

**DAK Gesundheitsreport 2004
für das Bundesland
Bremen**

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

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,
E-Mail: iges@iges.de

Inhalt

Vorwort	3
1 Der Krankenstand in Bremen 2003 im Überblick.....	6
1.1 Welche Auffälligkeiten zeigen sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt?	6
1.2 Bremen im Vergleich zu anderen Bundesländern	8
1.3 Der Krankenstand in Bremen nach Alter und Geschlecht	9
2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich?	10
3 Schwerpunktthema: Kurzzeit-Erkrankungen.....	12
4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede	55
4.1 Wie können bundeslandspezifische Unterschiede im Krankenstand zustande kommen?	55
4.2 Die Wirtschaftsstruktur der DAK-Mitglieder in Bremen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt.....	56
4.3 Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Bremen.....	57
5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen.....	59
6 Schlussfolgerungen.....	61

Vorwort

Im fünften Jahr in Folge liegt mit dem DAK-Gesundheitsreport 2004 für Bremen eine detaillierte Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens vor.

Auch in diesem Jahr konnten wieder einige Unterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zwischen Bremen und dem Bundesdurchschnitt bzw. den anderen Bundesländern festgestellt werden: Diese Unterschiede betreffen das Niveau des Krankenstands insgesamt – der Bremer Krankenstand lag 2003 etwas unter dem Bundesdurchschnitt -, aber auch einzelne Krankheitsarten oder den Krankenstand in den verschiedenen Wirtschaftszweigen.

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 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 Kurzzeit-Krankenstandes gefragt.

Insgesamt ist der Krankenstand in Bremen im Vergleich zum Vorjahr etwas gesunken. Der Krankenstand einzelner Betriebe, einer Branche und letztlich eines Bundeslands steht immer auch im Zusammenhang mit wirtschaftlichen Entwicklungen und den Belastungen, denen Beschäftigte in der Arbeits- und Umwelt ausgesetzt sind. Daher ist es wichtig, Gesundheit und Motivation der Beschäftigten weiterhin aktiv in den Mittelpunkt der Organisations- und Personalpolitik zu rücken. Die betrieblichen Arbeitsschutzexperten sowie alle dafür Verantwortlichen in den Unternehmen, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Gewerkschaften und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen benötigen dafür eine verlässliche Datengrundlage. Der vorliegende Bericht liefert allen Beteiligten wichtige Informationen über das Morbiditätsgeschehen in Bremen.

Das Wichtigste auf einen Blick

- | | |
|--|---|
| <p>Ø 2003 belief sich der Gesamtkrankenstand der erwerbstätigen DAK-Mitglieder in Bremen auf 3,4%. Der Krankenstand in Bremen erreichte damit einen nah am Bundesdurchschnitt liegenden Wert (Bund 3,5%).</p> | <p>Gesamtkrankenstand</p> |
| <p>Ø Die Betroffenenquote lag 2003 bei 44%. Dies bedeutet, dass für 44% der DAK-Mitglieder in Bremen mindestens eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Der Wert in Bremen liegt etwas unter dem DAK-Bundesdurchschnitt (46%).</p> | <p>Betroffenenquote</p> |
| <p>Ø Mit 111,3 Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versichertenjahre waren die DAK-Mitglieder in Bremen im Jahr 2003 etwas häufiger krank als im Bundesdurchschnitt (110,0 Fälle).</p> | <p>Fallhäufigkeit</p> |
| <p>Ø Eine durchschnittliche Erkrankung dauerte mit 11,1 Tagen etwas kürzer als im Bundesdurchschnitt (11,5 Tage).</p> | <p>Falldauer</p> |
| <p>Ø Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes waren mit 23,1% Anteil am Krankenstand die wichtigste Krankheitsart. Es folgen Krankheiten des Atmungssystems mit 16,9%, Verletzungen und Vergiftungen (14,2%) und psychische Erkrankungen (9,8%).</p> | <p>Die wichtigsten Krankheitsarten</p> |
| <p>Ø Die Wirtschaftsstruktur in Bremen hat einen geringfügig negativen Effekt auf das Krankenstandsniveau. Der Krankenstand, der für einen „fairen“ Vergleich zwischen den Bundesländern herangezogen werden müsste, ist mit 3,34% noch etwas niedriger.</p> | <p>Berücksichtigt man den geringfügig ungünstigen Einfluss der Wirtschaftsstruktur, liegt der Krankenstand bei 3,34%</p> |
| <p>Ø Die Höhe des Krankenstandes in den einzelnen Branchen variiert deutlich zwischen 4,2% im Bereich „Gesundheitswesen“ und 1,6% im Bereich „Datenverarbeitung“.</p> | <p>Branchen mit deutlich unterschiedlichem Krankenstand</p> |
| <p>Ø Das diesjährige Schwerpunktkapitel beleuchtet die besondere Bedeutung von Kurzzeit-Erkrankungen. Wenn auch für den Gesamtkrankenstand von untergeordneter Bedeutung, stellen sie doch viele Betriebe vor gravierende Probleme, wie die von der DAK zum Thema Kurz-AU befragten Personalverantwortlichen und Verbandsvertreter klar bestätigten.</p> | <p>Sonderanalyse: Kurzzeit-Erkrankungen von bis zu drei Tagen Dauer</p> |

Durch eine vertiefte Analyse der AU-Daten der Bremer DAK-Mitglieder wurden die Häufigkeit kurzer AU-Fälle, die besonders betroffenen Mitgliedergruppen und Branchen sowie die typischen Diagnosen ermittelt. Die Ergebnisse des DAK-Gesundheitsbarometers geben Aufschluss über das Verhalten von Beschäftigten bei akut auftretenden Erkrankungen, den Stellenwert des Arztbesuchs und die Rolle der Pflicht zur Vorlage eines Attests beim Arbeitgeber. Das Kapitel schließt mit Empfehlungen zu konkreten Handlungsmöglichkeiten zur Verminderung von Kurzzeit-Erkrankungen.

1 Der Krankenstand in Bremen 2003 im Überblick

1.1 Welche Auffälligkeiten zeigen sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt?

Krankenstand in Bremen 2003 bei 3,4%

2003 lag der Krankenstand in Bremen bei 3,4%. Das heißt, dass an jedem Kalendertag des Jahres durchschnittlich 3,4% der DAK-Mitglieder in Bremen aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig waren. Im Vergleich zum bundesweiten Krankenstand erreichte Bremen damit einen durchschnittlichen Wert (DAK gesamt: 3,5%, vgl. Abbildung 1). Ein DAK-versicherter Beschäftigter in Bremen war im Durchschnitt an insgesamt 12,4 Tagen arbeitsunfähig.

Betroffenenquote bei 44%

Im Jahr 2003 lag der DAK für 44% der Mitglieder in Bremen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes vor. Dies bedeutet auch: Über die Hälfte aller DAK-Mitglieder in Bremen war während des vergangenen Jahres kein einziges Mal aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig. Die Betroffenenquote im Bund lag bei 46%.

Häufigkeit von Erkrankungen etwas über dem Bundesdurchschnitt

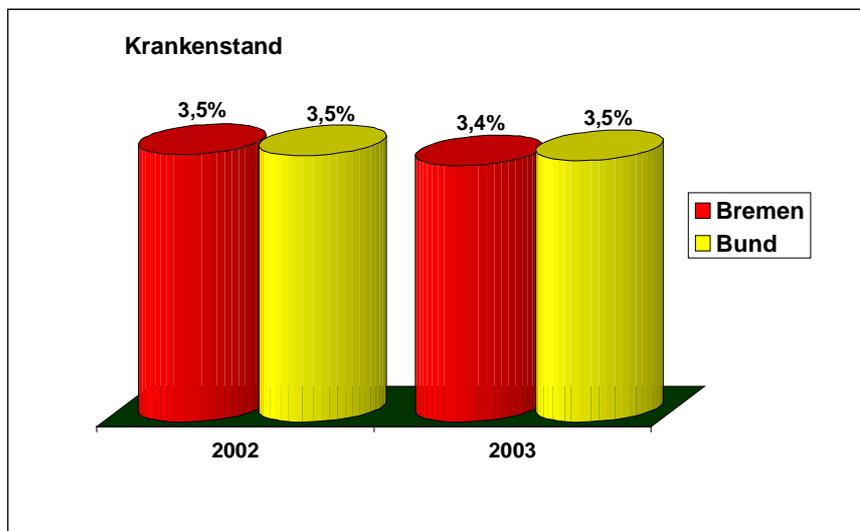
Der Krankenstand setzt sich zusammen aus der Erkrankungshäufigkeit und der durchschnittlichen Dauer einer Erkrankung.

Erkrankungsdauer in Bremen etwas kürzer als im Bund

Ein Blick auf die Zusammensetzung des Krankenstandes zeigt, dass die Häufigkeit von Erkrankungen in Bremen etwas über dem Bundesdurchschnitt liegt. Auf 100 ganzjährig Versicherte entfielen 2003 111,3 Erkrankungsfälle. Im Bundesvergleich waren es 110,0 Erkrankungsfälle. Eine Erkrankung dauerte in Bremen mit durchschnittlich 11,1 Tagen etwas kürzer als bundesweit (11,5 Tage).

Abbildung 1

**Abb. 1
Krankenstand:
Bremen im Vergleich zum Bund**



Quelle: DAK AU-Daten 2003

Abbildung 2

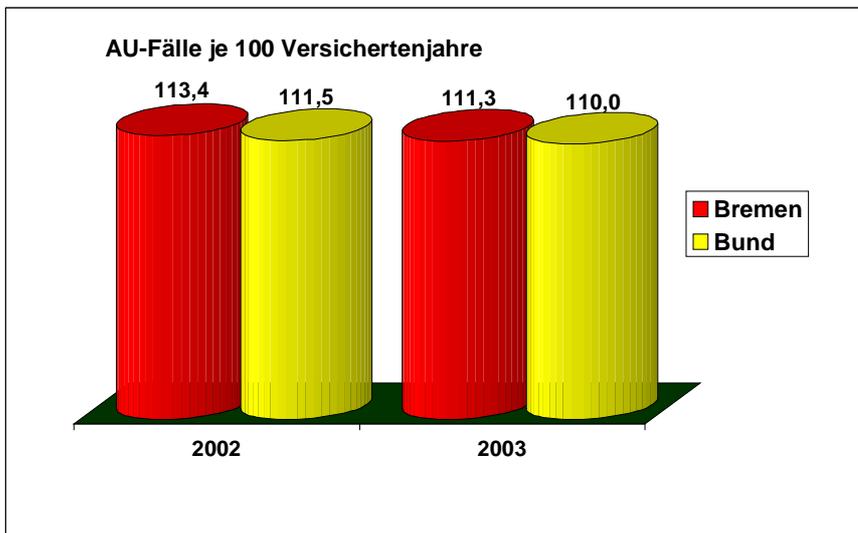


Abb. 2
Anzahl der
Erkrankungsfälle:
Bremen im Ver-
gleich zum Bund

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Abbildung 3

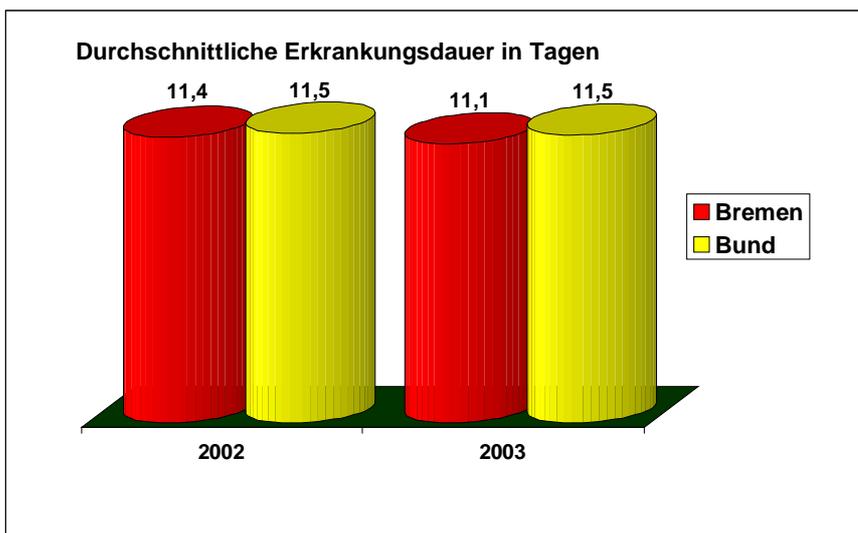


Abb. 3
Dauer einer durch-
schnittlichen
Erkrankung:
Bremen im Ver-
gleich zum Bund

