten – zugrunde, dass ein nennenswerter Teil der Ausfallzeiten nicht gerechtfertigt seien, dass Beschäftigte also von der Möglichkeit, sich arbeitsunfähig zu melden großzügiger Gebrauch machen, als gesundheitlich zwingend erforderlich ist.

Die Personalverantwortlichen wurden um eine Einschätzung gebeten, wie groß wohl der Anteil der Beschäftigten ist, der sich arbeitsunfähig meldet, obwohl sie gesundheitlich durchaus in der Lage wären zu arbeiten. Von 16 Befragten sahen sich lediglich zwölf zu einer Einschätzung in der Lage: Sechs Befragte meinten, dieser Anteil läge niedrig, unter 10% oder höchstens bei 20%. Weitere vier waren der Meinung, dieser Anteil läge bei einem Drittel bzw. bei bis zu 50%. Zwei Befragte schließlich schätzen den Anteil auf 60% oder sogar 75%.

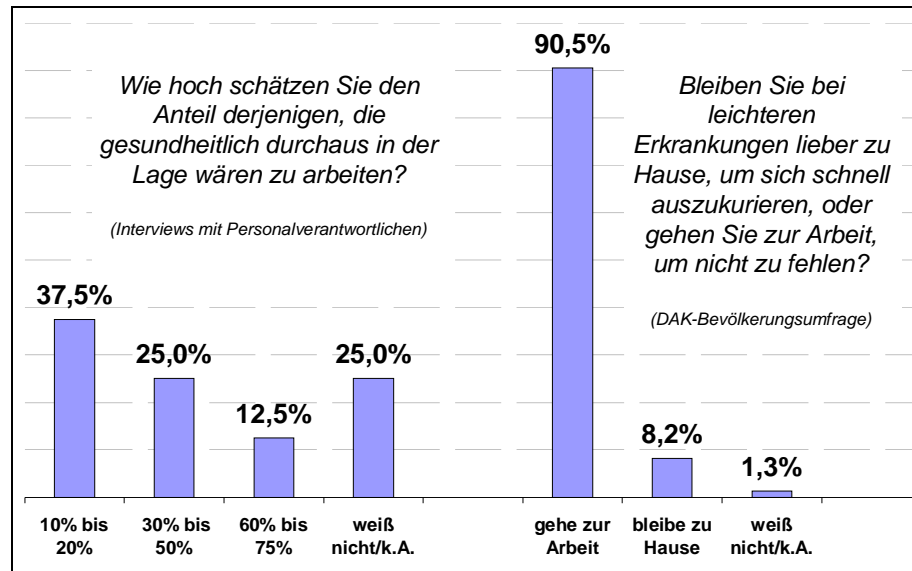
Damit zeigen die Einschätzungen der Personalverantwortlichen ein anderes Bild als die Angaben der für den DAK-Gesundheitsreport befragten Beschäftigten: Nur etwa 8 % sagten, dass sie bei leichteren Erkrankungen lieber ein oder zwei Tage der Arbeit fernbleiben, um sich auszukurieren. 91 % gaben dagegen an, dass sie zur Arbeit gehen, um nach Möglichkeit nicht am Arbeitsplatz zu fehlen. In Abbildung 26 sind die Antworten beider Befragtengruppen gegenüber gestellt.

"Kurze Fehlzeiten sind vor allem für kleinere Betriebe eine große Belastung. Ein Teil der Beschäftigten könnte vermutlich auch mit einer leichten gesundheitlichen Beeinträchtigung zur Arbeit kommen."

*Dr. Volker Hansen,
Bundesvereinigung der Deutschen
Arbeitgeberverbände (BDA)*

Abbildung 26

Abb. 26
Einschätzung der Vermeidbarkeit von kurzen AU-Fällen (Personalverantwortliche, linke Grafik) **sowie Verhalten bei leichten Erkrankungen** (Beschäftigte, rechts)



Quelle: Befragung von 16 Personalverantwortlichen/
 DAK-Gesundheitsbarometer

Personalverantwortliche: Lieber auskurieren, als krank in den Betrieb

Nimmt man die Selbsteinschätzung der befragten Beschäftigten zum Maßstab, dann geht Tag für Tag eine größere Zahl von zumindest leicht Erkrankten an ihre Arbeitsplätze. Damit zeigen sie ein Verhalten, das die Vertreter der Arbeitgeber so nicht von ihnen erwarten: Fast alle befragten Personalverantwortlichen stimmten der Aussage zu, dass es vielfach sinnvoller sei, wenn die Beschäftigten ein, zwei Tage zu Hause bleiben und sich auskurieren, als wenn sie krank in den Betrieb kommen. Insbesondere im Zusammenhang mit ansteckenden Krankheiten sowie bei Berufen, in denen überdurchschnittlich viel Kontakt mit anderen Menschen besteht, wird dies befürwortet.

Die Befragung der Personalverantwortlichen bietet also ein widersprüchliches Bild: Zum einen wird einhellig betont, dass man kranke Beschäftigte am Arbeitsplatz nicht für sinnvoll hält, zum anderen wird von manchen Befragten nach wie vor ein gewisser Missbrauch vermutet.

Besonders interessant sind die Erfahrungen der Beschäftigten in dieser Hinsicht: Auf die Frage, wie sich ihr Betrieb verhält, wenn sich jemand beispielsweise wegen einer Grippe zwei Tage lang krank meldet, antworteten mehr als drei Viertel (77 %), dass der Betrieb wisse, dass die meisten Beschäftigten erst zu Hause bleiben, wenn sie so krank sind, dass es wirklich keinen Zweck hat. Nur 17 % meinen, ihr Betrieb sei grundsätzlich misstrauisch und möchte am liebsten bei jeder noch so kleinen Erkrankung eine ärztliche Krankenschreibung sehen. Die übrigen sind unentschlossen oder machen keine Angaben zu der Frage.

Drei Viertel der Beschäftigten berichten, dass ihr Betrieb ihnen Vertrauen entgegen bringt

Die Missbrauchsvermutung im Zusammenhang mit kurzen Fehlzeiten ist also nach wie vor präsent, aber in der Mehrzahl der Betriebe spielt sie derzeit offenbar keine sehr große Rolle. Dies ist aus Sicht der DAK sehr zu begrüßen, weil Misstrauen zwischen Beschäftigten und Unternehmensleitungen keine gute Basis für Leistung, Erfolg und Zufriedenheit aller Beteiligten ist.

Trotzdem ist zu konstatieren, dass bezüglich des Phänomens kurzer Arbeitsunfähigkeiten Unsicherheiten und Vermutungen relativ weit verbreitet sind. In dem folgenden Exkurs werden wissenschaftliche Ansätze zur Erklärung von Fehlzeiten referiert.

Trotzdem: Unsicherheit ist weit verbreitet

Exkurs: Wissenschaftliche Ansätze zur Erklärung häufiger Kurzzeit-Erkrankungen

Absentismus, Fehlzeiten, Krankfeiern, Arbeitsunfähigkeitszeiten – diese Begriffe werden fälschlicherweise oft synonym verwendet.

Unter "Absentismus" wird laut "Handwörterbuch des Personalwesens"⁵ eine *"im Zusammenhang mit Fehlzeiten auftretende spezielle Verhaltensweise"* verstanden, die *"dem motivational bedingten, durch das Individuum entscheidbaren Entschluss zur Abwesenheit entspricht. Die Verpflichtung, zur Arbeit zu erscheinen, wird dabei missachtet"*.

Definition von "Absentismus"

Diese etwas sperrige wissenschaftliche Definition sagt also aus, dass im Fall von "Absentismus",

- der Mitarbeiter sich bewusst dazu entscheidet, nicht zur Arbeit zu erscheinen (obwohl er dazu durchaus in der Lage wäre)
- und die Entscheidung zum Fehlen bei der Arbeit auf Probleme der (Arbeits-)motivation zurückzuführen ist.

⁵ vgl. Nieder, Peter: Absentismus. In E. Gaugler & W. Weber (Hrsg.), Handwörterbuch des Personalwesens (S. 1 – 9) Stuttgart: Poeschel.

Im Unterschied zu einer berechtigten "Arbeitsunfähigkeit" (vgl. Abbildung 27, Feld 1) handelt es sich beim "Absentismus", um das Fehlen bei der Arbeit, obwohl ein Arbeitnehmer "gesund" ist (Feld 2).

Mit "Absentismus" wird also nur ein sehr kleiner Teil der Abwesenheiten bezeichnet. Dieser Teil der Fehlzeiten ist jedoch für ein Unternehmen von besonderer Bedeutung, da er als "vermeidbar" angesehen wird.

Abb. 27

Szenarien von Ab- und Anwesenheit bei Krankheit und Gesundheit

Abbildung 27

| | Krankheit | Gesundheit |
|------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Abwesenheit/ Krankmeldung | ① Arbeitsunfähigkeit | ② Absentismus, "Blaumachen" |
| Anwesenheit | ③ Anwesenheit trotz Erkrankung | ④ Arbeitsfähigkeit |

Quelle: eigene Darstellung

Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit kann schwierig sein

Vielfach bestehen unterschiedliche Auffassungen darüber, wann es sich um eine gerechtfertigte Arbeitsunfähigkeit handelt, und wann "Blau gemacht" wird. Diese Streitigkeiten kommen vor allem dadurch zustande, dass zwischen den einzelnen Feldern "Graubereiche" bzw. "Ermessensspielräume" bestehen, die eine objektive Zuordnung nicht immer möglich machen:

- Die Grenzen zwischen Krankheit und Gesundheit sind fließend. Zwischen "objektiv krankheitsbedingten" (Feld 1) und "Krankheit vortäuschenden Fehlzeiten" (Feld 2) kann – insbesondere bei leichten und damit in der Regel Kurzzeit-Erkrankungen – auch vom attestierenden Arzt nicht immer genau unterschieden werden. Hier kann es insbesondere zwischen der Wahrnehmung des Arbeitgebers und der Kollegen und dem Krankheitsempfinden des Betroffenen zu unterschiedlichen Auffassungen kommen.

- Es kann den einzelnen Fehlzeitenereignissen nicht angesehen werden, inwieweit sie der willentlichen Einflussnahme der fehlenden Person unterliegen. Bei leichten Erkrankungen, bei denen unter Umständen ein gewisser Ermessensspielraum besteht, unterliegt die Frage, ob ein Mitarbeiter mit einer vorliegenden Erkrankung zu Hause bleibt (Feld 1) oder dennoch zur Arbeit geht (Feld 3), einer "Abwesenheitsentscheidung".

Diese Entscheidung wird vor allem durch Faktoren wie Betriebsklima und Arbeitsmotivation beeinflusst. Ein Mitarbeiter mit einer leichten Erkrankung, z. B. einer Erkältung, tendiert eher dazu, sich krank zu melden, wenn er sich im Unternehmen nicht wohl fühlt.

Neben einer guten Arbeitsmotivation gibt es auch negative "Anreize", die Mitarbeiter dazu bringen, trotz Erkrankung zur Arbeit zu gehen (Feld 3). Hierzu gehören z. B. ein hoher Arbeitsdruck und eine geringe Arbeitsplatzsicherheit.

Das Empfinden, dass man bei der Arbeit erscheinen muss, auch wenn man zu krank, überlastet oder erschöpft ist, um produktiv zu sein, wird im Englischen mit dem Begriff "presenteeism", zu deutsch "Präsentismus" bezeichnet⁶. In einer niederländischen Studie beantworteten 63,2 % der Befragten, die Frage, ob es vorgekommen sei, dass sie in den letzten 12 Monaten zur Arbeit gegangen seien, obwohl sie sich eigentlich hätten krank melden sollen⁷ mit "Ja, einmal" oder sogar "Ja, mehr als einmal".

Die Ergebnisse des DAK-Gesundheitsbarometers zeigen, dass auch in Deutschland – zumindest bei leichten Erkrankungen – eine deutliche Neigung vorhanden ist, trotz eingeschränkter Gesundheit der Arbeit weiter nachzugehen (vgl. oben Abbildung 26).

Geht ein Mitarbeiter krank zur Arbeit, besteht die Gefahr, die Krankheit zu verschleppen, d. h. den Genesungsprozess zu verlängern, oder die Erkrankung sogar zu verschlimmern. Dies kann also weder im Sinne der Beschäftigten, noch im Sinne des Arbeitgebers sein, da tatsächlich kranke Mitarbeiter nicht oder nur sehr eingeschränkt leistungsfähig sind. Dieser Aspekt tritt bei der Diskussion um geeignete Maßnahmen zur Verringerung des Kurzzeitkrankenstandes oftmals in den Hintergrund. Maßnahmen dürfen nicht dazu führen, die bloße Anwesenheit der Mitarbeiter "um jeden Preis" zu erhöhen.

Betriebsklima und Arbeitsmotivation beeinflussen die Entscheidung

Es gibt auch "Präsentismus"

Gefahr der Verschleppung von Krankheiten

⁶ vgl. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: "Presenteeism among sick workers" unter www.eurofound.ie/working/2003/12

⁷ Ergebnisse des TNO Work Situation Survey. Die Befragung wurde 2000 und 2002 mit insgesamt 4000 Angestellten und Selbständigen in den Niederlanden durchgeführt. Vgl. dazu: Aronsson, G. et al: "Sick but yet at work; an empirical study of sickness presenteeism" In: Journal of Epidemiological & Community Health, 54, 2000

Erklärungsmodelle für "Absentismus"

Die Ursachen häufiger Kurzzeit-Erkrankungen sind in einer Vielzahl von Untersuchungen analysiert worden. Für den Arbeitgeber ist es besonders wichtig zu wissen, welche Ursachen sich aus dem Zusammenhang mit der Arbeit ergeben, d. h. an welchen Punkten sich Ansatzmöglichkeiten für betriebliche Maßnahmen zur Senkung des Kurzzeitkrankenstandes ergeben.

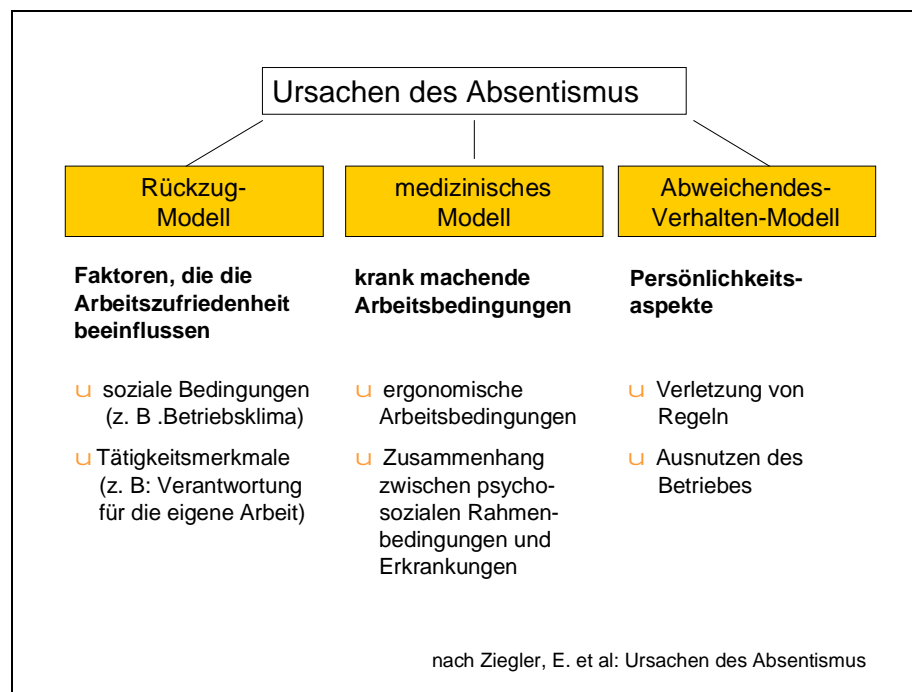
Daher stehen insbesondere diejenigen Fehlzeiten im Mittelpunkt des Interesses, die als "vermeidbar" gelten. Unabhängig von der Bewertung des Einzelfalles ist es also wichtig, mögliche Ursachen für Kurzzeit-Erkrankungen sowie Faktoren zu kennen, die einen Einfluss auf die "Abwesenheitsentscheidung" des Arbeitnehmers haben.

In einem von Wissenschaftlern⁸ aufgestellten Modell werden drei theoretische Erklärungsansätze unterschieden:

Abbildung 28

Abb. 28

Ursachen des Absentismus



Quelle: eigene Darstellung nach Ziegler, E. et al (1996)

⁸ Ziegler, Elke; Udris, Ivars, Büssing, André; Boos, Margarete; Baumann, Uwe: Ursachen des Absentismus: Alltagsvorstellungen von Arbeitern und Meistern und psychologische Erklärungsmodelle in ZfA&O 4/1996

Das "Rückzug-Modell"

Das Rückzug-Modell sieht das Motiv für Absentismus darin, sich zeitweilig von unzufrieden machenden, negativen Seiten der Arbeitstätigkeit zurückzuziehen. Dies sind insbesondere fehlende Arbeitszufriedenheit und eine geringe Zugehörigkeit zur Organisation.

Geringe Arbeitszufriedenheit führt zum Rückzug

Faktoren, die die Arbeitszufriedenheit beeinflussen sind z. B. soziale Bedingungen, wie das Betriebsklima, das Führungsverhalten des Chefs und die Zusammenarbeit mit den Kollegen, aber auch bestimmte Merkmale, die die ausgeführte Tätigkeit kennzeichnen, z. B. die Verantwortung für die eigene Arbeit, der Handlungs- und Entscheidungsspielraum, Entwicklungsmöglichkeiten usw.

Sinkt die Arbeitszufriedenheit weil die Arbeitszufriedenheit begünstigende Faktoren fehlen oder sogar Arbeitsbedingungen existieren, die zu einer Unzufriedenheit oder sogar zur Frustration führen, so kommt es zu einem "Rückzug" aus dem Arbeitsleben, der sich in gehäuften (Kurzzeit-)Arbeitsunfähigkeiten ausdrücken kann.

In diesen Zusammenhang kann auch das Phänomen der "Inneren Kündigung" eingeordnet werden. Bei der "Inneren Kündigung" ist der Beschäftigte zwar körperlich im Betrieb anwesend, er erbringt jedoch aufgrund psychischer Abwesenheit keine Leistung. Dies kann ebenfalls aufgrund fehlender Arbeitsmotivation, d. h., aus Frustration oder Resignation heraus geschehen. Interessanterweise wird die Gruppe der "Inneren Kündiger" kaum im Zusammenhang mit den "Blaumachern" thematisiert, obwohl sowohl die Ursachen als auch die Folgen, nämlich, dass die Arbeitsleistung verweigert wird, die gleichen sind. Die eine Form der Abwesenheit passiert lediglich auch physisch *außerhalb* des Betriebes, während die "Innere Kündigung" als Abwesenheit *am* Arbeitsplatz bezeichnet werden kann.

"Fehlende Wertschätzung ist der Grund für einen nicht unerheblichen Teil des Krankenstandes. Viele Beschäftigte haben das Gefühl, überflüssig zu sein und fühlen sich dadurch tatsächlich krank."

