

---

**DAK-Gesundheitsreport 2013  
für Schleswig-Holstein**

---

**DAK Forschung**

Martin Kordt  
DAK-Gesundheit  
Nagelsweg 27 - 31  
20097 Hamburg  
Tel.: 040 2396-2649; Fax: 040 2396-4649  
E-Mail: martin.kordt@dak.de

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

**IGES Institut GmbH**

Friedrichstr. 180, D-10117 Berlin,  
Tel.: 030 230809-0, Fax 030 230809-11,  
Email: iges@iges.de

**Rechtlicher Hinweis zur Nutzung dieser Studie:**

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

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

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

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

April 2013

## Inhalt

Vorwort .....	5
1 Der Krankenstand in Schleswig-Holstein 2012 im Überblick.....	9
2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich? .....	13
3 Schwerpunktthema: „Update psychische Erkrankungen“. Sind wir heute anders krank? .....	15
Schwerpunktthema Psychische Erkrankungen in Schleswig-Holstein .....	98
4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede .....	110
5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen .....	113
6 Schlussfolgerungen und Ausblick .....	115
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen .....	117
Anhang II: Tabellen .....	123
Abbildungsverzeichnis .....	128
Tabellenverzeichnis.....	132
Literaturverzeichnis .....	133



## Vorwort

Mit dem vorliegenden Gesundheitsreport 2013 für Schleswig-Holstein setzt die DAK ihre jährliche Berichterstattung zum Krankenstand fort. Die Ganzjahresauswertung aller erwerbstätigen DAK-Versicherten in Schleswig-Holstein ergab 2012 einen Krankenstand von 3,8 Prozent. Er lag damit etwas unter dem Niveau des Vorjahres. Auch in diesem Jahr konnten wieder einige Unterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zwischen Schleswig-Holstein und dem Bundesdurchschnitt bzw. den anderen Bundesländern festgestellt werden: Diese Unterschiede betreffen das Niveau des Krankenstandes insgesamt, aber auch einzelne Krankheitsarten oder den Krankenstand in den verschiedenen Wirtschaftszweigen.

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

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

### **Update psychische Erkrankungen – Sind wir heute anders krank?**

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



## Das Wichtigste auf einen Blick

2012 belief sich der Gesamtkrankenstand der erwerbstätigen DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein auf 3,8 Prozent. Der Krankenstand in Schleswig-Holstein liegt damit auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts (Bund 3,8 Prozent). Gegenüber dem Vorjahr ist der Krankenstand um 0,1 Prozentpunkte geringfügig gesunken (2011: 3,9 Prozent).

**Gesamtkrankenstand leicht gesunken**

Die Betroffenenquote lag 2012 bei 47 Prozent. Dies bedeutet, dass für 47 Prozent der DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein mindestens eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Der Wert in Schleswig-Holstein liegt unter dem DAK-Bundesdurchschnitt (48 Prozent).

**Betroffenenquote**

Mit 110,1 Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versichertenjahre waren die DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein im Jahr 2012 etwas seltener krank als im Bundesdurchschnitt (112,0 Fälle). Eine durchschnittliche Erkrankung dauerte mit 12,5 Tagen etwas kürzer als im Bundesdurchschnitt (12,6 Tage).

**Fallhäufigkeit und Falldauer**

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes waren mit 22,9 Prozent Anteil am Krankenstand die wichtigste Krankheitsart. Es folgen psychische Erkrankungen mit 15,8 Prozent, Krankheiten des Atmungssystems mit 12,9 Prozent und Verletzungen und Vergiftungen mit 12,6 Prozent.

**Die wichtigsten Krankheitsarten**

Die Wirtschaftsstruktur in Schleswig-Holstein hat keinen Nennenswerten Effekt auf das Krankenstandsniveau. Der Krankenstand, der für einen „fairen“ Vergleich zwischen den Bundesländern herangezogen werden müsste, beträgt 3,78 Prozentpunkte.

**Wirtschaftsstruktur in Schleswig-Holstein beeinflusst Krankenstand um 0,01 Prozentpunkte**

Die Höhe des Krankenstandes in den bedeutenden Branchen variiert deutlich zwischen 4,5 Prozent im Bereich „Gesundheitswesen“ und 3,2 Prozent im Bereich „Bildung, Kultur, Medien“.

**Branchen mit deutlich unterschiedlichem Krankenstand**

Psychische Erkrankungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeit nehmen seit Jahren kontinuierlich zu.

Auch in Schleswig-Holstein ist ein Anstieg der Fehltage bei Psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren zu beobachten. Zwischen den Jahren 2000 und 2012 ist die Anzahl der AU-Tage für diese Erkrankungsgruppe um 84 Prozent zu verzeichnen. Im gleichen Zeitraum betrug der Anstieg im Bundesdurchschnitt 85 Prozent.

Als besonderer Risikofaktor für psychische Erkrankungen wurde die viel diskutierte "ständige Erreichbarkeit" Schleswig-Holsteinischer Beschäftigter untersucht. Dabei wurde ermittelt, dass ständige Erreichbarkeit keinesfalls der Normalfall ist. Tatsächlich hat die Mehrheit der Beschäftigten in Schleswig-Holstein außerhalb der Arbeitszeit weder mit Anrufen von Kollegen und Vorgesetzten zu tun, noch liest sie regelmäßig dienstliche E-Mails nach Feierabend.

**Beschäftigte in Schleswig-Holstein sind außerhalb der Arbeitszeit nicht ständig für Vorgesetzte und Kollegen erreichbar**

Allerdings gilt, dass schon ein geringes Maß an Erreichbarkeit mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einer Depression verbunden ist.





## 1 Der Krankenstand in Schleswig-Holstein 2012 im Überblick

### 1.1 Welche Auffälligkeiten zeigen sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt?

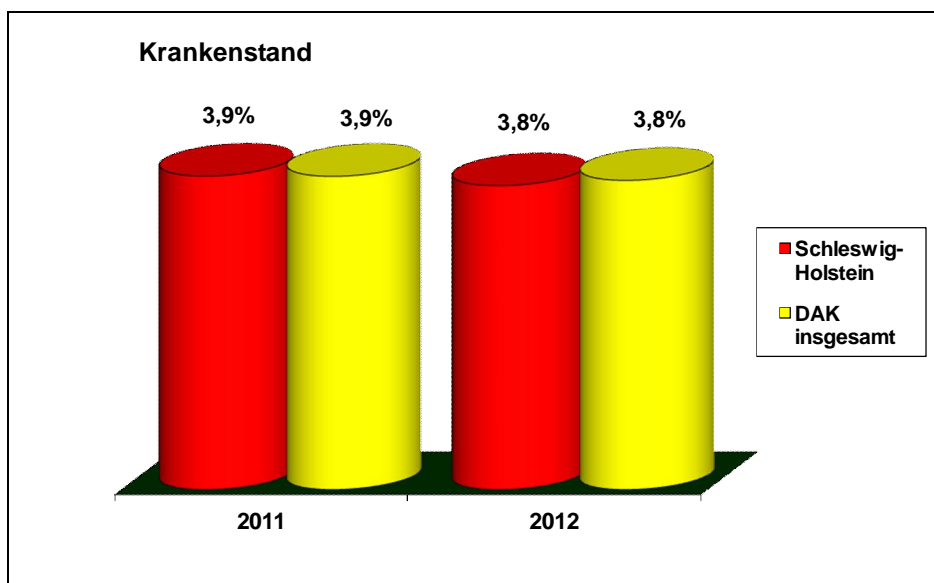
Im Jahr 2012 lag der Krankenstand in Schleswig-Holstein bei 3,8 Prozent.

Das heißt, dass an jedem Kalendertag des Jahres durchschnittlich 3,8 Prozent der DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig waren. Im Vergleich zum bundesweiten Krankenstand erreichte Schleswig-Holstein damit einen identischen Wert (DAK insgesamt: 3,8 Prozent, vgl. Abbildung 1).

Ein DAK-versicherter Beschäftigter in Schleswig-Holstein war im Durchschnitt an insgesamt 13,8 Tagen arbeitsunfähig.

**Krankenstand in Schleswig-Holstein 2012 bei 3,8 Prozent**

Abbildung 1: Krankenstand: Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bund



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Im Jahr 2012 lag der DAK für 47 Prozent der Mitglieder in Schleswig-Holstein eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes vor. Dies bedeutet auch: Mehr als die Hälfte aller DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein war während des vergangenen Jahres kein einziges Mal aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig. Die Betroffenenquote im DAK-Bundesdurchschnitt lag bei 48 Prozent.

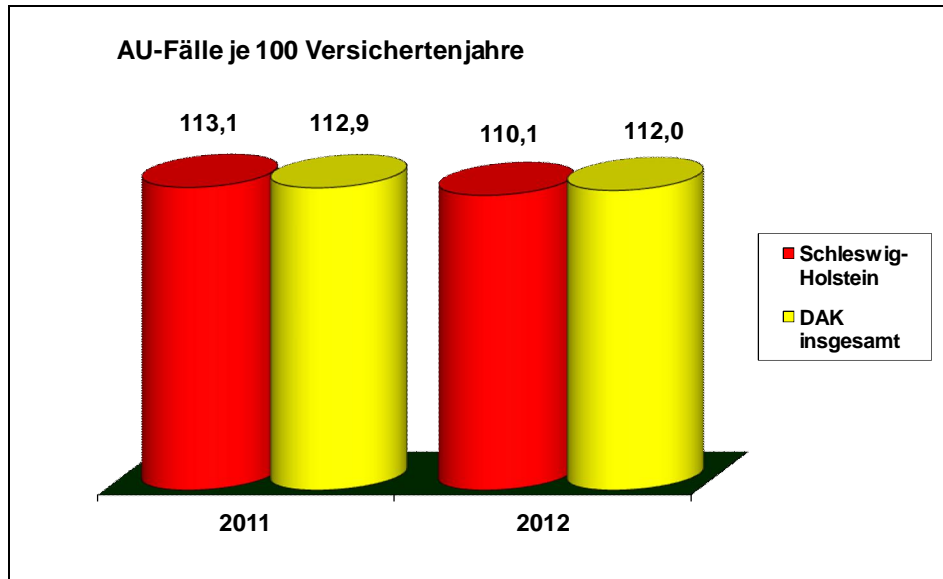
**Betroffenenquote bei 47 Prozent**

Der Krankenstand setzt sich zusammen aus der Erkrankungshäufigkeit und der durchschnittlichen Dauer einer Erkrankung (vgl. Abbildung 2 und Abbildung 3).

### Häufigkeit von Erkrankungen und Erkrankungsdauer in Schleswig-Holstein knapp unter dem Bundesdurchschnitt

Ein Blick auf die Zusammensetzung des Krankenstandes zeigt, dass die Häufigkeit von Erkrankungen in Schleswig-Holstein knapp unter dem Bundesdurchschnitt lag. Auf 100 ganzjährig Versicherte entfielen 2012 110,1 Erkrankungsfälle. Im Bundesvergleich waren es 112,0 Erkrankungsfälle.

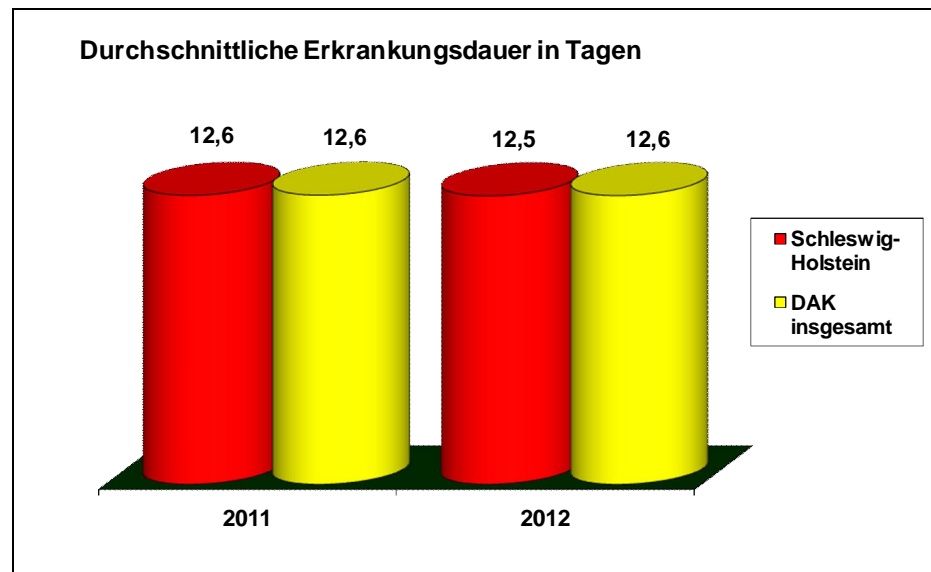
Abbildung 2: Anzahl der Erkrankungsfälle: Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bund



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Eine Erkrankung dauerte in Schleswig-Holstein mit durchschnittlich 12,5 Tagen etwa genauso lang wie im Bund (12,6 Tage).

Abbildung 3: Dauer einer durchschnittlichen Erkrankung: Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bund



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

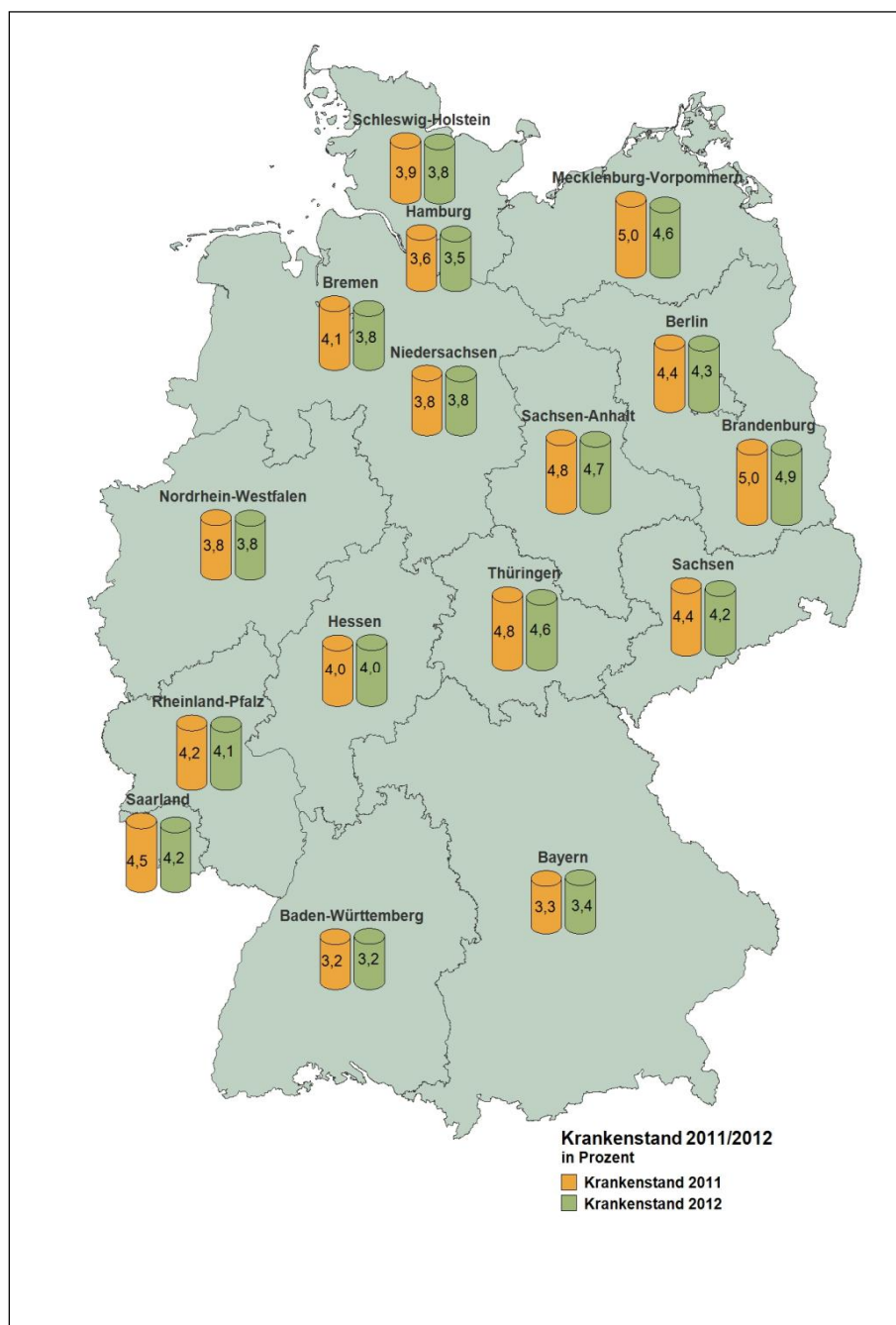
## 1.2 Schleswig-Holstein im Vergleich zu anderen Bundesländern

Schleswig-Holstein hatte – wie bereits im Jahr 2011 – erneut einen Krankenstandswert, der auf dem Bundesniveau liegt.

Generell kann beobachtet werden, dass die östlichen Bundesländer sowie auch das Saarland überwiegend deutlich über und die westlichen Bundesländer eher nahe am Bundesdurchschnitt liegen. Die beiden südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern lagen in beiden Jahren deutlich unter dem Durchschnittswert.

**Krankenstand in Schleswig-Holstein erneut genau auf dem Bundesniveau**

Abbildung 4: Krankenstandswerte 2011 - 2012 nach Bundesländern



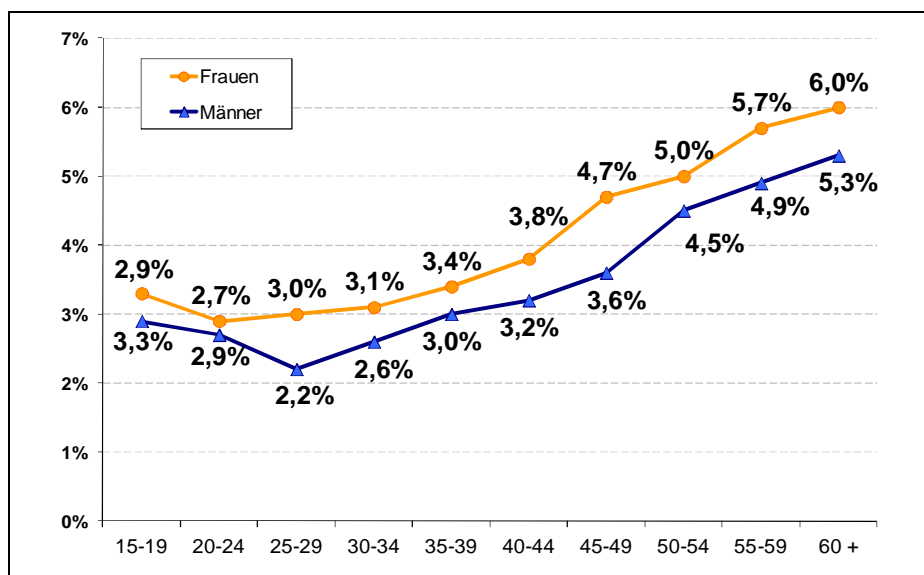
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

### 1.3 Der Krankenstand in Schleswig-Holstein nach Alter und Geschlecht

#### Soziodemografische Merkmale des Krankenstandes

Die Analyse nach den wichtigsten soziodemografischen Merkmalen – Geschlecht und Alter – gibt Hinweise, welche Versichertengruppen in Schleswig-Holstein vor allem von Arbeitsunfähigkeiten betroffen sind. Abbildung 5 zeigt die Krankenstandswerte 2012 getrennt nach Geschlecht und Alter.

Abbildung 5: Krankenstand 2012 nach Geschlecht und zehn Altersgruppen in Schleswig-Holstein



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

#### Krankenstand der Frauen liegt deutlich über dem der Männer

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten liegt deutlich über dem der Männer. Der durchschnittliche Krankenstand betrug 2012 bei den Frauen 4,1 Prozent und bei den Männern 3,5 Prozent.

Der höhere Krankenstand von Frauen ist nach einer Sonderanalyse der DAK im Gesundheitsreport 2001 u. a. darauf zurückzuführen, dass Frauen überdurchschnittlich häufig in Berufsgruppen mit hohen Krankenständen arbeiten.

#### DAK-Gesundheitsreport 2008 zum Thema "Mann und Gesundheit"

Und warum haben Männer einen niedrigeren Krankenstand als Frauen? Sind Männer im Vergleich zu Frauen weniger Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt ausgesetzt? Im DAK-Gesundheitsreport 2008 mit dem Schwerpunkt „Mann und Gesundheit“ wurde Fragen dieser Art vertiefend nachgegangen.

#### Mit zunehmendem Alter steigt der Krankenstand der Beschäftigten in Schleswig-Holstein tendenziell an

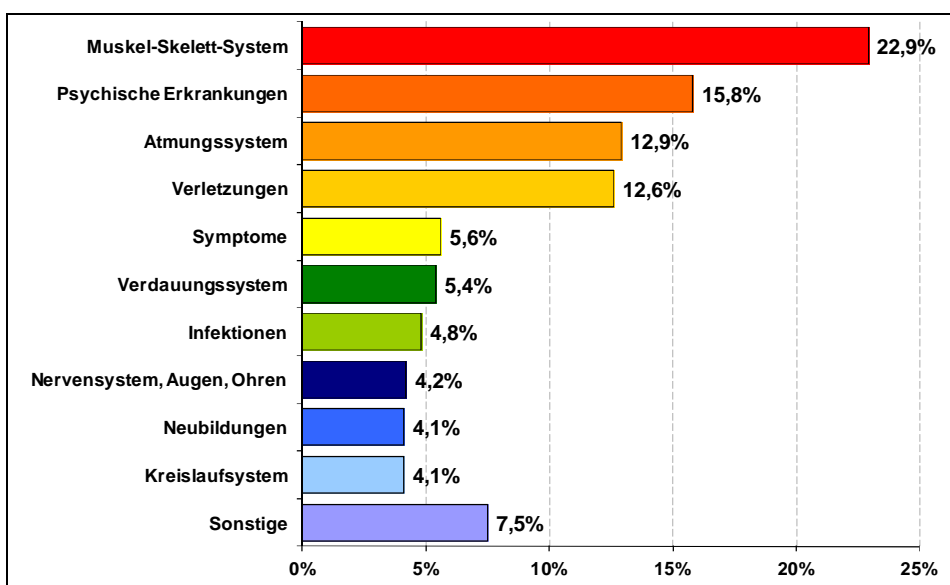
Beide Kurven zeigen etwa ab dem 25. Lebensjahr einen ansteigenden Verlauf, was durch die mit zunehmendem Alter größere Wahrscheinlichkeit von schwereren und damit länger dauernden Erkrankungen zu erklären ist.

## 2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich?

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Arbeitsunfähigkeitstagen und damit am Krankenstand der DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein sind in Abbildung 6 dargestellt: Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Psychische Erkrankungen lagen mit 22,9 Prozent bzw. 15,8 Prozent an erster und zweiter Stelle. Zusammen mit der Diagnosegruppe „Krankheiten des Atmungssystems“ (12,9 Prozent) verursachten diese Erkrankungsarten rund 52 Prozent des Krankenstandes in Schleswig-Holstein.

**Anteil der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen**

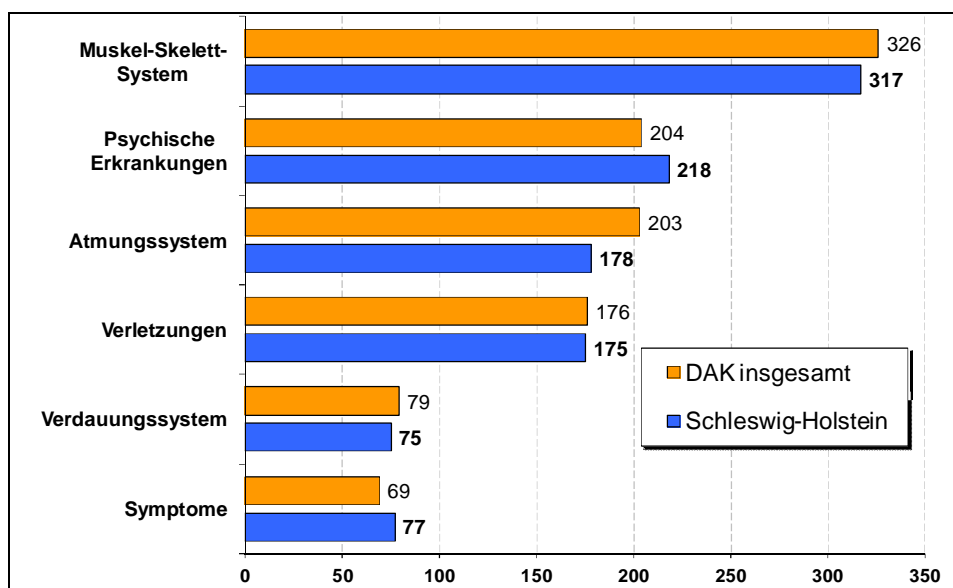
Abbildung 6: Anteile der 10 wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Die Rangfolge der wichtigsten Krankheitsarten weicht in der Reihenfolge leicht ab vom bundesweiten Bild. Für den Vergleich mit den Bundeswerten wird die Anzahl der Erkrankungstage herangezogen, die je 100 ganzjährig Versicherte aufgrund einer Krankheit entstanden sind.

Abbildung 7: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Krankheitsarten



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

### 3 Schwerpunktthema: „Update psychische Erkrankungen“. Sind wir heute anders krank?

#### 3.1 Exposition: Warum psychische Erkrankungen als Schwerpunktthema?

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

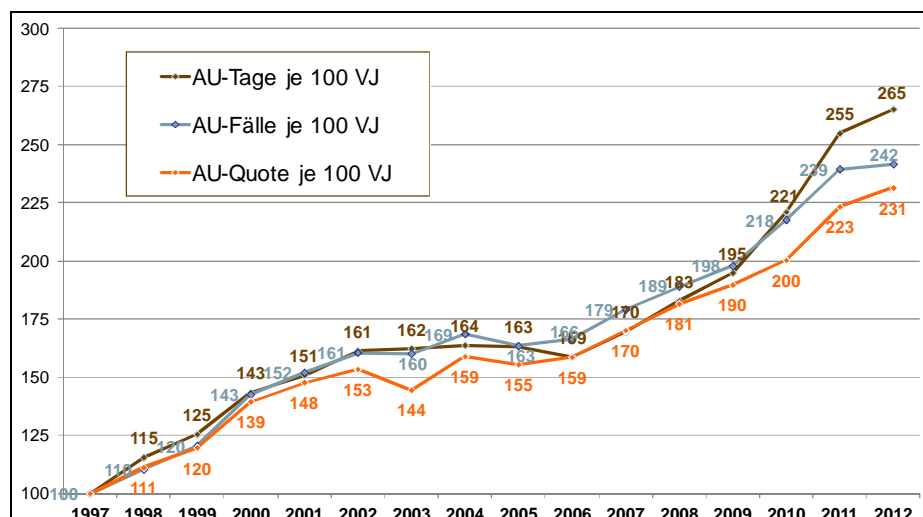
Im aktuellen DAK-Gesundheitsreport kann nun ein Zeitraum von 16 Jahren (1997-2012) überblickt werden. In dieser Zeit haben sich die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen enorm gesteigert. Im Folgenden wird in das Thema eingeführt, indem die wichtigsten Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen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

Von 1997 bis 2012 nahmen die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen um 165 Prozent, oder anders gesagt, um den Faktor 2,7, zu. Die Zahl von Arbeitsunfähigkeiten, also die AU-Fälle, nahm in etwa der gleichen Größenordnung zu, nämlich um 142 Prozent bzw. um den Faktor 2,4.<sup>1</sup> Die Betroffenenquote, also der Anteil der Beschäftigten, die wegen einer psychischen Diagnose krank geschrieben waren, wächst im betrachteten Zeitraum um 131 Prozent, bzw. um den Faktor 2,3 (vgl. Abbildung 8).

**Schwerpunktthema:**  
psychische Erkrankungen: „Sind wir heute anders krank?“

**Zunehmende Bedeutung psychischer Diagnosen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen**

Abbildung 8: Entwicklung von Arbeitsunfähigkeiten (AU) aufgrund psychischer Erkrankungen von 1997 bis 2012



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

<sup>1</sup> Dabei lässt sich seit 2009 eine Auseinanderentwicklung der Steigerungsraten von AU-Tagen und AU-Fällen beobachten. Möglicherweise gibt es einen Trend dahingehend, dass die (ohne hin schon langen) Falldauern noch länger werden.

<b>Psychische Erkrankungen auf Rang 2 der AU-Diagnosen</b>	Auch die wichtigsten Kennzahlen des Krankenstandes aufgrund psychischer Diagnosen machen die Relevanz des Themas deutlich: Mit einem Anteil von 14,5 Prozent an den Fehltagen rücken die psychischen Erkrankungen auf Rang zwei der wichtigsten Ursachen für Krankschreibungen – hinter Muskel-Skelett Erkrankungen. Unter den Frauen ist mehr als jeder sechste AU-Tag einer psychischen Diagnose zuzuschreiben.
<b>Nur AU aufgrund von Neubildungen dauern länger als psychische Erkrankungen</b>	Ausfälle, die durch psychische Erkrankungen verursacht werden, dauern sehr lange, im Durchschnitt 33,2 AU-Tage. Noch länger sind nur die Fehltagewege wegen Neubildungen. Die durchschnittliche Dauer aller Diagnosekapitel liegt bei 12,6 Fehltagen.
<b>Betroffenenquote bei AU mit psychischer Diagnose: 4,5 Prozent (Frauen: 5,9 Prozent, Männer: 3,3 Prozent)</b>	<p>Zwar ist die Zunahme der Fehltagewege aufgrund psychischer Erkrankungen sehr hoch und die Ausfalldauer sehr lang. Absolut gesehen bleibt der Anteil der Betroffenen demgegenüber aber relativ gering, beispielsweise im Vergleich zu Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Atemwegserkrankungen, die traditionell auf den vorderen Rängen der wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit stehen.</p> <p>Von einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Diagnose waren im Jahr 2012 4,5 Prozent der Erwerbstätigen betroffen. Das bedeutet, etwa jeder 22. Erwerbstätige war im Jahr 2012 wegen einer psychischen Diagnose einmal oder mehrmals krank geschrieben. Unter den Frauen beträgt dieser Anteil 5,9 Prozent, unter den Männern 3,3 Prozent (vgl. Tabelle 1). Zum Vergleich: Die Betroffenenquote bei Atemwegserkrankungen liegt dagegen bei 20,2 Prozent und bei Muskel-Skelett-Erkrankungen bei 11,9 Prozent.</p>



Tabelle 1: Steckbrief: Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen

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

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

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

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

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

Die Auffächerung des Themas, wie sie zuletzt durch die DAK-Gesundheitsreporte 2002 und 2005 geleistet wurde, wird auch die Gliederung und die Inhalte des Schwerpunktthemas 2013 anleiten. Die

**Öffentliche Debatten im Zusammenhang mit Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen**

2002 und 2005 behandelten Aspekte gehören sozusagen zum Pflichtprogramm eines Schwerpunktthemas zu psychischen Erkrankungen. Die bisher vorliegenden Zeitreihen werden fortgeschrieben und das Bild des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens hierzu vervollständigt.

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

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

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

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

### **Kapitel 3.2 Die Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aufgrund psychischer Erkrankungen**

Auf diese Einleitung, die bereits die wichtigsten Eckdaten zum AU-Geschehen aufgrund von F-Diagnosen<sup>2</sup> dargelegt hat, folgt eine weitergehende Darstellung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aufgrund psychischer Erkrankungen. Neben dieser Fortschreibung der Berichterstattung von 2002 und 2005 werden neue Akzente gesetzt, u.a. zur Entwicklung des Burnout-Syndroms.

### **Kapitel 3.3 Die Verbreitung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung**

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

---

<sup>2</sup> rkanPsychische Ekungen sind im ICD-10 mit dem Buchstaben F kodiert, wie beispielsweise F32 für die depressive Episode. In diesem Report wird synonym zu psychischen Erkrankungen, psychischen Störungen oder psychischen Diagnosen auch die Formulierung F-Diagnose verwendet, weil damit je nach sprachlichem Zusammenhang überlange Formulierungen vermieden werden.

**Gruppendiskussionen mit Hausärzten, Psychotherapeuten und Psychiatern****Kapitel 3.4**

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

Dieser qualitative Studienteil wurde als Synoptisches Interview aufbereitet. Das heißt, die (mitgeschnittenen und transkribierten) Diskussionen wurden in genau ein Gespräch überführt und hier abgedruckt.

**Repräsentative Befragung von 3.090 Beschäftigten****Kapitel 3.5**

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

Hinzu kommen Fragen hinsichtlich der Präventionsbemühungen des Arbeitgebers. Was tut dieser, um die psychische Gesundheit der Belegschaft zu gewährleisten. Findet die gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung statt? Und sind Beschäftigte, deren Arbeitgeber sich um Prävention bemüht, seltener psychisch krank?

**Diagnoseverschiebung: „Sind wir heute anders krank?“****Kapitel 3.6**

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

**Psychische Erkrankungen in Schleswig-Holstein****Kapitel 3.7**

Regionale Besonderheiten in der Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens für die Diagnose Psychische Erkrankungen werden in diesem Kapitel näher beleuchtet. Etwaige Abweichungen zur Entwicklung im Bund werden untersucht. Ausgewählte, auf das Bundesland bezogene Befragungsergebnisse werden dargestellt und bewertet.

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

### 3.2 „Update Psychische Erkrankungen“: Fortschreibung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aufgrund psychischer Erkrankungen

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

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

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

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

#### **Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aufgrund psychischer Diagnosen 1997- 2012**

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

**Anstieg der Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen um 165 Prozent**

Auch an den Arbeitsunfähigkeitstagen ist der Anstieg festzumachen. Im Jahr 1997 gab es knapp 77 Fehltag pro 100 Versichertenjahre, im Jahr 2012 204. Die Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen sind damit in 15 Jahren um 165 Prozent bzw. um den Faktor 2,7 angestiegen (vgl. Abbildung 9).

Die Betroffenenquote (vgl. Abbildung 10) erfährt eine Steigerung von 131 Prozent bzw. um den Faktor 2,3. Sie betrug 1997 2,0 Prozent, das bedeutet, dass etwa jeder fünfzigste Erwerbstätige pro Jahr wegen einer psychischen Erkrankung mindestens einmal im Jahr krank geschrieben war. 2012 ist die Betroffenenquote auf 4,5 Prozent gestiegen. Mit anderen Worten: 2012 hatte etwa jeder 22. Erwerbstätige eine oder mehrere Arbeitsunfähigkeiten aufgrund einer psychischen Diagnose.