Quelle: DAK AU-Daten 2003

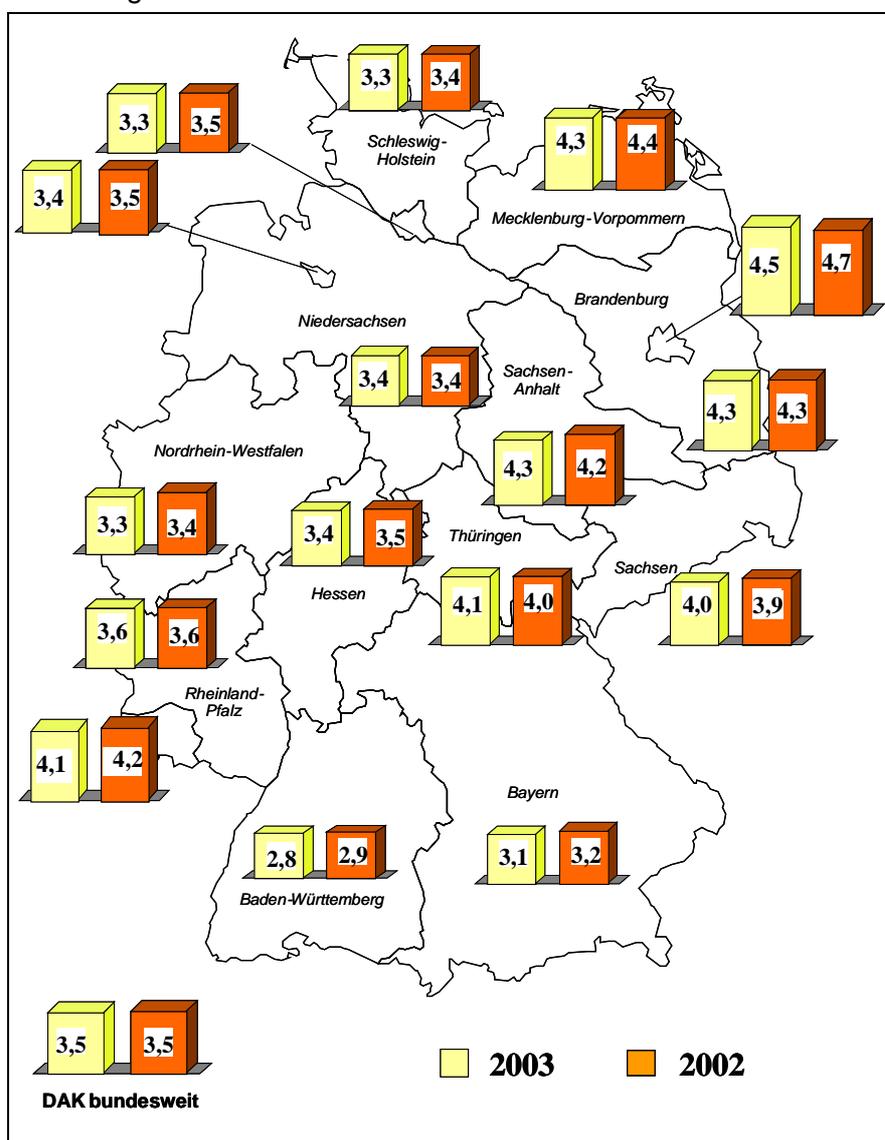
1.2 Bremen im Vergleich zu anderen Bundesländern

Krankenstand in Bremen unter dem Bundesdurchschnitt

Bremen zeigt – wie bereits im Jahr 2001 – erneut einen Krankenstandswert, der etwas unter dem Bundesniveau liegt. Generell kann man beobachten, dass die östlichen Bundesländer sowie das Saarland deutlich über und die westlichen Bundesländer eher am Bundesdurchschnitt liegen. Die beiden südlichen Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg lagen in beiden Jahren deutlich unter dem Durchschnittswert.

Abbildung 4

Abb. 4
Krankenstands-
werte 2002 und
2003 nach
Bundesländern



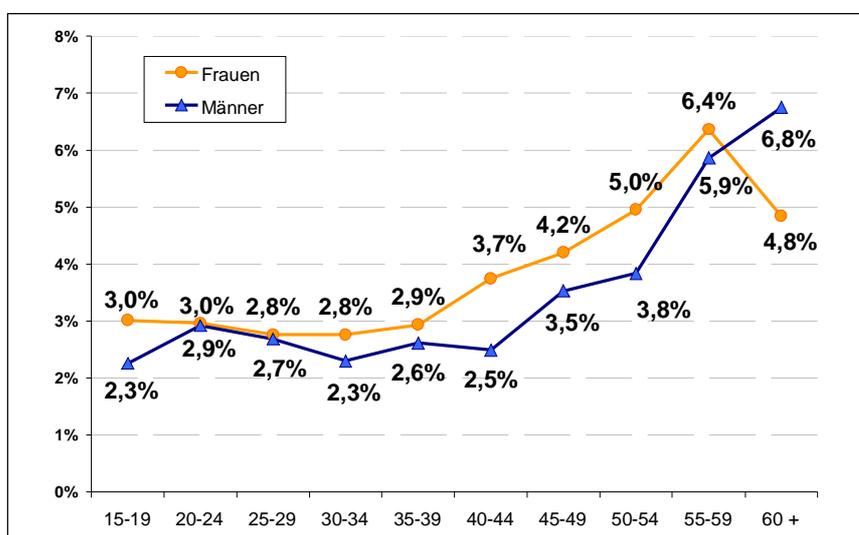
Quelle: DAK AU-Daten 2003

1.3 Der Krankenstand in Bremen nach Alter und Geschlecht

Die Analyse nach den wichtigsten soziodemografischen Merkmalen – Geschlecht und Altersgruppenzugehörigkeit – gibt Hinweise, welche Versichertengruppen in Bremen vor allem von Arbeitsunfähigkeiten betroffen sind.

Abbildung 5 zeigt die Krankenstandswerte 2003 getrennt nach Geschlecht sowie differenziert nach Altersgruppen.

Abbildung 5



Quelle: DAK AU-Daten 2003

Ab dem 30. Lebensjahr steigt der Krankenstand stetig an, was durch die mit zunehmendem Alter größere Wahrscheinlichkeit von schweren und damit länger dauernden Erkrankungen zu erklären ist. Nur in der höchsten Altersgruppe flacht die Kurve (insbesondere bei den Frauen) wieder ab.

Dieser Effekt kommt vermutlich dadurch zustande, dass viele Kranke in diesem Alter bereits aus dem Beruf ausscheiden oder Möglichkeiten des vorgezogenen Ruhestandes in Anspruch nehmen (sog. „healthy worker“-Effekt).

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten liegt deutlich über dem der Männer. Der durchschnittliche Krankenstand betrug 2003 bei den Frauen 3,6% und bei den Männern 3,2%.

Im DAK-Bericht 2001 wurde der Unterschied im Krankenstand zwischen Männern und Frauen gesondert untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass die Hälfte des Unterschieds auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaften zurückzuführen ist.

Soziodemografische Merkmale des Krankenstandes

Abb. 5
Krankenstand 2003 nach Geschlecht und zehn Altersgruppen in Bremen

Mit zunehmendem Alter steigt der Krankenstand der Beschäftigten in Bremen tendenziell an

Krankenstand der weiblichen Versicherten liegt deutlich über dem der Männer

2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich?

Rund 54% des Krankenstandes werden durch Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Krankheiten des Atmungssystems sowie durch Verletzungen und Vergiftungen verursacht

Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes stehen in Bremen an erster Stelle

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Arbeitsunfähigkeitstagen und damit am Krankenstand der DAK-Mitglieder in Bremen sind in Abbildung 6 dargestellt:

Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Krankheiten des Atmungssystems liegen mit 23,1% bzw. 16,9% an erster und zweiter Stelle. Zusammen mit der Diagnosegruppe „Verletzungen und Vergiftungen“ (14,2%) verursachen diese Erkrankungsarten rund 54% des Krankenstandes in Bremen.

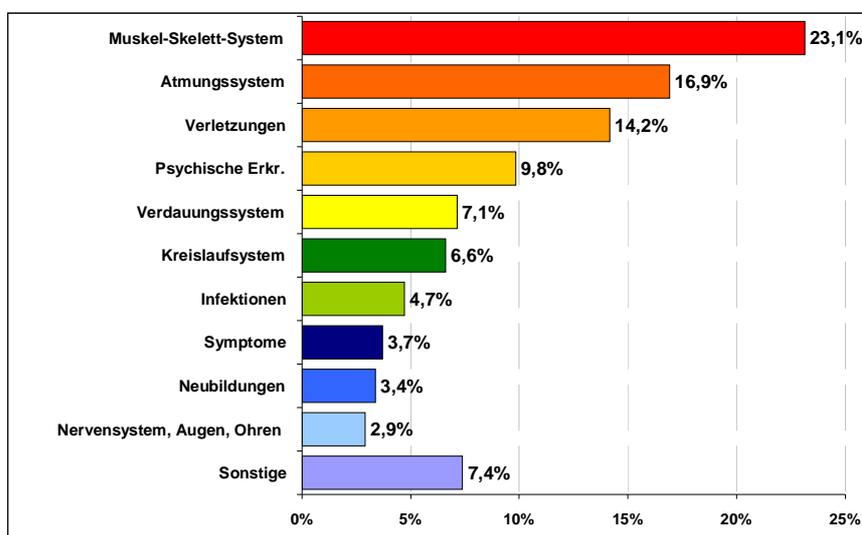
Die Rangfolge der beiden wichtigsten Krankheitsarten in Bremen ist typisch und entspricht der bundesweiten Rangfolge: In der Regel sind Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems von vergleichsweise langer Dauer und liegen daher an der Spitze der Krankheitsarten.

Die wichtigste Diagnose bei den Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems sind Erkrankungen des Rückens. Die DAK hat dieser Krankheitsart im Gesundheitsreport 2003 eine Sonderanalyse gewidmet.

Erkrankungen des Atmungssystems kommen im Vergleich zu Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems zwar häufiger vor, haben jedoch aufgrund ihrer relativ kurzen Dauer einen geringeren Anteil an den AU-Tagen.

Abbildung 6

Abb. 6
Anteile der 10 wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen



Quelle: DAK AU-Daten 2003

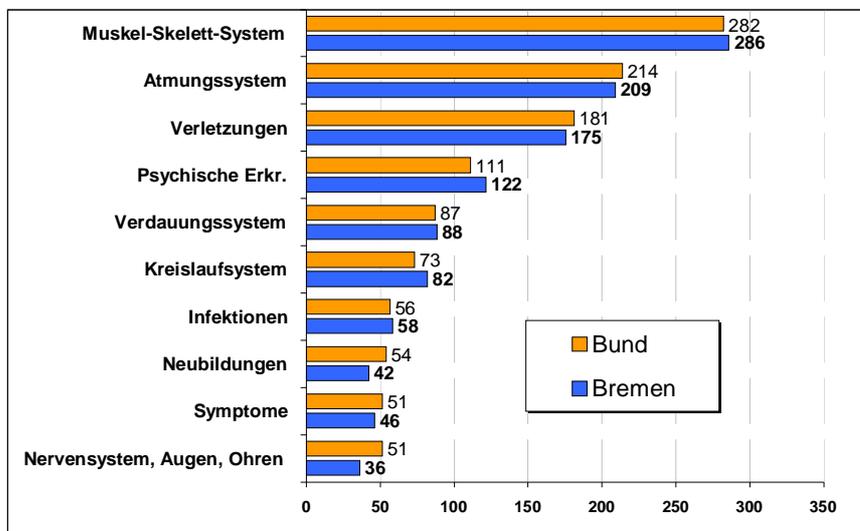
Für den Vergleich mit den Bundeswerten wird die Anzahl von Erkrankungstagen herangezogen, die je 100 Beschäftigte aufgrund einer Krankheit entstanden sind.

Abbildung 7 zeigt, dass im Vergleich zum Bund nur wenige Erkrankungen mehr AU-Tage verursachen. Bei den Psychischen Erkrankungen sowie bei den Erkrankungen des Kreislaufsystems fallen deutlich mehr Ausfalltage an. Bei den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie des Verdauungssystems und den Infektionen ist dagegen nur eine geringfügige Erhöhung zu erkennen.

Verletzungen, Neubildungen, Symptome sowie Erkrankungen des Nervensystems verursachen dagegen erkennbar weniger Ausfalltage.

In Bremen verursachen Psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Kreislaufsystems im Vergleich zum Bund mehr AU-Tage.

Abbildung 7



**Abb. 7
AU-Tage je 100
Versichertenjahre
nach Krankheitsarten**

Quelle: DAK AU-Daten 2003

3 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 medizinische 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 Praxisgebühr?

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 in Bremen umrissen: Wie häufig sind kurze AU-Fälle, welche Mitgliedergruppen 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 Gesundheitsförderung?

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 auch in Bremen eine vernachlässigbare Größe sind: 2003 entfielen gerade einmal 8,0% aller Ausfalltage auf Erkrankungen von bis zu drei Tagen Dauer. Bezieht man in die Betrachtung Erkrankungen bis zu einer Woche ein, entfallen 23,4% 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 in Bremen 42,1 AU-Fälle von einem bis drei Tagen Dauer. Dies entspricht einem Anteil von 36,5% an allen Erkrankungsfällen (vgl. Abbildung 8). Rechnet man Erkrankungen bis zu sieben Tagen Dauer mit ein, zeigt sich, dass mit insgesamt 66,8% mehr als die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitsfälle der DAK-Mitglieder in Bremen zu den kurzen Erkrankungen zählen.

Auf Kurzzeit-Erkrankungen entfallen nur 8,0% der AU-Tage ...

... aber 36,5% der AU-Fälle.