*Ulrike Teske,
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
(ver.di)*

Das "Medizinische Modell"

Das Medizinische Modell versteht Absentismus als Gesundheitsverhalten. Wenn die physische und psychische Gesundheit durch Umgebungseinflüsse aus der Arbeit beeinträchtigt wird, ist das Fernbleiben von der Arbeit Ausdruck von Beanspruchung bzw. Ausdruck einer Stressbewältigungsstrategie.

Abwesenheit als Strategie zur Bewältigung von Stress

Im betrieblichen Kontext gelten Arbeitnehmer, die sich auch bei geringfügigen Beschwerden krank melden, oft als "wehleidig" und "überempfindlich" und werden schnell der Gruppe der "Krankfeierer" zugeordnet.

Das "Abweichendes Verhalten-Modell"

**Verletzung von
Regeln, Verweige-
rung**

Das "Abweichende Verhalten-Modell" sucht Gründe für den Absentismus in Persönlichkeitsaspekten, d.h. in bestimmten Charaktereigenschaften von Personen, die – aus Trotz oder Frust oder einfach nur aus einer persönlichen Verfassung heraus, betriebliche Regeln verletzen und den Betrieb und das soziale Netz ausnutzen. Die Ursachen für die Verweigerung der Arbeitsleistung wird hier überwiegend in der persönlichen Veranlagung – unabhängig von den Gegebenheiten im Betrieb gesucht. Unternehmen, die sich den betrieblichen Absentismus ausschließlich mit diesen Persönlichkeitsaspekten erklären, tendieren eher dazu, Überwachungssysteme einzuführen und Fehlzeiten durch den Einsatz von Belohnungs- und Bestrafungsmechanismen zu "kontrollieren".

**In der Realität
dürften stets meh-
rere Aspekte
gleichzeitig von
Bedeutung sein**

Im betrieblichen Alltag wird die Ursache für eine hohe Zahl von (Kurzzeit-)Fehlzeiten meistens nicht nur in *einem* der dargestellten Erklärungsmodelle zu finden sein. Vielmehr spielen tatsächlich vorliegende Beschwerden, die Arbeitsmotivation und persönliche Faktoren bei der oben bereits erwähnten "Abwesenheitsentscheidung" eines Beschäftigten zusammen. Eine differenzierte Betrachtung der verschiedenen Erklärungsansätze ist jedoch hilfreich, um die Hintergründe von Abwesenheiten zu verstehen und – so sich Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Absentismusproblematik finden lassen - mit geeigneten Mitteln gegenzusteuern.

Arztbesuch und Attestpflicht bei kurzen Arbeitsunfähigkeiten – Stellenwert und Wirksamkeit

Kurze Arbeitsunfähigkeiten sind für die Betriebe ein Problem – das haben die befragten Personalverantwortlichen und die Verbandsvertreter bestätigt. Bevor wir auf die Frage kommen, was zur Verhütung oder Verminderung von Kurzzeit-Erkrankungen getan wird bzw. werden kann, soll noch ein Themenbereich untersucht werden, der aus einer gesundheitspolitischen Perspektive von Bedeutung ist: Viele dieser Krankheitsfälle sind mit einer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens verbunden, also mit einem Arztbesuch und in zahlreichen Fällen sicher auch mit der Verordnung eines Arzneimittels.

Jede Kurz-AU ist mit einem Arztbesuch verknüpft

Angesichts der immer knapper werdenden Mittel muss die Frage erlaubt sein, inwieweit es sich hier um eine sinnvolle Nutzung unseres Gesundheitswesens handelt. Zugespitzt formuliert: Gehen die erkrankten Beschäftigten zum Arzt weil sie medizinische Hilfe benötigen oder weil sie einen "gelben Schein" vorlegen müssen? Welche Bedeutung haben der Arztbesuch und die Attestpflicht aus Sicht der Beteiligten?

Wird medizinische Hilfe benötigt oder nur ein "gelber Schein"?

Regelungen zur Vorlage einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Rechtlich sind die Bestimmungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG) maßgeblich: Demnach muss der Arbeitnehmer seinem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer unverzüglich mitteilen. Ein ärztliches Attest muss er erst vorlegen, wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage andauert. Die Bescheinigung darüber ist spätestens am vierten Tag der Erkrankung beim Arbeitgeber vorzulegen (§ 5 EFZG). Darüber hinaus legt das Gesetz – ohne weitere präzisierende Angaben – fest, dass der Arbeitgeber berechtigt ist, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung früher zu verlangen (§ 5 Satz 3 EFZG).

Das Entgeltfortzahlungsgesetz enthält Regelungen zur Attestpflicht

In den Betrieben der 16 für den DAK-Gesundheitsreport befragten Personalverantwortlichen gelten folgende Regelungen: In zwei Betrieben besteht die Attestpflicht ab dem ersten Tag ausnahmslos für alle Mitarbeiter und in einem weiteren Unternehmen gilt diese Regelung für sämtliche gewerblichen Beschäftigten, während die Angestellten dort bis zum vierten Tag Zeit haben, ein Attest zu bringen. In den übrigen 13 Betrieben besteht die Attestpflicht generell ab dem vierten Krankheitstag sowie in begründeten Einzelfällen ab dem ersten Tag.

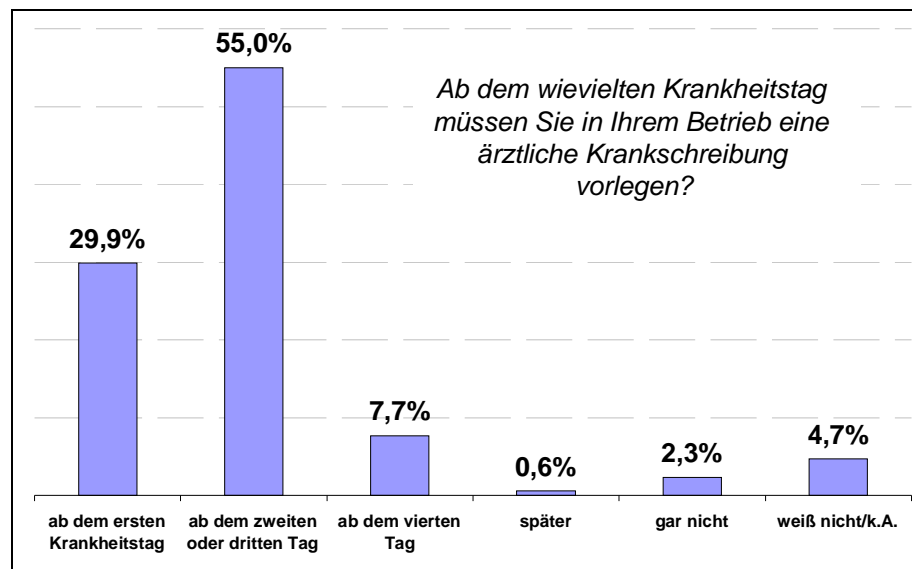
Tatsächliche Praxis der Attestpflicht in den Unternehmen der 16 Personalverantwortlichen

Fast ein Drittel der befragten Beschäftigten muss bereits am ersten Krankheitstag ein Attest vorlegen

Ein ganz anderes Bild zeigt sich, wenn man die Beschäftigten befragt (Abbildung 29): Fast 30 % geben an, dass sie schon ab dem ersten Krankheitstag ein ärztliches Attest vorlegen müssen, 55 % meinen, ab dem zweiten oder dritten Tag ein Attest vorlegen zu müssen und nur 7,7 % nennen den vom Gesetz vorgesehenen Normalfall der Attestpflicht ab dem vierten Tag. Die übrigen wissen nicht genau, ab wann sie ein Attest vorlegen müssen oder machen keine Angabe hierzu. Fast die gleichen Zahlen wurden von der DAK im Jahr 1999 schon einmal ermittelt (vgl. den DAK-Gesundheitsreport 2000).

Abbildung 29

**Abb. 29
Regelungen zur
Attestpflicht in den
Betrieben**



Quelle: DAK-Gesundheitsbarometer (März 2004)

Es ist möglich, dass die Mehrheit der Befragten die in ihrem Betrieb geltende gesetzliche Regelung falsch interpretiert und meint, bereits am dritten (statt am vierten) Krankheitstag ein Attest vorlegen zu müssen. Immerhin ein knappes Drittel gibt jedoch an, bereits ab dem ersten Krankheitstag ein Attest vorlegen zu müssen.

Auf teilweise Unkenntnis oder Unsicherheit der Beschäftigten hinsichtlich der genauen Attestbestimmungen deuten auch die Antworten der Personalverantwortlichen hin, die gefragt wurden, zu welchem Anteil die Beschäftigten eine Krankschreibung bereits am ersten Krankheitstag vorlegen, obwohl es erst ab dem vierten Tag erforderlich wäre. Von den 13 Befragten, in deren Unternehmen die normale gesetzliche Regelung gilt, schätzten fünf den Anteil der Beschäftigten, die früher als notwendig ein Attest bringen auf mindestens drei Viertel, weitere fünf auf zwischen einem Drittel und der Hälfte. Nur drei hatten den Eindruck, dass die Mehrzahl der Beschäftigten das Attest im Regelfall erst am vierten Tag vorlegt.

Möglicherweise verspüren viele erkrankte Arbeitnehmer ein starkes Bedürfnis, jede Abwesenheit bei der Arbeit – auch wenn sie absehbar nur sehr kurz sein wird – durch eine ärztliche Bescheinigung zu legitimieren.

Wie gehen die Beschäftigten mit alltäglichen Erkrankungen und der Attestpflicht um?

Wie wird bei häufigen und meist harmlosen Erkrankungen konkret verfahren? Auf die Frage nach dem Umgang mit leichten Erkrankungen wie einer Erkältung, einer Magen-Darm-Verstimmung oder einer Prellung antworteten fast alle Befragten (96,5 %), dass sie zunächst versuchen, sich selbst auszukurieren. Lediglich 3 % geben an, möglichst rasch einen Arzt aufzusuchen, 0,5 % machen hierzu keine Angaben.

In den Telefoninterviews bekennen sich die Beschäftigten also fast ausnahmslos zu einer zurückhaltenden Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe bei geringfügigen Erkrankungen. Doch wie passt dies mit der von immerhin 30 % angegebenen Verpflichtung zur Vorlage eines ärztlichen Attests ab dem ersten Krankheitstag zusammen? Im DAK-Gesundheitsbarometer wurde konkret gefragt, inwieweit Arztbesuche primär durch die Attestpflicht veranlasst werden:

Von den Befragten, die 2003 bzw. in den ersten gut zwei Monaten des Jahres 2004 krank geschrieben waren, gaben 15,5 % an, dass sie "nur wegen der Krankschreibung" zum Arzt gegangen sind. Schränkt man die Analyse auf die Personen ein, deren letzte Arbeitsunfähigkeit nur einen bis drei Tage gedauert hat, dann steigt dieser Anteil auf gut 21 % (Abbildung 30). Mit anderen Worten: Ein Fünftel der Arztbesuche, die zu einer Krankschreibung von wenigen Tagen führen, wird nicht primär durch den medizinischen Hilfebedarf der Betroffenen verursacht, sondern durch die tatsächliche oder vermeintliche Verpflichtung, dem Arbeitgeber ein Attest vorzulegen.

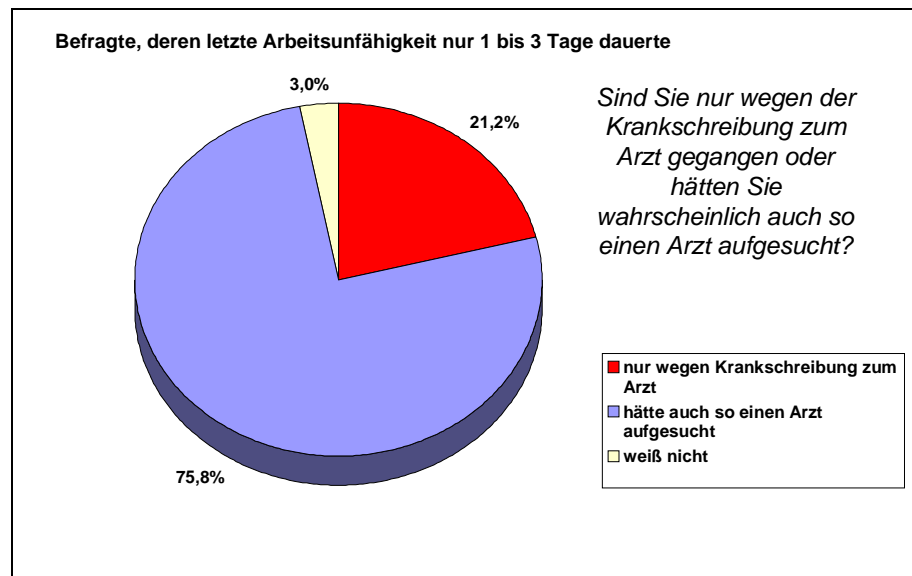
Viele Beschäftigte legen das Attest früher vor als erforderlich wäre

Fast alle Befragten versuchen, sich bei alltäglichen Erkrankungen zunächst selbst zu helfen

21 % der Arztbesuche mit Kurz-AU bis zu 3 Tagen werden durch die Attestpflicht ausgelöst

Abbildung 30

Abb. 30
Erfahrungen mit
Arztbesuchen und
Attestpflicht

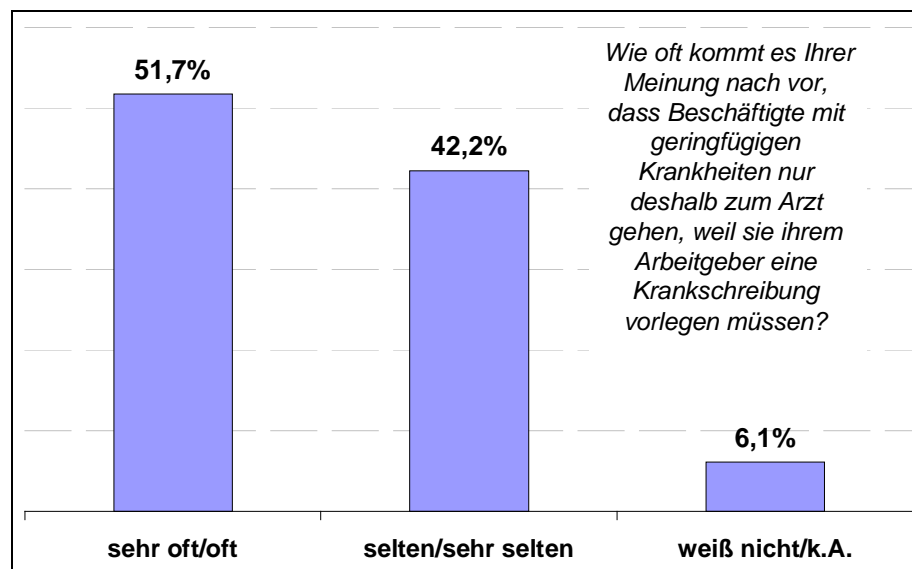


Quelle: DAK-Gesundheitsbarometer (März 2004)

Die Befragten vermuten, dass so etwas insgesamt eher noch häufiger vorkommt: Mehr als die Hälfte glaubt, dass Beschäftigte oft oder sehr oft nur wegen des Attests zum Arzt gehen (Abbildung 31).

Abbildung 31

Abb. 31
Meinungen zu
Arztbesuchen und
Attestpflicht



Quelle: DAK-Gesundheitsbarometer (März 2004)

Diese Ergebnisse werfen die Frage auf, wie groß die Zahl der Arztbesuche in Deutschland ist, die primär durch die Attestpflicht und weniger durch das Bedürfnis der Betroffenen nach medizini-

scher Hilfe veranlasst sind.

Aus der repräsentativen Umfrage der DAK unter der erwerbstätigen Bevölkerung lässt sich ableiten, dass etwa 20 % der Arztbesuche, die zu einer Krankschreibung von einem bis drei Tagen führen, nur wegen der Notwendigkeit einer ärztlichen Bescheinigung erfolgt sind.

Im Jahr 2003 zählte die DAK gut 1 Mio. solcher Kurz-AU-Fälle. Hochgerechnet auf die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt sind schätzungsweise etwa 7 Mio. solcher kurzen AU-Fälle aufgetreten. Somit errechnen sich bundesweit jährlich etwa 1,4 Millionen "attestbedingte" Arztbesuche.

**Bundesweit ca.
1,4 Millionen
"attestbedingte"
Arztbesuche**

Diese Zahl dürfte eher eine vorsichtige Schätzung darstellen, da auch bei AU-Fällen, die länger als 3 Tage dauern, von einem – wenn auch kleineren – Anteil "attestbedingter" Inanspruchnahmen auszugehen ist.

Wird länger als notwendig krank geschrieben?

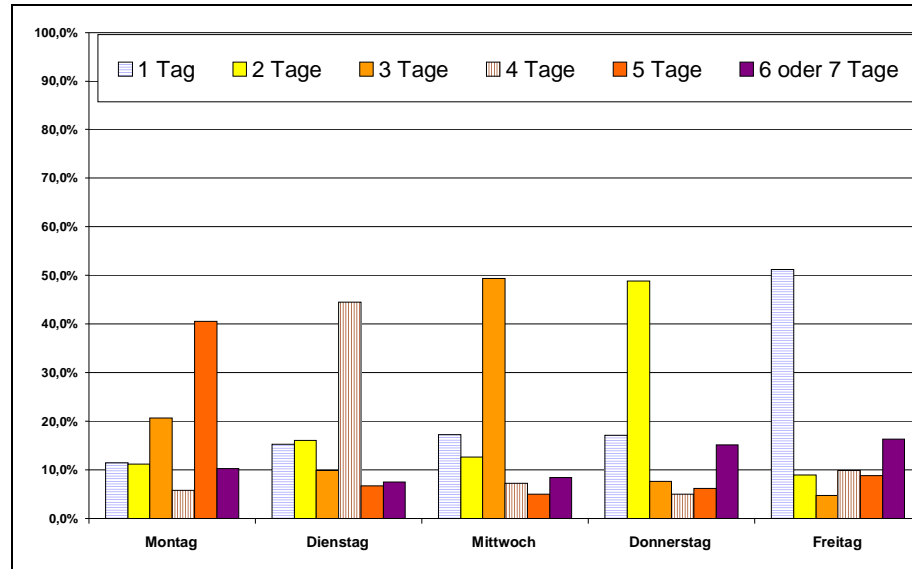
Von Seiten der Arbeitgeber wird häufig kritisiert, dass die Ärzte zu lange krank schreiben bzw. dass zumeist grundsätzlich bis zum Wochenende krank geschrieben wird. Die im Auftrag der DAK befragten Personalverantwortlichen waren mehrheitlich (10 von 16) der Meinung, dass Ärzte nur selten länger krank schreiben, als wirklich zur Genesung erforderlich. Die übrigen sechs allerdings glauben, dies komme häufig oder sehr häufig vor.