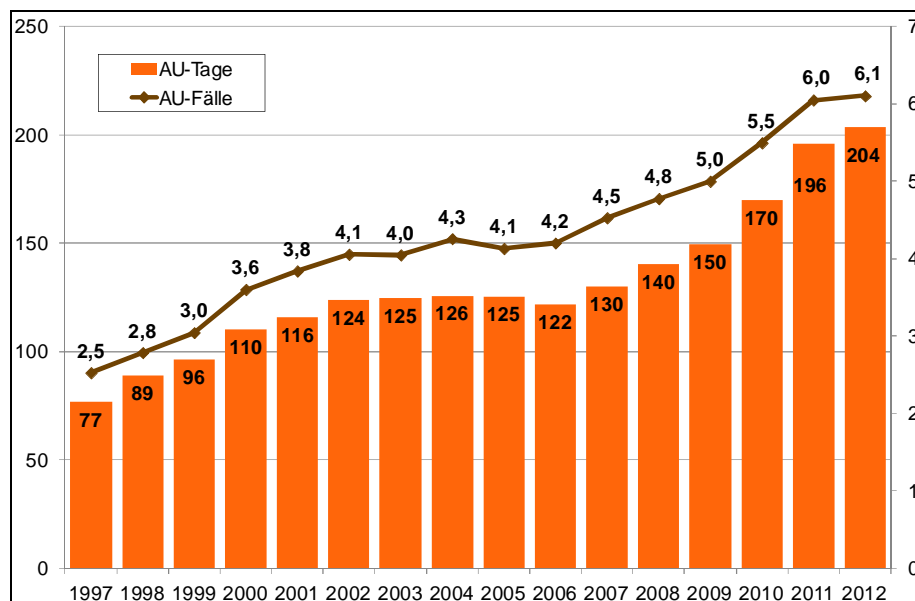
Tabelle 2: Steckbrief Anpassungsstörung

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

„Steckbriefe“ sind zu den wichtigsten Diagnosen für das AU-Geschehen in den Report eingeschoben, um wichtige Kennzahlen zur Verfügung stellen

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

Abbildung 9: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Diagnosen 1997-2012



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

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

Seit 2006 gibt es einen zweiten Schub: Von 2006 bis 2012 nehmen die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund einer psychischen Diagnose um weitere 67 Prozent zu (Index in 2006: 159 auf Index in 2012: 265). Auch

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

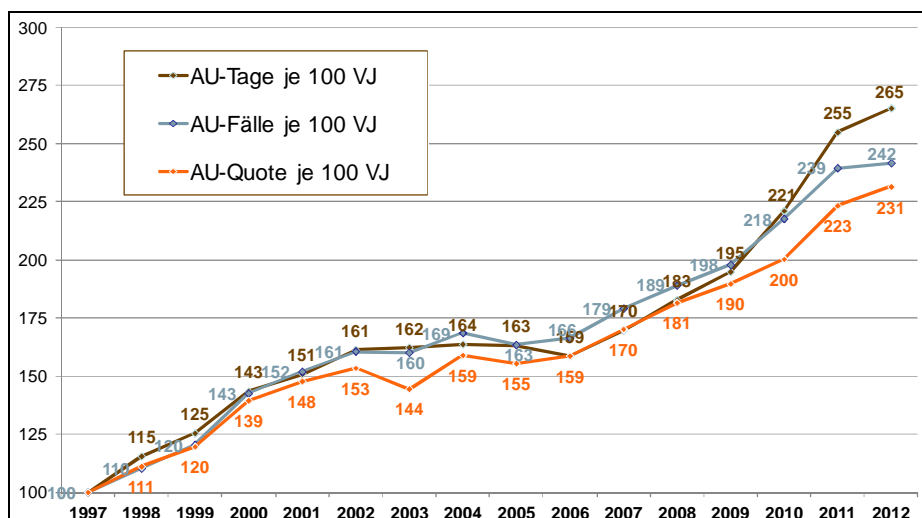
mit dem zweiten Schub folgt das AU-Geschehen bezüglich F-Diagnosen dem allgemeinen Trend eines ansteigenden Krankenstands – jedoch extremer: Während die AU-Tage insgesamt um 19 Prozent in dieser Zeit ansteigen, steigen die AU-Tage aufgrund psychischer Diagnosen um 67 Prozent an.<sup>3</sup>

**psychische Erkrankungen: Immer mehr Betroffene verursachen immer mehr Fälle und hierdurch mehr AU-Tage**

Abbildung 10 zeigt diese Kennzahlen des Krankenstands aufgrund psychischer Diagnosen in ihrer Entwicklung von 1997 bis 2012 als Indexdarstellung, wobei der Ausgangswert des Jahres 1997 als 100 festgesetzt wird. Im Großen und Ganzen lässt sich aus der Parallelität der Entwicklung der drei Kennzahlen ablesen, dass der Anstieg der Arbeitsunfähigkeiten v. a. darin besteht, dass immer mehr Betroffene immer mehr Fälle verursachen, die sich in einem entsprechenden Anstieg der AU-Tage niederschlagen.

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

Abbildung 10: Entwicklung von Arbeitsunfähigkeiten mit psychischen Diagnosen 1997-2012 (Indexdarstellung 1997=100)



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

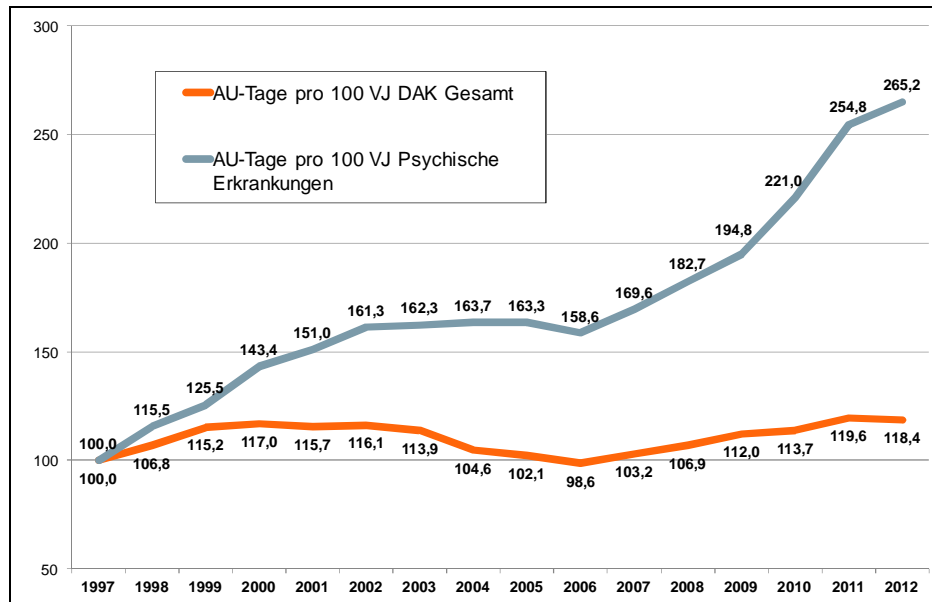
**Die Zunahme der Fehltagge aufgrund psychischer Diagnosen vollzieht sich vor dem Hintergrund eines wenig volatilen AU-Gesamtvolumens**

Bei der Betrachtung der Entwicklung des AU-Geschehens der psychischen Diagnosen ist – sozusagen als Hintergrund – das AU-Geschehen insgesamt in Rechnung zu stellen. Während der Gesamt- krankenstand seit 1997 Schwankungen unterliegt, die bis zu 20 Prozent nach oben betragen, vollzieht sich beim AU-Volumen aufgrund psychischer Erkrankungen dagegen eine Steigerung um 165 Prozent. Somit lässt sich festhalten: Der Anstieg der Arbeitsunfäh-

<sup>3</sup> In Kapitel 5.6 wird dies anhand zweier Szenarien geprüft: Hätten die psychischen Diagnosen als AU-Ursache seit 2000 keine weitere Steigerung erfahren, wäre der Krankenstand um 6,6 Prozent niedriger als er real im Jahr 2012 war. Wären die F-Diagnosen seit 2006 konstant geblieben, hätte es im Jahr 2012 5,8 Prozent weniger Fehltagge insgesamt gegeben als real. Der Gesamt- krankenstand hätte im betrachteten Zeitraum keine wesentlich andere Entwicklung genommen, selbst wenn die F-Diagnosen seit 2000 sich nicht weiter gesteigert hätten.

higkeiten aufgrund psychischer Diagnosen vollzieht sich vor dem Hintergrund eines vergleichsweise wenig volatilen Gesamtvolumens an Krankschreibungen (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 11: Entwicklung des Fehltagenvolumens aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich mit dem AU-Gesamtvolumen. Indexdarstellung 1997 = 100



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

### Einzeldiagnosen innerhalb des Spektrum psychische Erkrankungen – Die „Binnenstruktur“ der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen

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

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

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

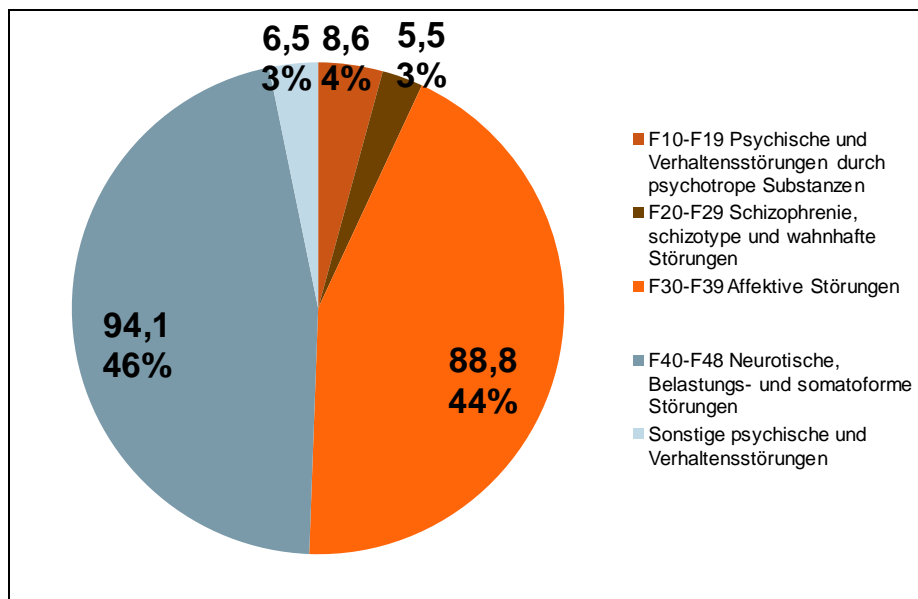
**Welche psychischen Diagnosen und Krankheitsgruppen spielen eine besondere Rolle?**

**Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie affektive Störungen dominieren das Fehltagenvolumen wegen F-Diagnosen**

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

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

Abbildung 12: AU-Tage (pro 100 VJ) und Anteil der AU-Tage an allen AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen 2012



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

### Die Depression ist die wichtigste Einzeldiagnose für das AU-Geschehen innerhalb des F-Kapitels

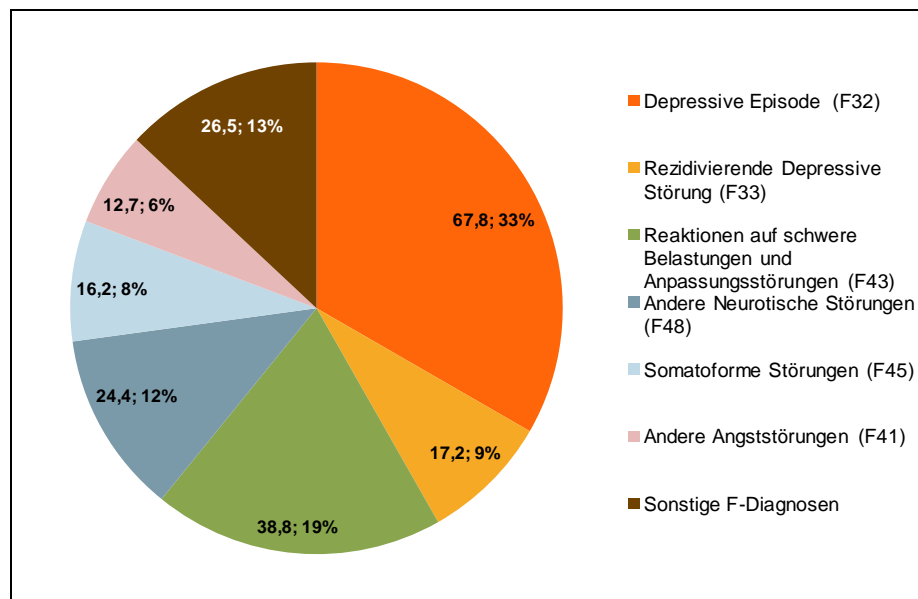
Eine weiter differenzierte Analyse der Diagnosen, die das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bestimmen, zeigt folgendes: Die quantitativ bei weitem wichtigste Diagnose ist die Depressive Episode (F32). Auf sie allein entfällt im Jahr 2012 ein Drittel aller Fehltage wegen psychischer Diagnosen (67,8 Fehltage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

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

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



Abbildung 13: AU-Tage pro 100 VJ und Anteil der Einzeldiagnosen („Dreisteller“) an den Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Tabelle 3: Steckbrief Somatoforme Störungen

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

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

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

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

Hierfür ist es aufschlussreich, sich die Binnenstruktur des AU-Geschehens im Zeitverlauf anzuschauen (vgl. Abbildung 14). Eine solche Längsschnittbetrachtung macht zunächst deutlich, dass sich drei

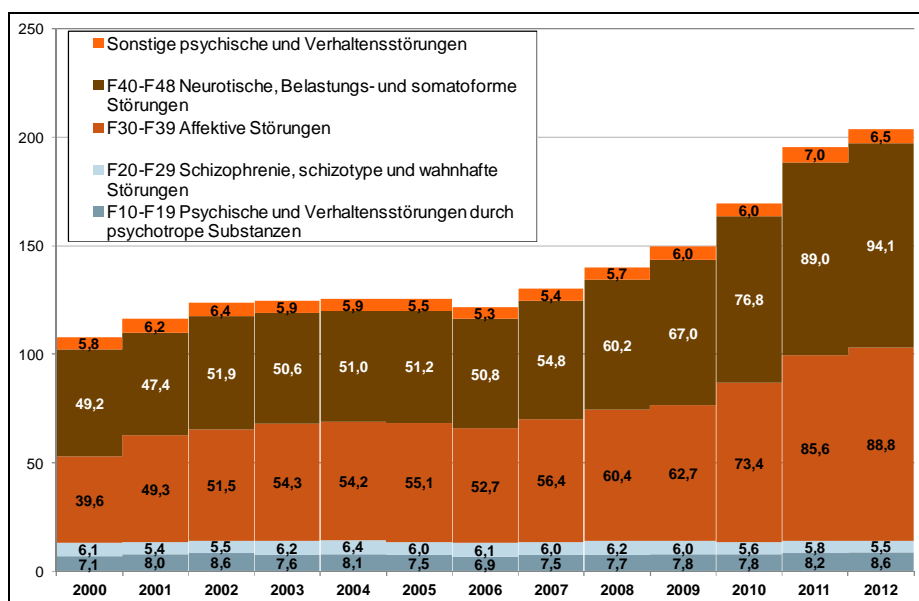
### Einige Krankheitsgruppen bleiben 2000 - 2012 stabil

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

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

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

Abbildung 14: Die Binnenstruktur der AU wegen F-Diagnosen im Zeitverlauf (2000-2012)<sup>4</sup> (AU-Tage pro 100 VJ)



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

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

### Die Diagnose Anpassungsstörung als Ursache für Arbeitsunfähigkeit nahm 2000 - 2012 am stärksten zu

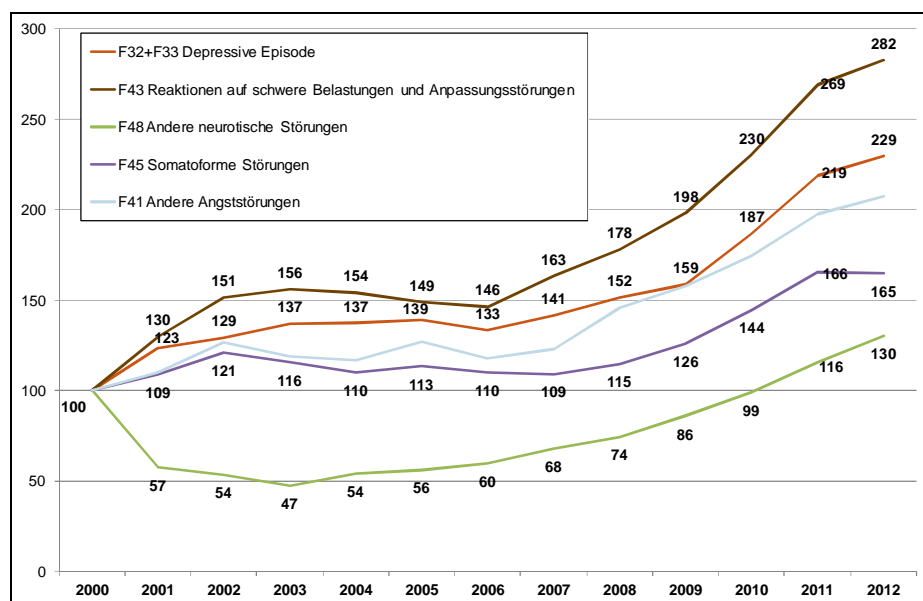
Den größten Anstieg erfährt die Diagnose Anpassungsstörung (F43). Sie nimmt um 182 Prozent im Zeitraum 2000-2012 zu, von knapp 14 Fehltagen pro 100 VJ im Jahr 2000 auf 39 Tage im Jahr 2012). Die Depression (F32 + F33), als ohnehin wichtigste Einzeldiagnose, erfährt den zweitgrößten Anstieg unter den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

<sup>4</sup> Die Zeitreihe wird erst seit dem Jahr 2000 dargestellt, weil es im Zeitraum zuvor Umstellungen im ICD gab, die die Zuordnung der Einzeldiagnosen betreffen. Vergleiche über diesen Zeitraum auf der Ebene von Einzeldiagnosen sind daher nicht sinnvoll.

bis 2012 um 129 Prozent an, von 37 AU-Tagen im Jahr 2000 auf 85 AU-Tage pro 100 Versicherte im Jahr 2012.

Die Diagnose „andere neurotische Störungen“ (F48) – darunter die Neurasthenie – hat als einzige unter den wichtigen Einzeldiagnosen nach 2000 als AU-Ursache abgenommen. Zwischen 2000 und 2003 hat sie sich mehr als halbiert, um seit 2003 wieder kontinuierlich anzusteigen. Im Jahr 2010 hat sie das Ausgangsniveau (fast) wieder erreicht, seitdem haben die AU Tage wegen dieser Diagnose um 31 Prozent zugenommen (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 15: Entwicklung des AU-Volumens von Psychischen Einzeldiagnosen (Dreisteller) 2000-2012. Indexdarstellung: 2000=100.



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

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

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

**Frauen sind von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund einer psychischen Erkrankung häufiger betroffen**

Unter 100 Frauen gab es im Jahr 2012 7,9 Krankschreibungen pro 100 Versicherte wegen einer psychischen Erkrankung. Unter 100 Männern waren es nur 4,6 AU-Fälle. Fehltage aufgrund von F-Diagnosen hatten Frauen im Jahr 2012 259 pro 100 Versicherte, Männer dagegen nur 156 Fehltage (vgl. Abbildung 16).

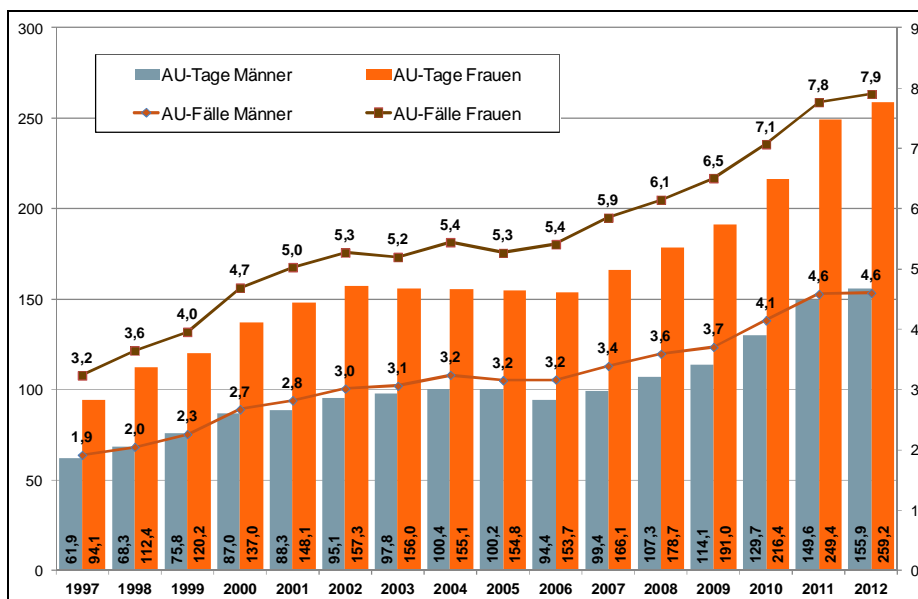
Tabelle 4: Steckbrief Angststörungen

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

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

Abbildung 16: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 VJ aufgrund psychischer Erkrankungen im Geschlechtervergleich

**Frauen verzeichnen mehr Fälle und mehr Tage bei AU aufgrund psychischer Erkrankungen. Die Differenz bleibt seit 1997 relativ konstant**



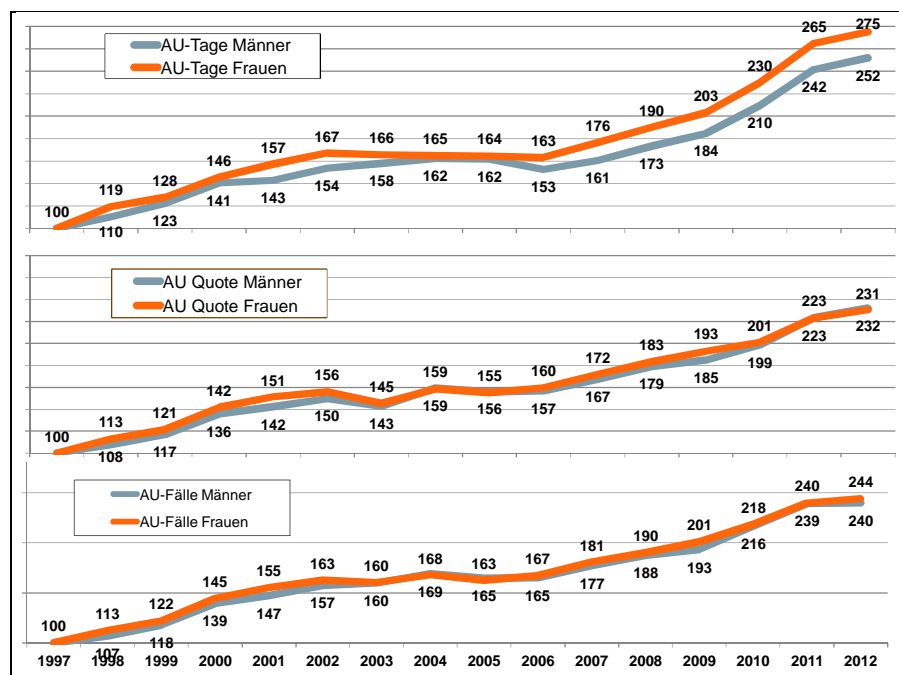
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997-2012

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

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

muss die Vergrößerung des Abstands bei den AU-Tagen auf eine Verlängerung der durchschnittlichen Erkrankungsdauer bei den Frauen zurückzuführen sein (vgl. Abbildung 17).

Abbildung 17: Entwicklung der Kennzahlen des Krankenstands wegen psychischer Erkrankungen bei Männern und Frauen. Indexdarstellung. 1997=100.

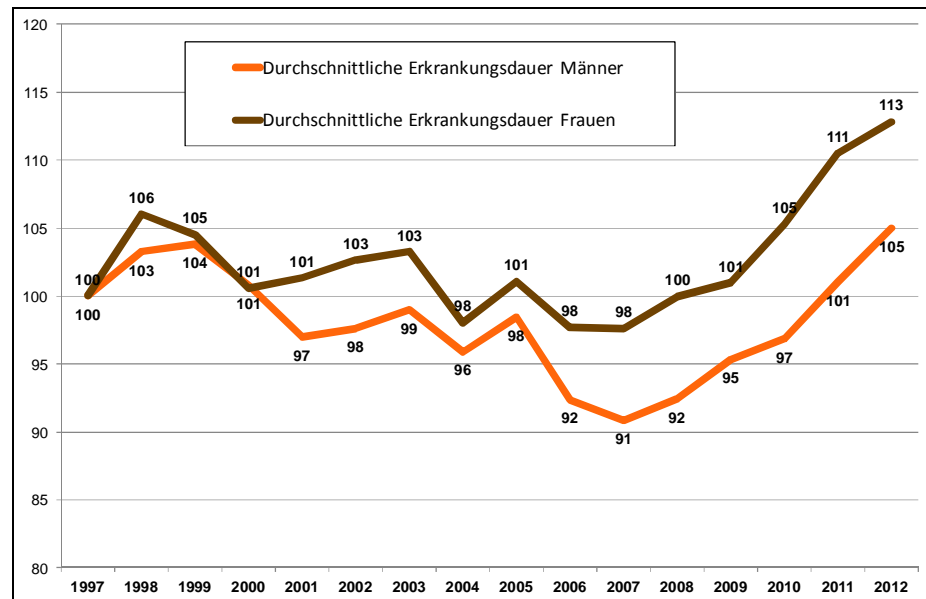


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997-2012

Tatsächlich nimmt die durchschnittliche Erkrankungsdauer bei Frauen ab 2007 zu und verlängert sich bis 2012 um etwa 15 Prozent (auf 32,8 Tage). Die durchschnittliche Erkrankungsdauer der Männer ist zwischen 1997 und 2012 stets etwas länger als die der Frauen. Tendenziell nimmt der Unterschied aber ab – so betrug die Differenz zwischen 2000 bis 2005 zwischen 5,6 und 11,4 Prozent, im Jahr 2010 verringerte sich die Differenz auf 2,2 Prozent und im Jahr 2011 war ein AU Fall der Männer nur noch um 1,6 Prozent länger als der der Frauen. Allerdings ist die Differenz im Jahr 2012 wieder auf 3,4 Prozent angewachsen (vgl. Abbildung 18).

**Bei F-Diagnosen nimmt die durchschnittliche Erkrankungsdauer bei den Frauen zu**

Abbildung 18: Entwicklung der durchschnittlichen Erkrankungsdauer bei Männern und Frauen bei psychischen Erkrankungen 1997-2012. Indexdarstellung. 1997=100.



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

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

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

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

Jede dieser F-Diagnosen (Ausnahme: Alkohol F10) verursacht bei Frauen jedoch sehr viel mehr AU-Tage als bei den Männern. Der Unterschied beträgt zwischen 61 Prozent bei den „anderen Angststörungen“ (F41) und 102 Prozent bei den „anderen neurotischen Störungen“ (F48) (vgl. Abbildung 19).

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

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

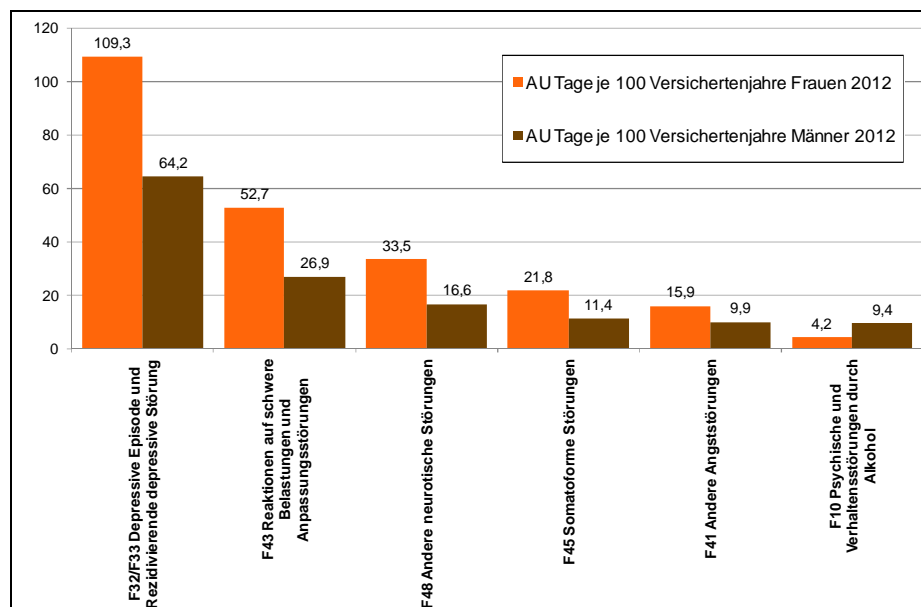
<sup>5</sup> Die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist bei einer Alkoholstörung zwischen Männern und Frauen gleich lang (33,5 Tage). Männer sind häufiger betroffen als Frauen (0,2 zu 0,1 Prozent und verursachen mehr Fälle (0,3 zu 0,1 auf 100 Versichertenjahre)

Tabelle 5: Steckbrief Alkoholsucht

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

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

Abbildung 19: Die wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen im Geschlechtervergleich (Jahr 2012)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

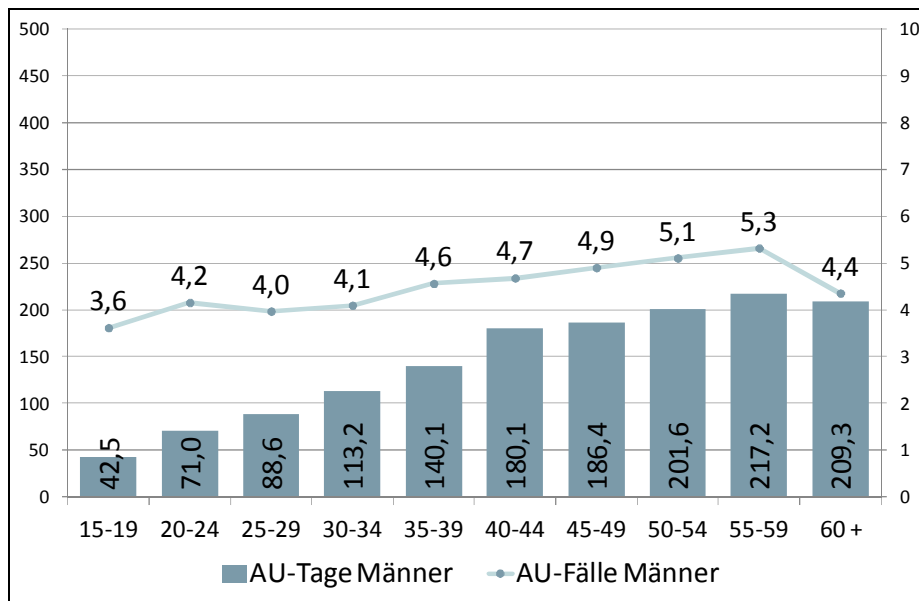
In verschiedenen Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen unterschiedlich häufig. Sie nehmen bei Männern wie bei Frauen tendenziell mit dem Alter zu. Dies gilt für die AU-Tage wie für die AU-Fälle (jeweils für 100 VJ angegeben). Lediglich die Altersgruppe der über 60-jährigen verzeichnet geringfügig weniger AU-Tage wegen F-Diagnosen als die vorangehende Altersgruppe der 55-59jährigen, und erheblich weniger AU-Fälle (vgl. Abbildung 20 und Abbildung 21).

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

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

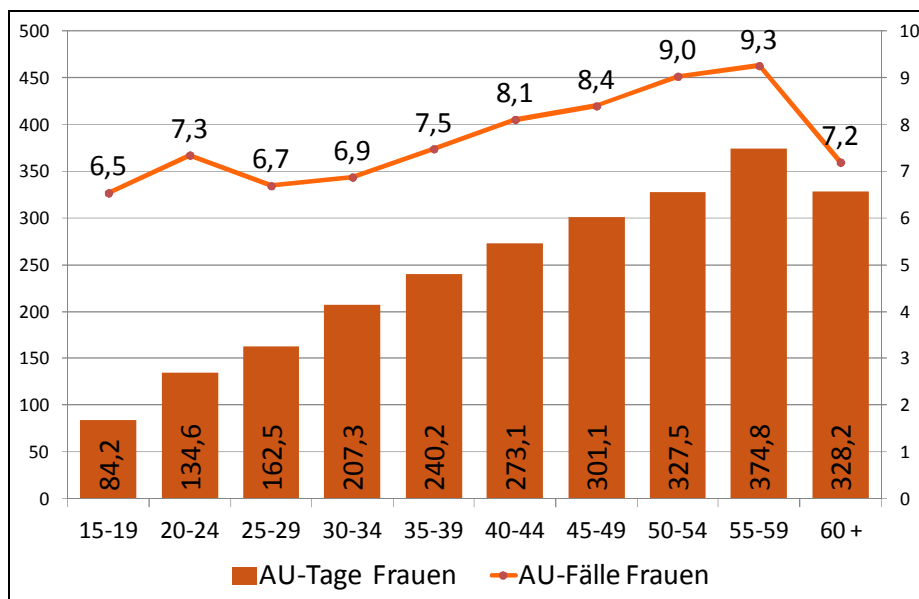
Dass die älteste Gruppe wieder einen Rückgang von Arbeitsunfähigkeiten verzeichnet, gilt auch für das AU-Geschehen wegen anderer Diagnosen und ist wahrscheinlich durch den sogenannten Healthy-Worker Effekt zu erklären: Ältere Arbeitnehmer in dieser Altersgruppe sind wahrscheinlich besonders gesunde Arbeitnehmer,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

Abbildung 20: Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Erkrankung (Tage und Fälle je 100 VJ) im Altersverlauf bei Männern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Abbildung 21: Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Erkrankung (Tage und Fälle je 100 VJ) im Altersverlauf bei Frauen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012



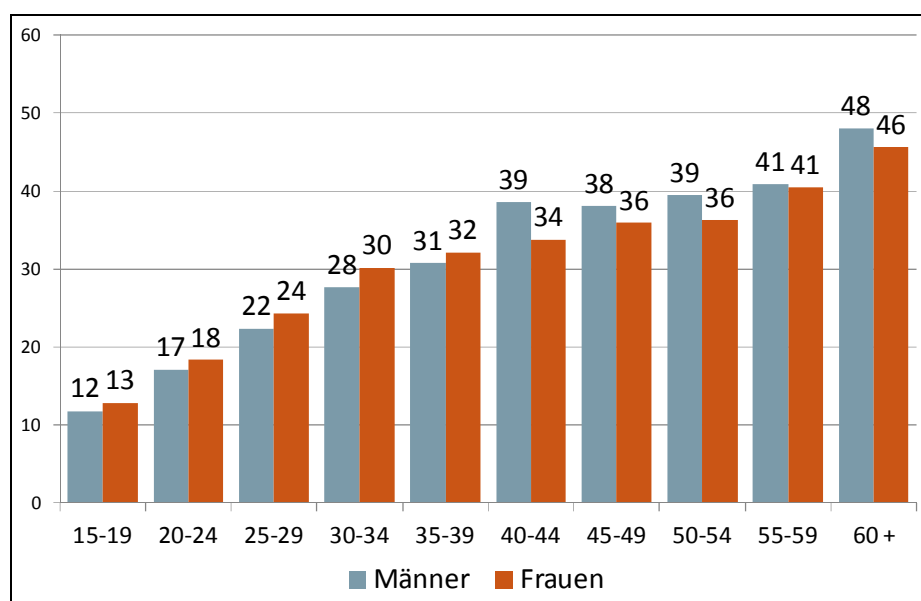
Auffällig ist, dass die Zunahme der AU-Tage wegen F-Diagnosen im Altersgang sehr viel ausgeprägter ist als die Zunahme der AU-Fälle. Beispielsweise weist die Gruppe der 55-59jährigen Männer gegenüber den 25-29jährigen Männern ein um den Faktor 2,5 erhöhtes AU-Volumen auf, aber nur ein um den Faktor 1,3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

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

Dies liegt an der durchschnittlichen Falldauer, die sich im Altersgang massiv erhöht. Junge Erwerbstätige sind nicht nur seltener wegen einer psychischen Störung krank geschrieben, sie haben auch sehr viel kürzere Falldauern. Eine AU wegen einer F-Diagnose dauert in der Altersgruppe der 20-24jährigen Erwerbstätigen 17 Tage (Männer) bzw. 18 Tage (Frauen). In der Altersgruppe der 45-49jährigen dauert ein F-Diagnosen-Fall im Schnitt 38 (Männer) bzw. 36 Tage (Frauen) (vgl. Abbildung 22).

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

Abbildung 22: Durchschnittliche Falldauer in Tagen von AU wegen Psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

### Psychische Erkrankungen in den Arbeitsunfähigkeiten nach Branchen und Berufsgruppen

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

Zwei Branchen fallen auf, die auch im AU-Geschehen insgesamt an der Spitze liegen: Im Gesundheitswesen verzeichnen Beschäftigte 301

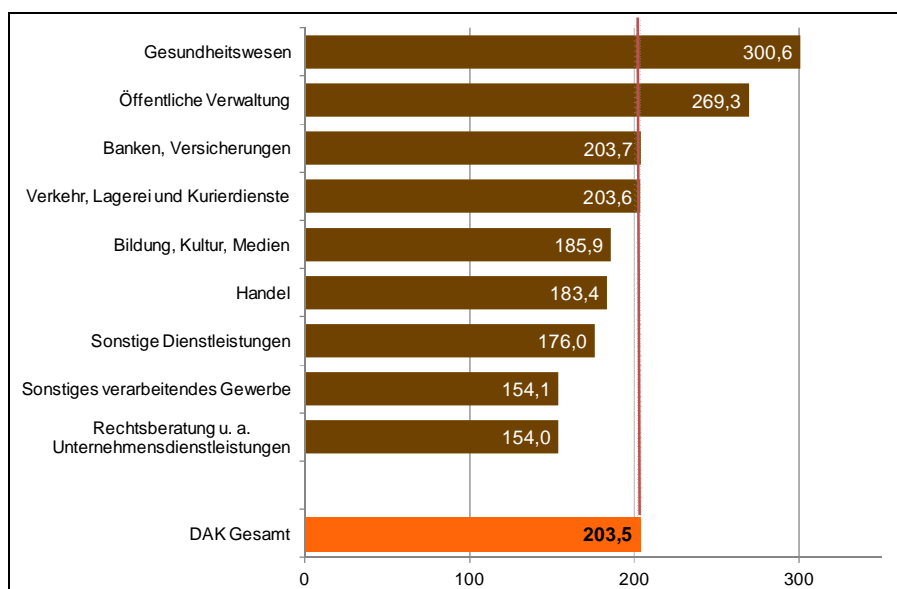
Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 VJ wegen psychischer Störungen und liegen damit 48 Prozent über dem DAK-Durchschnitt. Auch in der Öffentlichen Verwaltung haben die Beschäftigten weit mehr AU-Tage wegen F-Diagnosen als im Durchschnitt. Psychische Erkrankungen verursachen hier 269 AU Tage pro 100 VJ, 32 Prozent mehr als der Durchschnitt.

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

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

**Die meisten Fehltagewegen F-Diagnosen haben Beschäftigte im Gesundheitswesen und in der öffentlichen Verwaltung**

Abbildung 23: AU-Tage pro 100 VJ aufgrund psych. Erkrankungen in Wirtschaftsgruppen mit hohem Anteil DAK-Versicherter 2012



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

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

In diesem Sinne stellt Abbildung 24 die Branchen dar, sowohl in ihrer Abweichung vom Durchschnitts-AU-Volumen insgesamt, als auch vom AU-Volumen verursacht durch Psychische Erkrankungen.

Die bereits zuvor genannten ersten 3 Rangplätze hinsichtlich psychischer Erkrankungen werden durch diese Darstellung noch auffälliger:

Während das Gesundheitswesen 15,7 Prozent über dem AU-Volumen Gesamt liegt, liegt es 47,7 Prozent über dem AU-Volumen wegen psychischer Erkrankungen. Ebenso die öffentliche Verwaltung: Hier weichen die Fehlzeiten der Beschäftigten nach oben hin vom durchschnittlichen AU-Volumen ab (14,4 Prozent), noch mehr aber vom AU-Volumen aufgrund von F-Diagnosen (32,3 Prozent).

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

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

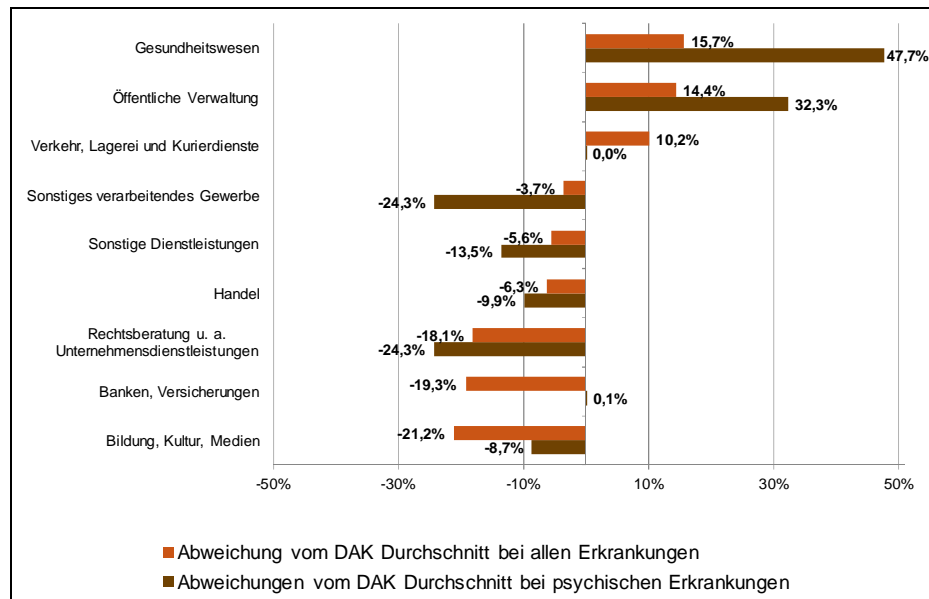
Die Branche „Rechtsberatung u.a. Unternehmensdienstleistungen“ sowie die Branche „Sonstiges Verarbeitendes Gewerbe“ weisen die geringste relative Bedeutung psychischer Erkrankungen auf.

Tabelle 6: Steckbrief Depression

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

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

Abbildung 24: Abweichungen der AU-Tage in Branchen mit hohem Anteil DAK-Versicherter vom DAK-Durchschnitt 2012



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

### Das Burnout-Syndrom in der Arbeitsunfähigkeitsstatistik

**Statistiken zum Burnout-Syndrom sind nur sehr bedingt aussagekräftig**

Unter den psychischen Erkrankungen nimmt das sogenannte Burnout-Syndrom in verschiedener Hinsicht eine Sonderstellung ein. Im (u. a.) für die Arbeitsunfähigkeitsstatistik verwendeten ICD-10 ist das Burnout-Syndrom nicht im Kapitel der psychischen Erkrankungen,<sup>6</sup> sondern im Kapitel XXI zu finden: „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“. In diesem ICD-Kapitel werden – wie der Titel bereits deutlich macht – keine Krankheiten oder Verletzungen in einem wohl definierten medizinischen Sinne verschlüsselt, sondern „Faktoren“, die offenbar Einfluss auf die Gesundheit haben oder zumindest dazu führen, dass ärztliche Hilfe gesucht wird.

In Kapitel XXI ist das Burnout-Syndrom mit dem Schlüssel Z73 zu kodieren: „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“. Der Kategorie ist nicht nur das Burnout-Syndrom zugeordnet, sondern gleichzeitig auch Faktoren wie „Sozialer Rollenkonflikt, anderenorts nicht klassifiziert“ oder „Akzentuierung von Persönlichkeitszügen“ finden.<sup>7</sup>

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

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

<sup>6</sup> Der Burn-Out ist somit nicht in den Angaben zum Anteil von psychischen Krankheiten am AU-Volumen mit eingerechnet.

<sup>7</sup> Vgl. den ICD-10, Internetpräsenz des DIMDI Instituts. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-z70-z76.htm>

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

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

Die Entwicklung des Burnouts, bzw. des Schlüssels Z73, in der Arbeitsunfähigkeitsstatistik zeigt Abbildung 25. Demnach spielte der Burnout noch vor einigen Jahren nahezu keine Rolle im AU-Geschehen. Noch im Jahr 2007 verursachte er weniger AU-Tage als beispielsweise die Schizophrenie. Von einem AU-Volumen nahe Null im Jahr 2004 erfährt das Burnout-Syndrom einen steilen Aufstieg und verzeichnet im Jahr 2012 10 Fehltage pro 100 Versicherte.

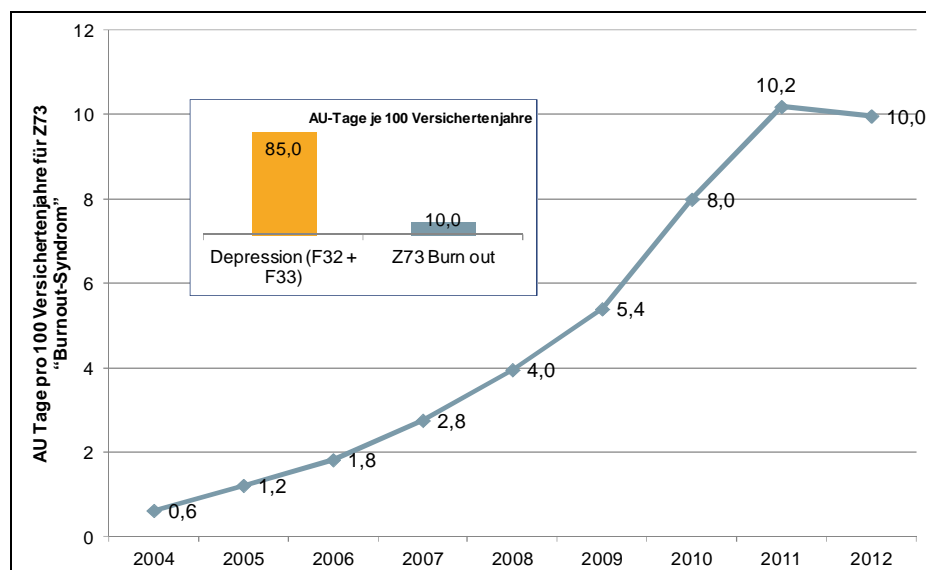
Um die Größenordnung eines solchen AU-Volumens zu verdeutlichen: dies entspricht knapp einem Achtel der Fehltage wegen Depressionen. Ordnet man das Burnout-Syndrom (bzw. den Z73 Schlüssel) in die häufigsten F-Diagnosen ein, steht der Burnout mit 10,0 AU-Tagen pro 100 VJ auf Rang 6, hinter den anderen Angststörungen (12,7 AU-Tage pro 100 VJ) und vor den psychischen Störungen durch Alkohol (7,0 AU-Tage pro 100 VJ) (vgl. Abbildung 26).

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

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

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

Abbildung 25: AU-Tage pro 100 VJ wegen Z73: „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ („Burnout“)

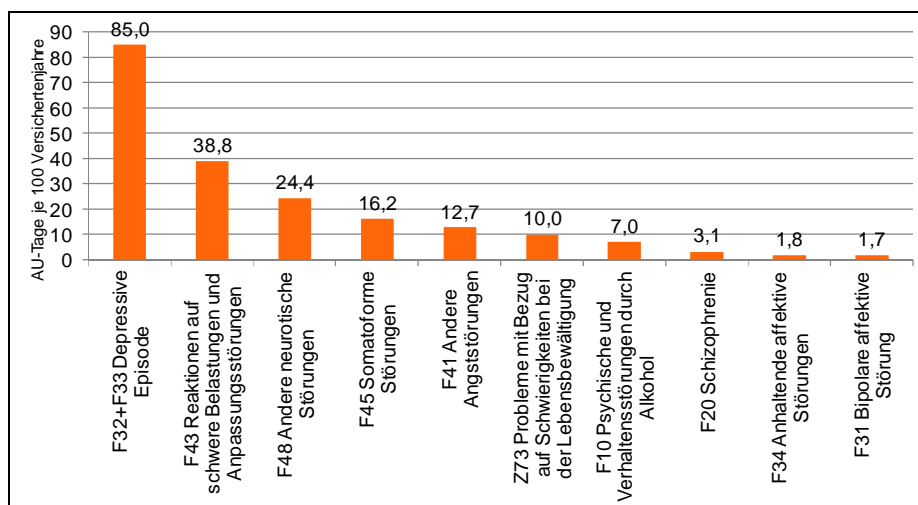


**Im Jahr 2012 hat das Burnout-Syndrom (genauer: Der Z73-Schlüssel) knapp ein Achtel der AU-Tage einer Depression**

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

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

Abbildung 26: AU-Volumen aufgrund psychischer Erkrankungen - Die häufigsten Einzeldiagnosen inkl. Z73 („Burnout“)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

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

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

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

Tabelle 7: Steckbrief Burnout-Syndrom

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

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

Tabelle 8: Steckbrief: Neurotische Störungen

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

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

### 3.3 Epidemiologie psychischer Erkrankungen

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

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

**Wie verbreitet sind psychische Erkrankungen in der Bevölkerung?**

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

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

Eine solche bevölkerungsrepräsentative Studie ist die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) des Robert-Koch-Instituts (Kurth 2012; Hapke et al. 2012a; Hapke et al. 2012b). Die Zusatzuntersuchung „Psychische Gesundheit“ (DEGS-MHS) strebt u.a. eine umfassende und klinisch-diagnostisch differenzierte Erfassung psychischer Störungen an. Über einen Vergleich mit den Daten des Bundesgesundheits surveys 1998 (BGS 1998), bzw. dessen Zusatzmodul „Psychische Störungen“ wird auch die Frage geprüft werden, ob psychische Störungen zugenommen haben und ob es Veränderungen im Morbiditätsspektrum gegeben hat (Wittchen et al. 2012; Wittchen/Jacobi 2012).<sup>8</sup>

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

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

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

<sup>8</sup> Dies wird allerdings bei derzeitigem Veröffentlichungsstand der Studienergebnisse nur eingeschränkt möglich sein: viele Ergebnisse liegen bei Redaktionsschluss des DAK-Gesundheitsreports noch nicht vor. Eine ausführliche Basispublikation wurde durch das RKI 2013 im Bundesgesundheitsblatt Heft 5/6 angekündigt.



Frauen sind von nahezu allen psychischen Störungen sehr viel häufiger betroffen als Männer. Die 12-Monatsprävalenz von Angststörungen ist bei Frauen mehr als doppelt so hoch wie bei Männern (22,6 zu 9,7 Prozent), die der unipolaren Depression ebenfalls mehr als doppelt so hoch (11,4 zu 5,0 Prozent). Lediglich Alkoholstörungen treten bei Männern häufiger auf als bei Frauen, und zwar fast fünf mal so häufig (18,4 gegenüber 3,9 Prozent).

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

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

**Von Psychischen Störungen Betroffene haben häufig mehrere Diagnosen (Komorbidität)**

### Zur Prävalenz von Depressionen

Da die Depression im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen die wichtigste Rolle unter den F-Diagnosen spielt,<sup>9</sup> und weil in der DAK-Beschäftigtenbefragung die Depression für Zusammenhangsanalysen erhoben wird (sozusagen stellvertretend für psychische Erkrankungen allgemein), wird diese psychische Störung hinsichtlich ihrer Epidemiologie etwas näher beleuchtet.

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

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

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

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

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

Bereits vor der DEGS Erhebung mit Zusatzmodul „psychische Gesundheit“ war die Größenordnung der Häufigkeit psychischer Erkrankungen bekannt. Beispielsweise kommt Jacobi schon 2009 in einer Übersicht über die Verbreitung psychischer Erkrankungen zu der Einschätzung „Es kann also festgehalten werden, dass psychische Störungen weit verbreitet sind (und häufiger sind als früher angenommen, weil jetzt umfassender definiert und repräsentativer erhoben). Auf Be-

<sup>9</sup> Und zwar als depressive Episode F32 sowie als rezidivierende depressive Störung F33. Vgl. den AU-Daten Steckbrief zur Depression (Tabelle 6).

völkerungsebene gehören sie ebenso wie körperliche Erkrankungen mehr oder weniger 'zum Leben dazu' und sind aufgrund der assoziierten negativen Konsequenzen sehr ernst zu nehmen“ (Jacobi 2009).

### **Nehmen psychische Störungen zu?**

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

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

In den bereits vorliegenden Veröffentlichungen wird allerdings angegeben, dass in Bezug auf die Prävalenz psychischer Störungen etwas höhere Werte ermittelt wurden als in der vergleichbaren Untersuchung im Zuge des BGS 1998 (Wittchen/Jacobi 2012).<sup>10</sup>

In Wittchen et al. 1999 wird die 4-Wochen-Querschnittsprävalenz berichtet, die als Punktprävalenz am ehesten mit der im DEGS-MHS berichteten Punktprävalenz vergleichbar ist. Demnach beträgt die Punktprävalenz psychischer Störungen in Form von affektiven, somatoformen und Angststörungen<sup>11</sup> 17,3 Prozent (Altersgruppe: 18-65 Jahre).<sup>12</sup> Im Einzelnen: Affektive Störungen: 6,3 Prozent; Angststörungen: 9 Prozent und somatoforme Störungen: 7,5 Prozent. Ein „bedeutender Prozentsatz“ erfüllt die Kriterien mehrerer Störungen (Wittchen et al. 1999).

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

Ein Vergleich der Prävalenzen psychischer Erkrankungen von BGS98 mit den 2012 veröffentlichten DEGS-Ergebnis ist bei derzeitigem Veröffentlichungsstand nur sehr bedingt möglich, da die angegebenen Prävalenzen, die konkreten Störungsbilder, die Altersgruppen und die Erhebungsinstrumente nicht gleich sind.<sup>13</sup> Stellt man trotz dieser Probleme Zahlen gegenüber, so ergibt sich eine Punktprävalenz für die Depression 1998 von 6,3 Prozent in der Altersgruppe 18-65 gegenüber einer Punktprävalenz von 8,1 Prozent in der Altersgruppe 18-79. Hieraus wäre möglicherweise ein leichter Anstieg zu folgern.

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

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

<sup>10</sup> [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs\\_w1/Symposium/degs\\_psychische\\_stoerungen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile). Folie 17.

<sup>11</sup> F30,F 31,F 32,F33, F43.1. F40.0 F40.1 F40.2 F408 F41.0 F41.1 F42.0 F45.0 F45.1 F45.2 F45.4

<sup>12</sup> Die ältere Altersgruppe 65-79 wurde nicht erhoben, weil entsprechende Erhebungsinstrumente (CIDI) nicht validiert sind für diese Altersgruppe

<sup>13</sup> Um nur einige Probleme der Vergleichbarkeit zu nennen: Im Modul Psychische Störungen des BGS1998 wird die Altersgruppe 18-65 betrachtet, im DEGS Zusatzuntersuchung dagegen 18-79. Depression wird in der DEGS-Befragung durch das Instrument PHQ-9 erhoben, das sich auf einen 2 Wochen Zeitraum bezieht, im BGS Zusatzmodul wird die 4-Wochen-Querschnittsprävalenz erhoben.

Der Vergleich zwischen den 1998/99 durch den BGS ermittelten Prävalenzen mit denen durch DEGS1-MHS ermittelten wird voraussichtlich durch die weiteren Auswertungen durch RKI und die Modulpartner geleistet werden. Die bisherigen Aussagen hierzu lauten, dass es möglicherweise eine nur leichte Zunahme gegeben hat (Wittchen/Jacobi 2012). Mit Sicherheit kann gesagt werden: Es gibt keine Zunahme der tatsächlichen Prävalenz psychischer Störungen die auch nur annähernd der Zunahme von F-Diagnosen in den Arbeitsunfähigkeitsdaten entsprechen.

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

Auch andere Autoren kommen durch die Sichtung verschiedener epidemiologischen Studien zu dem Ergebnis: „In wiederholten epidemiologischen Bevölkerungsstudien können im 10-Jahres-Abstand keine Zuwächse der Prävalenz seit 1990 gefunden werden“. Die Prävalenz psychischer Störungen scheint generell nicht besonders volatil über die Zeit zu sein (Jacobi 2009)<sup>14</sup>.

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

1. eine gesteigerte Sensibilität gegenüber dem Thema, u.a. von Seiten der Hausärzte. Aus Studien in Hausarztpraxen folgert Jacobi (2009) dass die diagnostische Sensitivität in der ärztlichen Routinediagnostik in den letzten Jahre zugenommen hat, u.a. durch vermehrte Fortbildungsaktivitäten.
2. Auch patientenseitig könnte die Sensibilität gestiegen sein, hinzu kommt möglicherweise eine gesteigerte Offenheit gegenüber dem Thema (nicht zuletzt die Medienberichterstattung) und eine gesteigerte Bereitschaft, Diagnosen aus dem psychischen Bereich zu akzeptieren. Neben anderen Autoren vermutet Richter et al. (2008) eine steigende Bereitschaft der Bevölkerung, sich wegen psychischer Probleme behandeln zu lassen. Hinzuzufügen ist: Auch eine steigende Bereitschaft, sich wegen einer psychischen Diagnose krank schreiben zu lassen.
3. Auch der DAK-Report von 2005 hatte in einer Expertenbefragung ermittelt, dass der Aspekt einer gesteigerten Aufmerksamkeit und Akzeptanz sowohl ärzte- wie patientenseitig einen wichtigen Teil der Erklärung zunehmender Fehltage wegen psychischer Erkrankungen ausmacht.<sup>15</sup>

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

<sup>14</sup> Allerdings schließen diese Aussagen nicht aus, dass es in bestimmten Bevölkerungsgruppen Zunahmen gegeben haben könnte. Z.B. gibt es Hinweise, dass Depression und Hyperaktivitätsstörungen in jüngeren Kohorten zugenommen haben oder vermehrte psychische Störungen bei sozial Benachteiligten. Helbig et al. 2006; Mauz/Jacobi 2008.

<sup>15</sup> Hier ist auch der Direktzugang des Patienten zum Psychotherapeuten im Rahmen des Psychotherapeutengesetz 1999 zu nennen

4. Als weitere Erklärung für die Zunahme von AU wegen psychischer Erkrankungen bei gleichzeitig unveränderter „realer Prävalenz“ vermutet Jacobi (2009), dass eine Verlagerung in Richtung psychischer Störungen als Diagnose stattgefunden hat. Somit wäre ein Teil der Betroffenen früher auch, allerdings mit anderen, somatischen Diagnosen, z.B. wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen krankgeschrieben.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Sinnblöcke bleiben erhalten, werden aber – ohne Verfälschung der jeweiligen Sinneinheiten – umgestellt und in eine neue Dramaturgie gebracht. Z.B. werden Ausführungen über die Arbeitswelt aus allen 4 Gruppendiskussionen/Interviews zusammengestellt.

**Befragung von Expertinnen und Experten in Form von Gruppendiskussionen**

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

- Die gesprochene Sprache wird in gewissem Maße geglättet, d.h. Streichung von angefangenen, aber nicht vervollständigten Sätzen; Streichung zu vieler Füllwörter; Streichung von Einwüfen der anderen Teilnehmer in die Ausführungen eines Sprechers (die nicht zur Vollständigkeit dieser Ausführungen nötig sind). Von diesen minimalen Eingriffen abgesehen handelt es sich um die Ausführungen der Teilnehmer im Wortlaut.
- Die Gewichtung der Argumente wird berücksichtigt und ob ein Aspekt von der Moderation oder den Teilnehmern in die Diskussion eingebracht wurde. Beispielsweise wird eine von der Moderation eingebrachte These, die nur auf wenig Resonanz stößt, entweder weggelassen oder entsprechend untergeordnet aufgeführt. Eine These oder Aspekt, der von vielen Teilnehmern aus eigener Initiative eingebracht wird, wird dagegen höher gewichtet und ausführlicher dargestellt.
- Die Gruppendiskussionen wurden aus Mitschnitten transkribiert. Das Einzelinterview dagegen stand nicht als Transkription zur Verfügung. Die Ausführungen aus diesem stammen aus den Mitschriften der Interviewer. Sie sind nahe an der Sprache des Interviewten, stellen aber keine echten O-Töne dar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

'Ich bin im Wachschatz, ich arbeite nur 12-Stunden-Schichten, und zwar fünf bis sechs die Woche'.

Und dann verstehe ich immer nicht, ja, was sind denn das für Arbeitszeiten. Die Arbeitszeitgesetze sind irgendwie so aufgeweicht worden, dass es anscheinend möglich ist, insgesamt deutlich mehr Stunden pro Woche zu arbeiten und andererseits aber, da es keine Mindestlöhne gibt, in vielen Bereichen, trotzdem insgesamt weniger Geld zu verdienen. Und das bringt natürlich für die Menschen Situationen, in denen sie einerseits keinen Ausgleich sich schaffen können, also aus finanzieller Sicht sowieso nicht, aber auch, weil sie gar keine Freizeit haben und keine sozialen Kontakte und so weiter mehr nutzen können.

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

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

**Patienten kommen auf ihre Arbeitsbedingungen zu sprechen:**

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Moderator:** Vielleicht an der Stelle noch gefragt: Sie haben geschildert, dass Patienten zu Ihnen kommen mit somatischen Beschwerden

und dass Sie dann durch geschicktes Fragen herausfinden, dass in Wirklichkeit eine psychische Beschwerde dahintersteckt. Jetzt haben Sie aber auch angedeutet, dass Diagnose 'Burnout' eine Art anerkannte Diagnose ist, die es Patienten leichter macht – sagen Sie mir, wenn ich es falsch interpretiere – zu sagen, dass sie ein psychisches Problem haben. Trifft das zu? Hat die Diskussion um Burnout da geholfen?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Hausarzt in Neuwied:** Auf ärztlicher Seite denke ich, ist auch die Ausbildung eine andere, d. h. die Psychosomatik rückt ja immer mehr in den Vordergrund und wird entsprechend auch besser diagnostiziert als früher. Früher war der Rückenschmerz ein Rückenschmerz, etwas rein Somatisches. Heute wird der psychosomatisch geschulte Hausarzt ja

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

**Sind Ärzte besser darin geworden, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren?**

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

nachfragen, was haben Sie denn für Belastungen, für einen Stress, was Ihnen das Kreuz bricht.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Bei Frauen kann eine Doppel- und Dreifachbelastung zur Überlastung führen**

**Hausärztin in Marl:** Ich glaube auch, dass viele Leute, vor allen Dingen auch Frauen, eine Doppelbelastung aushalten müssen oder Dreifachbelastung. Die haben Familie, ihren Beruf, die Kinder müssen gemanagt werden. Viel mehr, denke ich, als früher. Und dann noch nebenbei arbeiten, zwischen vier und acht Stunden am Tag. Das belas-

tet, denke ich, schon. Das gab es ja früher in dem Sinne nicht. Früher waren die Frauen eben nicht berufstätig, wenn sie Kinder hatten und das sehe ich doch schon häufig in der Praxis. Dass gerade die Klientel da sitzt und sagt, 'ich kann nicht mehr'. Es sind viele Frauen, die sagen, „ich kann nicht mehr“. Ich habe also mehrere in der letzten Zeit gehabt, die mit ihrer Familie, mit ihrem Job, nicht mehr klarkamen und sagen, 'ich bin einfach überlastet'.

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

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

**Moderatorin:** Von psychischen Erkrankungen.

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

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

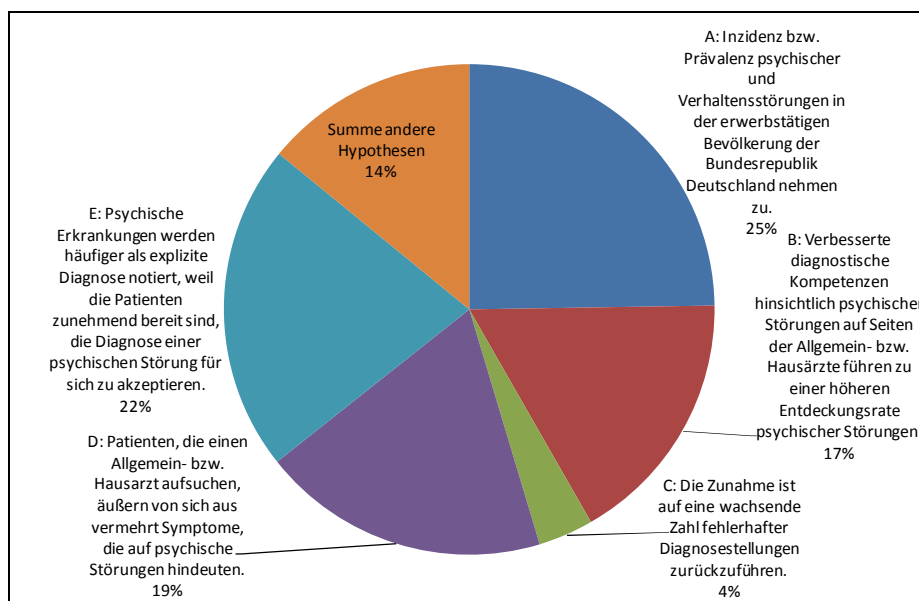
### **Semi-quantitative Befragung von Ärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten**

Im Anschluss an die Interviews wurde den teilnehmenden Ärzten ein halbstandardisierter Fragebogen vorgelegt, der eine Reihe von Thesen zur Erklärung der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen aufführte. Diese Thesen sollten mit Prozentzahlen gewichtet werden. Thesen, die viel zur Erklärung der Zunahme beitragen, sollten mit entsprechend hohen Zahlen hinterlegt werden. The-

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

sen, die wenig oder nichts erklären, oder falsch sind, mit entsprechend niedrigen Zahlen. Die Abbildung stellt die Mittelwerte der Antworten dar und ist somit eine aggregierte Einschätzung der Befragten.

Abbildung 27: Gewichtung von Erklärungen der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen durch Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater



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

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

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

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

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

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

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

Die Befragten waren selbstverständlich nicht verpflichtet, sich auf die fünf vorgegebenen Thesen zu beschränken, sondern konnten zusätzliche Thesen ergänzen. Im Extremfall hätten sie alle fünf Thesen ablehnen können und bis zu 4 neue Thesen ergänzen. Außerdem wurden

sie gebeten, ihre Gewichtung zu jeder These zu kommentieren, wovon nahezu alle Gebrauch machten.

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

**Die häufigsten im  
Freitext ergänzten  
Aspekte sind zuneh-  
mende Belastungen in  
der Arbeitswelt und  
durch den Arbeits-  
markt**

### 3.5 Befragung der DAK-Gesundheit zu Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen

Im November und Dezember 2012 wurden 3.090 Erwerbstätige – Angestellte, Arbeiter und Auszubildende – im Alter von 18 bis 65 Jahren befragt. Modus der Befragung war eine Online Erhebung.<sup>16</sup>

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

Im Folgenden wird die Struktur der Stichprobe beschrieben.

#### Befragte nach höchstem Schulabschluss

Tabelle 9: Höchster Bildungsabschluss der Befragten<sup>17</sup>

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

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

#### Alter und Geschlecht der Befragten

Tabelle 10: Befragte nach Alter und Geschlecht

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

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

<sup>16</sup> Das Online-Panel „Omninet“ von Forsa. Dieses schließt auch Befragte ohne Internetanschluss ein, indem diese eine an das Fernsehgerät angeschlossene Box nutzen können, um an der Befragung teilzunehmen.

<sup>17</sup> Die Tabelle stellt den *höchsten* erreichten Bildungsabschluss der Befragten dar. Befragte mit Abitur bzw. Fachhochschulreife werden in der Zeile für Hochschul- und Fachhochschulabschluss geführt, sofern dies zutrifft.



Wie sich die Befragten nach höchstem Bildungsabschluss verteilen, stellt die Tabelle 9 dar. Die Verteilung der Befragten nach Alter und Geschlecht ist in Tabelle 10 abgebildet.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beruhen auf dieser Stichprobe. Zu beachten ist, dass die Anzahl der Befragten von der Stichprobengröße  $N=3.090$  abweichen kann, und zwar immer da, wo nicht alle Befragte die jeweilige Frage beantwortet haben. Für jede Darstellung wird daher die Zahl der Befragten mit gültigen Antworten aufgeführt („N=...“). Beruht eine Darstellung auf mehreren Fragen, ist ggf. ein Bereich für N angegeben, um der unterschiedlichen Anzahl fehlender Angaben pro Frage Rechnung zu tragen.<sup>18</sup>

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

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

### **Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen**

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

---

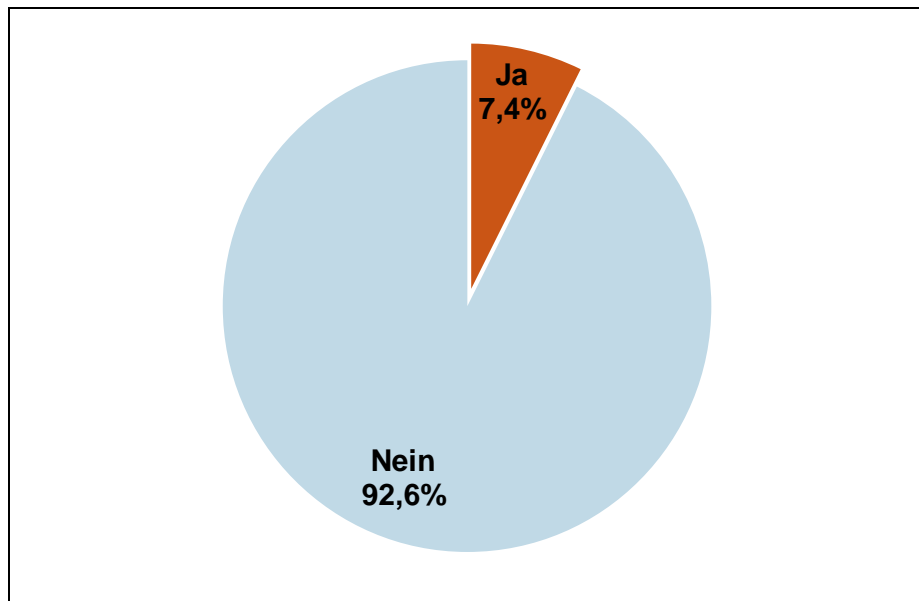
<sup>18</sup> Abweichungen von der Stichprobengröße  $N=3.090$  können darüber hinaus durch Rundungsfehler entstehen.

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

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

In der Befragung geben 7,4 Prozent an, in den letzten 12 Monaten (ausgehend vom Befragungszeitraum im November und Dezember 2012) wegen psychischer Probleme krank geschrieben gewesen zu sein (Vgl. Abbildung 28). Dies liegt leicht über dem Wert, der aus den AU-Daten bekannt ist.<sup>19</sup>

Abbildung 28: Anteil der Befragten mit mindestens einer Krankschreibung aufgrund einer psychischen Erkrankung in den letzten 12 Monaten



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

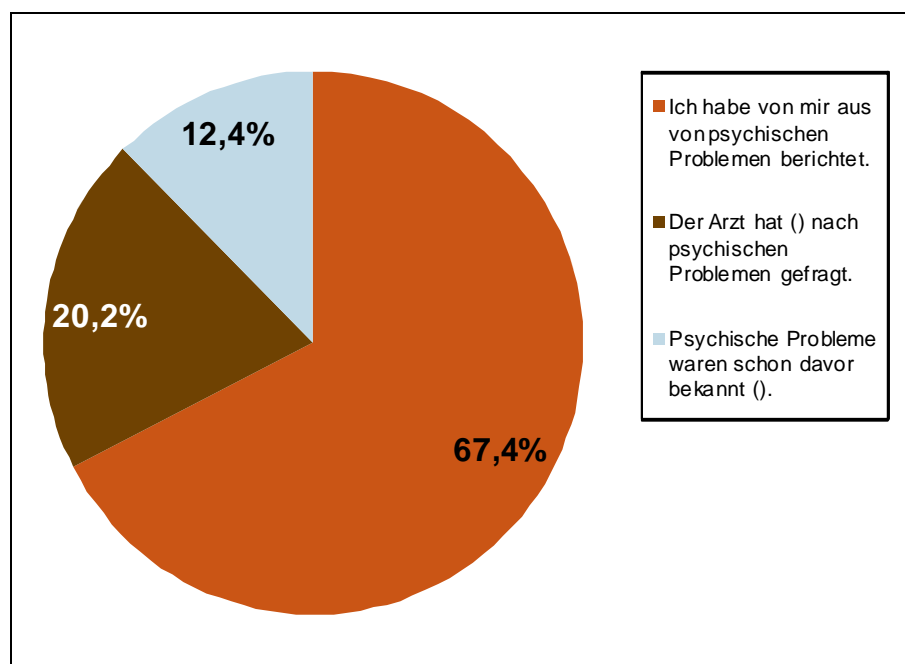
Unter den Thesen zum Anstieg der psychischen Erkrankungen als Arbeitsunfähigkeitsursache, die im Rahmen dieses Schwerpunktthemas geprüft werden, ist die, dass sowohl Patienten als auch Ärzte zunehmend sensibilisiert sind, und dadurch psychische Diagnosen eher akzeptieren bzw. stellen. Daher wurden Beschäftigte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

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

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

<sup>19</sup> Dies ist höchst wahrscheinlich damit zu erklären, dass Befragte Krankschreibungen aufgrund eines psychischen Problems mitzählen, die nicht als explizite F-Diagnose dokumentiert wurden.

Abbildung 29: Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen:  
Wie kommen beim Hausarzt psychische Probleme zur Sprache?



**Quelle:** IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. Betrachtet werden Befragte, die in den letzten 12 Monaten eine Krankschreibung wegen einer F-Diagnose hatten. N=220. Fragewortlaut: „Waren Sie es, der die psychischen Probleme gegenüber dem Arzt, der Sie krankgeschrieben hat, angesprochen hat? Oder wurden diese durch den Arzt angesprochen?“<sup>20</sup>

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

Jeweils weit mehr als die Hälfte bis zu zwei Drittel der Befragten berichtet über ihren Hausarzt, dass dieser sich zu möglicherweise wichtigen Aspekten des Arbeits- und Privatlebens nicht erkundigt (Vgl. Abbildung 30).

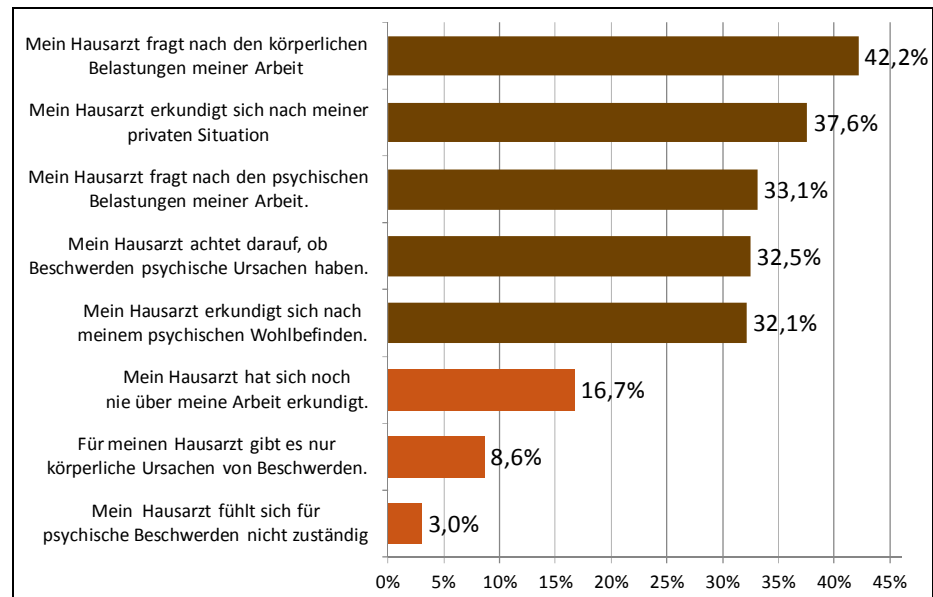
Am häufigsten fragen Ärzte zu den körperlichen Bedingungen der Arbeit: 42,2 Prozent der Befragten<sup>21</sup> behaupten dies über ihren Hausarzt. Dass sich der Arzt nach der privaten Situation erkundigt, kommt etwas seltener vor (37,6 Prozent sagen dies über ihren Hausarzt). Nur ein Drittel der Befragten gibt an, dass sich ihr Hausarzt nach den psychischen Belastungen ihrer Arbeit erkundigt.

<sup>20</sup> Die durch () gekennzeichneten Auslassungen lauten vollständig: „Der Arzt hat von sich aus nach psychischen Problemen gefragt bzw. diese angesprochen.“ und „Psychische Probleme waren schon davor bekannt, sowohl mir selbst als auch meinem Arzt.“

<sup>21</sup> Betrachtet wurden nur Befragte mit Hausarzt. Diejenigen, die angeben, dass sie keinen Hausarzt haben, (n=357) wurden bei dieser Auswertung ausgeschlossen.

Ob ein Hausarzt die Möglichkeit in Betracht zieht, dass psychische Ursachen hinter Beschwerden stecken, könnte einen Einfluss darauf haben, dass zunehmend mehr psychische Diagnosen im Gegensatz zu somatischen Diagnosen als AU-Ursache vorkommen. Etwa ein Drittel der Befragten hat einen Hausarzt, der darauf achtet, ob Beschwerden psychische Ursachen haben. Ebenfalls ein knappes Drittel gibt an, dass ihr Hausarzt sich nach dem psychischen Wohlbefinden erkundigt.

Abbildung 30: Welche Aussagen treffen auf Ihren Hausarzt zu?



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

### „Präsentismus“ bei psychischen Beschwerden

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

**37 Prozent der Beschäftigten gehen trotz psychischer Probleme zur Arbeit**

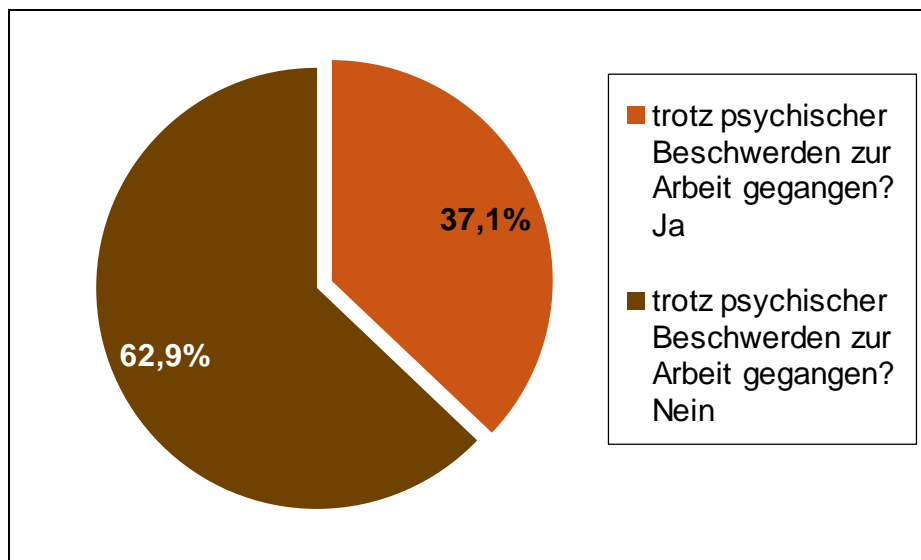
Ein Anteil von 37,1 Prozent der Befragten gibt an, in den letzten 12 Monaten einmal oder mehrmals trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gegangen zu sein (vgl. Abbildung 31).

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

Beschäftigte, die keine Krankschreibung wegen eines psychischen Leidens in den letzten 12 Monaten hatten, sind zu etwa einem Drittel trotz psychischer Probleme zur Arbeit gegangen sind. Gut zwei Drittel derjenigen ohne Krankschreibungen wegen einer psychischen Erkrankung waren dagegen – was psychische Probleme angeht – beschwerdefrei (vgl. Abbildung 32).

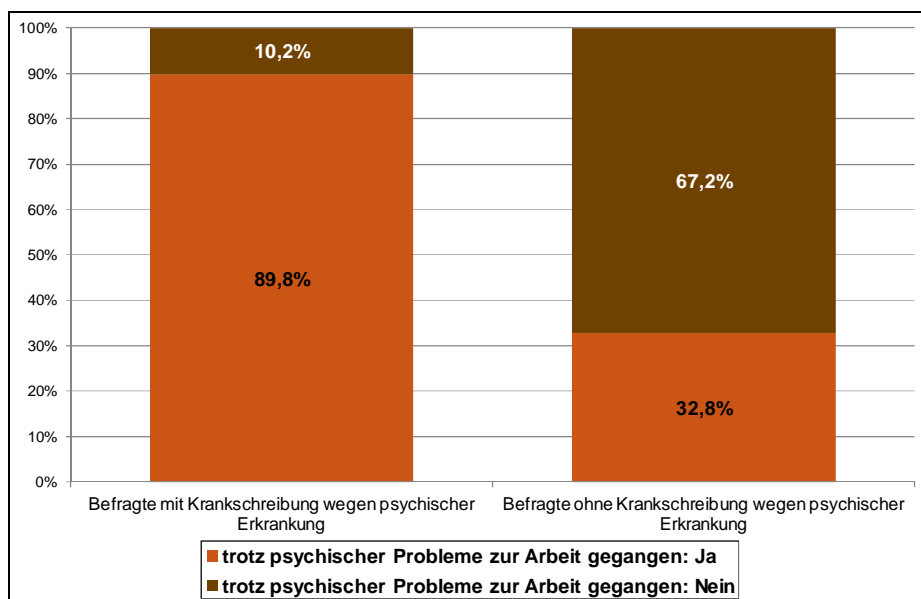
**Beschäftigte, die in den letzten 12 Monaten eine Krankschreibung wegen eines psychischen Leidens hatten, gehen zu 90 Prozent (zusätzlich) trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit.**

Abbildung 31: Anteil Beschäftigter, die trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gingen (1)



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

Abbildung 32: Anteil Befragter, die trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gegangen sind. (2)



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

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

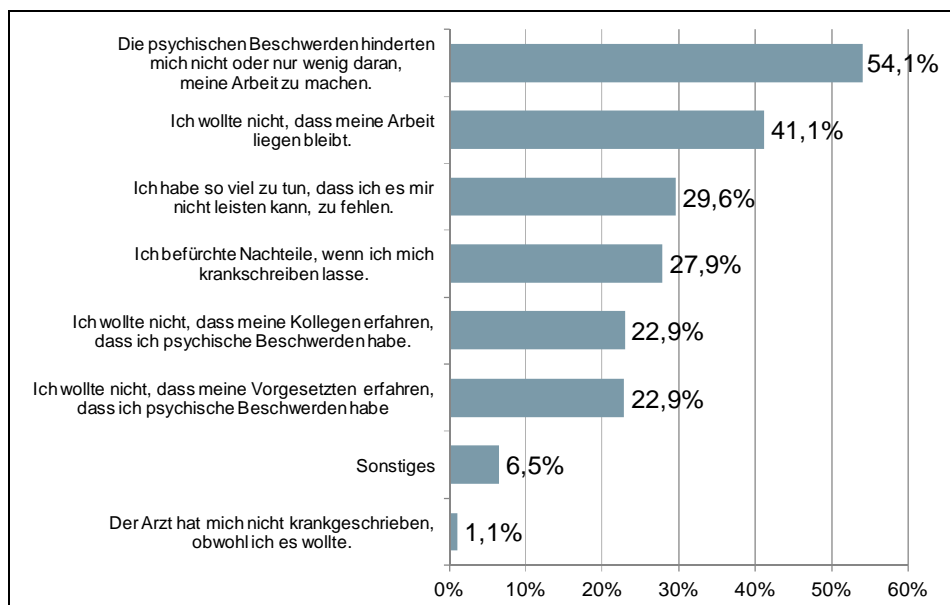
### Häufig hindern psychische Beschwerden nur wenig, zur Arbeit zu gehen

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

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

Dass eine Krankschreibungen wegen einer psychischen Erkrankung daran scheitert, dass der Arzt sich weigert, diese auszustellen, kommt praktisch nie vor: Nur 1,1 Prozent derjenigen, die in den letzten 12 Monaten trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gingen, geben dies an (vgl. Abbildung 33).

Abbildung 33: Gründe, trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit zu gehen

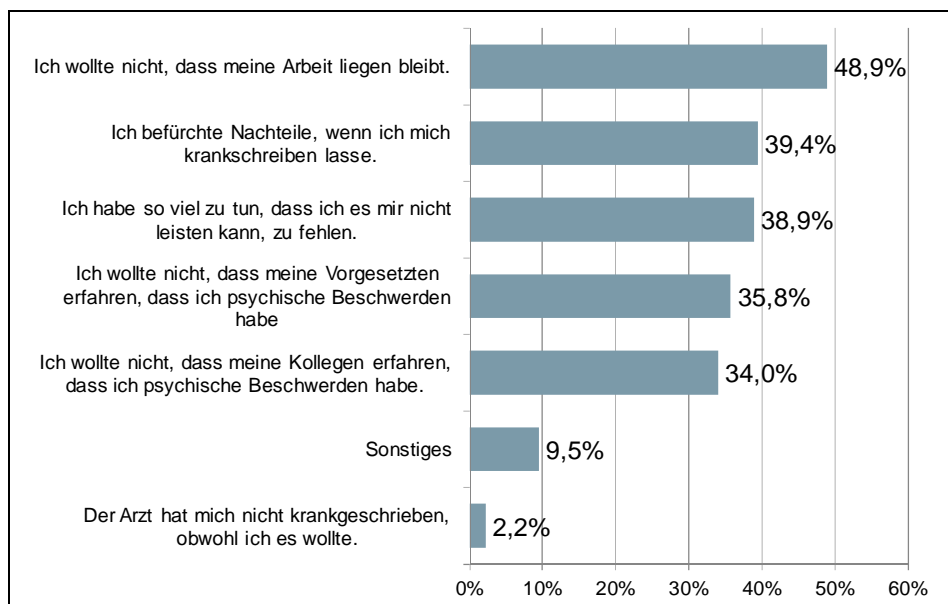


**Quelle:** IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. Betrachtet werden Befragte, die angeben, in den letzten 12 Monaten trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gegangen zu sein. N=1.118. Mehrfachnennungen möglich.

Dass psychische Beschwerden nicht zwangsläufig über Wochen und Monate zur AU führen müssen, und dass auch die Betroffenen nicht immer zu Hause bleiben wollen, wird auch in den Ärzte-Interviews angesprochen. Insofern wäre es nicht als generell schädlicher

Präsentismus zu werten, wenn Beschäftigte trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gehen. Negativ zu werten wäre es dann, wenn Befragte aus mehr oder weniger großem Zwang heraus trotz Beschwerden zur Arbeit gehen. Dies würde sich in einer bestimmten Konstellation der o.g. Gründe zeigen: Es wären diejenigen, die *nicht* angeben, dass die Beschwerden nicht oder kaum an der Arbeit hindern, gleichzeitig aber v.a. die Gründe „fürchte Nachteile“ und „habe so viel zu tun“. Im folgenden also die Gründe derjenigen, die trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gehen, obwohl diese eigentlich ein Hindernis für das Arbeiten wären.

Abbildung 34: Gründe dafür trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit zu gehen (mit Subgruppe von Beschäftigten).



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

Demnach ist die Hauptmotivation derjenigen, die trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gingen, und die nicht von sich sagen können, dass diese nicht oder kaum an der Arbeit gehindert hätten, einerseits, dass sie ihre Arbeit machen wollen oder müssen, andererseits, dass sie Nachteile befürchten, wenn sie sich krank schreiben lassen (vgl. Abbildung 34).

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

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

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

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

Lässt sich eine solche Entstigmatisierung aber tatsächlich empirisch belegen? Um diese Frage zu beantworten, wird im Folgenden ein Vergleich mit der Befragung unternommen, die Baustein des DAK-Gesundheitsreports 2005 war und im Jahr 2004 mit Bezug auf die gleiche Grundgesamtheit wie die aktuelle Befragung durchgeführt wurde. Damit ein solcher Vergleich möglich ist, wurden die gleichen Fragen zur Stigmatisierung psychischer Erkrankungen 2012 erneut gestellt.<sup>22</sup>

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

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

Die folgende Abbildung 35 stellt Aussagen zum Thema psychische Erkrankungen dar. Abgebildet sind jeweils diejenigen Antwortkategorien, die auf eine ablehnende (stigmatisierende) Haltung gegenüber psychischen Erkrankungen schließen lassen. Hätte eine Entstigmatisierung in den Jahren nach 2004 stattgefunden, würde die Zustimmung zu diesen Antworten abnehmen.

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

- Bei der Aussage: „Ich glaube, dass psychische Erkrankungen oft als Vorwand für Blaumacherei missbraucht werden.“ gibt es eine Zunahme der Zustimmung (wenn auch geringfügig) von 28,2 Prozent im Jahr 2004 auf 29,6 Prozent im Jahr 2012.

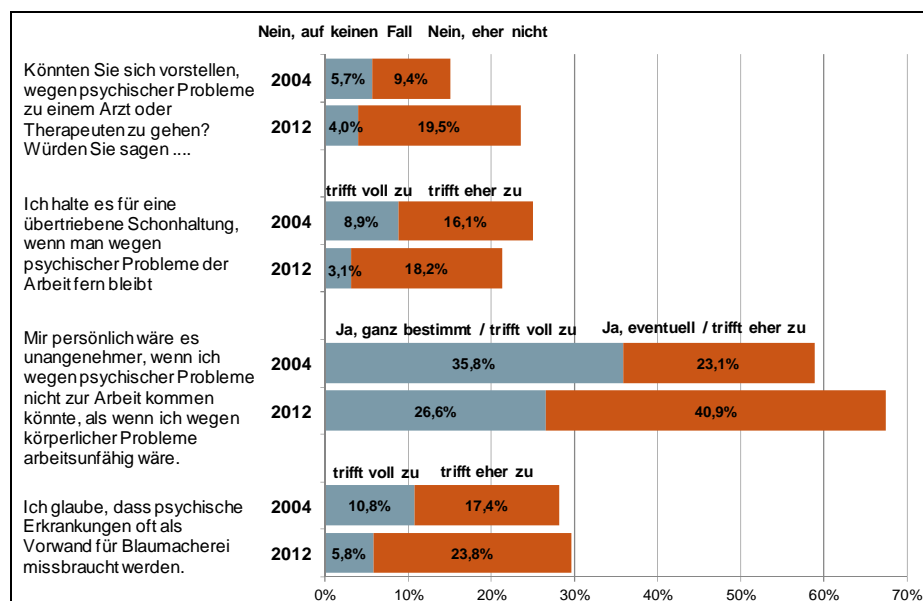
<sup>22</sup> Hinzu kommt eine Reihe von Fragen, die 2012 erstmals gefragt wurden, die als Skala zur Messung von Stigmatisierung dienen. Die Auswertungen hiermit schließen sich an den Zeitvergleich an.



- Auch der Aussage: „Mir persönlich wäre es unangenehmer, wenn ich wegen psychischer Probleme nicht zur Arbeit kommen könnte, als wenn ich wegen körperlicher Probleme arbeitsunfähig wäre.“ stimmen 2012 mehr Befragte zu als 2004: eine Zunahme von 58,9 Prozent auf 67,5 Prozent.
- Einzig die Zustimmung zu der Aussage: „Ich halte es für eine übertriebene Schonhaltung, wenn man wegen psychischer Probleme der Arbeit fern bleibt.“ ging in den letzten Jahren zurück. Im Jahr 2012 sind 21,3 Prozent der Beschäftigten dieser Meinung, im Jahr 2004 waren es noch 25,0 Prozent.
- Überraschend sind die Ergebnisse zu der Frage: „Könnten Sie sich vorstellen, wegen psychischer Probleme zu einem Arzt oder Therapeuten zu gehen?“. Im Unterschied zu den vorangegangenen Aussagen sind es hier die Negativ-Antworten, die eine eventuell stigmatisierende Haltung zum Ausdruck bringen: Diese nimmt von 2004 auf 2012 zu: 23,5 Prozent der Befragten konnten sich dies im Jahr 2012 nicht vorstellen. 2004 betrug der Anteil der Befragten mit ablehnender Haltung nur 15,1 Prozent.

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

Abbildung 35: Ablehnende Haltungen gegenüber psychischen Erkrankungen



**Quelle:** IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2004 und 2012. N<sub>2012</sub>=2.147-2.992. N<sub>2004</sub>=837-975.

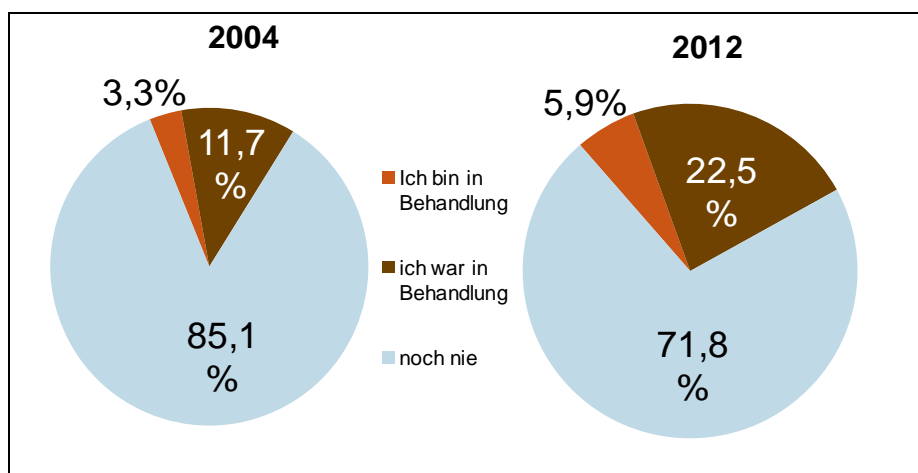
Parallel zur ausbleibenden Entstigmatisierung von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen wird das Verständnis von Kollegen und Vorgesetzten hierfür eher pessimistischer eingeschätzt: Den Befragten wurde 2004 wie 2012 die Aussage vorgelegt: „Mein Vorgesetzter hat wenig Verständnis dafür,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

wenn ein Kollege oder eine Kollegin wegen psychischer Probleme fehlt. Im Jahr 2004 sagten dies 34 Prozent über ihre Kollegen.

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

Auch wenn sich anhand der meisten Meinungen zu AU wegen psychischer Erkrankungen keine Tendenz zur Entstigmatisierung feststellen lässt: Beschäftigte suchen im Falle psychischer Probleme vermehrt Hilfe: Der Anteil derer, die wegen eines psychischen Problems beim Arzt oder Therapeuten in Behandlung sind oder waren, hat sich von 2004 auf 2012 fast verdoppelt (von 15 Prozent im Jahr 2004 auf 28 Prozent in 2012). Im Jahr 2004 befanden sich gut 3 Prozent in Behandlung, in 2012 knapp 6 Prozent. Dementsprechend verringert sich der Anteil derer, die noch nie eine Behandlung beim Arzt oder Therapeuten hatten, von 85 Prozent auf 72 Prozent im Jahr 2012 (vgl. Abbildung 36).

Abbildung 36: Anteil derer, die schon einmal Hilfe wegen eines psychischen Problems beim Arzt oder Therapeuten in Anspruch genommen hat



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

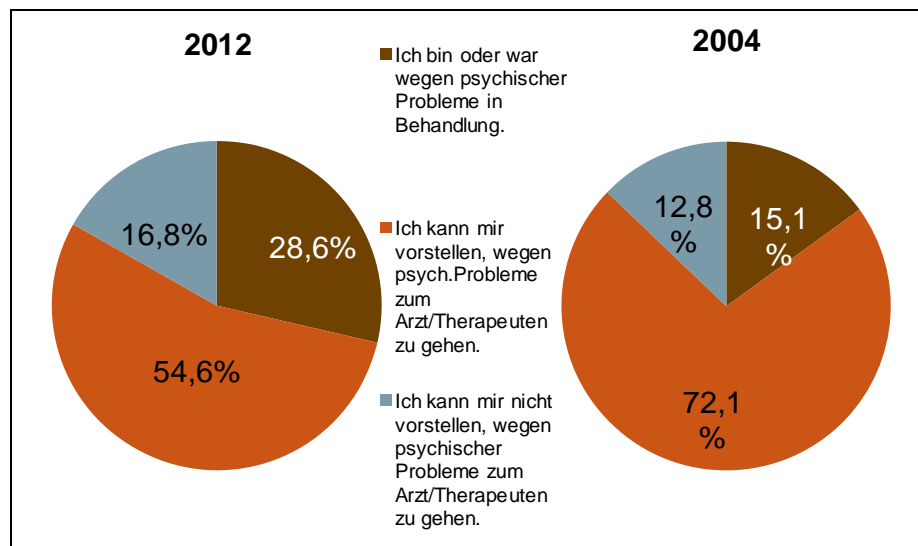
Könnte sich der Anteil derjenigen, die sich nicht vorstellen können, bei psychischen Problemen die Hilfe eines Arztes oder Therapeuten aufzusuchen, deswegen verringert haben, weil mehr derjenigen, die sich dies vorstellen können, tatsächlich Hilfe aufgesucht haben? Hierzu wird im Folgenden der Anteil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

**Der Anteil, der es ablehnt, therapeutische Hilfe aufzusuchen, hat zugenommen.**

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

schen Problems beim Arzt oder Therapeuten aufzusuchen, von 12,8 in 2004 auf 16,8 im Jahr 2012 (vgl. Abbildung 37).

Abbildung 37: Potentielles oder tatsächliches Hilfeaufsuch-Handeln bei psychischen Problemen



**Der Anteil derjenigen, die bei psychischen Problemen keine Hilfe beim Arzt oder Therapeuten aufsuchen würden, ist seit 2004 gestiegen.**

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

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

Neben diesen Zeitvergleichen wurde für eine Reihe von Gruppenvergleichen eine Skala zur Messung der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen verwendet. Diese stellt eine leichte Modifikation einer Skala zur Stigmatisierung von Depression (Griffiths et al. 2004) dar, so dass sie für psychische Erkrankungen im Allgemeinen aussagekräftig ist. So können Skalenwerte für die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen verwendet werden, um Gruppenvergleiche anzustellen, also beispielsweise ob Frauen weniger zur Stigmatisierung psychischer Erkrankungen neigen als Männer, Ältere weniger als Jüngere usw. Die Skala besteht aus den folgenden Aussagen, auf die Befragte – in Abstufungen – mit Zustimmung oder Ablehnung reagieren können.<sup>23</sup>

Befragte, die psychischen Erkrankungen stigmatisierend gegenüberstehen, erzielen auf der Skala hohe Werte, wenig stigmatisierend eingestellte Personen erzielen niedrige Werte. Der Wertebereich, den die Skala annehmen kann, ist 1-4. Befragte verteilen sich auf der Skala wie in Abbildung 38 dargestellt.

<sup>23</sup> Die Abstufungen hierbei sind: „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft gar nicht zu“.

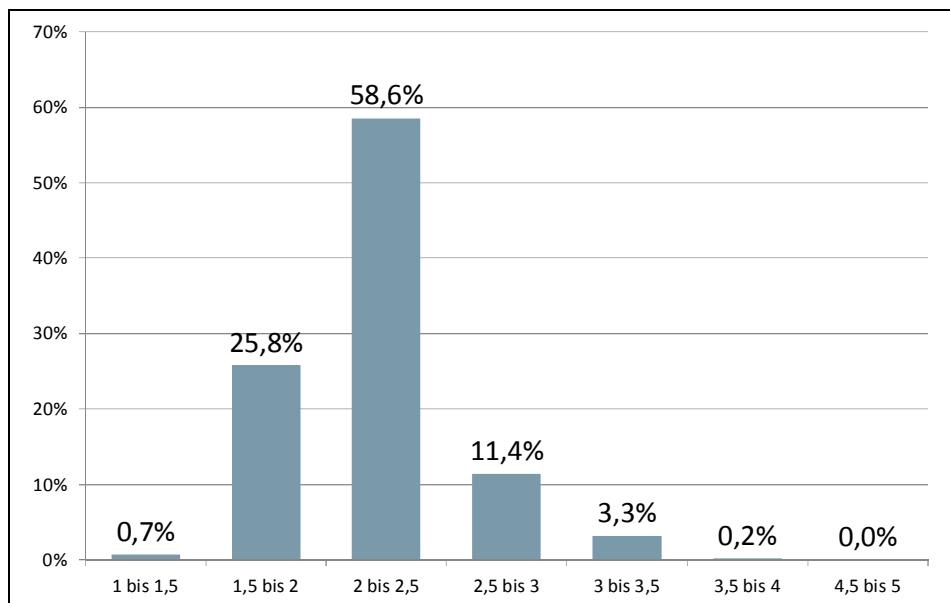
Tabelle 11: Aussagen der Skala 'Stigmatisierung psychischer Erkrankungen'

**Skala zur Messung der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen**

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

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

Abbildung 38: Verteilung der Befragten auf der Stigmatisierungsskala psychische Erkrankungen

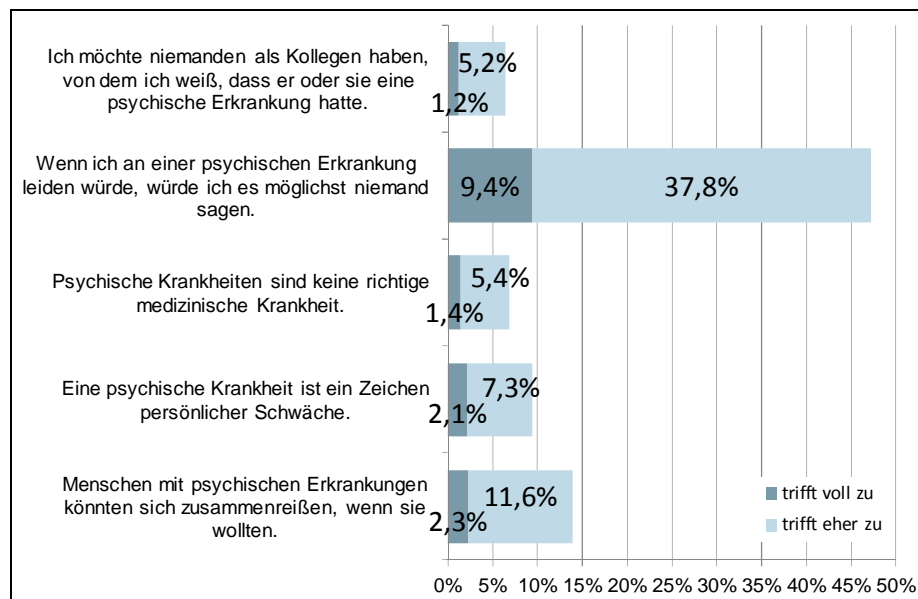


**Quelle:** IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N=2.862.

**Stigmatisierende Aussagen zu psychischen Erkrankungen erfahren eher wenig Zustimmung**

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

Abbildung 39: Zustimmung zu Fragen zur Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen



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

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

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

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

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

Die mittlere Zustimmung zu der Aussage nach verschiedenen Gruppen (Geschlecht, Alter, Bildung, Betroffenheit von einer Krankenschreibung

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

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

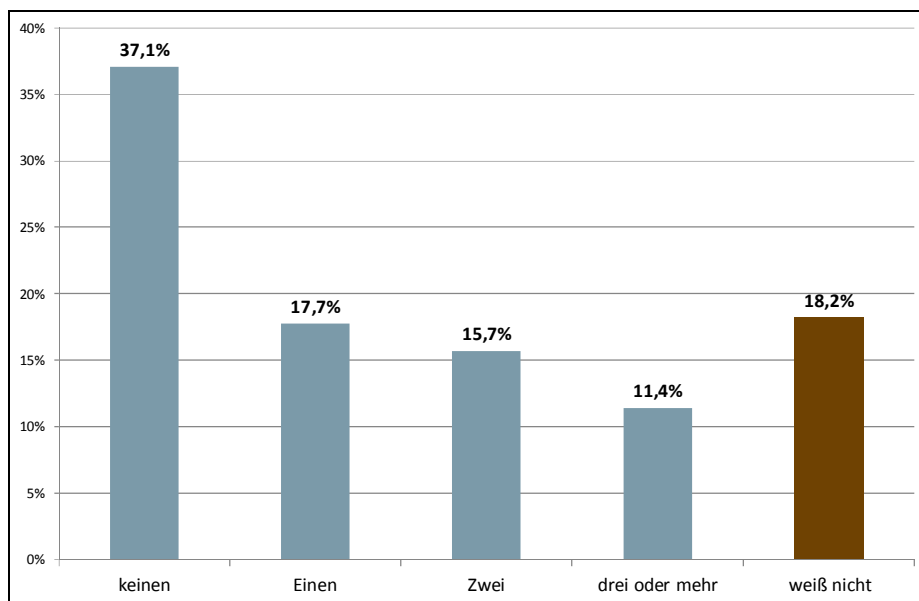
### Wie präsent sind psychisch Kranke in der Wahrnehmung der Beschäftigten?

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

Hierbei zeigt sich: Knapp die Hälfte der Beschäftigten weiß von einem oder mehreren Kollegen zu berichten, die wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig waren. 27 Prozent der Befragten wissen sogar von mehr als einem Kollegen. Etwa jeder fünfte Befragte (18,2 Prozent) sieht sich außerstande, hierzu eine Angabe zu machen. 37,1 Prozent der Befragten hatten keinen Kollegen mit Krankschreibungen wegen einer psychischen Erkrankung (vgl. Abbildung 40).

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

Abbildung 40: Wissen um psychisch kranke Kollegen



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

### Bedingungen der Arbeitswelt: „Ständige Erreichbarkeit“

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

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

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

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

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

Gerade dieser Trend einer umfassenden und allgegenwärtigen Erreichbarkeit ist in den Gruppendiskussionen mit Ärzten z.T. massiv betont worden. Ebenso wurde gerade dieser Trend mit der Entstehung psychischer Erkrankungen sehr stark in Verbindung gebracht.<sup>24</sup>

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

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

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

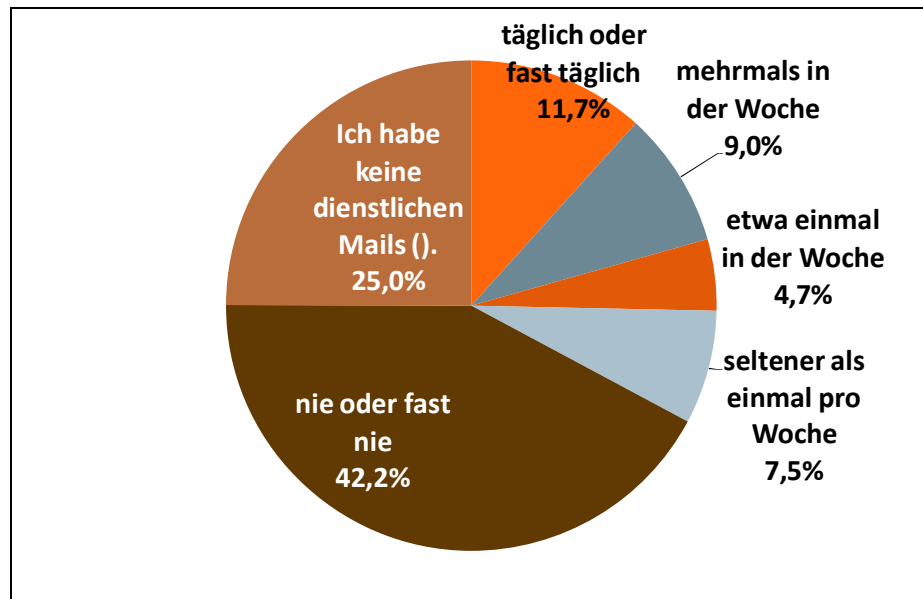
Auf der anderen Seite liest mehr als jeder Zehnte (11,7 Prozent) täglich oder fast täglich dienstliche E-Mails außerhalb der Arbeitszeit, weitere 9,0 Prozent immerhin mehrmals pro Woche (vgl. Abbildung 41).

**Trifft es zu, dass Arbeitnehmer unter einer „Ständigen Erreichbarkeit“ leiden?**

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

<sup>24</sup> Auch die Berichterstattung in den Medien und dortige Verweise auf empirische Daten suggeriert, dass ständige Erreichbarkeit die Normalität für den größeren Teil der Arbeitnehmerschaft sei. Häufig zitiert werden Erhebungen des Branchenverbandes Bitcom wie die von 2011, die zu dem Ergebnis kam, dass 88 Prozent der Berufstätigen auch außerhalb ihrer regulären Arbeitszeiten für Kunden, Kollegen oder Vorgesetzte per Internet oder Handy erreichbar sind. (vgl.: Bitcom 2011 [http://www.bitkom.org/files/documents/BITKOM-Presseinfo\\_Erreichbarkeit\\_im\\_Job\\_03\\_07\\_2011\(1\).pdf](http://www.bitkom.org/files/documents/BITKOM-Presseinfo_Erreichbarkeit_im_Job_03_07_2011(1).pdf))

Abbildung 41: Häufigkeit des Lesens dienstlicher E-Mails außerhalb der Arbeitszeit



**Quelle:** IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.078. Fragewortlaut: „Wie häufig lesen Sie außerhalb der Arbeitszeit dienstliche E-Mails?“<sup>25</sup>

Von den Beschäftigten, die einmal pro Woche oder öfter E-Mails außerhalb der Arbeitszeit lesen, geben etwa drei Viertel an, dass sie dies „gar nicht“ belastet. Etwas belastet fühlen sich 26,2 Prozent. Eine erhebliche Belastung hierdurch stellt die Ausnahme dar, nur 0,7 Prozent sagen von sich, das Lesen von E-Mails außerhalb der Arbeitszeit stelle eine erhebliche Belastung dar.

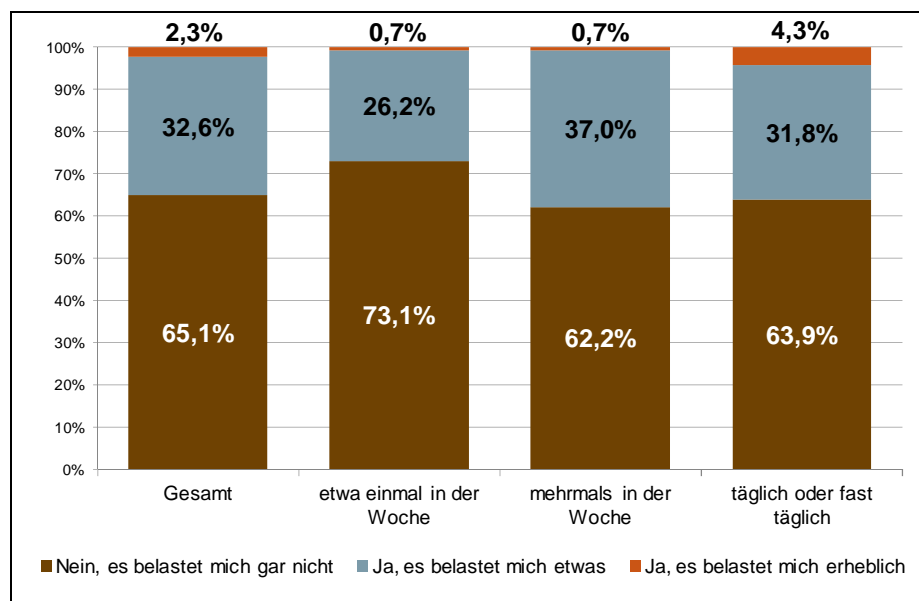
**Die täglichen E-Mail-Leser fühlen sich zu fast zwei Dritteln nicht durch das Lesen der E-Mails nach Feierabend belastet.**

Die wahrgenommene Belastung steigt mit der Häufigkeit des Lesens von E-Mails in der Freizeit geringfügig an. Dennoch bleibt selbst für die Gruppe der täglichen Leser die wahrgenommene Belastung gering: Nur 4,3 Prozent geben eine erhebliche Belastung an, 31,8 Prozent sagen von sich, dass es sie „etwas belastet“ und 63,9 Prozent behaupten, es belaste sie gar nicht (vgl. Abbildung 42).

<sup>25</sup> Die mit (.) gekennzeichnete Auslassung lautet vollständig „Ich habe keine dienstliche Mail-Adresse bzw. keine dienstlichen E-Mails“.



Abbildung 42: Häufigkeit des Lesens dienstlicher E-Mails außerhalb der Arbeitszeit und empfundene Belastung



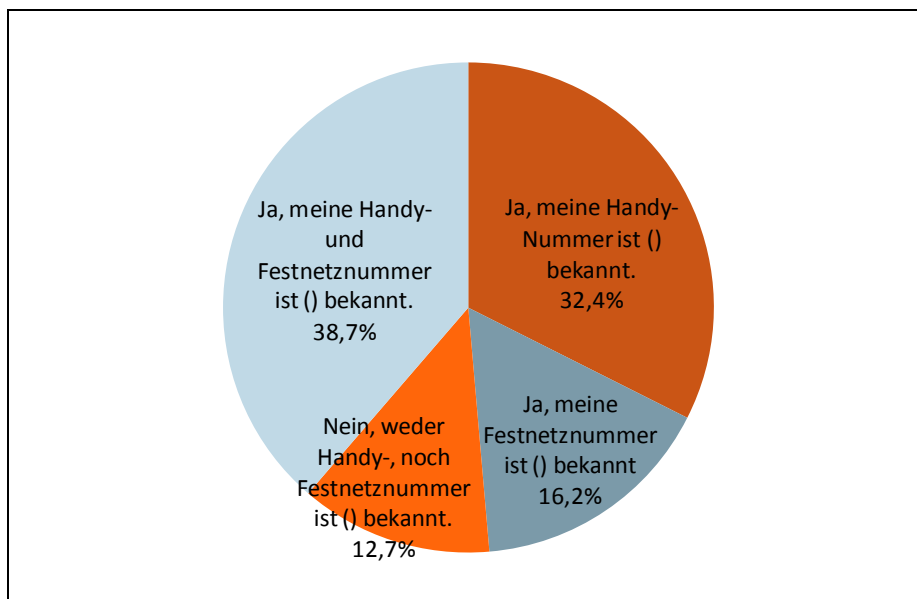
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Nur die Beschäftigten, die einmal die Woche oder öfter E-Mails außerhalb der Arbeitszeit lesen. N=767.

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

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

Bei etwa einem Drittel (32,4 Prozent) der Erwerbstätigen ist die Handy-Nummer den Kollegen und Vorgesetzten bekannt, 16,2 Prozent haben ihre Festnummer angegeben und 38,7 Prozent sind per Festnetz- und Mobiltelefon erreichbar. Diese Ergebnisse sprechen zunächst für die These der ständigen Erreichbarkeit, ist es doch offenbar Vorgesetzten und Kollegen von 87,3 Prozent der Beschäftigten möglich, diese auch außerhalb der Arbeitszeit anzurufen (vgl. Abbildung 43).

Abbildung 43: Erreichbarkeit für Kollegen und Vorgesetzte durch Handy und/oder E-Mail



**Quelle:** IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.064. Fragewortlaut: „Sind Sie außerhalb der Arbeitszeit für Ihre Vorgesetzten oder Kollegen erreichbar? (Nicht gemeint sind hier Kollegen oder Vorgesetzte, mit denen Sie befreundet sind, und für die sie aufgrund einer privaten Beziehung erreichbar sind)“<sup>26</sup>

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

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

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

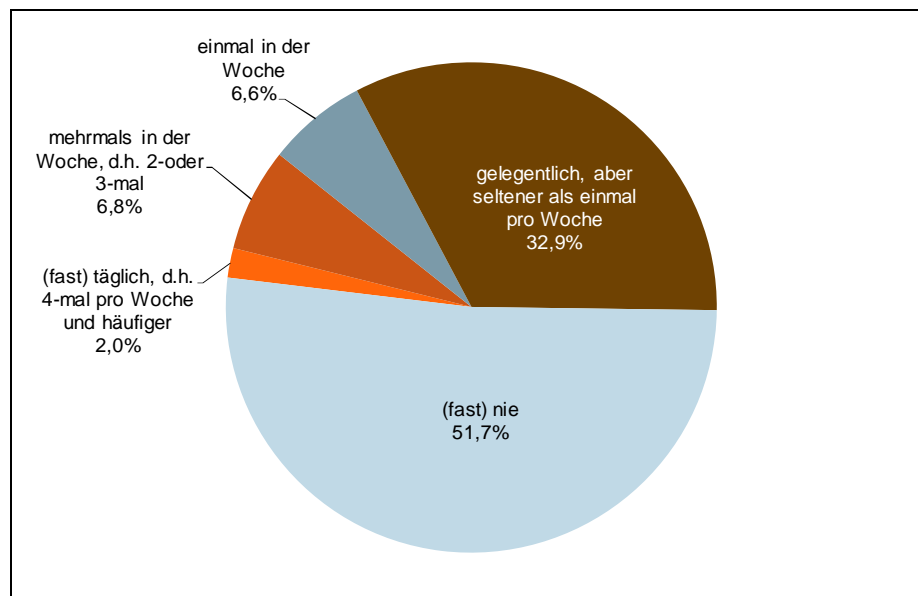
Dem steht ein Anteil von 15,4 Prozent gegenüber, der mindestens einmal pro Woche angerufen wird. 6,8 Prozent werden mehrmals pro Woche außerhalb der Arbeitszeit von Kollegen oder Vorgesetzten angerufen. Nur eine Minderheit der Beschäftigten (2,0 Prozent) wird täglich oder fast täglich außerhalb der Arbeitszeit angerufen ist (vgl. Abbildung 44).

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

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

<sup>26</sup> Die mit „()“ markierte Auslassung lautet: „Kollegen und/oder Vorgesetzte“ – Z.B. „Ja, meine Handy-Nummer ist Kollegen und/oder Vorgesetzten bekannt.“

Abbildung 44: Häufigkeit, mit der Kollegen und Vorgesetzte von der telefonischen Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit Gebrauch machen



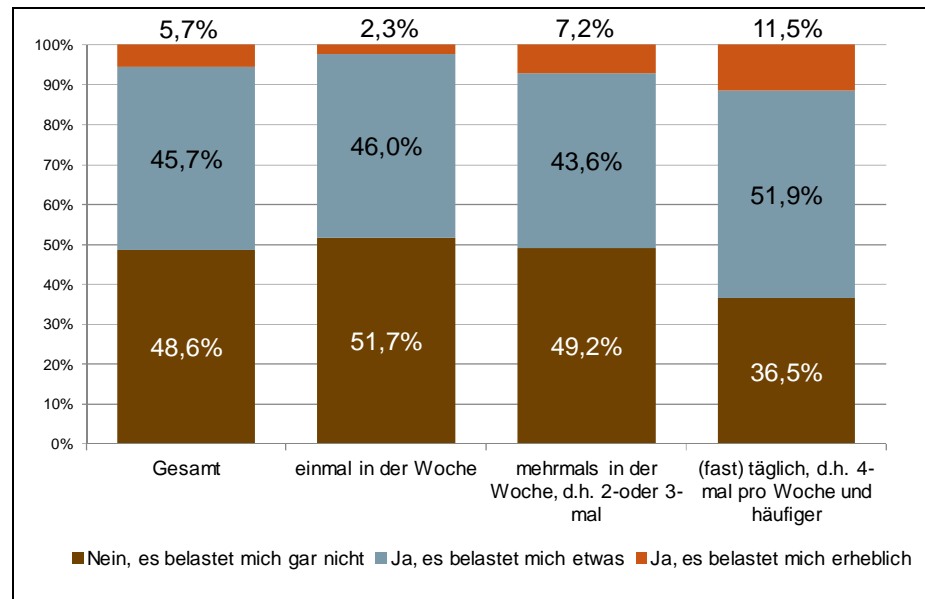
**Quelle:** IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. (Nur Beschäftigte, deren Handy- und oder Festnummer Kollegen und Vorgesetzten bekannt ist. N=2.661). Fragewortlaut: „Wie häufig machen Vorgesetzte oder Kollegen davon [von Ihrer Erreichbarkeit] Gebrauch?“

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

Berücksichtigt man sowohl die tatsächliche telefonische Erreichbarkeit (15,4 Prozent der Beschäftigten werden einmal oder öfter pro Woche außerhalb der Arbeitszeit von Kollegen oder Vorgesetzten angerufen), als auch die Belastung, die die Betroffenen empfinden, ist zu konstatieren: 7,5 Prozent der Beschäftigten fühlen sich durch die telefonische Erreichbarkeit („etwas“ oder „erheblich“) belastet (vgl. Abbildung 45).

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

Abbildung 45: Häufigkeit von Anrufen durch Kollegen und Vorgesetzte und empfundene Belastung

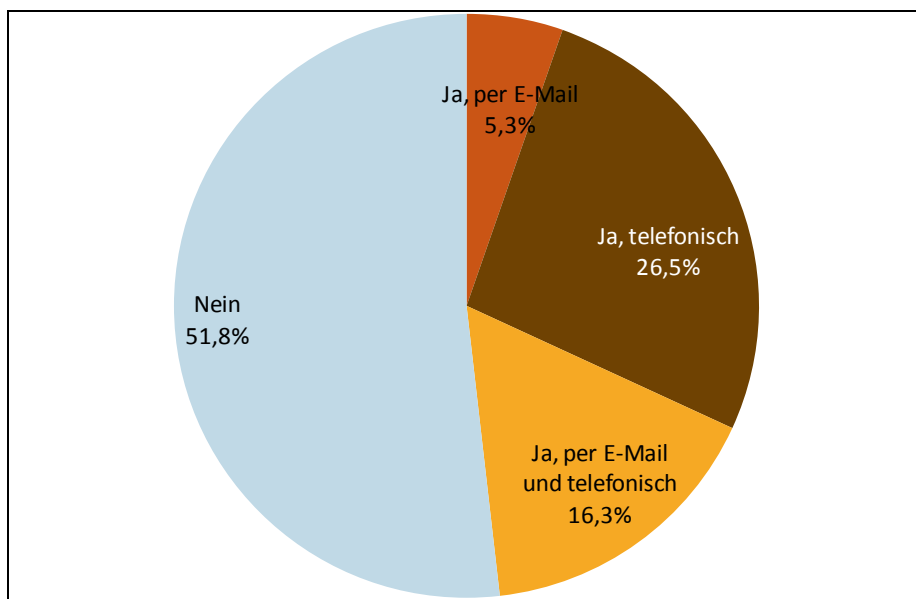


**Quelle:** IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.090 (Nur Befragte, die telefonisch erreichbar sind und deren Kollegen oder Vorgesetzte mindestens einmal pro Woche davon Gebrauch machen. N=407). Fragewortlaut: „Belastet Sie das [dass Kollegen oder Vorgesetzte mindestens einmal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

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

Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit könnte insbesondere im Urlaub Erholung und die Möglichkeit des „Abschaltens“ beeinträchtigen. Diese ist aber für mehr als die Hälfte der Beschäftigten nicht gegeben: Sie sind im Urlaub für Kollegen oder Vorgesetzte weder per Mail noch durch Telefon erreichbar. 48,2 Prozent dagegen sind im Urlaub erreichbar, die meisten per Telefon (vgl. Abbildung 46).

Abbildung 46: Erreichbarkeit durch Kollegen und Vorgesetzte im Urlaub



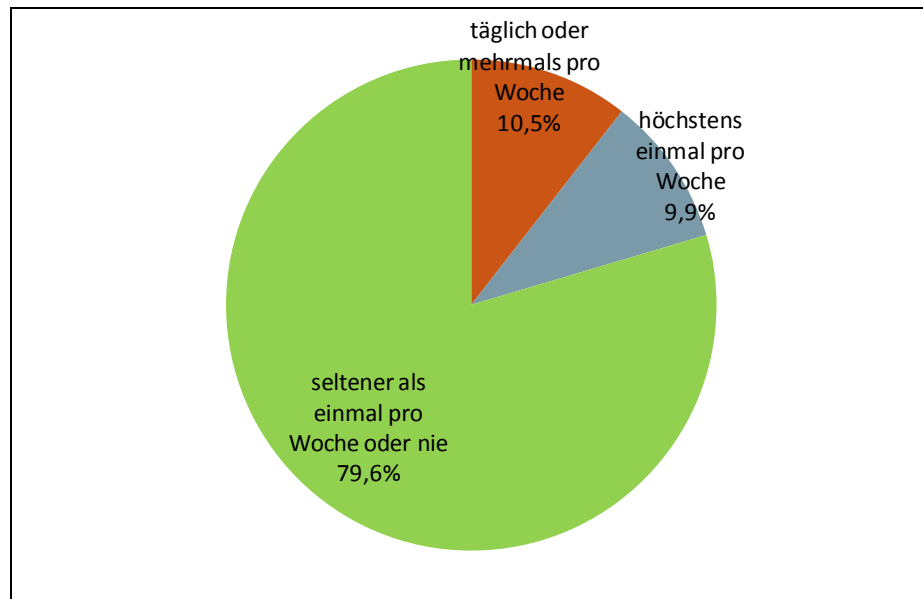
**Quelle:** IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.063. Fragewortlaut: „Sind Sie im Urlaub für Ihren Vorgesetzten oder für Ihre Kollegen erreichbar? (Nicht gemeint sind hier Anrufe oder E-Mails von Kollegen oder Vorgesetzten, mit denen Sie befreundet sind, und die sie in privater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

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

Für vier von fünf Beschäftigten spielt das Arbeiten von zu Hause aus keine oder kaum eine Rolle. Etwa jeder Fünfte arbeitet einmal pro Woche von zu Hause aus, 10 Prozent mehrmals die Woche oder täglich (vgl. Abbildung 47).

**Nur wenige Beschäftigte arbeiten gelegentlich von zu Hause aus**

Abbildung 47: Arbeiten von zu Hause aus



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

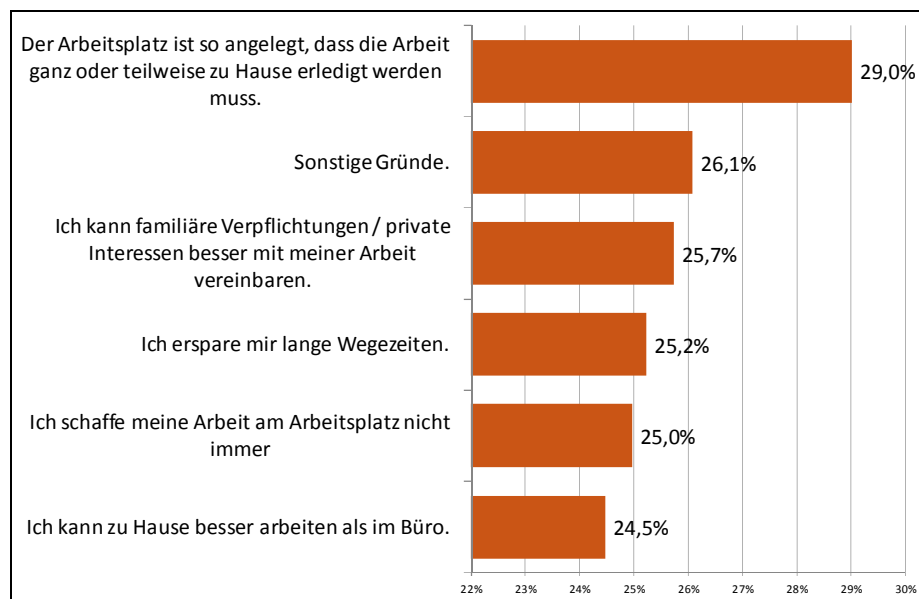
**Die wichtigsten Gründe für das Arbeiten von zu Hause: Der Arbeitsplatz ist als Heimarbeitsplatz angelegt sowie Vereinbarkeit von Beruflichem und Privatem**

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

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

Auf eine möglicherweise negativ wirkende Entgrenzung deutet der Grund „Ich schaffe meine Arbeit am Arbeitsplatz nicht immer“ hin. 25 Prozent geben dies als Grund an (vgl. Abbildung 48).

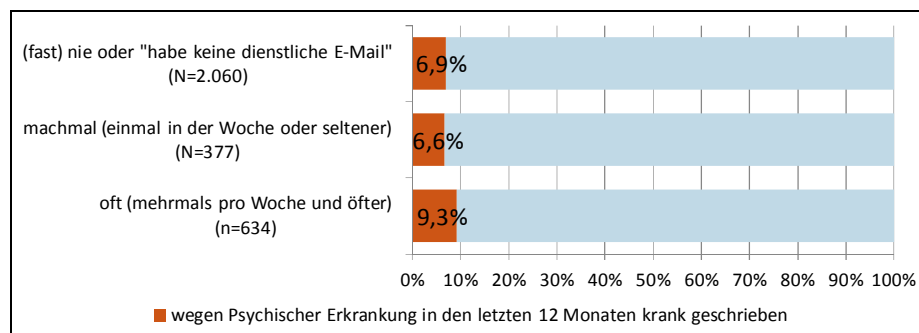
Abbildung 48: Gründe für das Arbeiten zu Hause



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

**„Ständige Erreichbarkeit“ – Ist Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen?**

Abbildung 49: Anteil der wegen einer psychischen Diagnose krankgeschriebener Arbeitnehmer nach Häufigkeit des E-Mail Lesens



Quelle: Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012

Die vorangegangenen Analysen haben gezeigt, dass Arbeitnehmer weniger per E-Mail und Telefon erreichbar sind, als man dies vor dem Hintergrund der öffentlichen Berichterstattung annehmen würde.<sup>27</sup> Es gilt jedoch erstens, noch genauer zu prüfen, inwieweit diese Einzelaspekte (Erreichbarkeit per E-Mail, per Telefon, im Urlaub, Gründe für das E-Mail Lesen etc.) möglicherweise doch das Maß an Erreichbar-

<sup>27</sup> Beispielsweise werden Befragungsergebnisse vom Branchenverband Bitcom vielfach in der Tagespresse zitiert, denen zufolge fast 90 Prozent der Arbeitnehmer außerhalb der Arbeitszeit per Handy oder E-Mail erreichbar sind(vgl.: Bitcom 2011 [http://www.bitkom.org/files/documents/BITKOM-Presseinfo\\_Erreichbarkeit\\_im\\_Job\\_03\\_07\\_2011\(1\).pdf](http://www.bitkom.org/files/documents/BITKOM-Presseinfo_Erreichbarkeit_im_Job_03_07_2011(1).pdf))

keit unterschätzen. Es ist beispielsweise durchaus möglich, dass ein Befragter zwar angibt, er lese selten E-Mails außerhalb der Arbeitszeit, dabei aber ständig durch sein Handy erreichbar ist.

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

**Ein Erreichbarkeitsindex ermittelt ein Gesamtmaß für Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit**

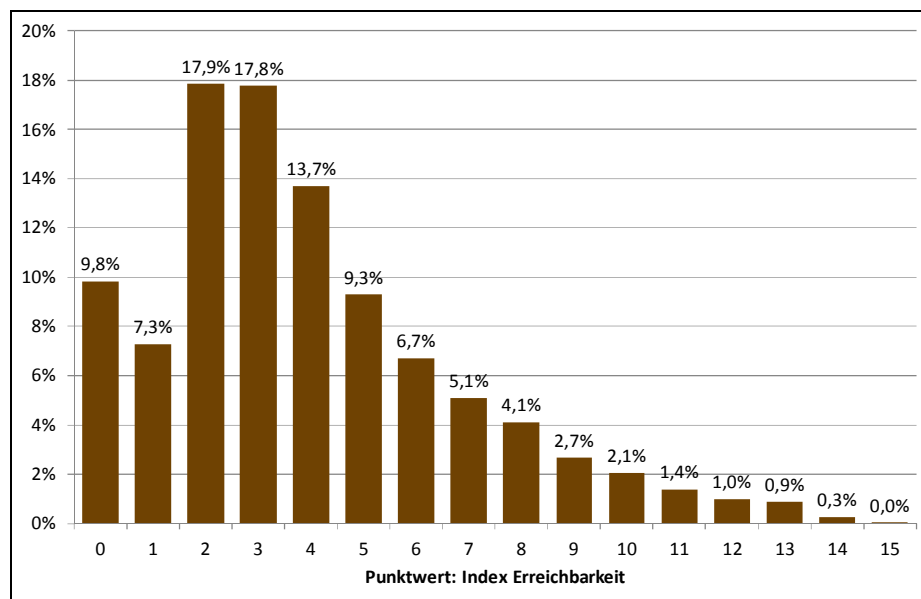
Um ein umfassendes Maß der Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit zur Verfügung zu haben, wurde ein „**Erreichbarkeitsindex**“ gebildet. Dieser stellt in einer höheren Punktzahl ein höheres Maß an Erreichbarkeit, in kleineren Punktzahl ein geringeres Maß an Erreichbarkeit dar. In die Berechnung des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

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



Der Index kann Werte von 0 bis 15<sup>28</sup> annehmen und verteilt sich folgendermaßen über die Befragten:

Abbildung 50: Erreichbarkeitsindex: Verteilung der Punktwerte



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

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

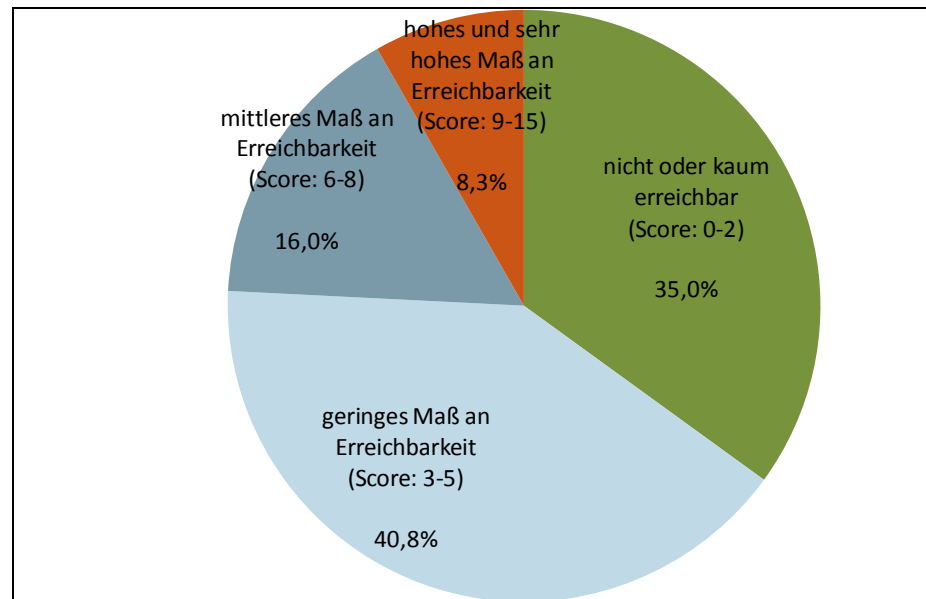
Die Mehrheit der befragten Beschäftigten weist eine eher geringe Punktzahl auf, sie ist somit außerhalb der Arbeitszeit in nur geringem Ausmaß erreichbar. Zwei Drittel haben einen Punktwert von maximal 4. Einen Wert größer 6 haben nur 17,5 Prozent. Weniger als 10 Prozent der Befragten erzielen auf dem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

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

**Der Erreichbarkeitsindex ermittelt, dass ein geringes und mittleres Maß an Erreichbarkeit üblich ist.**

<sup>28</sup> Die Werte, die in den Index eingehen können sind folgendermaßen: F10: Wie häufig lesen Sie außerhalb der Arbeitszeit dienstliche E-Mails?: (0-4). F10.1: Warum lesen Sie außerhalb der Arbeitszeit dienstliche E-Mails?: (0-3). F11: Sind Sie außerhalb der Arbeitszeit für Ihren Vorgesetzten oder für Ihre Kollegen telefonisch erreichbar?: (0-2). F11.1: Falls Ja: Wie häufig machen Kollegen oder Vorgesetzte davon Gebrauch?: (0-4) und F12: Sind Sie im Urlaub für Ihren Vorgesetzten oder für Ihre Kollegen erreichbar?: (0-2).

Abbildung 51: Verteilung der Beschäftigten über verschiedene Ausmaße von Erreichbarkeit



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

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

**Die folgenden Beispiele machen Punktwerte auf dem Erreichbarkeitsindex anschaulich**

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

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

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

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

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

### **Ist Erreichbarkeit ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen?**

Um den Zusammenhang zwischen Erreichbarkeit und der Gefahr einer Psychischen Störung zu prüfen, wurde den Befragten das Screening-Instrument PHQ-2 vorgelegt, das mit 2 Fragen auf eine 'major Depression' screent. Je höher die Punktzahl, die durch die Antworten auf die Fragen erzielt werden, desto eher liegt eine Depression vor. Die Literatur gibt einen Grenzwert von größer/gleich 3 an, ab dem eine Depression mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegt<sup>29</sup>.

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

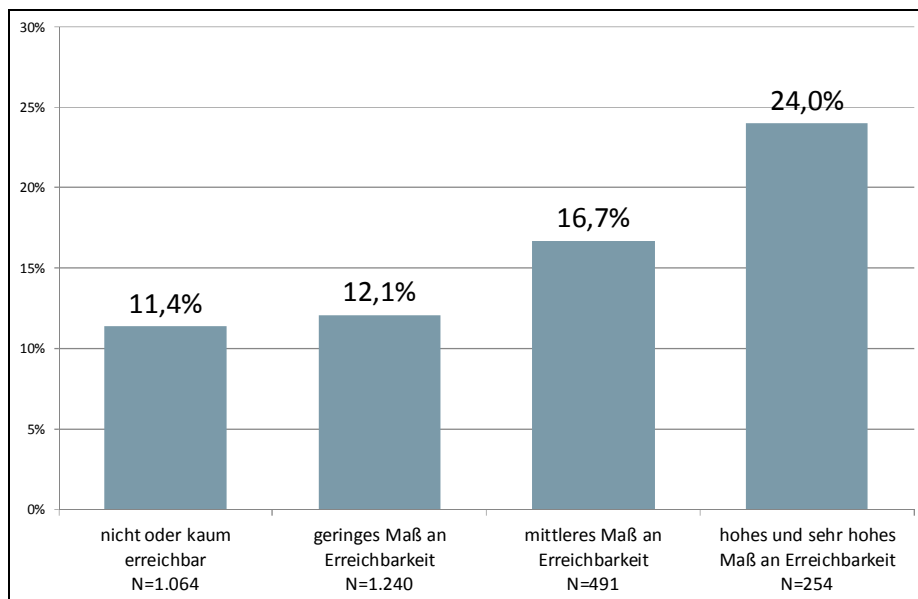
Hiermit lässt sich die Frage prüfen, ob Arbeitnehmer mit einem höheren Maß an Erreichbarkeit besonders gefährdet sind, unter einer psychischen Erkrankung zu leiden. Es wird der Zusammenhang der Erreichbarkeit (Erreichbarkeitsindex) mit psychischen Krankenschreibungen einerseits, mit dem Vorliegen einer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

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

---

<sup>29</sup> Für Spezifität und Sensitivität des Instruments vgl. Löwe et al. (2004).

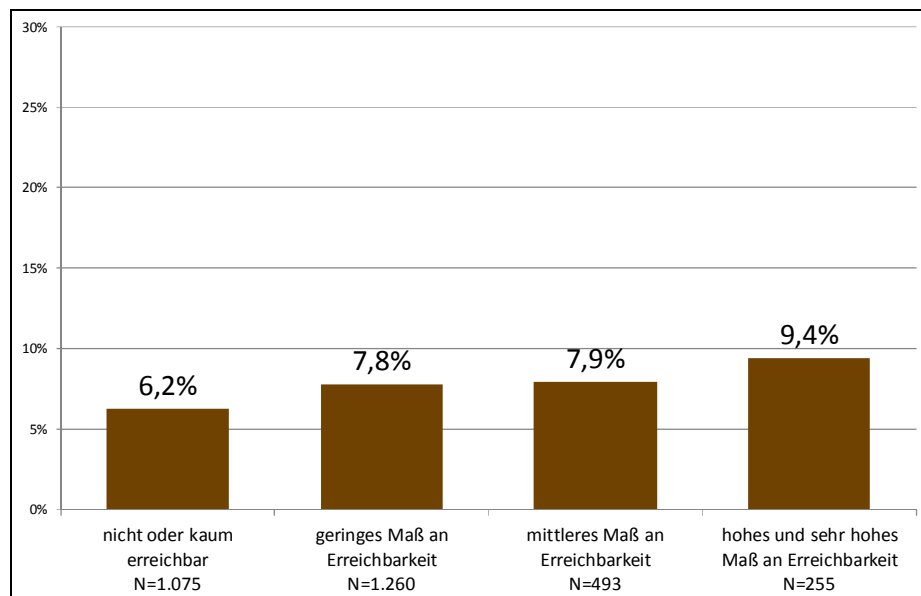
Abbildung 52: Anteil der Beschäftigten mit einer Depression (nach PHQ-2) je nach Ausmaß an Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit



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

Während der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Erreichbarkeit und dem Vorhandensein einer Depression gut nachweisbar ist, zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Erreichbarkeit und einer Krankschreibung (in den letzten 12 Monaten). Nichtsdestotrotz ist auch hier die gleiche Tendenz erkennbar: Beschäftigte mit einem höheren Maß an Erreichbarkeit sind zu einem größeren Anteil wegen einer psychischen Diagnose krank geschrieben als Beschäftigte mit einem geringeren Maß an Erreichbarkeit (vgl. Abbildung 53).

Abbildung 53: Anteil der Beschäftigten mit einer Krankschreibung wegen psychischer Beschwerden je nach Ausmaß an Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit



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

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

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

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

### Prävention durch den Arbeitgeber

Dass der Arbeitgeber bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen auch die Verantwortung für psychosoziale Belastungen übernehmen muss, ist im Zuge der Debatten um psychische Erkrankungen eine verbreitete Haltung geworden. Außerdem sehen gesetzliche Regelungen des Arbeitsschutzes ausdrücklich vor, auch psychische Belastungen zu berücksichtigen – die gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen beispielsweise schließt diese ausdrücklich ein. Von gewerkschaftlicher Seite gibt es den Versuch, eine Anti-Stress-Verordnung gesetzlich zu beschließen.<sup>30</sup> Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (aus Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern) formuliert für die Periode 2013-2018 als eines von drei Zielen,

<sup>30</sup> [http://www.igmetall.de/cps/rde/xbcr/SID-022396B5-CADED032/internet/docs\\_ig\\_metall\\_xcms\\_188529\\_\\_2.pdf](http://www.igmetall.de/cps/rde/xbcr/SID-022396B5-CADED032/internet/docs_ig_metall_xcms_188529__2.pdf)

auf das die Präventionsaktivitäten ausgerichtet werden: Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung.<sup>31</sup>

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

### Regelungen zur Erreichbarkeit

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

Zu Präventionsmaßnahmen, die auf ein Übermaß an Erreichbarkeit abzielen, gehören klare Regelungen bezüglich Erreichbarkeit.<sup>32</sup> „Weichere“ Formen können der Respekt vor dem Feierabend des Kollegen oder Mitarbeiters sein, das Akzeptieren von Grenzen oder sogar die Aufforderung, sich außerhalb der Arbeitszeit möglichst nicht in dienstlichen Belangen kontaktieren zu lassen.

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

Die Antworten der befragten Beschäftigten zeigen, dass das VW-Beispiel möglicherweise als explizite Regelungen einen Vorreiterstatus hat, einzigartig ist es jedoch nicht. Den Befragungsergebnissen zufolge erwarten Arbeitgeber von ihren Beschäftigten mehrheitlich nicht, außerhalb der Arbeitszeit erreichbar zu sein: 78,9 Prozent stimmen der Aussage zu: „Mein Arbeitgeber akzeptiert es, wenn ich außerhalb der Arbeitszeit nicht erreichbar bin.“ (Vgl. Abbildung 54).

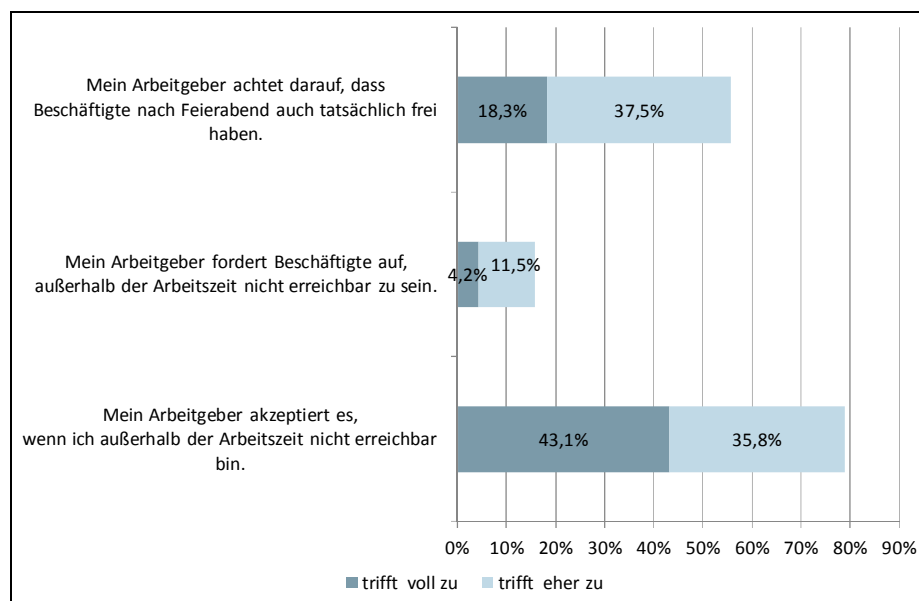
Eine Mehrheit behauptet weiter über ihren Arbeitgeber, dass dieser darauf achte, dass nach Feierabend nicht gearbeitet wird. 55,8 Prozent stimmen der Aussage zu: „Mein Arbeitgeber achtet darauf, dass Beschäftigte nach Feierabend auch tatsächlich frei haben.“

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

<sup>31</sup> Internetpräsenz der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie: <http://www.gda-portal.de/de/Ziele/Arbeitsschutzziele2013-18.html>

<sup>32</sup> Hierzu gehört das immer wieder angeführte Beispiel der Betriebsvereinbarung bei VW, bestimmten Beschäftigten (Beschäftigte mit Firmenblackberry und Tarifvertrag) E-Mails außerhalb der Arbeitszeit nicht mehr zuzustellen (Quelle: <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/blackberry-aus-nach-feierabend-stille-nacht-fuer-vw-mitarbeiter-11578740.html>).

Abbildung 54: Prävention durch den Arbeitgeber (1): Erreichbarkeit und Entgrenzung



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

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

**Jeder Fünfte kann von seinem Arbeitgeber nicht sagen, dass dieser eine Nicht-Erreichbarkeit akzeptiert**

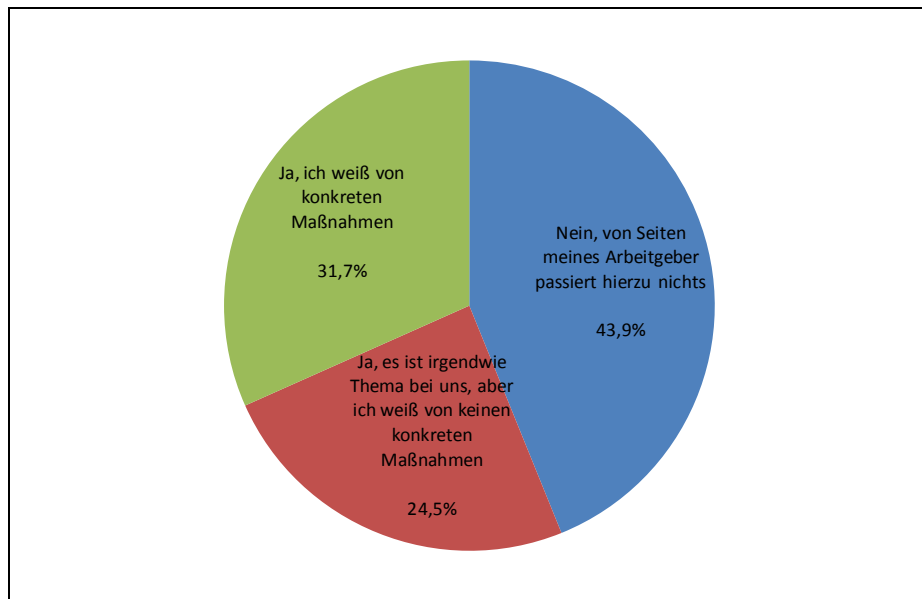
Unternehmen Arbeitgeber Maßnahmen gegen Stress? Kümmern sie sich um die psychischen Belastungen der Mitarbeiter? Hierzu wurden Beschäftigte gefragt, und zwar zunächst ohne weitere Konkretisierung, um welche Maßnahmen es sich konkret handelt.

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

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

Knapp ein Drittel (31,7 Prozent) geben an, dass sich ihr Arbeitgeber um psychische Belastungen kümmert und sie wissen darüber hinaus von konkreten Maßnahmen (vgl. Abbildung 55).