Abbildung 8

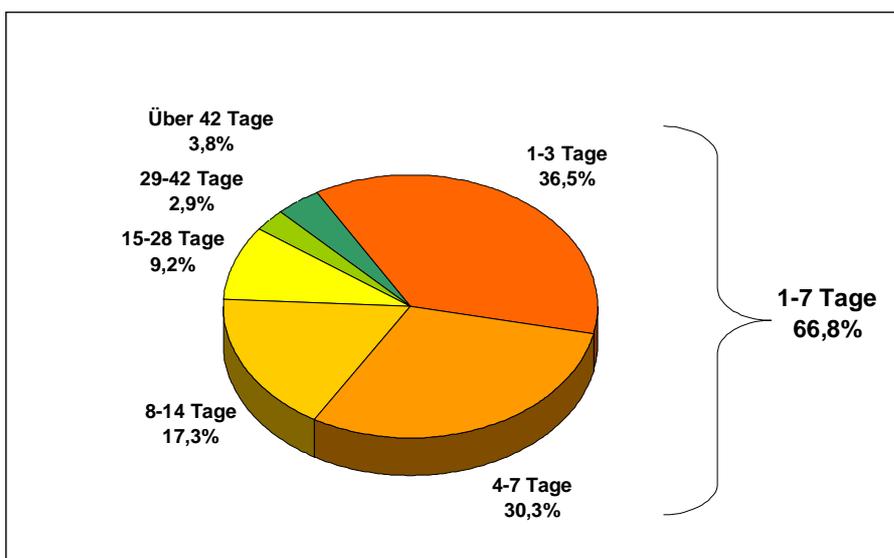


Abb. 8
Verteilung der Erkrankungsfälle nach der Dauer der Erkrankung in Bremen

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.¹

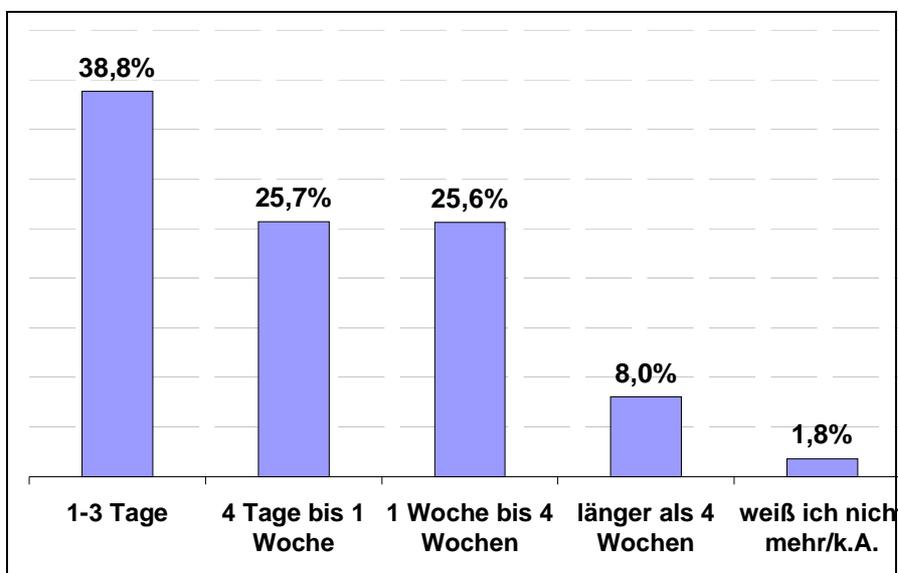
**Umfrage unter
1.000 Berufstätigen
bestätigt die AU-
Analyse**

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 Krankschreibung nicht länger als 3 Tage gedauert habe, der Anteil von Krankschreibungen bis zu einer Woche Dauer wurde mit insgesamt 64,5 % angegeben (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9

Abb. 9
„Wie lange haben
Sie das letzte Mal
wegen einer Er-
krankung bei der
Arbeit gefehlt?“

(Antworten von 590
Befragten, die 2004
oder 2003 arbeits-
unfähig waren)



Quelle: DAK-Gesundheitsbarometer (März 2004)

¹ 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 10 zeigt, ist die Zahl von kurzen Erkrankungen bis zu drei Tagen Dauer in der Altersklasse der jüngsten Beschäftigten mit Abstand am höchsten. So sind in Bremen 15- bis 19-Jährige mehr als dreimal so häufig für kurze Zeit erkrankt wie ihre über 60-jährigen Kollegen. Im Bundesdurchschnitt liegt das Verhältnis sogar bei 5:1.

Jüngere sind deutlich häufiger betroffen

Abbildung 10

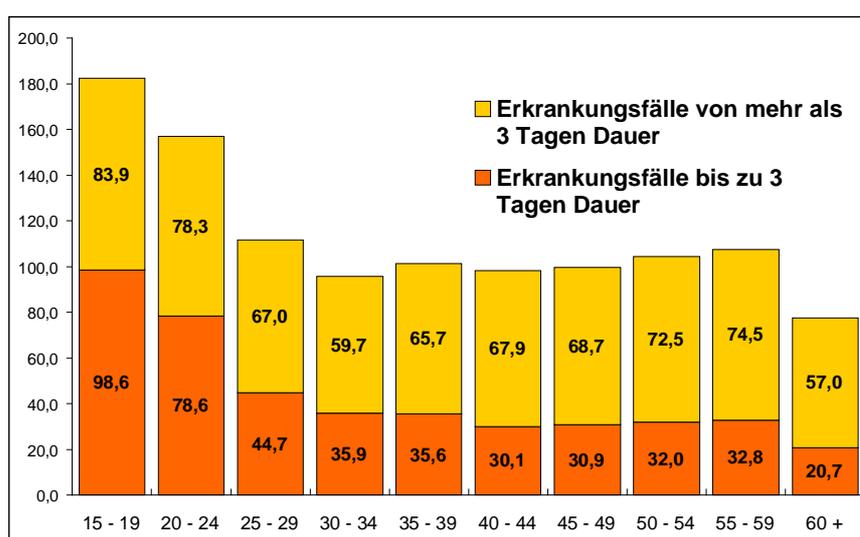


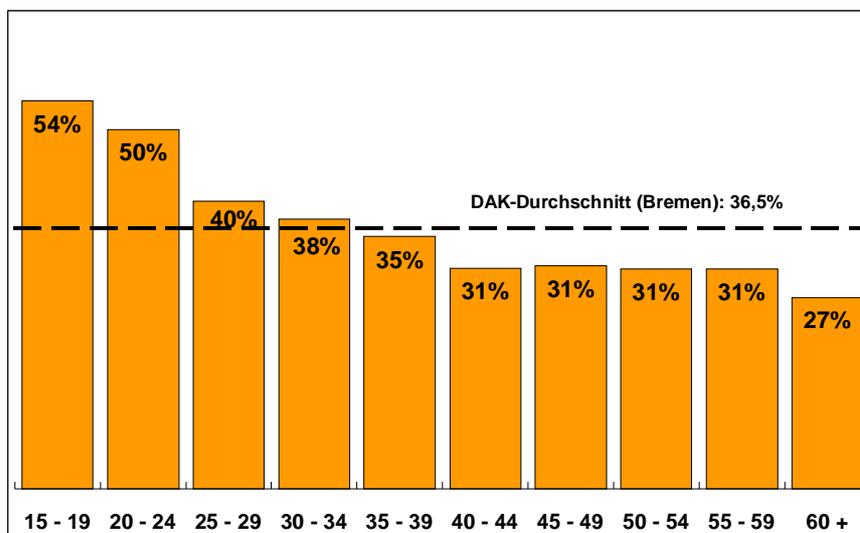
Abb. 10
Erkrankungsfälle bis zu 3 Tagen Dauer und Erkrankungsfälle von mehr als 3 Tagen nach Alter in Bremen

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Auch der Anteil der Kurzzeit-Erkrankungen an allen Erkrankungen liegt bei den 15- bis 19-jährigen Arbeitnehmern mit 54% deutlich über dem der über 60-Jährigen. In der ältesten Altersklasse ist er mit 27% nur halb so hoch (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11

Abb. 11
Anteil von Kurzzeit-Erkrankungen bis 3 Tagen Dauer an allen Erkrankungsfällen nach Alter in Bremen



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. Es hat sich gezeigt, dass auch im Krankheitsspektrum große Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Menschen bestehen: 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 Gesamtkrankenstand 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 12 zeigt für die DAK-Mitglieder in Bremen 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 12

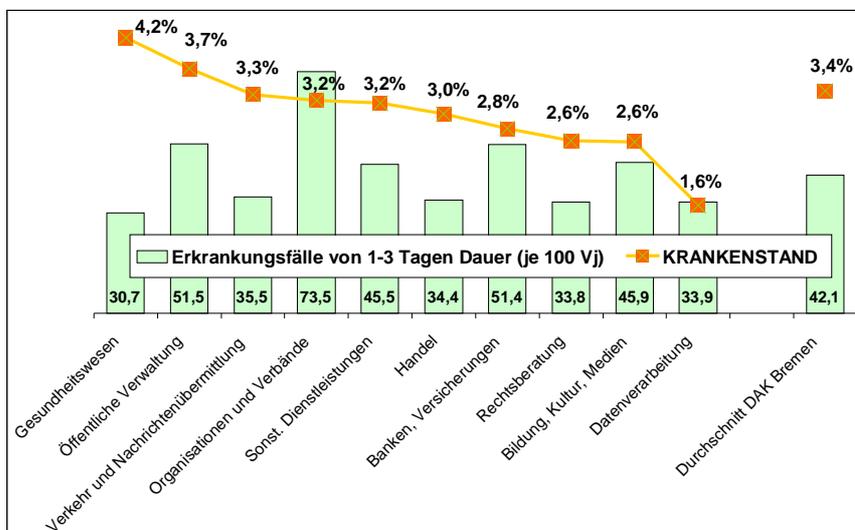


Abb. 12
Zahl der Erkrankungsfälle bis zu 3 Tagen Dauer nach Branchen (je 100 Versichertenjahre) in Bremen

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Mit Abstand am meisten Kurzzeit-Erkrankungen werden in Bremen in der Branche „Organisationen und Verbände“ mit 73 Fällen pro 100 Versichertenjahre verursacht. Aber auch die Wirtschaftszweige „Öffentliche Verwaltung“ und „Banken, Versicherungen“ liegen mit 52 bzw. 51 Kurzzeit-Erkrankungsfällen (je 100 Versichertenjahre) deutlich über dem Durchschnitt Bremens.

Besonders geringe Fallzahlen zeigen in Bremen die Branchen „Gesundheitswesen“ (31 Kurzzeit-Fälle) sowie „Rechtsberatung“ und „Datenverarbeitung“ mit jeweils 34 Kurzzeit-Fällen.

Ein allgemeingültiges Muster für diese Verteilung lässt sich nicht erkennen. In Bremen haben die beiden Branchen mit den höchsten Krankenständen („Gesundheitswesen“ und „Öffentliche Verwaltung“) unterschiedlich hohe Fallzahlen bei Kurzzeit-Erkrankungen. Auch die beiden Branchen mit den niedrigsten Krankenständen („Datenverarbeitung“ und „Bildung, Kultur, Medien“) weisen sowohl eine über- als auch eine unterdurchschnittli-

Unterschiede zwischen den Branchen sind schwierig zu interpretieren

che Zahl von Kurzzeit-Erkrankungen auf.

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 ein Teil der Erkrankungen, die in anderen Branchen vergleichsweise länger dauern und damit nicht zu den Kurzzeiterkrankungen zählen, in diesen Branchen kürzer dauern, da die Beschäftigten besonders schnell „gesunden“. Hieraus ergibt sich dann ein eher niedriger Krankenstand, aber eine vergleichsweise hohe Zahl von kurzen AU-Fällen. Eine Branche, auf die diese Hypothese zutreffen könnte, ist in Bremen die Branche „Banken und Versicherungen“.

Auf der anderen Seite gibt es Branchen, die einen hohen Krankenstand und damit viele mittel- und langdauernde AU-Fälle, jedoch gleichzeitig auch eine hohe Zahl von Kurz-Arbeitsunfähigkeiten zu verzeichnen haben. In diesen Branchen fallen Kurzzeiterkrankungen also offenbar zusätzlich zum "normalen" Arbeitsunfähigkeitsgeschehen an. Eine Branche, auf die diese Hypothese zutreffen könnte, ist in Bremen die Branche „Öffentliche Verwaltung“.

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.

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

Wie im Bund sind auch in Bremen Krankheiten des Atmungssystems die wichtigste Krankheitsart bei kurzen Arbeitsunfähigkeiten mit einem Anteil von 30% am Kurzzeit-Krankenstand. Mit 26% haben sie auch den höchsten Anteil an den kurzen Erkrankungsfällen.

Zweitwichtigste Erkrankungsart sind Krankheiten des Verdauungssystems, mit einem Anteil von 19% am Krankenstand bis zu drei Tagen Dauer. 21% der Atteste mit einer Krankschreibungsdauer von bis zu drei Tagen tragen eine Diagnose aus dem ICD-Kapitel „Krankheiten des Verdauungssystems“. An dritter Stelle liegen Infektiöse u. parasitäre Krankheiten mit einem Anteil von etwa 13% am Kurzzeit-Krankenstand und 12% an den kurzen Erkrankungsfällen. Diese drei Diagnosen zusammen verursachen also 61% der Ausfalltage und 60% der Krankmeldungen.

Erkrankungen mit längerer durchschnittlicher Falldauer wie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Verletzungen, Erkrankungen des Kreislaufsystems und psychische Erkrankungen, die eine größere Bedeutung für den Gesamtkrankenstand haben, sind für den Kurzzeit-Krankenstand von deutlich nachgeordneter

Bedeutung.