Die Ansicht, dass vielfach bis zum nächstfolgenden Wochenende krank geschrieben wird, steht im Einklang mit den AU-Daten der DAK. Abbildung 32 zeigt den engen Zusammenhang zwischen dem Wochentag an dem die AU beginnt und der Dauer der Krankschreibung: Wenn an einem Montag eine kurze Arbeitsunfähigkeit (bis 7 Tage) verordnet wird, dann dauert sie in den weitaus meisten Fällen fünf Tage, also bis zum Wochenende. 41 % aller "Montags-AU" sind Fälle von fünf Tagen Dauer. Dieses Muster einer eindeutig dominierenden AU-Dauer zeigt sich an jedem Tag der Woche: Dienstags dauern 45 % der Krankschreibungen vier Tage, Mittwochs und Donnerstags sind es 49 %, die drei bzw. zwei Tage dauern und Freitags sind die weitaus meisten Krankschreibungen (51 %) nur 1-Tagesfälle.

**Die Dauer der
AU wird häufig
durch den Ab-
stand zum Wo-
chenende be-
stimmt**

Abbildung 32

Abb. 32
Dauer der an dem
betreffenden
Wochentag
beginnenden AU-
Fälle (% , nur Fälle
bis 7 Tage)



Quelle: DAK AU-Daten 2003

Angesichts dieser Verteilung liegt es nahe zu vermuten, dass die Dauer der Arbeitsunfähigkeit in vielen Fällen eher schematisch festgelegt wird ("Rest der Woche"), ohne im Einzelfall zu prüfen, wie viele Tage Arbeitsruhe unter Berücksichtigung von Beruf und Arbeitssituation des Patienten erforderlich sind.

Mehr als ein Drittel
der Beschäftigten
meint, dass oft zu
lange krank ge-
schrieben wird.

Auch die Befragung der Beschäftigten im Rahmen des DAK-Gesundheitsbarometers bestätigt die Vermutung, dass die Dauer der Krankschreibung nicht immer der Schwere der Erkrankung angemessen ist: 37 % sind der Meinung, dass es oft oder sogar sehr oft vorkomme, dass Beschäftigte von ihrem Arzt länger krank geschrieben werden, als zur Genesung notwendig wäre (Abbildung 33).

Abbildung 33

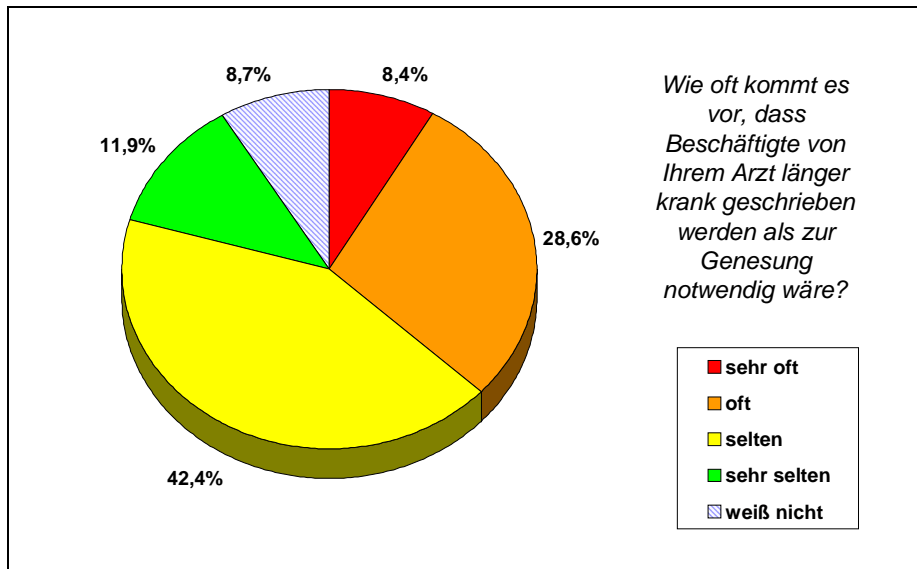


Abb. 33
Wie oft kommt es vor, dass länger als notwendig krank geschrieben wird?

Quelle: DAK-Gesundheitsbarometer (März 2004)

Wie es zu der dargestellten Praxis der Krankschreibung bis zum Wochenende kommt, inwieweit es also vor allem daran liegt – wie von Ärzten gern betont wird – dass die Patienten dies explizit so wünschen oder ob es sich teilweise um einen die Arbeit des Arztes erleichternden Schematismus handelt, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht beurteilen. Nimmt man die Aussagen der von der DAK befragten berufstätigen Bevölkerung zum Verhalten bei alltäglichen Krankheiten ernst, dann muss man jedoch zu folgender Schlussfolgerung kommen:

Die weitaus meisten Arbeitnehmer möchten, wenn sie krank sind und zur Genesung Arbeitsruhe benötigen, dass bei ihrem Arbeitgeber und den Kollegen keinesfalls der Eindruck entsteht, sie würden sich länger als unbedingt notwendig der Arbeit entziehen. Sie haben daher kein Interesse an ungerechtfertigt langen oder schematisch immer bis zum Wochenende reichenden Krankschreibungen. Was sie eigentlich erwarten, ist eine vom Arzt mit Blick auf ihre gesundheitliche und berufliche Situation möglichst präzise dosierte Verordnung von Arbeitsruhe.

Die meisten Beschäftigten wollen keine zu langen oder schematisch erfolgreichen Krankschreibungen

Ist die Attestpflicht in der bestehenden Form noch zeitgemäß?

Arztbesuche um ein Attest zu erlangen – ist das sinnvoll?

Die Ergebnisse aus der Gesundheitsbarometer-Umfrage deuten darauf hin, dass eine nennenswerte Zahl von Arztbesuchen lediglich durch die Attestpflicht verursacht wird, aber nicht durch ein Bedürfnis der Betroffenen nach ärztlicher Hilfe. Angesichts der wachsenden Aufgaben, die unser Versorgungssystem in einer alternden Gesellschaft bei immer enger werdenden Finanzierungsspielräumen schultern muss, stellt sich die Frage, ob die gegenwärtige Praxis noch zeitgemäß ist.

Am Anfang solcher Überlegungen sollte man die unmittelbar Beteiligten selbst zu Wort kommen lassen: Welchen Stellenwert haben die gegenwärtigen Regelungen bzw. die herrschende Praxis zur Attestpflicht für die Unternehmen und die Beschäftigten?

Das Attest ist für die meisten Personalverantwortlichen ein wichtiges Kontrollinstrument

Von den befragten Personalverantwortlichen halten fast alle das ärztliche Attest für wichtig – obwohl dessen "Beweiswert" durchaus angezweifelt wird. Einerseits diene es der Arbeitsplanung (wegen der Angabe der voraussichtlichen Dauer der Erkrankung). Darüber hinaus gilt es den meisten Befragten als nützliches Kontrollinstrument, das potenzielle "Blaumacher" abschreckt.

"Das ärztliche Attest ist als 'Kontrollinstrument' ungeeignet. Wichtiger ist eine Stärkung der Eigenverantwortung"

*Heiko Gosch,
Gewerkschaft Erziehung und
Wissenschaft (GEW)*

Die Wichtigkeit des ärztlichen Attests zur Verhütung von Missbrauch wird auch von den befragten Vertretern von Wirtschafts- und Arbeitgeberverbänden unterstrichen. Selbst ein Gewerkschaftsvertreter schloss sich dieser Auffassung an, wogegen ein anderer betonte, dass die soziale Kontrolle durch die Kollegen und die Eigenverantwortung der Beschäftigten sehr viel wirksamer und wichtiger seien.

Wie wichtig die Attestpflicht aus Sicht der Betriebe – aber überraschenderweise auch für eine Mehrheit der Beschäftigten ist, wird deutlich, wenn man die Antworten auf einen konkreten Änderungsvorschlag betrachtet, der beiden Gruppen im Rahmen der Untersuchung vorgelegt wurde.

Ablehnung und Skepsis gegenüber einer Lockerung der Attestpflicht

Im Sinne einer Konzentration der knappen Ressourcen im Gesundheitswesen auf die Versorgung der Kranken, könnte es sinnvoll sein, die Attestpflicht zu lockern: Wenn die Beschäftigten beispielsweise die Möglichkeit hätten, sich bis zu fünf Tage "selbst krank zu schreiben", dann könnten eventuell Arztbesuche vermieden werden, die bislang nur stattfinden, weil ein "gelber Schein" benötigt wird.

Von den Personalverantwortlichen konnte sich nur einer für diesen Vorschlag erwärmen. Elf Befragte befürworten eine Beibehaltung der bestehenden Regelung und vier möchten sie eher noch verschärfen, also grundsätzlich bereits ab dem ersten Krankheitstag eine ärztliche Bescheinigung verlangen.

Auch die befragten Beschäftigten sind mehrheitlich gegen eine Lockerung der Attestpflicht

Die Experten aus Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbänden äußerten sich in gleicher Weise, wogegen den Gewerkschaftsvertretern das Argument der Vermeidung von Arztbesuchen durchaus bedenkenswert erschien.

Interessanterweise liegt eine Lockerung der Attestpflicht offenbar auch nicht im Interesse der Beschäftigten: 62 % bewerteten den Vorschlag, die gesetzliche Frist auf 5 Tage zu verlängern als "schlecht" (vgl. Abbildung 34). Der Hintergrund ist offenbar, dass viele einen deutlichen Anstieg des Missbrauchs von Krankmeldungen befürchten: Fast zwei Drittel (65 %) gaben an, dass ihrer Einschätzung nach dann das "Blaumachen" zunehmen würde.

"Die Vorlagepflicht für das ärztliche Attest sollte unbedingt beibehalten werden. Sie bedeutet für potenzielle 'Blaumacher' eine nicht zu unterschätzende Hemmschwelle."

*Dr. Jörg Müller-Stein,
Arbeitgeberverband der
Versicherungsunternehmen in
Deutschland*

Abbildung 34

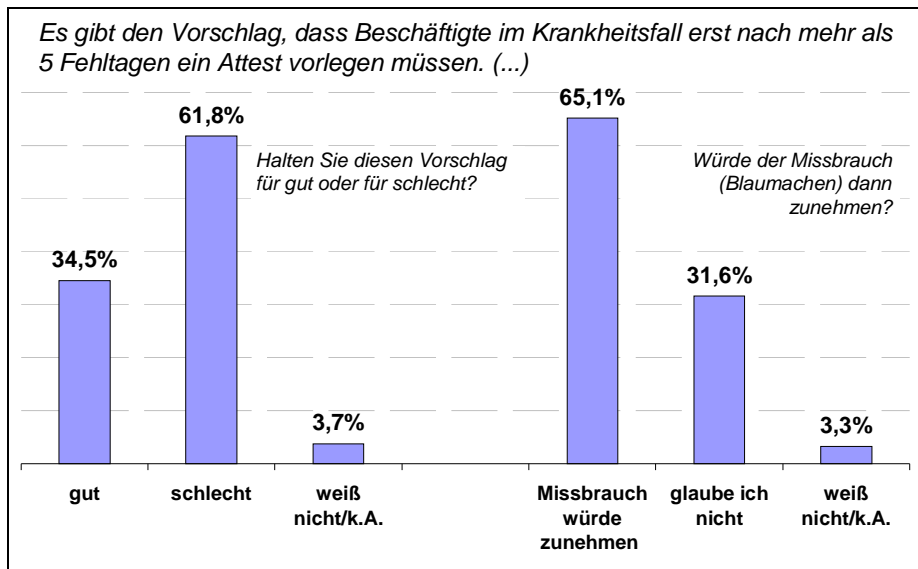


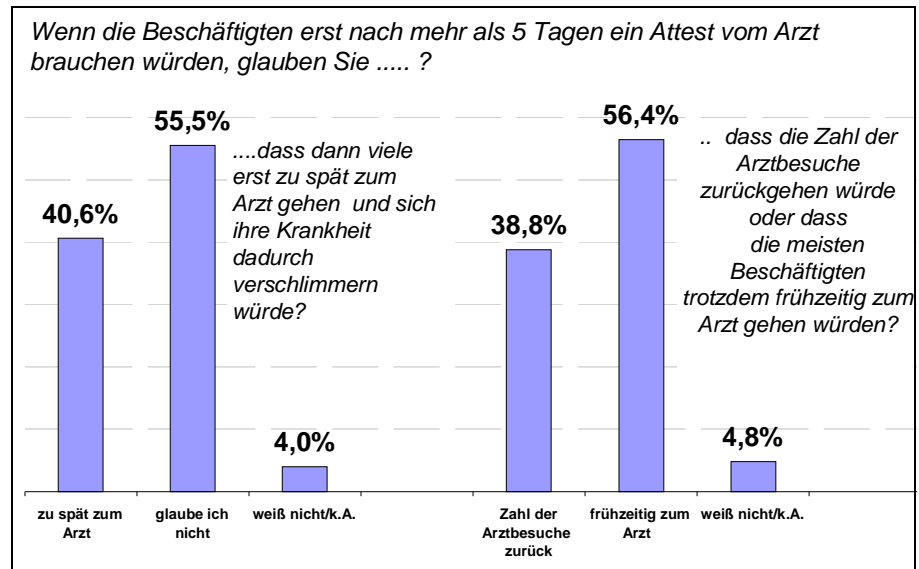
Abb. 34
Bewertung des Vorschlags einer Lockerung der Attestpflicht durch die Beschäftigten

Quelle: DAK-Gesundheitsbarometer (März 2004)

Auch hinsichtlich weiterer möglicher Auswirkungen einer Verlängerung der "attestfreien Periode" sind die Befragten eher pessimistisch: Immerhin 41 % befürchten, dass dann viele Menschen zu spät zum Arzt gehen und sich ihre Krankheit dadurch verschlimmert. Die Mehrheit rechnet auch nicht mit einem Rückgang der Arztbesuche, sondern glaubt, dass die Menschen auch ohne Attestpflicht frühzeitig zum Arzt gehen würden (Abbildung 35).

Abbildung 35

Abb. 35
Folgen einer
Lockerung der
Attestpflicht aus
Sicht der
Beschäftigten



Quelle: DAK-Gesundheitsbarometer (März 2004)

Bei allen Beteiligten dominiert die Angst vor Missbrauch

Als Fazit ist festzuhalten, dass sowohl die Arbeitgeber, als auch die Beschäftigten mehrheitlich die bestehenden Regelungen zur Attestpflicht für wichtig und bewährt halten. Hintergrund ist die Befürchtung, dass ohne eine solche Regelung der Missbrauch zunehmen würde. Auch der in den Interviews mit beiden Gruppen explizit vorgetragene Hinweis auf die Vermeidung von überflüssigen Arztbesuchen konnte in diesem Zusammenhang offenbar nicht überzeugen.

Mögliche Auswirkungen der Praxisgebühr

Hat die Praxisgebühr Auswirkungen auf die Zahl der AU-Fälle?

Zum 1. Januar 2004 ist die Praxisgebühr eingeführt worden: Bei der ersten Inanspruchnahme eines Arztes im Quartal müssen erwachsene Versicherte im Regelfall nun 10 Euro bezahlen. Die Einführung der Praxisgebühr könnte durchaus auch Auswirkungen auf die Zahl von kurzen AU-Fällen haben: Immerhin sechs der 16 befragten Personalverantwortlichen rechnen mit einem Rückgang.

8,5 % sind 2004 schon einmal krank zur Arbeit gegangen, um die Praxisgebühr zu sparen

Auch in der Gesundheitsbarometer-Umfrage wurden Fragen zur Praxisgebühr gestellt (Abbildung 36): Bei 9,1 % der Befragten ist es im Jahr 2004 bereits vorgekommen, dass sie sich krank gefühlt haben, und nur deshalb nicht zum Arzt gegangen sind, weil sie sich die Praxisgebühr sparen wollten. 8,5 % der Befragten sind in diesem Jahr auch schon einmal krank zur Arbeit gegangen, um sich die Praxisgebühr für eine Krankschreibung zu sparen. Und 3,4 % geben an, im Jahr 2004 schon einmal nach 3 Tagen wieder zur Arbeit gegangen zu sein, um sich die Praxisgebühr zu sparen, ob-

wohl sie noch nicht vollständig gesund waren.

Abbildung 36

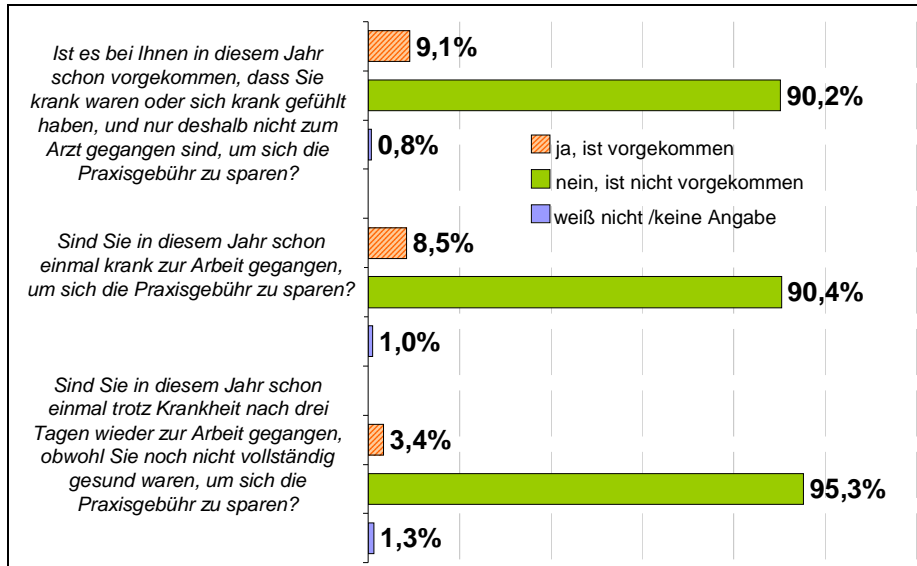


Abb. 36
Auswirkungen der Praxisgebühr auf Arztbesuche und Arbeitsunfähigkeiten

Quelle: DAK-Bevölkerungsumfrage 2004

Gegenwärtig ist es noch zu früh, um die tatsächlichen Auswirkungen anhand der AU-Daten der DAK prüfen zu können. Sofern es jedoch überhaupt Auswirkungen auf die Zahl der Arztbesuche gibt – und darauf deuten die in den ersten Monaten dieses Jahres von den Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlichten Zahlen hin – dann kann es auch einen Effekt bei den kurzen AU-Fällen geben.

Wie kann mit geeigneten Maßnahmen der Kurzzeit-Krankenstand gesenkt werden?

Das "Management" des betrieblichen Krankenstandes umfasst eine ganze Bandbreite von Maßnahmen, die vom "Setzen positiver Anreize" bis hin zur Einführung von "Kontroll- bzw. Sanktionsmechanismen" reicht. Im Folgenden werden in der betrieblichen Praxis gängige Verfahren diskutiert.

Verbesserung der Arbeitsmotivation

Verringerung von Kurzeiterkrankungen durch Verbesserung der Arbeitsmotivation

Wie die Diskussion möglicher Ursachen kurzer Arbeitsunfähigkeiten (vgl. Kapitel "Wissenschaftliche Ansätze zur Erklärung kurzer Arbeitsunfähigkeiten", S. 53) gezeigt hat, liegt ein großes Potenzial für eine Verringerung der Zahl von Kurzeiterkrankungen vor allem in einer Verbesserung der Arbeitsmotivation.