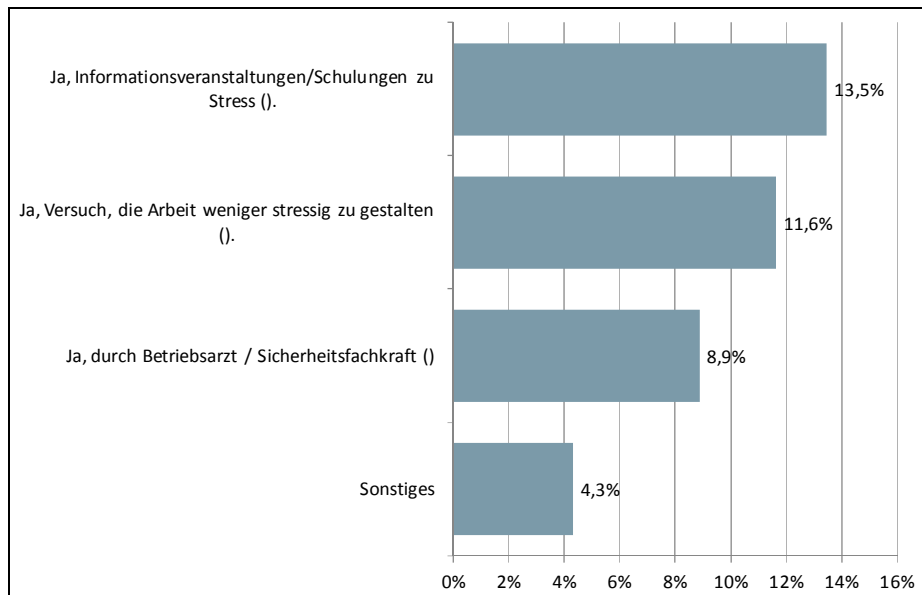
Abbildung 55: Kümmern sich Arbeitgeber um psychische Belastungen der Beschäftigten?



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

### Konkrete Maßnahmen des Arbeitgebers

Abbildung 56: Konkrete Maßnahmen des Arbeitgebers zum Schutz der Beschäftigten vor psychischen Belastungen



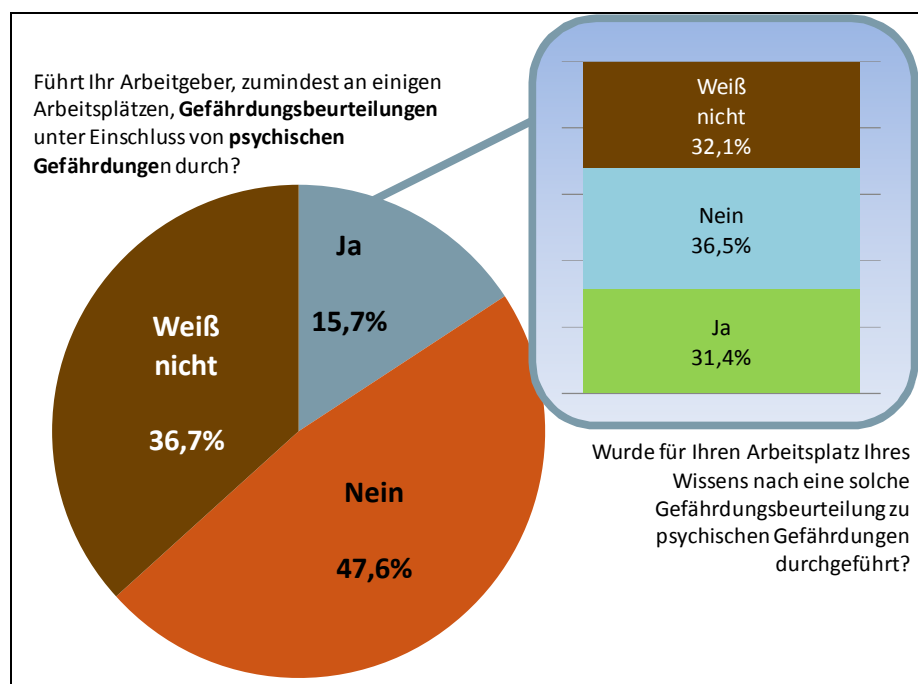
Quelle: Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N=3.090. Die Prozentuierung bezieht sich auf alle Befragten (nicht nur auf diejenigen, die angeben, dass sie von konkreten Maßnahmen des Arbeitgebers wissen)<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Die durch () gekennzeichnete Auslassung lautet vollständig: „Ja, es gibt Informationsveranstaltungen und Schulungsangebote zum Thema Stress“; „Ja, mein Arbeitgeber bemüht sich, die Arbeit so zu gestalten, dass sie weniger stressig ist“; „Ja, unser Betriebsarzt oder unsere Sicherheitsfachkraft kümmern sich auch um das Thema Stress und psychische Belastungen“.



Eine Form, mit der sich der Arbeitgeber psychischen Belastungen annehmen kann, ist die Gefährdungsbeurteilung unter Einschluss der psychischen Belastungen. Die Gefährdungsbeurteilung ist ein durch das Arbeitsschutzgesetz vorgeschriebene Maßnahme und soll ausdrücklich auch psychische Gefährdungen mit einschließen. Trotz der Verbindlichkeit durch das Arbeitsschutzgesetz kommen dieser Verpflichtung bei weitem nicht alle Arbeitgeber nach<sup>34</sup> In der Beschäftigtenbefragung wurde daher gefragt, ob – nach Wissen der Befragten – solche Gefährdungsbeurteilungen unter Einschluss psychischer Belastungen unternommen werden.

Abbildung 57: Anteil der Beschäftigten, deren Arbeitgeber eine Gefährdungsbeurteilung unter Einschluss der psychischen Gefährdungen durchführt



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

15,7 Prozent der Befragten geben an, dass ihr Arbeitgeber eine solche Gefährdungsbeurteilung unter Einschluss der psychischen Belastungen zumindest an einigen Arbeitsplätzen durchführt (Vgl. Abbildung 57).

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

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

<sup>34</sup> Vgl. Beck et al.2012.

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

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

### **Sind Präventionsmaßnahmen des Arbeitgebers wirksam?**

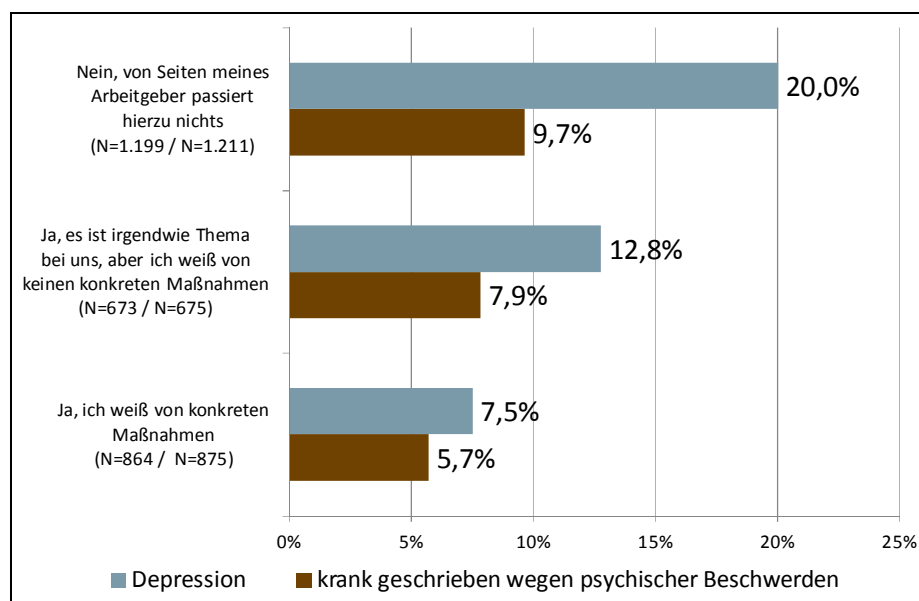
Im Folgenden sollen Arbeitnehmer, deren Arbeitgeber sich um Prävention in Bezug auf psychische Belastungen bemüht, verglichen werden mit solchen Arbeitnehmern, bei denen dies nicht oder weniger der Fall ist.

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

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

Auch die Punktprävalenz der Depression, gemessen durch das PHQ-2-Screening, unterscheidet sich je nachdem, welche Angaben die Befragten zu den Präventionsbemühungen des Arbeitgebers machen. Unter den Beschäftigten, die von ihrem Arbeitgeber sagen, dieser unternehme nichts hinsichtlich psychischer Belastung, ist jeder Fünfte von einer Depression betroffen. Beschäftigte dagegen, deren Arbeitgeber konkrete Maßnahmen unternimmt, um psychische Belastungen zu mindern, sind nur zu 7,5 Prozent betroffen. Diejenigen, die zwar wissen, ihr Arbeitgeber macht Stress „irgendwie“ zum Thema, sind nur leicht unterdurchschnittlich von Depression betroffen (12,8 Prozent) (Vgl. Abbildung 58).

Abbildung 58: Anteil der Beschäftigten, der während der letzten 12 Monate wegen psychischer Beschwerden krank geschrieben war, und die nach PHQ-2 von einer Depression betroffen sind, nach Maßnahmen des Arbeitgebers



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N ist für jede der drei Gruppen gesondert ausgewiesen<sup>35</sup>

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

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

**Beschäftigte, deren Arbeitgeber Prävention gegen Stress betreibt, sind seltener von einer Depression betroffen**

<sup>35</sup> Die Erste Angabe bezieht sich auf das Depressionsscreening, die zweite Angabe auf die Frage nach der Krankschreibung wegen psychischer Beschwerden.

### **3.6 Diagnoseverschiebung: „Sind wir heute anders krank?“**

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

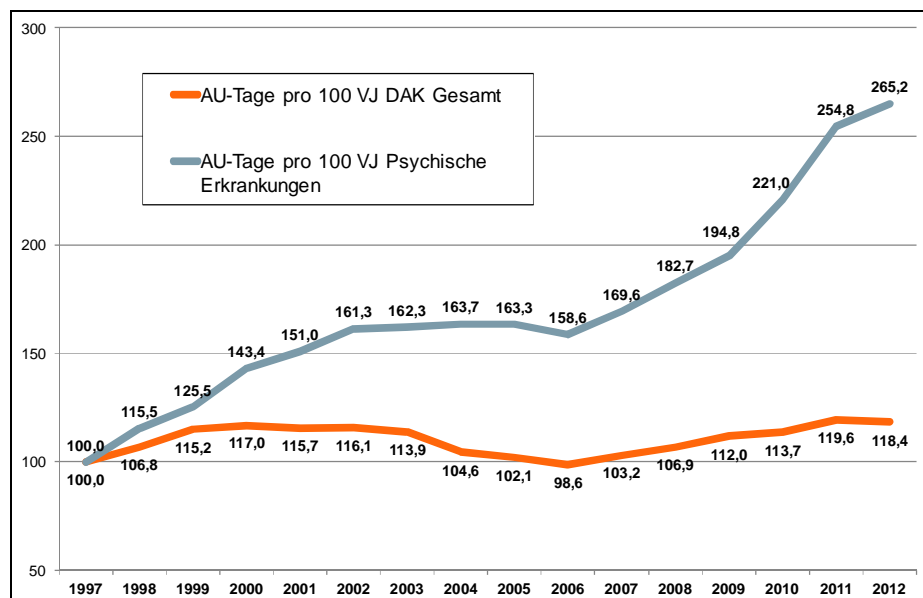
Auf der anderen Seite zeigen diese Erhebungen, dass psychische Störungen sehr viel häufiger sind, als die Arbeitsunfähigkeitsdaten nahe legen: rund ein Drittel der Bevölkerung leidet im Jahr an einer oder mehreren psychischen Störungen. Dies gibt Grund zu der Annahme, dass psychische Erkrankungen zwar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

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

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

Hierzu eine wiederholte Betrachtung der entsprechenden Darstellung:

Abbildung 59: Entwicklung des Fehltagenvolumens aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich mit dem AU-Gesamtvolumen Indexdarstellung 1997 = 100



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

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

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

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

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

ODER

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

Die These a (Anstieg der F-AU ist eine Diagnoseverschiebung) soll als **Substitutionsthese** bezeichnet, These b (Anstieg der AU wegen

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

F-Diagnosen kommt zusätzlich zum somatischen AU-Geschehen hinzu) als **Additionsthese**.

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

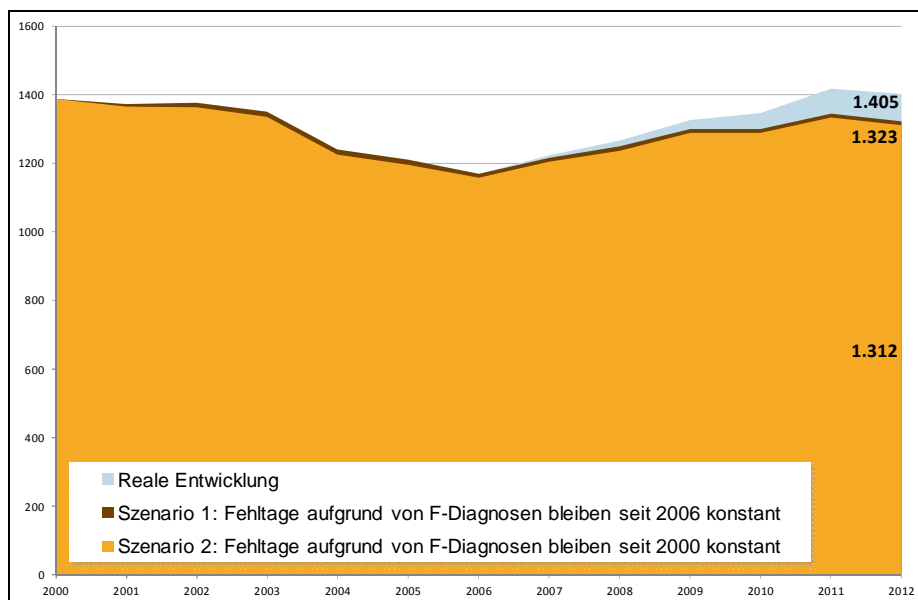
Abbildung 60 stellt diese zwei Szenarien sowie die reale Entwicklung dar. Hieraus sind erste Indizien abzulesen, ob F-Diagnosen substituierend oder additiv zum AU-Geschehen beitragen:

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

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

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

Abbildung 60: Fehltage pro 100 VJ 2000-2011. Vergleich zweier Szenarien mit der realen Entwicklung

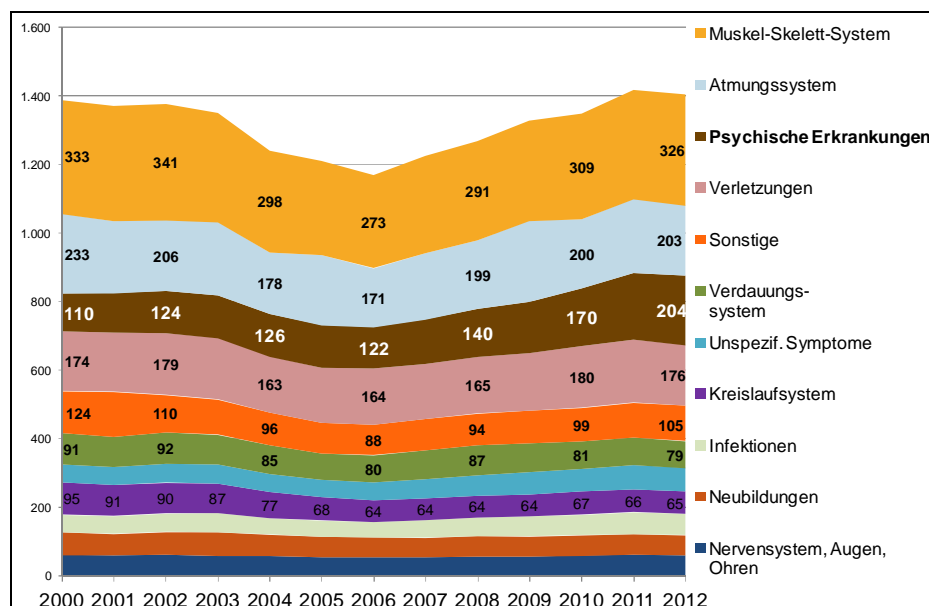


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2000-2012

Eine verfeinerte Analyse prüft, ob es Hinweise darauf gibt, dass Diagnosen aus dem F-Kapitel Diagnosen aus den restlichen ICD-10 Kapiteln ersetzen. Hierzu wird die Entwicklung der ICD-10 Kapitel (Au-Ursachen) von 2000 bis 2012 betrachtet (Abbildung 61).

Die Darstellung stellt diejenigen Diagnosen dar, die mehr als 90 Prozent der AU-Tage ausmachen. Der Rest wurde unter 'Sonstiges' zusammengefasst. Zur besseren Lesbarkeit wurde nur jeder zweite Datenpunkt, d.h. jedes zweite Jahr, mit einer Datenbeschriftung versehen. Diagnosen, die einen sehr geringen Anteil am Gesamtvolumen haben (Nervensystem, Augen, Ohren sowie Neubildungen und Infektionen) wurden nicht beschriftet.

Abbildung 61: Fehltag pro 100 VJ nach den wichtigsten Diagnosegruppen 2000 bis 2011/36



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

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

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

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

<sup>36</sup> Es sind die Kapitel, die ca. 1300 der ca. 1400 Fehltag ausmachen. Der Rest wurde unter sonstiges gefasst

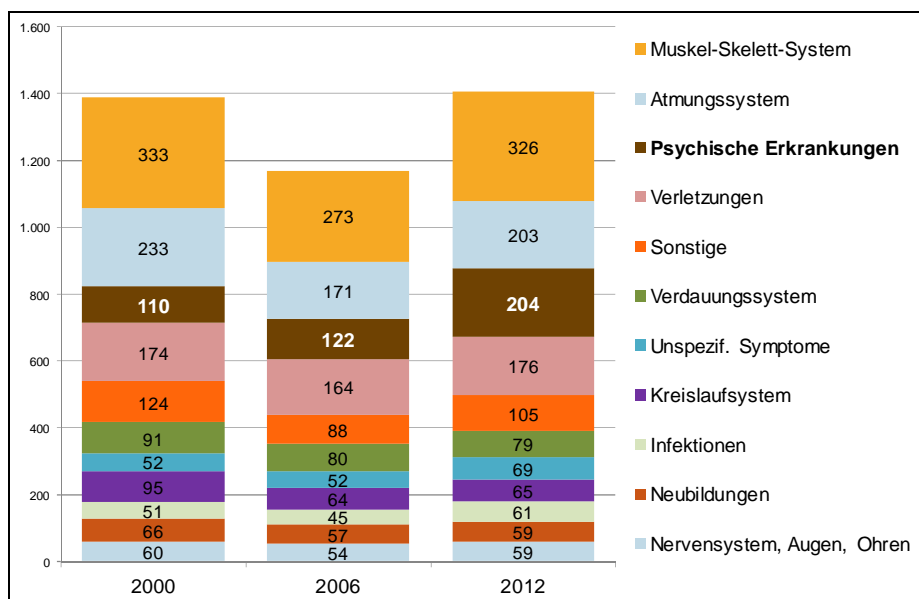
Stellt man in Rechnung, dass die Entwicklung des gesamten AU-Volumens von 2000 bis 2012 zunächst einen Rückgang bis 2006 beschreibt, um dann im Jahr 2012 wieder – mehr oder weniger – beim Stand von 2000 angekommen zu sein (wobei, wie gezeigt wurde, die psychischen Erkrankungen hierauf einen sehr geringen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

Zur besseren Lesbarkeit wird in Abbildung 62 nochmals auf 3 Zeitpunkte fokussiert: 2000 als Anfangsjahr, zu dem Diagnosen vorliegen (und die in den Folgejahren nicht beeinflusst sind durch ICD-10 Umstellungen). Das Jahr 2006 zeichnet sich nicht nur dadurch aus, dass es in etwa in der Mitte des betrachteten Zeitraums liegt, sondern auch dadurch, dass es ein historisch niedriges Krankenstandsniveau aufweist, dadurch dass ab hier der Krankenstand insgesamt wieder ansteigt, und schließlich dadurch, dass ab hier die psychischen Erkrankungen sehr hohe Steigerungsraten aufweisen bis 2012.

#### Einige AU-Ursachen geben sozusagen AU-Tage ab an Diagnosen aus dem F-Kapitel

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

Abbildung 62: AU-Tage pro 100 VJ für ausgewählte Diagnosegruppen in den Jahren 2000, 2006 und 2012

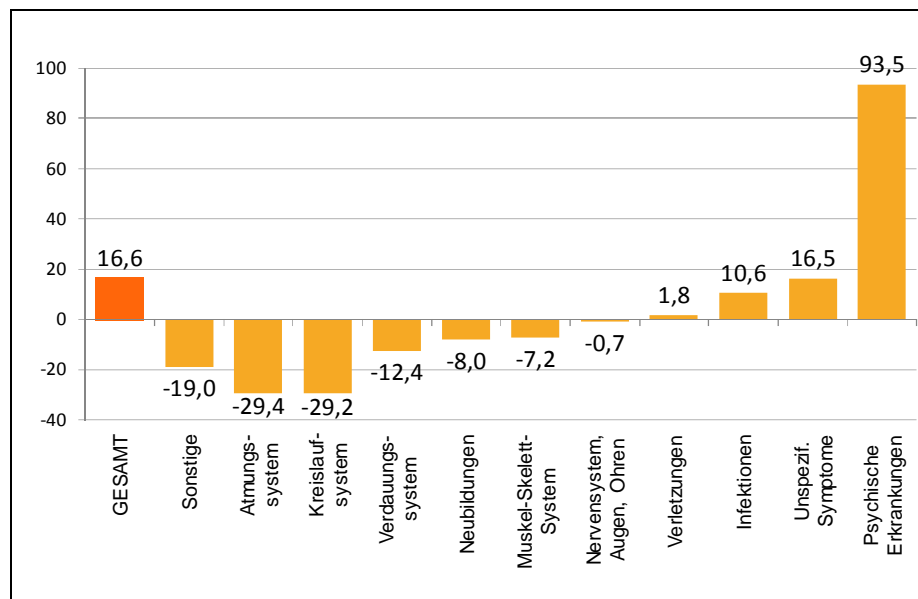


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2000-2012



Abbildung 63 zeigt die genaue Zu- und Abnahme von AU-Tagen aus den entsprechenden Diagnosekapiteln. Demnach hat im Vergleich des Jahres 2012 mit 2000 v.a. das ICD-Kapitel Atmungssystem, Kreislaufsystem und Sonstige AU-Tage verloren. Mit Ausnahme des Kapitels psychische Erkrankungen verzeichnet kein Kapitel größere Zuwächse. Am Ehesten sind es die Kapitel „Unspezifische Symptome“ sowie Infektionen, die als AU-Ursache gegenüber dem Jahr 2000 mehr Tage verzeichnen.

Abbildung 63: Absoluter Zuwachs/ Rückgang der AU-Tage pro 100 VJ nach Diagnosegruppen (2012 gegenüber 2000)



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

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

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

## Schwerpunktthema Psychische Erkrankungen in Schleswig-Holstein

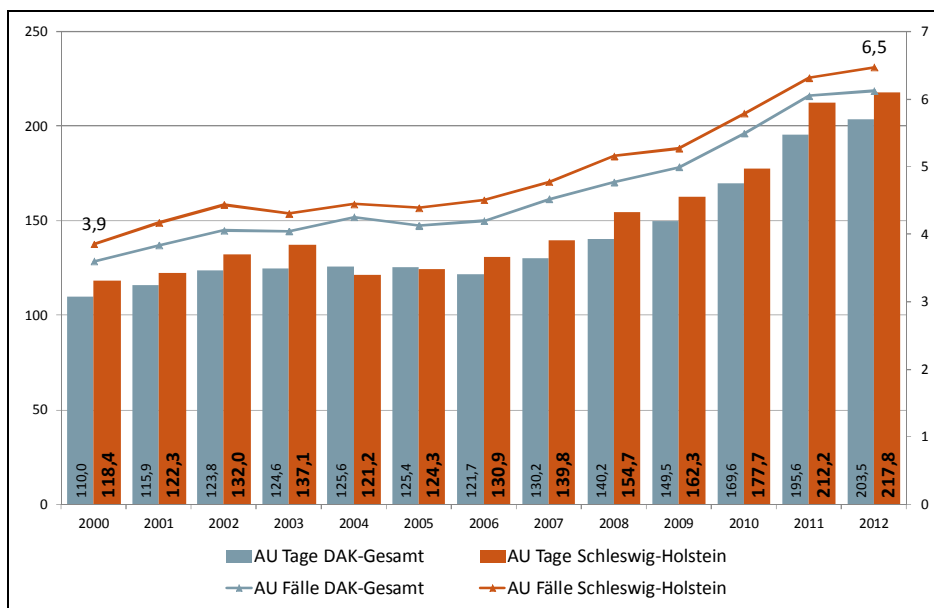
### Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen

Der bundesweite Trend der Zunahme der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen ist auch in Schleswig-Holstein zu beobachten (vgl. Abbildung 64). Für die meisten Jahre im betrachteten Zeitraum (2000 bis 2012) liegt Schleswig-Holstein nahe am Bundesniveau und beschreibt die Entwicklung nahezu parallel. Dies gilt für Fehltage wie für Arbeitsunfähigkeitsfälle. Der Anstieg der Fehltage wegen psychischer Erkrankungen (pro 100 VJ) beträgt 84 Prozent, was fast genau dem Anstieg im Bund (85 Prozent entspricht).

**In Schleswig-Holstein gleiche Entwicklung bei Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen wie im Bund**

Eine genauere Betrachtung zeigt, dass Schleswig-Holstein in den meisten Jahren etwas über dem Bundesniveau liegt. Diese Differenz ist allerdings vergleichsweise gering: Im Jahr 2012 lag Schleswig-Holstein hinsichtlich des Fehltagevolumens um 7 Prozent über dem Bundeswert, im Jahr 2011 um 8 Prozent.

Abbildung 64: Psychische Erkrankungen: Entwicklung der AU-Tage und AU-Fälle je 100 Versichertenjahre 2000 bis 2012

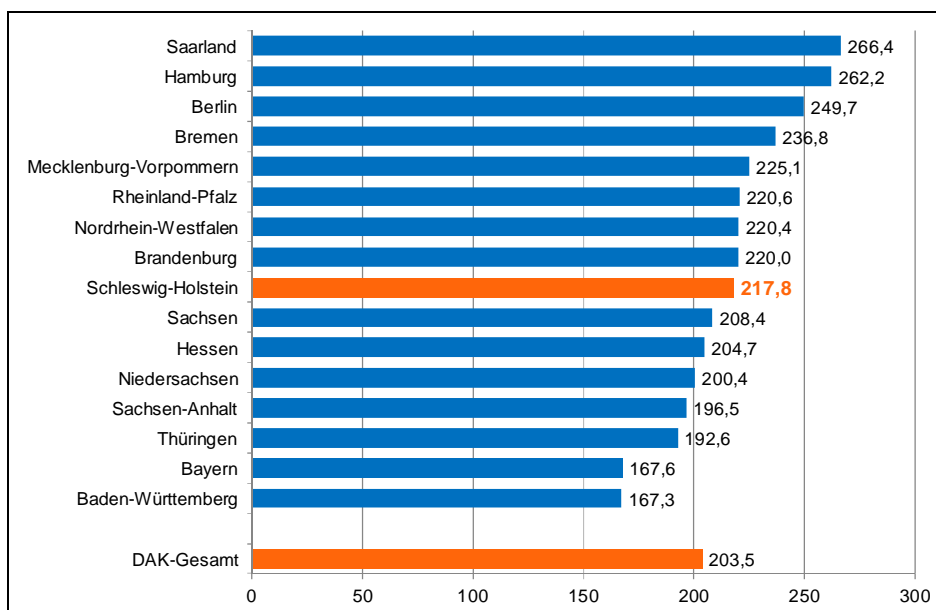


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

**Schleswig-Holstein beim Fehltagevolumen aufgrund psychischer Erkrankungen auf Rang 9.**

In Schleswig-Holstein entfielen im Jahr 2012 auf die Diagnose Psychische Erkrankungen insgesamt 217,8 Fehltage je 100 Versichertenjahre (Bund 203,5 Tage je 100 VJ). Gemessen an diesem Fehltagevolumen steht Schleswig-Holstein im Vergleich zu den anderen Bundesländern auf Rang 9 (vgl. Abbildung 65).

Abbildung 65: Psychische Erkrankungen: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Mit 6,5 AU-Fällen je 100 Versichertenjahre war auch diese Kennzahl des Krankenstands im Vergleich zum Bundesdurchschnitt etwas erhöht (Bund: 6,1 AU-Fälle je 100 VJ). Von Arbeitsunfähigkeit aufgrund Psychischer Erkrankungen betroffen waren in Schleswig-Holstein in 2012 4,7 Prozent der Erwerbstätigen (Bund 4,5 Prozent). Eine Erkrankung mit dieser Diagnose dauerte in Schleswig-Holstein durchschnittlich 33,6 Tage und war damit nur geringfügig länger als im Bundesdurchschnitt (Bund: 33,2 Tage).

Alle weiteren Kennzahlen zum AU-Geschehen bei psychischen Erkrankungen sind in Tabelle 12 zusammengestellt. Analog zu der Situation auf Bundesebene ist auch in Schleswig-Holstein bei Männern ein geringeres Fehltagenvolumen zu verzeichnen als bei Frauen. Männer sind in Schleswig-Holstein zu 3,5 Prozent von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen betroffen, Frauen hingegen zu 6,2 Prozent. Männer verursachen insgesamt weniger Arbeitsunfähigkeitsfälle mit dieser Diagnose (4,8 je 100 VJ gegenüber 8,4 Fällen je 100 VJ bei Frauen). Allerdings liegt die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung analog zur Situation auf Bundesebene, bei Männern über der bei Frauen.

**Geringfügig mehr  
Fehltag und mehr  
AU-Fälle aufgrund  
Psychischer Erkran-  
kungen in Schleswig-  
Holstein als im Bun-  
desdurchschnitt**

Tabelle 12: Steckbrief: Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen

Steckbrief: Schleswig-Holstein Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen im Jahr 2012			
AU-Tage je 100 VJ	217,8	Betroffenenquote	4,7%
AU-Tage Männer	167,6	Betroffenenquote Männer	3,5%
AU-Tage Frauen	276,4	Betroffenenquote Frauen	6,2%
AU-Fälle je 100 VJ	6,5	Anteil an den AU-Tagen	15,8%
AU-Fälle Männer	4,8	Anteil an den AU-Tagen Männer	13,1%
AU-Fälle Frauen	8,4	Anteil an den AU-Tagen Frauen	18,4%
Durchschnittliche Erkrankungsdauer (Tage)	33,6	Anteil an den AU-Fällen	5,9%
Durchschnittliche Erkrankungsdauer Männer	34,7	Anteil an den AU-Fällen Männer	4,7%
Durchschnittliche Erkrankungsdauer Frauen	32,9	Anteil an den AU-Fällen Frauen	7,0%

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

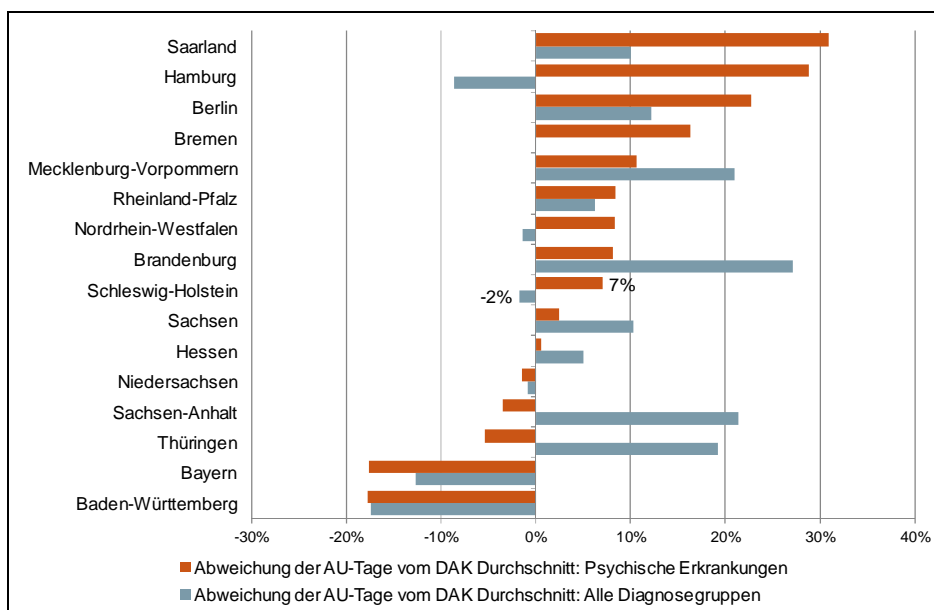
Es stellt sich die Frage, ob genau die Bundesländer mit einem im Vergleich zum Bundesdurchschnitt höheren Krankenstand auch die Bundesländer mit einem überdurchschnittlich hohen Fehltagvolumen bei psychischen Erkrankungen sind.

Die Regionalen Unterschiede beim AU-Geschehen bei Psychischen Erkrankungen (F00-F99) sind allerdings nicht immer die gleichen bzw. nicht immer gleich stark ausgeprägt, wie im AU-Geschehen insgesamt. In Abbildung 66 ist dargestellt, wie stark das Fehltagvolumen in den Bundesländern bei allen Diagnosegruppen abweicht und im Vergleich dazu, wie es sich bei den psychischen Erkrankungen verhält.

**Schleswig-Holstein:  
7 Prozent mehr  
Fehltag für Psy-  
chische Erkrankun-  
gen pro 100 VJ als  
im Bundesdurch-  
schnitt**

Für Schleswig-Holstein kann dabei festgehalten werden, dass das Fehltagvolumen insgesamt, also die Anzahl der AU-Tage je 100 Versichertenjahre für alle Diagnosegruppen, 2 Prozent unter dem DAK-Durchschnitt liegt. Das Fehltagvolumen bei Psychischen Erkrankungen übersteigt den bundesweiten Durchschnitt aber um 7 Prozent, liegt also vergleichsweise stärker über dem Durchschnitt.

Abbildung 66: Abweichung im Fehltagevolumen je 100 Versichertenjahre in den Bundesländern vom DAK Durchschnitt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

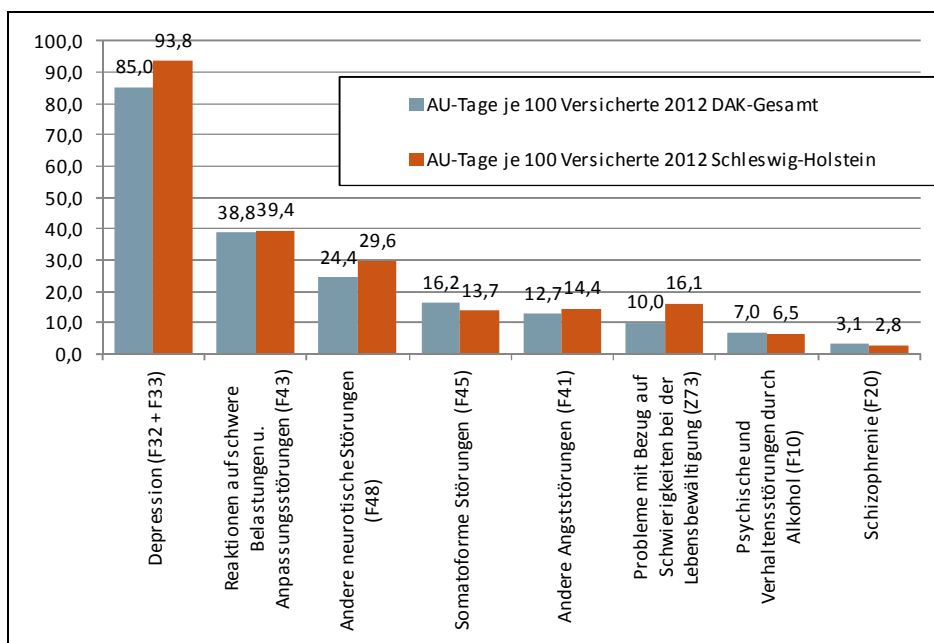
Innerhalb des Kapitels psychische Erkrankungen sind es wenige Einzeldiagnosen (ICD-"Dreisteller"), die das F-AU-Geschehen wesentlich bestimmen, v.a. Depressionen und Anpassungsstörungen (vgl. Abbildung 67).<sup>37</sup> Die Dominanz dieser Diagnosen stellt sich für Schleswig-Holstein nicht anders dar als für den Bund. Größere Abweichungen sind lediglich beim AU-Tagevolumen bestimmter Diagnosen zu verzeichnen: Die Depression verursacht mehr AU-Tage je 100 VJ in Schleswig-Holstein als im Bund (94 zu 85), ebenso die Diagnose "andere neurotische Störungen" (30 zu 24).

Bei der Zusatzdiagnose Z73, zu der auch der „Burnout“ zählt, fallen in Schleswig-Holstein mit 16 Fehltagen je 100 Versichertenjahre 2012 deutlich mehr Fehltag an als im Bundesdurchschnitt (10,0 AU-Tage je 100 VJ). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass der Z73-Schlüssel nicht zum F-Kapitel, also den psychischen Störungen gehört. Er ist in Abbildung 67 lediglich aufgeführt, um seine Bedeutung im Vergleich zu den psychischen Erkrankungen einzuordnen.

**Schleswig-Holstein:**  
Mehr Fehltag wegen  
Depressionen und  
neurotischen Störungen  
als im Bundes-  
durchschnitt

<sup>37</sup> Genauer: depressive Episode (F32) und rezidivierende depressive Störung (F33) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen.

Abbildung 67: Schleswig-Holstein: Die wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen im Vergleich zum Bund.



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

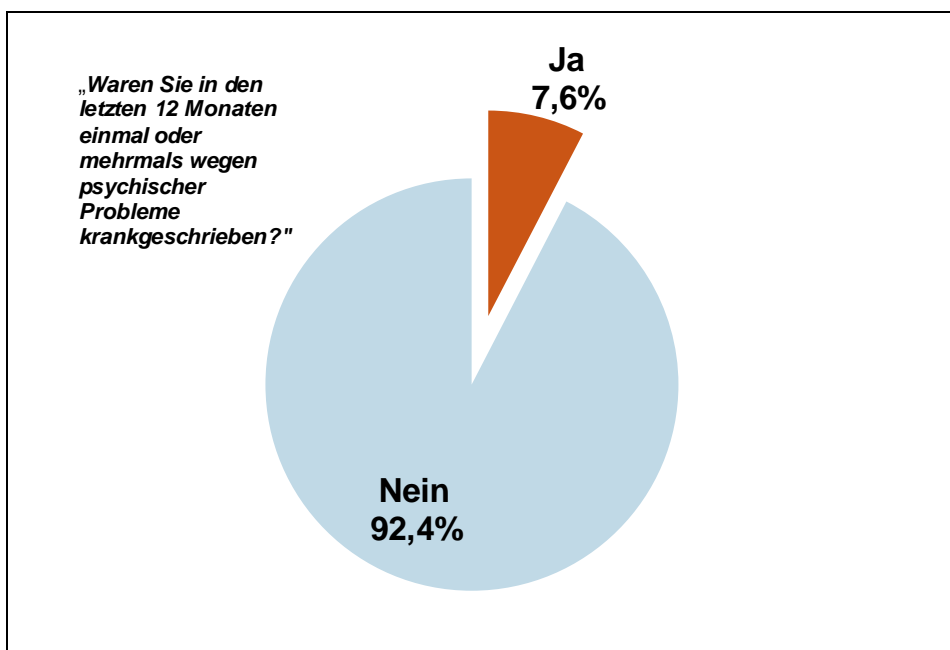
Die Daten der Beschäftigtenbefragung erlauben, auch für Schleswig-Holstein eine Aussage zu machen, wie die Krankschreibung beim (Haus-)Arzt abläuft (Abbildung 68). Demnach ließen sich in Schleswig-Holstein 7,6 Prozent wegen psychischer Probleme in den letzten 12 Monaten krank schreiben.<sup>38</sup>

Für die Frage, wie die Krankschreibung zustande kam, d.h. ob die psychischen Probleme durch den Patienten oder durch den Arzt zur Sprache kamen, oder ob diese ohnehin schon bekannt waren, muss auf Bundesdaten zurückgegriffen werden<sup>39</sup> (vgl. Abbildung 29): Demnach ist es in etwa zwei Drittel der Fälle der Patient selbst, der die psychischen Probleme zur Sprache bringt.

<sup>38</sup> Diese Angabe ist nicht ganz deckungsgleich mit der Betroffenenquote von psychischen Erkrankungen, vermutlich weil Befragte hier Krankschreibungen mitzählen, die entweder nicht mit einer Haupt-Diagnose aus dem F-Spektrum dokumentiert ist, oder weil es sich um AU mit einer Dauer von 3 Tagen und weniger handelte, bei denen viele Arbeitgeber keine Krankschreibung einfordern.

<sup>39</sup> Da gültige Antworten nur für den Anteil, der sich wegen psychischer Probleme hat krank schreiben lassen, vorliegen, sind die Fallzahlen hierfür zu klein, um diese weitere Auswertung länderspezifisch vorzunehmen.

Abbildung 68: Schleswig-Holstein: Krankschreibung wegen psychischer Probleme beim Arzt

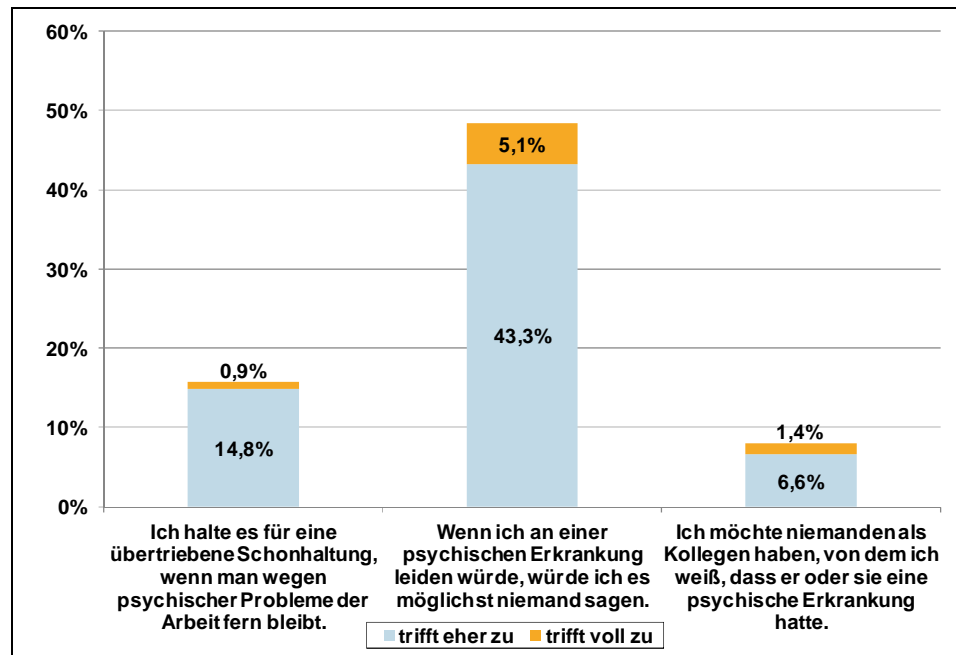


**Quelle:** IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Schleswig-Holstein: N=186

Psychische Erkrankungen werden vielfach nicht als "normale Krankheiten" gesehen, sondern sind mit einem mehr oder weniger starken Stigma behaftet. Diese Stigmatisierung nimmt zwar vermutlich ab, ist aber immer noch festzustellen (Abbildung 69).

15,7 Prozent der Schleswig-Holsteinischen Beschäftigten sehen psychische Erkrankungen nicht als eine legitime Ursache für Arbeitsunfähigkeit, sondern als "übertriebene Schonhaltung". 48,8 Prozent geben an, dass sie – würden sie selbst an einer psychischen Erkrankung leiden - dies möglichst niemand sagen würden. Die eigene Toleranz scheint demgegenüber vergleichsweise hoch: 8 Prozent geben an, dass sie niemanden als Kollegen haben möchten, der eine psychische Krankheit hatte.

Abbildung 69: Schleswig-Holstein: Ablehnende Haltungen gegenüber psychischen Erkrankungen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Schleswig-Holstein: N=186

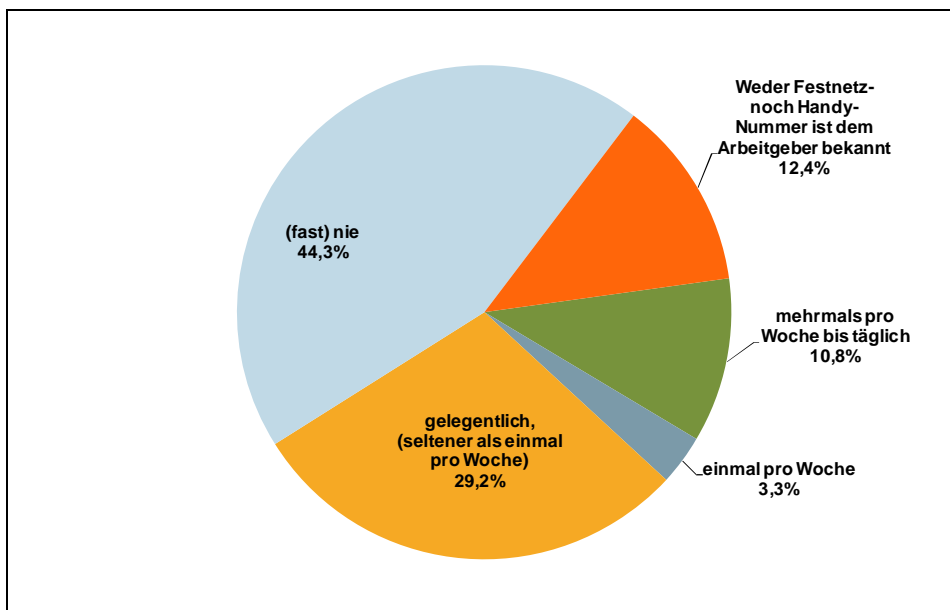
Die Beschäftigtenbefragung im Rahmen dieses Schwerpunktthemas beschäftigte sich schwerpunktmäßig mit einem möglichen Einflussfaktor auf die zunehmenden Fehltage wegen psychischer Erkrankungen: Die Erreichbarkeit von Arbeitnehmern außerhalb der Arbeitszeit durch Mobiltelefone und E-Mail, die häufig unter dem Schlagwort "ständige Erreichbarkeit" diskutiert wird.

Für Schleswig-Holstein zeigt sich, dass Beschäftigte keineswegs typischerweise ständig erreichbar sind. Die telefonische Erreichbarkeit ist in Abbildung 70 dargestellt. Demnach werden 44 Prozent der Schleswig-Holsteinischen Beschäftigten (fast) nie von Kollegen und Vorgesetzten außerhalb der Arbeitszeit angerufen. Weitere 12,4 Prozent haben weder Festnetz- noch Handynummer beim Arbeitgeber hinterlegt.

Eine kleinere Gruppe von Beschäftigten ist aber in hohem Maße von dienstlichen Telefonanrufen in der Freizeit betroffen: 10,8 Prozent geben an, dass sie mehrmals pro Woche und häufiger angerufen werden, weitere 3,3 Prozent werden immerhin einmal pro Woche angerufen.



Abbildung 70: Schleswig-Holstein: Anrufe von Kollegen und Vorgesetzten außerhalb der Arbeitszeit

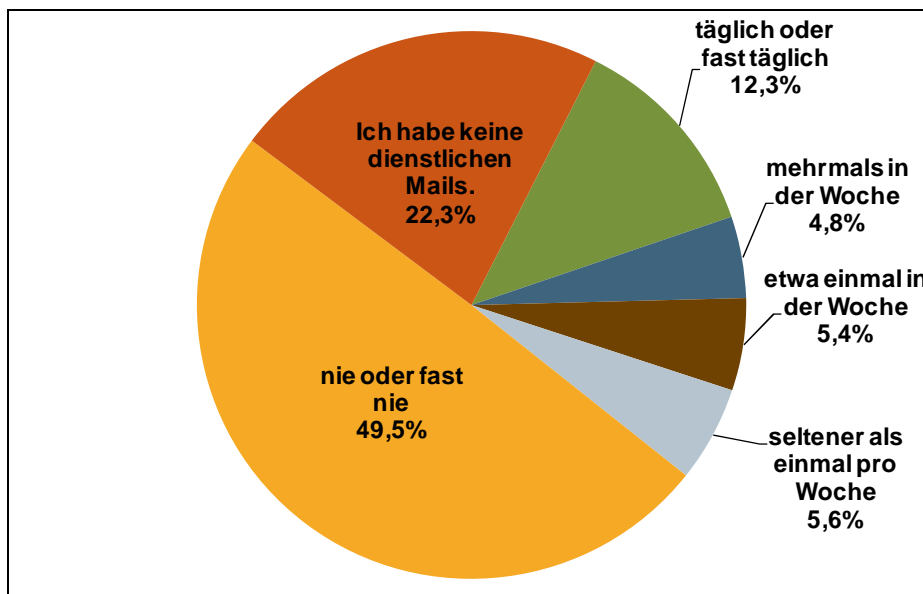


**Quelle:** IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Schleswig-Holstein: N=186

Auch die E-Mail-Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit ist überraschend wenig gegeben: Fast jeder Vierte hat gar keine dienstliche E-Mail bzw. E-Mail Adresse; Weitere 50 Prozent lesen nie oder fast nie außerhalb der Arbeitszeit ihre dienstlichen E-Mails.

Dieser nicht per E-Mail erreichbaren Mehrheit steht – wie bei der telefonischen Erreichbarkeit – eine kleine Gruppe von Arbeitnehmern gegenüber, die häufig außerhalb der Arbeitszeit ihre dienstlichen Mails lesen: Jeder Achte liest (fast) täglich seine E-Mails auch nach Feierabend. Weitere 5 Prozent immerhin mehrmals pro Woche (vgl. Abbildung 71).

Abbildung 71: Schleswig-Holstein: Abrufen dienstlicher E-Mails außerhalb der Arbeitszeit

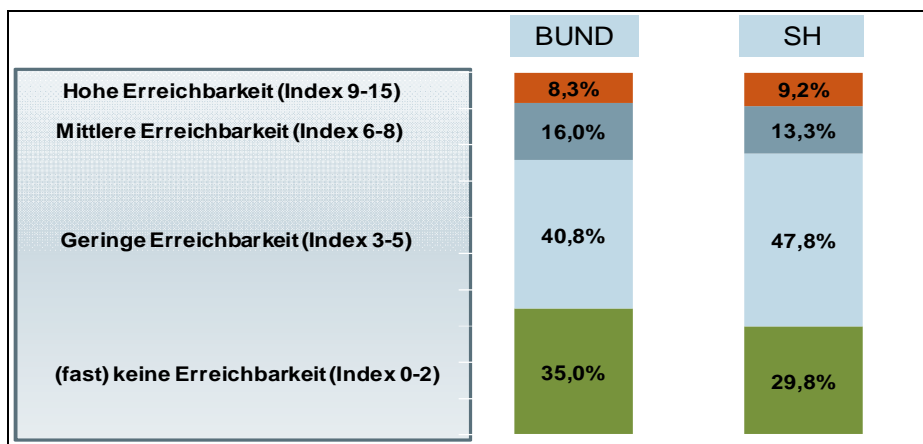


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Schleswig-Holstein: N=186

Wie zuvor für die Beschäftigten im Bund wurde auch für die Beschäftigten in Schleswig-Holstein ein Erreichbarkeitsindex gebildet. Dieser gibt über mehrere Dimensionen von Erreichbarkeit (u.a. telefonisch, per -Mail, im Urlaub) an, in welchem Maße Beschäftigte außerhalb der Arbeitszeit erreichbar sind (vgl. Abbildung 50 sowie die dazu gehörenden Erläuterungen).

Durch diesen Index wurde ermittelt, dass nur ein kleiner Teil der Beschäftigten ein hohes Maß an Erreichbarkeit aufweist: 9,2 Prozent in Schleswig-Holstein. Gut Neunzig Prozent fallen demgegenüber in die Kategorien der Mittleren bis keine Erreichbarkeit. Die Erreichbarkeit entspricht im Großen und Ganzen dem Bundesdurchschnitt.

Abbildung 72: Erreichbarkeit schleswig-holsteinischer Beschäftigter außerhalb der Arbeitszeit

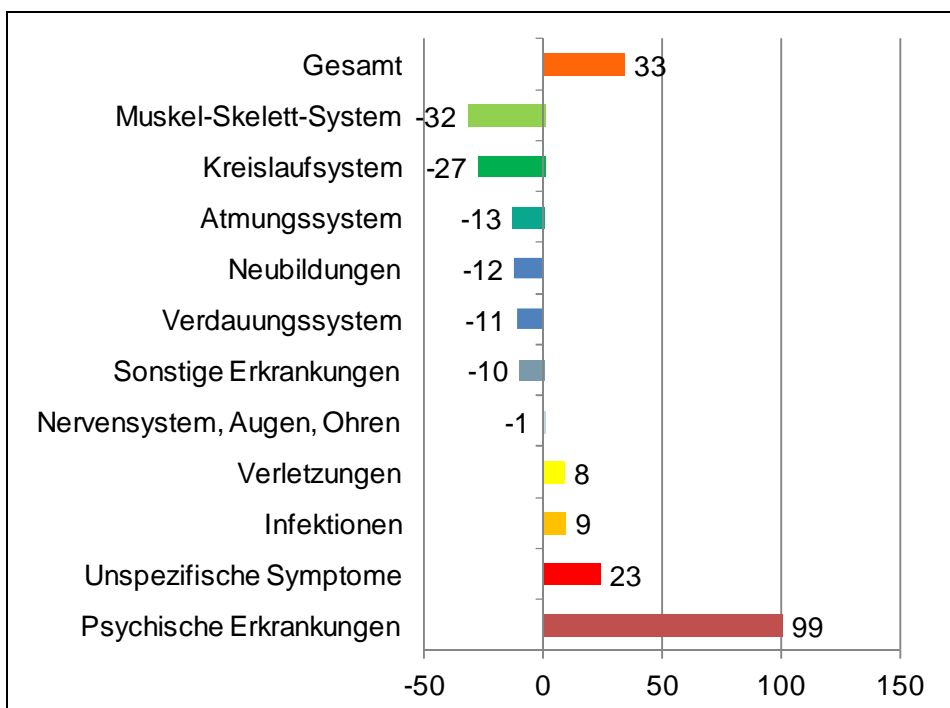


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Schleswig-Holstein: N=186

Das Schwerpunktthema psychische Erkrankungen arbeitete unter der Fragestellung "Sind wir heute anders krank?" die Hypothese aus, dass innerhalb eines vergleichsweise wenig volatilen Gesamtvolumens an Arbeitsunfähigkeitstagen die psychischen Erkrankungen an Bedeutung gewinnen, und zwar "auf Kosten" anderer Diagnosen. M.a.W.: Eine Diagnoseverschiebung.

Für die DAK Gesamt im Bund konnte diese Hypothese gestützt werden (vgl. Abbildung 63). Auf bestimmte Diagnosen entfallen weniger Fehltag, auf psychische Diagnosen entsprechend mehr. Dies bestätigt sich auch für Schleswig-Holstein (vgl. Abbildung 73). Vor allem auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Kreislaufsystems und des Atmungssystems entfallen im Jahr 2012 sehr viel weniger Fehltag als 2000. Fehltag wegen psychischer Erkrankungen haben umgekehrt um 99 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre zugenommen.

Abbildung 73: Schleswig-Holstein: Verschiebung des Diagnosespektrums 2000-2012 bei den Ursachen für Arbeitsunfähigkeit (in AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre).



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2000-2012

### 3.7 Zusammenfassung Schwerpunktthema

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

Patienten, die dazu führt, dass psychische Probleme häufiger angesprochen werden, häufiger als früher als krankheitswertig betrachtet werden und häufiger als früher zu entsprechend dokumentierten Krankschreibungen führt.

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

## 4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede

Der Krankenstand in Schleswig-Holstein lag 2012 mit 3,8 Prozent auf dem gleichen Niveau des bundesweiten DAK-Krankenstandes von 3,8 Prozent. Im Folgenden sollen mögliche bundeslandspezifische Ursachen für den Krankenstand näher analysiert werden.

### 4.1 Wie können bundeslandspezifische Unterschiede im Krankenstand zustande kommen?

#### Regionale Abweichungen der Krankenstände vom Bundesdurchschnitt

Auf der Landkarte der DAK-Krankenstände (Abbildung 4) sind teilweise deutliche regionale Abweichungen zum Bundesdurchschnitt erkennbar: Insbesondere Brandenburg und Sachsen-Anhalt liegen im Jahr 2012 mit einem Krankenstand von 4,9 Prozent bzw. 4,7 Prozent deutlich über dem Wert von Baden-Württemberg der mit nur 3,2 Prozent deutlich unter dem DAK-Bundesdurchschnitt liegt.

#### Einfluss von Alter und Geschlecht wird ausgeschaltet

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.

#### Aber: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand

Zum anderen gibt es einen weiteren wichtigeren Faktor, der zu Krankenstandsunterschieden führen kann: Die Wirtschaftsstruktur ist nicht in allen Bundesländern identisch.

#### Abweichende Wirtschaftsstruktur kann Auswirkungen auf das Krankenstandsniveau haben

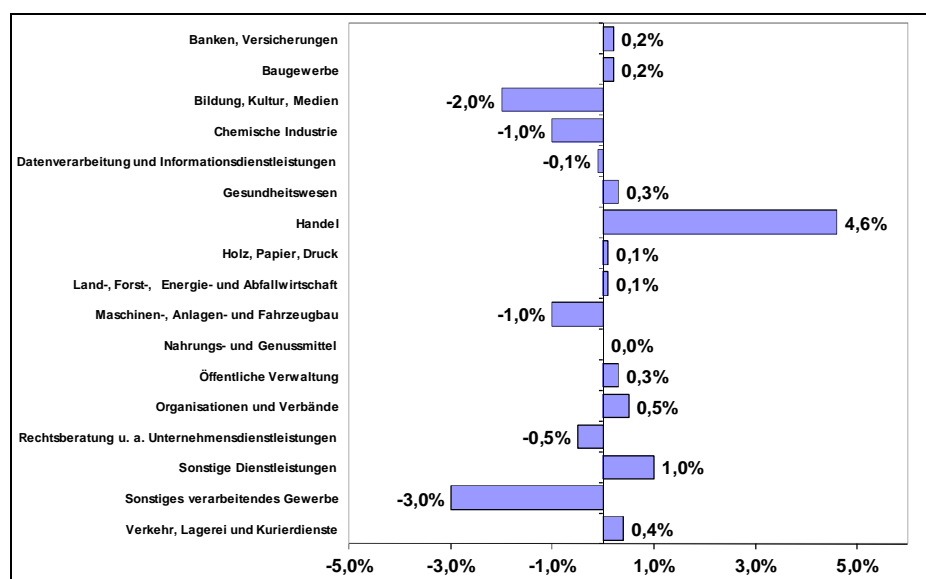
Beispielsweise zeigen die bundesweiten Zahlen der DAK, dass Beschäftigte in Wirtschaftszweigen, wie etwa den Öffentlichen Verwaltungen oder dem Gesundheitswesen erheblich höhere Krankenstände haben als Beschäftigte, die bei Banken und Versicherungen oder in der Rechts- und Wirtschaftsberatung arbeiten. Der Gesamtkrankenstand in einem Bundesland hängt aus diesem Grund 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.

## 4.2 Die Wirtschaftsstruktur der DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Zunächst stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Zusammensetzung der DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein nach Wirtschaftsgruppen überhaupt nennenswert vom DAK-Bundesdurchschnitt abweicht. Abbildung 74 zeigt, welche Unterschiede zum Bundesdurchschnitt beim Anteil von Mitgliedern aus unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen bestehen.

Abbildung 74: Abweichungen in der Verteilung der DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein auf Wirtschaftsgruppen 2012 vom DAK-Bundesdurchschnitt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

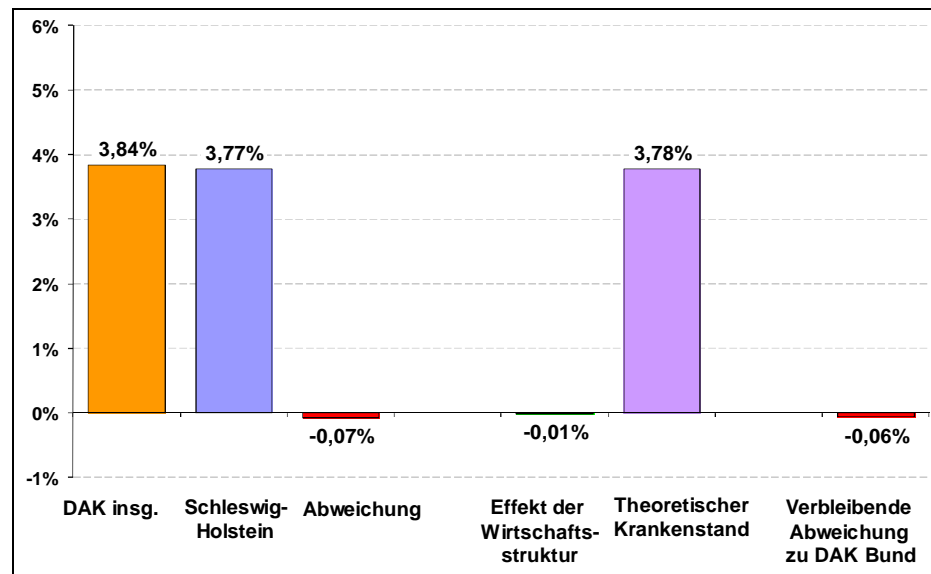
Die Zusammensetzung der Wirtschaftszweige, in denen die DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein beschäftigt waren, zeigt eine gegenüber der DAK insgesamt deutlich abweichende Struktur. Die DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein waren im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weniger häufig in den Wirtschaftsgruppen „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“, „Bildung, Kultur, Medien“ und „Chemische Industrie“ beschäftigt. Nennenswert häufiger waren sie demgegenüber in den Wirtschaftsgruppen „Handel“, „Sonstige Dienstleistungen“ und „Organisation und Verbände“ tätig.

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

### 4.3 Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Schleswig-Holstein

Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf die Höhe des Krankenstandes lässt sich berechnen. Das Ergebnis ist: Die Wirtschaftsstruktur in Schleswig-Holstein wirkte sich fast nicht auf den Krankenstand der DAK-Mitglieder aus.

Abbildung 75: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Schleswig-Holstein



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Abbildung 75 zeigt den Krankenstandsunterschied zwischen Schleswig-Holstein und dem Bund gesamt:

**Der Krankenstand in Schleswig-Holstein wird durch die Wirtschaftsstruktur geringfügig beeinflusst**

Der Krankenstand in Schleswig-Holstein liegt um 0,07 Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt. Der Effekt der Wirtschaftsstruktur in Schleswig-Holstein beträgt 0,01 Prozentpunkte. Das bedeutet, dass 0,01 Prozentpunkte des Krankenstandes in Schleswig-Holstein, durch eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt "günstigere" Wirtschaftsstruktur bedingt sind.

**Für einen fairen Vergleich muss der bereinigte Krankenstand in Höhe von 3,78 Prozent herangezogen werden.**

Beim Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt müsste man also den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur in Schleswig-Holstein auf den Krankenstand in Rechnung stellen. Abbildung 75 zeigt den „theoretischen Krankenstand“, der sich ergibt, wenn man den Krankenstandswert um den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur bereinigt. Beim Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt wäre theoretisch also 3,78 Prozent anzusetzen.

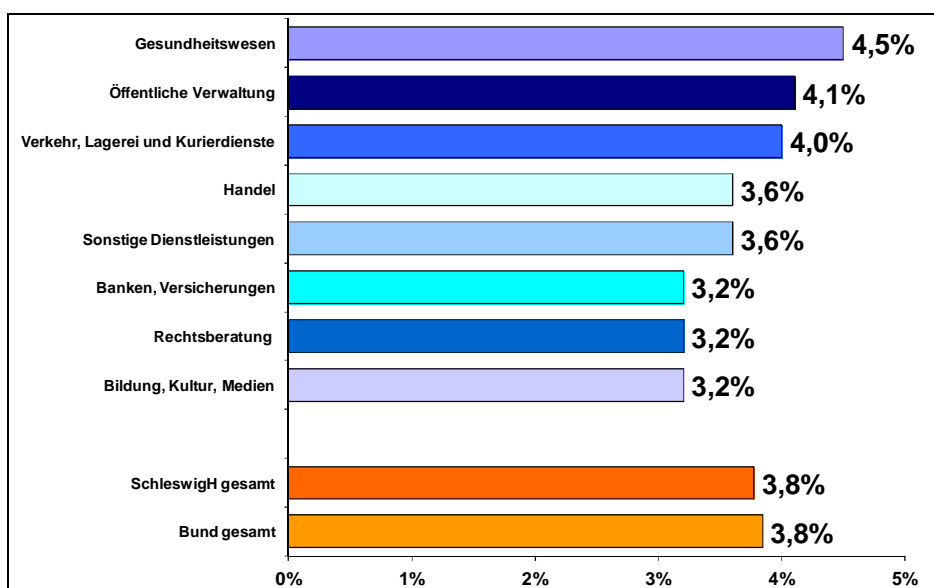


## 5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen

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

Abbildung 76 zeigt die Krankenstände der Branchen, in denen DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein wie auch bundesweit besonders stark vertreten sind. Abbildung 77 zeigt die Zahlen für die übrigen Wirtschaftsgruppen.

Abbildung 76: Krankenstandswerte 2012 in den Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern in Schleswig-Holstein



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

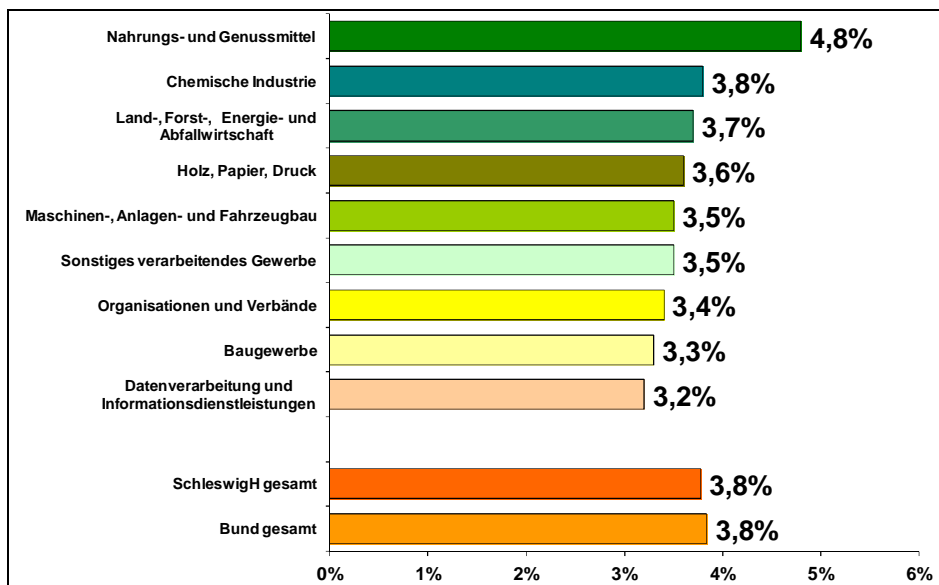
In Schleswig-Holstein wies die Wirtschaftsgruppe „Gesundheitswesen“ mit 4,5 Prozent den höchsten Krankenstand unter den wichtigen Branchen auf, gefolgt von „Öffentliche Verwaltung“ mit 4,1 Prozent und „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ mit 4,0 Prozent. Alle drei Krankenstände lagen deutlich über dem Durchschnitt in Schleswig-Holstein.

Deutlich unter dem Durchschnitt in Schleswig-Holstein liegen dagegen die Branchen „Handel“ und „Sonstige Dienstleistungen“ mit jeweils 3,6 Prozent, sowie „Banken, Versicherungen“, „Rechtsberatung“, und „Bildung, Kultur, Medien“ mit jeweils 3,2 Prozent.

Der hohe Krankenstand in der Branche „Gesundheitswesen“ ist vor allem durch die hohe Fallzahl verursacht; sie beträgt 118 AU-Fälle pro 100 Versicherte, während der Gesamtwert für Schleswig-Holstein bei 110,1 Fällen liegt. Die durchschnittliche Falldauer in dieser Wirtschaftsgruppe liegt hingegen mit 14,0 Tagen über dem Durchschnitt in Schleswig-Holstein (12,5 Tage).

**Wirtschaftsgruppe „Gesundheitswesen“ weist in Schleswig-Holstein den höchsten Krankenstand auf**

Abbildung 77: Krankenstandswerte 2012 in den übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Bei den übrigen Wirtschaftsgruppen lagen „Nahrungs- und Genussmittel“ über dem durchschnittlichen Krankenstand in Schleswig-Holstein. Die Krankenstandswerte der restlichen Branchen befanden sich auf dem oder lagen unter dem Durchschnittswert. Diese zum Teil besonders günstigen Werte sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass DAK-Mitglieder hier überwiegend nicht in gewerblichen, sondern in Verwaltungs- und Büroberufen beschäftigt sind.

## 6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Mit dem Gesundheitsreport 2013 für Schleswig-Holstein setzt die DAK ihre jährliche Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der erwerbstätigen DAK-Mitglieder fort. Insgesamt kann die Entwicklung des Krankheitsgeschehens der DAK-Versicherten von bereits 15 Jahren betrachtet werden. Für das Jahr 2013 wird folgende Bilanz gezogen:

- Schleswig-Holstein liegt mit 3,8 Prozent auf dem bundesweit von der DAK beobachteten Wert. 2012 ist der Krankenstand gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken.
- Bereinigt man diesen Wert um den Effekt der Wirtschaftsstruktur, ergibt sich ein Krankenstand in Höhe von 3,78 Prozent. Dies ist der Wert, den man für einen fairen Vergleich mit anderen Bundesländern heranziehen sollte.

**Der für Schleswig-Holstein registrierte Krankenstand liegt mit 3,8 Prozent auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts**

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

Erklärungen für das bei den DAK-Mitgliedern beobachtbare Krankenstandniveau sind jedoch auch auf betrieblicher Ebene zu suchen: Wenn es hier nicht zu einem Anstieg des Krankenstandes kommt, kann dies u.a. auf Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Berücksichtigung von Fragen der Mitarbeitergesundheit bei der Organisations- und Personalentwicklung in Unternehmen zurückgeführt werden. Mit Blick auf das den Krankenstand verursachende Morbiditätsgeschehen bietet der „DAK-Gesundheitsreport 2013“ für das Bundesland Schleswig-Holstein Basisinformationen für gezielte Präventionsmaßnahmen und gesundheitsförderliche Aktivitäten in Betrieben.

**Betriebliche Gesundheitsförderung kann einem Anstieg des Krankenstandes entgegenwirken.**

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

Bezüglich der Ergebnisse der diesjährigen Befragung ist hinsichtlich Prävention auf mindestens zwei Aspekte besonders hinzuweisen:

Erstens hat sich zwar herausgestellt, dass Beschäftigte weit weniger als vermutet von dienstlichen E-Mails und Anrufen in der Freizeit betroffen sind. Gleichzeitig ist für die kleinere Gruppe, die doch betroffen ist, das Risiko für eine psychische Erkrankung erhöht. Arbeitgeber und Beschäftigte sollten demnach so weit als möglich auf eine Praxis in ihrem Wirkungsbereich hinwirken, die die Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit stark einschränkt.

**Aus Präventionsaspekten ist eine geringe Erreichbarkeit von Beschäftigten wünschenswert.**

Zweitens zeigen die Befragungsergebnisse, dass viele Beschäftigte von keinerlei Präventionsmaßnahmen ihres Arbeitgebers wissen. Insbesondere die Gefährdungsbeurteilung psychische Belastung, die aktuell eine Standardmethode zur Prävention von Stress ist, scheint weitgehend unbekannt.

**In Bezug auf Prävention psychischer Belastungen herrscht Unsicherheit vor**



## Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

### Erwerbstätige DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein 2012

Der Gesundheitsreport berücksichtigt in Schleswig-Holstein lebende Personen, die im Jahr 2012 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 Schleswig-Holstein umfasst rund 120.000 DAK-Mitglieder, die sich zu 59,4 Prozent aus Frauen und zu 40,6 Prozent aus Männern zusammensetzen. Die DAK versichert auch in Schleswig-Holstein 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 Schleswig-Holstein waren das ganze Jahr über bei der DAK versichert. Rechnet man die rund 120.000 Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ um, ergeben sich für das Jahr 2012 etwa 108.000 Versichertenjahre. Viele der Auswertungen zeigen die Krankenstandskennwerte „pro 100 Versicherte“. Die korrektere Bezeichnung wäre pro 100 „Versichertenjahre“. Im Sinne einer besseren Lesbarkeit verzichten wir jedoch auf diesen Terminus.

Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 Prozent ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.

Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Diagnose gezählt. Im Gesundheitsbericht finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versicherte.

Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK-Gesundheit nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.

Die Kennzahl „Krankenstand“ wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK-Gesundheit eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.

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 Schleswig-Holstein lebenden erwerbstätigen Personen, die 2012 Mitglied der DAK waren.**

**Viele Kennwerte werden „pro 100 Versicherte“ angegeben**

**AU-Fälle oder Fallhäufigkeit**

**Krankenstand**

**AU-Tage pro 100 Versicherte**

<b>Durchschnittliche Falldauer</b>	Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert wird.
<b>AU-Diagnosen</b>	Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Diagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.
<b>Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen</b>	
<b>Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen</b>	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.
<b>Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!</b>	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.
<b>Eine Lösung: Altersgruppenweise Vergleiche</b>	Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. An einigen Stellen dieses Gesundheitsberichts finden Sie solche altersgruppenweisen Auswertungen – teilweise zusätzlich auch noch nach Geschlechtern getrennt.
<b>Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen</b>	Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK-Gesundheit mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, werden so genannte standardisierte Kennzahlen berechnet.
<b>Standardisierung nach Geschlecht und Alter</b>	Dies bedeutet, dass beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsberichten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wurde dazu ab 2013 der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik im Jahr 2010.  Je länger man an der gewählten Bezugsbevölkerung festhält, desto größer wird der Zeitraum für den man Zeitreihen der gebildeten Kennzahlen betrachten kann. Der Nachteil dabei ist, dass sich die standardisierten Kennzahlen immer weiter von den tatsächlich beobachteten Werten entfernen, wenn sich die Alters- und Geschlechtsstruktur der Erwerbsbevölkerung spürbar verändert.
<b>Aktualisierte Bezugsbevölkerung</b>	Passt man in dieser Situation die Bezugsbevölkerung im Standardisierungsverfahren an, so verliert man die Vergleichbarkeit der aktuell berichteten Werte mit denen aus zurückliegenden Jahren. Zeitreihen lassen sich dann erst nach Ablauf weiterer Jahre erzeugen, wenn noch mehr Werte auf Basis der neuen, aktuelleren Bezugsbevölkerung berechnet werden konnten.

Auf der Ebene der Ersatzkassen und ihrer Verbände wurde im Juni 2012 festgelegt, dass die Grundlage für das Standardisierungsverfahren zukünftig die Erwerbsbevölkerung von 2010 sein soll.

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

**Was die standardisierten Kennzahlen zeigen**

**Aktualisierte Bezugsbevölkerung in der Standardisierung**

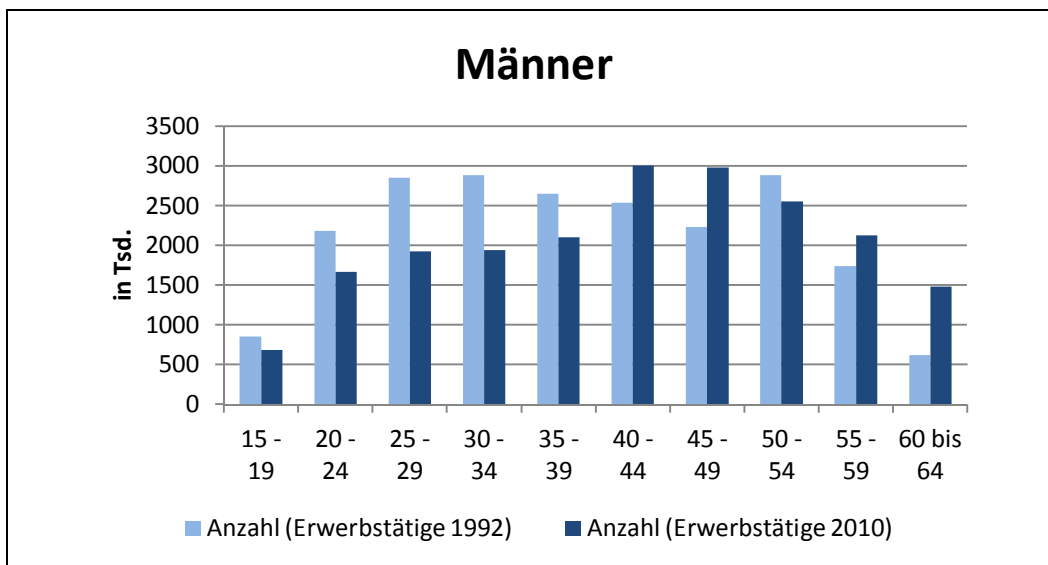
Mit dem Gesundheitsreport 2013 stellt die DAK-Gesundheit gemäß einer Vereinbarung auf Ebene der Ersatzkassen im Standardisierungsverfahren die Bezugsbevölkerung um auf die Erwerbsbevölkerung aus dem Jahr 2010.

Gegenüber der bisherigen Bezugsbevölkerung aus dem Jahr 1992 haben sich zwei wesentliche Verschiebungen in der Alters- und Geschlechtsstruktur der Erwerbsbevölkerung ergeben. Wie die beiden nachfolgenden Abbildungen zeigen hat die Zahl der Erwerbstätigen in den Altersgruppen bis 39 Jahre deutlich abgenommen und im Gegenzug die Zahl der Erwerbstätigen in den oberen Altersgruppen zugenommen.

**Verschiebung hin in die oberen Altersgruppen**

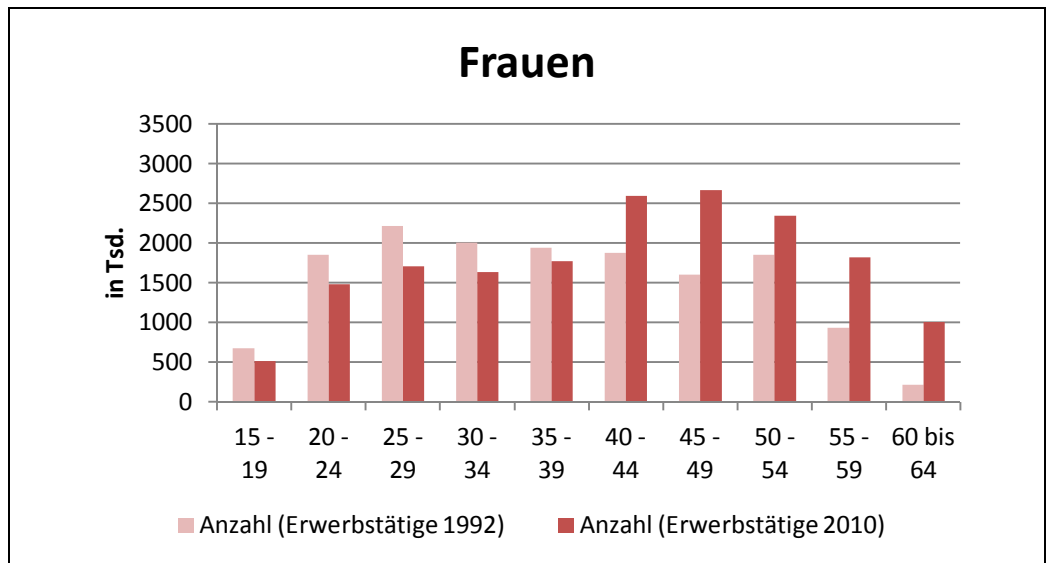
Den stärksten Zuwachs hat dabei die obere Altersgruppe der 60 bis 64-Jährigen erfahren mit einem Plus von 138 Prozent bei Männern und sogar 362 Prozent bei Frauen.

Abbildung 78: Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Männer)



Quelle: Statistisches Bundesamt

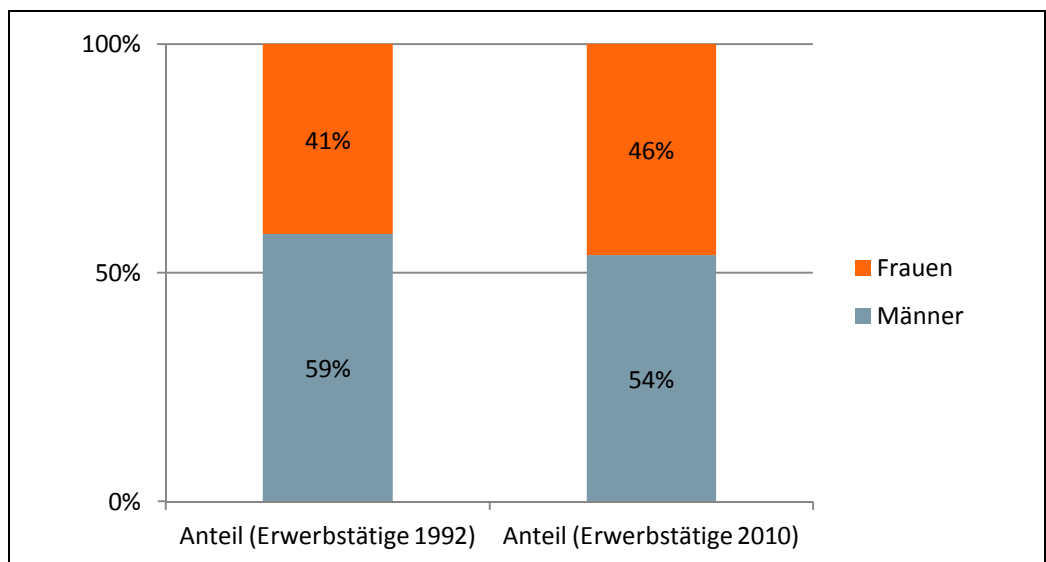
Abbildung 79: Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Frauen)



**Quelle:** Statistisches Bundesamt

Durch den starken Zuwachs von Frauen in der Erwerbsbevölkerung haben sich auch die Gewichte zwischen Männern und Frauen verschoben. In 1992 betrug der Anteil der Frauen an der Erwerbsbevölkerung insgesamt noch 41 Prozent. Dieser Anteil ist im Jahr 2011 auf 46 Prozent angestiegen.

Abbildung 80: Geschlechterverteilung unter den Erwerbstätigen 1992 und 2010



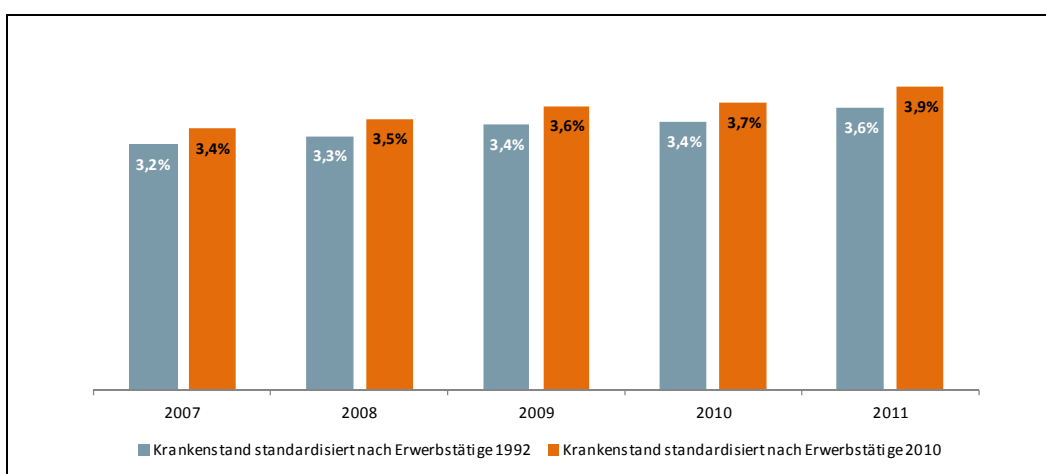
**Quelle:** Statistisches Bundesamt



Insgesamt lässt sich festhalten, dass es eine Verschiebung in der Population hin zu den Teilpopulationen (Frauen, Ältere) gegeben hat, die vergleichsweise hohe beobachtete Werte bei den Krankenstandskennziffern aufweisen. Insgesamt bedeutet das also, dass die zusammengefassten Gesamtwerte rein rechnerisch zu höheren Ergebnissen führen, auch im Fall dass die beobachteten Ausgangswerte nicht ansteigen würden.

Diesen Effekt kann man in Abbildung 81 erkennen, in der die Werte für den Krankenstand der zurückliegenden fünf Jahre nach beiden berechnungsverfahren dargestellt wird. Zu Erkennen ist hier, dass die zeitliche Entwicklung zwischen den Jahren von der Umstellung nicht berührt wird, das Niveau der Werte steigt aber aufgrund der genannten Einflussfaktoren an.

Abbildung 81: Ergebnisse zum Krankenstand bei unterschiedlicher Bezugsbevölkerung



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2007-2011

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **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 Schleswig-Holstein für die Berichtsjahre 2011 und 2012 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 2012: DAK-Bund und Schleswig-Holstein.....	124
Tabelle A2:	Die wichtigsten Krankheitsarten 2011: DAK-Bund und Schleswig-Holstein.....	125
Tabelle A3:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2012: DAK-Bund und Schleswig-Holstein.....	126
Tabelle A4:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2011: DAK-Bund und Schleswig-Holstein.....	127

Tabelle A1: Die wichtigsten Krankheitsarten 2012: DAK bundesweit und Schleswig-Holstein

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand	
		AU- Tage	AU- Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	DAK-Bund	61,4	10,8	5,7	4,4%
		Schleswig-Holstein	66,3	12,1	5,5	4,8%
C00- D48	Neubildungen	DAK-Bund	58,5	1,7	34,1	4,2%
		Schleswig-Holstein	56,9	1,6	36,6	4,1%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	DAK-Bund	203,5	6,1	33,2	14,5%
		Schleswig-Holstein	217,8	6,5	33,6	15,8%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	DAK-Bund	59,1	5,3	11,1	4,2%
		Schleswig-Holstein	58,1	5,2	11,1	4,2%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	DAK-Bund	65,4	3,3	19,9	4,7%
		Schleswig-Holstein	56,4	2,8	20,5	4,1%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	DAK-Bund	203,1	30,7	6,6	14,5%
		Schleswig-Holstein	177,7	28,5	6,2	12,9%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssystems	DAK-Bund	79,1	12,7	6,2	5,6%
		Schleswig-Holstein	75,0	12,5	6,0	5,4%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	DAK-Bund	325,9	17,4	18,7	23,2%
		Schleswig-Holstein	316,9	17,2	18,4	22,9%
N00- N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	DAK-Bund	27,1	2,7	9,9	1,9%
		Schleswig-Holstein	23,9	2,6	9,1	1,7%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	DAK-Bund	68,6	7,0	9,8	4,9%
		Schleswig-Holstein	77,3	7,0	11,1	5,6%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	DAK-Bund	175,7	9,1	19,2	12,5%
		Schleswig-Holstein	174,6	9,2	18,9	12,6%
A00- Z99	Gesamt	DAK Bund	1.405,3	112,0	12,6	100,0%
		Schleswig-Holstein	1.380,9	110,1	12,5	100,0%

Tabelle A2: Die wichtigsten Krankheitsarten 2011: DAK bundesweit und Schleswig-Holstein

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand	
		AU- Tage	AU- Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	DAK-Bund	63,5	11,0	5,8	4,5%
		Schleswig-Holstein	73,1	12,6	5,8	5,1%
C00- D48	Neubildungen	DAK-Bund	60,4	1,7	34,8	4,3%
		Schleswig-Holstein	57,3	1,6	36,9	4,0%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	DAK-Bund	195,6	6,0	32,3	13,8%
		Schleswig-Holstein	212,2	6,3	33,6	14,9%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	DAK-Bund	60,0	5,3	11,3	4,2%
		Schleswig-Holstein	55,0	5,1	10,8	3,9%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	DAK-Bund	66,2	3,2	20,4	4,7%
		Schleswig-Holstein	57,8	2,9	20,2	4,1%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	DAK-Bund	215,2	32,0	6,7	15,2%
		Schleswig-Holstein	198,2	31,6	6,3	13,9%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	DAK-Bund	80,5	12,9	6,2	5,7%
		Schleswig-Holstein	75,2	12,9	5,8	5,3%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	DAK-Bund	320,7	16,9	19,0	22,6%
		Schleswig-Holstein	327,1	16,6	19,7	23,0%
N00- N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	DAK-Bund	28,5	2,7	10,4	2,0%
		Schleswig-Holstein	25,6	2,5	10,1	1,8%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	DAK-Bund	71,6	6,8	10,5	5,0%
		Schleswig-Holstein	86,6	6,9	12,5	6,1%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	DAK-Bund	183,2	9,4	19,5	12,9%
		Schleswig-Holstein	180,8	9,3	19,4	12,7%
A00- Z99	Gesamt	DAK Bund	1.419,6	112,9	12,6	100,0%
		Schleswig-Holstein	1.420,9	113,1	12,6	100,0%

Tabelle A3: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2012: DAK bundesweit und Schleswig-Holstein

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (64 - 66)	DAK-Bund	1.134,2	105,8	10,7	3,1%
	Schleswig-Holstein	1.178,2	106,7	11,0	3,2%
Baugewerbe (41 - 43)	DAK-Bund	1.353,2	101,7	13,3	3,7%
	Schleswig-Holstein	1.196,5	107,4	11,1	3,3%
Bildung, Kultur, Medien (58 - 60, 72, 73, 85, 90 - 93)	DAK-Bund	1.107,5	99,5	11,1	3,0%
	Schleswig-Holstein	1.153,7	97,8	11,8	3,2%
Chemische Industrie (19 - 22)	DAK-Bund	1.388,5	123,7	11,2	3,8%
	Schleswig-Holstein	1.391,7	118,9	11,7	3,8%
Datenverarbeitung, Informationsdienstleistungen (61 - 63)	DAK-Bund	1.076,9	100,3	10,7	2,9%
	Schleswig-Holstein	1.167,3	101,5	11,5	3,2%
Gesundheitswesen (75, 86 - 88)	DAK-Bund	1.625,9	117,1	13,9	4,4%
	Schleswig-Holstein	1.654,2	118,1	14,0	4,5%
Handel (45 - 47)	DAK-Bund	1.316,3	99,8	13,2	3,6%
	Schleswig-Holstein	1.320,4	100,2	13,2	3,6%
Holz, Papier, Druck (16 - 18)	DAK-Bund	1.406,4	111,6	12,6	3,8%
	Schleswig-Holstein	1.332,7	113,5	11,7	3,6%
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01 - 03, 05 - 09, 35 - 39)	DAK-Bund	1.447,5	113,7	12,7	4,0%
	Schleswig-Holstein	1.340,6	102,0	13,1	3,7%
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28 - 30)	DAK-Bund	1.352,0	118,3	11,4	3,7%
	Schleswig-Holstein	1.273,5	118,3	10,8	3,5%
Nahrungs- und Genussmittel (10 - 12)	DAK-Bund	1.580,5	106,7	14,8	4,3%
	Schleswig-Holstein	1.742,3	112,6	15,5	4,8%
Öffentliche Verwaltung (84)	DAK-Bund	1.607,5	130,4	12,3	4,4%
	Schleswig-Holstein	1.497,6	124,8	12,0	4,1%
Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen (94, 97)	DAK-Bund	1.199,2	104,2	11,5	3,3%
	Schleswig-Holstein	1.231,8	108,0	11,4	3,4%
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69 - 71, 74, 78, 80)	DAK-Bund	1.150,3	106,5	10,8	3,1%
	Schleswig-Holstein	1.160,2	104,2	11,1	3,2%
Sonst. Dienstleistungen (37 - 39, 55, 56, 68, 77, 79, 81, 82, 96)	DAK-Bund	1.326,8	99,1	13,4	3,6%
	Schleswig-Holstein	1.305,9	94,2	13,9	3,6%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13 - 15, 23 - 27, 31 - 33, 95)	DAK-Bund	1.353,8	117,8	11,5	3,7%
	Schleswig-Holstein	1.271,5	106,0	12,0	3,5%
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49 - 53)	DAK-Bund	1.548,0	111,8	13,8	4,2%
	Schleswig-Holstein	1.462,0	105,8	13,8	4,0%

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

Tabelle A4: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2011: DAK bundesweit und Schleswig-Holstein

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (64 - 66)	DAK-Bund	1.185,3	108,4	10,9	3,2%
	Schleswig-Holstein	1.300,9	108,0	12,1	3,6%
Baugewerbe (41 - 43)	DAK-Bund	1.368,7	101,7	13,5	3,7%
	Schleswig-Holstein	1.345,0	112,1	12,0	3,7%
Bildung, Kultur, Medien (58 - 60, 72, 73, 85, 90 - 93)	DAK-Bund	1.080,9	97,8	11,1	3,0%
	Schleswig-Holstein	1.114,9	97,4	11,4	3,1%
Chemische Industrie (19 - 22)	DAK-Bund	1.443,2	118,5	12,2	4,0%
	Schleswig-Holstein	1.376,8	112,5	12,2	3,8%
Datenverarbeitung, Informationsdienstleistungen (61 - 63)	DAK-Bund	1.066,5	101,6	10,5	2,9%
	Schleswig-Holstein	1.056,2	102,4	10,3	2,9%
Gesundheitswesen (75, 86 - 88)	DAK-Bund	1.648,1	119,1	13,8	4,5%
	Schleswig-Holstein	1.818,7	124,4	14,6	5,0%
Handel (45 - 47)	DAK-Bund	1.321,8	99,6	13,3	3,6%
	Schleswig-Holstein	1.301,8	101,3	12,8	3,6%
Holz, Papier, Druck (16 - 18)	DAK-Bund	1.346,8	112,4	12,0	3,7%
	Schleswig-Holstein	1.247,6	117,0	10,7	3,4%
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01 - 03, 05 - 09, 35 - 39)	DAK-Bund	1.512,2	115,4	13,1	4,1%
	Schleswig-Holstein	1.316,1	105,2	12,5	3,6%
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28 - 30)	DAK-Bund	1.318,7	118,4	11,1	3,6%
	Schleswig-Holstein	1.240,8	120,2	10,3	3,4%
Nahrungs- und Genussmittel (10 - 12)	DAK-Bund	1.550,1	107,7	14,4	4,2%
	Schleswig-Holstein	1.361,7	116,7	11,7	3,7%
Öffentliche Verwaltung (84)	DAK-Bund	1.652,1	138,8	11,9	4,5%
	Schleswig-Holstein	1.579,2	133,7	11,8	4,3%
Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen (94, 97)	DAK-Bund	1.252,4	109,4	11,4	3,4%
	Schleswig-Holstein	1.541,5	114,1	13,5	4,2%
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69 - 71, 74, 78, 80)	DAK-Bund	1.206,1	110,8	10,9	3,3%
	Schleswig-Holstein	1.144,0	108,2	10,6	3,1%
Sonst. Dienstleistungen (37 - 39, 55, 56, 68, 77, 79, 81, 82, 96)	DAK-Bund	1.369,4	100,4	13,6	3,8%
	Schleswig-Holstein	1.345,7	96,6	13,9	3,7%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13 - 15, 23 - 27, 31 - 33, 95)	DAK-Bund	1.336,0	114,4	11,7	3,7%
	Schleswig-Holstein	1.273,4	108,4	11,7	3,5%
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49 - 53)	DAK-Bund	1.578,3	112,4	14,0	4,3%
	Schleswig-Holstein	1.596,6	110,5	14,5	4,4%

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

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Krankenstand: Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bund	9
Abbildung 2:	Anzahl der Erkrankungsfälle: Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bund	10
Abbildung 3:	Dauer einer durchschnittlichen Erkrankung: Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bund	10
Abbildung 4:	Krankenstandswerte 2011 - 2012 nach Bundesländern	11
Abbildung 5:	Krankenstand 2012 nach Geschlecht und zehn Altersgruppen in Schleswig-Holstein	12
Abbildung 6:	Anteile der 10 wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen	13
Abbildung 7:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Krankheitsarten	14
Abbildung 8:	Entwicklung von Arbeitsunfähigkeiten (AU) aufgrund psychischer Erkrankungen von 1997 bis 2012	15
Abbildung 9:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Diagnosen 1997-2012	21
Abbildung 10:	Entwicklung von Arbeitsunfähigkeiten mit psychischen Diagnosen 1997-2012 (Indexdarstellung 1997=100)	22
Abbildung 11:	Entwicklung des Fehltagevolumens aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich mit dem AU-Gesamtvolumen. Indexdarstellung 1997 = 100	23
Abbildung 12:	AU-Tage (pro 100 VJ) und Anteil der AU-Tage an allen AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen 2012	24
Abbildung 13:	AU-Tage pro 100 VJ und Anteil der Einzeldiagnosen („Dreisteller“) an den Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen	25
Abbildung 14:	Die Binnenstruktur der AU wegen F-Diagnosen im Zeitverlauf (2000-2012) (AU-Tage pro 100 VJ)	26
Abbildung 15:	Entwicklung des AU-Volumens von Psychischen Einzeldiagnosen (Dreisteller) 2000-2012. Indexdarstellung: 2000=100.	27
Abbildung 16:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 VJ aufgrund psychischer Erkrankungen im Geschlechtervergleich	28
Abbildung 17:	Entwicklung der Kennzahlen des Krankenstands wegen psychischer Erkrankungen bei Männern und Frauen. Indexdarstellung. 1997=100.	29
Abbildung 18:	Entwicklung der durchschnittlichen Erkrankungsdauer bei Männern und Frauen bei psychischen Erkrankungen 1997-2012. Indexdarstellung. 1997=100.	30
Abbildung 19:	Die wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen im Geschlechtervergleich (Jahr 2012)	31
Abbildung 20:	Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Erkrankung (Tage und Fälle je 100 VJ) im Altersverlauf bei Männern	32
Abbildung 21:	Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Erkrankung (Tage und Fälle je 100 VJ) im Altersverlauf bei Frauen	32
Abbildung 22:	Durchschnittliche Falldauer in Tagen von AU wegen Psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht	33
Abbildung 23:	AU-Tage pro 100 VJ aufgrund psych. Erkrankungen in Wirtschaftsgruppen mit hohem Anteil DAK-Versicherter 2012	34



Abbildung 24:	Abweichungen der AU-Tage in Branchen mit hohem Anteil DAK-Versicherter vom DAK-Durchschnitt 2012	36
Abbildung 25:	AU-Tage pro 100 VJ wegen Z73: „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ („Burnout“)	37
Abbildung 26:	AU-Volumen aufgrund psychischer Erkrankungen - Die häufigsten Einzeldiagnosen inkl. Z73 („Burnout“)	38
Abbildung 27:	Gewichtung von Erklärungen der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen durch Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater	54
Abbildung 28:	Anteil der Befragten mit mindestens einer Krankschreibung aufgrund einer psychischen Erkrankung in den letzten 12 Monaten	58
Abbildung 29:	Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen: Wie kommen beim Hausarzt psychische Probleme zur Sprache?	59
Abbildung 30:	Welche Aussagen treffen auf Ihren Hausarzt zu?	60
Abbildung 31:	Anteil Beschäftigter, die trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gingen (1)	61
Abbildung 32:	Anteil Befragter, die trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gegangen sind. (2)	61
Abbildung 33:	Gründe, trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit zu gehen	62
Abbildung 34:	Gründe dafür trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit zu gehen (mit Subgruppe von Beschäftigten).	63
Abbildung 35:	Ablehnende Haltungen gegenüber psychischen Erkrankungen	65
Abbildung 36:	Anteil derer, die schon einmal Hilfe wegen eines psychischen Problems beim Arzt oder Therapeuten in Anspruch genommen hat	66
Abbildung 37:	Potentielles oder tatsächliches Hilfeaufsuch-Handeln bei psychischen Problemen	67
Abbildung 38:	Verteilung der Befragten auf der Stigmatisierungsskala psychische Erkrankungen	68
Abbildung 39:	Zustimmung zu Fragen zur Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen	69
Abbildung 40:	Wissen um psychisch kranke Kollegen	70
Abbildung 41:	Häufigkeit des Lesens dienstlicher E-Mails außerhalb der Arbeitszeit	72
Abbildung 42:	Häufigkeit des Lesens dienstlicher E-Mails außerhalb der Arbeitszeit und empfundene Belastung	73
Abbildung 43:	Erreichbarkeit für Kollegen und Vorgesetzte durch Handy und/oder E-Mail	74
Abbildung 44:	Häufigkeit, mit der Kollegen und Vorgesetzte von der telefonischen Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit Gebrauch machen	75
Abbildung 45:	Häufigkeit von Anrufen durch Kollegen und Vorgesetzte und empfundene Belastung	76
Abbildung 46:	Erreichbarkeit durch Kollegen und Vorgesetzte im Urlaub	77
Abbildung 47:	Arbeiten von zu Hause aus	78
Abbildung 48:	Gründe für das Arbeiten zu Hause	79
Abbildung 49:	Anteil der wegen einer psychischen Diagnose krank- geschriebener Arbeitnehmer nach Häufigkeit des E-Mail Lesens	79
Abbildung 50:	Erreichbarkeitsindex: Verteilung der Punktwerte	81

Abbildung 51:	Verteilung der Beschäftigten über verschiedene Ausmaße von Erreichbarkeit	82
Abbildung 52:	Anteil der Beschäftigten mit einer Depression (nach PHQ-2) je nach Ausmaß an Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit	84
Abbildung 53:	Anteil der Beschäftigten mit einer Krankschreibung wegen psychischer Beschwerden je nach Ausmaß an Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit	85
Abbildung 54:	Prävention durch den Arbeitgeber (1): Erreichbarkeit und Entgrenzung	87
Abbildung 55:	Kümmern sich Arbeitgeber um psychische Belastungen der Beschäftigten?	88
Abbildung 56:	Konkrete Maßnahmen des Arbeitgebers zum Schutz der Beschäftigten vor psychischen Belastungen	88
Abbildung 57:	Anteil der Beschäftigten, deren Arbeitgeber eine Gefährdungsbeurteilung unter Einschluss der psychischen Gefährdungen durchführt	89
Abbildung 58:	Anteil der Beschäftigten, der während der letzten 12 Monate wegen psychischer Beschwerden krank geschrieben war, und die nach PHQ-2 von einer Depression betroffen sind, nach Maßnahmen des Arbeitgebers	91
Abbildung 59:	Entwicklung des Fehltagelolumens aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich mit dem AU-Gesamtvolumen Indexdarstellung 1997 = 100	93
Abbildung 60:	Fehltage pro 100 VJ 2000-2011. Vergleich zweier Szenarien mit der realen Entwicklung	94
Abbildung 61:	Fehltage pro 100 VJ nach den wichtigsten Diagnosegruppen 2000 bis 2011	95
Abbildung 62:	AU-Tage pro 100 VJ für ausgewählte Diagnosegruppen in den Jahren 2000, 2006 und 2012	96
Abbildung 63:	Absoluter Zuwachs/ Rückgang der AU-Tage pro 100 VJ nach Diagnosegruppen (2012 gegenüber 2000)	97
Abbildung 64:	Psychische Erkrankungen: Entwicklung der AU-Tage und AU-Fälle je 100 Versichertenjahre 2000 bis 2012	98
Abbildung 65:	Psychische Erkrankungen: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Bundesländern	99
Abbildung 66:	Abweichung im Fehltagelolumen je 100 Versichertenjahre in den Bundesländern vom DAK Durchschnitt	101
Abbildung 67:	Schleswig-Holstein: Die wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen im Vergleich zum Bund.	102
Abbildung 68:	Schleswig-Holstein: Krankschreibung wegen psychischer Probleme beim Arzt	103
Abbildung 69:	Schleswig-Holstein: Ablehnende Haltungen gegenüber psychischen Erkrankungen	104
Abbildung 70:	Schleswig-Holstein: Anrufe von Kollegen und Vorgesetzten außerhalb der Arbeitszeit	105
Abbildung 71:	Schleswig-Holstein: Abrufen dienstlicher E-Mails außerhalb der Arbeitszeit	106
Abbildung 72:	Erreichbarkeit schleswig-holsteinischer Beschäftigter außerhalb der Arbeitszeit	106
Abbildung 73:	Schleswig-Holstein: Verschiebung des Diagnosespektrums 2000-2012 bei den Ursachen für Arbeitsunfähigkeit (in AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre).	107
Abbildung 74:	Abweichungen in der Verteilung der DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein auf Wirtschaftsgruppen 2012 vom DAK-Bundesdurchschnitt	111

---

Abbildung 75:	Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Schleswig-Holstein	112
Abbildung 76:	Krankenstandswerte 2012 in den Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern in Schleswig-Holstein	113
Abbildung 77:	Krankenstandswerte 2012 in den übrigen Wirtschaftsgruppen	114
Abbildung 78:	Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Männer)	119
Abbildung 79:	Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Frauen)	120
Abbildung 80:	Geschlechterverteilung unter den Erwerbstätigen 1992 und 2010	120
Abbildung 81:	Ergebnisse zum Krankenstand bei unterschiedlicher Bezugsbevölkerung	121

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Steckbrief: Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen .....	17
Tabelle 2:	Steckbrief Anpassungsstörung .....	21
Tabelle 3:	Steckbrief Somatoforme Störungen .....	25
Tabelle 4:	Steckbrief Angststörungen .....	28
Tabelle 5:	Steckbrief Alkoholsucht.....	31
Tabelle 6:	Steckbrief Depression.....	35
Tabelle 7:	Steckbrief Burnout-Syndrom .....	39
Tabelle 8:	Steckbrief: Neurotische Störungen .....	39
Tabelle 9:	Höchster Bildungsabschluss der Befragten.....	56
Tabelle 10:	Befragte nach Alter und Geschlecht.....	56
Tabelle 11:	Aussagen der Skala 'Stigmatisierung psychischer Erkrankungen' .....	68
Tabelle 12:	Steckbrief: Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen ....	100

## Literaturverzeichnis

- Beck D., Richter G., Ertel M., Morschhäuser M. (2012): Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen in Deutschland. Verbreitung, hemmende und fördernde Bedingungen. Präventive Gesundheitsförderung, 7: 115-119.
- Berger J., Nolting H.-D., Schiffhorst G. (2001): BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hamburg: DAK Gesundheitsmanagement.
- Geerdes S., Marschall J., Nolting H.-D. (2012): Gesundheitsreport 2012. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema: Job, Gene, Lebensstil - Risiko fürs Herz? Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.
- Griffiths, K.M., Christensen, H., Jorm, A.F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry, 185, 342-349.
- Hapke U., Maske U., Busch M., Schlack R., Scheidt-Nave C. (2012a): Stress, Schlafstörungen, Depressionen und Burn-out: Wie belastet sind wir? Bundesgesundheitsblatt, 55: 987-988.
- Hapke U., Maske U., Busch M., Schlack R., Scheidt-Nave C. (2012b): Stress, Schlafstörungen, Depressionen und Burn-out. Wie belastet sind wir? Robert Koch-Institut. DEGS-Symposium, 14.6.2012.
- IG Metall Vorstand (Hrsg.). (2012): Anti-Stress-Verordnung. Eine Initiative der IG Metall. Frankfurt am Main: IG Metall.
- IGES Institut GmbH. (2002): DAK Gesundheitsreport 2002. Hamburg: DAK Gesundheitsmanagement.
- IGES Institut GmbH. (2003): DAK Gesundheitsreport 2003. Hamburg: DAK Gesundheitsmanagement.
- IGES Institut GmbH. (2004): DAK Gesundheitsreport 2004. Hamburg: DAK Gesundheitsmanagement.
- IGES Institut GmbH. (2006): DAK Gesundheitsreport 2006. Hamburg: DAK Versorgungsmanagement.
- IGES Institut GmbH. (2007): DAK Gesundheitsreport 2007. Hamburg: DAK Versorgungsmanagement.
- IGES Institut GmbH. (2008): DAK Gesundheitsreport 2008. Hamburg: DAK Versorgungsmanagement
- IGES Institut GmbH. (2009): Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz. Hamburg: DAK Forschung.
- Jacobi F. (2009): Nehmen psychische Störungen zu? Report Psychologie, 34: 16-28.
- Kohler H. (2002): Krankenstand - Ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz. IAB Werkstattbericht, 1/2002: 1-10.
- Krämer K., Nolting H.-D. (2010): Gesundheitsreport 2010. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Schlafstörungen. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.
- Krämer K., Nolting H.-D. (2011): Gesundheitsreport 2011. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema: Wie gesund sind junge Arbeitnehmer? Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.
- Kurth B.-M. (2012): Erste Ergebnisse aus der "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS). Bundesgesundheitsblatt, 55: 980-990.

- Löwe B., Kroenke K., Gräfe K. (2004): Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *Journal of Psychosomatic Research*, 58: 163-171.
- Mauz E., Jacobi F. (2008): Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatrische Praxis*, Vol. 35: 343-352.
- Nolting H.-D., Berger J., Fütterer B., Schiffhorst G., Genz H. (2000): DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in Deutschland. Hamburg: DAK Gesundheitsmanagement für Betriebe.
- Nolting H.-D., Berger J., Steffen S., Niemann D. (2005): DAK Gesundheitsreport 2005. Arbeitsplatz Büro. Arbeitsbedingungen und Gesundheit bei Bürofach- und Bürohilfskräften. Hamburg: DAK Versorgungsmanagement.
- Richter D., Berger K., Reker T. (2008): Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 35: 321-330.
- Wittchen H.-U., Jacobi F. (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Robert Koch-Institut. DEGS Symposium 14.06.2012.
- Wittchen H.-U., Jacobi F., Mack S., Gerschler A., Scholl L., Gaebel W., Zielasek W., Maier W., Wagner M., Hapke U., Siegert J., Höfer M. (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Erste Ergebnisse der "Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit" (DEGS-MHS). *Bundesgesundheitsblatt*, 55: 988-990.
- Wittchen H.-U., Müller N., Pfister H., Winter S., Schmidtkunz B. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Das Gesundheitswesen*, 61: 216–222.