Abbildung 13

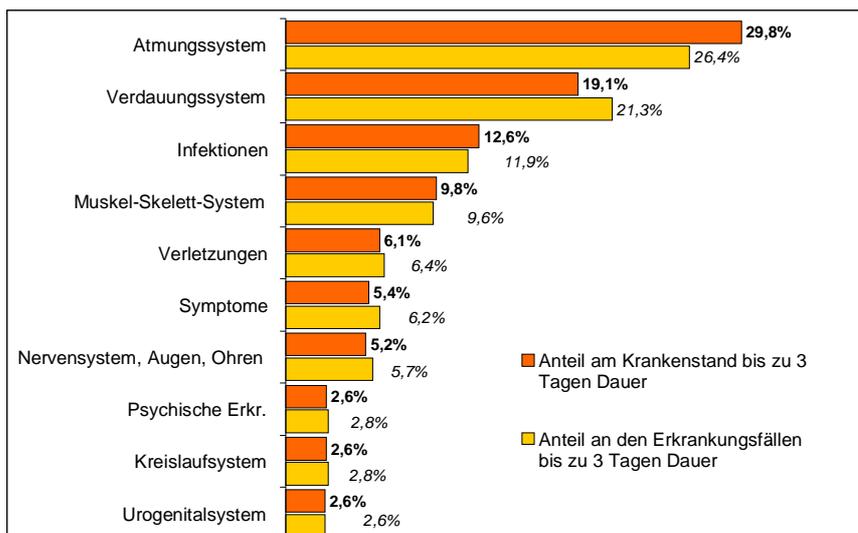


Abb. 13
Anteil der Diagnosen am Krankenstand und an den Erkrankungsfällen bis zu 3 Tagen Dauer in Bremen

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen bei Kurzzeit-Erkrankungen bis zu 3 Tagen Dauer (vgl. die folgende Tabelle 1) verursachen zusammen 61,6% des Kurzzeitkrankenstandes bzw. 59,5% der Kurzerkrankungsfälle. 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 zusammen 26,4% des Kurzzeit-Krankenstandes und 23,1% der Kurzzeit-Erkrankungsfälle.

Zu den Erkrankungen des Verdauungssystems zählen neben Zahnerkrankungen vor allem nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis (Magen-Darm-Infektionen) sowie Gastritis und Duodenitis (Magen und Zwölffingerdarkerkrankungen).

Diarrhoe (Durchfallerkrankungen) und Gastroenteritis mit vermutlich infektiösem Ursprung sind der Krankheitsart „Infektionen“ zugeordnet. Rechnet man sie ebenfalls den Verdauungserkrankungen zu, so entfallen insgesamt 21,7% des Krankenstandes und 22,8% aller Erkrankungsfälle bis zu drei Tagen Dauer auf Erkrankungen des Verdauungssystems.

Weitere wichtige Erkrankungen sind Rückenschmerzen (M54: 5,0 % des Kurzzeit-Krankenstandes und 4,7 % der Erkrankungsfälle), sonstige Viruserkrankungen (B34: 2,7 % und 2,4 %), Migräne (G43: 1,3 % und 1,6 %) und Kopfschmerz (R51: 0,8 % und 1,0 %), Bauch- und Beckenschmerzen (R10: 1,1 % und 1,4 %) sowie Verletzungen (T14: 1,5 % und 1,4 %).

Tabelle 1: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen in Bremen
(Erkrankungen bis zu 3 Tagen Dauer)

Diagnose	ICD 10	Anteil am Krankenstand bis zu 3 Tagen	KZE-Tage (je 100 Vj)	Anteil an Erkrankungsfällen bis zu 3 Tagen	KZE-Fälle (je 100 Vj)
Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	J06	11,0%	9,6	9,5%	4,0
Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	A09	7,4%	6,5	7,1%	3,0
Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	K52	7,2%	6,3	6,8%	2,9
Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	K08	3,9%	3,4	5,4%	2,3
Rückenschmerzen	M54	5,0%	4,4	4,7%	2,0
Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	J40	3,4%	3,0	3,1%	1,3
Akute Bronchitis	J20	3,1%	2,8	2,7%	1,2
Gastritis und Duodenitis	K29	2,2%	1,9	2,4%	1,0
Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	B34	2,7%	2,3	2,4%	1,0
Akute Sinusitis	J01	2,6%	2,3	2,4%	1,0
Migräne	G43	1,3%	1,1	1,6%	0,7
Grippe, Viren nicht nachgewiesen	J11	1,9%	1,7	1,6%	0,7
Akute Tonsillitis	J03	1,7%	1,5	1,5%	0,6
Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	T14	1,5%	1,3	1,4%	0,6
Bauch- und Beckenschmerzen	R10	1,1%	1,0	1,4%	0,6
Akute Pharyngitis	J02	1,5%	1,3	1,4%	0,6
Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	K04	1,1%	1,0	1,1%	0,5
Chronische Sinusitis	J32	1,1%	1,0	1,0%	0,4
Kopfschmerz	R51	0,8%	0,7	1,0%	0,4
Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	B99	1,1%	1,0	1,0%	0,4
		61,6%	54,2	59,5%	25,1

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Die folgende Abbildung 14 zeigt für die wichtigsten sechs Einzeldiagnosen, wie stark die Anzahl der Kurzerkrankungs-Fälle in Bremen von der für den Bund ermittelten Anzahl abweicht:

Abbildung 14

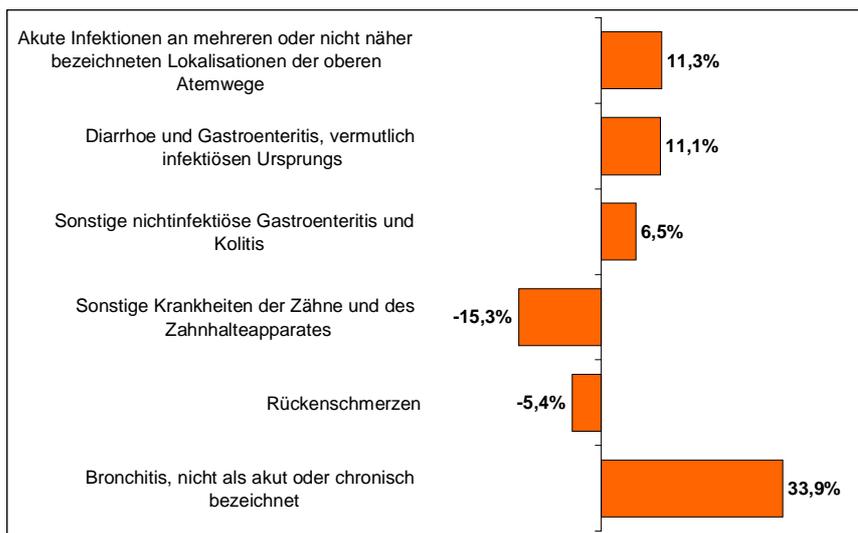


Abb. 14
Abweichungen zum Bund hinsichtlich der Anzahl der Kurzerkrankungs-Fälle bei den wichtigsten sechs Einzeldiagnosen

(prozentuale Abweichungen der Fälle pro 100 Versicherte)

DAK AU-Daten 2003

Die stärkste in der Abbildung dargestellte Abweichung vom Bundesdurchschnitt ist bei der Diagnose „Bronchitis“ zu erkennen: Diese Diagnose spielt bei den Kurzzeit-Erkrankungen der Bremer eine nennenswert größere Rolle als im Bund (+ 34 %).

Bei den übrigen Diagnosen sind die Unterschiede zum Bund eher unbedeutend.

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.

„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)*

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.

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 schätzten den Anteil auf 60% oder sogar 75%.

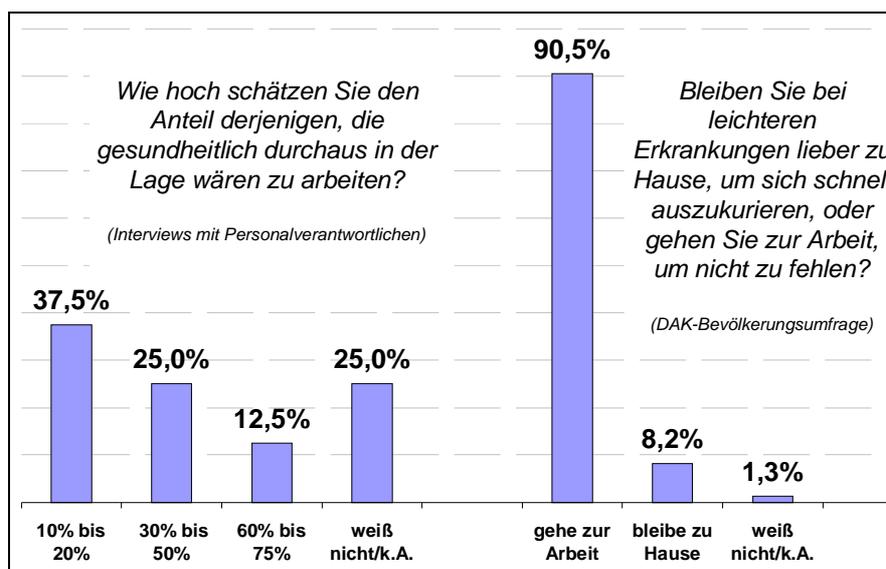
Damit zeigen die Einschätzungen der Personalverantwortlichen ein anderes Bild als die Angaben der für den DAK-Gesundheitsreport befragten Beschäftigten: Nur etwa 8 % sagten, dass sie bei leichteren Erkrankungen lieber ein oder zwei Tage der Arbeit fernbleiben, um sich auszukurieren. 91 % gaben dagegen an, dass sie zur Arbeit gehen, um nach Möglichkeit nicht am Arbeitsplatz zu fehlen. In Abbildung 15 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 15

Abb. 15
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.

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

Nur 17 % meinen, ihr Betrieb sei grundsätzlich misstrauisch und möchte am liebsten bei jeder noch so kleinen Erkrankung eine ärztliche Krankschreibung sehen. Die übrigen sind unentschlossen oder machen keine Angaben zu der Frage.

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“² 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.

² 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 16, 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.

Abbildung 16

Abb. 16
Szenarien von Ab-
und Anwesenheit
bei Krankheit und
Gesundheit

	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.

Betriebsklima und Arbeitsmotivation beeinflussen die Entscheidung

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“ bezeichnet³. 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 sollen⁴ mit „Ja, einmal“ oder sogar „Ja, mehr als einmal“.

Es gibt auch „Präsentismus“

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. Abbildung 15).

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.

Gefahr der Verschleppung von Krankheiten

³ vgl. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: "Presenteeism among sick workers" unter www.eurofound.ie/working/2003/12

⁴ 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“

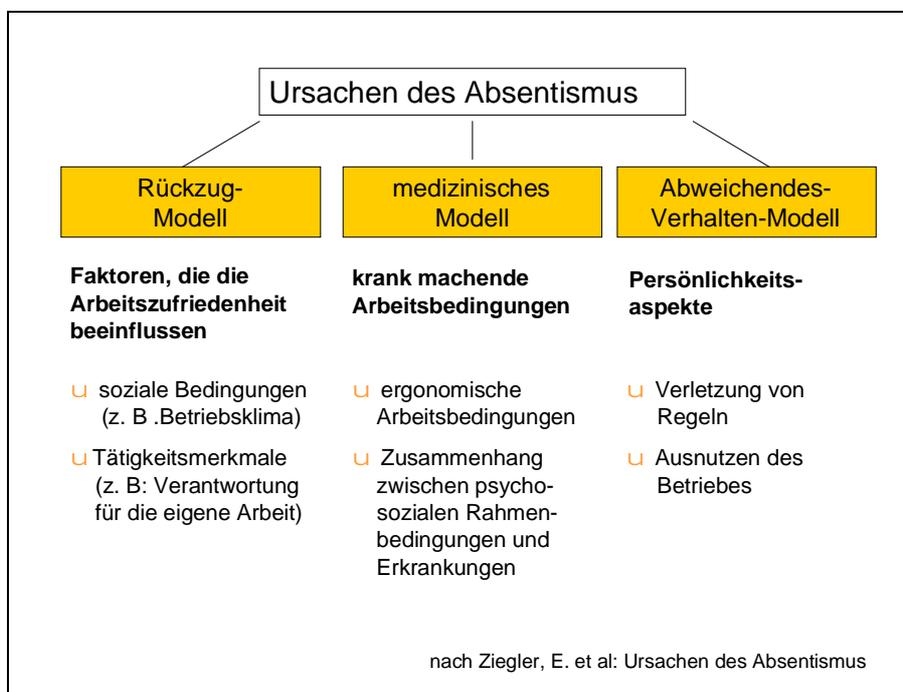
Die Ursachen häufiger Kurzzeit-Erkrankungen sind in einer Vielzahl von Untersuchungen analysiert worden. Für den Arbeitgeber ist es besonders wichtig zu wissen, welche Ursachen sich aus dem Zusammenhang mit der Arbeit ergeben, d. h. an welchen Punkten sich Ansatzmöglichkeiten für betriebliche Maßnahmen 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 Wissenschaftlern⁵ aufgestellten Modell werden drei theoretische Erklärungsansätze unterschieden:

Abbildung 17

Abb. 17
Ursachen des Absentismus



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

⁵ 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, Verweigerung

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 mehrere 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. Zugespißt 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.