Eine hohe Arbeitsmotivation kann die Zahl kurzer Arbeitsunfähigkeiten in zweierlei Hinsicht beeinflussen:

Zum einen ist sie maßgeblich dafür, dass Mitarbeiter aktiv an ihrem Genesungsprozess mitarbeiten, um die Erkrankung möglichst schnell auszukurieren. Wenn ein Ermessenspielraum besteht, ob bei wenig ausgeprägten Krankheitssymptomen eine Arbeitsruhe erforderlich ist oder nicht, kann sie zudem die "Abwesenheitsentscheidung" des Mitarbeiters entscheidend beeinflussen.

Darüber hinaus wirkt eine hohe Arbeitsmotivation als "protektiver" Faktor dafür, dass belastende Arbeitssituationen besser aufgefangen werden, so dass Beschwerden und Unwohlsein als Ursache für kurze Arbeitsunfähigkeiten gar nicht erst entstehen.

Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Arbeitsmotivation liegen in

Für die betriebliche Praxis ergeben sich zur Verbesserung der Arbeitsmotivation zwei Ansatzpunkte (vgl. Abbildung 37)⁹:

...den Arbeitsinhalten

- Verbesserung sogenannter "Kontentfaktoren", die sich auf die Arbeits*inhalte* beziehen und für die Zufriedenheit verantwortlich sind, sowie

...sowie in der Arbeitsumwelt.

- Verbesserung der "Kontextfaktoren", die sich auf die Arbeits*umwelt* beziehen und für die Unzufriedenheit verantwortlich sind.

⁹ vgl. Zwei-Faktoren-Theorie von Frederick Herzberg (1959) in: *Rosenstiel*, L. v.: Grundlagen der Organisationspsychologie. 4. S. 73, überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart 2000

Abbildung 37

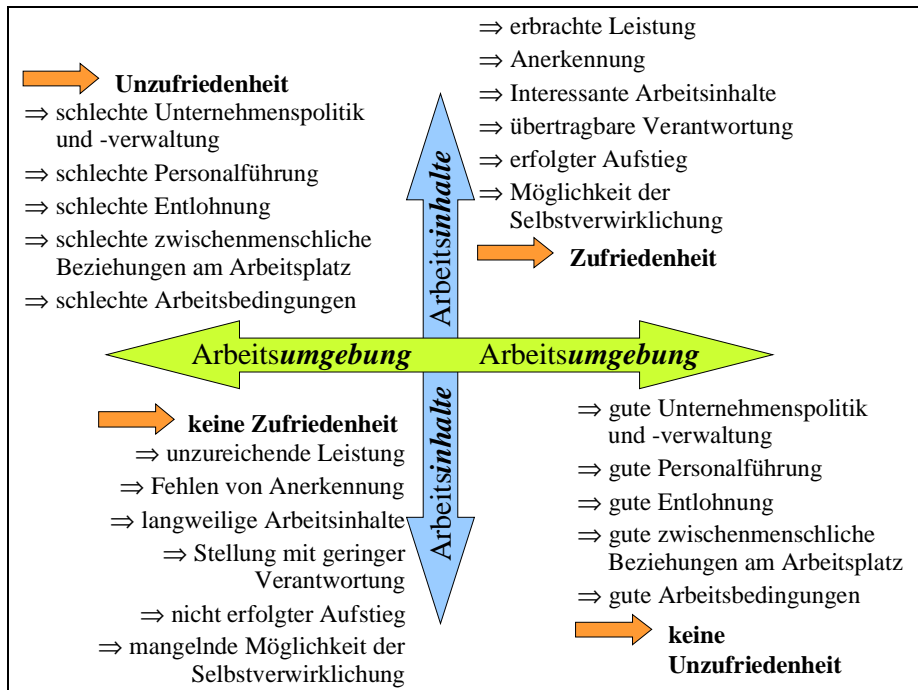


Abb. 37
Darstellung der
Zwei-Faktoren-
Theorie von
Herzberg (1959)

Quelle: Rosenstiel, L. v. (2000)

Maßnahmen sollten also durch eine Verbesserung der Arbeitsumweltfaktoren zum einen bestehende *Unzufriedenheiten* abbauen, zum anderen durch eine Verbesserung der Arbeitsinhaltsfaktoren eine hohe Arbeitszufriedenheit aufbauen.

Zu den Arbeitsumweltfaktoren zählen die Unternehmenspolitik und –verwaltung, Personalführung, Entlohnung, zwischenmenschliche Beziehungen am Arbeitsplatz und die Arbeitsbedingungen. Zu den Arbeitsinhaltsfaktoren zählen die Leistung, Anerkennung, die Interessantheit der Inhalte, die übertragene Verantwortung sowie Aufstiegs- und Selbstverwirklichungsmöglichkeiten.

Im Folgenden werden einige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung von Arbeitsumwelt- und Arbeitsinhaltsfaktoren exemplarisch aufgeführt.

Verbesserung
der Faktoren die
für die Zufrie-
denheit wichtig
sind...

... Abbau von
Faktoren, die für
die Unzufrie-
denheit verant-
wortlich sind.

Aufwertung der Arbeitsinhalte

Eine hohe Arbeitszufriedenheit setzt voraus, dass Mitarbeiter ihre Arbeit als interessant und abwechslungsreich wahrnehmen. Möglichkeiten, bestehende Arbeitsfelder anzureichern, bestehen in der Erweiterung der Aufgabenvielfalt:

Aufwertung der Arbeitsinhalte durch Erweiterung der Aufgabenvielfalt

auf der horizontalen ...

- Durch eine Erweiterung der Aufgabenvielfalt auf der horizontalen Ebene ("job enlargement") soll Monotonie abgebaut und Abwechslung in die Arbeitsinhalte gebracht werden, ohne das Anspruchsniveau anzuheben.

... und vertikalen Ebene.

- Die Erweiterung der Aufgabenvielfalt auf der vertikalen Ebene ("job enrichment") ist mit einem Anstieg des Anforderungsniveaus verbunden, der zur größeren Selbständigkeit und gesteigerter Autonomie führen soll. Dies kann z. B. bedeuten, dass neben den bisher auszuführenden Tätigkeiten auch Planungs- und Kontrollfunktionen, wie z. B. die Qualitätskontrolle zur Arbeitsaufgabe gehören. Das "job enrichment" hat zum Ziel, von der Reduzierung auf einzelne Teilaspekte der Arbeit wegzukommen und die Arbeit "ganzheitlicher" auszurichten, so dass der Sinn der Arbeit deutlicher erlebt wird.

Abbau von Unzufriedenheit durch effiziente und vertrauensvolle Kommunikationskultur.

Verbesserung der Kommunikation und Information

Informations- und Kommunikationsstrukturen sind wichtige Bestandteile erfolgreicher Unternehmenspolitik und Personalführung. Auch das soziale Klima zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern sowie der Kollegen untereinander wird maßgeblich davon beeinflusst. Eine schlechte Kommunikations- und Informationspolitik in einem Unternehmen kann zu hoher Arbeitsunzufriedenheit der Mitarbeiter führen.

Durch eine gute "Kommunikationskultur" z. B. in Form von regelmäßigen Besprechungen sowie Feedback- und Beurteilungsgesprächen, können Probleme bereits im Vorfeld erkannt und vermieden werden. Soziale Interaktion ist darüber hinaus wichtig, um Schwachstellen und Defizite in einzelnen Bereichen zu erkennen und zu beheben. Zur Stärkung der sozialen Kompetenzen werden entsprechende Coachings und Weiterbildungsveranstaltungen empfohlen.

Mitarbeiterpartizipation

Die Mitarbeiterpartizipation ist eine zentrale Einflussgröße der Arbeitsmotivation. Mitarbeiter, die ihre Arbeitsumgebung aktiv mitgestalten können, empfinden dies als Anerkennung ihrer fachlichen Kompetenz, identifizieren sich eher mit ihrer Arbeit und übernehmen verstärkt Verantwortung für ihren Arbeitsplatz. Arbeitsplätze, die unter Beteiligung der Mitarbeiter gestaltet werden, bieten ein höheres Potenzial der „Selbstverwirklichung“.

Mitarbeiterinteressen sollten auf allen Ebenen systematisch und aktiv in die Gestaltung der Arbeitswelt einbezogen werden. Auf der betrieblichen Ebene haben sich Instrumente wie das Betriebliche Vorschlagswesen (BVW) oder die Einführung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) etabliert. Viele Unternehmen führen in regelmäßigen Abständen schriftliche Mitarbeiterbefragungen durch, um Anhaltspunkte für Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten im Unternehmen zu gewinnen, und Anregungen der Beteiligten aufzunehmen. In Gesundheitszirkeln bekommen Beschäftigte die Möglichkeit, aktiv an der Gestaltung von Veränderungen mitzuwirken. Partizipation ist somit unmittelbar mit den Kommunikationsstrukturen des Betriebes verbunden. Jede Teamsitzung, jedes Mitarbeitergespräch sollte den Beschäftigten die Möglichkeit bieten, auf Missstände im Betrieb hinzuweisen und eigene Ideen und Vorstellungen einzubringen.

Betriebsklima, Verhältnis von Mitarbeitern und Vorgesetzten

Gute zwischenmenschliche Beziehungen am Arbeitsplatz tragen unmittelbar zu einer hohen Arbeitsmotivation bei und sind wichtig für das Wohlbefinden der Beschäftigten. Die Basis eines guten Klimas ist ein offener Umgang miteinander. Wichtige Voraussetzung sind eine gut ausgebildete Feedback- und Lobkultur, die z. B. durch regelmäßige Mitarbeitergespräche und schriftliche Führungsstilanalysen erzielt werden kann. Besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zum Vorgesetzten und unter den Kollegen, können Konflikte konstruktiv ausgetragen oder sogar ganz vermieden werden. Die Mitarbeiter sollten zum einen das Gefühl haben, gebraucht und mit ihrer Leistung anerkannt zu werden, zum anderen sollten sie sich aber auch darauf verlassen können, in schwierigen Situationen Unterstützung zu bekommen und Kritik und Verbesserungsvorschläge offen anbringen zu können.

Das Verhältnis von Mitarbeitern und Vorgesetzten und der Kollegen untereinander ist somit ebenfalls eng mit einer guten Kommunikations- und Partizipationskultur im Unternehmen verbunden.

Auf der betrieblichen Ebene kann das Wohlbefinden und der soziale Zusammenhang durch gemeinsame Aktivitäten in Form von Betriebssport, Betriebsfeiern und –ausflügen zusätzlich gestärkt werden.

Motivierung der Mitarbeiter durch systematische Beteiligung auf allen Ebenen.

Mitarbeiter aktiv an der Gestaltung der Arbeitswelt beteiligen.

Durch vertrauensvolles Verhältnis zu Vorgesetztem und Kollegen können Konflikte vermieden und die Arbeitsmotivation gesteigert werden.

Abbau krank machender Arbeitsbedingungen

Abbau krank machender Arbeitsbedingungen als Ursache kurzer Fehlzeiten

Neben der Arbeitsmotivation wurden als Ursachen für kurze Arbeitsunfähigkeiten auch krank machende Arbeitsbedingungen thematisiert (vgl. Abbildung 28 S. 56). Körperliche Belastungen, wie schweres Heben und Tragen und unergonomische Arbeitsbedingungen, schädliche Umgebungsbedingungen am Arbeitsplatz, wie Hitze, Lärm, Staub, aber auch psychische Belastungen wie Hektik, Zeitdruck und Überforderung können belastend wirken und körperliche Beschwerden oder sogar Erkrankungen auslösen.

Kurze Arbeitsunfähigkeitsphasen können eine Reaktion auf eine starke körperliche Beanspruchung sein oder von Mitarbeitern zur Bewältigung von Stressbelastungen herangezogen werden.

Einleitung geeigneter Maßnahmen auf der Grundlage von Analysen

Dem Arbeitgeber steht eine Vielzahl von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung, um, auf der Grundlage eingehender Analysen in Form von schriftlichen Mitarbeiterbefragungen, Arbeitsunfähigkeitsanalysen, Arbeitsplatzbegehungen und Gesundheitszirkeln, krank machende Arbeitsbedingungen zu identifizieren und geeignete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Über Maßnahmen des klassischen Arbeitsschutzes hinaus...

Maßnahmen des "klassischen" Arbeitsschutzes, die insbesondere auf eine Verbesserung der Arbeitsplatzergonomie, der Arbeitsplatzsicherheit und der Arbeitsumwelt abzielen, sind bereits in anderen Veröffentlichungen ausführlich thematisiert worden und sollen an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden.

.... sollten auch psychische Arbeitsbelastungen einbezogen werden.

Zur Verhinderung kurzer Arbeitsunfähigkeiten sollten darüber hinaus vor allem psychosoziale Faktoren betrachtet werden, die für die Beschäftigten belastend wirken und zu körperlichen Beschwerden und Unwohlsein führen können. Im Kapitel "Verbesserung der Arbeitsmotivation" (S. 70) werden einige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die auf einen Abbau von psychosozialen Arbeitsbelastungen und eine Stärkung der "Ressourcen" der Mitarbeiter ausgerichtet sind, diskutiert.

Fehlzeitengespräche

"Abwesenheitsgespräche", "Willkommensgespräche", "Rückkehrgespräche", "Fehlzeitengespräch", wie auch immer sie genannt werden:

Gespräche mit Mitarbeitern, die wiederholte Arbeitsunfähigkeitszeiten zum Thema haben, sind in vielen Unternehmen fester Bestandteil des "Fehlzeitenmanagements".

Vielfach werden die Fehlzeitengespräche in "gestuften" Verfahren geführt. Ab einer festgelegten Schwelle von Arbeitsunfähigkeitszeiten (z. B. 40 Arbeitstage) ist der direkte Vorgesetzte aufgefordert, mit dem betreffenden Mitarbeiter dessen Abwesenheiten zu thematisieren. Manche Betriebe sehen sogar vor, nach jeder Abwesenheit ein kurzes "Rückkehrgespräch" zu führen. Wird ein Stufenverfahren angewendet, kann dieses z. B. beinhalten, dass Mitarbeiter bei wiederholten und erneuten Fehlzeiten abgemahnt und auf arbeitsrechtliche Folgen weiteren Fehlens hingewiesen werden. Die jeweiligen "Eskalationsstufen" werden in der Regel in Betriebsvereinbarungen festgelegt.

Fehlzeitengespräche sind nicht unumstritten. Kritisiert wird, dass viele Gespräche schlecht geführt werden und schnell den Charakter von Droh- und Druckmitteln annehmen. Viele Vorgesetzte werden von der Unternehmensleitung dazu verpflichtet, "Rückkehrgespräche" zu führen, ohne eine entsprechende Anleitung zu einer konstruktiven Gesprächsgestaltung erhalten zu haben. Mitarbeiter empfinden das obligatorische Gespräch nach der Rückkehr zum Arbeitsplatz daher vielfach als "disziplinarische Maßnahme".

Betrachtet man die Ursachen von häufigen Fehlzeiten, so zeigt sich, dass gerade das gestörte Verhältnis zum Vorgesetzten und die mangelnde Kommunikations- und Informationspolitik des Unternehmens die Arbeitsmotivation beeinträchtigen und Fehlzeiten begünstigen können. Verfechter des Betrieblichen Gesundheitsförderungsansatzes sehen falsch geführte Krankenrückkehrgespräche daher geradezu als kontraproduktiv an, weil die eigentlichen Ursachen von Fehlzeiten nicht thematisiert werden, und das offene Gespräch mit dem Vorgesetzten durch ein Klima von Misstrauen und Kontrolle unmöglich wird".

Fehlzeitengespräche sind häufig Bestandteil des betrieblichen "Fehlzeitenmanagements"

Fehlzeitengespräche müssen richtig geführt werden, um nicht kontraproduktiv zu wirken

"Qualifizierte Mitarbeitergespräche sind wichtig, um die Ursachen für häufige Fehlzeiten zu ermitteln. Sie sollten aber auch dazu genutzt werden, den Mitarbeitern die negativen Folgen durch die zusätzliche Belastung der Kollegen vor Augen zu führen."

*Ingrid Hartges,
Deutscher Hotel- und
Gaststättenverband*

Unternehmen mit positiver Kommunikationskultur können Fehlzeiten z. B. im Rahmen der regelmäßigen Mitarbeitergespräche thematisieren

In Unternehmen hingegen, in denen ein systematischer Austausch zwischen Vorgesetztem und Mitarbeiter durch regelmäßige "Fürsorgegespräche" stattfindet, wären "Rückkehrgespräche" überflüssig. Solche Fürsorgegespräche würden unabhängig von Abwesenheitszeiten mit jedem Mitarbeiter ein- bis zweimal jährlich geführt.

Im Rahmen des Gesprächs besteht für den Vorgesetzten die Gelegenheit, ein Feedback zu geben. Falls Abwesenheit bei einem Mitarbeiter ein Thema ist, kann es in das Fürsorgegespräch aufgenommen werden. Eine solche positive Kommunikationskultur sollte durch jährliche Führungskräftefeedbacks (z. B. durch schriftliche Führungsstilanalysen durch die Mitarbeiter) ergänzt werden.

Sind "Rückkehrgespräche" fester Bestandteil des Fehlzeitenmanagements eines Unternehmens sollten folgende Faktoren beachtet werden.

Bei Rückkehrgesprächen sollten berücksichtigt werden, dass sie...

- Viele Unternehmen verfahren nach dem Motto: je mehr Fehlzeiten, desto härter die Gangart im Rückkehrgespräch. Hierbei besteht die Gefahr, dass ungewollte und nicht mehr steuerbare Prozesse (Selbstläufer) entstehen. Gesundheitsförderliche Mitarbeitergespräche sollten daher *kein* Stufen- bzw. Eskalationsmodell beinhalten.

... nicht automatisch zur Eskalation führen und...

- Gespräche sollten sinnvoll genutzt werden. Sinnvolle Inhalte von Rückkehrgesprächen sollten sein:

... sinnvoll genutzt werden.

- Information des Mitarbeiters über Dinge, die sich während ihrer Abwesenheit am Arbeitsplatz ereignet haben
- Dem Mitarbeiter aufzeigen, dass seine Beteiligung am Unternehmensgeschehen wichtig ist
- Es sollte überprüft werden, ob eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters vorliegt, die eine besondere Fürsorge erfordert.
- Es sollte nach Ursachen für die Arbeitsunfähigkeit, die im Unternehmen liegen, gefragt werden.

Anreizsysteme

Monetäre Anreizsysteme

Einige Betriebe setzen monetäre Anreize in Form von jährlichen "Anwesenheitsprämien" oder machen die Auszahlung des Weihnachtsgeldes vom Krankenstand des einzelnen Mitarbeiters, des Teams bzw. der Gruppe oder der ganzen Abteilung abhängig.

Diese Form der "Motivation" ist nicht unumstritten: Indirekt wird hier ein Teil des Gehaltes vom Krankheitsgeschehen des Mitarbeiters abhängig gemacht, was im Falle von Arbeitsunfähigkeiten zu einer effektiven Lohnkürzung führt. Ebenso wie bei der Diskussion um die Einführung sogenannter "Karenztage", also der Kürzung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle, wird hier von Kritikern entgegengehalten, dass Kranke gegenüber den gesunden Mitarbeitern "bestraft" werden.

Insbesondere die Kürzung von Zusatzleistungen für ganze Gruppen muss mit großen Vorbehalten betrachtet werden: Hier besteht die Gefahr, dass gesundheitlich eingeschränkte und vor allem auch ältere Mitarbeiter von den eigenen Kollegen massiv unter Druck gesetzt werden, ggf. auch krank zur Arbeit zu gehen und im Extremfall sogar dazu gedrängt werden, aus dem Team auszuschneiden. Der soziale Zusammenhalt unter den Kollegen, der, wie oben gezeigt wurde, eine wichtige Voraussetzung für eine hohe Arbeitsmotivation ist, kann durch solche Anreizmechanismen nachhaltig gestört werden.

Kontrollen durch "gezielte Nachforschungen" und Einsatz von Detektiven

Einige Unternehmen greifen in Ausnahmefällen auf den Einsatz von Detektiven zurück, um bei Vorliegen eines konkreten Verdachtes Hinweise auf einen Missbrauch der Krankmeldung eines Mitarbeiters zu erhalten.

Jenseits der rechtlichen und ethischen Bedenklichkeit dieser Maßnahmen muss hier vor allem die Frage gestellt werden, ob es im Sinne des Arbeitgebers sein kann, kranke Beschäftigte durch Drohungen und die Schaffung eines Angstklimas zur Arbeit zu treiben. Wie die Analyse der Ursachen von Absentismus gezeigt hat, ist gerade die fehlende Arbeitsmotivation aufgrund eines schlechten betrieblichen Klimas und eines gestörten Vertrauensverhältnisses zwischen Arbeitgeber und Mitarbeiter ein wesentlicher Grund für häufige kurze Fehlzeiten.

Schlussfolgerungen

Schlussfolgerungen und Thesen für die weiterführende Diskussion zum Thema Kurzzeiterkrankungen finden Sie im Schlusswort auf S. 88.

Motivation durch Setzen monetärer Anreizsysteme nicht unumstritten

Gefahr, betriebliches Klima und sozialen Zusammenhalt zu beeinträchtigen

Einsatz von Detektiven nur als äußerstes Mittel bei Vorliegen eines konkreten Verdachtes.

5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

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

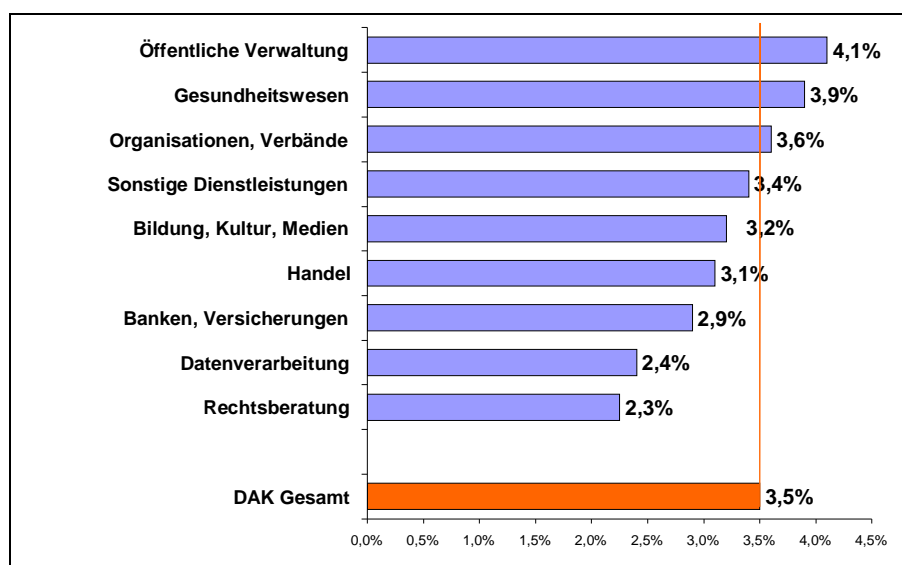
Für die Auswertungen im Rahmen der DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüsselssystematik leicht verändert, um die für die DAK besonders charakteristischen Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können. Die Zuordnung ist aus den Tabellen A5 und A6 im Tabellenanhang ersichtlich.

Betrachtung von Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern.

Im Folgenden wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zunächst in den Wirtschaftsgruppen, in denen die meisten DAK-Mitglieder beschäftigt sind, etwas detaillierter betrachtet. Dabei handelt es sich um die in Abbildung 38 dargestellten Branchen „Öffentliche Verwaltung“, „Gesundheitswesen“, „Organisationen und Verbände“, „Sonstige Dienstleistungen“, „Bildung, Kultur, Medien“, „Handel“, „Banken, Versicherungen“, „Datenverarbeitung“ sowie „Rechts- und Wirtschaftsberatung/Wirtschaftsprüfung“.

Abbildung 38

**Abb. 38
Krankenstandswerte 2003 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern**



DAK 2004

Abbildung 39 geht auf die übrigen zehn Wirtschaftsgruppen ein.

Die Branchen „Öffentliche Verwaltung“ (4,1 %) und „Gesundheitswesen“ (3,9 %) haben die höchsten Krankenstandsniveaus. Am anderen Ende der Skala befindet sich die Branche „Rechts- und Wirtschaftsberatung/ Wirtschaftsprüfung“ mit nur 2,3 %.

Insbesondere die Fallhäufigkeit ist in den genannten Branchen sehr unterschiedlich: Während in der „Öffentlichen Verwaltung“ 133,8 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre beobachtet wurden, waren es im „Gesundheitswesen“ 115,3 Erkrankungsfälle und in der „Rechts- und Wirtschaftsberatung“ nur 82,9. Im „Gesundheitswesen“ trägt vor allem eine überdurchschnittliche Falldauer (12,4 Tage) zu dem hohen Krankenstand bei. In der „Öffentlichen Verwaltung“ beträgt die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung 11,1 Tage und in der „Rechtsberatung“ 10,1.

Der im Vergleich zur Privatwirtschaft hohe Krankenstand der Verwaltungen wird in verschiedenen Studien mit dem weit höheren Anteil an Schwerbehinderten im öffentlichen Sektor begründet¹⁰. Die hohe Fallhäufigkeit bei gleichzeitig durchschnittlicher Falldauer weist auf eine erhöhte Bedeutung von Kurzzeit-Erkrankungen hin. Dieses Thema wird in Kapitel 4 vertiefend behandelt.

Die hohen Ausfallzeiten im „Gesundheitswesen“ sind zu einem großen Teil auf belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen: Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Krankenpflegekräften sind im *DAK-BGW Gesundheitsreport Krankenpflege* umfassend analysiert worden¹¹. Ein Ergebnis dieser Analysen war die weit überdurchschnittliche Zahl von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie von psychischen und Verhaltensstörungen. Der Gesundheitsreport Krankenpflege befasst sich insbesondere mit der Arbeitssituation in der Krankenpflege und identifiziert Faktoren, die als Ursachen für arbeitsbedingten Stress anzusehen sind.

Den dritthöchsten Krankenstand von den neun für die DAK wichtigsten Branchen hat die Branche „Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen“ mit 3,6 %. Auch hier ist die Fallhäufigkeit mit 139 Fällen pro 100 Versichertenjahre bei deutlich unterdurchschnittlicher Falldauer (9,4 Tage) auffällig und weist auf besondere Probleme mit Kurzzeit-Erkrankungen hin.

Im Sektor „Bildung, Kultur, Medien“ liegt der Krankenstand mit 3,2 % erstmals unter dem DAK-Durchschnitt. Die durchschnittliche Falldauer ist mit 9,3 Tagen – wie auch im Vorjahr – die niedrigste aller Branchen. Während jedoch die Anzahl der AU-Fälle in dieser Branche im Jahr 2002 mit 137,6 noch die höchste aller Wirtschaftszweige war, ist sie 2003 auf 125,4 Fälle gesunken.

„Öffentliche Verwaltung“ an der Spitze

„Rechts-/ Wirtschaftsberatung/ Wirtschaftsprüfung“ hat niedrigsten Krankenstandswert

DAK-BGW Gesundheitsreport Krankenpflege gibt Aufschluss über Ursachen des überdurchschnittlichen Krankenstandes im „Gesundheitswesen“

„Organisationen, Verbände“ an dritter Stelle

„Bildung, Kultur, Medien“ erstmals unter DAK-Durchschnitt

¹⁰ Marstedt et al.: Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im Öffentlichen Dienst, in: Fehlzeiten-Report 2001; Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2003

¹¹ DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege

Überwiegend eher sinkende Krankenstände

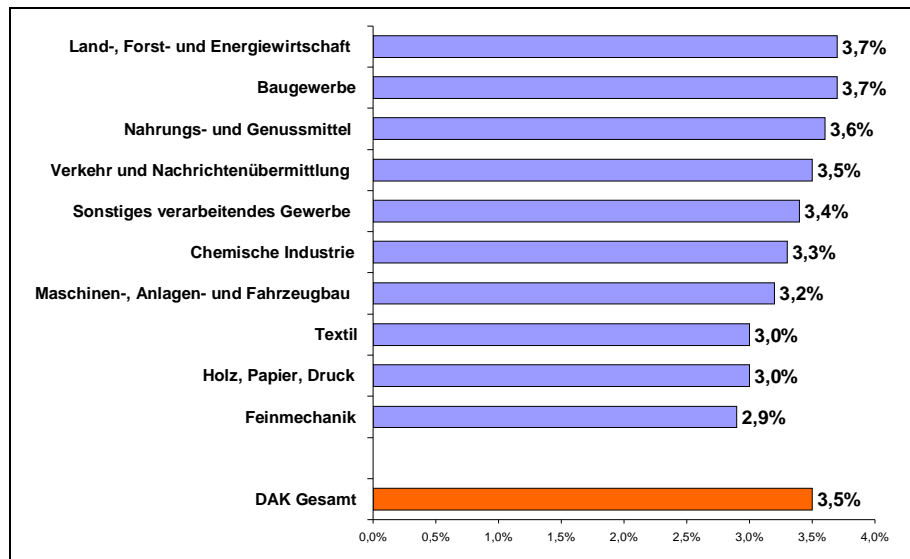
Gegenüber dem Vorjahr ist der Krankenstand lediglich in der öffentlichen Verwaltung (von 4,0 % auf 4,1 %) und in der Rechtsberatung (von 2,2, % auf 2,3 %) leicht gestiegen. Alle anderen in Abbildung 38 dargestellten Branchen verzeichnen gegenüber 2002 niedrigere Krankenstände.

DAK-VBG Gesundheitsre- port Kredit- und Finanzinstitute

Die Banken und Finanzinstitute – also eine Untergruppe des Wirtschaftszweigs „Banken, Versicherungen“ - sind von der DAK in Zusammenarbeit mit der Verwaltungsberufsgenossenschaft (VBG) für das Jahr 1999 vertiefend untersucht worden. Der *DAK-VBG Gesundheitsreport Kredit- und Finanzinstitute* enthält u.a. auch Auswertungen für die einzelnen in dieser Branche tätigen Berufsgruppen.

Abb. 39 Krankenstands- werte 2003 in den zehn übrigen Wirtschafts- gruppen

Abbildung 39



DAK 2004

Abbildung 39 zeigt die Krankenstände in den übrigen 10 Wirtschaftsgruppen. Es zeigt sich, dass ein Großteil der Branchen, die vor allem dem verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen sind, unter dem DAK-Durchschnitt liegende Werte haben.

Bereits in den Vorjahresberichten wurde darauf hingewiesen, dass DAK-Mitglieder in diesen Branchen überwiegend in den gesundheitlich weniger belastenden Verwaltungsbereichen arbeiten.

In Abbildung 40 und Abbildung 41 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der beiden Jahre 2002 und 2003 vergleichend gegenüber gestellt.

Weitere Kennziffern zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in den Wirtschaftsgruppen sind den Tabellen A5 und A6 im Anhang zu entnehmen.

Abbildung 40

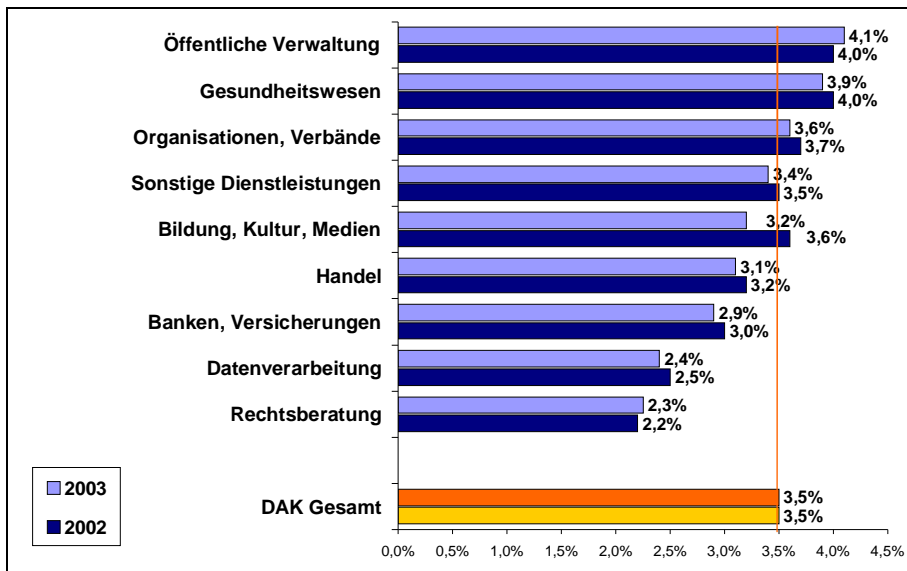


Abb. 40
Entwicklung der Krankenstandswerte 2002 - 2003 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern

DAK 2004

Abbildung 41

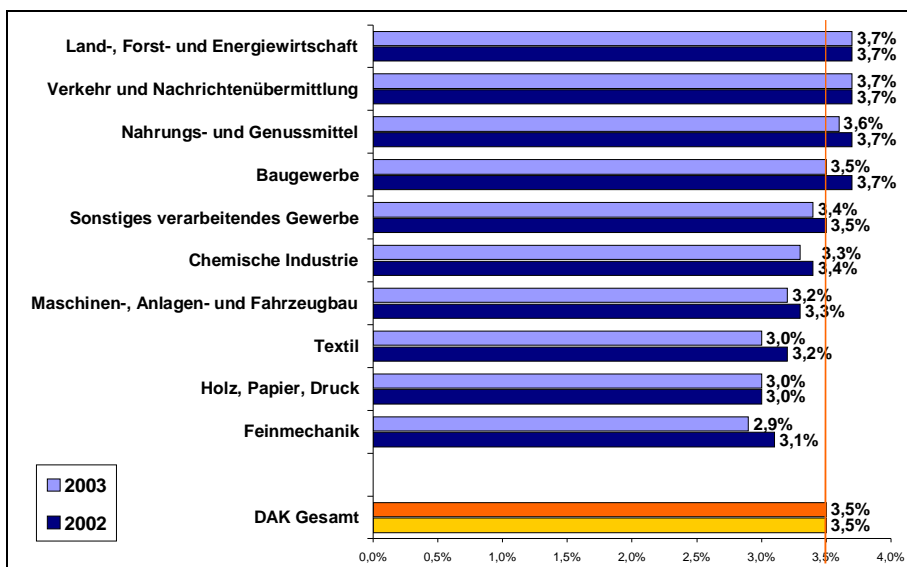


Abb. 41
Entwicklung der Krankenstandswerte 2002 - 2003 in den zehn übrigen Wirtschaftsgruppen

DAK 2004

6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern beruht auf einer 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 2 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2003:

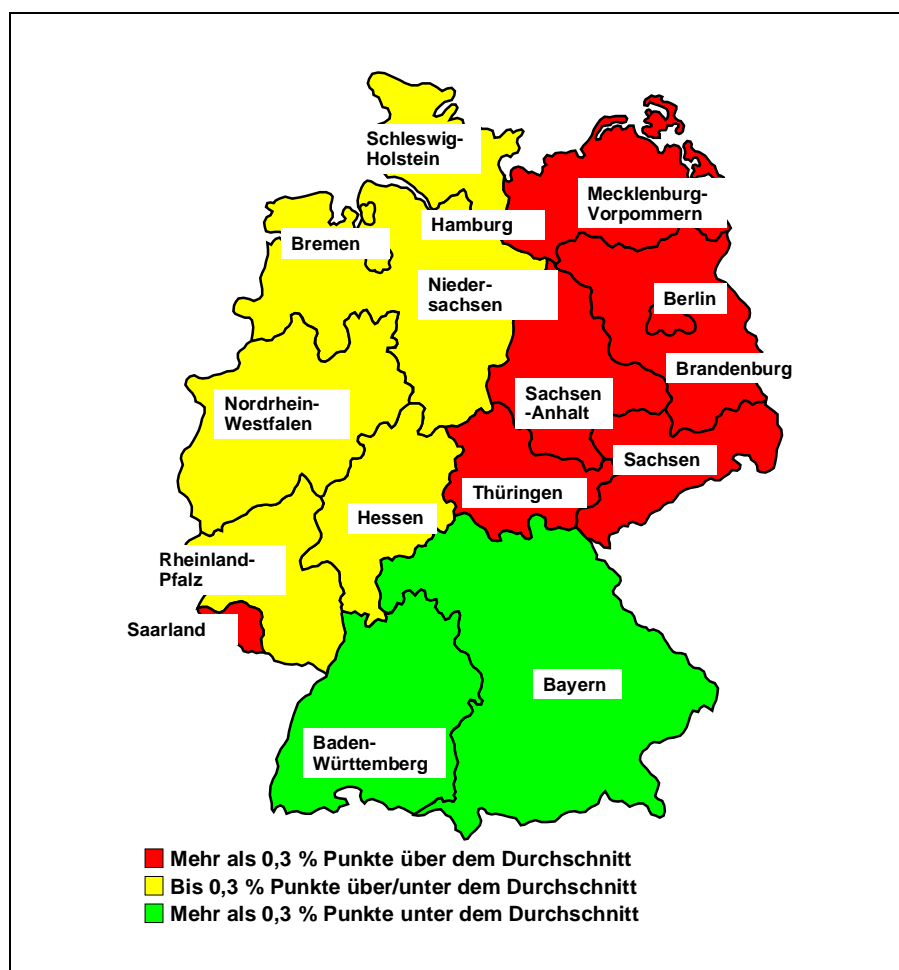
Tabelle 2: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2003

| Bundesland | pro 100 Versichertenjahre | | | |
|-------------------------------|---------------------------|----------------|--------------|-------------|
| | Krankenstand | AU-Tage | AU-Fälle | Æ Falldauer |
| Baden-Württemberg | 2,8% | 1.029,4 | 93,7 | 11,0 |
| Bayern | 3,1% | 1.126,4 | 98,5 | 11,4 |
| Berlin * | 4,5% | 1.638,2 | 124,2 | 13,2 |
| Bremen | 3,4% | 1.235,8 | 111,3 | 11,1 |
| Hamburg | 3,3% | 1.197,4 | 101,1 | 11,8 |
| Hessen | 3,4% | 1.248,0 | 110,4 | 11,3 |
| Niedersachsen | 3,4% | 1.234,6 | 108,7 | 11,4 |
| Nordrhein-Westfalen | 3,3% | 1.192,4 | 103,5 | 11,5 |
| Rheinland-Pfalz | 3,6% | 1.307,6 | 110,1 | 11,9 |
| Saarland | 4,1% | 1.503,2 | 108,9 | 13,8 |
| Schleswig-Holstein | 3,3% | 1.219,8 | 106,6 | 11,4 |
| Westliche Bundesländer | 3,3% | 1.202,4 | 104,1 | 11,6 |
| Brandenburg | 4,3% | 1.581,9 | 137,7 | 11,5 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 4,3% | 1.552,6 | 140,4 | 11,1 |
| Sachsen | 4,0% | 1.474,6 | 130,9 | 11,3 |
| Sachsen-Anhalt | 4,3% | 1.551,5 | 136,6 | 11,4 |
| Thüringen | 4,1% | 1.510,2 | 135,6 | 11,1 |
| Östliche Bundesländer | 4,2% | 1.536,5 | 136,2 | 11,3 |
| DAK gesamt | 3,5% | 1260,3 | 110,0 | 11,5 |

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

Der Gesamtkrankenstand von 3,5 % zeigt erhebliche regionale Unterschiede. Wie bereits in den Vorjahren sind auch im Jahr 2003 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar. Abbildung 42 zeigt, welche Bundesländer um mindestens 0,3 Prozentpunkte über/unter bzw. am DAK-Gesamtdurchschnitt lagen.