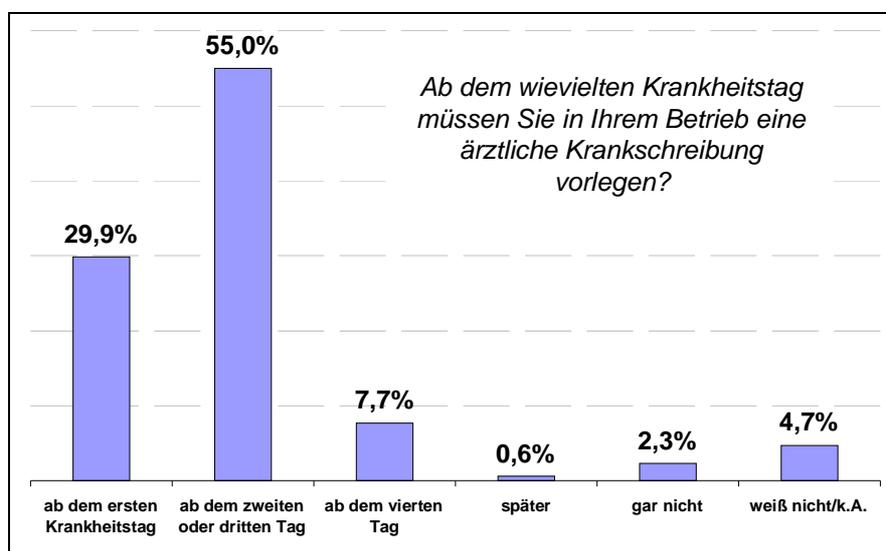
Tatsächliche Praxis der Attestpflicht in den Unternehmen der 16 Personalverantwortlichen

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 18): 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 18

Abb. 18
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 19). 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.

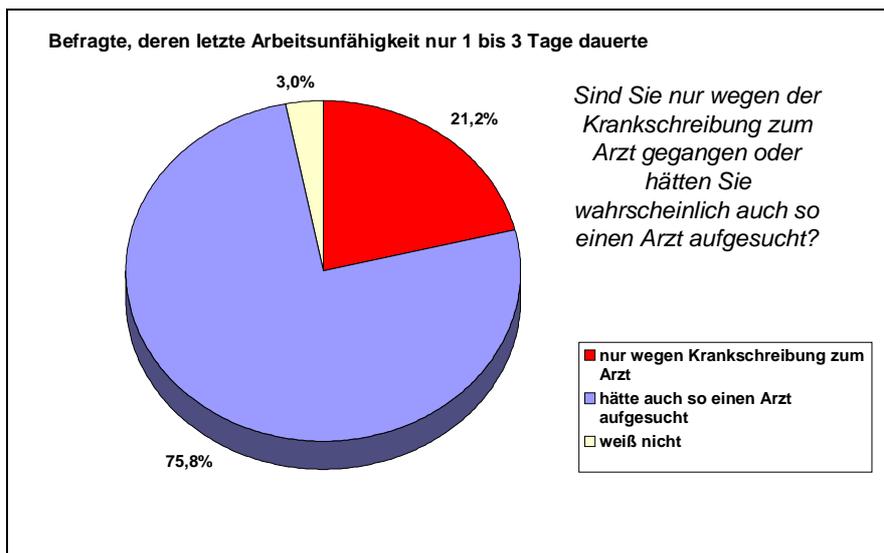
Viele Beschäftigte legen das Attest früher vor als erforderlich wäre

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 19

Abb. 19
Erfahrungen mit
Arztbesuchen und
Attestpflicht

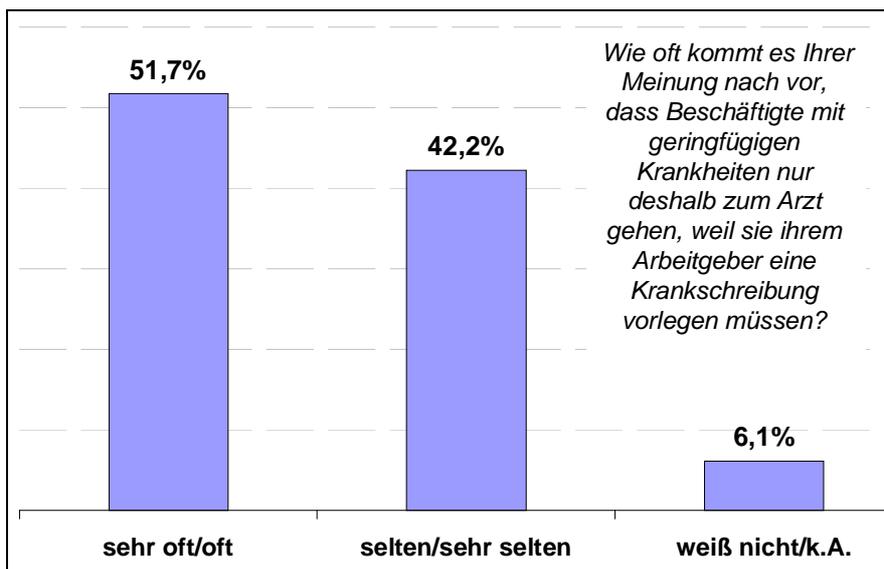


Quelle: DAK-Gesundheitsbarometer (März 2004)

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 20).

Abbildung 20

Abb. 20
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 medizinischer 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 8,4 Mio. solcher kurzen AU-Fälle aufgetreten. Somit errechnen sich bundesweit jährlich etwa 1,7 Millionen „attestbedingte“ Arztbesuche.

Bundesweit ca. 1,7 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?

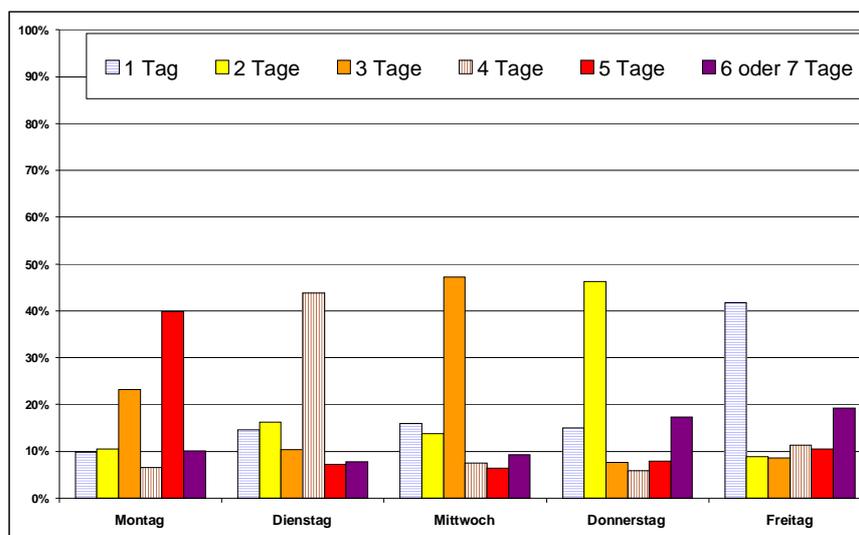
Von Seiten der Arbeitgeber wird häufig kritisiert, dass die Ärzte zu lange krank schreiben bzw. dass zumeist grundsätzlich bis zum Wochenende krank geschrieben wird. Die im Auftrag der DAK befragten Personalverantwortlichen waren mehrheitlich (10 von 16) der Meinung, dass Ärzte nur selten länger krank 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 21 zeigt den engen Zusammenhang zwischen dem Wochentag, an dem die AU beginnt, und der Dauer der Krankschreibung: Wenn in Bremen 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. 40% 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 44% der Krankschreibungen vier Tage, mittwochs dauern 47% der Krankschreibungen drei Tage, donnerstags 46% zwei Tage und freitags sind die weitaus meisten Krankschreibungen (42%) nur 1-Tages-Fälle.

Die Dauer der AU wird häufig durch den Abstand zum Wochenende bestimmt

Abbildung 21

Abb. 21
Dauer der an dem
betreffenden
Wochentag
beginnenden AU-
Fälle (% nur Fälle
bis 7 Tage) in
Bremen



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 22).

Abbildung 22

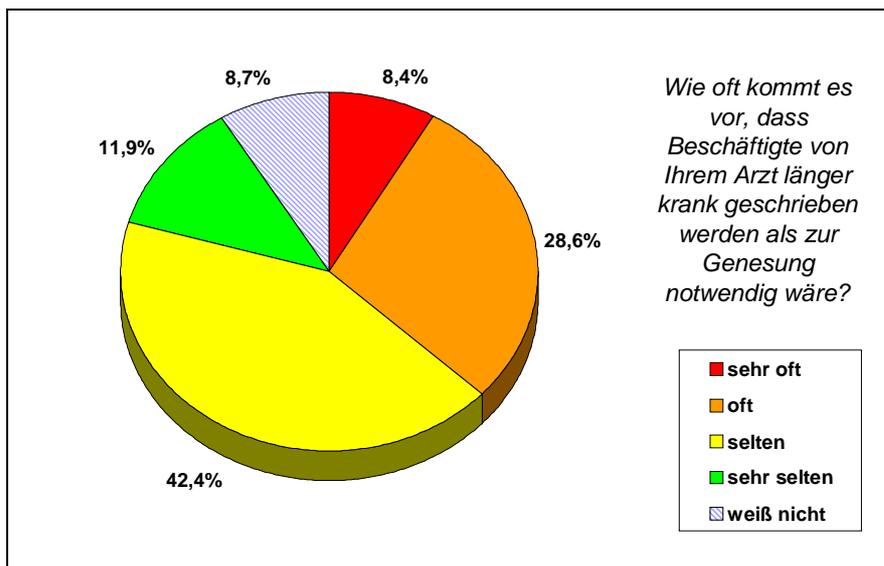


Abb. 22
Wie oft kommt es vor, dass länger als notwendig krank geschrieben wird?

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 erfolgenden 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 befürworteten 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 23). Der Hintergrund ist offenbar, dass viele einen deutlichen Anstieg des Missbrauchs von Krankmeldungen befürchteten: 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 23

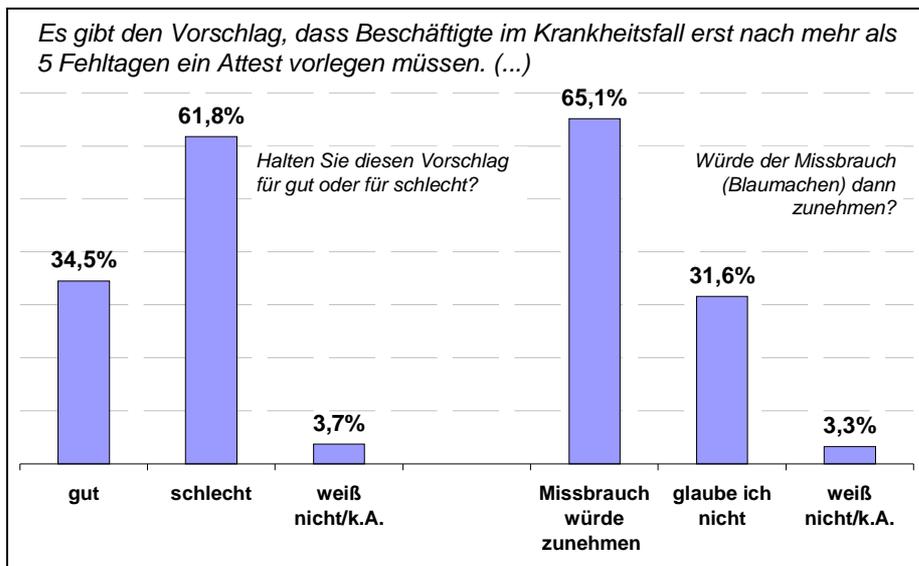


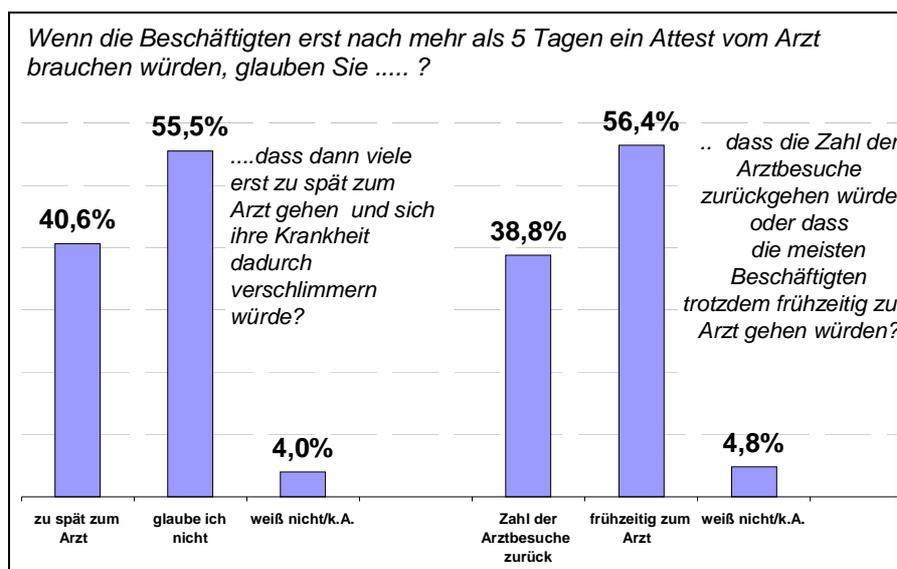
Abb. 23
Bewertung des Vorschlags einer Lockerung der Attestpflicht durch die Beschäftigten

Quelle: DAK-Gesundheitsbarometer (März 2004)

Auch hinsichtlich weiterer möglicher Auswirkungen einer Verlängerung der „attestfreien Periode“ sind die Befragten eher pessimistisch: Immerhin 41 % befürchteten, 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 24).