Abbildung 42



DAK 2003

Die beiden südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern verzeichnen besonders günstige Werte: Hier liegt das Krankenstandsniveau deutlich - d. h. um mindestens 0,3 Prozentpunkte - unter dem DAK-Bundesdurchschnitt. Wie schon in den beiden Vorjahren weist Baden-Württemberg mit 2,8 % den niedrigsten Wert auf. In Bayern ist der Krankenstand von knapp 3,2 % im Vorjahr minimal auf 3,1 % gesunken.

Abb. 42
Bundesländer mit Krankenständen am DAK-Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)

Günstigste Krankenstandswerte: Baden-Württemberg und Bayern

Leichter Rückgang des Krankenstands in vielen westlichen Bundesländern

Nach wie vor liegen fast alle westlichen Bundesländer nahe am Bundesdurchschnitt von 3,5 %. In vielen Ländern ist 2003 ein geringfügiges Sinken des Krankenstands um 0,1 Prozentpunkte zu beobachten. Neben den eben erwähnten Bundesländern Baden-Württemberg und Bayern betrifft dies Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein. In den Stadtstaaten Berlin und Hamburg ist der Krankenstand sogar um 0,2 Prozentpunkte gesunken (in Berlin von 4,7 % auf 4,5 % und in Hamburg von 3,5 % auf 3,3 %).

Krankenstand im Saarland immer noch deutlich über dem Durchschnitt

Immer noch liegt der Krankenstand im Saarland als einzigem westlichen Bundesland mit 4,1 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Verantwortlich für den überdurchschnittlichen Krankenstand im Saarland ist die mit 13,8 Tagen längste durchschnittliche Falldauer aller Bundesländer.

In den vergangenen Jahren ist im Rahmen der DAK-Gesundheitsberichterstattung für die einzelnen Bundesländer geprüft worden, ob der erhöhte Krankenstand im Saarland eventuell auf eine deutlich von der DAK insgesamt abweichende Wirtschaftsstruktur der DAK-Mitglieder in diesem Bundesland zurückzuführen ist. Die Analysen haben jedoch keinen Hinweis auf eine hierdurch begründete Krankenstandserhöhung ergeben.

Alle östlichen Länder über dem DAK-Bundesdurchschnitt

In Ostdeutschland werden deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände beobachtet. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen dar, wo mit 4,0 % der niedrigste Krankenstand der fünf östlichen Bundesländer festgestellt wurde. In Thüringen wurden 4,1 % verzeichnet und in den übrigen drei Ländern (Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) 4,3 %.

Während der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern gegenüber 2002 (4,4 %) leicht gesunken ist, ist er in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen jeweils um 0,1 Prozentpunkte gestiegen. In Brandenburg hat sich der Krankenstand nicht verändert.

Hohe Fallzahlen sind Ursache des erhöhten Krankenstandes

In allen fünf östlichen Bundesländern sind die erhöhten Krankenstandswerte auf eine deutlich überdurchschnittliche Fallhäufigkeit zurückzuführen: Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre in den westlichen Ländern zwischen 94 (Baden-Württemberg) und 111 (Bremen) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 131 (Sachsen) und 140 (Mecklenburg-Vorpommern) auf. Allerdings ist die Fallhäufigkeit in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen gesunken. In Sachsen und Brandenburg ist sie hingegen leicht gestiegen. Die durchschnittliche Falldauer ist in allen fünf Ländern etwas gestiegen.

Durchschnittliche Falldauer in allen östlichen Bundesländern etwas gestiegen**Berlin hat mit 4,5% den höchsten Krankenstand aller Bundesländer**

In Berlin ist der hohe Krankenstand (4,5 %) ebenfalls auf die erhöhte Fallhäufigkeit zurückzuführen (124 Fälle pro 100 Versicherte). Aber auch die Dauer eines durchschnittlichen Falls ist mit 13,3 Tagen hoch. Sie ist zwar gegenüber dem Vorjahr (13,6 Tage) leicht zurück gegangen und der Krankenstand somit etwas gesunken (2002: 4,7 %). Nach wie vor steht Berlin jedoch an der Spitze des Krankenstandsgeschehens aller Bundesländer.

In den vertiefenden Bundesland-Analysen für das Jahr 2003 ist festgestellt worden, dass die höheren Krankenstände in den neuen Bundesländern zu einem Teil auf ungünstigere Wirtschaftsstrukturen zurückzuführen sind. Das heißt: In den östlichen Bundesländern arbeitet ein größerer Anteil der DAK-Mitglieder in Branchen, die allgemein höhere Krankenstände haben.

In den neuen Bundesländern wirkt sich die Wirtschaftsstruktur negativ aus

Für Berlin ließ sich 2003 ein gewisser Einfluss einer ungünstigeren Wirtschaftsstruktur auf das Krankenstandsniveau bestätigen, der aber nicht ausreicht, um die massive Abweichung vom Bundesdurchschnitt zu erklären. Für den höheren Krankenstand in der Hauptstadt muss somit nach anderen Ursachen gesucht werden.

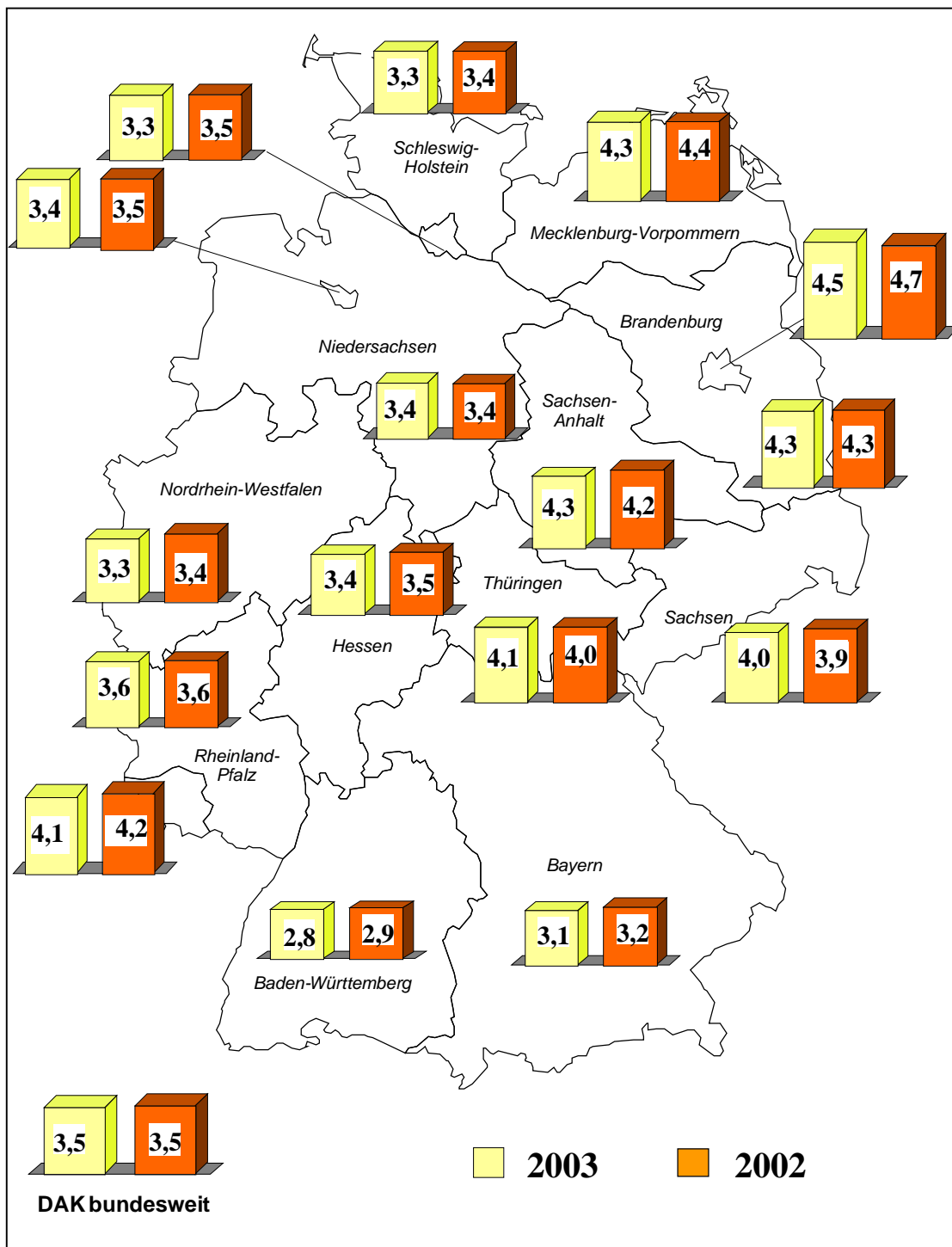
Entwicklung des Krankenstandes 2002 - 2003

Abbildung 25 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2003 im Vergleich zum Vorjahr.

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2002 und 2003 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist ferner den Tabellen A7 und A8 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

Übersichtstabellen im Anhang

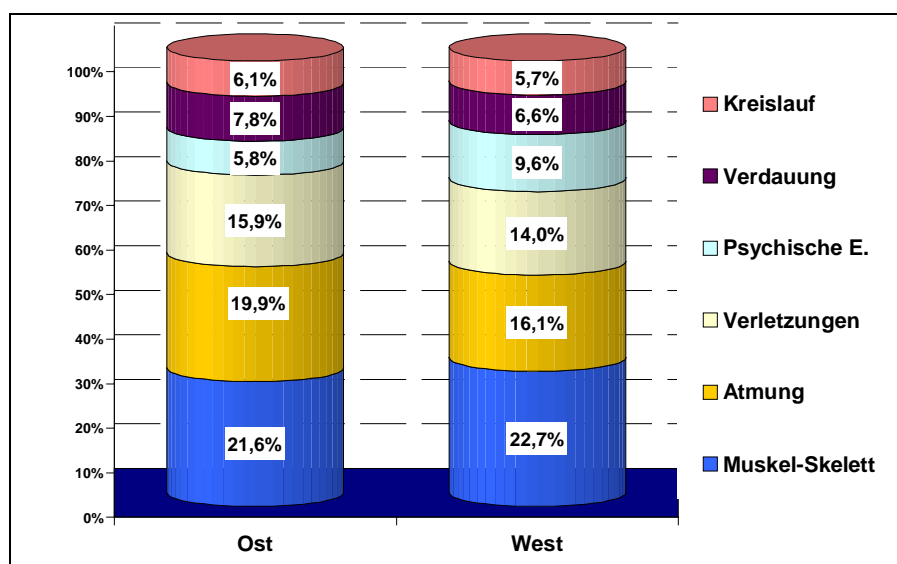
Abbildung 43: Krankenstandswerte 2002 und 2003 nach Bundesländern in Prozent



Bedeutung der Krankheitsarten in den östlichen und westlichen Bundesländern

In den vorangehenden DAK-Gesundheitsreports wurden Unterschiede zwischen den westlichen und den östlichen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 26 zeigt die Anteile am Krankenstand 2003 der sechs wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 44



DAK 2004

In den westlichen Bundesländern spielen Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische Erkrankungen eine größere Rolle als in den östlichen Bundesländern. Während jedoch Muskel-Skelett-Erkrankungen sowohl in Ost als auch in West von ihrem Anteil am Gesamtspektrum her abgenommen haben, ist der Anteil psychischer Erkrankungen weiter gestiegen.

Ebenfalls zugenommen hat – ebenfalls sowohl in den östlichen als auch in den westlichen Bundesländern – der Anteil der Erkrankungen des Atmungssystems, die aber nach wie vor in den östlichen Ländern einen deutlich größeren Raum einnehmen als in den westlichen. Auch die Diagnosegruppe Verletzungen weist im Osten einen höheren Anteil auf als im Westen.

Abb. 44
Anteile der sechs wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern

Psychische und Muskel-Skelett-Erkrankungen nach wie vor größere Bedeutung in den westlichen Ländern

7 Schlussfolgerungen und Ausblick

Analyse des Krankheitsgeschehens über einen Zeitraum von 7 Jahren möglich

Zum sechsten Mal legt die DAK mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht eine umfassende Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der erwerbstätigen Mitglieder der DAK vor. Damit kann die Entwicklung des Krankheitsgeschehens auf einer breiten Datenbasis über den Zeitraum von 1997 bis 2003 analysiert werden.

Positive Bilanz: Seit 5 Jahren bleibt der Krankenstand stabil

Für das Jahr 2003 kann eine positive Bilanz gezogen werden: Mit 3,5 % ist der Krankenstand stabil geblieben. Seit fünf Jahren in Folge ist damit der Krankenstand nicht mehr gestiegen und verbleibt auf einem noch vergleichsweise niedrigen Niveau. Die Befürchtungen, dass dieser Trend zu Ende gehen könnte, haben sich somit nicht bestätigt.

Schwache konjunkturelle Entwicklung hat einen senkenden Einfluss auf den Krankenstand

Eine monokausale Erklärung für das bei DAK-Mitgliedern gleichbleibend niedrige Krankenstandsniveau kann nicht gegeben werden. Vielmehr müssen mehrere Faktoren auf volkswirtschaftlicher und betrieblicher Ebene in Betracht gezogen werden, die sich in ihrer Wirkung verstärken oder auch aufheben können: Auf volkswirtschaftlicher Ebene besteht ein enger Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Konjunktur und der damit verbundenen Lage auf dem Arbeitsmarkt und der Höhe des Krankenstandes. Bei schwacher Konjunktur und steigender Arbeitslosigkeit sinkt in der Tendenz auch das Krankenstandsniveau. Die schwache konjunkturelle Entwicklung der letzten Jahre übt in diesem Sinne einen tendenziell krankenstandssenkenden Einfluss aus.

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert einen Anstieg des Krankenstandes

Auf der betrieblichen Ebene kommt es durch einen verstärkten Wettbewerb und die Notwendigkeit von Einsparungen zu Arbeitsverdichtungen und Rationalisierungen, die krank machende Arbeitsbelastungen der Beschäftigten zur Folge haben. Dass diese Entwicklung nicht zu einem Anstieg des Krankenstandes geführt hat, ist vermutlich auf Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Berücksichtigung von Fragen der Mitarbeitergesundheit bei der Organisations- und Personalentwicklung in den Unternehmen zurückzuführen.

Zusammenfassung „Kurzzeit-Erkrankungen“

Kurze Arbeitsunfähigkeitsfälle sind für die Höhe des betrieblichen Krankenstandes nur von geringer Bedeutung. Wegen ihrer Häufigkeit und Unvorhersehbarkeit sind sie jedoch für viele Unternehmen ein besonders störendes und teilweise kostenträchtiges Problem. Diese Auffassung äußerten alle von der DAK befragten Personalverantwortlichen aus überwiegend mittelständischen Betrieben.

Ein Blick auf die wichtigsten Diagnosen bei kurzen AU-Fällen zeigt, dass es sich ganz überwiegend um alltägliche Krankheiten und Gesundheitsstörungen handelt. Je nach Ausprägung der Beschwerden und den konkreten Umständen des Arbeitsplatzes ist bei diesen Erkrankungen die Grenze zwischen "arbeitsfähig" und "arbeitsunfähig" fließend. Die Betroffenen haben also einen größeren Spielraum zu entscheiden, ob sie trotz Beschwerden am Arbeitsplatz erscheinen oder lieber zu Hause bleiben bzw. einen Arzt befragen.

Die Diskussion über kurze Krankheitsfälle wird seit jeher stark durch die Missbrauchsthematik ("Blaumachen") geprägt. Diesbezügliche Befürchtungen sind bei nüchterner Betrachtung sicher nicht von der Hand zu weisen: Angesicht voller Entgeltfortzahlung besteht rein ökonomisch betrachtet für den Beschäftigten ein klarer Anreiz sich durch eigenmächtige "Verkürzung der Arbeitszeit" wirtschaftlich zu verbessern. Diesem Anreiz können zum einen formale Kontrollen und Sanktionsdrohungen entgegenwirken – also etwa die Attestpflicht oder arbeitsrechtliche Folgen bei nachgewiesenem Missbrauch – und zum anderen "moralische" Aspekte, wie die Identifikation mit dem Unternehmen und der Arbeitsaufgabe oder die Solidarität mit den Kollegen. In der gegenwärtigen gesamtwirtschaftlichen Situation dürften die Zahl der Missbrauchsfälle niedrig sein.

Die Untersuchungen im Rahmen dieses Gesundheitsreports haben eine Reihe von Fragen aufgeworfen, die weiterer Diskussion bedürfen.

Die folgenden Schlussfolgerungen der DAK sind in Form von Thesen formuliert, um weiterführende Diskussionsprozesse anzustoßen:

1. Kurzzeit-Erkrankungen sind zu einem großen Teil gesundheitlich bedingt. Den betroffenen Beschäftigten ist es nicht zumutbar und für die Betriebe ist es nicht sinnvoll, wenn Mitarbeiter/innen mit starken Zahnschmerzen oder möglicherweise ansteckenden Durchfall- oder Atemwegserkrankungen am Arbeitsplatz erscheinen.
2. Die wirksamsten Präventionsmaßnahmen gegen gesundheitlich unzureichend begründete Kurzzeit-Erkrankungen sind gute Arbeitsbedingungen, ausreichende Handlungsspielräume und Mitsprachemöglichkeiten für die Beschäftigten, positives Führungsverhalten und ein gutes Betriebsklima.
3. Unternehmen und Beschäftigte sind bei den Kurzzeit-Erkrankungen mehrheitlich stark auf die Verhütung eines möglichen Missbrauchs fixiert und erachten die bestehenden Regelungen zur Attestpflicht daher als sehr wichtig.