Abbildung 24

Abb. 24
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 25): 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, obwohl sie noch nicht vollständig gesund waren.

Abbildung 25

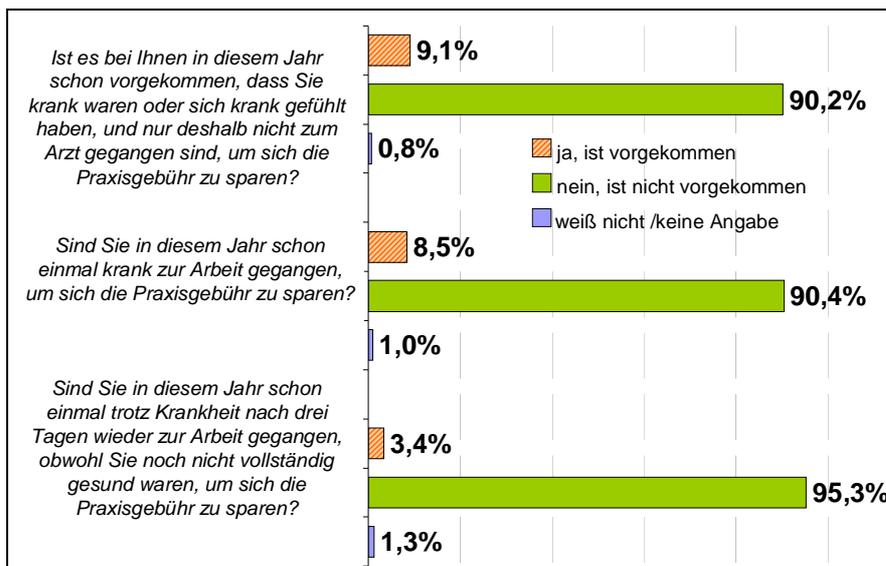


Abb. 25
Auswirkungen der Praxisgebühr auf Arztbesuche und Arbeitsunfähigkeiten

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 Kurzzeiterkrankungen durch Verbesserung der Arbeitsmotivation

Wie die Diskussion möglicher Ursachen kurzer Arbeitsunfähigkeiten (vgl. Kapitel „Exkurs: Wissenschaftliche Ansätze zur Erklärung häufiger Kurzzeit-Erkrankungen“, S. 28) gezeigt hat, liegt ein großes Potenzial für eine Verringerung der Zahl von Kurzzeiterkrankungen 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 Ermessensspielraum besteht, ob bei wenig ausgeprägten Krankheitssymptomen eine Arbeitsruhe erforderlich ist oder nicht, kann sie zudem die „Abwesenheitsentscheidung“ des Mitarbeiters entscheidend beeinflussen.

Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Arbeitsmotivation liegen in

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.

Für die betriebliche Praxis ergeben sich zur Verbesserung der Arbeitsmotivation zwei Ansatzpunkte (vgl. Abbildung 26)⁶:

...den Arbeitsinhalten

- Verbesserung sogenannter „Kontentfaktoren“, die sich auf die *Arbeitsinhalte* beziehen und für die Zufriedenheit verantwortlich sind, sowie

...sowie in der Arbeitsumwelt.

- Verbesserung der „Kontextfaktoren“, die sich auf die *Arbeitsumwelt* beziehen und für die Unzufriedenheit verantwortlich

⁶ vgl. Zwei-Faktoren-Theorie von Frederick Herzberg (1959) in: *Rosenstiel*, L. v.: Grundlagen der Organisationspsychologie. 4. S. 73, überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart 2000

sind.

Abbildung 26

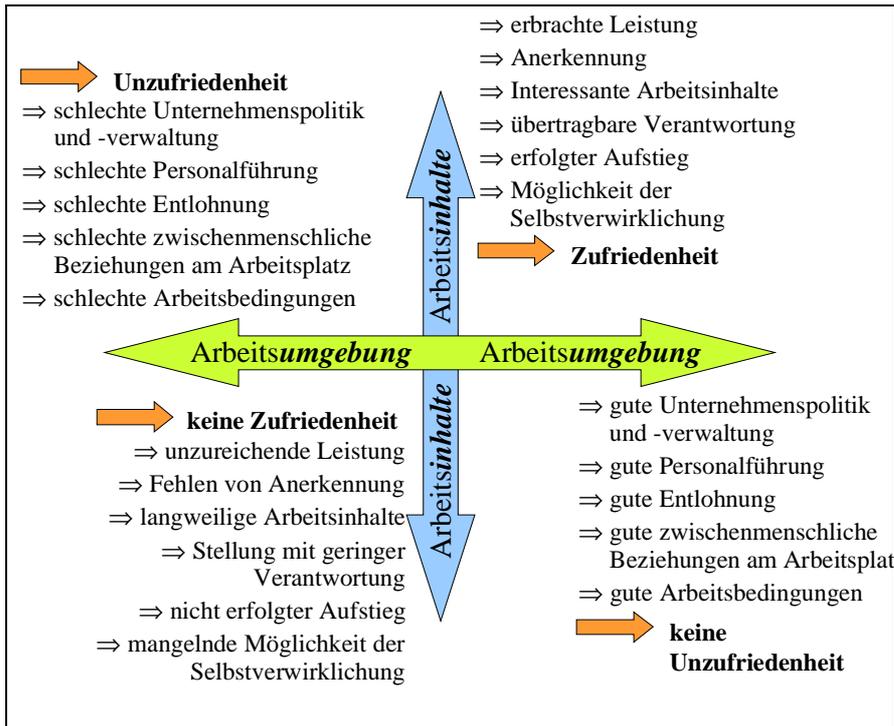


Abb. 26
Darstellung der
Zwei-Faktoren-
Theorie von Herz-
berg (1959)

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 Interessanztheit 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 Zufriedenheit wichtig sind...

... Abbau von Faktoren, die für die Unzufriedenheit verantwortlich sind.

Aufwertung der Arbeitsinhalte

Aufwertung der Arbeitsinhalte durch Erweiterung der Aufgabenvielfalt

auf der horizontalen ...

... und vertikalen Ebene.

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

- 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.
- 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.

Verbesserung der Kommunikation und Information

Abbau von Unzufriedenheit durch effiziente und vertrauensvolle Kommunikationskultur.

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 17 S. 31). 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. 45) 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 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“.

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 Führungskräfte-

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 Mitarbeiterge-

tefeedbacks (z. B. durch schriftliche Führungsstilanalysen durch die Mitarbeiter) ergänzt werden.

sprache thematisieren

Bei Rückkehrgesprächen sollten berücksichtigt werden, dass sie...

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

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

- 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.

... sinnvoll genutzt werden.

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

- 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

Motivation durch Setzen monetärer Anreizsysteme nicht unumstritten

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.

Gefahr, betriebliches Klima und sozialen Zusammenhalt zu beeinträchtigen

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 auszuscheiden. 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.

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

Schlussfolgerungen zu 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.

Kurzzeit-Erkrankungen sind ein bedeutendes betriebliches Problem

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.

Bei vielen alltäglichen Erkrankungen ist die Grenze zur Arbeitsunfähigkeit fließend

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 Gefahr des Missbrauchs ist nicht von der Hand zu weisen, sollte aber auch nicht übertrieben werden

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:

Kurzzeit-AU ist oft gesundheitlich erforderlich und sollte nicht vermieden werden

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.

Die besten Präventionsmaßnahmen

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.

Die Attestpflicht wird sehr wichtig genommen

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.

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.

4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede

Der Krankenstand in Bremen lag 2003 mit 3,4% nah am Niveau des bundesweiten DAK-Krankenstandes von 3,5%. Im Folgenden sollen mögliche bundeslandspezifische Ursachen für den Krankenstand näher analysiert werden.

4.1 Wie können bundeslandspezifische Unterschiede im Krankenstand zustande kommen?

Auf der Landkarte der DAK-Krankenstände (Abbildung 4) sind teilweise deutliche regionale Abweichungen zum Bundesdurchschnitt erkennbar: Berlin liegt 2003 mit einem Krankenstand von 4,5 % deutlich über und Baden-Württemberg mit nur 2,8 % deutlich unter dem DAK-Bundesdurchschnitt.

Bei Vergleichen zwischen einzelnen Bundesländern oder auch zwischen einem Bundesland und dem Bundesdurchschnitt ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Zusammensetzung der DAK-Versicherten in einem Bundesland deutlich von der Zusammensetzung der DAK-Versicherten bundesweit abweichen kann. Dies gilt zum einen für die Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht. Diese beiden Faktoren werden jedoch in allen DAK-Gesundheitsreports bereits durch ein Standardisierungsverfahren ausgeglichen.

Darüber hinaus gibt es jedoch noch einen weiteren wichtigen Faktor, der zu Krankenstandsunterschieden führen kann: Die Wirtschaftsstruktur ist nicht in allen Bundesländern identisch.

Die bundesweiten Zahlen der DAK zeigen, dass Beschäftigte in Wirtschaftszweigen, wie etwa den öffentlichen Verwaltungen oder dem Gesundheitswesen erheblich höhere Krankenstände haben als Beschäftigte, die beispielsweise bei Banken und Versicherungen oder in der Rechts- und Wirtschaftsberatung arbeiten. Der Gesamt Krankenstand in einem Bundesland hängt aus diesem Grund unter anderem auch davon ab, wie groß die Anteile von Beschäftigten aus Wirtschaftszweigen mit hohem oder niedrigem Krankenstand an den DAK-Mitgliedern in dem betreffenden Bundesland sind.

In den folgenden Auswertungen wird daher der Einfluss, den die Wirtschaftsstruktur eines Bundeslandes auf den Krankenstand hat, näher beleuchtet.

Regionale Abweichungen der Krankenstände vom Bundesdurchschnitt

Einfluss von Alter und Geschlecht wird ausgeschaltet

Aber: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand

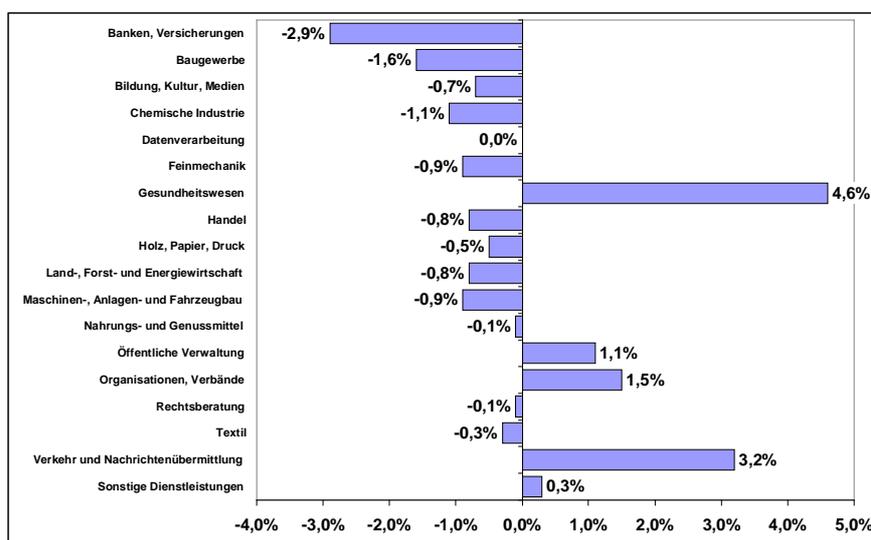
Abweichende Wirtschaftsstruktur kann Auswirkungen auf das Krankenstandsniveau haben

4.2 Die Wirtschaftsstruktur der DAK-Mitglieder in Bremen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Als erstes stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Zusammensetzung der DAK-Mitglieder in Bremen nach Wirtschaftsgruppen überhaupt nennenswert vom DAK-Bundesdurchschnitt abweicht. Abbildung 27 zeigt, welche Unterschiede zum Bundesdurchschnitt beim Anteil von Mitgliedern aus unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen bestehen.

Abbildung 27

Abb. 27
Abweichungen in der Verteilung der DAK-Mitglieder in Bremen auf Wirtschaftsgruppen 2003 vom DAK-Bundesdurchschnitt



Quelle: DAK AU-Daten 2003

Die Zusammensetzung der Wirtschaftszweige, in denen die DAK-Mitglieder in Bremen beschäftigt sind, zeigt eine gegenüber der DAK insgesamt deutlich abweichende Struktur. Die DAK-Mitglieder in Bremen sind im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weniger häufig in der Wirtschaftsgruppe „Banken, Versicherungen“ beschäftigt. Nennenswert häufiger sind sie demgegenüber in den Wirtschaftsgruppen „Gesundheitswesen“ sowie „Verkehr- und Nachrichtenübermittlung“ tätig.

Angesichts der Vielzahl kleinerer und größerer Abweichungen in der Wirtschaftsstruktur des Bundeslandes Bremen gegenüber dem DAK-Bundesdurchschnitt lässt sich natürlich nicht auf einen Blick erkennen, ob daraus für das Bundesland insgesamt nun eine krankstandserhöhende oder -vermindernde Wirkung resultiert.

4.3 Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Bremen

Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf die Höhe des Krankenstandes lässt sich berechnen.

Das Ergebnis ist: Die Wirtschaftsstruktur in Bremen wirkt sich geringfügig ungünstig auf den Krankenstand der DAK-Mitglieder aus.

Abbildung 28

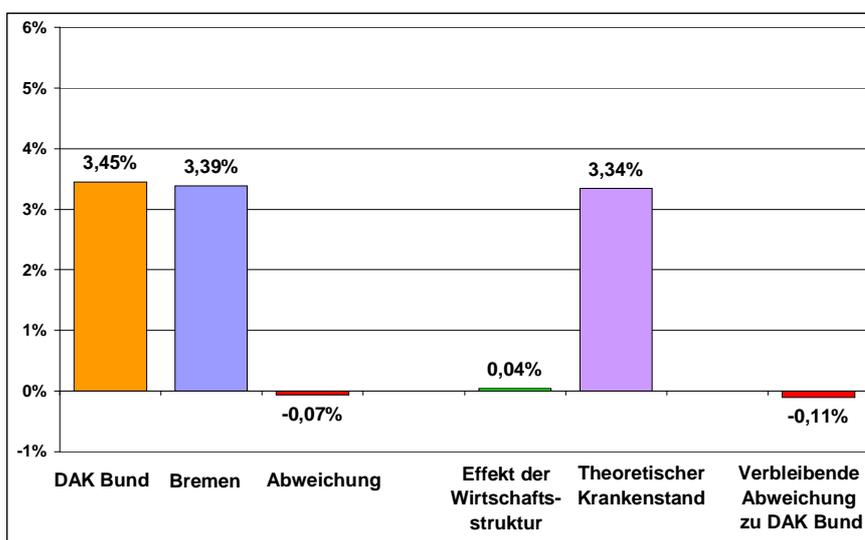


Abb. 28
Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Bremen

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Abbildung 28 zeigt den Krankenstandsunterschied zwischen Bremen und dem Bund gesamt. Der Krankenstand in Bremen liegt um 0,07%-Punkte unter dem Bundesdurchschnitt. Der Effekt der Wirtschaftsstruktur in Bremen beträgt 0,04%-Punkte. Das bedeutet, dass ein nicht nennenswerter Anteil, nämlich 0,04%-Punkte des Krankenstands in Bremen, durch eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt „ungünstigere“ Wirtschaftsstruktur bedingt ist.

Für einen fairen Vergleich zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt müsste man also den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur in Bremen auf den Krankenstand in Rechnung stellen. Abbildung 28 zeigt den „theoretischen Krankenstand“ von 3,34%, der sich ergibt, wenn man den Krankenstandswert um den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur bereinigt. Beim Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt wäre theoretisch also ein etwas niedrigerer Krankenstand von 3,34% anzusetzen.

Es bleibt also eine Abweichung von -0,11%-Punkten, die nicht auf die Alters- oder Geschlechts- oder Wirtschaftsstruktur zurückzuführen ist.

Der Krankenstand in Bremen wird geringfügig durch die Wirtschaftsstruktur beeinflusst

Für einen fairen Vergleich muss der bereinigte Krankenstand von 3,34% herangezogen werden

Gute Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit

Welche Faktoren genau den Krankenstand in Bremen beeinflussen, kann den vorliegenden Krankenstandsdaten nicht entnommen werden.

Günstige Krankenstandswerte können zum Beispiel durch gute Arbeitsbedingungen und die damit verbundene hohe Arbeitszufriedenheit und -motivation begründet sein.

Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz sind je nach Wirtschaftszweig sehr unterschiedlich. Dies drückt sich nicht zuletzt in branchenspezifisch sehr unterschiedlichen Krankenständen aus. Im folgenden Kapitel werden daher die Krankenstandswerte in 19 Wirtschaftszweigen in Bremen vergleichend dargestellt.

5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen

Nach den Betrachtungen zur Wirtschaftsstruktur und ihrem Einfluss auf den Krankenstand sollen nun abschließend die Krankenstände der einzelnen Branchen in Bremen dargestellt werden.

Abbildung 29 zeigt die Krankenstände der Branchen, in denen DAK-Mitglieder in Bremen wie auch bundesweit besonders stark vertreten sind. Abbildung 30 zeigt die Zahlen für die übrigen Wirtschaftsgruppen.

Abbildung 29

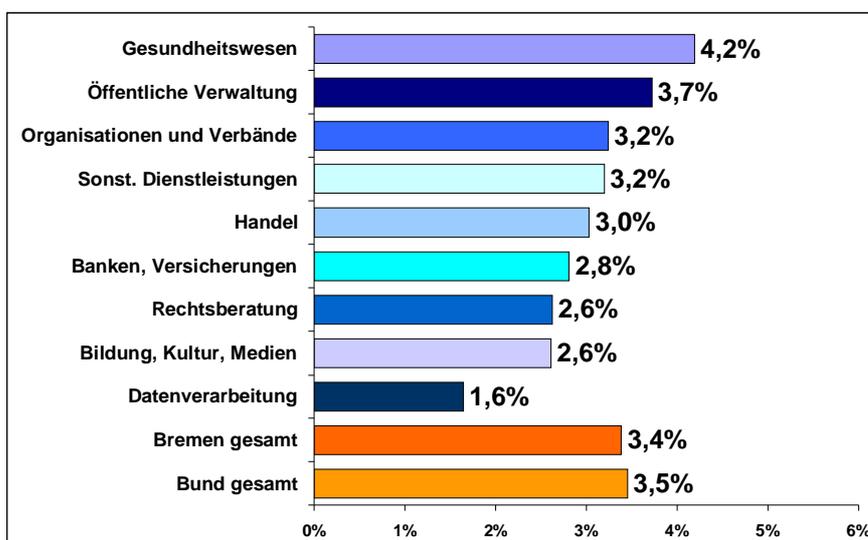


Abb. 29
Krankenstands-
werte 2003 in den
neun Wirtschafts-
gruppen mit be-
sonders hohem
Anteil von DAK-
Mitgliedern in
Bremen

Quelle: DAK AU-Daten 2003

In Bremen weist die Wirtschaftsgruppe „Gesundheitswesen“ mit 4,2% den höchsten Krankenstand unter den wichtigen Branchen auf, gefolgt von „Öffentliche Verwaltung“ mit 3,7%. Beide Krankenstände liegen deutlich über dem Durchschnitt in Bremen.

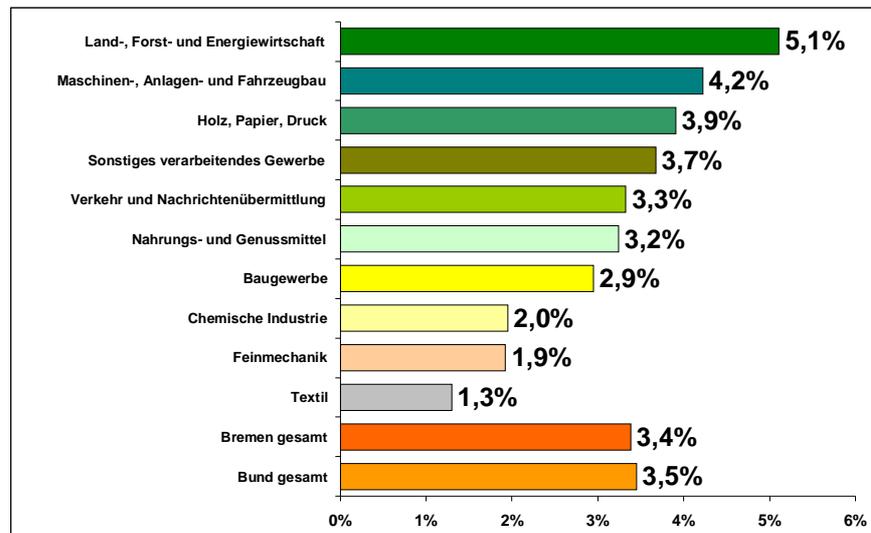
Deutlich unter dem Durchschnitt in Bremen liegen dagegen die Branchen „Datenverarbeitung“ mit 1,6% sowie „Bildung, Kultur, Medien“ und „Rechtsberatung“ mit jeweils 2,6%.

Der hohe Krankenstand im Gesundheitswesen kommt vor allem durch die überdurchschnittliche Falldauer zustande. Eine Erkrankung dauerte im Durchschnitt 15,1 Tage

**Die Wirtschafts-
gruppe „Gesund-
heitswesen“ weist
in Bremen den
höchsten Kran-
kenstand auf**

Abbildung 30

Abb. 30
Krankenstands-
werte 2003 in den
übrigen zehn Wirt-
schaftsgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2003

Bei den übrigen Wirtschaftsgruppen liegen „Land-, Forst- und Energiewirtschaft“, „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“, „Holz, Papier, Druck“ und das „Sonstige verarbeitende Gewerbe“ über dem durchschnittlichen Krankenstand in Bremen. Die Krankenstandswerte der restlichen Branchen befinden sich unterhalb des Durchschnitts. Diese zum Teil besonders günstigen Werte sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass DAK-Mitglieder hier überwiegend in den Verwaltungsbereichen beschäftigt sind.

6 Schlussfolgerungen

Der Krankenstandswert der DAK-Mitglieder in Bremen liegt mit 3,4% nah am bundesweit von der DAK beobachteten Wert. Bereinigt man diesen Wert um den geringfügig ungünstigen Effekt der Wirtschaftsstruktur Bremens, ergibt sich ein Krankenstand in Höhe von 3,34%, der über dem Bundesdurchschnitt liegt. Dies ist der Wert, den man für einen fairen Vergleich mit anderen Bundesländern heranziehen sollte.

Der für Bremen registrierte Krankenstand liegt mit 3,4% nah am Bundesdurchschnitt

Gegenüber dem Vorjahr ist in Bremen ein Rückgang des Krankenstands zu beobachten. Damit ist zumindest der Trend der allgemeinen Krankenstandsentwicklung bei den DAK-Mitgliedern in Bremen etwas positiver als bundesweit, wo der Krankenstand seit Jahren auf dem – jedoch niedrigen – Niveau von 3,5% stagniert.

Bremen verzeichnet Rückgang des Krankenstands

Erklärungen für das bei den DAK-Mitgliedern in Bremen leicht sinkende Krankenstandsniveau müssen auf der volkswirtschaftlichen wie auch der betrieblichen Ebene gesucht werden. Die jeweiligen Faktoren können sich dabei in ihrer Wirkung verstärken oder auch aufheben: 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.

Schwache konjunkturelle Entwicklung hat einen senkenden Einfluss auf den Krankenstand

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.

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert einen Anstieg des Krankenstandes

Die Betrachtung des Gesamtkrankenstandes sagt für die Beurteilung der gesundheitlichen Belastung allein allerdings eher wenig aus. Die Auswertungen des DAK-Gesundheitsreports für Bremen zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf entsprechende Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten.

Einflussfaktoren auf den betrieblichen Krankenstand

Strukturelle Aspekte, soziale Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen

Auch können je nach Branche konjunkturelle und strukturelle Entwicklungsaspekte für die Krankheitsquote eine große Rolle spielen. Beispielsweise fällt auf, dass der Krankenstand in den Branchen besonders gering ist, in denen kleinbetriebliche Strukturen wie z. B. bei der „Rechtsberatung“ oder der „Datenverarbeitung“ vorliegen. Für Groß- und Kleinbetriebe gleichermaßen ist das Betriebsklima, d. h. die soziale Kultur des Unternehmens, eine wichtige Einflussgröße, um den Krankenstand erfolgreich zu senken.

**Schwerpunkt:
Kurzzeit-
Erkrankungen**

In diesem Jahr wurde schwerpunktmäßig das Thema Kurzzeit-Erkrankungen behandelt. Die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Mitglieder in Bremen zeigen wie im Bund einen relativ geringen Anteil dieser Arbeitsunfähigkeitsfälle am Gesamtkrankenstand, aber einen Anteil von 36,5% an allen Erkrankungsfällen.

Kurzzeit-Erkrankungen verursachen für viele Betriebe gravierende Probleme, wie die von der DAK zum Thema Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeiten befragten Personalverantwortlichen und Verbandsvertreter deutlich bestätigten.

Interessant waren auch die Ergebnisse des DAK-Gesundheitsbarometers: Nicht nur Personalverantwortliche, sondern auch 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. Tatsächlich erfolgt ein vergleichsweise hoher Anteil der Arztbesuche nur deshalb, weil ein Attest benötigt wird. Knappe Ressourcen des Gesundheitswesens werden somit in den Dienst einer Kontrollfunktion gestellt, die durch Schaffung eines Klimas des gegenseitigen Vertrauens in den Betrieben möglicherweise weitgehend entbehrlich wäre.

Arbeitsbedingungen und –zufriedenheit wichtig für niedrigen Krankenstand

Gute Arbeitsbedingungen und eine hohe Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter sind nicht nur per se wichtige Erfolgsfaktoren im Wettbewerb sondern spiegeln sich meist auch in einem niedrigen Krankenstand wider, der wiederum die Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe erhöht.