Thesen für weiterführende Diskussionsprozesse

-
- | | |
|--|--|
| Fehlnutzung des Gesundheitswesens | 4. Die Analysen zeigen, dass eine erhebliche Zahl von Arztbesuchen nur erfolgt, weil ein Attest benötigt wird. Trotz der Übereinstimmung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern, was die Wichtigkeit der Kontrollfunktion angeht, kann man fragen, ob hier nicht eine Fehlnutzung von knappen Ressourcen im Gesundheitswesen vorliegt. |
| Zum Arzt, wenn man medizinische Hilfe braucht | 5. Die Versicherten sollen zum Arzt gehen, wenn sie medizinische Hilfe benötigen. Man kann arbeitsunfähig krank sein, aber keine ärztliche Hilfe benötigen. Ziel sollte es sein, in den Betrieben ein Klima des gegenseitigen Vertrauens zu schaffen, welches die reine Kontrollfunktion der Ärzte entbehrlich macht. |
| Arbeitsunfähigkeit je nach Einzelfall | 6. Die Verordnung von Arbeitsruhe sollte durch die Ärzte nicht schematisch jeweils bis zum Wochenende vorgenommen werden, sondern unter sorgfältiger Berücksichtigung des Einzelfalls. |
| Mehr Berücksichtigung der beruflichen Situation des Patienten | 7. Eine bessere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Einzelfall setzt voraus, dass der Arzt genauere Kenntnis von den beruflichen Anforderungen und der konkreten Arbeitssituation des Patienten hat, die nur durch ein entsprechend vertieftes Gespräch gewonnen werden kann. |

Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten in ausgewählten Berufsgruppen 2002

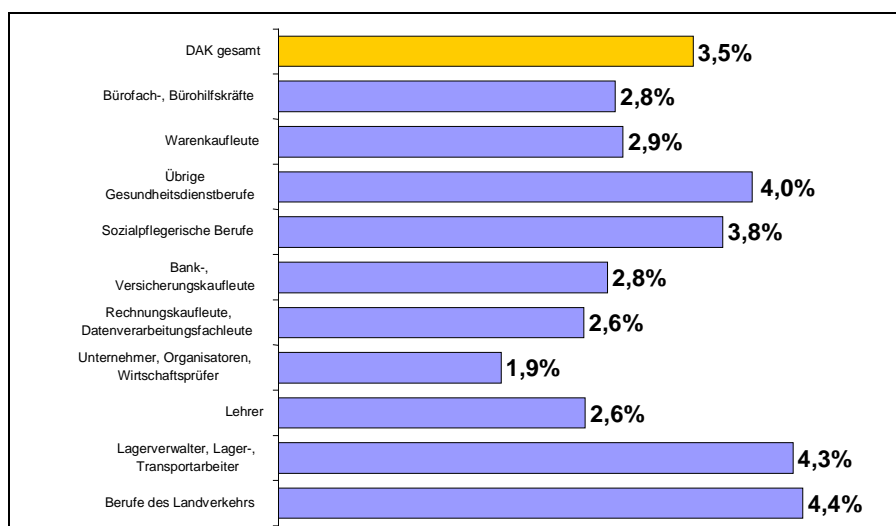
In diesem Abschnitt des DAK Gesundheitsreports 2003 werden die Krankenstände des Jahres 2002 nach Berufsgruppen analysiert und mit den Daten des Jahres 2001 verglichen. Auch wenn der DAK bald nach Ende des Kalenderjahres Arbeitsunfähigkeitsdaten ihrer Mitglieder zur Verfügung stehen, kann das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bezogen auf Berufsgruppen erst mit Ablauf des Folgejahres analysiert werden. Erst dann liegen die Meldungen der Arbeitgeber mit der Angabe der Berufsbezeichnung bei der DAK vollständig vor.

Bisher war in jedem Jahr bei einer erheblichen Anzahl Versicherter die „Berufsgruppe unbekannt“. Diese Gruppe hatte einen überdurchschnittlich hohen Krankenstand. Dies führte zu einer systematischen Unterschätzung des Krankenstandes der übrigen Berufsgruppen. Durch ein neues Verfahren konnte für diesen Bericht (für 2001 und 2002) diese Gruppe deutlich reduziert werden. Dadurch resultieren in fast allen Berufsgruppen höhere Krankenstände als bisher ausgewiesen sowie Verschiebungen bei der Reihenfolge der ausgewählten Berufsgruppen.

Die Berufsgruppen wurden gemäß der Systematik der Bundesanstalt für Arbeit von 1988 ausgewertet. Von den insgesamt 94 Berufsgruppen wurden die 10 Berufsgruppen mit den meisten DAK-Mitgliedern herausgegriffen (=71 % aller DAK-Versicherten).

Abbildung 45 zeigt die Krankenstände dieser zehn Berufsgruppen im Vergleich zur DAK insgesamt im Jahr 2002.

Abbildung 45



DAK 2004

**Auswertungen
nach Berufs-
gruppen auf der
Basis des Jahres
2002**

**Auswertung ge-
mäß Systematik
der
Bundesanstalt für
Arbeit von 1988**

**Abb. 45
Krankenstände
der zehn Berufs-
gruppen mit den
meisten DAK-
Mitgliedern 2002**

Berufsfahrer mit höchstem Krankenstand

Den höchsten Krankenstandswert der zehn dargestellten Gruppen weisen mit 4,4 % die „Berufe des Landverkehrs“ (z.B. Berufskraftfahrer) auf. In dieser Berufsgruppe sind sowohl die Fallhäufigkeit (125 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre) als auch die Falldauer (12,9 Tage) überdurchschnittlich.

Krankenstand bei Lagerarbeitern, im Gesundheitsdienst und in der Sozialpflege ebenfalls über dem Durchschnitt

Auch die „Lagerverwalter/Lager- und Transportarbeiter“, die „Übrigen Gesundheitsdienstberufe“ (Berufe im „Gesundheitswesen“ mit Ausnahme der Ärzte und Apotheker) und die sozialpflegerischen Berufe liegen mit Krankenstandswerten von 4,3 %, 4,0 % bzw. 3,8 % zum Teil deutlich über dem Durchschnitt. Während Lagerverwalter besonders häufig erkrankten (144 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre), ist der hohe Krankenstand in den Gesundheitsdienstberufen vor allem auf eine überdurchschnittliche Erkrankungsdauer (12,9 Tage je AU-Fall) zurückzuführen. In der Sozialpflege ist wiederum die Fallhäufigkeit besonders hoch (128 AU-Fälle).

Unternehmer und Wirtschaftsprüfer mit niedrigstem Krankenstand

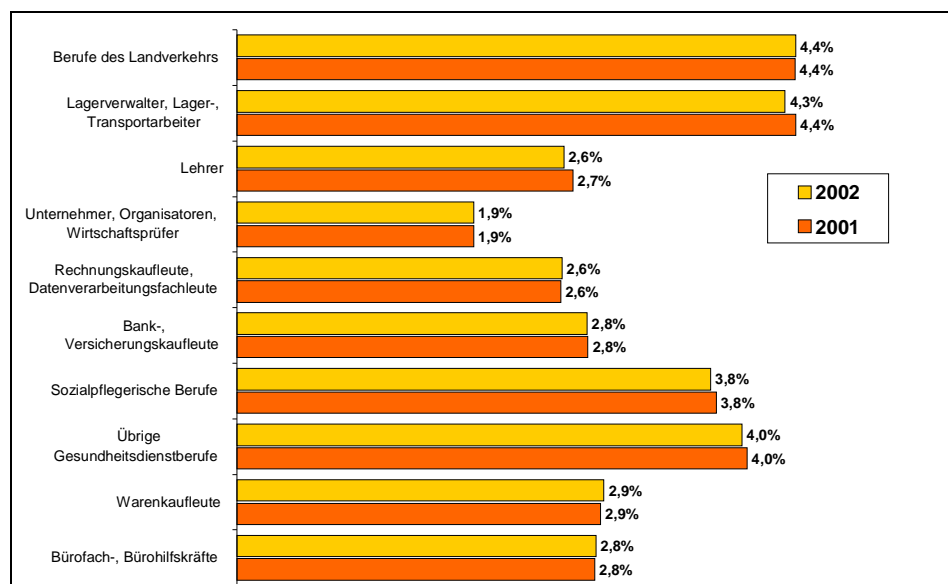
„Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer“ hatten 2002 wieder einen besonders niedrigen Krankenstand (1,9 %). Dies lag an der sehr geringen Häufigkeit von Krankheitsfällen (73 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre) sowie der niedrigsten Falldauer (9,4 Tage je AU-Fall) der hier betrachteten zehn Berufsgruppen. Aber auch Lehrer und Datenverarbeitungskaufleute hatten mit 2,6% einen deutlich unter dem Durchschnitt liegenden Krankenstand.

Kaum Veränderungen bei den Krankenständen gegenüber 2001

Der Vergleich des Krankenstands 2002 der Berufsgruppen mit 2001 zeigt kaum Veränderungen (s. Abbildung 46). Geringfügige Rückgänge des Krankenstandes gab es bei den Lehrern (von 2,7 % auf 2,6 %) und den Lagerarbeitern (4,3 % gegenüber 4,4 % im Vorjahr).

Abbildung 46

Abb. 46 Krankenstände in den zehn wichtigsten Berufsgruppen 2002 Vergleich zum Vorjahr



Unterschiede im AU-Geschehen zwischen einzelnen Berufsgruppen können durch berufsspezifische Arbeitsbedingungen begründet sein.

Berufsgruppen mit hohen Krankenständen sind vielfach erheblichen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Ob diese Belastungen im Laufe der Zeit zu gesundheitlichen Beschwerden und schließlich zu Erkrankungen führen, hängt wesentlich auch davon ab, inwieweit dem Beschäftigten Möglichkeiten der Bewältigung von Arbeitsanforderungen und zum Ausgleich von belastenden Situationen zur Verfügung stehen. So kann eine hohe Arbeitszufriedenheit durch die Möglichkeit der Einflussnahme auf die Organisation und die Inhalte der Arbeit, ein gutes Betriebsklima oder flexible Arbeitszeitgestaltung den Umgang mit belastenden Arbeitssituationen und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien positiv beeinflussen.

Unter welchen spezifischen Bedingungen Beschäftigte in ihrem Beruf arbeiten und inwieweit daraus Auswirkungen auf das AU-Geschehen abgeleitet werden können, ist den vorliegenden AU-Daten nicht zu entnehmen. Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen können daher vor allem auch über die Befragungen von Beschäftigten gewonnen werden.

Die DAK arbeitet seit Jahren bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und nimmt damit ihren gesetzlichen Auftrag wahr.

Im Rahmen des im Sommer und Herbst 2000 gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege durchgeführten „Stress-Monitorings“ wurden Beschäftigte aus 23 Berufsgruppen bzw. Betriebsarten schriftlich zu ihren Arbeitsbedingungen befragt. Die Ergebnisse für ausgewählte Berufsgruppen¹² liegen in schriftlicher Form vor und können bei der Hauptgeschäftsstelle der DAK bezogen werden.

Eine Übersicht über die Ergebnisse für die Jahre 2001 und 2002 aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen ist den Tabellen A9 und A10 im Anhang III zu entnehmen.

Erhöhte Krankenstände bei Berufen mit hohen physischen und/oder psychosozialen Belastungen.

Zusammenspiel belastender und stärkender Arbeitsbedingungen hat Auswirkung auf AU-Geschehen.

DAK arbeitet mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen

Befragung von Beschäftigten in Berufen mit hoher Stressbelastung.

Übersichtstabelle im Anhang

¹² Friseur, Reinigungskräfte, Kindergärtnerinnen, Betreuer und Gruppenleiter in Werkstätten für Behinderte, Berufsschullehrer, Beschäftigte in Werkstätten der Gefährdetenhilfe, Tierärzte

Anhang II: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

| | |
|--|---|
| ... pro 100 Versichertenjahre | An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße „100 Versichertenjahre“ verwendet. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2003 über bei der DAK 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 Versichertenjahre. |
| Betroffenenquote | Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 % ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit. |
| AU-Fälle oder Fallhäufigkeit | <p>Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Hauptdiagnose gezählt. Im Gesundheitsbericht finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versichertenjahre.</p> <p>Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.</p> |
| Krankenstand | Die Kennzahl „Krankenstand“ wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100. |
| Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre | Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltag – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365, so erhält man den Krankenstandswert. |
| Durchschnittliche Falldauer | Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem man die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert. |
| Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen | Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose 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 mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, berechnet man sogenannte *standardisierte Kennzahlen*.

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 wird jeweils der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik.

An den standardisierten Kennzahlen lässt sich dann 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.

Die 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 auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

Hinweise zur Umstellung von ICD 9 auf ICD 10

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

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.

Zurückhaltende Interpretation von Unterschieden vor und nach 2000

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

Kapitel des ICD 10

| ICD 10 | Krankheitsart |
|---------------|---|
| A00 – B99 | Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten |
| C00 – D48 | Neubildungen (Krebs) |
| D50 – D89 | Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe |
| E00 – E90 | Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| F00 – F99 | Psychische und Verhaltensstörungen |
| G00 – G99 | Krankheiten des Nervensystems |
| H0 – H59 | Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde |
| H60 – H95 | Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes |
| I00 – I99 | Krankheiten des Kreislaufsystems |
| J00 – J99 | Krankheiten des Atmungssystems |
| K00 – K93 | Krankheiten des Verdauungssystems |
| L00 – L99 | Krankheiten der Haut und der Unterhaut |
| M00 – M99 | Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes |
| N00 – N99 | Krankheiten des Urogenitalsystems |
| O00 – O99 | Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett |
| P00 – P96 | Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben |
| Q00 – Q99 | Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien |
| R00 – R99 | Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind |
| S00 – T98 | Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen |

Quelle: Internationale Klassifikation der Krankheitsarten, ICD 10

Anhang III: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 2002 und 2003 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 III aufgeführten Tabellen:

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen | 35 |
| Tabelle 2: Die wichtigsten Einzeldiagnosen (Erkrankungen bis zu 3 Tagen Dauer) | 48 |

Tabelle A1: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2002

| Krankheitsart (nach ICD 10) | Geschlecht | Pro 100 Versicherten-jahre | | Ø Tage je AU-Fall | Anteil am Krankenstand |
|---|---------------|----------------------------|--------------|-------------------|------------------------|
| | | AU-Tage | AU-Fälle | | |
| A00- Infektiöse u. parasitäre Krankheiten | Gesamt | 55,1 | 9,7 | 5,7 | 4,3% |
| B99 | Männer | 53,1 | 9,5 | 5,6 | 4,3% |
| | Frauen | 58,0 | 10,1 | 5,8 | 4,3% |
| C00- Neubildungen | Gesamt | 52,0 | 1,4 | 36,9 | 4,0% |
| D48 | Männer | 38,9 | 1,1 | 34,5 | 3,1% |
| | Frauen | 70,4 | 1,8 | 39,0 | 5,2% |
| F00- Psychische und Verhaltensstörungen | Gesamt | 109,3 | 3,9 | 28,3 | 8,5% |
| F99 | Männer | 87,9 | 3,0 | 29,6 | 7,1% |
| | Frauen | 139,6 | 5,1 | 27,3 | 10,3% |
| G00- Krankheiten der Nerven, H95 des Auges und der Ohren | Gesamt | 54,2 | 4,9 | 11,1 | 4,2% |
| | Männer | 49,9 | 4,4 | 11,4 | 4,0% |
| | Frauen | 60,3 | 5,6 | 10,8 | 4,5% |
| I00- Krankheiten des Kreislaufsystems | Gesamt | 75,1 | 3,8 | 20,0 | 5,8% |
| I99 | Männer | 88,4 | 3,8 | 23,5 | 7,1% |
| | Frauen | 56,3 | 3,7 | 15,0 | 4,2% |
| J00- Krankheiten des Atmungssystems | Gesamt | 207,5 | 31,9 | 6,5 | 16,2% |
| J99 | Männer | 191,3 | 29,6 | 6,5 | 15,4% |
| | Frauen | 230,5 | 35,2 | 6,6 | 17,1% |
| K00- Krankheiten des Verdauungssystems | Gesamt | 91,3 | 14,6 | 6,2 | 7,1% |
| K93 | Männer | 92,7 | 14,2 | 6,5 | 7,5% |
| | Frauen | 89,4 | 15,2 | 5,9 | 6,6% |
| M00- Krh. d. Muskel-Skelett-Systems | Gesamt | 300,0 | 17,1 | 17,5 | 23,4% |
| M99 | Männer | 309,5 | 18,5 | 16,7 | 25,0% |
| | Frauen | 286,7 | 15,3 | 18,8 | 21,3% |
| R00- Symptome und abnorme klinische R99 und Laborbefunde | Gesamt | 51,7 | 5,5 | 9,4 | 4,0% |
| | Männer | 43,3 | 4,8 | 9,1 | 3,5% |
| | Frauen | 63,6 | 6,6 | 9,7 | 4,7% |
| S00- Verletzungen und Vergiftungen | Gesamt | 182,6 | 10,8 | 16,9 | 14,7% |
| T98 | Männer | 219,5 | 13,0 | 16,9 | 17,7% |
| | Frauen | 130,5 | 7,6 | 17,1 | 9,7% |
| Gesamt¹³ | Gesamt | 1.284,5 | 111,5 | 11,5 | 100% |
| | Männer | 1.238,9 | 106,5 | 11,6 | 100% |
| | Frauen | 1.348,9 | 118,4 | 11,4 | 100% |

¹³ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 97)

Tabelle A2: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2003

| Krankheitsart (nach ICD 10) | Geschlecht | Pro 100 Versicherten-jahre | | Ø Tage je AU-Fall | Anteil am Krankenstand |
|---|---------------|----------------------------|--------------|-------------------|------------------------|
| | | AU-Tage | AU-Fälle | | |
| A00- Infektiöse u. parasitäre Krankheiten | Gesamt | 56,5 | 9,8 | 5,8 | 4,5% |
| B99 | Männer | 55,4 | 9,6 | 5,7 | 4,5% |
| | Frauen | 58,0 | 10,1 | 5,8 | 4,4% |
| C00- Neubildungen | Gesamt | 53,7 | 1,4 | 38,2 | 4,3% |
| D48 | Männer | 41,7 | 1,1 | 36,6 | 3,4% |
| | Frauen | 70,6 | 1,8 | 39,6 | 5,4% |
| F00- Psychische und Verhaltensstörungen | Gesamt | 111,0 | 3,9 | 28,7 | 8,8% |
| F99 | Männer | 91,0 | 3,0 | 30,1 | 7,4% |
| | Frauen | 139,2 | 5,0 | 27,6 | 10,6% |
| G00- Krankheiten der Nerven, H95 des Auges und der Ohren | Gesamt | 51,4 | 4,7 | 11,0 | 4,1% |
| | Männer | 47,2 | 4,3 | 11,1 | 3,9% |
| | Frauen | 57,3 | 5,3 | 10,8 | 4,4% |
| I00- Krankheiten des Kreislaufsystems | Gesamt | 73,2 | 3,6 | 20,2 | 5,8% |
| I99 | Männer | 86,9 | 3,7 | 23,8 | 7,1% |
| | Frauen | 53,9 | 3,6 | 15,0 | 4,1% |
| J00- Krankheiten des Atmungssystems | Gesamt | 213,7 | 33,1 | 6,4 | 17,0% |
| J99 | Männer | 196,9 | 30,7 | 6,4 | 16,1% |
| | Frauen | 237,3 | 36,6 | 6,5 | 18,1% |
| K00- Krankheiten des Verdauungssystems | Gesamt | 86,9 | 14,0 | 6,2 | 6,9% |
| K93 | Männer | 89,9 | 13,7 | 6,6 | 7,3% |
| | Frauen | 82,7 | 14,5 | 5,7 | 6,3% |
| M00- Krh. d. Muskel-Skelett-Systems | Gesamt | 282,4 | 15,9 | 17,7 | 22,4% |
| M99 | Männer | 291,5 | 17,1 | 17,1 | 23,8% |
| | Frauen | 269,5 | 14,3 | 18,9 | 20,5% |
| R00- Symptome und abnorme klinische R99 und Laborbefunde | Gesamt | 51,4 | 5,6 | 9,2 | 4,1% |
| | Männer | 43,4 | 4,9 | 8,9 | 3,6% |
| | Frauen | 62,7 | 6,6 | 9,4 | 4,8% |
| S00- Verletzungen und Vergiftungen | Gesamt | 181,1 | 10,4 | 17,4 | 14,4% |
| T98 | Männer | 218,0 | 12,5 | 17,4 | 17,8% |
| | Frauen | 129,0 | 7,4 | 17,5 | 9,8% |
| Gesamt¹⁴ | Gesamt | 1.260,3 | 110,0 | 11,5 | 100% |
| | Männer | 1.223,3 | 105,2 | 11,6 | 100% |
| | Frauen | 1.312,7 | 116,9 | 11,2 | 100% |