Informationen über Morbiditätsgeschehen als Grundlage für Präventionsmaßnahmen

Die im „DAK Gesundheitsreport 2004“ für das Bundesland Bremen enthaltenen Informationen über das Morbiditätsgeschehen können den Verantwortlichen des betrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutzes als Grundlage für gezielte Präventionsmaßnahmen in den Betrieben dienen.

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erwerbstätige DAK-Mitglieder in Bremen 2003

Der Gesundheitsreport berücksichtigt in Bremen lebende 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. Allerdings ist zu beachten, dass nur diejenigen krankheitsbedingten Ausfalltage in die Auswertung einfließen, für die der DAK Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Die gesamte Datenbasis für das Bundesland Bremen umfasst rund 15.100 DAK-Mitglieder, die sich zu 63,6% aus Frauen und zu 36,4% aus Männern zusammensetzen. Die DAK versichert auch in Bremen sehr viele weibliche Beschäftigte in typischen Frauenberufen (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, Büros, Verwaltungen). Daher der im Vergleich zu anderen Krankenkassen deutlich höhere Frauenanteil.

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

Nicht alle Mitglieder im Bundesland Bremen waren das ganze Jahr über bei der DAK versichert. Rechnet man die rund 15.100 Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ um, ergeben sich für das Jahr 2003 etwa 12.600 Versichertenjahre. Viele der Auswertungen zeigen die Krankenstandskennwerte „pro 100 Versichertenjahre“. Wir verwenden diese Bezugsgröße anstelle von „pro 100 Mitgliedern“, weil sie zu präziseren Ergebnissen führt.

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.

Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365, so erhält man den Krankenstandswert.

Datenbasis:
alle in Bremen lebenden erwerbstätigen Personen, die 2003 Mitglied der DAK waren

Viele Kennwerte werden „pro 100 Versichertenjahre“ angegeben

Krankenstand

Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre

AU-Fälle oder Fallhäufigkeit	<p>Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Hauptdiagnose gezählt. Im Gesundheitsreport 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>
Durchschnittliche Falldauer	<p>Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem man die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert.</p>
Betroffenenquote	<p>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.</p>
Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen	<p>Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.</p>

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Die Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen	<p>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.</p>
Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!	<p>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.</p>
Lösung für zusammenfassende Vergleiche: standardisierte Kennzahlen	<p>Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. 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. Durch die Standardisierung werden Einflüsse auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die aus diesen Abweichungen folgen können, aus den beobachteten Zahlen herausgerechnet.</p>

Dies geschieht, indem beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsreporten 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.

Standardisierung nach Geschlecht und Alter auf die Erwerbsbevölkerung 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.

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

Korrektur um den Einfluss der Wirtschaftsstruktur

Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur wurde folgendermaßen korrigiert: Für den Krankenstand eines Bundeslandes werden durch indirekte Standardisierung auf die Referenzpopulation der DAK-Mitglieder insgesamt (bundesweit) zwei Erwartungswerte berechnet: EW_1 indirekt standardisiert nach Alter und Geschlecht, EW_2 indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht und Wirtschaftsstruktur. Der Quotient aus EW_1 und EW_2 ergibt einen Korrekturfaktor, mit dem die direkt standardisierten Krankenstandswerte multipliziert werden.

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für das Bundesland Bremen für die Berichtsjahre 2002 und 2003 analysierten AU-Daten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Verzeichnis der in Anhang II aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1:	Die wichtigsten Krankheitsarten 2003: DAK-Bund und Bremen.....	67
Tabelle A2:	Die wichtigsten Krankheitsarten 2002: DAK-Bund und Bremen.....	68
Tabelle A3:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2003: DAK-Bund und Bremen.....	69
Tabelle A4:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2002: DAK-Bund und Bremen.....	70

Tabelle A1: Die wichtigsten Krankheitsarten 2003:
DAK-Bund und Bremen

Krankheitsart (ICD 10)		pro 100 Versichertenjahre		Ø Ta- ge je AU- Fall	Anteil am Kran- ken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
I	Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	DAK-Bund	56,5	9,8	5,8	4,5%
		Bremen	58,4	10,8	5,4	4,7%
II	Neubildungen	DAK-Bund	53,7	1,4	38,2	4,3%
		Bremen	42,0	1,1	38,4	3,4%
V	Psychische Erkrankungen	DAK-Bund	111,0	3,9	28,7	8,8%
		Bremen	121,5	5,5	22,2	9,8%
VI-VIII	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	DAK-Bund	51,4	4,7	11,0	4,1%
		Bremen	36,1	4,2	8,6	2,9%
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	DAK-Bund	73,2	3,6	20,2	5,8%
		Bremen	81,8	3,6	22,8	6,6%
X	Krankheiten des Atmungssystems	DAK-Bund	213,7	33,1	6,4	17,0%
		Bremen	209,1	32,7	6,4	16,9%
XI	Krankheiten des Verdauungssy- stems	DAK-Bund	86,9	14,0	6,2	6,9%
		Bremen	88,2	14,5	6,1	7,1%
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	DAK-Bund	282,4	15,9	17,7	22,4%
		Bremen	285,9	16,2	17,7	23,1%
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	DAK-Bund	30,2	2,8	10,6	2,4%
		Bremen	25,3	2,6	9,6	2,1%
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	DAK-Bund	51,4	5,6	9,2	4,1%
		Bremen	45,9	5,4	8,6	3,7%
XIX	Verletzungen und Vergiftungen	DAK-Bund	181,1	10,4	17,4	14,4%
		Bremen	175,2	10,4	16,9	14,2%
A00- Z99	Gesamt	DAK-Bund	1.260,3	110,0	11,5	100,0%
		Bremen	1.235,8	111,3	11,1	100,0%

Tabelle A2: Die wichtigsten Krankheitsarten 2002:
DAK-Bund und Bremen

Krankheitsart (ICD 10)			pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kran- ken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	DAK-Bund	55,1	9,7	5,7	4,3%
		Bremen	55,6	10,1	5,5	4,3%
C00- D48	Neubildungen	DAK-Bund	52,0	1,4	36,9	4,0%
		Bremen	42,1	1,2	36,4	3,3%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	DAK-Bund	109,3	3,9	28,3	8,5%
		Bremen	115,8	4,7	24,6	9,0%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	DAK-Bund	54,2	4,9	11,1	4,2%
		Bremen	47,8	4,6	10,4	3,7%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	DAK-Bund	75,1	3,8	20,0	5,8%
		Bremen	53,1	3,1	16,9	4,1%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	DAK-Bund	207,5	31,9	6,5	16,2%
		Bremen	225,8	33,4	6,8	17,5%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssy- stems	DAK-Bund	91,3	14,6	6,2	7,1%
		Bremen	90,4	15,3	5,9	7,0%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	DAK-Bund	300,0	17,1	17,5	23,4%
		Bremen	337,1	17,8	19,0	26,1%
N00- N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	DAK-Bund	33,2	3,0	11,0	2,6%
		Bremen	31,8	2,8	11,3	2,5%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	DAK-Bund	51,7	5,5	9,4	4,0%
		Bremen	64,2	5,3	12,0	5,0%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	DAK-Bund	182,6	10,8	16,9	14,2%
		Bremen	155,7	10,6	14,7	12,1%
A00- Z99	Gesamt	DAK-Bund	1.284,5	111,5	11,5	100,0%
		Bremen	1.289,6	113,4	11,4	100,0%

Tabelle A3: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2003:
DAK-Bund und Bremen

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Kranken- stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (65 - 67)	DAK-Bund	1.074,4	103,3	10,4	2,9%
	Bremen	1.026,1	118,1	8,7	2,8%
Baugewerbe (45)	DAK-Bund	1.290,3	102,7	12,6	3,5%
	Bremen	1.076,2	82,6	13,0	2,9%
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	DAK-Bund	1.163,9	125,4	9,3	3,2%
	Bremen	952,2	110,6	8,6	2,6%
Chemische Industrie (23 - 25)	DAK-Bund	1.190,8	112,8	10,6	3,3%
	Bremen	711,8	107,1	6,6	2,0%
Datenverarbeitung (72)	DAK-Bund	884,1	88,3	10,0	2,4%
	Bremen	599,2	84,6	7,1	1,6%
Feinmechanik (30 - 33)	DAK-Bund	1.074,7	107,6	10,0	2,9%
	Bremen	702,8	89,6	7,8	1,9%
Gesundheitswesen (85)	DAK-Bund	1.434,3	115,3	12,4	3,9%
	Bremen	1.529,4	101,2	15,1	4,2%
Handel (50 – 52)	DAK-Bund	1.145,7	94,9	12,1	3,1%
	Bremen	1.106,8	89,9	12,3	3,0%
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	DAK-Bund	1.101,5	102,0	10,8	3,0%
	Bremen	1.426,9	129,8	11,0	3,9%
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	DAK-Bund	1.358,8	117,4	11,6	3,7%
	Bremen	1.866,1	125,2	14,9	5,1%
Maschinen-, Anlagen-, u. Fahrzeugbau (29, 34, 35)	DAK-Bund	1.163,0	112,0	10,4	3,2%
	Bremen	1.541,7	130,2	11,8	4,2%
Nahrungs- u. Genussmittel (15 - 16)	DAK-Bund	1.326,1	103,4	12,8	3,6%
	Bremen	1.183,2	113,9	10,4	3,2%
Öffentliche Verwaltung (75)	DAK-Bund	1.479,4	133,8	11,1	4,1%
	Bremen	1.359,2	129,7	10,5	3,7%
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	DAK-Bund	1.300,8	139,0	9,4	3,6%
	Bremen	1.182,8	160,7	7,4	3,2%
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	DAK-Bund	839,4	82,9	10,1	2,3%
	Bremen	956,9	81,0	11,8	2,6%
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	DAK-Bund	1.230,1	102,4	12,0	3,4%
	Bremen	1.167,1	112,5	10,4	3,2%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	DAK-Bund	1.247,4	112,9	11,0	3,4%
	Bremen	1.342,3	119,5	11,2	3,7%
Textil (17 - 19)	DAK-Bund	1.086,2	101,6	10,7	3,0%
	Bremen	473,0	69,9	6,8	1,3%
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	DAK-Bund	1.332,5	106,5	12,5	3,7%
	Bremen	1.214,6	98,9	12,3	3,3%

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

Tabelle A4: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2002:
DAK-Bund und Bremen

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Kranken- stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (65 - 67)	DAK-Bund	1.081,0	102,4	10,6	3,0%
	Bremen	1.173,4	115,7	10,1	3,2%
Baugewerbe (45)	DAK-Bund	1.341,9	106,6	12,6	3,7%
	Bremen	1.417,3	117,0	12,1	3,9%
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	DAK-Bund	1.302,2	137,6	9,5	3,6%
	Bremen	921,0	110,8	8,3	2,5%
Chemische Industrie (23 - 25)	DAK-Bund	1.224,3	115,4	10,6	3,4%
	Bremen	900,8	139,1	6,5	2,5%
Datenverarbeitung (72)	DAK-Bund	905,8	92,5	9,8	2,5%
	Bremen	1.103,7	83,5	13,2	3,0%
Feinmechanik (30 - 33)	DAK-Bund	1.115,9	109,9	10,2	3,1%
	Bremen	1.224,6	112,0	10,9	3,4%
Gesundheitswesen (85)	DAK-Bund	1.476,2	116,6	12,7	4,0%
	Bremen	1.315,4	109,2	12,0	3,6%
Handel (50 - 52)	DAK-Bund	1.154,7	96,9	11,9	3,2%
	Bremen	1.231,7	100,7	12,2	3,4%
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	DAK-Bund	1.109,3	104,1	10,7	3,0%
	Bremen	1.205,5	108,0	11,2	3,3%
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	DAK-Bund	1.364,7	119,4	11,4	3,7%
	Bremen	1.126,2	132,4	8,5	3,1%
Maschinen-, Anlagen-, u. Fahrzeugbau (29, 34, 35)	DAK-Bund	1.216,3	114,1	10,7	3,3%
	Bremen	1.300,5	135,1	9,6	3,6%
Nahrungs- u. Genussmittel (15 - 16)	DAK-Bund	1.338,9	104,5	12,8	3,7%
	Bremen	2.083,1	129,2	16,1	5,7%
Öffentliche Verwaltung (75)	DAK-Bund	1.465,9	129,5	11,3	4,0%
	Bremen	1.449,0	117,8	12,3	4,0%
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	DAK-Bund	1.332,9	135,7	9,8	3,7%
	Bremen	1.342,2	166,8	8,0	3,7%
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	DAK-Bund	812,1	82,0	9,9	2,2%
	Bremen	829,7	88,4	9,4	2,3%
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	DAK-Bund	1.260,4	107,6	11,7	3,5%
	Bremen	1.140,4	122,2	9,3	3,1%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	DAK-Bund	1.277,4	115,9	11,0	3,5%
	Bremen	1.527,7	120,5	12,7	4,2%
Textil (17 - 19)	DAK-Bund	1.175,8	105,8	11,1	3,2%
	Bremen	859,8	92,5	9,3	2,4%
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	DAK-Bund	1.350,0	108,4	12,5	3,7%
	Bremen	1.248,3	100,9	12,4	3,4%

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

Bremen