¹⁴ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 97)

Tabelle A3 Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2003

| Krankheitsart (nach ICD 10) | Geschlecht | Pro 100 Versicherten-jahre | | Ø Tage je AU-Fall | Anteil am Krankenstand |
|---|---------------|----------------------------|--------------|-------------------|------------------------|
| | | AU-Tage | AU-Fälle | | |
| A00- B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten | Gesamt | 56,0 | 9,9 | 5,7 | 4,7% |
| | Männer | 55,1 | 9,7 | 5,7 | 4,7% |
| | Frauen | 57,4 | 10,2 | 5,6 | 4,6% |
| C00- D48 Neubildungen | Gesamt | 52,5 | 1,3 | 40,3 | 4,4% |
| | Männer | 41,4 | 1,1 | 38,7 | 3,5% |
| | Frauen | 68,2 | 1,6 | 41,9 | 5,5% |
| F00- F99 Psychische und Verhaltensstörungen | Gesamt | 115,0 | 3,8 | 30,2 | 9,6% |
| | Männer | 96,1 | 3,0 | 31,6 | 8,2% |
| | Frauen | 141,6 | 4,9 | 29,0 | 11,3% |
| G00- H95 Krankheiten der Nerven, des Auges und der Ohren | Gesamt | 50,5 | 4,4 | 11,5 | 4,2% |
| | Männer | 46,9 | 4,0 | 11,7 | 4,0% |
| | Frauen | 55,4 | 4,9 | 11,3 | 4,4% |
| I00- I99 Krankheiten des Kreislaufsystems | Gesamt | 68,9 | 3,3 | 20,7 | 5,7% |
| | Männer | 83,4 | 3,4 | 24,5 | 7,1% |
| | Frauen | 48,4 | 3,2 | 15,1 | 3,9% |
| J00- J99 Krankheiten des Atmungssystems | Gesamt | 194,0 | 31,2 | 6,2 | 16,1% |
| | Männer | 179,1 | 28,9 | 6,2 | 15,3% |
| | Frauen | 215,0 | 34,6 | 6,2 | 17,2% |
| K00- K93 Krankheiten des Verdauungssystems | Gesamt | 79,9 | 12,8 | 6,3 | 6,6% |
| | Männer | 82,7 | 12,5 | 6,6 | 7,1% |
| | Frauen | 75,9 | 13,2 | 5,8 | 6,1% |
| M00- M99 Krh. d. Muskel-Skelett-Systems | Gesamt | 272,8 | 15,1 | 18,0 | 22,7% |
| | Männer | 279,8 | 16,2 | 17,3 | 24,0% |
| | Frauen | 262,9 | 13,6 | 19,4 | 21,0% |
| R00- R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde | Gesamt | 51,5 | 5,5 | 9,3 | 4,3% |
| | Männer | 43,3 | 4,8 | 9,1 | 3,7% |
| | Frauen | 63,0 | 6,5 | 9,6 | 5,0% |
| S00- T98 Verletzungen und Vergiftungen | Gesamt | 168,3 | 9,7 | 17,4 | 14,0% |
| | Männer | 200,3 | 11,5 | 17,4 | 17,2% |
| | Frauen | 123,2 | 7,0 | 17,5 | 9,8% |
| Gesamt ¹⁵ | Gesamt | 1.202,4 | 104,1 | 11,6 | 100,0% |
| | Männer | 1.167,5 | 99,5 | 11,7 | 100,0% |
| | Frauen | 1.251,6 | 110,5 | 11,3 | 100,0% |

¹⁵ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 97)

Tabelle A4 Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2003

| Krankheitsart (nach ICD 10) | Geschlecht | Pro 100 Versicherten-jahre | | Ø Tage je | Anteil am Krankenstand |
|--|---------------|----------------------------|--------------|-------------|------------------------|
| | | AU-Tage | AU-Fälle | AU-Fall | |
| A00-B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten | Gesamt | 57,2 | 9,1 | 6,3 | 3,7% |
| | Männer | 54,9 | 8,8 | 6,2 | 3,7% |
| | Frauen | 60,5 | 9,4 | 6,4 | 3,8% |
| C00-D48 Neubildungen | Gesamt | 59,9 | 1,9 | 31,1 | 3,9% |
| | Männer | 43,7 | 1,5 | 29,5 | 2,9% |
| | Frauen | 82,6 | 2,6 | 32,3 | 5,1% |
| F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen | Gesamt | 89,8 | 4,1 | 21,8 | 5,8% |
| | Männer | 63,3 | 2,9 | 22,0 | 4,3% |
| | Frauen | 127,3 | 5,9 | 21,7 | 7,9% |
| G00-H95 Krankheiten der Nerven, des Auges und der Ohren | Gesamt | 55,5 | 6,0 | 9,2 | 3,6% |
| | Männer | 48,1 | 5,2 | 9,2 | 3,2% |
| | Frauen | 66,0 | 7,2 | 9,2 | 4,1% |
| I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems | Gesamt | 94,0 | 5,1 | 18,6 | 6,1% |
| | Männer | 103,9 | 4,8 | 21,7 | 7,0% |
| | Frauen | 80,2 | 5,4 | 14,8 | 5,0% |
| J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems | Gesamt | 305,9 | 41,3 | 7,4 | 19,9% |
| | Männer | 276,7 | 37,9 | 7,3 | 18,7% |
| | Frauen | 347,0 | 46,1 | 7,5 | 21,5% |
| K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems | Gesamt | 119,6 | 19,7 | 6,1 | 7,8% |
| | Männer | 122,4 | 19,0 | 6,4 | 8,3% |
| | Frauen | 115,6 | 20,8 | 5,6 | 7,2% |
| M00-M99 Krh. d. Muskel-Skelett-Systems | Gesamt | 332,0 | 19,8 | 16,7 | 21,6% |
| | Männer | 353,9 | 21,4 | 16,6 | 23,9% |
| | Frauen | 301,0 | 17,7 | 17,1 | 18,7% |
| R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde | Gesamt | 49,1 | 5,7 | 8,5 | 3,2% |
| | Männer | 40,8 | 4,9 | 8,3 | 2,8% |
| | Frauen | 60,8 | 6,9 | 8,8 | 3,8% |
| S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen | Gesamt | 243,6 | 13,8 | 17,7 | 15,9% |
| | Männer | 304,9 | 17,2 | 17,7 | 20,5% |
| | Frauen | 157,0 | 8,9 | 17,6 | 9,7% |
| Gesamt¹⁶ | Gesamt | 1.536,5 | 136,2 | 11,3 | 100,0% |
| | Männer | 1.483,6 | 128,8 | 11,5 | 100,0% |
| | Frauen | 1.611,3 | 146,7 | 11,0 | 100,0% |

¹⁶ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 97)

Tabelle A5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2002

| Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*) | Pro 100 Versichertenjahre | | | |
|--|---------------------------|---------------|--------------|-------------------|
| | Krankenstand | AU-Tage | AU-Fälle | Ø Tage je AU-Fall |
| Banken, Versicherungen (65 - 67) | 3,0% | 1.081,0 | 102,4 | 10,6 |
| Baugewerbe (45) | 3,7% | 1.341,9 | 106,6 | 12,6 |
| Bildung, Kultur, Medien (74, 80, 92) | 3,6% | 1.302,2 | 137,6 | 9,5 |
| Chemische Industrie (23 - 25) | 3,4% | 1.224,3 | 115,4 | 10,6 |
| Datenverarbeitung (72) | 2,5% | 905,8 | 92,5 | 9,8 |
| Feinmechanik (30 - 33) | 3,1% | 1.115,9 | 109,9 | 10,2 |
| Gesundheitswesen (85) | 4,0% | 1.476,2 | 116,6 | 12,7 |
| Handel (50 - 52) | 3,2% | 1.154,7 | 96,9 | 11,9 |
| Holz, Papier, Druck (20 - 22) | 3,0% | 1.109,3 | 104,1 | 10,7 |
| Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41) | 3,7% | 1.364,7 | 119,4 | 11,4 |
| Maschinen-, Anlagen-, u. Fahrzeugbau (29, 34, 35) | 3,3% | 1.216,3 | 114,1 | 10,7 |
| Nahrungs- u. Genussmittel (15 - 16) | 3,7% | 1.338,9 | 104,5 | 12,8 |
| Öffentliche Verwaltung (75) | 4,0% | 1.465,9 | 129,5 | 11,3 |
| Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95) | 3,7% | 1.332,9 | 135,7 | 9,8 |
| Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1) | 2,2% | 812,1 | 82,0 | 9,9 |
| Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93) | 3,5% | 1.260,4 | 107,6 | 11,7 |
| Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36) | 3,5% | 1.277,4 | 115,9 | 11,0 |
| Textil (17 - 19) | 3,2% | 1.175,8 | 105,8 | 11,1 |
| Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64) | 3,7% | 1.350,0 | 108,4 | 12,5 |
| DAK Gesamt (00 - 95) | 3,5% | 1284,5 | 111,5 | 11,5 |

* In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik der Bundesanstalt für Arbeit (1993) angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A6 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2003

| Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*) | Pro 100 Versichertenjahre | | | |
|--|---------------------------|-----------------|--------------|-------------------|
| | Krankenstand | AU-Tage | AU-Fälle | Ø Tage je AU-Fall |
| Banken, Versicherungen (65 - 67) | 2,9% | 1.074,4 | 103,3 | 10,4 |
| Baugewerbe (45) | 3,5% | 1.290,3 | 102,7 | 12,6 |
| Bildung, Kultur, Medien (74, 80, 92) | 3,2% | 1.163,9 | 125,4 | 9,3 |
| Chemische Industrie (23 - 25) | 3,3% | 1.190,8 | 112,8 | 10,6 |
| Datenverarbeitung (72) | 2,4% | 884,1 | 88,3 | 10,0 |
| Feinmechanik (30 - 33) | 2,9% | 1.074,7 | 107,6 | 10,0 |
| Gesundheitswesen (85) | 3,9% | 1.434,3 | 115,3 | 12,4 |
| Handel (50 - 52) | 3,1% | 1.145,7 | 94,9 | 12,1 |
| Holz, Papier, Druck (20 - 22) | 3,0% | 1.101,5 | 102,0 | 10,8 |
| Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41) | 3,7% | 1.358,8 | 117,4 | 11,6 |
| Maschinen-, Anlagen-, u. Fahrzeugbau (29, 34, 35) | 3,2% | 1.163,0 | 112,0 | 10,4 |
| Nahrungs- u. Genussmittel (15 - 16) | 3,6% | 1.326,1 | 103,4 | 12,8 |
| Öffentliche Verwaltung (75) | 4,1% | 1.479,4 | 133,8 | 11,1 |
| Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95) | 3,6% | 1.300,8 | 139,0 | 9,4 |
| Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1) | 2,3% | 839,4 | 82,9 | 10,1 |
| Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93) | 3,4% | 1.230,1 | 102,4 | 12,0 |
| Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36) | 3,4% | 1.247,4 | 112,9 | 11,0 |
| Textil (17 - 19) | 3,0% | 1.086,2 | 101,6 | 10,7 |
| Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64) | 3,7% | 1.332,5 | 106,5 | 12,5 |
| DAK Gesamt (00 - 95) | 3,5% | 1.260,31 | 110,0 | 11,5 |

* In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik der Bundesanstalt für Arbeit (1993) angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A7 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2002

| Bundesland | Krankenstand | Pro 100 Versichertenjahre | | Ø Tage je AU-Fall |
|------------------------|--------------|---------------------------|--------------|-------------------|
| | | AU-Tage | AU-Fälle | |
| Baden-Württemberg | 2,9% | 1.050,5 | 93,6 | 11,2 |
| Bayern | 3,2% | 1.152,3 | 98,7 | 11,7 |
| Berlin* | 4,7% | 1.720,0 | 126,5 | 13,6 |
| Bremen | 3,5% | 1.289,6 | 113,4 | 11,4 |
| Hamburg | 3,5% | 1.266,3 | 105,9 | 12,0 |
| Hessen | 3,5% | 1.269,3 | 111,7 | 11,4 |
| Niedersachsen | 3,4% | 1.253,2 | 111,3 | 11,3 |
| Nordrhein-Westfalen | 3,4% | 1.228,5 | 105,3 | 11,7 |
| Rheinland-Pfalz | 3,6% | 1.332,1 | 109,6 | 12,2 |
| Saarland | 4,2% | 1.531,9 | 107,8 | 14,2 |
| Schleswig-Holstein | 3,4% | 1.234,5 | 109,0 | 11,3 |
| Alte Bundesländer | 3,4% | 1.231,3 | 105,3 | 11,7 |
| Brandenburg | 4,3% | 1.571,8 | 137,4 | 11,4 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 4,4% | 1.596,0 | 145,6 | 11,0 |
| Sachsen | 3,9% | 1.436,9 | 129,2 | 11,1 |
| Sachsen-Anhalt | 4,2% | 1.540,5 | 138,7 | 11,1 |
| Thüringen | 4,0% | 1.472,7 | 136,5 | 10,8 |
| Neue Bundesländer | 4,2% | 1.522,6 | 137,2 | 11,1 |
| DAK Gesamt | 3,5% | 1284,5 | 111,5 | 11,5 |

*Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A8: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2003

| Bundesland | Krankenstand | Pro 100 Versichertenjahre | | Ø Tage je AU-Fall |
|--------------------------|--------------|---------------------------|--------------|-------------------|
| | | AU-Tage | AU-Fälle | |
| Baden-Württemberg | 2,8% | 1.029,4 | 93,7 | 11,0 |
| Bayern | 3,1% | 1.126,4 | 98,5 | 11,4 |
| Berlin* | 4,5% | 1.638,2 | 124,2 | 13,2 |
| Bremen | 3,4% | 1.235,8 | 111,3 | 11,1 |
| Hamburg | 3,3% | 1.197,4 | 101,1 | 11,8 |
| Hessen | 3,4% | 1.248,0 | 110,4 | 11,3 |
| Niedersachsen | 3,4% | 1.234,6 | 108,7 | 11,4 |
| Nordrhein-Westfalen | 3,3% | 1.192,4 | 103,5 | 11,5 |
| Rheinland-Pfalz | 3,6% | 1.307,6 | 110,1 | 11,9 |
| Saarland | 4,1% | 1.503,2 | 108,9 | 13,8 |
| Schleswig-Holstein | 3,3% | 1.219,8 | 106,6 | 11,4 |
| Alte Bundesländer | 3,3% | 1.202,4 | 104,1 | 11,6 |
| Brandenburg | 4,3% | 1.581,9 | 137,7 | 11,5 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 4,3% | 1.552,6 | 140,4 | 11,1 |
| Sachsen | 4,0% | 1.474,6 | 130,9 | 11,3 |
| Sachsen-Anhalt | 4,3% | 1.551,5 | 136,6 | 11,4 |
| Thüringen | 4,1% | 1.510,2 | 135,6 | 11,1 |
| Neue Bundesländer | 4,2% | 1.536,5 | 136,2 | 11,3 |
| DAK Gesamt 2003 | 3,5% | 1.260,3 | 110,0 | 11,5 |

* Berlin gehört krankensicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2001

| Berufsgruppe (Schlüsselnummer*) | Krankenstand | Pro 100 Versichertenjahre | | Ø Tage je AU-Fall |
|---|--------------|---------------------------|--------------|-------------------|
| | | AU-Tage | AU-Fälle | |
| Bürofach-, Bürohilfskräfte | 2,8% | 1.034,5 | 102,4 | 10,1 |
| Warenkaufleute | 2,9% | 1.052,2 | 95,4 | 11,0 |
| Übrige Gesundheitsdienstberufe | 4,0% | 1.476,0 | 111,3 | 13,3 |
| Sozialpflegerische Berufe | 3,8% | 1.386,6 | 127,0 | 10,9 |
| Bank-, Versicherungskaufleute | 2,8% | 1.015,5 | 102,0 | 10,0 |
| Rechnungskaufleute, Datenverarbeitungsfachleute | 2,6% | 936,4 | 93,4 | 10,0 |
| Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer | 1,9% | 684,6 | 71,0 | 9,6 |
| Lehrer | 2,7% | 972,4 | 95,9 | 10,1 |
| Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter | 4,4% | 1.616,6 | 145,5 | 11,1 |
| Berufe des Landverkehrs | 4,4% | 1.614,4 | 125,7 | 12,8 |
| DAK Gesamt 2001 | 3,5% | 1.278,1 | 109,8 | 11,6 |

* In Klammern ist die Schlüsselnummer der Berufsgruppe gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben.

Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2002

| Berufsgruppe (Schlüsselnummer*) | Krankenstand | Pro 100 Versichertenjahre | | Ø Tage je AU-Fall |
|---|--------------|---------------------------|--------------|-------------------|
| | | AU-Tage | AU-Fälle | |
| Bürofach-, Bürohilfskräfte | 2,8% | 1.038,1 | 103,8 | 10,0 |
| Warenkaufleute | 2,9% | 1.061,6 | 97,0 | 10,9 |
| Übrige Gesundheitsdienstberufe | 4,0% | 1.460,9 | 113,3 | 12,9 |
| Sozialpflegerische Berufe | 3,8% | 1.370,0 | 128,4 | 10,7 |
| Bank-, Versicherungskaufleute | 2,8% | 1.013,4 | 104,5 | 9,7 |
| Rechnungskaufleute, Datenverarbeitungsfachleute | 2,6% | 940,6 | 94,7 | 9,9 |
| Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer | 1,9% | 685,6 | 72,8 | 9,4 |
| Lehrer | 2,6% | 945,6 | 93,8 | 10,1 |
| Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter | 4,3% | 1.585,6 | 143,7 | 11,0 |
| Berufe des Landverkehrs | 4,4% | 1.615,8 | 125,0 | 12,9 |
| DAK Gesamt 2002 | 3,5% | 1.284,5 | 111,5 | 11,5 |

* In Klammern ist die Schlüsselnummer der Berufsgruppe gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben.