



Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten

Gesundheitsreport 2014.

Die Rushhour des Lebens.

Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie.

DAK-Gesundheitsreport 2014

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.

Februar 2014

Vorwort

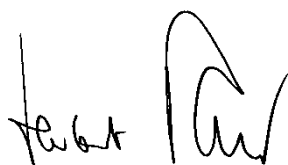
Der jährlich erscheinende Gesundheitsreport analysiert die Daten zur Arbeitsunfähigkeit aller bei der DAK-Gesundheit versicherten Berufstätigen. Er bietet damit einen verlässlichen Überblick über das Krankheitsgeschehen in der Arbeitswelt. Regelmäßig stellt die DAK-Gesundheit dar, welche Krankheiten die größte Rolle gespielt haben und untersucht geschlechts-, alters-, branchen- und regionalspezifische Besonderheiten.

In einer vertiefenden Analyse geht es im DAK-Gesundheitsreport 2014 um das Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie, in dem sich viele Beschäftigte bewegen und um mögliche Auswirkungen auf ihre Gesundheit

Die aktuelle Debatte um eine familienfreundlichere Arbeitswelt, um eine 32-Stunden-Woche für junge Eltern oder um Kitas in Kasernen zeigt, dass auch die Politik nach neuen Modellen für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf sucht. Vieles, worüber derzeit diskutiert wird, wurzelt in der Problematik, die Wissenschaftler häufig als „Rushhour“ des Lebens bezeichnen: eine Verdichtung gleichzeitig auftretender Anforderungen und Wünsche aus Familie und Beruf, die zunehmend die Lebensphase im Alter von 30 bis 40 prägt. Schaffen es Familien, eine Balance zu finden und sich zu organisieren? Welche Möglichkeiten bieten Betriebe, um ihren Beschäftigten die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erleichtern? Welche Akzente und Anreize sind wirklich sinnvoll? Nicht zuletzt die Diskussion um den Fachkräftemangel, die erhöhte Erwerbsbeteiligung von Frauen sowie veränderte Erwartungen der Beschäftigten setzen heute viele Unternehmen unter verstärkten Zugzwang, Lösungen zu entwickeln.

Die Beschäftigten stehen in der Rushhour des Lebens gehörig unter Druck. Wer an den gestellten Ansprüchen scheitert oder den eigenen Erwartungen nicht genügt, droht auf lange Sicht auszubrennen und psychisch zu erkranken. Vor dem Hintergrund weiter steigender Fallzahlen bei psychischen Erkrankungen ein Grund mehr für die DAK-Gesundheit, sich den vielschichtigen Ursachen dieser Leiden auf neuen Wegen zu nähern.

Mit dem Gesundheitsreport 2014 liegen neue Forschungsergebnisse vor. Umfangreiche Daten wurden hierfür ausgewertet, Experten aus Unternehmen befragt und eine repräsentative Umfrage bei mehr als 3.000 Erwerbstätigen durchgeführt. Mit diesem Report möchten wir den betrieblichen Akteuren wertvolle Hintergrundinformationen an die Hand geben. Die Analysen können Impulse setzen für ein betriebliches Gesundheitsmanagement, welches Belastungen insbesondere für junge Eltern abbaut und die physische und psychische Gesundheit aller Arbeitnehmer fördert.



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Vorsitzender des Vorstandes

Hamburg, Februar 2014

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	III
Zusammenfassung der Ergebnisse	VI
Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport	VII
1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2013	1
2 Arbeitsunfähigkeiten im Überblick	3
3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten	16
4 Schwerpunktthema: Die Rushhour des Lebens. Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie.....	29
5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	102
6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern	106
7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	115
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen	118
Anhang II: Tabellen	124
Anhang III: Fragebogen für Expertinnen und Experten in der betrieblichen Praxis zum Thema Familie und Beruf	135
Abbildungsverzeichnis.....	142
Literaturverzeichnis	146

Zusammenfassung der Ergebnisse

Gesamtkrankenstand leicht gestiegen	Im Jahr 2013 ist der Krankenstand nach einem leichten Rückgang im Vorjahr um 0,2 Prozentpunkte gestiegen. Der Krankenstand im Jahr 2013 lag bei 4,0 Prozent (2012: 3,8 Prozent).
Betroffenenquote	Die Betroffenenquote lag 2013 bei 50,6 Prozent. Dies bedeutet, dass für etwas mehr als jeden Zweiten eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Im Jahr 2013 ist die Betroffenenquote somit leicht gestiegen (2012: 47,9 Prozent).
Fallhäufigkeit und -dauer	Die Erkrankungshäufigkeit ist mit 121,1 Fällen pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr ebenfalls gestiegen (2012: 112,0 Arbeitsunfähigkeitsfälle). Die durchschnittliche Falldauer ist dagegen gesunken. Sie beträgt im Jahr 2013 12,0 Tage (2012: 12,6 Tage).
Wichtigste Krankheitsarten	Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie psychische Erkrankungen entfielen 2013 mehr als die Hälfte (53,4 Prozent) aller Krankheitstage:
Muskel-Skelett-Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lagen mit 313,0 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versichertenjahre wieder an der Spitze aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit rund 325,9 Tagen noch mehr Erkrankungstage auf diese Diagnose.
Atemwegserkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheiten des Atmungssystems lagen mit einem Anteil von rund 17 Prozent hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an zweiter Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr gab es hier einen deutlichen Anstieg und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 30,7 auf 38,0 Fälle pro 100 Versichertenjahre) als auch die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage betraf (von 203,1 auf 252,4 Tage pro 100 Versichertenjahre).
Psychische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Erkrankungen verursachten 14,6 Prozent des Krankenstandes. 2013 gab es aufgrund von psychischen Erkrankungen 6,2 Erkrankungsfälle und 212,8 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre.
Gesundheitswesen mit höchstem Krankenstand	Das Gesundheitswesen war 2013 mit 4,6 Prozent die Branche mit dem höchsten Krankenstandswert. Der Krankenstand ist hier gegenüber 2012 um 0,2 Prozentpunkte gestiegen. Danach folgen die Branchen Öffentliche Verwaltung sowie Verkehr, Lagerei und Kurierdienste mit jeweils 4,5 Prozent (2012: 4,4 Prozent bzw. 4,2 Prozent). Am niedrigsten unter den Branchen mit hohem Anteil DAK-Versicherter war der Krankenstand in der Branche Bildung, Kultur und Medien mit 3,1 Prozent (2012: 3,0 Prozent).
Unterschiede zwischen den Bundesländern	Die Unterschiede zwischen den Bundesländern stellen sich folgendermaßen dar: In den westlichen Bundesländern (mit Berlin) betrug der Krankenstand durchschnittlich 3,8 Prozent, in den östlichen Bundesländern 4,8 Prozent. In den westlichen Bundesländern streute der Krankenstand zwischen dem niedrigsten Wert in Höhe von 3,3 Prozent in Baden-Württemberg und dem höchsten im Saarland mit 4,5 Prozent. Brandenburg stand 2013 mit einem Wert von 5,0 Prozent an der Spitze des Krankenstandsgeschehens der Bundesländer.

Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport

Was Sie auf den folgenden Seiten erwartet

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

**Kapitel 1:
Datenbasis**

Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der Jahre 2010 bis 2013 im Überblick dar. Diesen Kennziffern ist zu entnehmen, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungsfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die DAK-Mitglieder überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.

**Kapitel 2:
Arbeitsunfähigkeiten
im Überblick**

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

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

In Kapitel 4 wird das diesjährige Schwerpunktthema behandelt: Die Altersgruppe der 25- bis 40-Jährigen und die „Rushhour des Lebens“. Mit der Rushhour des Lebens ist gemeint, dass in der Altersspanne von etwa 30 bis 40 Jahren viele Anforderungen aus Beruf und Karriere sowie Familie und Kinder gleichzeitig zu bewältigen sind. Neben der Darstellung von Arbeitsunfähigkeiten, Inanspruchnahme ambulanter Leistungen sowie Arzneimittelverordnungen der Altersgruppe 25-40 werden die Ergebnisse einer standardisierten Befragung vorgestellt, die die Altersgruppe unter der Rushhour Perspektive untersucht. Unter anderem steht die Belastung durch chronischen Stress, Work-Life Balance und Kinder-und-Karriere-Wünsche im Fokus.

**Kapitel 4:
Schwerpunktthema:
„Rushhour des Le-
bens“**

In Kapitel 5 erfolgen tiefer gehende Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen. Diese konzentrieren sich auf die Bereiche, in denen der größte Teil der Mitglieder der DAK-Gesundheit tätig ist.

**Kapitel 5:
Analyse nach
Wirtschaftsgruppen**

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

**Kapitel 6:
Regionale Analysen**

Der DAK-Gesundheitsreports 2014 schließt mit einer übergreifenden Zusammenfassung und wesentlichen Schlussfolgerungen der DAK-Gesundheit zum Schwerpunktthema.

**Kapitel 7:
Schlussfolgerungen**

Weitere Informationen, Erläuterungen und Tabellen

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

Anhang II: Tabellen Detaillierte Zahlenmaterialien zu den Arbeitsunfähigkeiten nach Regionen, Krankheitsarten und Wirtschaftsgruppen finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang II). Eine Übersicht über die aufgeführten Tabellen findet sich auf Seite 124.

Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen

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

Gesundheitsberichte der Ersatzkassen beruhen auf gemeinsamen Standard

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

Umstellung im Berechnungsverfahren

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

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

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

1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2013

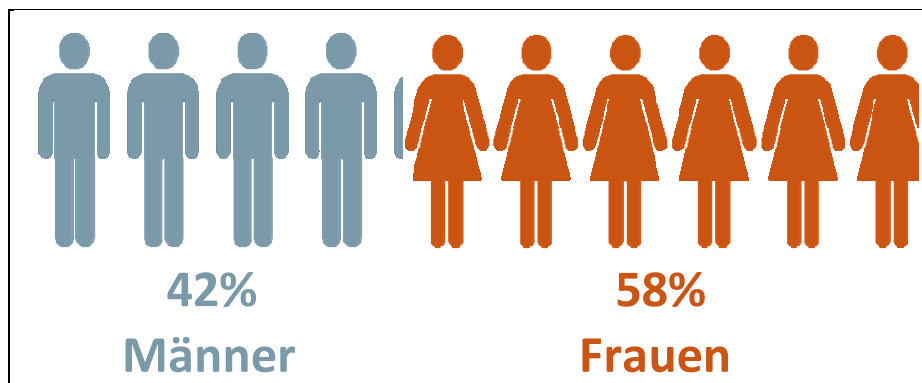
Der DAK-Gesundheitsreport 2014 berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2013 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK-Gesundheit waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK-Gesundheit hatten.

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

Die gesamte Datenbasis für das Berichtsjahr 2013 umfasst knapp 2,7 Mio. Mitglieder der DAK-Gesundheit, die sich zu 58 Prozent aus Frauen und zu 42 Prozent aus Männern zusammensetzen. Der Anteil der Männer ist in den letzten Jahren stetig gestiegen.

**Datenbasis 2013:
2,7 Mio. Mitglieder der
DAK-Gesundheit**

Abbildung 1: DAK-Mitglieder im Jahr 2013 nach Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

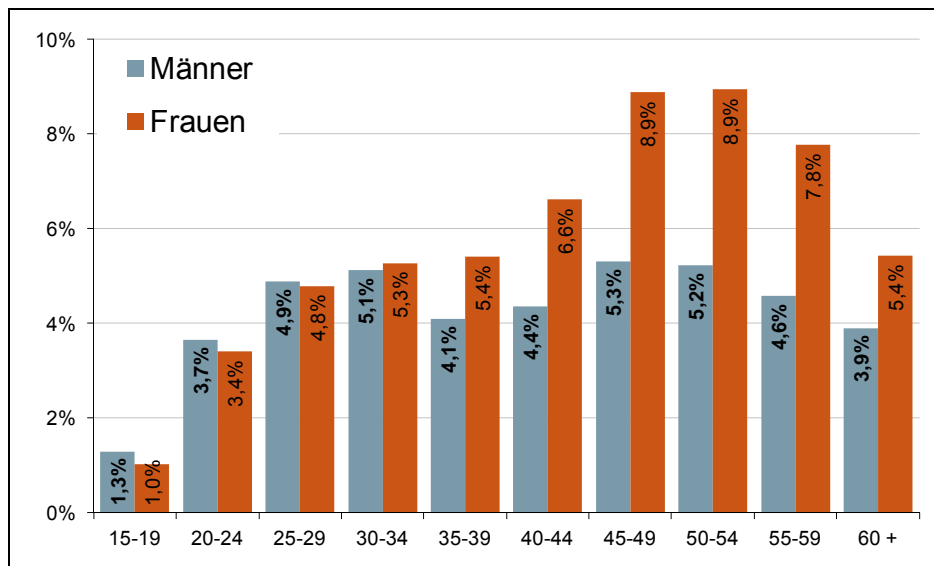
Die DAK-Gesundheit versichert aufgrund ihrer historischen Entwicklung als Angestelltenkrankenkasse insbesondere Beschäftigte in typischen Frauenberufen (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, in Büroberufen und Verwaltungen). Seit 1996 können auch andere Berufsgruppen Mitglied bei der DAK-Gesundheit werden.

Hinsichtlich der Datenbasis ist zu beachten, dass nicht alle erwerbstätigen Mitglieder über das ganze Jahr bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Daher werden die knapp 2,7 Mio. Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ umgerechnet. Für das Jahr 2013 umfasst die Datenbasis rund 2,4 Mio. Versichertenjahre.

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

Alle in diesem Gesundheitsreport dargestellten Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten schließen nur diejenigen Erkrankungsfälle ein, für die der DAK-Gesundheit im Jahr 2013 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Abbildung 2: Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen DAK-Mitglieder im Jahr 2013



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

In den Altersgruppen ab der Gruppe der 30- bis 34-Jährigen ist der Anteil der Frauen höher als der der Männer, zunächst nur geringfügig, ab der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen dann deutlich. In den unteren Altersgruppen stellen Männer einen geringfügig größeren Anteil.

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

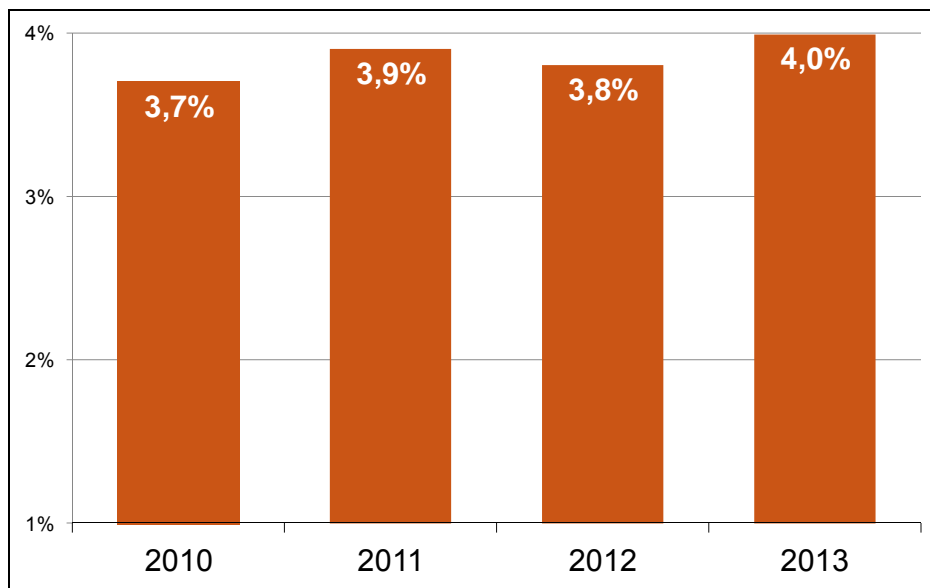
Zugleich sichert diese Vorgehensweise die Vergleichbarkeit der Krankenstandswerte mit den Zahlen anderer Ersatzkassen.

2 Arbeitsunfähigkeiten im Überblick

Der Krankenstand

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

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2013

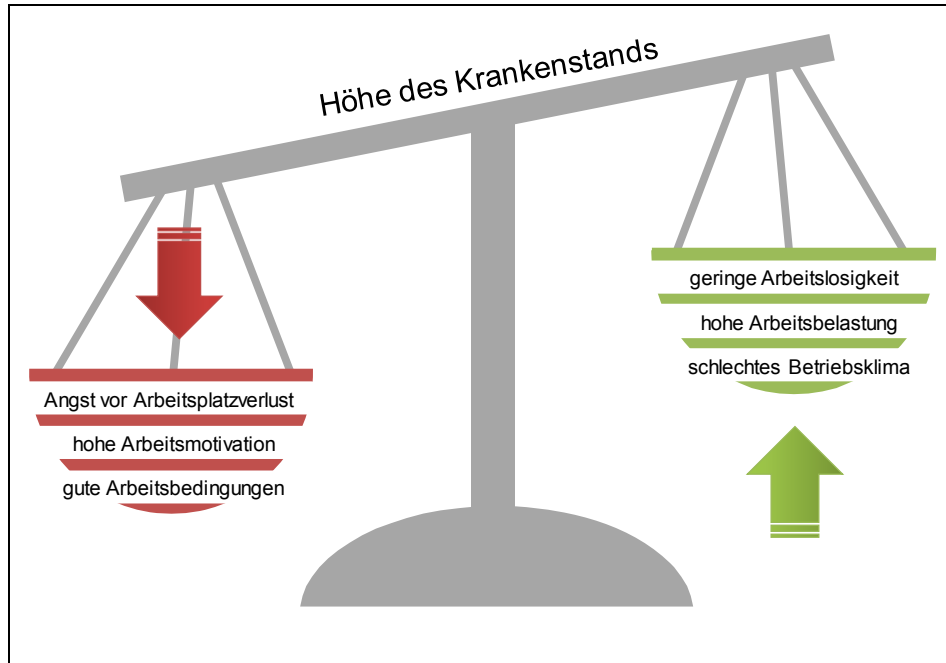
Der Krankenstand bewegt sich in den letzten Jahren insgesamt auf einem relativ niedrigen Niveau. Nach einem leichten Rückgang im vergangenen Jahr ist der Wert des Krankenstands im Jahr 2013 um 0,2 Prozentpunkte auf ein Niveau von 4,0 Prozent gestiegen.

**Krankenstand 2013
leicht gestiegen**

Einflussfaktoren auf den Krankenstand

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

Abbildung 4: Einflussfaktoren auf den Krankenstand



Quelle: DAK-Gesundheit 2013

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

Faktoren auf der volkswirtschaftlichen Ebene:

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

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

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

**Konjunktur und
Situation am
Arbeitsmarkt**

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

Weitere volkswirtschaftliche Faktoren sind:

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

**Wandel der
Beschäftigtenstruktur**

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

Betriebliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand:

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

**Steigende Stressbe-
lastung durch
Arbeitsverdichtung**

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

**Umsetzung von
betrieblicher Gesund-
heitsförderung**

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

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

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

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

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

Strukturmerkmale des Krankenstandes

Vertiefte Analyse des Krankenstands

Der Krankenstand ist eine komplexe Kennziffer, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Eine Betrachtung der einzelnen Faktoren ermöglicht ein weitergehendes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für das Jahr 2013 dargestellt werden, werden diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert:

„AU-Tage pro 100 ganzjährig versicherte Mitglieder“

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

„Krankenstand in Prozent“

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

„AU-Fälle bis zu 6 Wochen“ und

... „über 6 Wochen Dauer“

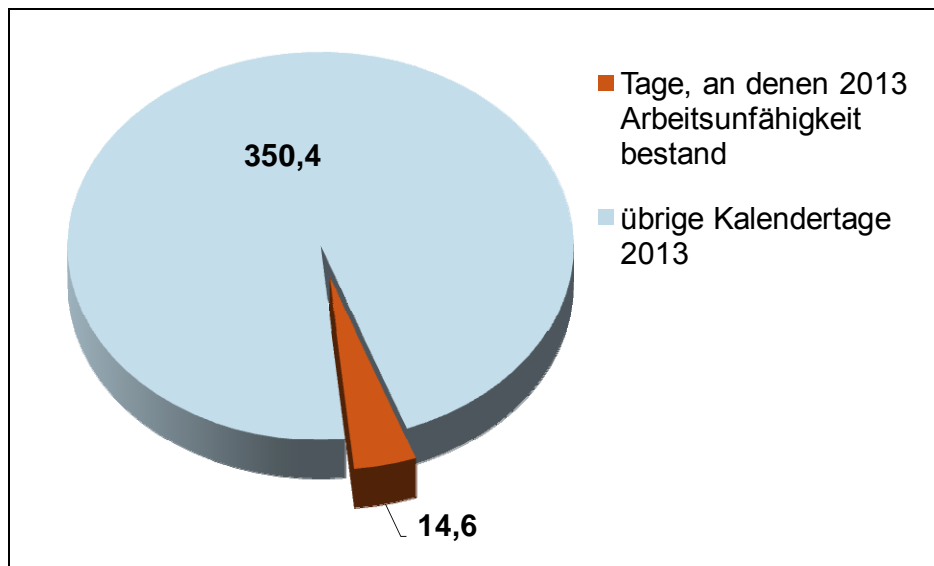
In der öffentlichen Diskussion über den Krankenstand genießen häufig die besonders kurzen Arbeitsunfähigkeiten größere Aufmerksamkeit. Solche Kurzfälle können in einem Unternehmen die Arbeitsabläufe erheblich stören – für die Krankenstandshöhe haben sie jedoch nur geringe Bedeutung.

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

Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

Bei 100 ganzjährig versicherten DAK-Mitgliedern wurden 2013 im Durchschnitt 1.455,8 Fehltage wegen Arbeitsunfähigkeit (AU) registriert. Der Krankenstand von 4,0 Prozent in 2013 wird aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnet: Verteilt man die im Jahr 2013 je 100 Versicherte angefallenen 1.455,8 Arbeitsunfähigkeitstage auf die 365 Kalendertage des Jahres 2013, so waren an jedem Tag 4,0 Prozent der DAK-versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.

Abbildung 5: AU-Tage eines durchschnittlichen DAK-Mitglieds 2013
(Basis: 365 Kalendertage)

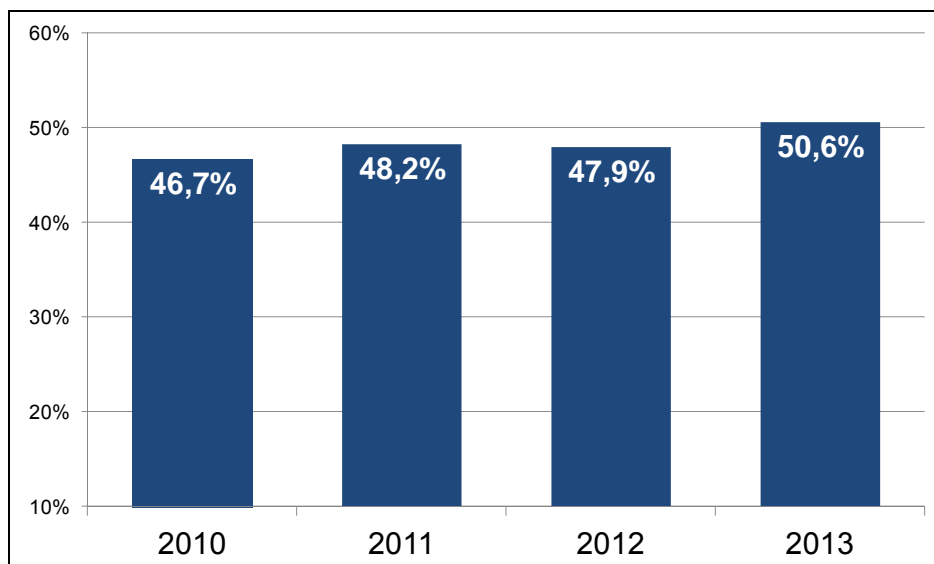


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Betroffenenquote

2013 hatten 50,6 Prozent der DAK-Mitglieder mindestens eine Arbeitsunfähigkeit. Anders als in den Vorjahren hatte demnach mehr als jeder Zweite mindestens eine Arbeitsunfähigkeit. Abbildung 6 zeigt die Betroffenenquoten für die Jahre 2010 bis 2013.

Abbildung 6: Betroffenenquote 2013 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2013

Die Betroffenenquote befindet sich zum ersten Mal in den letzten vier Jahren über 50 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr ist die Betroffenenquote im Jahr 2013 gestiegen.

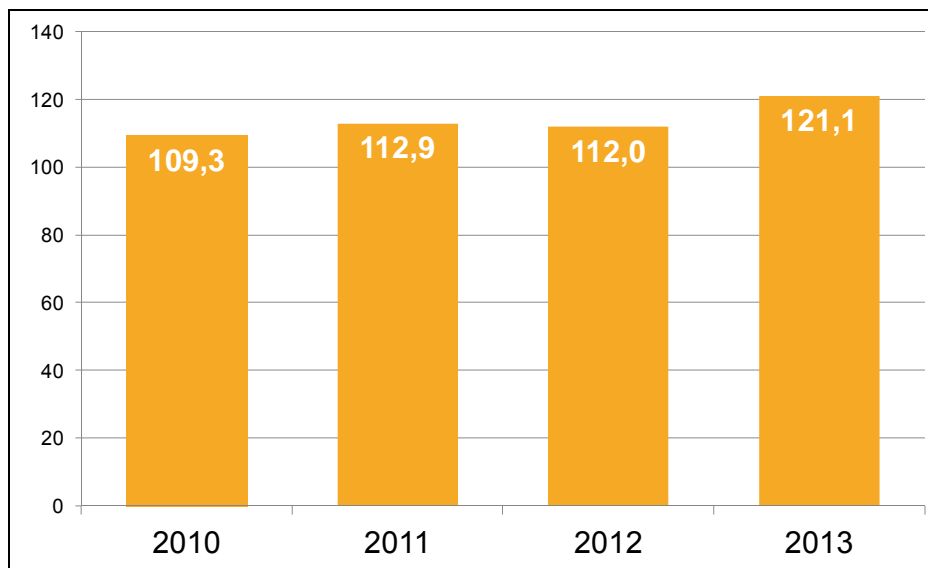
Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle ist im Jahr 2013 leicht gesunken, die Häufigkeit jedoch deutlich gestiegen, so dass das Krankenstandsniveau 2013 etwas über dem des Vorjahres liegt.

Die Erkrankungshäufigkeit lag 2013 mit 121,1 Erkrankungsfällen je 100 Versicherte über der im Vorjahr (2012: 112,0 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2013 durchschnittlich mit 1,2 Fällen (121,1 dividiert durch 100) mehr als einmal arbeitsunfähig.

121,1 Erkrankungsfälle pro 100 ganzjährig Versicherte

Abbildung 7: AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2013



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2013

In den Jahren 2010 bis 2012 war der Wert für die Erkrankungshäufigkeit nahezu unverändert. Der Wert für 2013 ist gegenüber dem des Vorjahres stark gestiegen.

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

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

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

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

Umstände können sowohl die tatsächliche Betroffenenquote als auch die tatsächliche Fallhäufigkeit und damit verbunden die tatsächlich angefallenen AU-Tage in einem Berichtsjahr über den erfassten Werten liegen.

**Untersuchung zur AU-
„Dunkelziffer“**

Um diese „Dunkelziffer“ zu quantifizieren, hat die DAK-Gesundheit im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt: Berücksichtigt man z. B. auch die AU-Fälle, die den Krankenkassen nicht bekannt werden – entweder weil die Betroffenen gar nicht beim Arzt waren oder weil die ärztliche Bescheinigung nicht bei der Krankenkasse eingereicht wurde – so ergibt sich eine im Durchschnitt um etwa 19 Prozent höhere Fallhäufigkeit. Übertragen auf die DAK-Mitglieder im Jahr 2013 bedeutet dieser Befund, dass die „wahre“ Häufigkeit von AU-Fällen geschätzt bei etwa 144 Fällen pro 100 Versicherte liegt.

**„Wahre“ Fallhäufigkeit um etwa
19 Prozent höher**

**„Wahrer“ Krankenstand um 5 Prozent
höher**

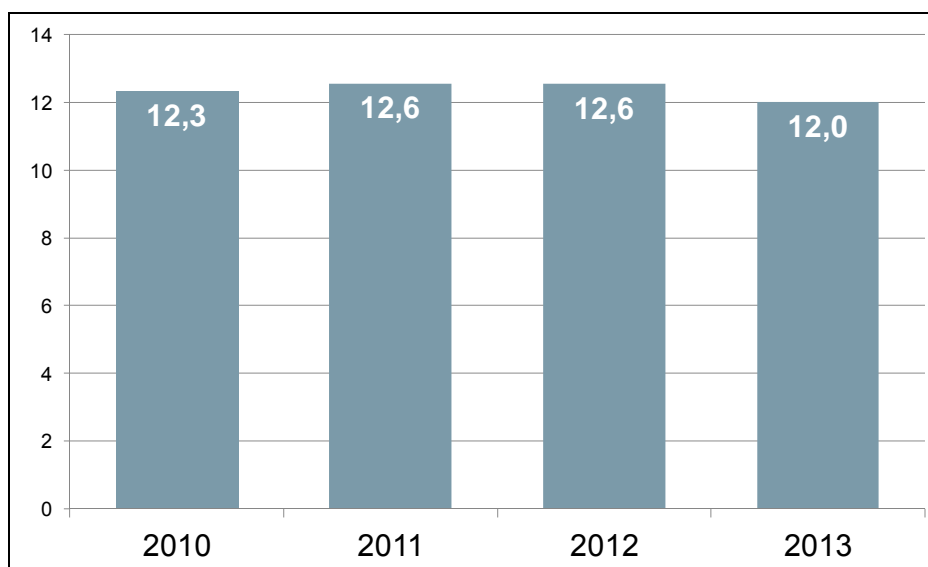
Aufgrund der geringen Dauer der nicht registrierten Fälle wird der „wahre“ Krankenstand dagegen nur um 5 Prozent unterschätzt. Korrigiert man den ermittelten DAK-Krankenstand 2013 von 3,99 Prozent um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer Krankenstand“ von etwa 4,19 Prozent.

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

Durchschnittliche Falldauer

Innerhalb der letzten vier Jahre hat sich die durchschnittliche Erkrankungsdauer nur unwesentlich verändert. Ein AU-Fall in 2013 dauerte im Durchschnitt 12,0 Tage. Der Wert liegt damit leicht unter dem des Vorjahres.

Abbildung 8: Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2013 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2013

Bedeutung der Arbeitsunfähigkeitsfälle unterschiedlicher Dauer

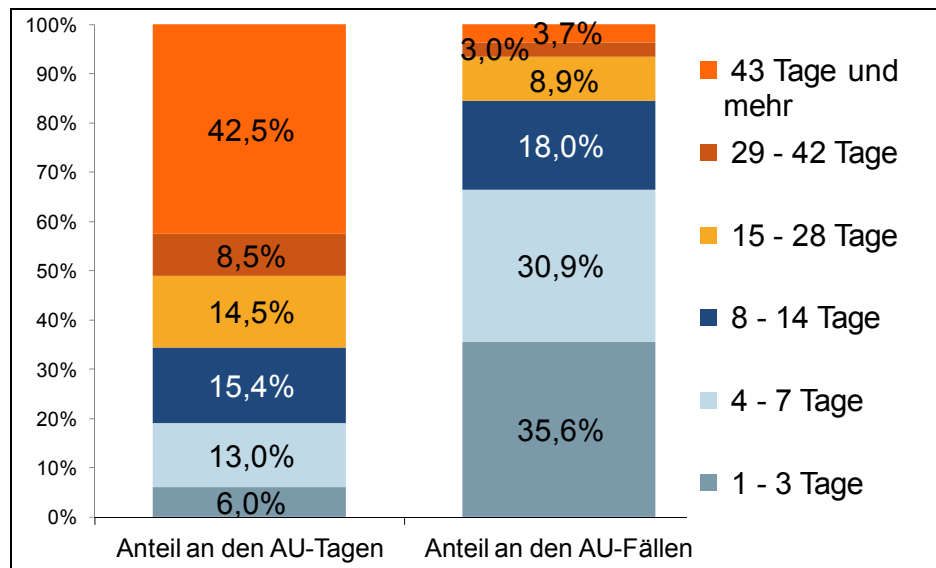
Hinter der Kennziffer „Krankenstand“ verbirgt sich ein sehr heterogenes Geschehen: Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt durch eine große Zahl von kurz dauernden und eine erheblich kleinere Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 9 veranschaulicht diesen Zusammenhang für das Berichtsjahr 2013:

- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machen 66,5 Prozent aller AU-Fälle aus (1 bis 3-Tages-Fälle 35,6 Prozent und 4 bis 7-Tages-Fälle 30,9 Prozent).
- Andererseits sind diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 19,0 Prozent der AU-Tage – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu drei Tagen Dauer verursachen nur 6,0 Prozent der Ausfalltage.

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

AU von kurzer Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand

Abbildung 9: Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2013 insgesamt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

2013 machen Langzeitarbeitsunfähigkeiten 42,5 Prozent des Krankenstandes aus

- 42,5 Prozent der AU-Tage entfielen auf nur 3,7 Prozent der Fälle, und zwar auf die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer. Damit ist im Vergleich zum Vorjahr der Anteil der Langzeitarbeitsunfähigkeiten an den AU-Fällen leicht zurückgegangen (2012: 4,0 Prozent). Ihr Anteil an den AU-Tagen ist um 1,9 Prozentpunkte gesunken (2012: 44,4 Prozent).

Um einen Rückgang von Langzeitarbeitsunfähigkeiten zu erreichen, bedarf es der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung, Rehabilitationsmaßnahmen sowie ein Wiedereingliederungsmanagement in Betrieben (BEM).

Langzeitarbeitsunfähigkeiten durch betriebliches Eingliederungsmanagement überwinden

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

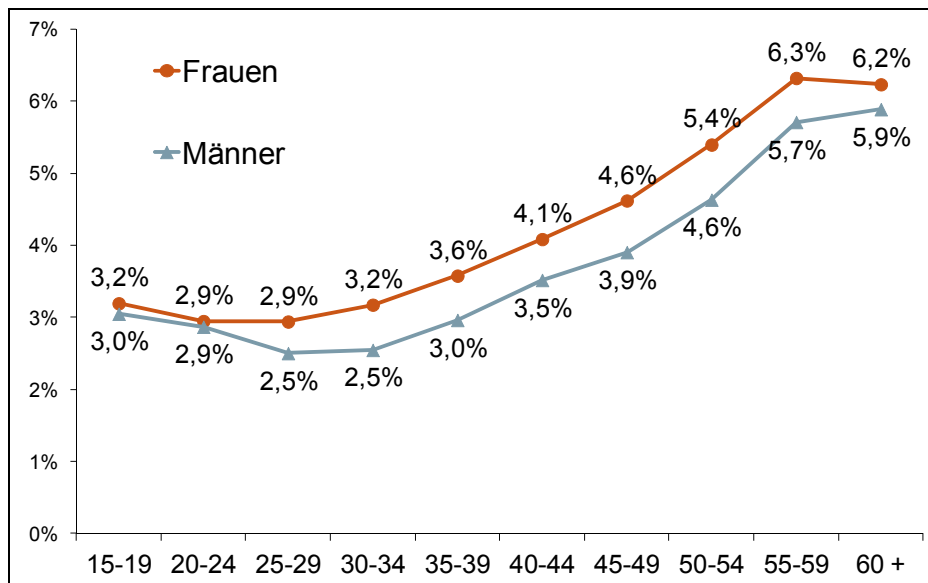
Zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gehören alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderung nachhaltig zu sichern.

Rehabilitationsträger und Integrationsämter bieten Betrieben Unterstützung

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

Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 10: Krankenstand 2013 nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten ist mit durchschnittlich 4,3 Prozent – wie auch in den Vorjahren – höher als der der männlichen Versicherten (3,7 Prozent). Wie der Altersverlauf zeigt, liegt der Krankenstand der Frauen praktisch in allen Altersgruppen über dem der Männer.

Krankenstand bei Frauen höher als bei Männern

Der höhere Krankenstand von Frauen ist im Wesentlichen auf eine höhere Fallhäufigkeit (130,4 Fälle bei Frauen gegenüber 113,1 Fällen bei Männern je 100 Versichertenjahre) zurückzuführen. Frauen arbeiten überdurchschnittlich viel in Berufsgruppen mit hohen Krankenständen. Die durchschnittliche Falldauer liegt bei Männern mit 12,1 Tagen leicht über der bei Frauen (12,0 Tage).

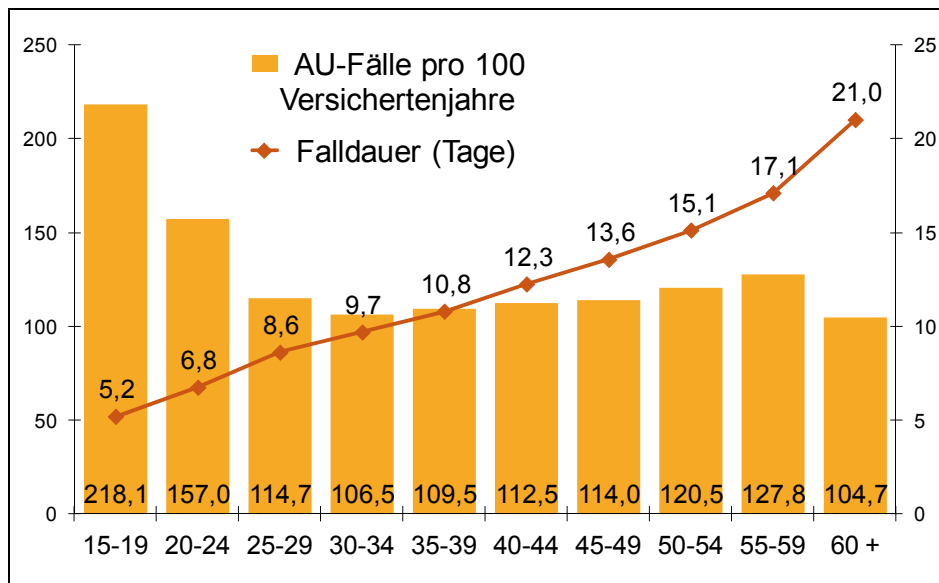
Und warum haben Männer einen niedrigeren Krankenstand als Frauen? Sind Männer gesünder als Frauen? Trotz des im Vergleich zu den Frauen niedrigen Krankenstandes gibt es mänderspezifische Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt, so ein Ergebnis des DAK-Gesundheitsreports 2008 zum Thema „Mann und Gesundheit“.

Männerspezifische Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt

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

Eine Erklärung für diesen insgesamt typischen Altersverlauf des Krankenstands liefert die Zerlegung des Krankenstandes in seine beiden Komponenten „Erkrankungshäufigkeit“ und „Erkrankungsdauer“.

Abbildung 11: Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2013



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Höchste Zahl von AU-Fällen bei den jüngsten Mitgliedern

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

In den jüngeren Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Abstand am häufigsten. Am auffälligsten ist die Gruppe der jüngsten Mitglieder: Bei den unter 20-Jährigen ist im Vergleich zu den Mitgliedern in den mittleren Altersgruppen und der höchsten Altersgruppe die Fallzahl mit rund 220 Fällen pro 100 Versicherte fast doppelt so hoch.

Schwerpunktthema 2011: „Gesundheit junger Arbeitnehmer“

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

Mit zunehmenden Alter dauern Arbeitsunfähigkeiten länger

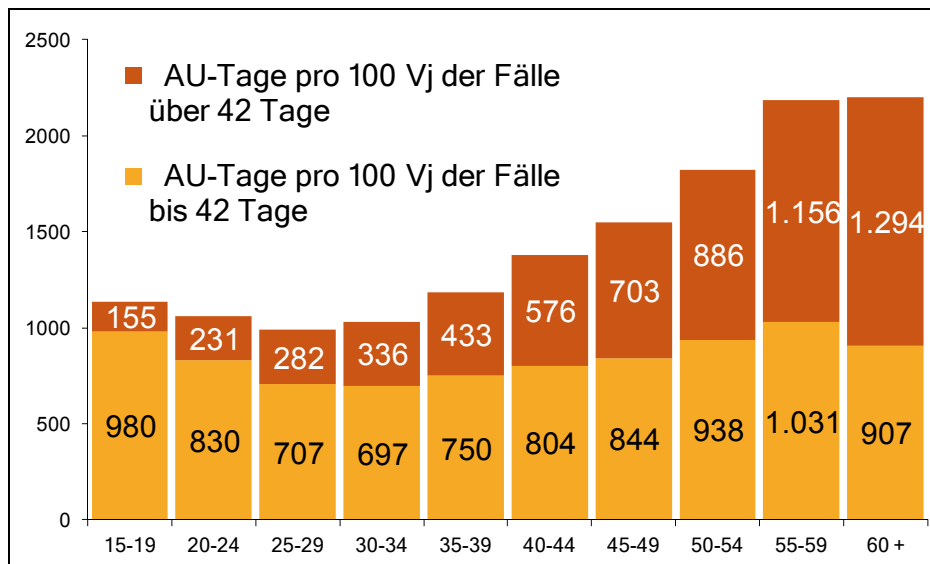
Mit anderen Worten: Jüngere Arbeitnehmer werden in der Regel zwar häufiger, allerdings meist nur wenige Tage krank. Eine durchschnittliche Erkrankung eines 15- bis 19-Jährigen dauerte beispielsweise nur 5,2 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 17,1 Tage.

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

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

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

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

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

Während bei den 15- bis 19-Jährigen lediglich ein Anteil von 13,7 Prozent (155 von (155+980)) des Krankenstandes auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, beträgt dieser Wert in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 58,8 Prozent (1.294 von (1.294+907)). Mit anderen Worten: Bei den über 60-Jährigen werden rund 60 Prozent des Krankenstandes durch Erkrankungen von über sechs Wochen Dauer verursacht.

3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Auswertung der medizinischen Diagnosen

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

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

Ausgangspunkt dieser Analyse sind die Angaben der Ärzte zu den medizinischen Ursachen für eine Arbeitsunfähigkeit, die mithilfe eines internationalen Schlüsselsystems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden.⁴

Die wichtigsten Krankheitsarten

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

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie auf psychische Erkrankungen entfallen 2013 mehr als die Hälfte aller Krankheitstage (53,4 Prozent)⁵:

Muskel-Skelett-Erkrankungen auch 2013 an der Spitze ...

Im Jahr 2013 hatten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems einen Anteil von 21,5 Prozent am Krankenstand. Mit 313,0 AU-Tagen je 100 Versicherte lag diese Krankheitsart – wie schon in den Vorjahren – beim Tagevolumen an der Spitze. Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit lagen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 17,2 Erkrankungsfällen pro 100 Versicherte an zweiter Stelle.

... und leichter Rückgang gegenüber dem Vorjahr

Der Krankenstand wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ist 2013 im Vergleich zum Vorjahr (2012: 325,9 AU-Tage pro 100 Versicherte) gesunken.

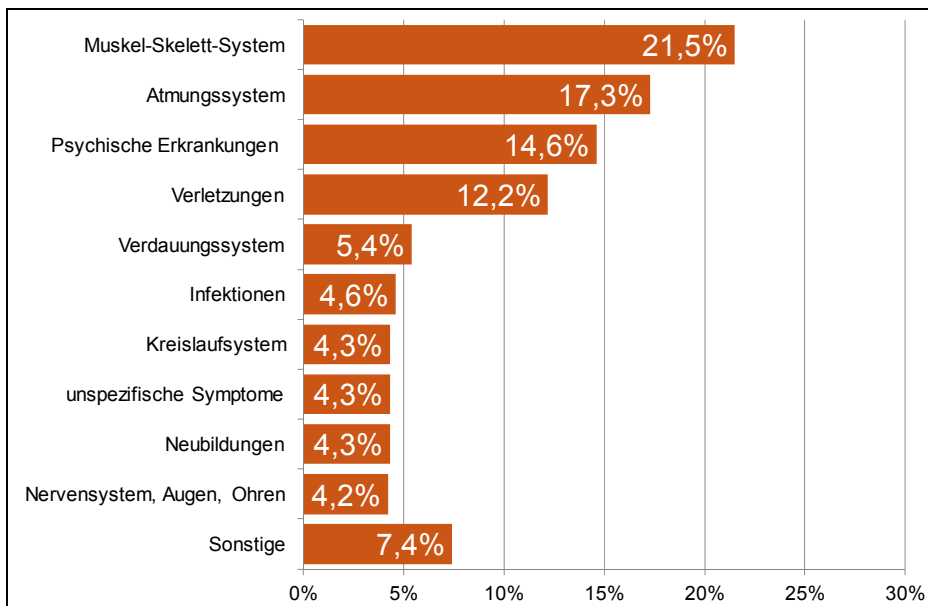
Gesundheitsreport 2003

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

⁴ Vgl. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>

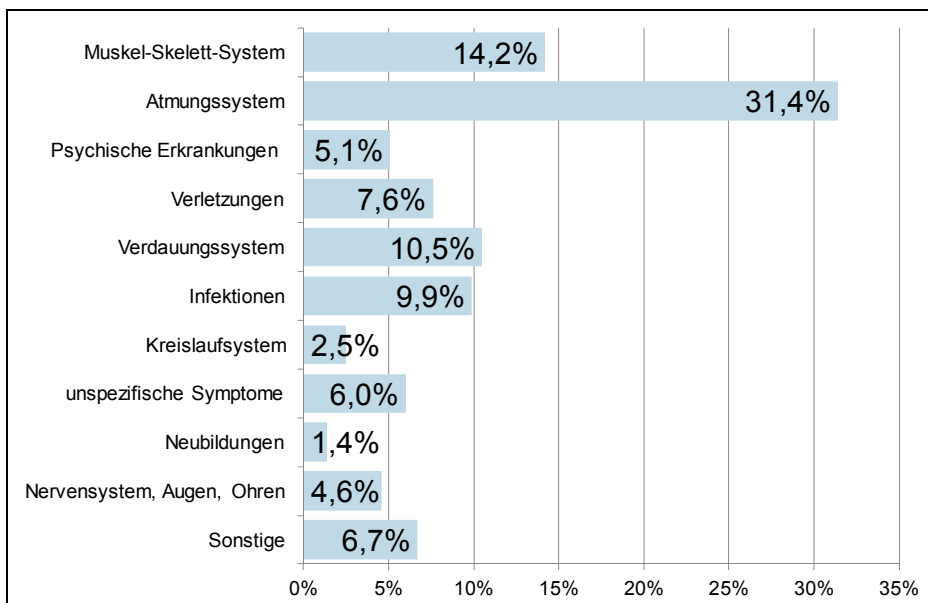
⁵ Abweichungen in der Summenbildung können rundungsbedingt auftreten.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Atemwegserkrankungen weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: 2013 entfielen 31,4 Prozent aller Krankheitsfälle auf derartige Diagnosen. 100 ganzjährig Versicherte waren im Durchschnitt 38 Mal wegen Diagnosen aus dieser Krankheitsart arbeitsunfähig.

Atemwegserkrankungen: Deutlicher Anstieg der AU-Tage	<p>Im Vergleich zum Vorjahr ist die Erkrankungshäufigkeit des Atmungssystems deutlich gestiegen. Im Jahr 2012 lag die Fallhäufigkeit noch bei 30,7 AU-Fällen je 100 ganzjährig Versicherte, die Anzahl der AU-Tage insgesamt ist von 203,1 im Jahr 2012 auf 252,4 pro 100 Versicherte in 2013 gestiegen. Dies entspricht einem Anstieg von 24 Prozent der AU-Fälle und auch der AU-Tage.</p> <p>Bei den meisten Erkrankungen des Atmungssystems handelt es sich um eher leichte Erkrankungen, denn die durchschnittliche Falldauer von 6,6 Tagen ist vergleichsweise kurz. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dauern durchschnittlich 18,2 Tage. Noch länger dauern psychische Erkrankungen (durchschnittlich 34,2 Tage). Erkrankungen des Atmungssystems standen mit einem Anteil von 17,3 Prozent am Krankenstand aufgrund der hohen Fallhäufigkeit an zweiter Stelle des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens.</p>
Anstieg der AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen	<p>An dritter Stelle stehen hinsichtlich des AU-Tage-Volumens die psychischen Erkrankungen mit 14,6 Prozent der Ausfalltage. Im Vergleich zum Vorjahr ist mit 212,8 AU-Tagen pro 100 Versicherte ein weiterer Anstieg der Fehltag festzustellen (2012: 203,5 AU-Tage). Auch die Erkrankungshäufigkeit mit durchschnittlich 6,2 Fällen ist gegenüber dem Vorjahr weiter angestiegen (2012: 6,1 AU-Fälle je 100 VJ).</p>
„Psychische Erkrankun- gen“ Schwerpunkt in den Jahren 2002, 2005 und 2013	<p>Nach epidemiologischen Studien gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen. Die gestiegene Bedeutung von psychischen Erkrankungen hat die DAK bereits mit Sonderanalysen in den Gesundheitsreporten 2002, 2005 und 2013 berücksichtigt. Die aktuellen Entwicklungen dazu finden Sie im nachfolgenden Abschnitt.</p>
Leichter Anstieg der AU-Tage wegen Verletzungen	<p>Verletzungen weisen mit 177,1 AU-Tagen pro 100 Versicherte einen Anteil von 12,2 Prozent am Krankenstand auf. Der einzelne Fall dauerte im Durchschnitt 19,1 Tage und es traten 2012 insgesamt 9,3 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte auf. Im Vergleich zum Vorjahr stieg das AU-Volumen (2012: 175,7 AU-Tage pro 100 Versicherte). Der Anteil der AU aufgrund von Verletzungen am Gesamtkrankenstand blieb dabei konstant (2012: 12,2 Prozent).</p>
	<p>Krankheiten des Verdauungssystems hatten 2013 einen Anteil von 5,4 Prozent am Krankenstand. Damit ist ihr Anteil am Krankenstand um 0,2 Prozentpunkte gesunken. Generell sind Erkrankungen dieses Diagnosespektrums von vergleichsweise kurzer Falldauer, dafür eher von größerer Häufigkeit. In 2013 traten 12,7 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte mit einer durchschnittlichen Falldauer von 6,2 Tagen auf. Daraus resultiert ein Fehltagvolumen von 78,4 Tagen pro 100 Versicherte.</p>
	<p>Im Vergleich zum Vorjahr haben Diagnosen dieser Krankheitsart in ihrer Bedeutung für den Gesamtkrankenstand leicht abgenommen (2012: Anteil von 5,6 Prozent).</p>
	<p>Unter den zehn wichtigsten Krankheitsarten befinden sich über die genannten hinaus Infektionen und parasitäre Krankheiten, Kreislauferkrankungen, Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, Neubildungen (u. a. Krebserkrankungen) sowie Erkrankungen des Nervensystems, der Augen und der Ohren. Unter die Diagnosegruppe „Symptome“ fallen Krankheitssymptome oder (Labor-) Befunde, deren Ursache (bisher) nicht festgestellt werden kann. Dies können u. a. körperliche Beschwerden ohne zugrunde liegende bzw. feststellbare</p>

krankhafte Organveränderungen sein (z. B. Schmerzen, für die keine Grunderkrankung gefunden werden kann).

Aktuelle Entwicklungen bei psychischen Erkrankungen

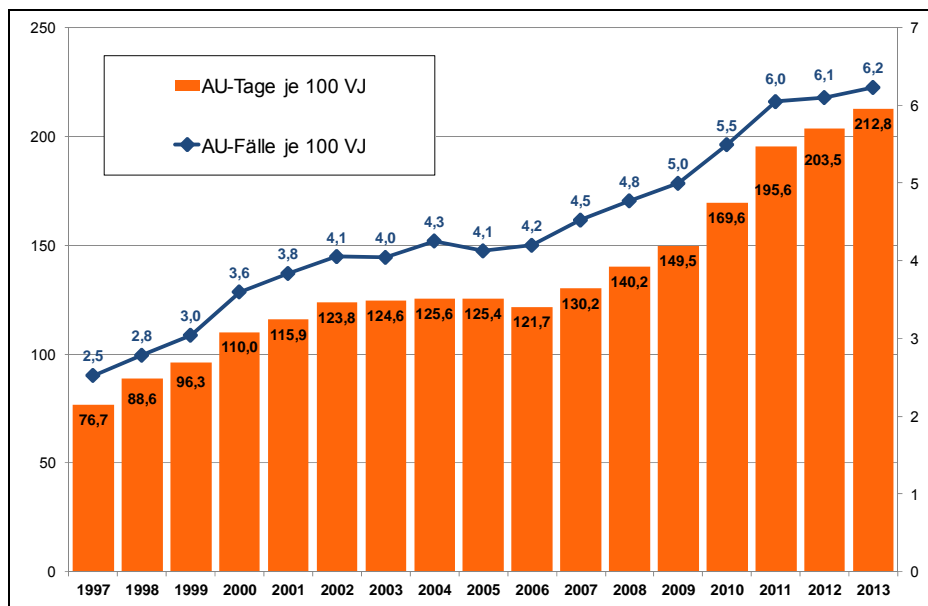
Der Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen ist eine der auffälligsten Entwicklungen in Bezug auf die Krankenstandskennziffern in den letzten Jahren. Der DAK-Gesundheitsreport verfolgt diese Entwicklung seit Jahren.

Im DAK-Gesundheitsreport 2012 finden sich zahlreiche Sonderanalysen zu diesem Thema. Die nachfolgenden beiden Abbildungen fassen die aktuellen Entwicklungen zusammen.

Es zeigt sich in Abbildung 15, dass auch im Jahr 2013 die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen weiter angestiegen ist. Mit 212,8 Fehltagen bezogen auf 100 Versichertenjahre sind es 4,6 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Zahl der Krankschreibungsfälle stieg nur leicht von 6,1 Fällen im Jahr 2012 auf 6,2 Fälle je 100 Versichertenjahre im Jahr 2013.

Nach dem relativ steilen Anstieg der Entwicklung zwischen den Jahren 2005 und 2011 entwickelt sich der Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen nun etwas moderater.

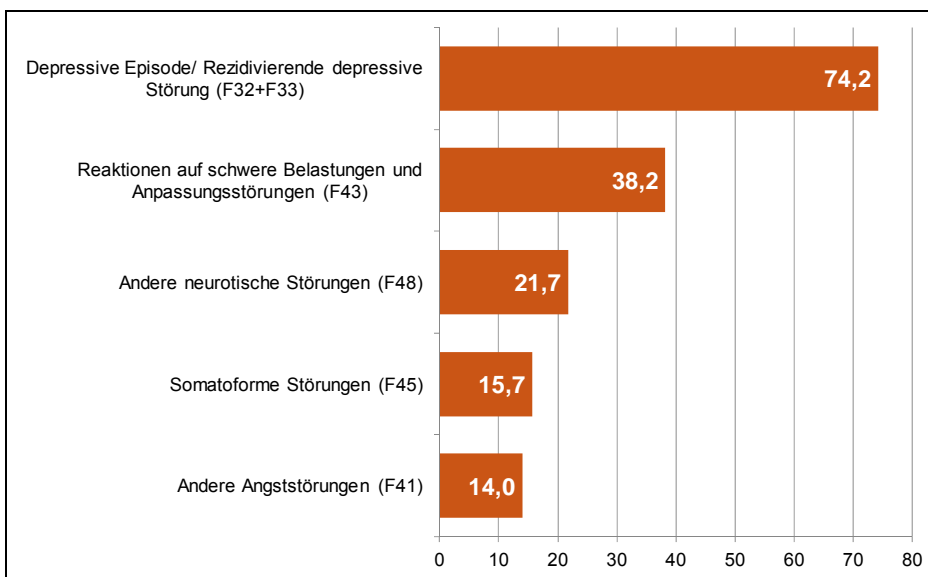
Abbildung 15: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997 - 2013

Welche Einzeldiagnose sich in welchem Umfang hinter den psychischen Erkrankungen (ICD 10 F00-F99) im Einzelnen verbirgt, zeigt Abbildung 16, in der die Fehltage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen dargestellt sind. Die weitaus meisten Fehltage werden demnach durch Depressionen verursacht.

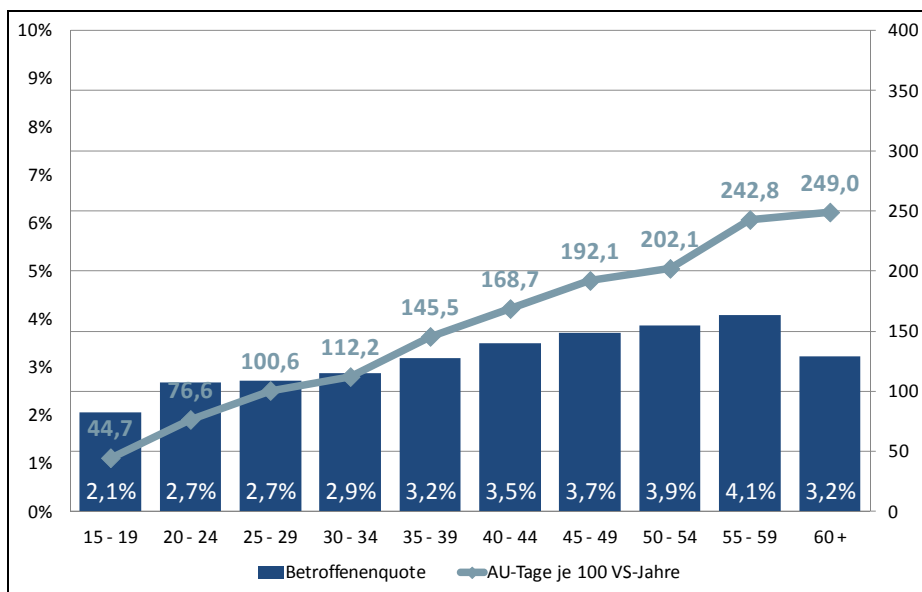
Abbildung 16: AU-Tage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

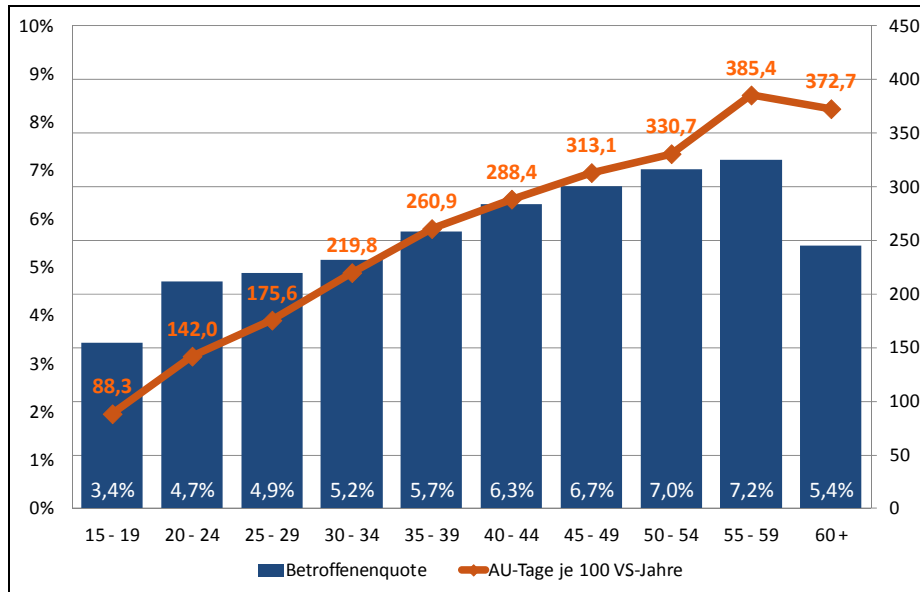
AU-Tage und Betroffenenquote bei Psychischen Erkrankungen nehmen mit dem Alter zu. Die jüngsten Altersgruppen weisen die geringsten Betroffenenquote und die wenigsten AU-Tage (je 100 VJ) auf, bei den 55-59-Jährigen ist die Betroffenenquote am höchsten. Erst die über 60-Jährigen sind wieder weniger häufig betroffen. Bei Frauen verursachen die 55-59-Jährigen auch die meisten AU-Tage (je 100 VJ). Bei den Männern ist es die älteste Altersgruppe (60-64), die die meisten Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen verursacht. Betroffenenquote und Arbeitsunfähigkeitsvolumen wegen psychischer Erkrankungen ist bei Frauen deutlich höher als bei Männern.

Abbildung 17: Arbeitsunfähigkeit wegen Psychischer Erkrankungen (F00-F99): Betroffenenquote und AU-Tage pro 100 VJ nach Altersgruppen - Männer



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2013

Abbildung 18: Arbeitsunfähigkeit wegen Psychischer Erkrankungen (F00-F99): Betroffenenquote und AU-Tage pro 100 VJ nach Altersgruppen - Frauen



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2013

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

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

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems haben bei Männern mit einem Anteil von 23,6 Prozent an den AU-Tagen eine größere Bedeutung als bei Frauen (19,4 Prozent). Krankheiten des Atmungssystems haben hingegen bei den Frauen eine größere Bedeutung als bei Männern (18,3 Prozent gegenüber 16,4 Prozent). Hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand lagen diese beiden Erkrankungsgruppen bei Frauen und Männern auf den ersten beiden Plätzen.

Verletzungen: deutlich mehr AU-Tage bei Männern

An dritter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten folgten bei den Männern Verletzungen mit einem Anteil von 15,3 Prozent. Verletzungen hatten bei den Männern einen deutlich höheren Anteil am Krankenstand als bei Frauen (8,9 Prozent), bei denen diese erst den vierten Rang einnehmen.

Psychische Erkrankungen: mehr AU-Tage bei Frauen

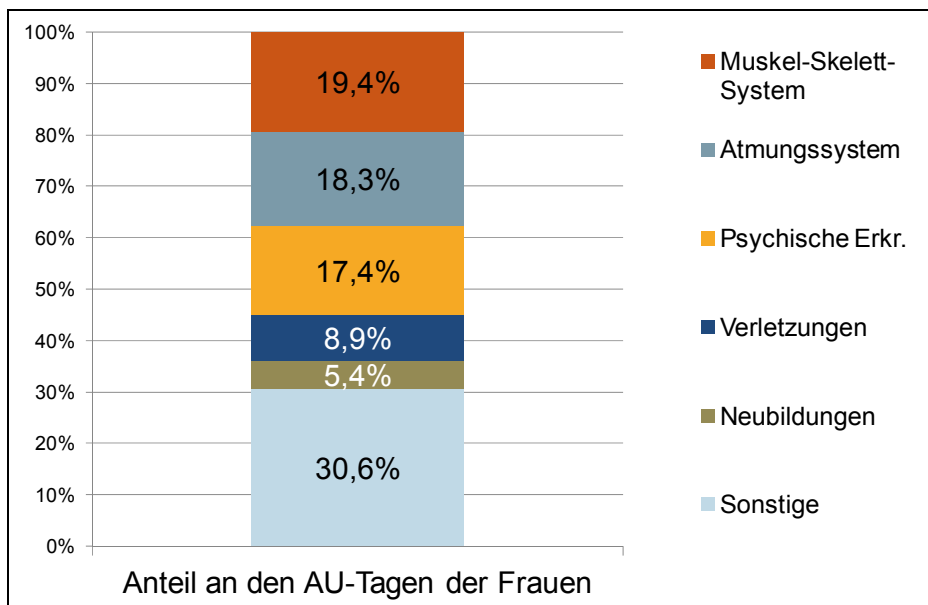
Bei den Frauen stehen – nach Krankheiten des Atmungssystems – psychische Erkrankungen an dritter Stelle mit einem Anteil von 17,4 Prozent an den AU -Tagen. Bei den Männern nehmen psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 11,9 Prozent den vierten Rang ein.

Erkrankungen des Verdauungssystems Platz fünf bei Männern

An fünfter Stelle stehen bei Männern die Erkrankungen des Verdauungssystems mit einem Anteil von 5,9 Prozent am Krankenstand. Mit einem Anteil von 4,8 Prozent nehmen diese Erkrankungen bei Frauen keinen der vorderen fünf Plätze ein. Im Vergleich zum Vorjahr ist bei Männern ein geringfügiger Rückgang der AU-Tage pro 100 Versichertenjahre zu erkennen.

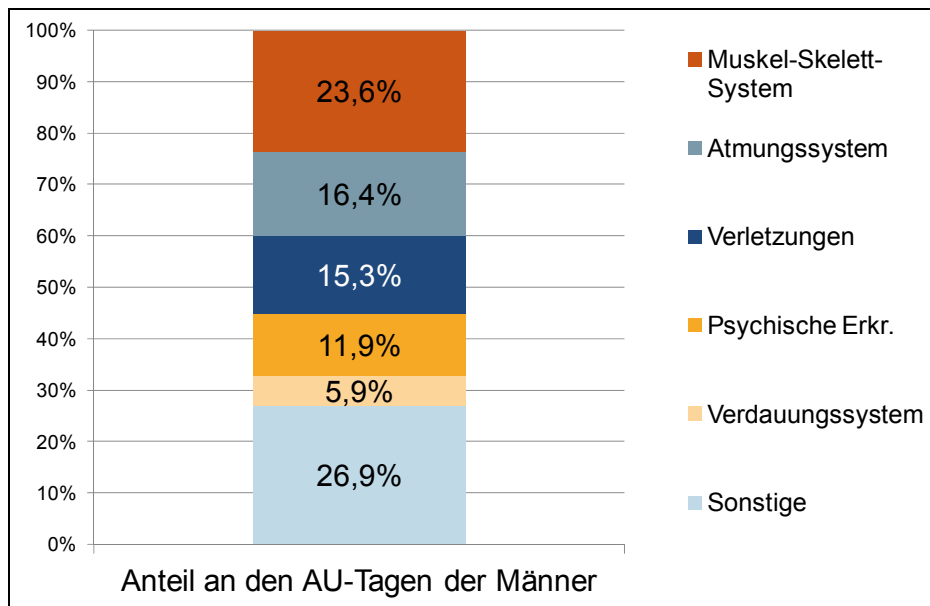
Bei Frauen stehen an fünfter Stelle mit einem Anteil von 5,4 Prozent an den AU-Tagen Neubildungen.

Abbildung 19: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Frauen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Abbildung 20: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Männern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Ferner wird aus Abbildung 19 und Abbildung 20 deutlich, dass bei Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (30,6 Prozent) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei Männern (26,9 Prozent). Dies ist besonders auf den bei Frauen im Vergleich zu den Männern hohen Anteil an Erkrankungen des Urogenitalsystems (2,4 Prozent im Vergleich zu 1,1 Prozent) und Schwangerschaftskomplikationen (1,5 Prozent) zurückzuführen.

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Abbildung 21 zeigt die Bedeutung der fünf wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 22 in den fünf höheren Altersgruppen. Wie aus den Abbildungen ersichtlich wird, steigt die Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, und zwar von 8,2 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen auf 27,3 Prozent bei den über 60-Jährigen.

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

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems verhält es sich genau umgekehrt: Ihr Anteil am Krankenstand ist in der jüngsten Altersgruppe mit 27,9 Prozent am höchsten. Mit den Jahren nimmt ihre Bedeutung für den Gesamt Krankenstand jedoch ab. Bei den über 60-Jährigen entfallen nur noch 11,7 Prozent aller Ausfalltage auf Erkrankungen mit dieser Diagnose (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2011: „Wie gesund sind junge Arbeitnehmer?“).

Auf die Krankheitsart Verletzungen entfallen bei den jüngsten DAK-Mitgliedern 20,9 Prozent aller Krankheitstage. In der obersten Altersgruppe liegt ihr Anteilswert nur noch bei 9,7 Prozent. Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursa-

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems im Alter

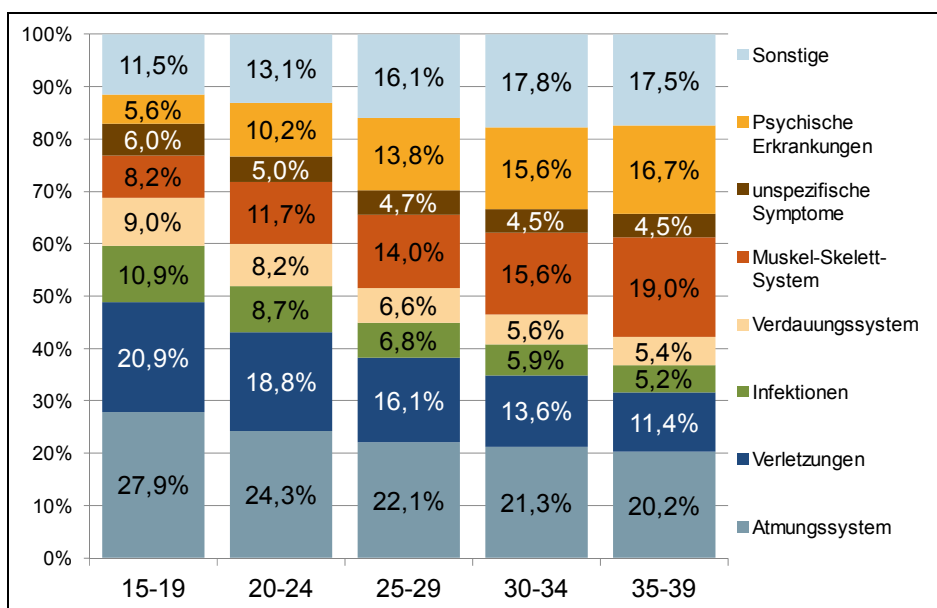
Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems bei den Jüngsten am höchsten

Fehltage aufgrund von Verletzungen sind mit zunehmenden Alter rückläufig

che, was u. a. auf ein anderes Freizeitverhalten und eine größere Risikobereitschaft zurückgeführt werden kann.

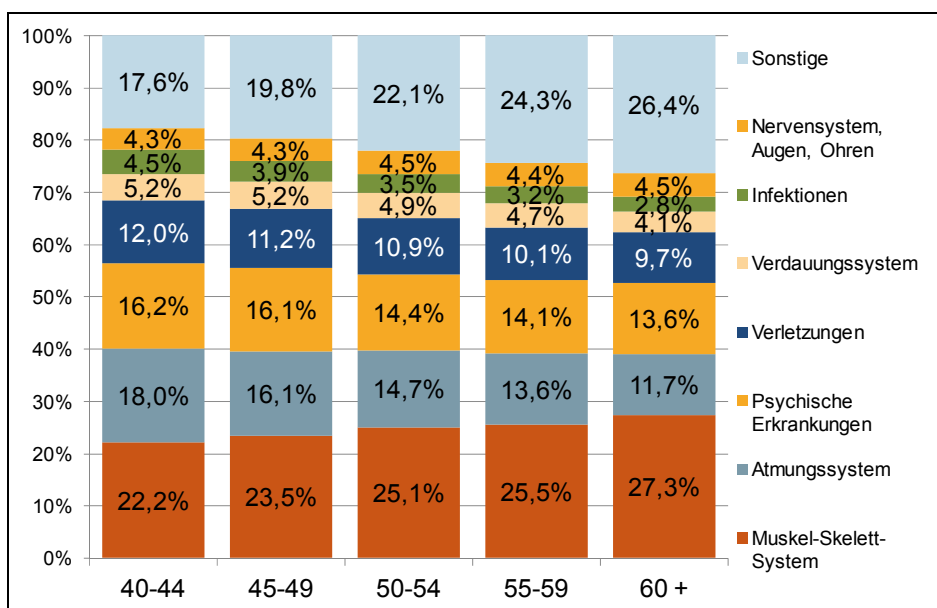
Der Anteil der psychischen Störungen am Gesamtankenstand steigt von 5,6 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 16,7 Prozent bei den 35- bis 39-Jährigen an. Ab dem 40. Lebensjahr nimmt die relative (!) Bedeutung psychischer Erkrankungen (bei insgesamt steigendem Krankenstandslevel) dann wieder ab. Ihr Anteil liegt bei den über 60-Jährigen nur noch bei 13,6 Prozent.

Abbildung 21: Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Abbildung 22: Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Auch Infektionskrankheiten haben hinsichtlich ihrer Altersverteilung eine mit zunehmendem Alter abnehmende Bedeutung für den Krankenstand. Erkrankungen mit dieser Diagnose sind bei den 15- bis 19-Jährigen für 10,9 Prozent des Krankenstands verantwortlich, bei den über 60-Jährigen ist der Anteil mit 2,8 Prozent deutlich geringer.

Alles in allem muss bei der Interpretation der Zahlen berücksichtigt werden, dass der sinkende Anteil einiger Krankheitsarten mit zunehmendem Alter zu einem Teil darauf zurückzuführen ist, dass andere Krankheitsarten in ihrer Bedeutung deutlich zunehmen. Durch das insgesamt steigende Krankenstandsniveau kann die relative Bedeutung einer Krankheitsart trotz gleich bleibender Zahl von Ausfalltagen sinken.

Infektionskrankheiten

Die wichtigsten Einzeldiagnosen

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

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

Um Geschlechtsunterschiede erweiterte Tabelle im Anhang II

An der Spitze der AU-Tage stehen aus der Gruppe der Erkrankungen des Atmungssystems „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (J06) als wichtigste Einzeldiagnose. Weitere wichtige Einzeldiagnosen dieser Erkrankungsgruppe waren „akute Bronchitis“ (J20) sowie „sonstige Bronchitis“ (J40).

Rang 1: Akute Atemwegsinfektionen

Auf Rang 2 stehen „Rückenschmerzen“ (M54). Weitere wichtige Einzeldiagnosen, die unter die Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems fallen, sind „sonstige Bandscheibenschäden“ (M51) sowie „Binnenschädigung des Kniegelenkes“ auf Platz 5 (M23) und „Schulterläsionen“ (M75).

Rang 2: Rückenbeschwerden

An dritter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen wie im Vorjahr „depressive Episoden“ (F32). Vier weitere wichtige Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen, die zu den insgesamt 20 wichtigsten Einzeldiagnosen zählen, sind „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43), „andere neurotische Störungen“ (F48) sowie die „somatoformen Störungen“ (F45) und die „rezidivierenden depressiven Störungen“ (F33). Für alle psychischen Diagnosen gilt, dass ihr Anteil an den AU-Fällen erheblich geringer ist als ihr Anteil an den AU-Tagen. Das bedeutet, dass es sich hier zumeist um längerfristige Krankheitsfälle handelt. „andere Angststörungen“ (F41) belegen Platz 19.

Rang 3: Depressive Episoden

Rang 4: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2013

ICD 10	Diagnose	AU-Anteil AU-Tag	Anteil AU-Fälle
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	6,7%	13,7%
M54	Rückenschmerzen	6,1%	5,7%
F32	Depressive Episode	5,1%	1,2%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,6%	1,4%
J20	Akute Bronchitis	2,1%	3,3%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2,0%	0,6%
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	1,7%	4,6%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,7%	2,8%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,6%	1,4%
F48	Andere neurotische Störungen	1,5%	0,8%
M75	Schulterläsionen	1,5%	0,6%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,4%	0,6%
F33	Rezidivierende depressive Störung	1,4%	0,3%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,3%	2,7%
F45	Somatoforme Störungen	1,1%	0,6%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,1%	0,4%
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1,1%	0,1%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	1,0%	2,6%
F41	Andere Angststörungen	1,0%	0,3%
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1,0%	0,2%
		43,0%	43,9%

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Erst an neunter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen 2013 die „Verletzungen einer nicht näher bezeichneten Körperregion“ (T14). Darüber hinaus sind aus der Gruppe der Verletzungen „Luxationen, Verstauchungen und Zerrungen des Kniegelenks und von Bändern des Kniegelenks“ (S83), „Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes“ (S82) wichtige Einzeldiagnosen in 2013.

**Allgemeine
Verletzungen
auf Platz 9**

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fallen außerdem die so genannten Magen-Darm-Infektionen „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs“ (A09) und als Erkrankung des Verdauungssystems die „nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis“ (K52). Darüber hinaus sind sonstige Viruserkrankungen zu finden, „Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation“ (B34). Ebenfalls unter den 20 wichtigsten Einzeldiagnosen findet sich der Brustkrebs „bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“ (C50).

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr:

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

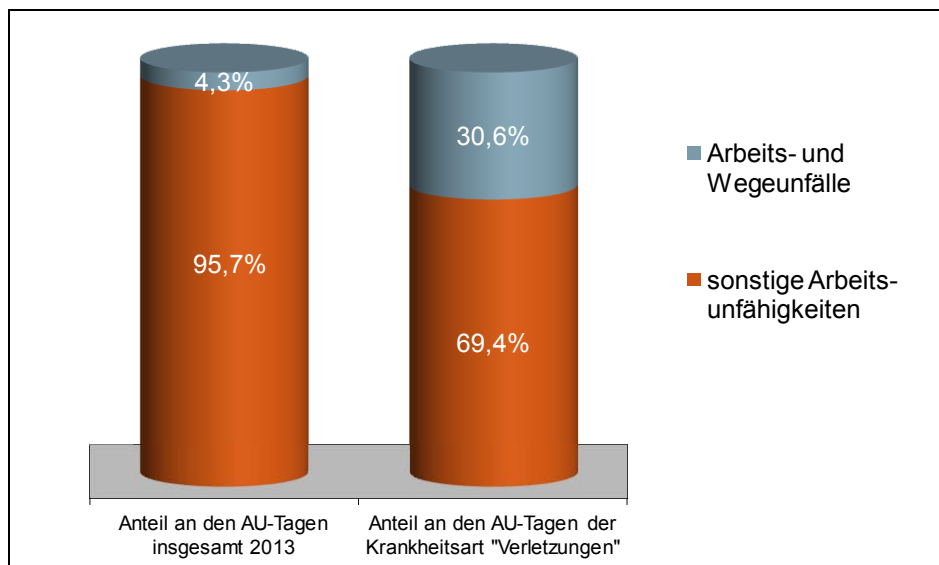
Die Einzeldiagnose „akute Infektionen an mehreren nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ stieg von 5,0 Prozent auf 6,7 Prozent. Die Diagnose Rückenschmerzen sank von 7,0 Prozent auf 6,1 Prozent in ihrer Bedeutung. Ein Anstieg bei den depressiven Episoden von 4,8 Prozent auf 5,1 Prozent war zu beobachten und ein Anstieg der akuten Bronchitis von 1,8 Prozent auf 2,1 Prozent.

Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen

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

In den Daten der DAK-Gesundheit ist vermerkt, wenn beim Krankheitsfall eines Mitgliedes aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen oder auch Berufskrankheiten eine Leistungspflicht eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers besteht. Da Berufskrankheiten nur einen verschwindend geringen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben, beschränkt sich die Analyse in diesem Kapitel auf die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen.

Abbildung 23: Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

2013 wurden je 100 ganzjährig versicherter DAK-Mitglieder 62,7 AU-Tage und 3,1 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamtkrankenstand betrug 4,3 Prozent.

Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier rund 31 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle am Gesamtkrankenstand (2012: 4,4 Prozent) in etwa gleich geblieben. Als Anteil an der Krankheitsart „Verletzungen“ haben Arbeits- und Wegeunfälle gegenüber dem Vorjahr (2012: 34,8 Prozent in 2012) abgenommen.

4 Schwerpunktthema: Die Rushhour des Lebens. Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie

Exposition: Die „Rushhour des Lebens“

Wissenschaftler und Journalisten sprechen in den letzten Jahren vermehrt von der so genannten „Rushhour“ des Lebens: eine Verdichtung gleichzeitig auftretender Anforderungen aus Familie und Beruf, die die Lebensphase im Alter von 30 bis 40 prägt.

„Zwischen 30 und 40 muss alles passieren“ überschreiben beispielsweise Amann und Nienhaus (2012) ihren Beitrag. Für Männer und Frauen dieser Altersphase gelte heute:

„Sie wollen aufsteigen, aber auch den richtigen Partner finden, sie wollen vielleicht ein Haus bauen, aber auch Überstunden machen. Sie möchten die Kinder glücklich machen und die Chefs zufriedenstellen – eine fast übermenschliche Aufgabe“
(Amann/Nienhaus 2012).

Die heute 30-40-Jährigen müssen in einer relativ kurzen Zeitspanne viele für den Lebensentwurf sehr relevante Entscheidungen treffen und umsetzen. Vor allem geht es natürlich um die Lebensbereiche Familie sowie Beruf und Karriere. Wer bis 40 noch keine Kinder hat, bleibt in der Regel kinderlos (Statistisches Bundesamt 2013a), wer bis 40 gerade erst den Berufseinstieg geschafft hat, wird vieles nicht mehr aufholen können (Lothaller 2008).

Diese Feststellung, dass die heutige Altersgruppe der 30-40-Jährigen eine Phase der verkürzten „Reproduktionszeit“ gleichzeitig mit den hohen Anforderungen des Berufseinstiegs und ersten Karriereschritten zu bewältigen hat, ist aus der Vogelperspektive zunächst plausibel. Es sind Makrotrends, die der Rushhour Begriff auf den Punkt zu bringen versucht: Der Trend zu immer späterer Elternschaft sowie der Trend verlängerter Ausbildungszeiten und späterem Berufseinstieg.

Die Prüfung der Rushhour-These aus der Mikroperspektive steht allerdings noch aus. Die Frage, ob auch bei den Betroffenen selbst eine Lebenssituation vorherrschend ist, die als Rushhour ankommt und fühlbar ist, ist bisher (fast) nicht untersucht.

Die Rushhour ist – der These nach – eine Phase nur schwer zu bewältigender Belastungen. Hans Bertram (2012) spricht beispielsweise von der „überforderten Generation“. Es ist eine Lebensphase, in der sich Männer und Frauen entweder fast überwältigenden Anforderungen stellen müssen. Oder sie müssen ein Scheitern in Kauf nehmen, gemessen an den eigenen Vorstellungen vom Leben. Dies wäre dann der Fall, wenn entweder der Kinderwunsch nicht realisierbar erscheint oder aber die Karriere stagniert bzw. gar nicht erst in Gang kommt, weil die Kinder zu viel abverlangen. Die Rushhour-These ist somit – zumindest implizit – auch ein Stresskonzept.

„Zwischen 30 und 40 muss alles passieren“: die Rushhour des Lebens

Rushhour aus der „Vogelperspektive“ ...

... die Mikroperspektive fehlt noch

Rushhour ist (auch) ein Belastungs- und Stresskonzept ...

... bisher wurde Gesundheit und Rushhour aber noch nicht untersucht

Die mit der Rushhour des Lebens verbundene Belastungskonstellation wurde dennoch bisher kaum mit Gesundheit in Verbindung gebracht. Dabei verspricht gerade der Aspekt psychischer und körperlicher Gesundheit aufschlussreich zu sein:

Die 30- bis 40-Jährigen erscheinen in vielerlei Hinsicht als gesündeste Altersgruppe

Denn die Datenlage zur Gesundheit der 30- bis 40-Jährigen (und erweitert: der 25- bis 40-Jährigen) stützt die Vermutung kaum, dass sie unter den an sie gestellten Anforderungen leiden: Sie sind im Altersvergleich wenig arbeitsunfähig: sowohl die jüngeren als auch die älteren Altersgruppen verzeichnen – mit gewissen Einschränkungen – eher mehr Arbeitsunfähigkeitstage als die 25- bis 40-Jährigen. Auch hinsichtlich ambulanter Behandlungen und Arzneimittelverbräuche fallen sie als eher gesunde Gruppe auf.⁶

Stressprävalenz in der Rushhour Altersgruppe ist nicht erhöht

Verfügbaren Daten zufolge gilt dies auch für die psychische Gesundheit: Die Prävalenz von starker Stressbelastung, erhoben durch das Robert-Koch Institut im Rahmen der DEGS1 Erhebung, ist in den mittleren und älteren Altersgruppen niedriger als in der jungen. Sie scheint also mit dem Alter eher zu sinken und nicht in einer mittleren Lebensphase besonders hoch zu sein. Die DEGS1-Erhebung sieht eine „starke Stressbelastung“ am häufigsten in der jüngsten Altersgruppe 18 bis 29 (12,9 Prozent), die beiden älteren Altersgruppen, also die 30- bis 44- und die 45- bis 64-Jährigen, sind in etwa gleich stark betroffen (10,5 bzw. 10,3 Prozent) (Hapke et al. 2013).⁷

Das Schwerpunktthema nimmt sich Gesundheit und Belastungskonstellationen der 25- bis 40-Jährigen vor

Auf der einen Seite die diagnostizierte „fast übermenschliche“ Belastung der Altersgruppe 30 bis 40, auf der anderen Seite die Daten der Gesundheitsberichterstattung, nach denen die Altersgruppe 25 bis 40 besonders gesund ist: Dieses Spannungsfeld ist das Schwerpunktthema des DAK-Gesundheitsreport 2014. Die Rushhour-These wird der konzeptionelle Zugang zur Situation der 25- bis 40-Jährigen in Bezug auf Gesundheit, Familie und Arbeit sein. Sie stellt den Anlass dar, die 25- bis 40-Jährigen näher zu betrachten; ebenso verspricht die Untersuchung der o.g. Lücken produktiv zu sein, um ein vollständigeres Bild der Belastungskonstellationen der 25- bis 40-Jährigen zu erhalten.

⁶ Genauere Analysen zur Inanspruchnahme ambulanter Ärzte und zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen folgen – hier werden auch die notwendigen Differenzierungen dieser Aussagen vorgenommen.

⁷ Allerdings ist mit dem Zuschnitt der Altersgruppen, wie er hier vorgenommen wurde, ein Rückschluss auf genau die Rushhour Altersgruppe nicht möglich.

Der DAK-Gesundheitsreport stellt die folgenden Fragen:

- Wie stellt sich die gesundheitliche Lage der 25- bis 40-Jährigen dar? Welcher Befund ist anhand der Gesundheitsindikatoren Arbeitsunfähigkeiten, ambulante Behandlungen und Arzneimittelverordnungen zu stellen?
- Welche Bedingungen in Arbeit, Familie und Lebensplanung führen dazu, dass Belastungen – aufgrund von chronischer Besorgnis, arbeitsbezogener und sozialer Überlastung, Überforderung und Mangel an sozialer Anerkennung – als hoch oder, im Gegenteil, als niedrig empfunden werden? Mit anderen Worten: Welche Faktoren führen bei den 25- bis 40-Jährigen zu einer Stressbelastung und welche schützen eher davor?
- Welchen Beitrag können Arbeitgeber leisten, um Beschäftigten die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erleichtern? Diesbezügliche Möglichkeiten werden mit neuer Aktualität diskutiert, weil der drohende Fachkräftemangel, die erhöhte Erwerbsbeteiligung von Frauen sowie veränderte Erwartungen der Beschäftigten (Stichwort „Generation Y“) die Unternehmen in Zugzwang bringen.

Um diese Fragen zu beantworten, geht der DAK-Gesundheitsreport folgendermaßen vor:

Zunächst wird die These von der „Rushhour des Lebens“ aufgearbeitet. Da es sich keinesfalls um einen wohl definierten und operationalisierten Begriff handelt, wird in Abschnitt 4.1 dargestellt, was die damit verbundene These behauptet, aus welchen Trends sich die Verdichtung von Herausforderungen ergibt und welche Bedeutung diese für die „Betroffenen“ hat.

Abschnitt 4.2 bereitet die Datenlage zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen auf und stellt sie dar. Der alternative Zuschnitt der Altersgruppe von 25 bis 39 ergibt sich dabei aus einer „erweiterten Rushhour Zielgruppe“ (anstelle von 30 bis 40), der in Abschnitt 1 begründet wird.⁸

In Abschnitt 4.3 werden Daten zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen sowie Arzneimittelverbrauchsdaten ausgewertet. Diese Analysen bieten – über die Arbeitsunfähigkeitsdaten hinaus – einen Zugang zur gesundheitlichen Lage der Altersgruppe.

Die Prävalenz und die Ausprägung der Rushhour-Lebensphase werden mithilfe einer eigens für diese Fragestellung durchgeführten repräsentativen Bevölkerungsbefragung ermittelt. Eine Reihe von damit verbundenen Fragestellungen wird in diesem Kapitel entlang der Auswertung dieser Befragung bearbeitet.

Fragestellungen des Schwerpunktthemas 2014

Abschnitt 4.1: Begriff und These der Rushhour des Lebens

Abschnitt 4.2: Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der 25- bis 39-Jährigen

Abschnitt 4.3: Weitere Analyse von Routinedaten: ambulante Behandlungen sowie Arzneimittelverordnungen

Abschnitt 4.4: Prüfung der Rushhour-These durch eine repräsentative Bevölkerungsbefragung

⁸ Das Ende des Altersabschnitts mit 39 statt 40 Jahren ist darin begründet, dass die Darstellung von altersgruppenspezifischen AU-Kennzahlen in der Berichterstattung der DAK-Gesundheit einen entsprechend Zuschnitt verwendet (Altersgruppen 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 usw.).

Abschnitt 4.5: Ermittlung chronischen Stresses in der „Rushhour“

Eine repräsentative Bevölkerungsbefragung, zur Prüfung und Weiterführung der Rushhour-These, geht der Frage nach, wie belastet die Altersgruppe tatsächlich ist. Diese wird mit Hilfe eines wissenschaftlichen Stressmaßes, dem Screening Bogen des Trierer Inventars für chronischen Stress, festgestellt, wie hoch diese ausfällt und von welchen Bedingungen aus Arbeit, Karriere und Familie diese abhängt.

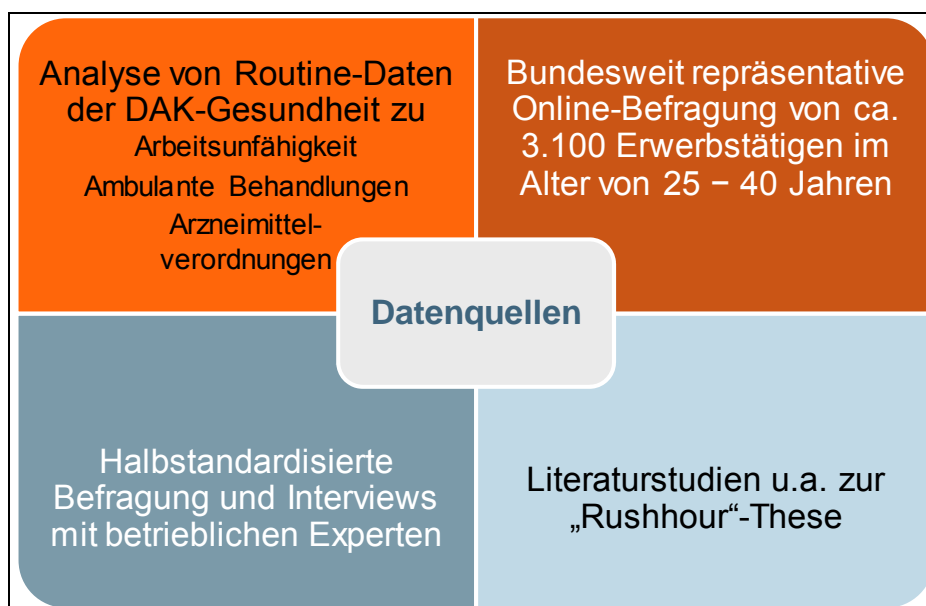
Abschnitt 4.6: Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Neben Familienförderung und öffentlicher Infrastruktur sind es vor allem Angebote und Möglichkeiten am Arbeitsplatz, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern. Um zu explorieren, welche Angebote Unternehmen ihren Beschäftigten machen, wurden Recherchen, eine halbstandardisierte Befragung sowie persönliche Interviews mit Unternehmensvertretern unternommen. Außerdem enthält auch die Bevölkerungsbefragung einen Frageblock, der ermittelt, welche Angebote Beschäftigte in Anspruch nehmen können.

Welche Datenquellen werden verwendet?

Um diese Fragen zu beantworten, greift der Report auf eine Reihe verschiedener Daten zurück (vgl. Abbildung 24)

Abbildung 24: Datenquellen des DAK-Gesundheitsreports 2014



Quelle: IGES / DAK-Gesundheit

Routinedaten

Zur Darstellung der gesundheitlichen Lage der Altersgruppe dienen die Routinedaten der DAK-Gesundheit: Arbeitsunfähigkeitsdaten, ambulante Behandlungsdaten sowie Daten zum Arzneimittelverbrauch.

Repräsentative Befragung

Die Konstellationen aus Belastungen und Ressourcen, die in der Rushhour zwischen Elternschaft, Beruf und Karriere gegeben sein können, sowie ihre jeweilige Assoziation mit Gesundheit werden durch Daten untersucht, die durch eine eigene repräsentative Befragung der Bevölkerung generiert wurden. Zielgruppe dieser Befragung waren abhängig und selbstständig Beschäftigte, Nicht-Erwerbstätige, sowohl mit als auch ohne Kinder.

Experten aus dem betrieblichen Gesundheitsmanagement und aus dem Personalwesen wurden befragt, welche Angebote sie Beschäftigten machen, um Beruf und Familie vereinbaren zu können. Sie wurden hierzu mit einem halbstandardisierten Fragebogen befragt. Die Experten, die Ansprechpartner für modellhafte oder innovative Projekte sind, wurden zu persönlichen Interviews gebeten.

Expertenbefragung

Die Literaturstudien drehen sich sowohl um Begriff und Empirie der Rushhour, als auch um zusätzliche Datenquellen, wie z.B. die altersspezifischen Geburtenraten.

Literaturstudie

4.1 Die „Rushhour des Lebens“ und späte Elternschaft

Rushhour des Lebens

Für die Gleichzeitigkeit von Anforderungen aus Familie, Beruf und Karriere, mit- verursacht durch späte Elternschaft, ist der Begriff der „Rushhour des Lebens“ durch den Siebten Familienbericht vorgeschlagen worden (BMFSFJ 2006). Seitdem wurde er von verschiedenen Autoren aufgegriffen und weiterverwendet (z.B. Bertram 2012)⁹.

Siebter Familienbericht der Bundesregierung

Was genau ist die Rushhour des Lebens? Der Siebte Familienbericht der Bundesregierung konstatiert einen großen Zeitdruck in der Altersphase zwischen 27 und 35 Jahren durch verlängerte Ausbildungszeiten, einen späteren Berufseintritt, eine größere Vielfalt von Lebensformen junger Erwachsener, eine spätere Heirat und ein höheres Alter der Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes (Erstgeburtsalter). Die im Familienbericht vorgenommenen Analysen, so die Autoren, zeigen,

„dass in dieser kurzen Altersphase von etwa fünf bis sieben Jahren Entscheidungen getroffen und realisiert werden müssen, die mehr oder minder das ganze Leben bestimmen. Neben dem Ausbildungsabschluss, dem Eintritt in das Berufsleben und der Entscheidung für einen Lebenspartner scheint in Deutschland das dominante Muster auch zu sein, in dieser Phase zu heiraten und wenn, sich dann für Kinder zu entscheiden“ (BMFSFJ 2006: 33f.).

Begriff der Rushhour

Noch expliziter definiert Lothaller (2008:4) die Rushhour. Demnach handelt es sich hierbei um „den bestimmten Lebensabschnitt zwischen den Mittzwanzigern und den späten Dreißigern, in dem Personen beiderlei Geschlechts, die gerade ihre (höhere) Ausbildung beendet haben, sowohl ins Berufsleben einsteigen als auch eine Familie gründen und daher gleichzeitig die Anforderungen von Beruf/Karriere und Familie bewältigen müssen, und der in verschiedener Hinsicht eine entscheidende Rolle für den Rest ihres Lebens spielt.“

Späteres Erstgeburtsalter durch Wandel der Ausbildungs- und Arbeitswelt

Die Ursachen für die wahrscheinlicher werdende Gleichzeitigkeit von Berufseinstieg und Familiengründung liegen vor allem in einem umfassenden Wandel von Ausbildung und Arbeitswelt: „Der strukturelle Wandel der Arbeitswelt bedingt einen Aufschub der Reproduktion in spätere Lebensjahre. Jungen Frauen und Männern verbleibt für den Aufbau einer sicheren Berufsperspektive, einer stabilen Partnerschaft und für die Entscheidung für Kinder immer weniger Zeit“ (Bertram / Bujard / Rösler S.91).

Spätere ökonomische Selbstständigkeit

Mit einer Verzögerung von Abschluss der Ausbildung und Berufseinstieg geht auch eine spätere ökonomische Selbstständigkeit einher. Während in den 1960er- und frühen 1970er Jahren die Mehrheit der Bevölkerung spätestens mit dem 21. bis 23. Lebensjahr ihre ökonomische Selbstständigkeit erreicht hatte, gilt für 40 Prozent der Bevölke-

⁹ Weitere wissenschaftliche Beiträge, die mit dem Begriff arbeiten, sind Lothaller 2008; Bertram et al. 2011 sowie Bujard 2012. Daneben gibt es eine Reihe journalistischer Arbeiten, darunter Pötzl 2006 und Amann/Nienhaus (2012). Zwei Broschüren im Rahmen der 361° Reihe von AT Kearney verwenden den Begriff ebenfalls (ATKearney o.J.; ATKearney 2013). Ebenso findet der Begriff Verwendung als Bezeichnung der ‚mittleren‘ Generation oder Altersgruppe ohne nähere Bestimmung, z.B. in den Beiträgen in Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (2006). Die Beitragslage muss mit Stand 2013 so beurteilt werden, dass ein echter konzeptioneller Beitrag fehlt.

„... im Jahr 2011, dass sie diese erst nach dem 26.-28. Lebensjahr erreichen“ (Bertram / Bujard / Rösler 2011: 96).

Späterer Abschluss der Ausbildung, späterer Berufseinstieg, spätere Familiengründung, aber ohne dass sich das Ende der „Reproduktionsphase“ wesentlich verschieben würde: Dies führt zu einer „deutlich zunehmende[n] Konzentration der Reproduktion auf die Lebensphase zwischen 30 und 40“ (Bertram 2012:30). Gleichzeitig bleiben die Anforderungen bestehen, die mit dem Berufseinstieg und den gegebenenfalls ersten Karriereschritten verbunden sind.

Konzentration der „Reproduktionsphase“ auf die Lebensspanne zwischen 30 und 40

Aus diesem kurzen Überblick über die Literatur zum Rushhour Begriff wird deutlich, dass es sich hier keinesfalls um eine gut ausgearbeitete Theorie handelt. Weder ist die Lebensphase, die davon geprägt ist, durch Altersangaben übereinstimmend eingegrenzt, noch sind die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Trends, die hier auf den Punkt gebracht werden sollen, gut durch Daten gestützt (mit Ausnahme des gut dokumentierten Trends zur späteren Elternschaft).

Die „Rushhour-These“ wird dadurch noch schillernder, dass sie Aussagen auf ganz verschiedenen Ebenen macht. Sie enthält (mindestens) eine Zeitdiagnose, eine Aussage zur Struktur von Lebensverläufen sowie eine Behauptung zur Generationengerechtigkeit. Außerdem ist die Rushhour-These, wie bereits mehrfach betont, auch eine Aussage zu vermehrtem Zeitdruck, zu Mehrfachbelastungen und „Stress“ in einer bestimmten Lebensphase:

1. **Zeitdiagnostische Aussage:** Die „heutige Generation“ der 30-40-Jährigen hat – im Unterschied zu früheren Generationen (!) – eine kürzere Phase ihres Lebens zur Verfügung, um wichtige Lebensentscheidungen zu treffen und umzusetzen. Die zwei wichtigsten Gründe hierfür sind die verlängerten Ausbildungszeiten von Frauen und Männern sowie das höhere Alter von Frauen bei der Geburt des ersten Kindes.¹⁰
2. **Lebenslauftheoretische Ebene:** Der typische Lebenslauf – so die verbreitete Vorstellung – sollte so verlaufen: nach Ausbildung bzw. nach dem Studium sollte im Beruf möglichst viel Leistung erbracht werden, so dass bis mit Mitte 30 schon ein gewisser Karriereweg zurückgelegt worden ist. Diese Lebensphase des Karrierebeginns und der Karrierefestigung entspricht nun in etwa jener Phase, in der man Kinder bekommt und diese in den ersten Lebensjahren sind.

zeitdiagnostischer Aspekt

lebenslauftheoretischer Aspekt

¹⁰ Dass die Rushhour tatsächlich ein neues Phänomen ist, betont Lothaller (2008) sehr ausdrücklich. Demgegenüber zeigt Bertram (2012) anhand historischer Daten von Imhof, dass mitnichten die Generation der heute 30-40-Jährigen besonders spät Kinder bekommt oder besonders spät eine Partnerschaft eingeht – dieser Eindruck entsteht nur dann, wenn man diese mit den Eltern der Baby-Boomer vergleicht, die besonders früh Kinder bekommen haben. Für das höhere Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes gibt es gute Belege der amtlichen Statistik zumindest für die letzten 40 Jahre (Destatis 2012).

**Aspekt der
Generationen-
gerechtigkeit /
überforderte
Generation**

3. Die **Ebene der Generationengerechtigkeit** wird durch die Behauptung der „überforderten Generation“ anvisiert (Bertram 2012): Während die Eltern der Rushhour Generation (selbst i.d.R. der Baby-Boomer-Generation zugehörig) den vorzeitigen Berufsausstieg anstreben oder verwirklicht haben, ist die Rushhour-Generation einem erheblichen ökonomischen Druck und einer starken Leistungserwartung ausgesetzt. Sie erzielen – im Gegensatz beispielsweise zu einem Facharbeiter in den 50er bis 70er Jahren – in jungen Jahren ein relativ geringes Einkommen und werden (wenn überhaupt) erst viel später hohe Einkommen erzielen. Sie werden vielleicht ihre Eltern pflegen müssen und selbst bis 67 oder länger arbeiten müssen.

**Aspekt von Stress
und Mehrfachbelas-
tungen**

4. Eine **Ebene von „Stress“ und Mehrfachbelastungen** aufgrund der besonderen Lebensphase, in der gleichermaßen Karriereanforderungen und Kinderwunsch zu bewältigen sind.

Die Rushhour-These im DAK-Gesundheitsreport 2014

Was bedeutet die These von der Rushhour des Lebens nun für den DAK-Gesundheitsreport?

**Die Rushhour im
DAK-Gesundheits-
report**

1. Die Altersgruppe der 25- bis 40-Jährigen ist im Rahmen der Berichterstattung der DAK-Gesundheit zu Arbeitsunfähigkeit bereits aufgefallen. Sie geht darin als Altersgruppe hervor, die einen besonders niedrigen Krankenstand hat. Mit der Rushhour-These liegt nun ein weiterer Grund vor, die gesundheitliche Lage und die Lebensumstände um Beruf und Familie dieser Altersgruppe zum Thema zu machen.
2. Die Rushhour-These als implizites Stresskonzept wirft eine Reihe von Fragen auf, die mit der behaupteten Mehrfachbelastung der Altersgruppe zu tun haben. Diese wird der DAK-Gesundheitsreport mit Hilfe eines wissenschaftlichen Stressmaßes, der Screening Skala des Trierer Inventars für chronischen Stress, für die Altersgruppe erheben. Hierdurch wird eine empirische Prüfung möglich, welche Stressoren und welche protektiven Faktoren wirksam sind.
3. Der DAK-Gesundheitsreport fragt zudem Unternehmensvertreter, welche Angebote diese ihren Beschäftigten machen, um die Rushhour für sie besser bewältigbar zu machen.

**Definition der Rush-
hour im DAK-
Gesundheitsreport**

Für diese im DAK-Gesundheitsreport zu bearbeitenden Fragen ist es notwendig, eine eigene operationale Definition der „Rushhour des Lebens“ festzulegen und zu verwenden. Dies gilt umso mehr, als dass die meisten wissenschaftlichen Beiträge Makro-Entwicklungen beschreiben, während sich die hier vorliegende Studie auf die gesundheitliche Lage sowie die Lebenssituation entlang von Familie und Beruf fokussiert.

Im Folgenden soll daher festgelegt werden, in welchem Sinne der Rushhour Begriff verwendet wird:

Die Rushhour ist eine Belastungskonstellation, die in einer bestimmten Lebensphase auftreten kann, aber nicht muss

Der Definition nach, die hier verwendet wird, ist der betreffende Altersabschnitt keinesfalls notwendigerweise eine Rushhour, sondern nur dann, wenn die damit verbundene Verdichtung von Anforderungen tatsächlich gegeben ist. Wer in dieser Altersspanne keine Kinder hat, oder wer mit seiner Lebensplanung ohne weiteres einen Karriereverzicht vereinbaren kann, der wird die Rushhour-typischen Mehrfachbelastungen nicht bewältigen müssen.

Allerdings: Die bevorstehende Rushhour könnte als Bedrohungsszenario für diejenigen wirken, die vor der Entscheidung stehen, in nächster Zeit Kinder zu bekommen. Möglicherweise führt dies zu einem Aufschub des Kinderwunschs oder gar zu einem Verzicht auf Elternschaft, weil man der Ansicht ist, die Mehrfachbelastungen der Rushhour nicht bewältigen zu können.

Demnach wird die „Rushhour des Lebens“ in diesem Report entweder als real vorhandene Situation behandelt, d.h. Individuen befinden sich in der entsprechenden Konstellation aus Erwerbstätigkeit und Elternschaft. Oder sie wird als von Individuen antizipierte Situation behandelt, d.h. Individuen sehen sich vor Entscheidungen bezüglich beider Lebensbereiche und nehmen an, dass sie sich bei entsprechender Entscheidung, also dem Versuch beider Lebensbereiche gerecht zu werden, in der Rushhour befinden werden.

Von der Situation der antizipierten Rushhour aus gesehen, gibt es die folgenden Möglichkeiten:

- **Vermeidung der Rushhour durch Verzicht auf Kinder.** Ein entsprechendes Lebenskonzept vorausgesetzt (Kinder- und Karrierewunsch) bedeutet dies, dass man in Bezug auf den Lebensbereich Familie scheitert. In Literatur und Presse sind Beispiele hierfür immer wieder Frauen in gehobenen Positionen, die aus Sorge um ihre Karriere kinderlos bleiben. In Begriffen der Work-Life-Balance ausgedrückt hieße dies, dass Beruf und Karriere ein Übergewicht erhält auf Kosten von Familie und Kindern.
- **Vermeidung der Rushhour durch (vorübergehenden) Verzicht auf Karriere.** Der antizipierte Konflikt wird zugunsten der Familie und der Kinder aufgelöst. Beispiel hierfür sind die in der Literatur beschriebenen Mütter, die den Großteil der Elternzeit in Anspruch nehmen, um danach weiter in Teilzeit zu arbeiten. Mindestens nach Meinung der Betroffenen, das zeigen Umfrageergebnisse, kommt dies einem Verzicht auf Karriere gleich („Teilzeit als Karriere-Killer“).¹¹
- **Die Rushhour zulassen:** Die dritte Möglichkeit besteht darin, die entsprechenden Wünsche in beiden Lebensbereichen zu realisieren und sich auf die Doppel- oder Mehrfachbelastung einzulassen. (Wohlgemerkt: Um von Rushhour zu sprechen, muss auch eine zeitliche Restriktion gegeben sein).

Die Rushhour tritt nicht zwangsläufig zwischen 25 und 40 ein

Reale oder antizipierte Rushhour

¹¹ Allmendinger/Haarbrücker 2013, A.T.Kearney o.J.

Altersspanne:

Die Literatur ist sich über die Altersspanne nicht einig, in der die Rushhour auftreten kann: Zwischen 30 und 40? Zwischen 27 und 35? Mittzwanziger bis Spätdreißiger? Die hier verwendete Definition begrenzt die (potenzielle) Rushhour durch die Altersspanne von 25 bis 40 Jahre. Wer vor dem Alter von 25 schon Kinder bekommt, hat noch eine sehr lange Zeitspanne zur Verfügung, sowohl für weitere Kinder als auch für den Berufseinstieg und Karrierefortschritte. In einem solchen Fall kann nicht von einer Verdichtung von Anforderungen in einer kurzen Lebensphase gesprochen werden.

Das Alter von 40 Jahren schließt die (potenzielle) Rushhour ab. Statistisch gesehen gilt, zumindest für Frauen, dass Ende 30 nur noch sehr wenige ihr erstes Kind bekommen.

Letztlich ist es eine empirische Frage, in welcher Altersspanne die Rushhour auftritt. Die Analyse der in späteren Kapiteln vorgestellten Befragungsdaten wird davon ausgehen, dass Männer und Frauen im Alter von 25-30 mit bestimmten Vorstellungen und Wünschen in die dann kommende Lebensphase eintreten (daher die Spanne ab dem Alter von 25 Jahren).

Die Rushhour muss aufgrund der individuellen Lebensplanung überhaupt eine Möglichkeit sein.

Möglichkeit der Rushhour hängt von der individuellen Lebensplanung ab

Die individuelle Lebensplanung muss überhaupt als Wunsch Kinder und Karriere vorsehen. Sofern sich jemand (entsprechend der eigenen Wünsche) voll und ganz nur dem einen oder dem anderen widmet, gilt eben nicht: „Zwischen Dreißig und Vierzig muss alles passieren“.

Als weitere Voraussetzung muss die Zeitspanne, in der Kinder und Karriere zu verwirklichen sind, tatsächlich oder wenigstens gefühlt, zu kurz sein. Wer zuerst seinen Berufseinstieg und die Karriere verwirklicht und danach die Familienpläne realisiert (oder umgekehrt), für den gilt eben nicht, dass in einer kurzen Zeitspanne „alles passieren muss“.

Arbeitsdefinition Rushhour

Demnach soll die im Rahmen des DAK-Schwerpunktthemas vorzunehmende Analyse von folgender Arbeitsdefinition der Rushhour des Lebens ausgehen.

Die Rushhour des Lebens ist eine Gleichzeitigkeit hoher Anforderungen wenigstens aus den Bereichen Familie und Kinder sowie Beruf und Karriere in einer bestimmten Altersspanne (zwischen 30 und 40 oder zwischen 25-40). Ein Individuum befindet sich dann in der Rushhour des Lebens, wenn (wenigstens) diese beiden Lebensbereiche (Familie/Kinder sowie Beruf/Karriere) in einer vergleichsweise kurzen Zeitspanne realisiert werden (müssen).

Mit dieser Arbeitsdefinition werden die wichtigsten und am meisten übereinstimmenden definitorischen Elemente der Rushhour berücksichtigt. Im Gegensatz zu einem häufig festzustellenden Gebrauch der Rushhour sieht die hier verwendete Definition ausdrücklich vor, dass keineswegs jeder in die Rushhour kommen muss. Die Altersspanne 30-40 (25-40) ist nicht automatisch eine Rushhour, sondern nur unter bestimmten Voraussetzungen.

Nicht jeder kommt in die Rushhour

Steigendes Erstgeburtsalter

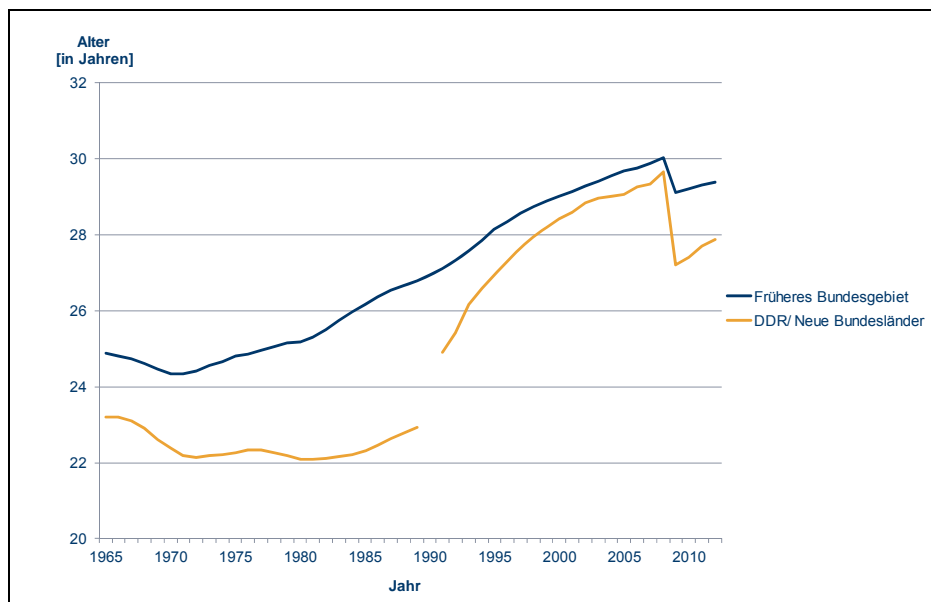
Unter den der Rushhour zugrunde liegenden Ursachen und Trends kommt dem steigenden Alter der Frauen bei Geburt ihres ersten Kindes eine besondere Bedeutung zu. Daher soll dieser Trend hier genauer ausgeführt werden.

Statistisches Bundesamt: „Eine immer spätere Familiengründung ist der wesentliche Trend im Geburtenverhalten der letzten vier Jahrzehnte“

„Eine immer spätere Familiengründung ist der wesentliche Trend im Geburtenverhalten der letzten vier Jahrzehnte“ (Statistisches Bundesamt 2012: 8). Durchschnittlich 24 Jahre alt waren Frauen im alten Bundesgebiet Anfang der 70er Jahre, als sie ihr erstes Kind bekamen. Dieses so genannte Erstgeburtsalter der Frauen nahm bis 2012 um 5 Jahre zu – heute bekommen Frauen mit durchschnittlich 29 Jahren ihr erstes Kind.

In den ostdeutschen Bundesländern erhöhte sich das Erstgeburtsalter in ähnlichem Maße, allerdings in deutlich kürzerer Zeit. Bis zur Wende bekamen Frauen mit durchschnittlich 22 bis 23 Jahren ihr erstes Kind. Bis zum Jahr 2012 stieg dann das Erstgeburtsalter auf 28 Jahre an (vgl. Abbildung 25).

Abbildung 25: Durchschnittliches Alter der Mütter bei der ersten Geburt

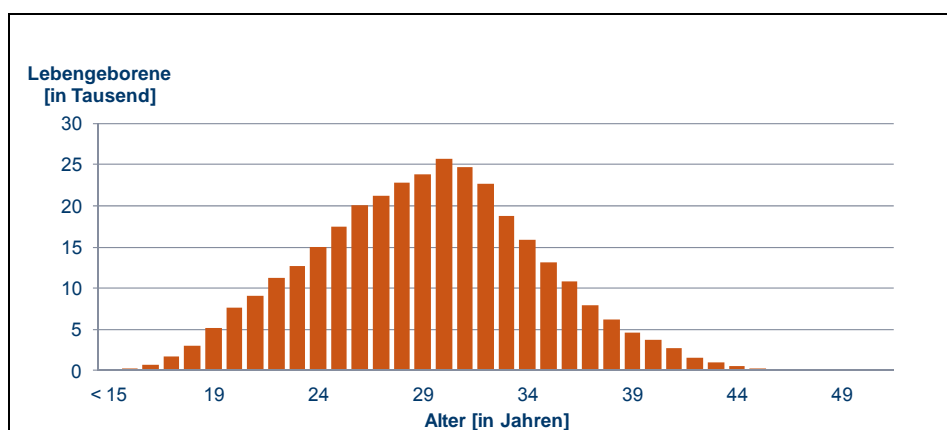


Quelle: Statistisches Bundesamt 2012. Eigene Darstellung

Erläuterung: Die Angaben bis einschließlich 2008 beziehen sich nur auf eheliche Geburten. Bis 1989 wurden mindestens 90 Prozent der Kinder von verheirateten Frauen geboren. Danach nimmt der Anteil der außerehelichen Geburten zu, so dass diese Angabe immer weniger aussagekräftig wurde. Erst ab 2009 wird das Alter der Frauen bei der ersten Geburt unabhängig vom Familienstand erfasst, ab diesem Jahr ist die Angabe wieder uneingeschränkt aussagekräftig, zuvor wurde das Alter der Frauen bei Erstgeburt überschätzt, da verheiratete Mütter bei Erstgeburt im Schnitt älter sind als nicht verheiratete Mütter. Das statistische Bundesamt stellt daher den Zeitraum von 1990 bis 2008 nicht dar.

Wie sich im Jahr 2012, also nach den aktuellsten verfügbaren Daten, die Verteilung der Frauen nach Erstgeburtsalter darstellt, zeigt Abbildung 26:

Abbildung 26: Erstgeborene nach dem Alter der Mutter 2012



Quelle: Statistisches Bundesamt 2012

Die meisten Frauen bekommen ihr erstes Kind mit 30 Jahren. Nach dem Alter von 30 fällt das Erstgeburtsalter relativ schnell ab, mit Ende 30 bekommen nur noch sehr wenige Frauen ihr erstes Kind. Nur in Ausnahmefällen bekommen Frauen ihr erstes Kind mit über 40 Jahren.

Weitere damit verbundene Entwicklungen:

- Trotz immer späterer Elternschaft ist die jährliche zusammengefasste Geburtenziffer in Deutschland seit über 30 Jahren relativ konstant. Dies liegt daran, dass die abnehmende Geburtenhäufigkeit der Frauen im jüngeren gebärfähigen Alter durch die zunehmende Fertilität der Frauen im Alter von über 30 Jahren kompensiert wird (Statistisches Bundesamt 2012: 8).
- Allerdings werden im Lebenslauf eines Geburtsjahrgangs nicht alle im jüngeren Alter aufgeschobenen Geburten realisiert, so dass die endgültige durchschnittliche Kinderzahl der Frauenjahrgänge sinkt (Statistisches Bundesamt 2012: 8).

Eine späte Familiengründung muss zwar nicht zwangsläufig zu weniger Geburten führen. Empirisch jedoch gilt: Je mehr Kinder eine Frau hat, umso jünger war sie bei der Geburt des ersten Kindes (Statistisches Bundesamt 2012:21). Mütter von Einzelkindern bekommen ihr erstes Kind im Schnitt im Alter von 30 Jahren. Mütter von zwei Kindern waren demgegenüber 3 Jahre jünger. Mütter mit drei Kindern 25 Jahre und Mütter mit 4 und mehr Kindern waren im Schnitt 23 Jahre alt, als sie ihr erstes Kind bekamen (Statistisches Bundesamt S.21f.).

Akademikerinnen sind bei der ersten Geburt drei Jahre älter als Mütter ohne akademischen Abschluss (31 zu 28 Jahre). Auch für sie gilt: je höher das Erstgeburtsalter desto geringer die Kinderzahl ist. Akademikerinnen mit Einzelkind sind bei der Erstgeburt im Schnitt 33 Jahre alt. Kinderlosigkeit ist bei den Akademikerinnen am höchsten (ca. 1/3) (Statistisches Bundesamt 2012, S.9).

Späterer Berufseinstieg

Ein zweiter Trend, der als Ursache dafür gilt, dass sich die anforderungsreiche Phase in Beruf und Familie gleichzeitig ins Alter zwischen 30-40 drängt, ist der immer spätere Berufseinstieg im Vergleich zu vorangegangenen Jahren.

So führt die generell zu beobachtende Höherqualifizierung in Schule, Ausbildung sowie Hochschulen und Universitäten dazu, dass sich Ausbildungszeiten verlängern: Anteilig weniger Schüler gehen auf Haupt- und Realschulen, mehr auf das Gymnasium. Dies hat zur Folge, dass ein höherer Anteil eines Jahrgangs studiert, anstelle oder zusätzlich zu einer Ausbildung.

Der Berufseinstieg wiederum – so die Rushhour-These – verzögert sich durch aufgeweichte und komplexer werdende Übergänge von Ausbildung und Beruf, durch Phasen prekärer Beschäftigung, Praktika und häufigere Wechsel des Arbeitgebers.

Zunehmende Fertilität von Frauen über 30 Jahre

Immer mehr Frauen entscheiden sich also für eine Familiengründung erst nach dem Alter von 30 Jahren

Die endgültige Kinderzahl einer Frau hängt mit ihrem Erstgeburtsalter zusammen

Mütter mit akademischen Abschluss sind bei der ersten Geburt drei Jahre älter als Mütter ohne

Zunehmend späterer Berufseinstieg wegen verlängerter Ausbildungszeiten

Das durchschnittliche Erwerbseintrittsalter lässt sich kaum an Daten festmachen

Das durchschnittliche Alter bei Studienabschluss ist in den letzten 15 Jahren nicht gestiegen

Die Behauptung, dass sich das Alter bei Berufseintritt erhöht hat, lässt sich allerdings nur schwer an Daten festmachen. Ein durchschnittliches Erwerbseintrittsalter wird beispielsweise durch die amtliche Statistik nicht erhoben. Somit ist auch der Nachweis schwer zu führen, dass sich dieses in einem bestimmten Zeitraum erhöht hat.

Das durchschnittliche Alter beim Abschluss eines Studiums hingegen ist bekannt. Dieses ist in den letzten 15 Jahren allerdings eher gesunken und bewegt sich etwa um das Alter 27/28 Jahre. 2012 betrug es im Einzelnen:

- 28,1 Jahre bei universitärem Abschluss (ohne Lehramtsprüfungen, Bachelor- und Masterabschlüsse)
- Fachhochschulabschluss: 29,2
- Bachelor-Abschluss: 25,7
- Masterabschluss: 28,5
- Bei verschiedenen Lehramtsstudiengängen schwankt das durchschnittliche Prüfungsalter sehr stark
- Künstlerischer Abschluss 28,6
- Über alle (N=413.338): 27,4

Gerade durch die Einführung von Bachelorstudiengängen (im Übrigen auch durch G8) ist ein universitärer Abschluss in einem früheren Alter als 28 möglich und wird offensichtlich auch realisiert. Allerdings ist nicht bekannt, ob die so Graduierten ein weiteres Studium (Master) oder eine andere Art Ausbildung im Anschluss machen.

Bevor die Altersgruppe 25-40 entlang der Auswertung einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung unter Aspekten der Rushhour-These analysiert wird, wird zunächst ihre gesundheitliche Lage anhand von Arbeitsunfähigkeitsdaten, Daten zur ambulanten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen sowie Arzneimittelverordnungsdaten beschrieben.

4.2 Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der 25- bis 39-Jährigen

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der 25- bis 39-Jährigen muss zunächst im Zusammenhang des AU-Geschehens im Altersgang insgesamt verstanden werden. Aus der Berichterstattung der DAK-Gesundheit (1997-2013) ist seit langem bekannt, wie sich die Altersgruppen hinsichtlich Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeiten unterscheiden. Den altersspezifischen Krankenstand stellt Abbildung 27 dar (die bereits in Kapitel 2 aufgeführt wurde).¹²

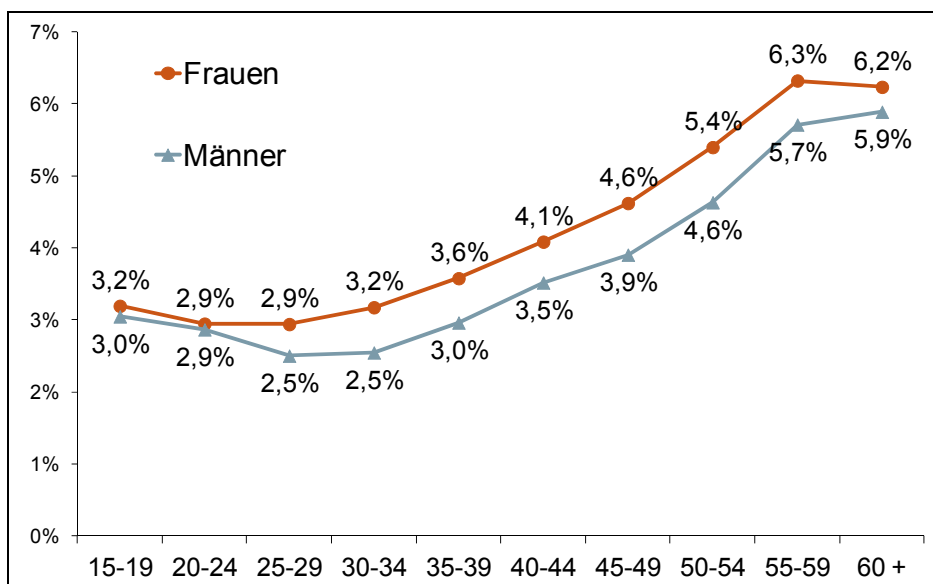
Demnach weisen unter den Männern die 25- bis 29-Jährigen sowie die 30- bis 34-Jährigen den niedrigsten Krankenstand auf. Sowohl die jüngeren (15-19, 20-24) als auch die älteren Altersgruppen haben höhere Krankenstände. Die 35- bis 39-Jährigen weisen zwar einen höheren Krankenstand als alle jüngeren vor ihnen auf, dieser ist dennoch weit unterdurchschnittlich und näher an den jüngeren als an den älteren Altersgruppen.

Unter den Frauen erweisen sich ebenfalls die 25- bis 29-Jährigen als Gruppe mit dem niedrigsten Krankenstand. Zwar gibt es bei den Frauen keinen größeren Unterschied zwischen den 15- bis 24-Jährigen einerseits und den 25- bis 29-Jährigen andererseits (so wie das bei den Männern der Fall ist), jedoch kann auch für die Frauen konstatiert werden: Die Altersgruppen zwischen 25 bis 39 liegen mit ihrem Krankenstand unter dem Durchschnitt.

Den geringsten Krankenstand weisen die 25- bis 29- und die 30- bis 34-jährigen Männer auf

Unter den Frauen haben die 25- bis 29-Jährigen den geringsten Krankenstand

Abbildung 27: Krankenstand 2013 nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

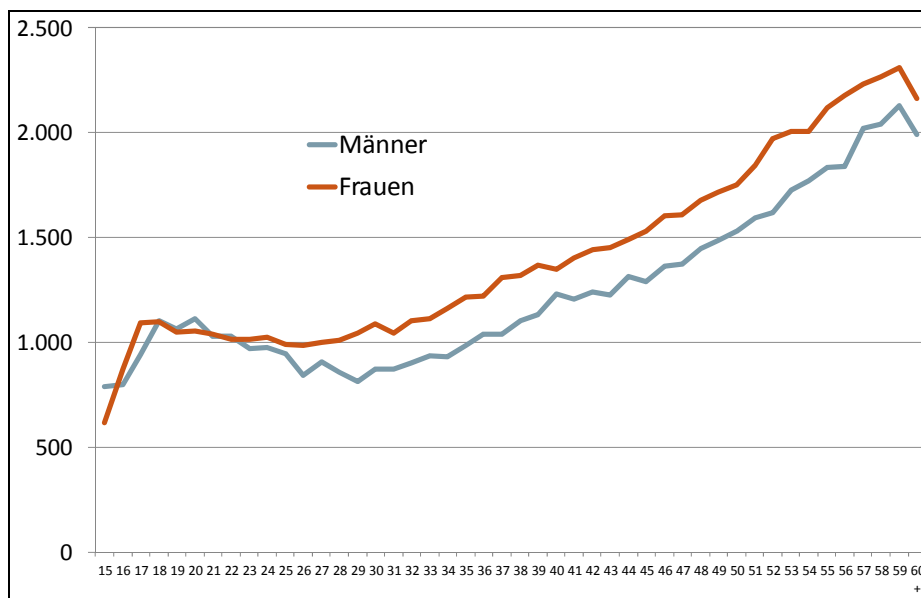
¹² Eine der „Faustregeln“ des altersabhängigen Krankenstands lautet: „Jüngere sind häufig, aber nicht so lange krank; Ältere sind dagegen seltener, wenn dann aber lange arbeitsunfähig“.

Um das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Altersgang noch näher zu betrachten, stellt Abbildung 28 dieses nach Alter in Einzeljahren dar (lediglich die über 60-Jährigen sind zu einer Gruppe 60+ zusammengefasst).

Hieraus geht hervor, dass unter den Männern die 29-Jährigen, unter den Frauen die 26-Jährigen den geringsten Krankenstand aufweisen – sieht man von den sehr jungen und zahlenmäßig wenig besetzten Altersgruppen 15 bis 17 ab. Die Analyse zeigt weiter, ab welchem Alter die Arbeitsunfähigkeitstage in einem eindeutigen Trend zuzunehmen beginnen: Ab dem Alter von 30 (Männer) bzw. ab dem Alter von 26 (Frauen). Dies könnte ein Hinweis sein, dass die Altersgruppe 30 bis 39 (die in Abschnitt 4.3ff. unter dem Aspekt der „Rushhour des Lebens“ analysiert wird) sich zwar noch guter Gesundheit erfreut, jedoch zu Beginn und dann im Verlauf dieses Lebensjahrzehnts die Erfahrung macht, dass diese sich kontinuierlich verschlechtert.

Demnach handelt es sich bei der Phase im Alter von 30 bis 40 vom Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aus gesehen (auch), um eine gesundheitliche Umbruchphase.

Abbildung 28: Arbeitsunfähigkeitstage im Altersgang nach Geschlecht (Einzelalter)



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2012

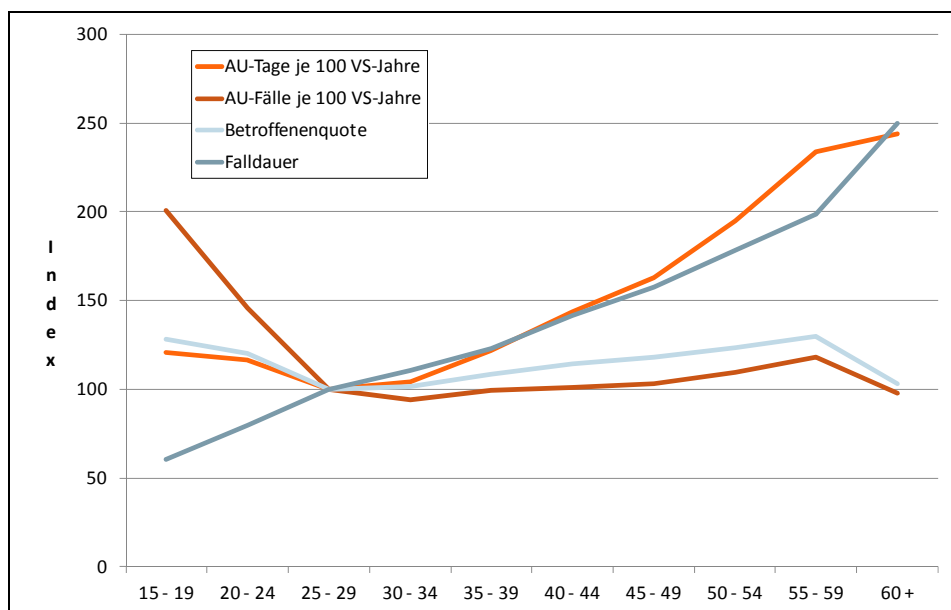
Sieht man von den sehr jungen Erwerbstätigen unter 20 ab, so sinken bei den Männern die AU-Tage ab dem Alter von 20 und erreichen ihr Minimum bei den 29-Jährigen. Bei den Frauen sind es die 26-Jährigen, die das geringste AU-Volumen aufweisen.

Den geringsten Krankenstand weisen die 29-Jährigen Männer auf

Neben dem Arbeitsunfähigkeitsvolumen (AU-Tage) sind für eine vollständige Analyse des AU-Geschehens weitere Kennzahlen zu analysieren, um das Spezifische der Altersgruppe 25 bis 39 herauszuarbeiten. Diese werden in den folgenden beiden Abbildungen als Indizes (für Männer und Frauen gesondert) ausgewiesen (Abbildung 29, Abbildung 30).

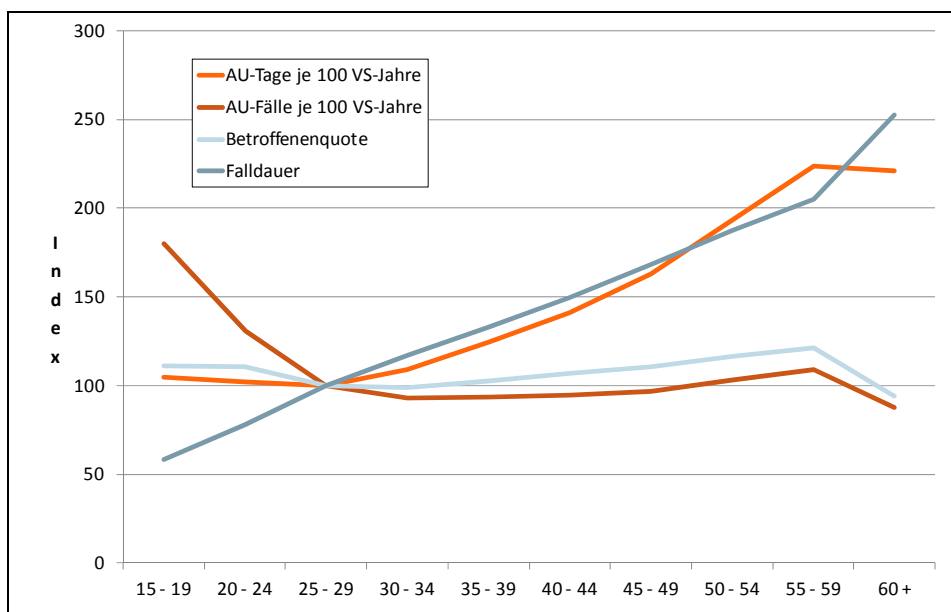
Mit 30 beginnt eine Zunahme des AU-Volumens, die sich zwischen 30 und 40 kontinuierlich fortsetzt

Abbildung 29: Indexdarstellung auf Basis, AU-Tage, AU-Fälle, AU-Quote und Falldauer nach Altersgruppen – Männer



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2012

Abbildung 30: Indexdarstellung auf Basis der AU-Tage, AU-Fälle, AU-Quote und Falldauer nach Altersgruppen – Frauen



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2012

Ausgehend von der Regelmäßigkeit des AU-Geschehens im Altersgang, dass Jüngere häufig und kurz, Ältere demgegenüber selten aber lange arbeitsunfähig sind, ist für die 25- bis 39-Jährigen festzustellen:

- Sie und insbesondere die 25- bis 29-Jährigen sind es, bei denen die Arbeitsunfähigkeitsfälle gegenüber den vorangehenden Altersgruppen massiv zurückgehen. Bei den 30- bis 34-Jährigen sinken sie weiter, wenn auch bei weitem nicht so stark wie gegenüber den Altersgruppen unter 25 Jahren. Während bei den Männern eine geringe Zunahme ab 35 zu beobachten ist, verharren die AU-Tage bei den Frauen auf konstant niedrigem Niveau und nehmen erst ab 45 wieder leicht zu.
- Die 25- bis 39-Jährigen weisen eine vergleichsweise niedrige Betroffenenquote auf. Sie ist bei den 25- bis 34-Jährigen am niedrigsten und bei den 35- bis 39-Jährigen nur geringfügig höher. Sowohl die älteren Altersgruppen über 40 als auch die jüngeren unter 25 Jahren weisen höhere Betroffenenquote auf.
- Die linearste Größe in Bezug auf Arbeitsunfähigkeit im Altersgang ist die durchschnittliche Falldauer. Sie steigt mit klarer Kontinuität von den 15- bis zu den 64-Jährigen an.¹³ Während die Entwicklung aller anderen Kennzahlen des Krankenstands durch die 25- bis 39-Jährigen gebrochen wird, ist der kontinuierliche Anstieg der Falldauer von ihnen unbeeinflusst.

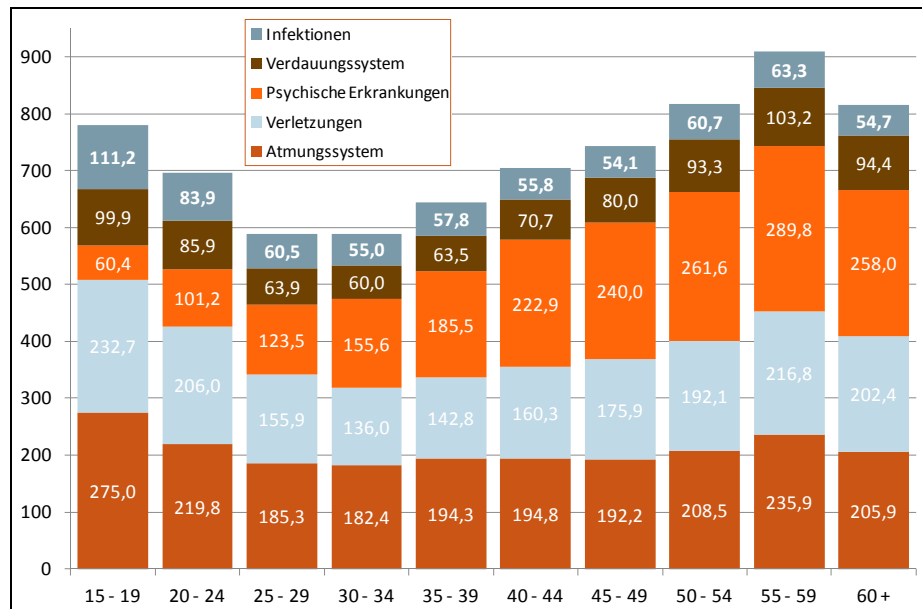
¹³ Erst bei Beschäftigten ab etwa 60 Jahren nimmt der Anstieg der Falldauer einen steileren Verlauf.

Psychische Erkrankungen spielen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen eine immer wichtigere Rolle, auch für die 25 bis 39-Jährigen. Im Jahr 2013 hatten sie einen Anteil am Krankenstand von 14,6 Prozent und damit auf Rang 3 der wichtigsten AU-Diagnosen.¹⁴

Wie stellen sie sich für die Altersgruppen 25 bis 39 dar? Hierzu sei auf Abbildung 17 und Abbildung 18 in Kapitel 2 verwiesen.

Abbildung 31 stellt die 5 wichtigsten Diagnosen für Arbeitsunfähigkeit in den Altersgruppen 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu den übrigen Altersgruppen dar. Psychische Erkrankungen gehören, gemessen an den AU-Tagen dazu und sind auf Rang drei bei den 25- bis 29-Jährigen, auf Rang zwei bei den 30- bis 39-Jährigen. Nur Atemwegserkrankungen (bei den 25- bis 29-Jährigen auch Verletzungen) verursachen mehr AU-Tage je 100 VJ.

Abbildung 31: AU-Tage (je 100 VJ) der 5 wichtigsten Krankheitsarten im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu anderen Altersgruppen



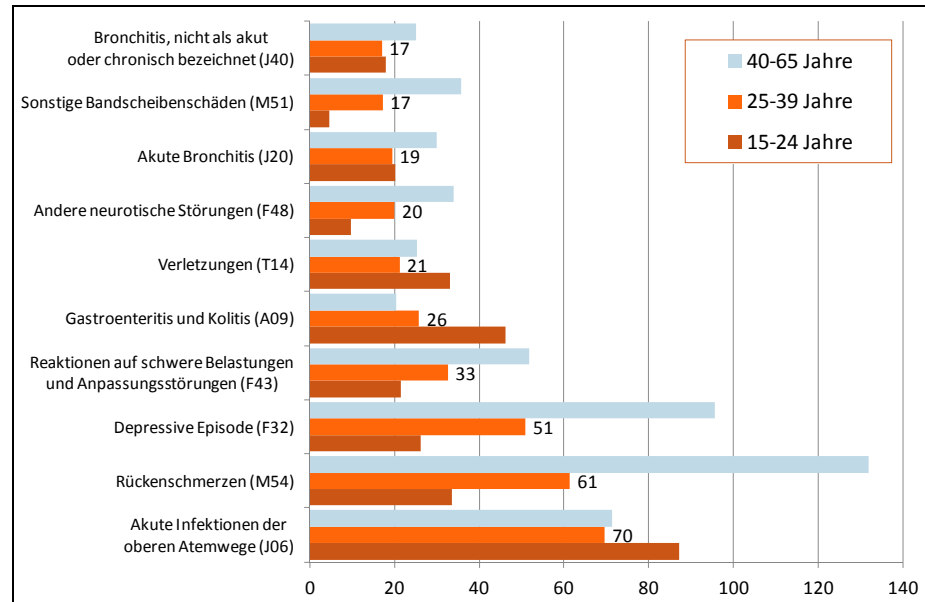
Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2012

Die Einzeldiagnosen („Dreisteller“) zeigen genauer die Spezifika der Altersgruppen 25 bis 39 (Abbildung 32). Sie nehmen bei Verletzungen eine Sonderstellung ein, da sie sowohl gegenüber den jüngeren als auch gegenüber den älteren Altersgruppen weniger AU-Tage wegen Verletzungen aufweisen. Gleiches gilt für Atemwegsinfektionen. Bei allen anderen der 10 wichtigsten Einzeldiagnosen liegen sie zwischen den jüngeren und den älteren Altersgruppen. Besonders große Unterschiede zu den älteren Altersgruppen zeigen sich bei der depressiven Episode (F32) und bei Rückenschmerzen (M54). Die depressive Epi-

¹⁴ Vgl. auch die DAK-Gesundheitsreporte 2013 und 2005, die psychische Erkrankungen als Schwerpunktthema haben.

sode verursacht sehr lange AU-Dauern (34,2 Tage zu 12,0 Tagen bei allen Erkrankungen).

Abbildung 32: AU-Tage je 100 VS-Jahre der 10 wichtigsten Einzeldiagnosen im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren (15 bis 24 J.) und älteren (40 bis 65 J.) Altersgruppen



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2012

Zwischenfazit:

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der 25- bis 30-Jährigen gibt Hinweise auf zwei Besonderheiten dieser Altersgruppe:

1. Sie ist offenbar eine gesundheitlich besonders leistungsfähige Altersgruppe: Sie hat nicht die hohen Fallzahlen wie die jüngeren Altersgruppen, andererseits noch nicht die langen AU-Dauern wie ältere Altersgruppen. Dies spiegelt sich in relativ wenigen AU-Tagen wider. Bei den Männern ist dieser Befund ausgeprägter als bei den Frauen.
2. Gleichzeitig zeigt sich, dass ab etwa 30 Jahren die AU-Tage je 100 VJ anzusteigen beginnen. Da demgegenüber die Betroffenquote nicht (Frauen) oder kaum (Männer) ansteigt, ist zu vermuten, dass ab 30 diejenigen, die arbeitsunfähig sind, umso länger krank geschrieben sind.

4.3 Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen und Arzneimittel-Verordnungen

Die vorangegangenen Kapitel beschreiben das Krankheitsgeschehen auf Basis der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Für eine umfassende Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren werden im Folgenden auch ambulante Behandlungs- sowie Arzneimittelverordnungsdaten einbezogen. Damit kann auch das Krankheitsspektrum abgebildet werden, das nicht unmittelbar zu einer Arbeitsunfähigkeit führt.

Die Analyse der ambulanten Diagnosen sowie der Arzneverordnungen erfolgt vor dem Hintergrund der spezifischen Mehrfachbelastungen, denen - der Rushhour-These entsprechend - Erwerbstätige im Alter von 25 bis 39 Jahren in besonderem Maße ausgesetzt sind. Dabei stehen folgende Fragestellungen im Vordergrund:

- Bei Betrachtung des Krankheitsgeschehens auf Basis der Arbeitsunfähigkeitsdaten scheint die Altersgruppe der 25 bis 39-Jährigen eine besonders „gesunde“ Altersgruppe zu sein, da sie das geringste Fehltag-Volumen aufweisen. Spiegelt sich dieser Befund auch in den ambulanten Behandlungsdaten wider?
- Wie häufig suchen Erwerbstätige im Alter von 25 bis 39 Jahren einen niedergelassenen Arzt auf und welche Erkrankungen werden durch diesen dokumentiert? Welchen Stellenwert nehmen bereits chronische Erkrankungen ein?
- Welche Arzneimittel werden den Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren verordnet? Geben die Verordnungsmengen Hinweis auf bereits chronisch verlaufende Erkrankungen?

Datenbasis hierfür sind die ambulanten Behandlungsdaten der Erwerbstätigen der DAK-Gesundheit (Jahr 2012) die Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2012 sowie die Arzneimittelverordnungen des Jahres 2012 der Erwerbstätigen.

Inanspruchnahme ambulanter Ärzte

Zwei wichtige Kennziffern, die einen ersten Eindruck zur Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsleistungen vermitteln, sind die Behandlungsquote sowie die Anzahl der Behandlungsfälle im Jahr:

1. **Behandlungsquote:** Der Anteil der Versicherten, die 2012 mindestens einmal von einem niedergelassenen Arzt behandelt wurden.
2. **Behandlungsfall:** alle Besuche eines Patienten bei ein und demselben Arzt innerhalb eines Quartals. Nach dieser Definition wird z.B. nur ein Behandlungsfall gezählt, wenn ein Patient innerhalb eines Quartals mehrmals denselben Arzt aufsucht. Sofern dieser Patient im selben Quartal einen weiteren Arzt aufsucht, entsteht ein weiterer Behandlungsfall.

Tabelle 2 zeigt die Behandlungsquoten der Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren Erwerbstätigen unter 25 Jahren und den Erwerbstätigen über 40 Jahren.

Tabelle 2: Behandlungsquoten der Erwerbstätigen im Alter von 25-39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren und älteren Erwerbstätigen¹⁵

	Erwerbstätige unter 25 Jahren	Erwerbstätige im Alter von 25-39 Jahren	Erwerbstätige ab 40 Jahren
Insgesamt	93%	90%	92%
Männer	88%	82%	87%
Frauen	98%	96%	95%

Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2012

25- bis 39-Jährige Männer weisen mit 82 Prozent die niedrigsten Behandlungsquoten auf

Rund 90 Prozent der Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren suchen mindestens einmal im Jahr einen niedergelassenen Arzt auf. Damit ist die Behandlungsquote in dieser Altersspanne nur geringfügig niedriger als bei den Erwerbstätigen unter 25 oder über 40 Jahren. Der niedrige Gesamtwert ist vor allem auf die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme in dieser Lebensphase bei den männlichen Erwerbstätigen zurückzuführen. Männer im Alter von 25 bis 39 Jahren nehmen zu einem deutlich geringeren Anteil ambulante Behandlungen in Anspruch (82 Prozent) als die jüngeren Erwerbstätigen (88 Prozent) oder die Erwerbstätigen ab 40 Jahren (87 Prozent).

Ersichtlich ist, dass Frauen - in allen Altersgruppen- deutlich häufiger ambulante Behandlungen in Anspruch als Männer. Die höheren Behandlungsquoten bei den Frauen können u.a. mit Geburten, der Inanspruchnahme frauentypischer Kontrolluntersuchungen sowie beratender Konsultationen im Zusammenhang mit kontrazeptiven Maßnahmen in Verbindung gebracht werden.

Behandlungsfälle

Tabelle 3 zeigt die innerhalb des Jahres 2012 durchschnittlich abgerechnete Zahl von Behandlungsfällen je erwerbstätiger Person. Erwerbstätige unter 25 Jahren und Erwerbstätige im Alter von 25 bis 39 Jahren verursachten 5,5 bzw. 5,7 Behandlungsfälle im Kalenderjahr. Demgegenüber steht mit 7,1 Fällen bereits eine deutlich höhere Behandlungsfallzahl bei Erwerbstätigen ab 40 Jahren.

¹⁵ Beobachtete Werte.

Tabelle 3: Behandlungsfälle je ganzjährig Versicherte differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen ¹⁶

	Erwerbstätige unter 25 Jahren	Erwerbstätige im Alter von 25-39 Jahren	Erwerbstätige ab 40 Jahren
Insgesamt	5,5	5,7	7,1
Männer	4,1	4,2	5,7
Frauen	7,0	6,7	7,8

Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2012

Ambulante Behandlungsdiagnosen ¹⁷

Diagnosen

Für den Bereich der ärztlichen Versorgung besteht im Rahmen der Abrechnung ärztlicher Behandlungen die Pflicht zur Kodierung der Diagnosen unter Anwendung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM). Demnach muss jeder Behandlungsfall mindestens eine Behandlungsdiagnose aufweisen.

Bei der Interpretation der ambulanten Daten ist zu berücksichtigen, dass die im Rahmen der ambulanten Behandlung von den Ärzten dokumentierte Prävalenz nicht der tatsächlichen Krankheitsprävalenz entsprechen muss. Es fehlen nach wie vor allgemeingültige Kodierrichtlinien für niedergelassene Ärzte, die für eine einheitliche und korrekte Kodierung erforderlich wären ¹⁸.

Daraus ergibt sich für die hier betrachteten Daten aus dem Jahr 2012 die Möglichkeit, dass nicht alle Diagnosen je Behandlungsfall mit einer Behandlungsrelevanz einhergehen. Das betrifft insbesondere die Diagnoseeinträge, die in der ärztlichen Dokumentation aus Vorquartalen ohne erneute Beurteilung fortgeführt werden, obwohl sie im aktuellen Fall gar nicht zu der Arztanspruchnahme geführt haben. Folglich kann die dokumentierte Diagnoseprävalenz die tatsächliche Krankheitsprävalenz gewissermaßen überschätzen.

Dessen ungeachtet sind die seitens der ambulanten Ärzte dokumentierten Diagnosen (ohne Ausschlussdiagnosen) ein wichtiger Anhaltspunkt zur Einschätzung des Gesundheitszustandes ¹⁹. Eine wesentliche Kennziffer ist hier die „Betroffenenquote“, d.h. der Anteil der Versicherten mit mindestens einem Diagnoseeintrag pro ICD-Kapitel innerhalb des Jahres 2012 (Diagnosehäufigkeit). Die Kapitel V01-Z99 wurden von der Betrachtung ausgeschlossen, da die dort aufgelisteten Diagnosen äußere Ursachen von Morbidität (V01-J98) oder Vorsorgeuntersuchungen (Z00-Z13) beinhalten und damit nicht den Gesundheitszustand widerspiegeln.

¹⁶ Abweichungen zu den Werten aus früheren DAK-Gesundheitsberichten erklären sich durch die unterschiedliche Datenbasis und Methoden der Datenselektion

¹⁷ Vgl. auch DAK-Gesundheitsreport 2011

¹⁸ vergleichbar mit den bereits seit langem im stationären Bereich geltenden Kodierrichtlinien

¹⁹ Zur Präzisierung von Diagnosen sollen diese im Rahmen der Codierung mit Zusätzen (G = gesichert; V = Verdachtsdiagnose; Z = (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose und A = ausgeschlossene Diagnose) versehen werden. Bis auf Ausschlussdiagnosen werden alle Diagnosen für die Auswertungen als relevant eingeschätzt.

Ambulantes Behandlungsspektrum und Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Vergleich

Tabelle 4 zeigt das Spektrum der wichtigsten Erkrankungen, das im Alter von 25 bis 39 Jahren zu einer ambulanten Behandlung geführt hat (sortiert nach ambulanter Diagnosehäufigkeit). Zum Vergleich steht eine Liste der häufigsten Erkrankungen, die zu Arbeitsunfähigkeit geführt haben (sortiert nach AU-Betroffenenquote).

Tabelle 4: Diagnosehäufigkeiten der Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zur AU-Betroffenenquote

Rang	Ambulante Diagnosehäufigkeit	Rang	AU-Betroffenenquote
1	Atmungssystem 50,4%	1	Atmungssystem 20,5%
2	Urogenitalsystem 41,5%	2	Muskel-Skelett-System 8,4%
3	Muskel-Skelett-System 41,0%	3	Infektionen 8,3%
4	Symptome und abnorme klinische Laborbefunde 36,1%	4	Verdauungssystem 7,7%
5	Nerven, Augen, Ohren 32,5%	5	Verletzungen 6,3%
6	Infektionen 29,3%	6	Symptome und abnorme klinische Laborbefunde 5,0%
7	Psychische Erkrankungen 28,5%	7	Psychische Erkrankungen 4,1%
8	Verletzungen 25,1%	8	Nerven, Augen, Ohren 3,3%
9	Haut 25,0%	9	Urogenitalsystem 2,1%
10	Ernährung und Stoffwechsel 24,5%	10	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 1,8%
11	Verdauungssystem 22,9%	11	Kreislaufsystem 1,4%
12	Kreislaufsystem 19,6%	12	Haut 1,1%
13	Neubildungen 14,7%	13	Neubildungen 0,7%
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 7,8%	14	Ernährung und Stoffwechsel 0,3%

Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit, ambulante ärztliche Diagnosen und AU-Daten 2012

Abbildung 33 bietet darüber hinaus eine geschlechterdifferenzierte Betrachtung der wichtigsten ambulanten Behandlungen und vergleicht die Betroffenenquote der 25 bis 39-Jährigen mit den jeweiligen Quoten der Erwerbstätigen unter 25 Jahren und der Erwerbstätigen ab 40 Jahren.

Frauen nehmen deutlich häufiger ambulante Behandlungen in Anspruch als Männer - das zeigt sich in allen Altersgruppen (Ausnahme: Verletzungen). Diese Unterschiede sind der Regel nicht auf eine höhere Morbidität oder auf die Inanspruchnahme von frauenärztlichen Untersuchungen zurückzuführen. Vielmehr sind sie Ausdruck der unterschiedlichen Versorgungsbedürfnisse von Männern und Frauen.

Frauen suchen häufiger einen niedergelassenen Arzt auf als Männer

Gut die Hälfte der 25 bis 39-jährigen Männer und Frauen wird mindestens einmal im Jahr aufgrund einer „Erkrankung des Atmungssystems“ ambulant behandelt. Damit sind die unter diesem Kapitel gefassten Diagnosen der häufigste Behandlungsanlass in dieser Altersgruppe. Dieser Befund trifft auch auf die jungen Erwerbstätigen unter 25 Jahren zu, nicht aber auf die älteren Erwerbstätigen ab 40 Jahren. Dort führen bereits die Muskel-Skeletterkrankungen die Liste der wichtigsten Erkrankungen an.

Atmungssystem

Die Relevanz der Atemwegserkrankungen spiegelt sich auch in den Arbeitsunfähigkeitsdaten wider. Erkrankungen des Atmungssystems sind im Alter von 25 bis 39 Jahren der weitaus häufigste Anlass für eine Arbeitsunfähigkeit. Rund jeder fünfte Erwerbstätige war im Jahr 2012 aufgrund einer Erkrankung des Atmungssystems arbeitsunfähig gemeldet (Tabelle 4).

Bedeutung im AU-Geschehen

„Krankheiten des Urogenitalsystems“ stehen (in der Gesamtbetrachtung) an zweiter Stelle der häufigsten Erkrankungen. Als Behandlungsanlass spielen sie allerdings ausschließlich bei den Frauen eine zentrale Rolle. Gut 70 Prozent der Frauen suchen einen Arzt aufgrund einer entsprechenden Diagnose auf, bei den Männern sind es lediglich knapp 7 Prozent.

Urogenitalsystem

Krankheiten des Urogenitalsystems sind zwar zumindest bei Frauen ein häufiger Behandlungsanlass. Als Grund für eine Arbeitsunfähigkeit spielen sie jedoch nur eine sehr geringe Rolle (AU- Betroffenenquote: 2,1 Prozent).

Bedeutung im AU-Geschehen

Um den Stellenwert von chronischen Erkrankungen im Alter von 25 bis 39 Jahren zu ermitteln, werden im Weiteren Erkrankungen betrachtet, die zwar akut auftreten können, sich häufig aber chronisch entwickeln und vor allem im höheren Alter an Bedeutung gewinnen:

Manifestation von chronischen Erkrankungen?

Muskel-Skelett-Erkrankungen

- **Muskel-Skelett-Erkrankungen:** Rund 40 Prozent der Erwerbstätigen im Alter zwischen 25 und 39 Jahren wird aufgrund einer Muskel-Skelett-Erkrankungen behandelt. Damit ist die Betroffenenquote geringfügig höher als bei den jungen Erwerbstätigen unter 25 Jahren. Ab 40 Jahren gewinnen die Muskel-Skelett-Erkrankungen nochmals deutlich an Bedeutung. Mehr als die Hälfte der Männer und 60 Prozent der Frauen suchen einen Arzt wegen entsprechenden Beschwerden auf.

Die Relevanz der Muskel-Skelett-Erkrankungen schlägt sich in den Arbeitsunfähigkeitsdaten der 25 bis 39-Jährigen nicht nieder. Zwar stehen sie an zweiter Stelle der häufigsten AU-Erkrankungen. Allerdings waren nur knapp 8 Prozent der Erwerbstätigen aufgrund einer Muskel-Skelett-Erkrankung krankgemeldet (Tabelle 4).

Psychische Erkrankungen

- **Psychische Erkrankungen:** Mehr als jede dritte Frau und ein Fünftel der Männer wird aufgrund einer psychischen Erkrankung behandelt. Damit weisen sie in diesem Alter eine leicht höhere Prävalenz auf als junge Erwerbstätige unter 25 Jahren. Die psychischen Erkrankungen nehmen dann vor allem bei den Männern zwischen 40 und 65 Jahren deutlich zu (plus 29 Prozent).

Psychische Erkrankungen führen im Alter von 25 bis 39 Jahren relativ selten zu Arbeitsunfähigkeit. Knapp 4 Prozent der erwerbstätigen Personen waren aufgrund einer psychischen Erkrankung krankgemeldet.

Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen

- **Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen:** Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen gewinnen mit steigendem Alter an Bedeutung. Bei rund einem Viertel der Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren wurde eine Diagnose aus diesem Krankheitsbereich dokumentiert. Bei den Erwerbstätigen ab 40 Jahren sind Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen bereits bei fast jedem zweiten Erwerbstätigen der Behandlungsanlass (47 Prozent).

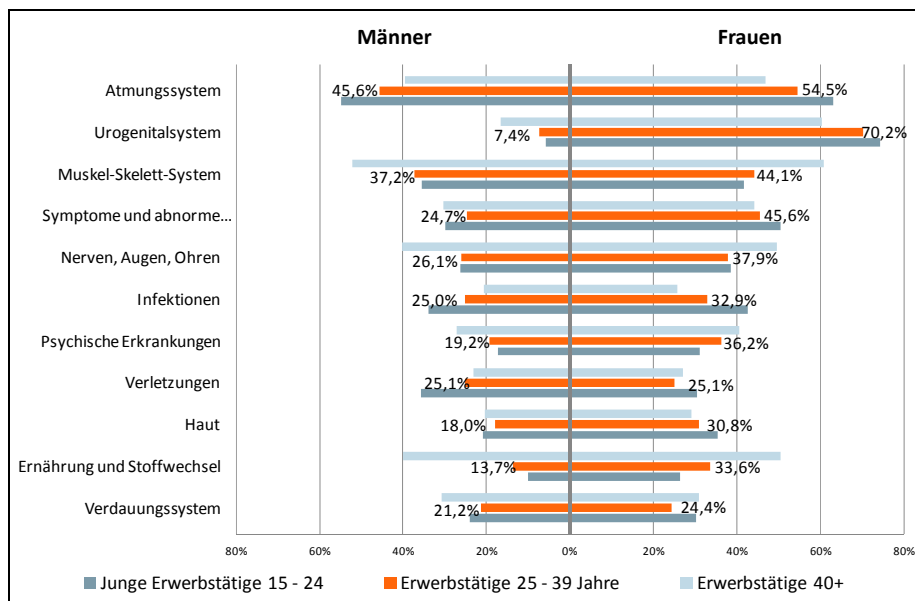
Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen sind (naturgemäß) nur in seltenen Fällen der Anlass für eine Arbeitsunfähigkeit (AU-Betroffenenquote: 0,3 Prozent).

Verdauungssystem

Erwähnenswert sind noch die Erkrankungen des Verdauungssystems. Bei mehr als einem Fünftel der Erwerbstätigen wird in diesem Alter eine Erkrankung diagnostiziert. Überraschenderweise suchen damit die Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren seltener einen Arzt aus diesem Anlass auf als die übrigen Altersgruppen. Sowohl bei den jüngeren Erwerbstätigen als auch bei den Erwerbstätigen ab 40 Jahren ist die Betroffenenquote höher.

Erkrankungen des Verdauungssystems stehen an vierter Stelle in der Liste der wichtigsten AU-Erkrankungen. Rund 7 Prozent der erwerbstätigen Personen waren deshalb krankgemeldet.

Abbildung 33: Ambulante Behandlungsquoten nach Diagnosekapitel, Geschlecht und Alter



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit, ambulante ärztliche Diagnosen 2012

Die häufigsten ambulanten Behandlungsdiagnosen

Für die Einschätzung der gesundheitlichen Lage im Alter von 25 bis 39 Jahren werden im Folgenden auch häufige Einzeldiagnosen (auf Ebene der ICD-3-Steller) betrachtet.

Tabelle 5 und Tabelle 6 zeigen die 20 häufigsten ambulanten Einzeldiagnosen bei erwerbstätigen Frauen und Männern zwischen 25 und 39 Jahren.

Neben den Einzeldiagnosen "Maßnahmen der Empfängnisverhütung (Kontrazeptive Maßnahmen)" (Z30) und der Krebsvorsorgeuntersuchung (Z12), die bei knapp 67 Prozent bzw. 52 Prozent der erwerbstätigen Frauen im Alter von 25 bis 39 Jahren dokumentiert wurden und die Liste der 20 häufigsten Einzeldiagnosen anführen, treten bei Frauen folgende Diagnosen in den Vordergrund:

Frauen werden in dieser Altersspanne häufig wegen Beschwerden des weiblichen Genitaltraktes behandelt. Unter den 20 häufigsten Einzeldiagnosen finden sich sechs Erkrankungen des Urogenitalsystems. Darüber hinaus spielen Rücken (M54)- sowie Bauch- und Beckenschmerzen (R10) eine bedeutsame Rolle. Mehr als jede zehnte erwerbstätige Frau wird wegen einer depressiven Episode (F32), einer somatoformen Störung (F45) oder einer Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) behandelt. Die Prävalenz dieser Diagnosen aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen ist bereits höher als bei erwerbstätigen Frauen unter 25 Jahren und nimmt mit dem Alter weiter zu.

Männer gehen, wie schon berichtet, deutlich seltener zum Arzt als Frauen. Wenn sie eine ambulante Behandlung in Anspruch nehmen, dann häufig wegen akuten Beschwerden, darunter akute Infektionen der Atemwege (J06, J03, J20), Gastroenteritis (A09) oder Verletzun-

gen (T14). An der Spitze der Diagnosen stehen mit einer Betroffenenquote von rund 20 Prozent Rückenschmerzen (M54).

Unter den 20 häufigsten Einzeldiagnosen befinden sich bei Männern neben den akuten Beschwerden auch bereits langfristige Beeinträchtigungen. Bei mehr als 7 Prozent wurde die Diagnose Essentielle Hypertonie (I10) gestellt, die häufig in Verbindung mit einer ungünstigen Lebensweise steht, wie zum Beispiel Stress und Bewegungsmangel. Mit einer Prävalenz von über 5 Prozent sind auch die Einzeldiagnosen Depressive Episode (F32) und die somatoformen Störungen (F45) in dieser Altersspanne beachtenswert, da sie häufig wiederkehrend auftreten und den Gesundheitszustand langfristig erheblich beeinträchtigen können.

Tabelle 5: Die 20 häufigsten Behandlungsdiagnosen bei erwerbstätigen Frauen im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren und älteren Erwerbstätigen

Rang	ICD3	Titel	Alter 15-24	Alter 25-39	Alter 40-65
1	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	79,4%	67,2%	28,0%
2	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	43,1%	52,4%	51,3%
3	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	42,4%	41,7%	27,5%
4	M54	Rückenschmerzen	20,8%	24,6%	34,2%
5	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	29,4%	22,3%	16,1%
6	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen	21,0%	21,2%	21,8%
7	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	29,6%	18,7%	8,2%
8	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	21,3%	18,0%	13,2%
9	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	17,3%	15,4%	9,4%
10	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	14,4%	14,3%	10,3%
11	F45	Somatoforme Störungen	11,5%	13,6%	15,5%
12	F32	Depressive Episode	7,3%	11,3%	16,1%
13	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	9,6%	10,9%	12,7%
15	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,1%	10,8%	9,6%
16	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	10,8%	10,6%	20,9%
14	N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri	12,0%	10,4%	4,4%
17	D22	Melanozytennävus	7,0%	9,9%	9,9%
18	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	8,2%	9,8%	10,4%
19	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	18,1%	9,7%	5,8%
20	N91	Ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation	8,0%	9,2%	3,5%

Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit, ambulante ärztliche Diagnosen 2012

Tabelle 6: Die 20 häufigsten Behandlungsdiagnosen bei erwerbstätigen Männern im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren und älteren Erwerbstätigen

Rang	ICD10	Titel	Alter 15-24	Alter 25-39	Alter 40-65
1	M54	Rückenschmerzen	15,4%	19,1%	27,3%
2	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	25,9%	19,1%	13,1%
3	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	17,9%	10,3%	5,2%
4	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	9,4%	8,5%	7,0%
5	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	6,7%	7,6%	8,7%
6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	3,5%	7,3%	32,4%
7	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	11,6%	6,8%	3,6%
8	J20	Akute Bronchitis	8,1%	6,6%	6,3%
9	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	9,7%	6,2%	5,4%
10	J45	Asthma bronchiale	7,5%	6,1%	5,8%
11	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	7,4%	6,1%	5,9%
12	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	6,4%	6,0%	15,3%
13	K29	Gastritis und Duodenitis	6,7%	5,3%	6,4%
14	F32	Depressive Episode	3,3%	5,3%	8,3%
15	J03	Akute Tonsillitis	8,0%	5,1%	1,9%
16	F45	Somatoforme Störungen	4,0%	5,1%	7,4%
17	D22	Melanozytennävus	3,8%	5,0%	6,6%
18	J32	Chronische Sinusitis	5,1%	5,0%	4,2%
19	J02	Akute Pharyngitis	6,9%	4,9%	3,0%
20	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	5,9%	4,6%	5,3%

Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit, ambulante ärztliche Diagnosen 2012

Verordnung von Arzneimitteln

Im Folgenden wird das Krankheitsgeschehen der Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren auch unter Einbezug der Arzneimittelverordnungsdaten beschrieben. Die Analyse der Arzneimittelverordnungen erfolgt über die dritte Ebene des anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC²⁰) Klassifikationssystems (vierstelliger ATC), auf der pharmakologisch vergleichbare Wirkstoffe zusammengefasst werden. Für eine differenzierte Einschätzung der Arzneimittelverordnungen sind insbesondere zwei Kennziffern von Bedeutung:

- **Verordnungsquote:** Beschreibt den Anteil der Versicherten, der mindestens eine Verordnung im Jahr 2012 aus der betrachteten Wirkstoffgruppe erhalten hat.
- **DDD je Versicherte mit Verordnung:** Jedem Wirkstoff ist eine definierte Tagesdosis (DDD) zugeordnet. Diese DDD ist die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen. Eine hohe Verordnungsmenge ist häufig bei chronisch verlaufenden Erkrankungen oder aber bei sehr schweren Erkrankungen mit hoher Dosierung anzutreffen. Die DDD je Versicherte mit Verordnung drückt die durchschnittliche Dosierung aus, die ein Versicherter in der betrachteten Wirkstoffgruppe erhalten hat.

In Tabelle 7 und

Tabelle 8 werden die 20 häufigsten Verordnungen jeweils getrennt für Männer und Frauen sowie die entsprechenden Verordnungsmengen dargestellt.

Der Fokus liegt auf der Gruppe der Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren. Zum Vergleich werden die entsprechenden Verordnungshäufigkeiten der jüngeren Erwerbstätigen unter 25 Jahren und der Erwerbstätigen über 40 Jahren gegenüber gestellt.

An der Spitze der häufigsten Verordnungen stehen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen Arzneimittel aus der Gruppe der nicht-steroidalen Antiphlogitika und Antirheumatika (ATC M01A). Diese Arzneimittel werden zur symptomatischen Therapie entzündlicher Gelenkerkrankungen, bei Gelenkschmerzen oder bei Rückenschmerzen eingesetzt. Die Verordnungsmengen je Patient sind im Vergleich zu den Erwerbstätigen über 40 Jahren deutlich niedriger. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass diese Wirkstoffe im Alter von 25 bis 39 Jahren eher zur kurzfristigen Schmerzbekämpfung eingesetzt werden. Unter den 20 häufigsten Arzneimittelverordnungen finden sich noch weitere Wirkstoffgruppen, die zur Schmerzbekämpfung eingesetzt werden können: darunter andere Analgetika und Antipyretika (ATC N02B), Opioide (ATC N02A) oder Muskelrelaxanzien (ATC M03B).

An zweiter und dritter Stelle stehen zwei Wirkstoffe, die unterschiedliche Wirkprinzipien der Antibiotika repräsentieren. Verschiedene Arten von Antibiotika zur systemischen Anwendung (ATC J01) befinden sich insgesamt fünfmal in der Liste der häufigsten Verordnungen.

Mit Blick auf bestimmte - möglicherweise im Alter von 25 und 39 Jahren - beginnende chronische Erkrankungen, wenden wir uns nun den

²⁰ In der ATC-Klassifikation werden Wirkstoffe nach ihren anatomischen, therapeutischen und chemischen Eigenschaften klassifiziert. Informationen unter <http://www.dimdi.de/static/de/amg/atcddd/index.htm>

Wirkstoffgruppen mit hohen Verordnungsmengen zu. Hohe Verordnungsmengen je Patient können ein Indikator für den Schweregrad der Erkrankung oder den Einsatz in einer speziellen Indikation sein; in der Regel erklären sie sich allerdings aus der regelmäßigen Verordnung über einen längeren Erkrankungszeitraum und sind somit ein Indikator, dass länger anhaltende oder chronische Erkrankungen behandelt werden. Dabei sind deutliche Geschlechterunterschiede festzustellen.

Antidepressiva (218 DDD/234 DDD je Frau/Mann mit Verordnung):

Antidepressiva werden bei unterschiedlichen Indikationen eingesetzt, darunter z.B. bei Depressionen, Angstzuständen oder Schlafstörungen. Mehr als sechs Prozent der erwerbstätigen Frauen wurde ein Antidepressivum verordnet. Damit erhalten Frauen deutlich häufiger ein Arzneimittel aus dieser Gruppe als Männer (3,7 Prozent). Werden die Verordnungsquoten allerdings in Beziehung gesetzt zur Diagnoseprävalenz depressiver Episoden (F32), ergibt sich für Männer und Frauen ein etwa gleich hoher Versorgungsgrad mit Antidepressiva (Prävalenz von F32: Frauen 11,3 Prozent, Männer 5,3 Prozent).

Antidepressiva

Schilddrüsenpräparate (187 DDD je Frau mit Verordnung): Schilddrüsenpräparate nehmen bei den Frauen einen hohen Stellenwert ein. Mehr als ein Zehntel der Frauen dieser Altersgruppe erhält eine entsprechende Verordnung. Im Vergleich dazu erhalten nur knapp ein Prozent der Männer in dieser Altersgruppe ein Schilddrüsenpräparat.

Schilddrüsenpräparate

ACE-Hemmer und Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten (517 DDD/142 DDD je Mann mit Verordnung): Unter den 20 häufigsten Wirkstoffgruppen finden sich bei den Männern zwei Gruppen (C07A und C09A), die in der Therapie des kardio-vaskulären Systems (u.a. zur Behandlung des Bluthochdrucks) eingesetzt werden. Insgesamt ist die Bedeutung dieser beiden Wirkstoffe mit einer Verordnungshäufigkeit von jeweils 2 Prozent noch relativ gering. In der Altersgruppe der 40 bis 65-Jährigen erhalten hingegen bereits mehr als 12 Prozent der Männer einen ACE-Hemmer und 14 Prozent einen Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten.

AM mit Wirkung auf das kardio-vaskuläre System

Mittel bei peptischem Ulcus / gastroesophagealer Refluxkrankheit (111 DDD/134 DDD je Frau/Mann mit Verordnung): Bei dieser Wirkstoffgruppe handelt es sich um Magensäure-hemmende Arzneimittel. Darüber hinaus werden diese Mittel häufig als Komedikation - insbesondere bei längerfristigen oder mit Kortikosteroiden kombinierten Schmerzmittelverordnungen - zur Verbesserung der Verträglichkeit ("Magenschutz") verordnet, wodurch sich die höhere Verordnungsquote und der Mehrverbrauch bei älteren Erwerbstätigen erklärt²¹. Im Alter von 25 bis 39 Jahren werden diese Mittel bei rund 9 Prozent der Männer und 7 Prozent der Frauen verordnet und damit nicht häufiger als bei jungen Erwerbstätigen unter 25 Jahren - allerdings bereits mit einer wesentlich höheren durchschnittlichen Tagesdosis je Versicherten.

Mittel bei peptischem Ulcus

²¹ Vgl. DAK-Gesundheitsbericht 2011

Tabelle 7: Frauen– die 20 häufigsten Verordnungen: VO-Quoten, DDD je Versicherten mit Verordnung nach ATC-4-Stellern bei Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu jüngeren und älteren Erwerbstätigen

ATC	Bezeichnung	Erwerbstätige im Alter 15-24		Erwerbstätige im Alter 25-39		Erwerbstätige im Alter 40-64	
		VO-Quoten	DDD je Vs. mit VO	VO-Quoten	DDD je Vs. mit VO	VO-Quoten	DDD je Vs. mit VO
M01A	Nichtsteroidale Anti-phlogistika und Anti-rheumatika	22,3%	20,6	20,3%	28,2	28,3%	47,5
J01F	Makrolide, Lincosamide und Streptogramine	16,7%	8,5	14,2%	9,1	12,7%	9,2
J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	14,1%	16,1	12,1%	17,0	8,6%	16,6
H03A	Schilddrüsenpräparate	5,6%	149,1	11,0%	186,8	18,9%	223,5
J01D	Andere Beta-Lactam-Antibiotika	10,4%	11,4	9,7%	12,3	7,5%	12,3
A02B	Mittel bei peptischem Ulkus/gastro-esophagealer Refluxkrankheit	8,6%	68,2	8,9%	110,7	15,5%	189,1
J01M	Chinolone	10,0%	5,5	7,8%	6,3	8,3%	6,9
N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	8,8%	7,4	7,6%	10,6	9,5%	16,4
N06A	Antidepressiva	3,9%	151,7	6,6%	217,9	10,9%	218,3
A03F	Prokinetika	10,4%	6,8	6,5%	8,1	5,8%	11,9
D07A	Corticosteroide, rein	6,6%	43,6	6,0%	46,8	6,9%	45,1
R03A	Inhalative Sympathomimetika	5,5%	91,4	5,9%	107,6	7,0%	141,1
V70X	Rezepturen	5,4%	0,0	5,3%	0,0	5,5%	0,0
R05D	Antitussiva, exkl. Kombinationen mit Expektoranzien	4,8%	5,1	4,6%	5,2	4,8%	5,7
J01A	Tetracycline	5,1%	19,3	4,5%	19,7	4,2%	21,8
R01A	Dekongestiva und andere Rhinologika zur topischen Anwendung	4,1%	38,6	4,4%	44,8	3,9%	53,6
H02A	Corticosteroide, systemisch, rein	3,2%	72,0	4,2%	82,6	6,6%	83,5
V07A	Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel	1,9%	0,6	4,2%	0,1	3,3%	0,1
M03B	Muskelrelaxanzien, zentral wirkende Mittel	3,2%	8,9	4,1%	12,2	5,1%	16,1
G01A	Antinfektiva und Antiseptika, exkl. Kombinationen mit Corticosteroiden	4,1%	5,6	4,0%	6,1	2,3%	5,9

Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit, Arzneimittelverordnungsdaten 2012

Tabelle 8: Männer – die 20 häufigsten Verordnungen: VO-Quoten, DDD je Versicherten mit Verordnung nach ATC-4-Stellern bei Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu jüngeren und älteren Erwerbstätigen

ATC	Bezeichnung	Erwerbstätige im Alter 15-24		Erwerbstätige im Alter 25-39		Erwerbstätige im Alter 40-64	
		VO-Quoten	DDD je Vs. mit VO	VO-Quoten	DDD je Vs. mit VO	VO-Quoten	DDD je Vs. mit VO
M01A	Nichtsteroidale Anti-phlogistika und Antirheumatika	19,5%	19,4	20,4%	26,0	27,0%	45,6
J01F	Makrolide, Lincosamide und Streptogramine	11,8%	8,4	10,5%	8,9	9,9%	9,3
J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	10,8%	16,3	9,5%	17,1	8,1%	16,9
A02B	Mittel bei peptischem Ulkus/gastroesophagealer Refluxkrankheit	5,1%	78,8	7,3%	134,3	14,1%	225,9
J01D	Andere Beta-Lactam-Antibiotika	6,9%	11,9	6,3%	12,5	6,0%	13,1
N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	5,3%	6,4	5,7%	8,6	7,5%	15,1
R03A	Inhalative Sympathomimetika	4,4%	105,0	4,8%	143,3	5,8%	179,5
A03F	Prokinetika	6,9%	6,2	4,5%	7,1	3,5%	12,2
J01M	Chinolone	3,4%	7,2	4,1%	7,8	5,9%	8,7
J01A	Tetracycline	4,3%	22,4	3,9%	22,1	3,8%	23,8
N06A	Antidepressiva	1,8%	154,4	3,7%	234,6	6,3%	238,0
D07A	Corticosteroide, rein	3,2%	51,0	3,6%	58,4	5,0%	57,3
V70X	Rezepturen	3,1%	0,0	3,3%	0,0	4,3%	0,0
M03B	Muskelrelaxanzien, zentral wirkende Mittel	1,8%	10,7	3,1%	13,3	4,0%	16,4
R01A	Dekongestiva und andere Rhinologika zur topischen Anwendung	2,7%	40,5	3,0%	47,3	3,0%	61,6
H02A	Corticosteroide, systemisch, rein	2,3%	75,0	2,9%	90,0	5,2%	91,8
R05D	Antitussiva, exkl. Kombinationen mit Expektoranzien	2,8%	5,0	2,6%	5,4	3,2%	5,6
C07A	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	0,9%	97,6	2,3%	142,5	14,3%	189,2
C09A	ACE-Hemmer, rein	0,8%	405,2	2,2%	517,8	12,6%	612,5
N02A	Opiode	1,5%	14,9	2,0%	36,2	3,5%	62,0

Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit, Arzneimittelverordnungsdaten 2012

Zwischenfazit: Die gesundheitliche Lage der Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren

Bei Betrachtung des Krankheitsgeschehens auf Basis der Arbeitsunfähigkeitsdaten scheint die Altersgruppe der 25 bis 39-Jährigen eine besonders „gesunde“ Altersgruppe im Vergleich zu den jüngeren und älteren Erwerbstätigen zu sein. In den ambulanten Versorgungsdaten spiegelt sich dieser Befund nicht uneingeschränkt wider. Insgesamt nehmen die Erwerbstätigen in dieser Altersspanne fast genauso häufig einen niedergelassenen Arzt in Anspruch wie ältere oder jüngere Erwerbstätige. Was die Männer im Alter von 25-39 Jahren betrifft, so weisen diese tatsächlich eine deutlich niedrigere Behandlungsquote auf als die übrigen Altersgruppen.

Zu den häufigsten Erkrankungen in der ambulanten Behandlung zählen die akuten Infektionen der Atemwege. Gleichzeitig sind diese Erkrankungen auch der häufigste Anlass für eine Arbeitsunfähigkeit. Abgesehen davon zeigt die Analyse der ambulanten Versorgungsdaten jedoch ein Spektrum von relevanten Erkrankungen, das sich so nicht im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen widerspiegelt. Das gilt im besonderen Maße für die Erkrankungen, die zwar akut auftreten können, häufig aber einen chronischen Verlauf annehmen und den Gesundheitszustand langfristig beeinträchtigen können.

So wurden z.B. rund 40 Prozent der Erwerbstätigen im Alter zwischen 25 bis 39 Jahren aufgrund einer Muskel-Skelett-Erkrankung behandelt. Allerdings führen diese Erkrankungen bei lediglich 8 Prozent der Erwerbstätigen zu einer Arbeitsunfähigkeit.

Mehr als jede dritte Frau und ein Fünftel der Männer wird aufgrund einer psychischen Erkrankung behandelt. Gleichzeitig führen psychische Erkrankungen im Alter von 25 bis 39 Jahren vergleichsweise selten zu Arbeitsunfähigkeit (AU-Betroffenenquote 4 Prozent)

Bei rund einem Viertel der Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren wurde bereits eine Diagnose aus dem Kapitel der Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen dokumentiert. Diese Diagnosen sind zwar in den seltensten Fällen der Anlass für eine Arbeitsunfähigkeit (AU-Betroffenenquote 0,3 Prozent) gleichzeitig sind sie für den langfristigen Gesundheitszustand der Erwerbstätigen nicht von geringer Bedeutung.

Die Betrachtung der Arzneimittelverordnungsdaten unterstreicht den Stellenwert der chronischen Erkrankungen. Die Höhe der durchschnittlichen Verordnungsmengen (DDD je Versicherte mit Verordnung) geben Hinweis darauf, dass bestimmte Wirkstoffgruppen bereits dauerhaft eingenommen werden. In diesem Zusammenhang sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen die Antidepressiva sowie magensäurehemmende Arzneimittel aufgefallen. Speziell bei den Frauen fallen Schilddrüsenpräparate ins Gewicht. Bei den Männern hingegen sind es Wirkstoffgruppen, die in der Therapie des kardio-vaskulären Systems eingesetzt werden (z.B. zur Behandlung des Bluthochdrucks).

Im Vergleich zu den Erwerbstätigen zwischen 40 und 65 Jahren haben die chronischen Erkrankungen im Alter von 25 bis 39 Jahren noch eine vergleichsweise geringe Bedeutung. Das betrifft sowohl die Prävalenz der Erkrankungen, als auch die Häufigkeit der Arzneimittelverordnungen. Dennoch ist im Vergleich zu den jüngeren Erwerbstätigen bereits ein Anstieg zu beobachten, so dass die Vermutung nahe liegt, dass

einige der langfristigen Gesundheitsbeeinträchtigungen sich in dieser Altersspanne manifestieren.

4.4 Kinder-und-Karriere-Konstellationen in der Rushhour des Lebens - Ergebnisse einer Befragung von 3.100 Männern und Frauen im Alter von 25 bis 40 Jahren

Konzeption der Analyse und Interpretation, Operationalisierung der Rushhour-These

Operationalisierung der Rushhour-These

In Abschnitt 1 wurde die These der "Rushhour des Lebens" eingeführt. Gleichwohl sie facettenreich ist und Aussagen auf verschiedenen Ebenen macht (u.a. Zeitdiagnose, Generationengerechtigkeit, Struktur des Lebenslaufs, implizites Stresskonzept²²), ist sie im Kern die Diagnose, dass sich für die heute 30- bis 40-Jährigen Anforderungen aus Beruf/Karriere und Kinder/Familie in einer vergleichsweise kurzen Spanne verdichten und entsprechende Entscheidungen zu treffen und zu realisieren sind. Im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports wurde eine standardisierte Befragung der möglicherweise betroffenen Personen unternommen, um Thesen und Fragestellungen im Zusammenhang mit der Rushhour zu prüfen. Hierbei geht es weniger um den Nachweis, dass es die Rushhour "wirklich gibt". Vielmehr werden verschiedene Lebenskonstellationen von Männern und Frauen in und vor der Rushhour ermittelt und die damit verbundenen Ressourcen und Belastungen (chronischer Stress, Work-Life-Balance) geprüft.

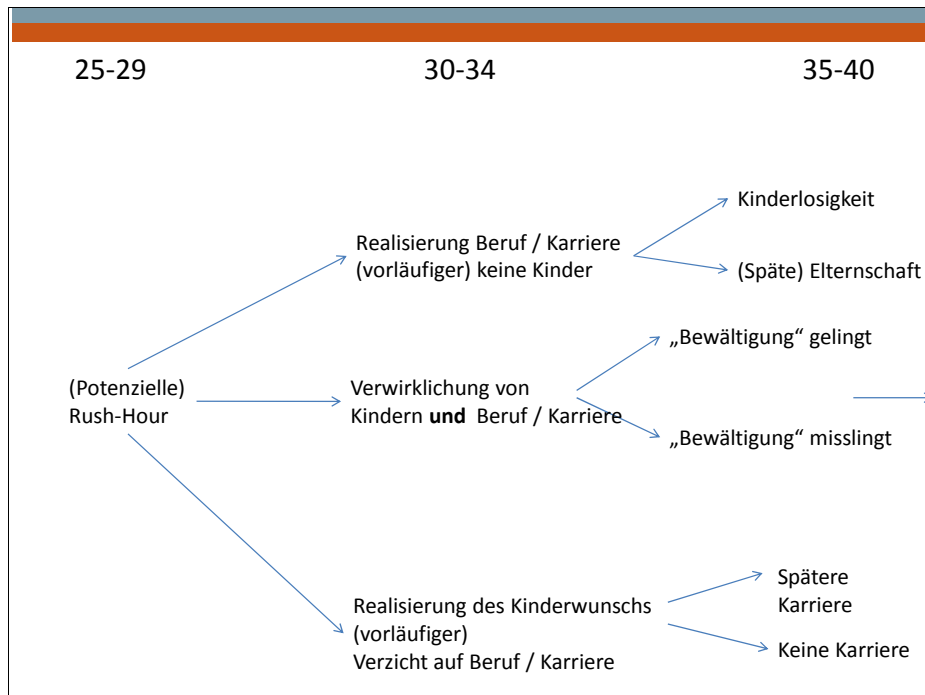
Mit anderen Worten: Es werden vor dem Hintergrund der Rushhour-These Typen von Betroffenen und nicht-Betroffenen vermutet oder "vorhergesagt", um jeweils zu prüfen ob und zu welchen Anteilen es diese Typen gibt und welchen Belastungen diese Typen ausgesetzt sind.

Die Befragung wurde von Forsa über das Online-Panel „Omninet“ durchgeführt. Befragte ohne Internet hatten die Möglichkeit, den Fragebogen über ein Zusatzgerät an ihrem Fernseher zu beantworten. Es wurden 3.154 Männer und Frauen im Alter von 25 bis 40 Jahren zu jeweils gleichen Anteilen befragt. Befragungszeitraum war November und Dezember 2013. Alle Auswertungen sind nach Alter, Geschlecht, Bildung und Bundesland gewichtet, so dass die Ergebnisse als repräsentativ für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland für die Altersspanne 25 bis 40 gelten können. (ca. 3.100 Männern und Frauen im Alter von 25 bis 40 Jahren)

Die Operationalisierung der Rushhour des Lebens, auf die die folgenden Analysen und Interpretationen aufbauen, ist im Folgenden als Entscheidungsbaum dargestellt. Mit anderen Worten: Es werden vor dem Hintergrund der Rushhour-These Typen von Betroffenen und nicht-Betroffenen vermutet oder "vorhergesagt", um jeweils zu prüfen ob und zu welchen Anteilen es diese Typen gibt und welchen Belastungen diese Typen ausgesetzt sind.

²² Vgl. hierzu die Ausführungen in Abschnitt 4.1.

Abbildung 34: Schema der Lebensphase "Rushhour" nach Altersgruppen als Entscheidungspfade in Bezug auf Kinder und Karriere



Quelle: IGES / DAK-Gesundheit 2014

Im Alter von 25 bis 29 Jahren stehen Männern und Frauen vor einer Lebensphase, in der Entscheidungen in den Bereichen Beruf/Karriere und Familie/Kinder zu treffen und zu realisieren sind. 25- bis 29-Jährige werden also in naher Zukunft mit der Gleichzeitigkeit von Anforderungen in Beruf und Familie umzugehen haben oder das eine oder das andere mit Priorität verfolgen müssen. In diesem Schema haben sie in den beiden Dimensionen Beruf und Karriere sowie Familie und Kinder jeweils die Optionen Realisierung und Nicht-Realisierung.

In jeder der Spalten dieser Darstellung (den Altersgruppen) wird vereinfacht gesagt eine wichtige Entscheidung getroffen, die sich später als irreversibel herausstellen kann: Mit etwa 25 Jahren²³ haben Männer und Frauen ihre Ausbildung abgeschlossen, leben möglicherweise in einer Partnerschaft und haben im Prinzip die Entscheidung Kinder/nicht-Kinder und Karriere/nicht-Karriere zu treffen.

Sie können sich entscheiden, den Versuch zu unternehmen, beides (gleichzeitig) zu realisieren. In diesem Fall sind die beiden Möglichkeiten „Gelingen“ und „Misslingen“ im Sinne von Bewältigung vs. Überforderung, was in folgender Untersuchung anhand von chronischer Stressbelastung, Work-Life-Balance sowie Prävention und Gesundheitshandeln geprüft wird.

Alternativ hierzu könnte entweder Kindern **oder** der Karriere (vorläufig) Priorität eingeräumt werden. Dabei bleibt die Option bestehen, bis zu einem gewissen Alter das zuvor Aufgeschobene nachzuholen, so dass nach erfolgreich realisierter Karriere eine späte Elternschaft eintritt, oder nach realisiertem Kinderwunsch die Karriere weiter verfolgt wird.

²³ Die Altersangaben in diesem Schema sind selbstverständlich sehr Ungefähre, die sich an Durchschnitt und an Aussagen der Rushhour-These orientieren.

Konzeption Rushhour als Lebensphase mit Entscheidungen auf den Dimensionen Kinder/Familie und Beruf/Karriere

In den Bereichen Kinder und Karriere müssen die 25- bis 40-Jährigen Entscheidungen treffen und realisieren

Alternative Lebensentwürfe?

Diese schematische Operationalisierung der Rushhour-These soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass es selbstverständlich eine Vielzahl alternativer Lebensentwürfe geben kann, die sich nicht entlang der Dimensionen Beruf und Karriere sowie Familie und Kinder strukturieren. Diese Lebensentwürfe sind allerdings nicht Gegenstand der Rushhour-These. Hinzu kommt: angesichts der vielen Möglichkeiten, die die oben eingeführte Typologie erzeugt - erst Recht wenn sie nach Alter, Geschlecht und Bildung weiter differenziert wird - wäre es eine massive Überforderung der hier durchgeführten Befragung, wenn weitere Lebensentwürfe ebenfalls berücksichtigt würden.

Methodische Vorbemerkung

Eine methodische Vorbemerkung: Das oben gezeigte Ablaufschema skizziert, welche denkbaren Pfade es gibt, mit denen sich ein Individuum durch die Rushhour bewegen kann.

Da die folgenden Auswertungen aber auf einer Querschnitts-Stichprobe mit Befragten aus den drei dargestellten Altersgruppen besteht, also **nicht** aus einer Kohorte, die über den 15-Jahres-Zeitraum begleitet wurde, wird im Folgenden auf die Pfeile verzichtet. Es soll nicht der Eindruck erweckt werden, als sei beispielsweise der 30 bis 34 Jahre alte Vater zuvor als kinderloser 25- bis 29-Jähriger in der Stichprobe gewesen.

Mit Rushhour-Konstellationen sind im Folgenden Merkmalskombinationen aus (Nicht-)Erwerbstätigkeit und (Nicht-)Elternschaft gemeint. In jeder Altersgruppe werden diese Konstellationen bestimmt und der Anteil der Personen in diesen Konstellationen ausgezählt. Im Verlauf dieser Auswertung werden die Konstellationen untereinander verglichen, und zwar im Hinblick auf Belastung durch chronischen Stress, Work-Life-Balance sowie Prävention und Gesundheitshandeln.

Konstellationen aus Erwerbstätigkeit und Elternschaft in der Rushhour**Die Analyse erfolgt anhand von drei Altersgruppen und drei Konstellationen aus Kindern und Erwerbstätigkeit**

Da die Rushhour-These sich über die Dimensionen Kinder und Erwerbstätigkeit strukturiert, sind folgende Konstellationen hier relevant:

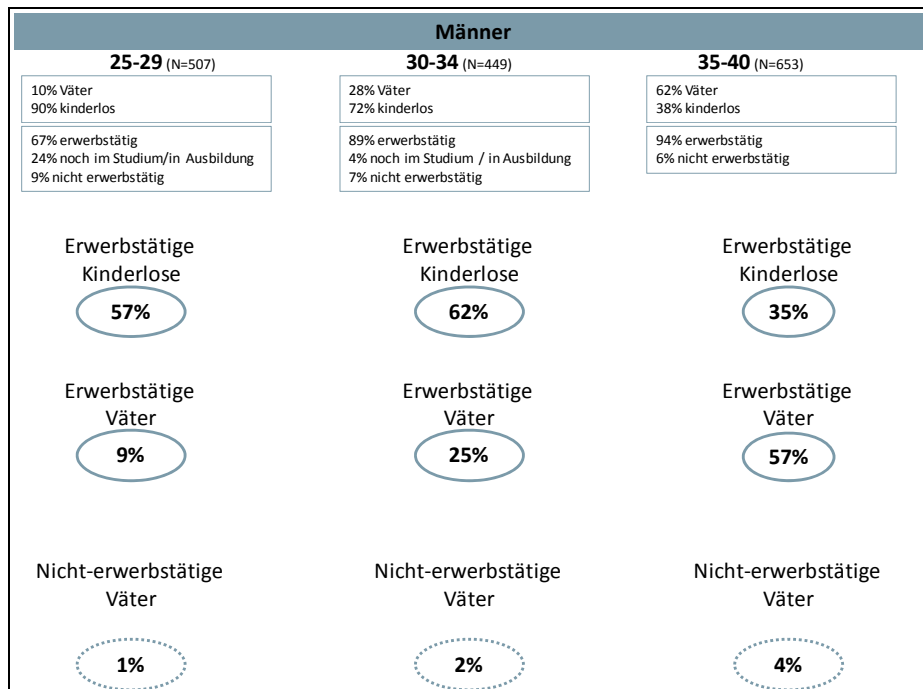
1. Erwerbstätige Kinderlose
2. Erwerbstätige Eltern
3. Nicht-Erwerbstätige Eltern

Die Konstellation 4. Nicht-Erwerbstätige Kinderlose ist dagegen nicht Gegenstand der Rushhour und somit auch keine für diese Untersuchung relevante Konstellation.

Eine erste Annäherung an „Konstellationen der Rushhour“ besteht in der Bestimmung der Anteile dieser Konstellationen. Diese erfolgt für Männer und Frauen getrennt. Auf einen kurzen Überblick über die Altersgruppen folgt eine vertiefte Betrachtung ausgewählter Gruppen.

Abbildung 35: Erwerbstätigkeit und Kinder bei Männern nach Altersgruppen

Erwerbstätigkeit und Kinder bei Männern nach Altersgruppen



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013

Erläuterung: Die Bestimmung der Anteile bezieht sich auf alle Befragten in der jeweiligen Altersgruppe. Zu 100% (in der jeweiligen Spalte) Fehlende ergeben sich durch „keine Angabe“ auf einer der beiden Dimensionen sowie durch vereinzelte Personen, die auch in den Altersgruppen 31-35 sowie 36-40 noch im Studium/in Ausbildung sind.

Erwerbstätigkeit und Kinder bei Frauen nach Altersgruppen-Kindern und Erwerbstätigkeit

Abbildung 36: Erwerbstätigkeit und Kinder bei Frauen nach Altersgruppen

Frauen		
25-29 (N=470)	30-34 (N=492)	35-40 (N=583)
15% Mütter 85% kinderlos	50% Mütter 50% kinderlos	74% Mütter 26% kinderlos
71% erwerbstätig 18% noch im Studium/in Ausbildung 11% nicht erwerbstätig	80% erwerbstätig 3% noch im Studium / in Ausbildung 17% nicht erwerbstätig	79% erwerbstätig 21% nicht erwerbstätig
Erwerbstätige Kinderlose 62%	Erwerbstätige Kinderlose 43%	Erwerbstätige Kinderlose 22%
Erwerbstätige Mütter 9%	Erwerbstätige Mütter 36%	Erwerbstätige Mütter 57%
Nicht-erwerbstätige Mütter 6%	Nicht-erwerbstätige Mütter 14%	Nicht-erwerbstätige Mütter 16%

Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013

Bevor auf ausgewählte Konstellationen näher eingegangen wird, folgt ein erster Überblick über die einzelnen Altersgruppen (Abbildung 35 und Abbildung 36).

Überblick: Die 25- bis 29-Jährigen

Die Lebensphase, in der gleichzeitige Anforderungen aus Beruf und Familie besonders hoch sein können, ist mit 30 bis 40 Jahren durchaus sinnvoll abgegrenzt. Um die 30 liegt das durchschnittliche Erstgeburtsalter der Frauen, mit 40 bekommen nur noch sehr wenige Frauen ihr erstes Kind (vgl. Abschnitt 4.1). Die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen ist dennoch in die Untersuchung eingeschlossen, weil sie es ist, die im Übergang von Ausbildung und Studium zur "Rushhour des Lebens" steht und in Kürze die Entscheidungen in Bezug auf Kinder und Karriere treffen und realisieren muss.

Die 25- bis 29-jährigen Männer und Frauen sind weit überwiegend kinderlos und erwerbstätig

In dieser Altersgruppe ist die große Mehrheit noch kinderlos (90 Prozent der Männer und 85 Prozent der Frauen), zu einem sehr großen Anteil ist sie erwerbstätig (67 Prozent der Männer, 71 Prozent der Frauen). 24 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen sind noch im Studium oder in Ausbildung. Dies unterstreicht ihren Status als eine Altersgruppe im Übergang.

Mit Analysen zu dieser Altersgruppe kann ermittelt werden, mit welchen Wünschen in Bezug auf Kinder und Karriere sie in die dann folgende Lebensphase eintreten werden (vgl. hierzu den Abschnitt über Kinder-und-Karriere-Wünsche).

Die 30- bis 34-Jährigen

In der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen sind Frauen bereits zu gleichen Teilen Mutter und kinderlos (50 Prozent Mütter, 50 Prozent Kinderlose). Unter den Männern in dieser Altersgruppe sind die Kinderlosen noch deutlich in der Mehrheit (28 Prozent Vater). Frauen wie Männer sind in der großen Mehrheit erwerbstätig (Frauen: 80 Prozent, Männer: 89 Prozent).

Während die nicht-erwerbstätige Elternschaft für Männer praktisch nicht vorkommt (2 Prozent), sind es unter den Frauen dieser Altersgruppe 14 Prozent, die mit Kind "zu Hause bleiben".

Die Gleichzeitigkeit von Elternschaft und Erwerbstätigkeit ist bei den 30- bis 34-Jährigen für 36 Prozent der Frauen und 25 Prozent der Männer gegeben.

Die 35- bis 40-Jährigen

In der Altersgruppe der 35- bis 40-Jährigen sind die Männer mehrheitlich Väter (62 Prozent). Unter den Frauen sind 74 Prozent Mütter. Männer wie Frauen sind mehrheitlich erwerbstätig (94 Prozent und 79 Prozent).

Der Anteil der erwerbstätigen Eltern ist unter den 35- bis 40-jährigen Männern und Frauen gleich hoch: 57 Prozent. Unter den Frauen sind 16 Prozent nicht-erwerbstätige Mütter, unter den Männern ist dieser Anteil sehr gering, er beträgt 4 Prozent.

Nach dieser ersten Annäherung an Konstellationen in der Rushhour ist als Zwischenfazit v.a. festzuhalten:

- Unter den 30- bis 40-Jährigen sind nicht-erwerbstätige Eltern die Ausnahme. Unter den Frauen ist diese Konstellation zwar deutlich häufiger als bei Männern, kommt aber sehr viel seltener vor als die kinderlose Erwerbstätigkeit und die erwerbstätige Elternschaft. Die genuine "Rushhour Konstellation", Erwerbstätigkeit und Kinder, ist erst bei den 35- bis 40-Jährigen mehrheitlich gegeben (Männer und Frauen: 57 Prozent).
- Neben der Konstellation der erwerbstätigen Elternschaft sind die (noch) kinderlosen Erwerbstätigen eine anteilmäßig sehr große Gruppe unter den 30- bis 40-Jährigen. Sie sind zwar (noch) nicht mit der Gleichzeitigkeit der Anforderungen aus Beruf und Familie konfrontiert, jedoch werden sie – einen prinzipiellen Kinderwunsch vorausgesetzt – ihre Elternschaft bald realisieren wollen.

Nach dieser ersten Annäherung an die Rushhour-These werden in Bezug auf die bisher genannten Konstellationen (25- bis 30-Jährige, erwerbstätige Mütter, erwerbstätige Väter, Kinderlose zwischen 25 und 40 Jahren) folgende Untersuchungs-Fragen gestellt:

- "Rushhour" oder "wohlstrukturierter Lebenslauf"?: Welche Voraussetzungen für Elternschaft müssen für Kinderlose gegeben sein?
- Die erwerbstätigen Mütter: Wie stellt sich die Situation der Frauen dar, die Erwerbstätigkeit und Kinder realisiert haben? Zu welchem Anteil arbeiten sie Vollzeit? Sind sie besonders belastet? Oder anders gefragt: Ist die Rushhour für Frauen ein Risikofaktor für chronische Stressbelastung? Welche Aussagen machen sie über ihre

Unter den 30- bis 34-jährigen Frauen sind die Hälfte bereits Mütter

Zwischenfazit

Untersuchungsfragen für bestimmte Konstellationen der Rushhour

Work-Life-Balance? Geht die erwerbstätige Mutterschaft einfach mit einer höheren Verausgabung und weniger Work-Life-Balance einher? Betreiben sie weniger Prävention?

- Die erwerbstätigen Väter: Wie stellt sich die Situation der erwerbstätigen Väter dar? Sind sie (im Vergleich zu den kinderlosen Männern) belasteter? Berichten sie über eine eingeschränkte Work-Life-Balance?
- Wie sind die Perspektiven der 35- bis 40-Jährigen in Bezug auf Kinder? Haben sie die Absicht oder zumindest den Wunsch, noch Kinder zu bekommen? Haben sie den "wohlstrukturierten Lebenslauf" angestrebt und die Rushhour vermieden? Welche Gründe geben sie dafür an, dass sie noch kein Kind bekommen haben?

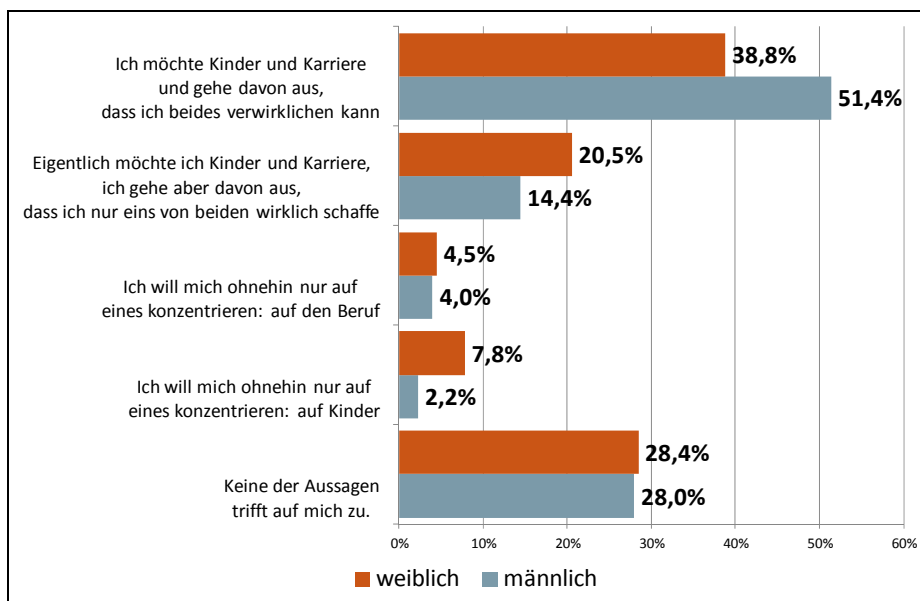
"Rushhour" oder wohlstrukturierter Lebenslauf? Kinderlose und ihre Sicht auf Voraussetzungen für Elternschaft

Die große Mehrheit möchte Kinder und Karriere...

... wenn auch mit Zweifeln, ob beides verwirklicht werden kann

Bevor die Kinderlosen in Bezug auf die von ihnen gewünschten Voraussetzungen für Elternschaft betrachtet werden, ist zu prüfen, zu welchen Anteilen sie überhaupt einen Kinderwunsch haben. In der Befragung wurde der Kinder-und-Karriere-Wunsch (neben weiteren Fragen zur Absicht, Kinder zu bekommen) über die in Abbildung 37 dargestellten Aussagen erhoben.

Abbildung 37: Wünsche in Bezug auf Kinder und Karriere der Kinderlosen zwischen 25-40



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013 Fragewortlaut: "Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?" N=983 (Männer) / N=784 (Frauen)

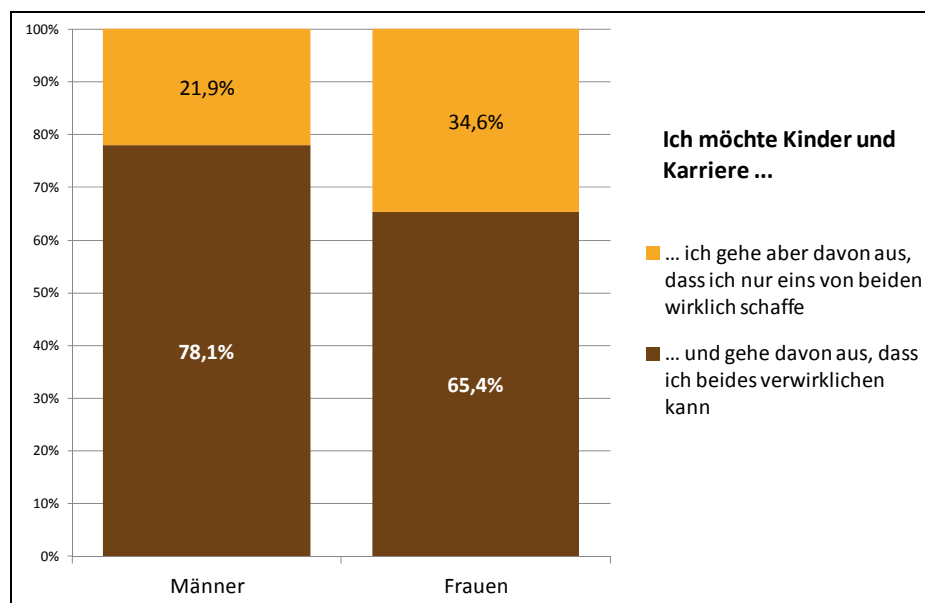
Demnach wünscht sich eine große Mehrheit der Männer und Frauen Kinder und Karriere. Rechnet man hierzu die ersten beiden Aussagen zusammen, sind es zwei Drittel der Männer (65,8 Prozent) und 59,3 Prozent der Frauen.

Allerdings: Beide Aussagen bringen den Wunsch nach Kindern und Karriere zum Ausdruck, sie unterscheiden aber auch die Zuversichtlichen von denen, die nicht damit rechnen, dass sie diesen Wunsch realisieren können: 51,4 Prozent der Männer blicken zuversichtlich auf die Rushhour und geben in Bezug auf ihren Wunsch nach Kindern und Karriere an: "und [ich] gehe davon aus, dass ich beides verwirklichen kann.", demgegenüber gehen 14,4 Prozent der Männer davon aus, dass sie nur eines von beiden verwirklichen zu können.

Unter den Frauen sind es 38,8 Prozent Zuversichtliche mit einem Kinder und Karriere-Wunsch und 20,5 Prozent Zweifelnde. Betrachtet man nur Männer und Frauen mit einem Kinder- und Karrierewunsch (also die, die sich für die ersten beiden Aussagen entscheiden), so teilen sich diese folgendermaßen in Zuversichtliche und Zweifler ein:

Von den Frauen mit Kinder und Karriere-Wunsch glauben 35 Prozent nicht daran, dass sie beides "wirklich schaffen"

Abbildung 38: Zweifler und Zuversichtliche beim Kinder- und Karrierewunsch nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013 Männer mit Kinderwunsch (N=647) und Frauen mit Kinderwunsch (N=465)

Die Konzepte in Bezug auf Kinder und Karriere sind für die Altersgruppe besonders relevant, der die entsprechenden Entscheidungen gerade bevorstehen und für die überwiegend noch vieles offen ist: Die 25- bis 29-Jährigen. Ihre Wünsche nach Kindern und Karriere sind noch deutlicher. Eine große Mehrheit der 25- bis 30-Jährigen möchte Kinder und Karriere (Abbildung 39).

Unter den 25- bis 29-Jährigen ist der Anteil mit Kinder- und Karriere-Absicht besonders hoch

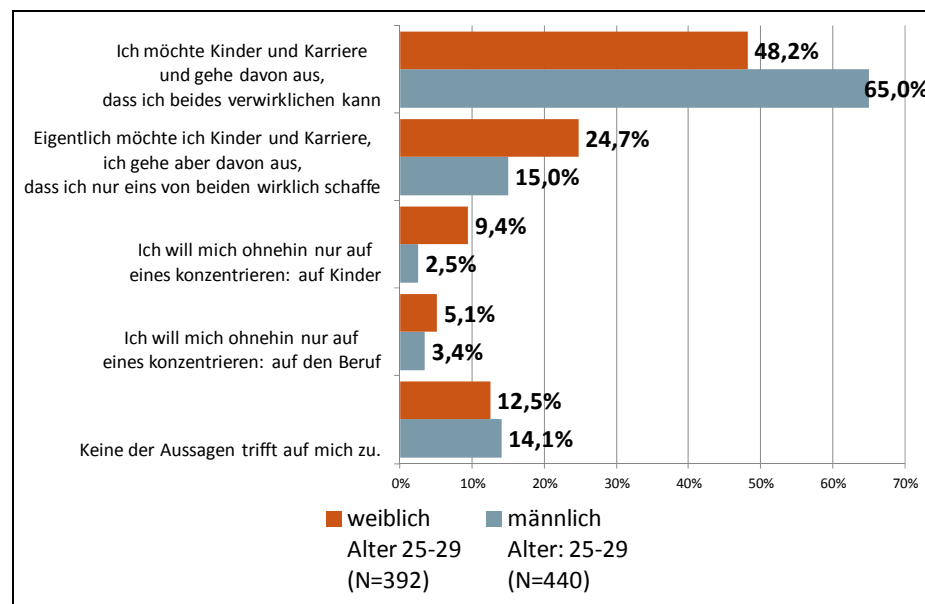
In beiden Geschlechtern schließt sich eine deutliche Mehrheit der Aussage an: Ich möchte Kinder und Karriere und gehe davon aus, dass ich beides verwirklichen kann (65,0 Prozent der Männer und 48,2 Prozent der Frauen).

Die Männer und Frauen mit Kinder- und Karrierewunsch verteilen sich nach Zweiflern und Zuversichtlichen, (so wie in Abbildung 38 für alle Altersgruppen vorgenommen) fast so wie die 25- bis 40-Jährigen insgesamt: Unter den 25- bis 29-jährigen Männern mit Kinder- und Karrierewunsch sind 81,3 Prozent zuversichtlich, beides verwirklichen zu können, unter den Frauen sind es nur 66,1 Prozent.

Der Anteil, der sich in keine der Aussagen einordnen will, ist deutlich geringer als in allen drei Altersgruppen (12,5 Prozent der Frauen und 14,1 Prozent der Männer).

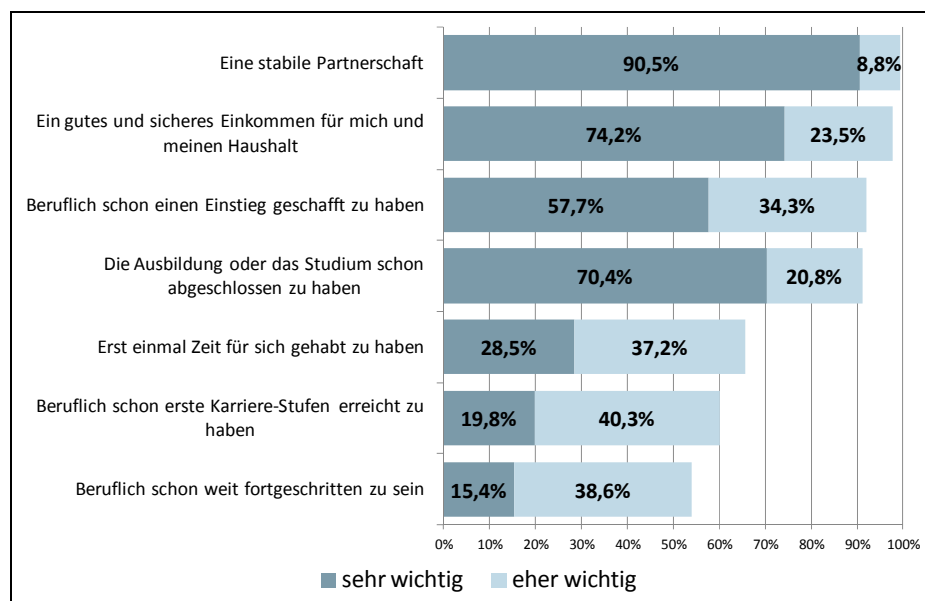
Eine große Mehrheit der 25- bis 30-Jährigen möchte Kinder und Karriere

Abbildung 39: Wünsche in Bezug auf Kinder und Karriere der Kinderlosen zwischen 25-29



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013

Abbildung 40: Voraussetzungen für Elternschaft aus Sicht der Kinderlosen im Alter von 25-40 Jahren



Voraussetzungen für Elternschaft: Fast 100 Prozent der Kinderlosen halten eine stabile Partnerschaft für eine wichtige Voraussetzung

Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. (Fragewortlaut: "Wie wichtig sind für Sie persönlich die folgenden Voraussetzungen um Kinder zu haben?") N=1.389-1.396

Von den (noch) Kinderlosen nennen praktisch alle eine stabile Partnerschaft als Voraussetzung zur Realisierung des Kinderwunschs (90,5 Prozent sehr wichtig, 8,8 Prozent eher wichtig). Die stabile Partnerschaft ist eine unverhandelbare Bedingung für Kinder.

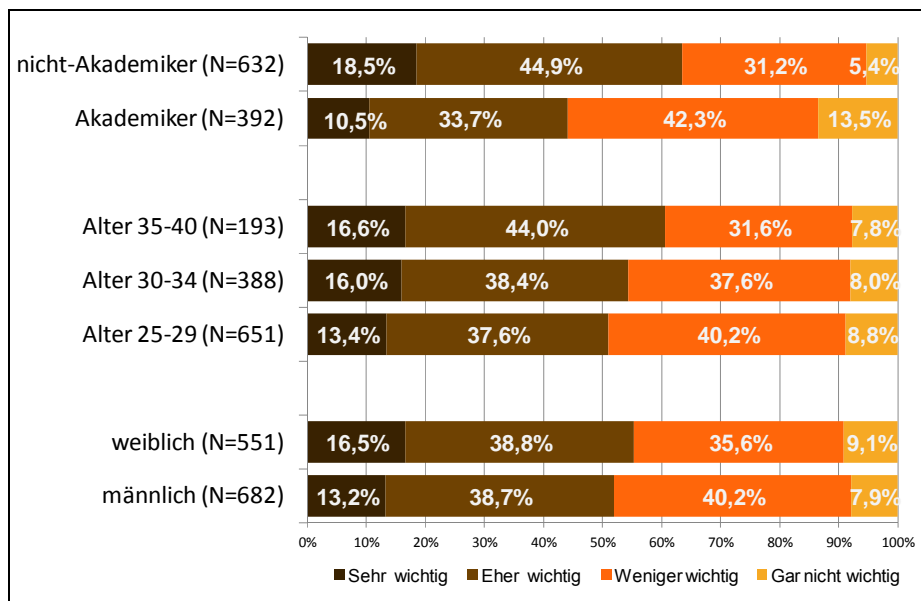
Danach folgen drei Voraussetzungen, die mit materieller Sicherheit und der beruflichen Perspektive zu tun haben: Ein gutes und sicheres Einkommen für mich und meinen Haushalt, den beruflichen Einstieg bereits geschafft zu haben sowie eine abgeschlossene Ausbildung bzw. ein abgeschlossenes Studium.

Erst am Ende stehen zwei Voraussetzungen, die geeignet sind, die Kinderlosen in zwei Gruppen zu trennen ("beruflich schon erste Karriere-Stufen erreicht zu haben") und ("beruflich schon weit fortgeschritten zu sein").

- In eine Gruppe von Befragten, die zwar eine abgeschlossene Ausbildung/Studium und einen Berufseinstieg erreicht haben wollen, bevor sie Kinder kriegen, denen aber weitere Karriere-Fortschritte und berufliches weit fortgeschritten sein nicht wichtig sind als Voraussetzung für Elternschaft.
- In eine Gruppe von Befragten, für die sehr hohe Voraussetzungen im Bereich Beruf und Karriere gegeben sein müssen, damit sie Kinder bekommen.

Zunächst: wer sind diese Kinderlosen (mit Kinderwunsch), die beruflich sehr hohe Voraussetzung an Elternschaft knüpfen?

Abbildung 41: Voraussetzung für Elternschaft: Beruflich schon weit fortgeschritten zu sein nach Geschlecht, Alter und akademischen Abschluss



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013: Kinderlose mit Kinderwunsch.²⁴ Fragewortlaut: Wie wichtig sind für Sie persönlich die folgenden Voraussetzungen um Kinder zu haben.

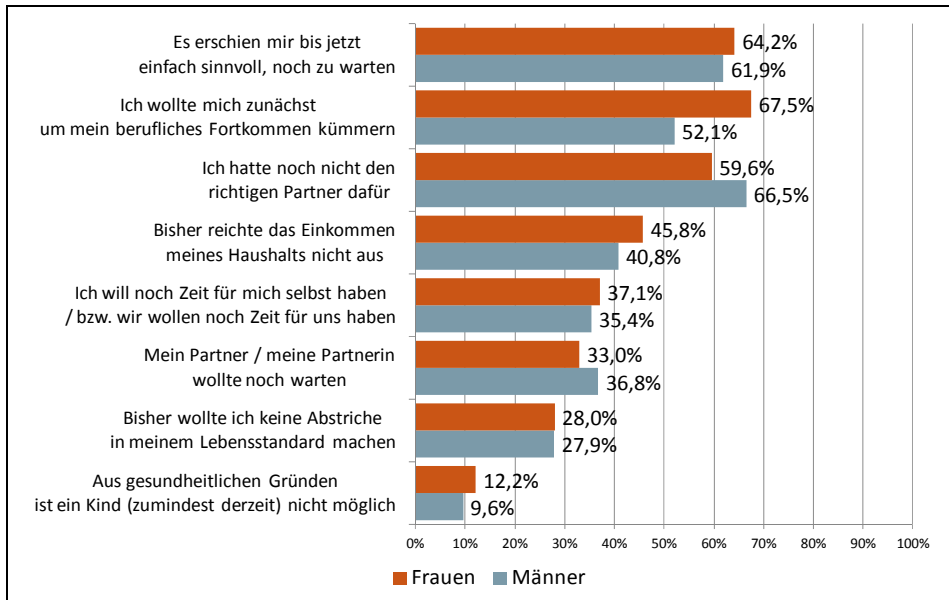
- Die Voraussetzung, beruflich schon weit fortgeschritten zu sein, ist bei nicht-Akademikern häufiger anzutreffen, als bei Akademikern. Nicht-Akademiker geben zu 63,4 Prozent an, dass dies eine persönliche Voraussetzung für Elternschaft ist. Unter den Akademikern sind dies deutlich weniger: nur 44,2 Prozent.
- In den älteren Altersgruppen wird die Voraussetzung beruflichen Fortgeschritten-seins etwas häufiger formuliert als in den jüngeren Altersgruppen. In der Altersgruppe 35 bis 40 wird die Voraussetzung von 60,6 Prozent als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ genannt, in der Altersgruppe 25 bis 29 dagegen nur von 51 Prozent. Da es sich hier nur um die Angaben der Kinderlosen handelt, ist dieser Effekt vermutlich darauf zurückzuführen, dass diejenigen, die die Voraussetzung beruflichen weit-Fortgeschritten-seins als nicht so wichtig erachten, in den älteren Altersgruppen bereits Eltern geworden sind.
- Frauen wollen etwas häufiger als Männer beruflich weit fortgeschritten sein, bevor sie Kinder bekommen (55,3 Prozent zu 51,9 Prozent).

Nachdem die Ergebnisse zu Voraussetzungen für Elternschaft dargestellt wurden, wird die Analyse durch die Darstellung der Gründe fortgesetzt, die Kinderlose dafür angeben, dass sie bisher kein Kind bekommen haben. Während sich aus den Voraussetzungen für Kinder eine relativ große Gruppe identifizieren lässt, die enorm hohe Anforder-

²⁴ Der (prinzipielle) Kinderwunsch wird an der Aussage festgemacht: "Ich möchte einfach keine Kinder". Die Antworten hierauf "trifft weniger zu" sowie "trifft gar nicht" zu werden als (prinzipieller) Kinderwunsch gewertet.

rungen an ihre beruflichen Voraussetzungen für Elternschaft knüpfen, ist zu prüfen, ob dies auch aus den Gründen spricht, warum Befragte bisher kein Kind bekommen haben. Auch in diese Auswertungen werden nur Kinderlose mit prinzipiellem Kinderwunsch einbezogen.

Abbildung 42: Gründe, "dass Sie bisher kein Kind bekommen haben"



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. Nur Kinderlose mit Kinderwunsch. N=662-771 (Männer); N=495-611Frauen). Fragewortlaut: "Was sind die Gründe dafür, dass sie bisher kein Kind bekommen haben?"^{25 26}

Die Gründe für die aktuelle Kinderlosigkeit korrespondieren mit den hohen beruflichen Voraussetzungen für Elternschaft. 67,5 Prozent der Frauen und 52,1 Prozent der Männer geben an, dass sie sich zunächst um ihr berufliches Fortkommen kümmern wollten. Unter den Frauen ist dies damit der am häufigsten genannte Grund.

Auch der von den Männern am häufigsten genannte Grund ("es erschien mir bis jetzt einfach sinnvoll, noch zu warten") korreliert recht stark mit dem Grund des beruflichen Fortkommens.

Vergleichsweise seltener werden Gründe genannt, die man im weiteren Sinne als hedonistisch bezeichnen könnte: "Ich will noch Zeit für mich selbst haben" und "Bisher wollte ich keine Abstriche in meinem Lebensstandard machen".

Ein weiterer häufig genannter Grund ist: "Ich hatte noch nicht den richtigen Partner".

67,5 Prozent der Frauen nennen als Grund für Kinderlosigkeit: "Ich wollte mich zuerst um mein berufliches Fortkommen kümmern"

²⁵ Die Aussage: "Weil ich noch nicht den richtigen Partner dafür hatte" wurde verheirateten Befragten oder Befragten in eingetragener Lebenspartnerschaft nicht vorgelegt.

²⁶ Ergänzende Befunde hierzu:

- Der Grund, "Es erschien mir (...) sinnvoll, zu warten" wird mit höherem Alter seltener genannt. In der Altersgruppe 35-40 geben nur noch 29,3 Prozent diesen Grund an.
- Der Grund, "Es erschien mir (...) sinnvoll, zu warten" korreliert sehr stark (Spearman's Rho, sig, 0,543) mit: ich wollte mich zunächst um mein berufliches Fortkommen kümmern.

Erwerbstätige Mütter zwischen 25 und 40 - Wie realisieren Frauen (auch im Unterschied zu Männern) Erwerbstätigkeit *und* Kinder?

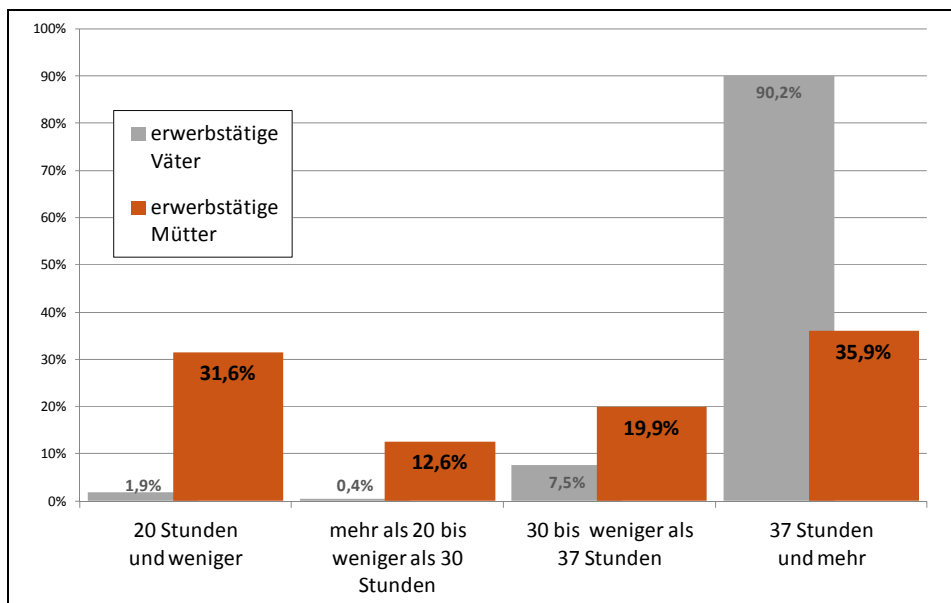
Wie realisieren Frauen Erwerbstätigkeit und Kinder?

Betrachtet werden im Folgenden erwerbstätige Mütter. Zu erwarten ist, dass sie in hohem Maße von der Gleichzeitigkeit von Anforderungen aus Familie und Beruf betroffen sind.²⁷ Insofern ist für sie zu prüfen, ob sie eine erhöhte Belastung durch chronischen Stress zeigen und in ihrer Work-Life-Balance beeinträchtigt sind.

Umfang der Arbeitszeit erwerbstätiger Mütter

Zunächst ist aber die Frage zu klären, in welchem Umfang Mütter arbeiten (Teilzeit/Vollzeit)?

Abbildung 43: Arbeitsumfang erwerbstätiger Mütter (zum Vergleich: erwerbstätige Väter) (Alter 25-40)



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=530 (erwerbstätige Väter), N=548 (erwerbstätige Mütter)

Mütter sind zu 44 Prozent in Teilzeit (bis zu 30h) beschäftigt...

...56 Prozent dagegen Vollzeit und vollzeitnah

Mütter sind zwar zu einem sehr hohen Anteil erwerbstätig, jedoch vergleichsweise selten in Vollzeit.²⁸ 31,6 Prozent sind im Umfang einer halben Stelle und weniger beschäftigt, 12,6 Prozent arbeiten mehr als 20 und weniger als 30 Wochenstunden. Im vollzeitnahen Übergangsbereich von 30 bis weniger 37 Stunden arbeiten 19,9 Prozent der Mütter.

Vollzeit (37 Stunden und mehr) arbeiten 35,9 Prozent der Mütter (Abbildung 43).

Dagegen arbeiten 98 Prozent der Väter Vollzeit/vollzeitnah

Demgegenüber sind Väter praktisch nie in Teilzeit (weniger 30h) beschäftigt, eine Minderheit von 7,5 Prozent arbeitet vollzeitnah (darunter am häufigsten: 35h). 90,2 Prozent der erwerbstätigen Väter arbeiten 37 Wochenstunden und mehr. Fasst man die beiden letztgenannten

²⁷ Obwohl bis zu diesem Stand der Analyse offen bleibt, ob sie nicht in der Vergangenheit das ein oder andere priorisiert haben; beispielsweise die Karriere soweit gebracht haben, wie sie wollten oder konnten und dann erst Kinder bekamen.

²⁸ Mütter sind zu 74,2 Prozent erwerbstätig, gegenüber 93,2 Prozent der Väter und 79,9 Prozent der kinderlosen Frauen.

Kategorien zusammen, so lässt sich festhalten: Praktisch alle Väter (97,7 Prozent) arbeiten in Vollzeit oder fast Vollzeit.

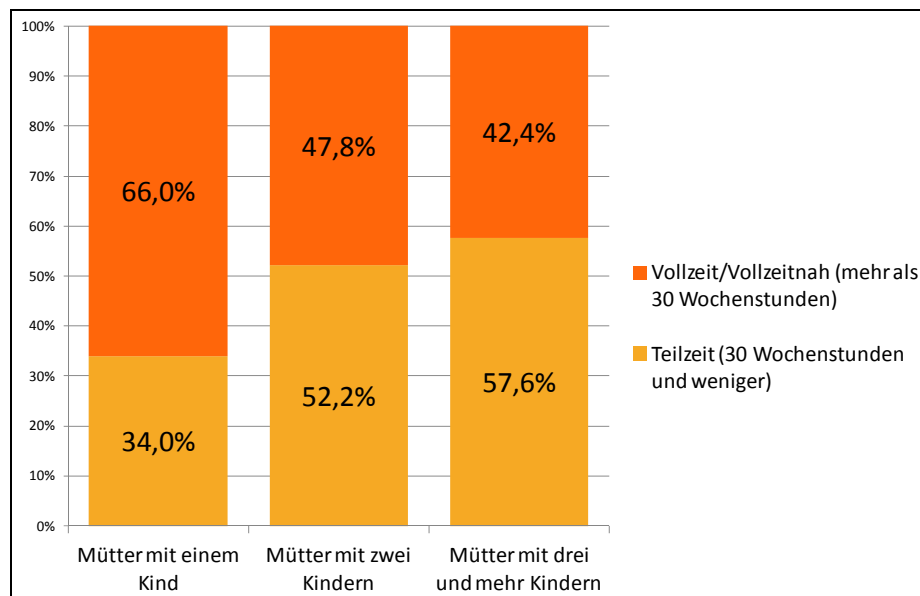
Das Ergebnis stützt die Behauptung, dass mit der Geburt des Kindes Männer und Frauen in traditionelle Aufgabenverteilung zurückfallen. Ein Artikel der ZEIT (49/2013) zitiert den ehemaligen Väterbeauftragten Jacob Hein mit der Stellungnahme, dass in Deutschland Männer und Frauen als modernes Paar den Kreißsaal betreten und als Fünfziger-Jahre-Paar wieder heraus kommen.

Die sich ändernde Rollenverteilung von Männern und Frauen nach der Geburt des Kindes ist ein Aspekt. Daneben sind aus Rushhour-Perspektive jedoch die Gruppen interessant, die Vollzeit oder fast Vollzeit arbeiten – zusammengekommen immerhin fast die Hälfte (44 Prozent)! Handelt es sich hierbei um jene, die sich der Rushhour voll und ganz stellen? Ist Vollzeit/vollzeitnah ein Modell, das für Mütter mit mehr als einem Kind nicht funktioniert?

Zur letzten Frage: Die in Vollzeit oder vollzeitnah arbeitenden Mütter sind keinesfalls nur jene, die "nur" ein Kind haben. Diese arbeiten sogar zu 66 Prozent Vollzeit/vollzeitnah, Mütter mit zwei Kindern zu 48 Prozent. Selbst Mütter mit 3 (und mehr) Kindern arbeiten zu 42 Prozent in Vollzeit oder vollzeitnah.

Wer sind die Vollzeit arbeitenden Mütter?

Abbildung 44: Erwerbstätige Mütter: Anteil Vollzeit/vollzeitnah nach Kinderzahl



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=256 (1 Kind); N=224 (2 Kinder); N=66 (3 und mehr Kinder).²⁹

Sind die Vollzeit und vollzeitnah arbeitenden Mütter besonders durch chronischen Stress belastet? Dies prüft die folgende Auswertung –

Sind Vollzeit-Mütter besonders belastet?

²⁹ Für erwerbstätige Mütter mit drei und mehr Kindern liegen nur geringe Fallzahlen vor, daher werden sie hier nicht mit dargestellt. Tendenziell arbeiten sie aber deutlich weniger Vollzeit/Vollzeitnah als Mütter mit 2 Kindern oder einem Kind.

auch zu anderen Konstellationen aus Elternschaft und Erwerbstätigkeit werden solche Prüfungen unternommen werden.

Um zu verstehen, welche Konzeption von chronischem Stress dem zugrunde liegt und wie dieser erhoben wurde, folgt ein Exkurs zum chronischen Stress und zum Erhebungsverfahren SSCS:

Exkurs: Stressbegriff und Messung von chronischem Stress

Trierer Inventar zum chronischen Stress

Zum Begriff Stress sowie zur Messung von Stress wird auf das Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS) (Schulz et al. 2004) zurückgegriffen. Es handelt sich hierbei um einen Fragebogen, der verschiedene Arten von chronischem Stress mittels Selbstbericht misst. Im Unterschied zu anderen Verfahren wird nicht das Wirken spezifischer Stressoren (Belastungsquellen) abgefragt, sondern Belastungserfahrungen aus den zurückliegenden drei Monaten.

Das TICS enthält neben dem 57-Item Fragebogen einen Screening Fragebogen (SSCS), die für die hier durchgeführte Befragung verwendet wird. Nach Schulz et al. (2004, S.10) kann der SSCS in epidemiologischen Untersuchungen eingesetzt werden, um in Bezug auf eine bestimmte Risikogruppe festzustellen, ob ein bestimmtes Ausmaß an chronischem Stress vorliegt.

Stress wird hier im Sinne eines interaktionsbezogenen Stresskonzepts verstanden, d.h. es wird davon ausgegangen, dass Stress „in der und durch die aktive Auseinandersetzung einer Person mit den Anforderungen ihrer Umwelt“ entsteht (Richter & Hacker 1998, zit nach Schulz et al.: 8).

Durch den TICS-SSCS werden verschiedene Stressarten erfasst wobei diese anhand der Merkmale der zu bewältigenden Belastung differenziert werden (z.B. Menge, Komplexität, Konsequenzen bei nicht-Bewältigung, Gratifikation bei Bewältigung, Vielfalt), die mehr oder weniger gut zu den anforderungsbezogenen Merkmalen der Person passen (Schulz et al. S.8).

Stress wird verstanden als Nichtpassung von Anforderungen und den Ressourcen der Person

Die Stressgenese erklärt sich dabei aus einer Nichtpassung von Anforderungen und anforderungsbezogenen Ressourcen. „Anforderungen mit ihren spezifischen Merkmalen können zu Stressquellen werden, wenn sie so beschaffen sind, dass sie nicht oder nicht mehr zu den strukturellen und energetischen Ressourcen der Person passen.“ (Schulz et al. 2004, S. 12).

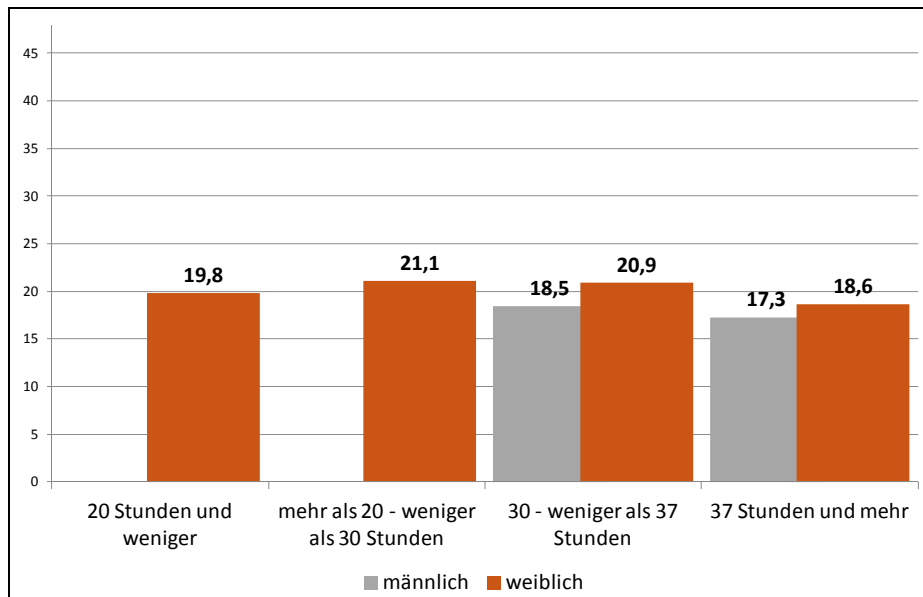
Stresserleben

Die eigentliche Stresserfahrung: "Von Stress sprechen wir (...) dann, wenn es sich um eine aversiv erlebte, von negativen Emotionen begleitete Beanspruchung handelt." (Semmer/Udris 1995: 146, zit. nach Schulz et al. :13)

Screening Skala zum chronischen Stress

Der SSCS ist die der TICS Langfassung zugehörige Screening Skala. Es handelt sich um ein kurzes Verfahren, das in der Lage ist, chronischen Stress zu erfassen. „Nach dieser Skala ist eine Person dann chronisch gestresst, wenn sie sich viele Sorgen macht, überlastet und überfordert ist und keine Anerkennung für ihre Anstrengungen erhält.“ (Schulz et al. 2004, S.16). Die SSCS Skala hat einen Wertebereich von 0-48.

Abbildung 45: Belastung durch chronischen Stress (SSCS-Punktwert) bei erwerbstätigen Müttern (im Vergleich: bei erwerbstätigen Vätern nach Arbeitsumfang)



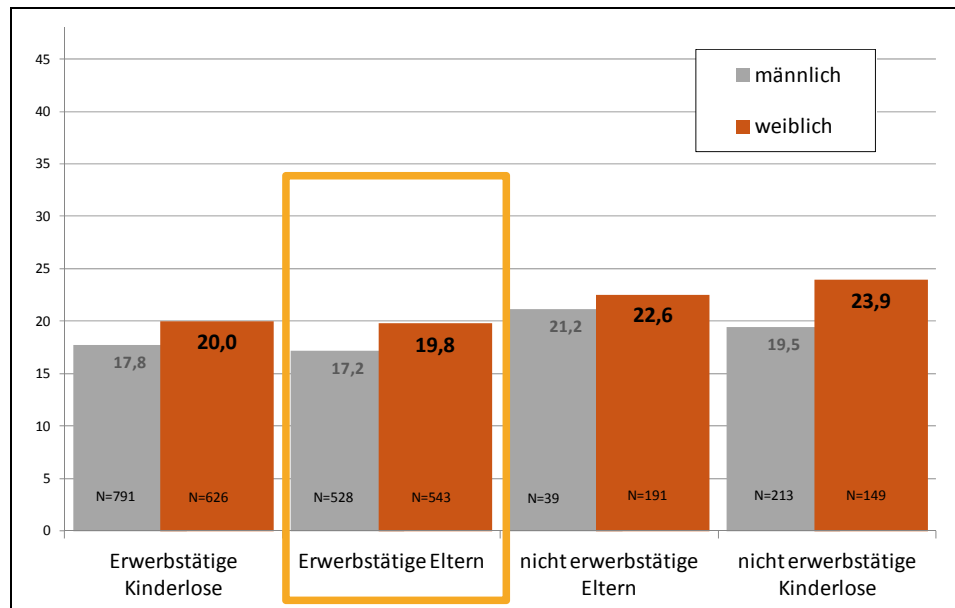
Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=528 (erwerbstätige Väter); N=543 (erwerbstätige Mütter). Nicht dargestellte Werte haben eine nicht ausreichende Fallzahl.

Die Belastung erwerbstätiger Mütter auf der SSCS-Skala (Wertebereich von 0-48) zeigt nahezu keine Unterschiede nach Arbeitsumfang in Wochenstunden.³⁰ Erwerbstätige Väter weisen einen etwas geringeren Punktwert auf, was sehr wahrscheinlich daran liegt, dass Männer generell geringere Stresswerte als Frauen aufweisen. (Hapke et al. 2012). Unterschiede hinsichtlich der Stressbelastung zwischen erwerbstätigen Müttern je nach Arbeitsumfang lassen sich auch dann nicht zeigen, wenn die Werte nur für Akademiker bzw. nicht-Akademiker und nach verschiedenen Altersgruppen ausgewiesen werden.

Um die erwerbstätigen Mütter hinsichtlich ihrer Belastung mit chronischem Stress im Gesamtvergleich mit den anderen Rushhour Konstellationen zu verorten, werden diese im Folgenden direkt verglichen:

³⁰ Tatsächlich zeigen die Ergebnisse einer ANOVA, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den nach unterschiedlichem Arbeitsumfang eingeteilten Gruppen erwerbstätiger Mütter in ihrem SSCS-Punktwert gibt.

Abbildung 46: Belastung durch chronischen Stress (SSCS-Punktwert) nach Rushhour Konstellationen



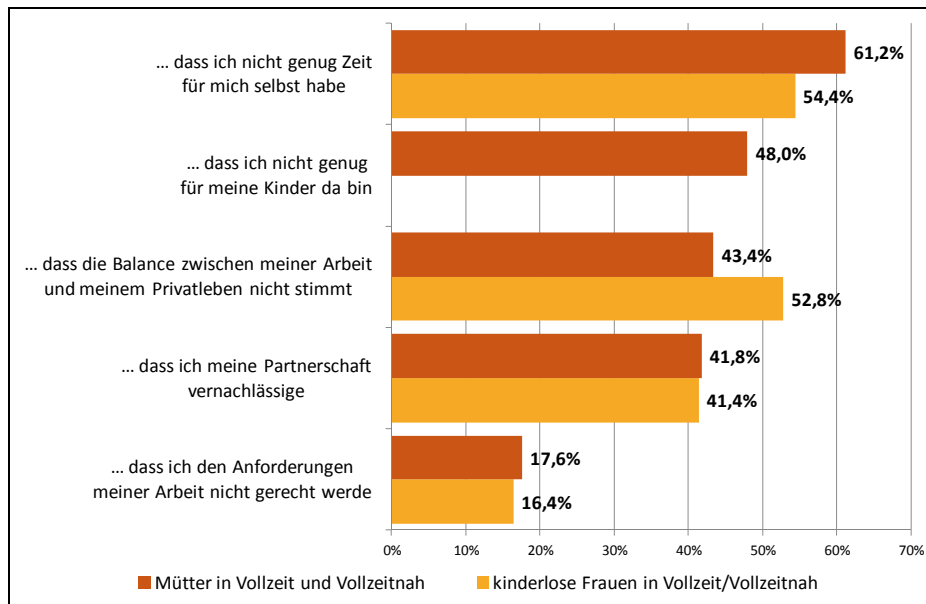
Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013.

Auch der Vergleich der erwerbstätigen Mütter mit allen anderen Rushhour-Konstellationen zeigt: sie sind durch chronischen Stress nicht mehr belastet als beispielsweise nicht erwerbstätige Mütter oder erwerbstätige Kinderlose. Es zeigen sich lediglich die geschlechtsspezifischen Differenzen bezüglich des SSCS-Punktwerts (Abbildung 46).

Work-Life-Balance, Prävention und Gesundheit der erwerbstätigen Mütter

Neben der Belastung durch chronischen Stress soll die Work-Life-Balance der verschiedenen Rushhour Konstellationen geprüft werden. Vor dem Hintergrund der angenommenen Mehrfachbelastungen erwerbstätiger Eltern ist zu vermuten, dass sich diese in einer verringerten Work-Life-Balance zeigen. Dies soll durch Vergleich mit anderen Konstellationen, beispielsweise mit erwerbstätigen kinderlosen Frauen, geprüft werden.

Abbildung 47: Work-Life-Balance erwerbstätiger Mütter (zum Vergleich: Kinderlose erwerbstätige Frauen)



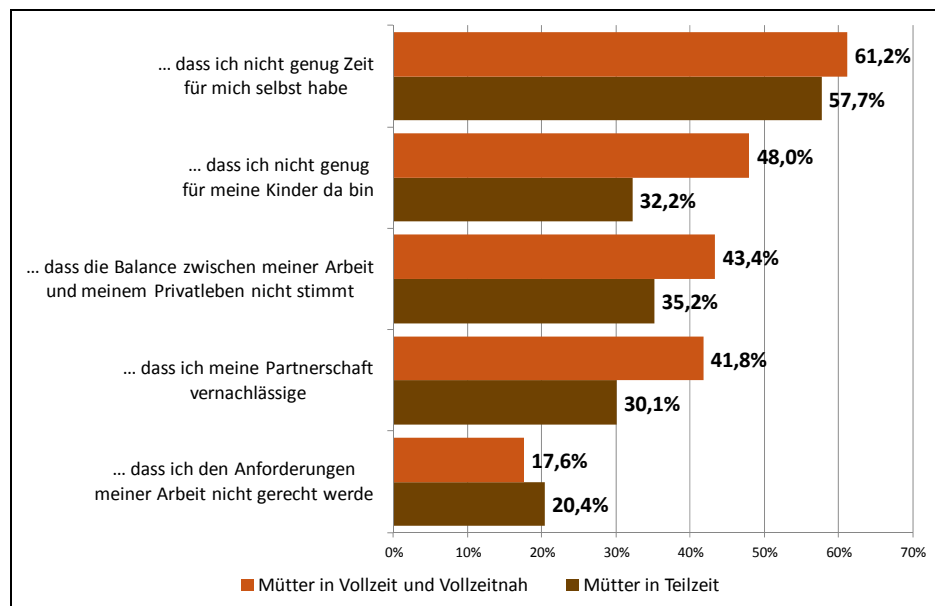
Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. Fragewortlaut: „Ich habe das Gefühl...“ Abgebildet sind die Anteile der Antworten „oft“ und „eher oft“. N = 263 -297 (Mütter in Vollzeit –und Vollzeitnah) ; N = 389 – 544 (kinderlose Frauen in Vollzeit –und Vollzeitnah)

Abbildung 47 zeigt Aussagen zu Aspekten der Work-Life-Balance von Vollzeit oder vollzeitnah arbeitender Frauen, wobei Mütter mit kinderlosen Frauen verglichen werden. Über alle Aspekte von Work-Life-Balance hinweg würde man erwarten, dass kinderlose Frauen zufriedener sind, schließlich steht ihnen prinzipiell ein größeres Zeitbudget zur Verfügung.

Dies ist nicht der Fall: Kinderlose Frauen in Vollzeit/vollzeitnah geben deutlich häufiger an, dass die Balance zwischen Arbeit und Privatleben nicht stimmt (52,8 zu 43,4 Prozent).

Demgegenüber haben Mütter zu einem größeren Anteil nicht genug Zeit für sich selbst (61,2 zu 54,4 Prozent). Der Aussage „Ich habe das Gefühl, dass ich nicht genug für meine Kinder da bin“ stimmen 48,0 Prozent der Mütter zu (der Vergleich mit den Kinderlosen Frauen fehlt bei dieser Aussage natürlich). Über die weiteren abgefragten Aspekte von Work-Life-Balance besteht nahezu kein Unterschied zwischen Müttern und Kinderlosen.

Abbildung 48: Work-Life-Balance erwerbstätiger Mütter nach Arbeitsumfang



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. Fragewortlaut: „Ich habe das Gefühl...“ Abgebildet sind die Anteile der Antworten „oft“ und „eher oft“. N = 263 -296 (Mütter in Vollzeit –und Vollzeitnah) ; N = 216 – 244 (Mütter in Teilzeit)

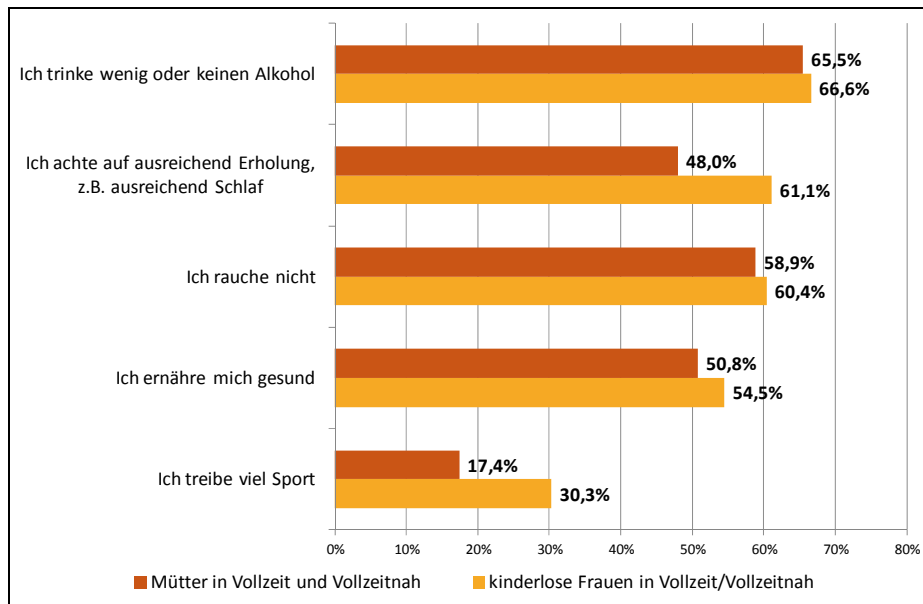
Work-Life-Balance erwerbstätiger Mütter nach Vollzeit/vollzeitnah gegenüber Teilzeit

Abbildung 48 vergleicht Mütter in Vollzeit und vollzeitnah (30 Wochenstunden und mehr) mit Müttern in Teilzeit (weniger als 30 Wochenstunden). Hier zeigt sich eine recht klare Tendenz dahingehend, dass die Work-Life-Balance der Vollzeit und vollzeitnah arbeitenden Mütter nachteilig ist gegenüber Teilzeit arbeitenden Müttern. Vor allem haben erstere sehr viel häufiger das Gefühl, nicht genug für ihre Kinder da zu sein (48,0 Prozent zu 32,2 Prozent) und kommen häufiger zu der Einschätzung, dass die Balance zwischen Arbeit und Privatleben nicht stimmt (43,4 Prozent zu 35,2 Prozent).

In Teilzeit arbeitende Mütter haben demgegenüber etwas häufiger das Gefühl, dass sie den Anforderungen der Arbeit nicht gerecht werden.

Als Zwischenfazit kann also festgehalten werden, dass Teilzeit (weniger als 30 Wochenstunden) bei erwerbstätigen Müttern mit einer besseren Work-Life-Balance assoziiert ist.

Abbildung 49: Prävention und Gesundheitshandeln erwerbstätiger Mütter (zum Vergleich: erwerbstätige kinderlose Frauen)

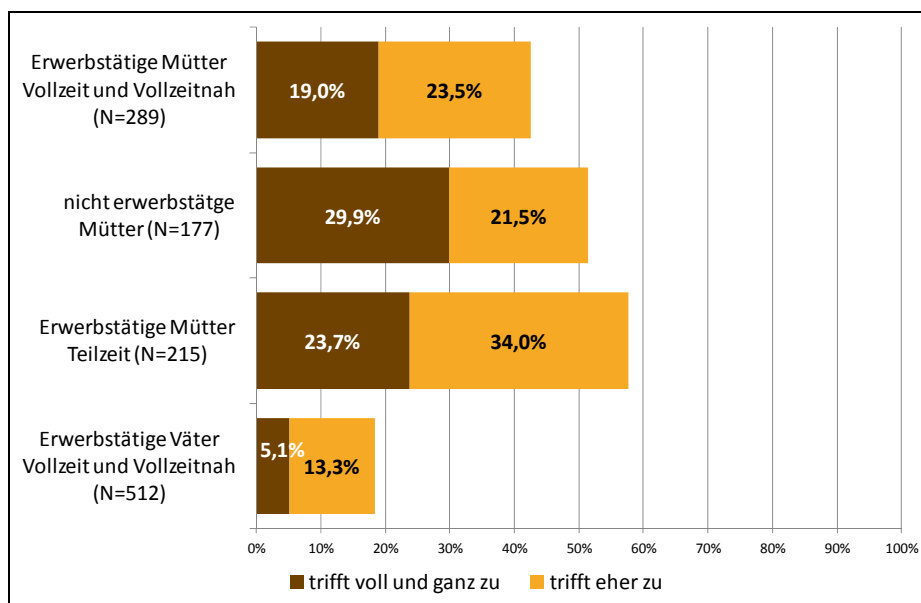


Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. Fragewortlaut: "Was tun Sie für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden"

Abschließen soll geprüft werden, ob erwerbstätige Mütter in Vollzeit und vollzeitnah bei Prävention und Gesundheitshandeln im Nachteil sind. Hierzu werden sie erneut mit kinderlosen Frauen verglichen, die Vollzeit oder vollzeitnah arbeiten (Abbildung 49).

Tatsächlich sind erwerbstätige Mütter bezüglich zweier Aspekte von Prävention im Nachteil: Sie treiben sehr viel seltener Sport (17,4 Prozent gegenüber 30,3 Prozent Kinderlose) und sie achten zu einem geringeren Anteil auf ausreichend Erholung, wie z.B. ausreichend Schlaf (48,0 zu 61,1 Prozent). Zu einem etwas geringeren Anteil geben sie weiterhin an, sich gesund zu ernähren (50,8 zu 54,5 Prozent).

Abbildung 50: Zustimmung zur Aussage: "Ohne Kinder wäre ich in meinem beruflichen Fortkommen schon weiter"



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013

Vor allem geht erwerbstätige Elternschaft für Frauen mit einem gebremsten beruflichen Fortkommen einher (Abbildung 50): Sowohl nicht erwerbstätige Mütter als auch erwerbstätige Mütter in Teilzeit geben zu mehr als 50 Prozent an, dass sie ohne Kinder in ihrem beruflichen Fortkommen schon weiter wären. Nur geringfügig geringer ist der Anteil der vollzeit- oder vollzeitnaherwerbstätigen Mütter: Diese stimmen zu gut 40 Prozent der Aussage zu: „Ohne Kinder wäre ich in meinem beruflichen Fortkommen schon weiter“.

Ein gebremstes berufliches Fortkommen durch Kinder ist für Männer bzw. Väter ein sehr viel geringeres Problem: Weniger als 20 Prozent der Väter (Vollzeit und vollzeitnah) stimmen der entsprechenden Aussage zu.

Erwerbstätige Väter

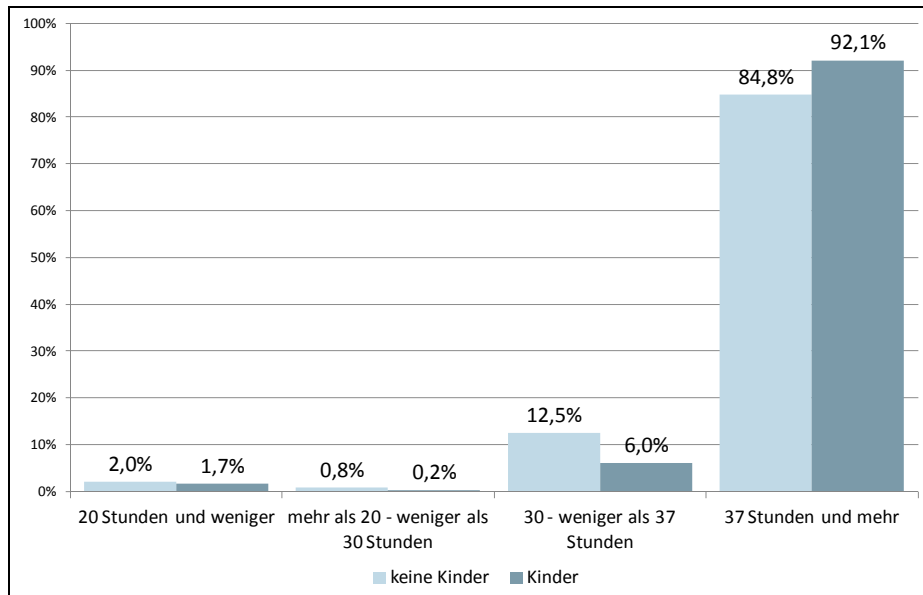
Fast alle Väter arbeiten in Vollzeit

Im Folgenden wird die Konstellation „erwerbstätig mit Kindern“ bei Männern betrachtet, mit anderen Worten: die erwerbstätigen Väter. Wie die erwerbstätigen Mütter sind sie im Sinne der Rushhour-These gleichzeitig mit den Anforderungen aus Beruf und Familie konfrontiert. Allerdings: Sie arbeiten zu einem sehr geringen Anteil in Teilzeit (1,7 Prozent) im Gegensatz zu den erwerbstätigen Müttern, die zu 44 Prozent in Teilzeit mit weniger als 30 Stunden arbeiten. 6,0 Prozent der Väter arbeiten im vollzeitnahen Übergangsbereich von 30 bis weniger als 37 Stunden. In Vollzeit arbeiten 92,1 Prozent (vgl. Abbildung 51).

Hierzu ist zusätzlich in Rechnung zu stellen, dass vollzeitnah für die meisten Väter 35 Wochenstunden bedeutet, also eine wöchentliche Arbeitszeit, die in manchen Bereichen der Industrie die tarifvertragliche Standard-Vollzeit-Wochenarbeitszeit ist

Wie ist das Arbeitsvolumen der erwerbstätigen Väter im Vergleich zu den kinderlosen Vätern? Da in der jüngeren Altersgruppe 25 bis 29 ein relevanter Anteil noch im Studium oder in der Ausbildung ist und somit hier als nicht erwerbstätig gilt, werden nur die Männer zwischen 30 und 40 Jahren hierfür ausgewertet.

Abbildung 51: Arbeitsumfang erwerbstätiger Väter (zum Vergleich: kinderlose erwerbstätige Männer) (Alter 30-40)³¹



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013

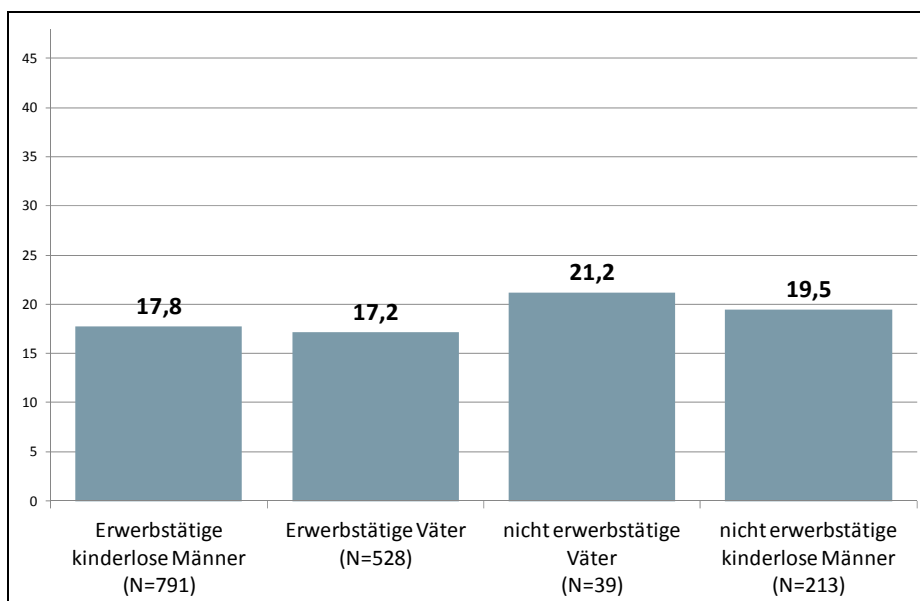
Väter im Alter von 30 bis 40 Jahren arbeiten zu einem höheren Wochenstundenvolumen als kinderlose Männer im gleichen Alter. Zwar arbeiten Väter und Kinderlose gleichermaßen praktisch nie in Teilzeit, jedoch unterscheiden sie sich darin, ob sie in Vollzeit (37 Wochenstunden und mehr) oder vollzeitnah (30 bis weniger als 37 Stunden) arbeiten.

Belastung durch chronischen Stress der Väter

Da die Rushhour-These mindestens implizit auch eine Behauptung der Überforderung und der potenziell nicht bewältigbaren Belastungen darstellt, wird auch für Männer geprüft, ob sich die (mögliche) Mehrfachbelastung von erwerbstätigen Vätern in einer erhöhten Belastung durch chronischen Stress widerspiegelt. Wie zuvor bei den Frauen (darunter: Mütter) wird dies durch einen Vergleich mit den weiteren Rushhour Konstellationen unternommen.

³¹ Abweichungen zu den Angaben in Abbildung 43 ergeben sich aus dem jeweiligen Altersgruppenzuschnitt.

Abbildung 52: Belastung durch chronischen Stress nach Konstellation aus Erwerbstätigkeit und Kindern bei Männern



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013

Die Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen sind statistisch signifikant, wenn auch gering³². Eindeutig ist: Die erwerbstätigen Väter sind nicht höher belastet als kinderlose erwerbstätige Männer. Außerdem sind sie geringfügig weniger belastet als die nicht erwerbstätigen Väter und die nicht erwerbstätigen kinderlosen Männer (Abbildung 52). Dieses Ergebnis korrespondiert mit den Auswertungen für Frauen. Auch die erwerbstätigen Mütter sind eher weniger als mehr durch chronischen Stress belastet als die anderen Frauengruppen.

Work-Life-Balance der Väter

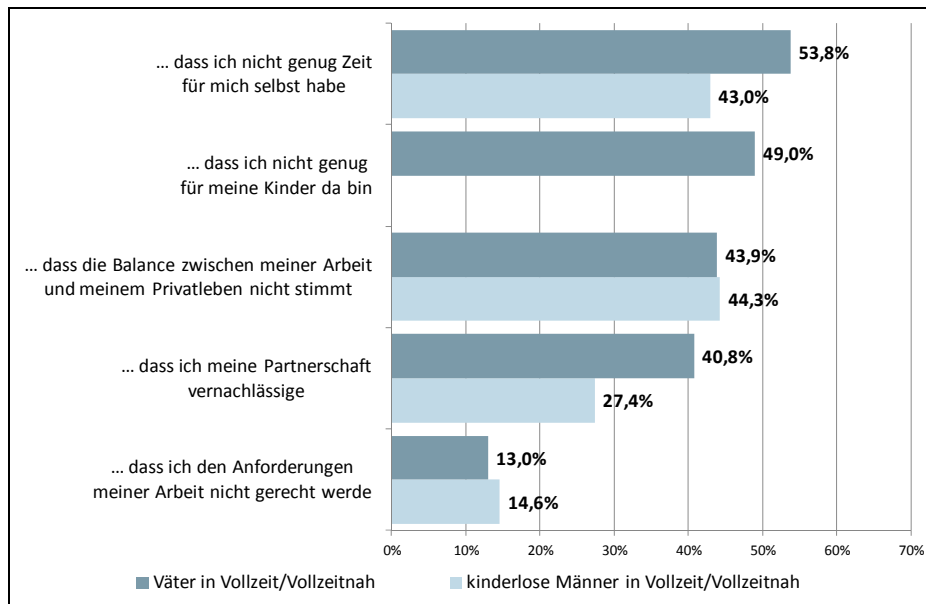
Die Work-Life-Balance ist – neben der Belastung durch chronischen Stress sowie Prävention/Gesundheitshandeln – das bei dieser Untersuchung verwendete "Outcome", um Konstellationen der Rushhour zu vergleichen.

Trifft das implizite Stresskonzept der Rushhour zu, also die Behauptung, Frauen und Männer kommen in eine Situation der Überforderung und nicht-Bewältigbarkeit von Anforderungen, müsste sich dies in einer deutlich verminderten Work-Life-Balance zeigen.

Dies wird für die Väter durch einen weiteren Vergleich mit den kinderlosen Männern geprüft.

³² Eine ANOVA zeigt, dass diese Unterschiede signifikant sind.

Abbildung 53: Work-Life-Balance erwerbstätiger Väter (zum Vergleich: kinderlose erwerbstätige Männer)



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013 N=756-758 (kinderlose erwerbstätige Männer); N=500-517 (erwerbstätige Väter) Fragewortlaut: „Ich habe das Gefühl...“ Abgebildet sind die Anteile der Antworten „oft“ und „eher oft“.

Tatsächlich gilt für die hier abgefragten Aspekte von Work-Life-Balance keineswegs, dass Väter durchgängig die negativeren Werte aufweisen: Die pauschale Einschätzung "Ich habe das Gefühl, dass die Balance zwischen meiner Arbeit und meinem Privatleben nicht stimmt" wird von Vätern und Kinderlosen gleich beantwortet (44 Prozent "oft" und "eher oft").

Dass sie den Anforderungen der Arbeit nicht gerecht werden, empfinden Väter sogar etwas seltener als Kinderlose. Beide Gruppen haben hier ohnehin nur selten (13,0 bzw. 14,6 Prozent) diese Einschätzung.

Allerdings haben Väter zu 49 Prozent "oft" oder "eher oft" das Gefühl, nicht genug für ihre Kinder da zu sein (hier fehlt der Vergleich zu den Kinderlosen) und v.a. haben sie das Gefühl, dass sie nicht genug Zeit für sich selbst haben (53,8 gegenüber 43,0 Prozent der Kinderlosen). Auch ihre Partnerschaft sehen sie häufig vernachlässigt. Bei diesem Aspekt ist der Unterschied zu den Kinderlosen besonders groß (40,8 zu 27,4 Prozent).

Prävention und Gesundheitshandeln der erwerbstätigen Väter

Kommt Prävention und Gesundheitshandeln in der Rushhour des Lebens zu kurz? Lassen sich Hinweise finden, dass zwar noch keine gesundheitlich negativen Folgen in der aktuellen Situation auftreten, es aber versäumt wird, chronische Krankheiten in den kommenden Lebensjahrzehnten zu vermeiden oder zu verzögern?

Auch hier kann der Vergleich der erwerbstätigen Väter mit den Kinderlosen Hinweise geben (Abbildung 54).

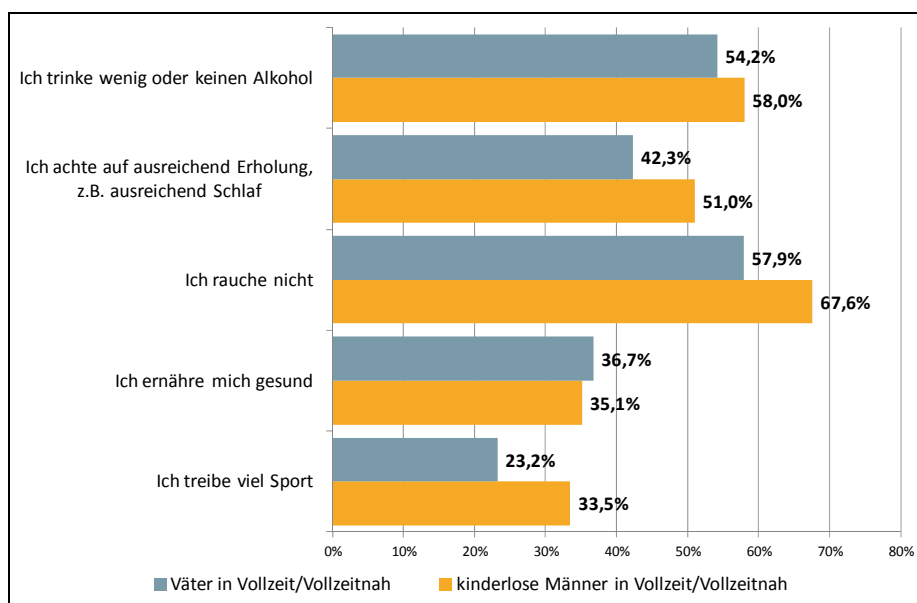
Tatsächlich weisen die Väter fast durchgängig etwas schlechtere Ergebnisse auf als die kinderlosen Männer. Die Kinderlosen geben häu-

Die Work-Life-Balance von Vätern ist gegenüber Kinderlosen nicht durchgängig nachteiliger

figer an, wenig oder keinen Alkohol zu trinken, nicht zu rauchen, und Sport zu treiben. Lediglich bei der Aussage: "Ich ernähre mich gesund" antworten Väter und Kinderlose in etwa gleich (36,7 und 35,1 Prozent).

Die gleiche Auswertung wurde vorangehend für die Frauen besprochen (Abbildung 49), wo analog erwerbstätige Mütter mit erwerbstätigen kinderlosen Frauen verglichen wurden. Unter den Frauen zeigten sich insbesondere bei jenen Aspekten von Prävention große Unterschiede, die am deutlichsten mit einem Aufwand an Zeit verbunden sind: ausreichend Erholung, Schlaf sowie Sport treiben. Demgegenüber ist es bei Männern auffällig, dass auch Alkoholkonsum und Rauchen bei den Vätern ungünstiger ausfallen als bei den kinderlosen Männern.

Abbildung 54: Prävention und Gesundheitshandeln erwerbstätiger Väter (zum Vergleich: erwerbstätige kinderlose Männer)



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=... (erwerbstätige Väter) N=... (kinderlose erwerbstätige Männer) Fragewortlaut: „Was tun Sie für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden?“. Antwortmöglichkeit: „trifft zu / trifft nicht zu“. Es sind die Anteile der Antworten „trifft zu“ abgebildet.

Kinderlose in der zweiten Rushhour-Hälfte (Alter 35 bis 40)

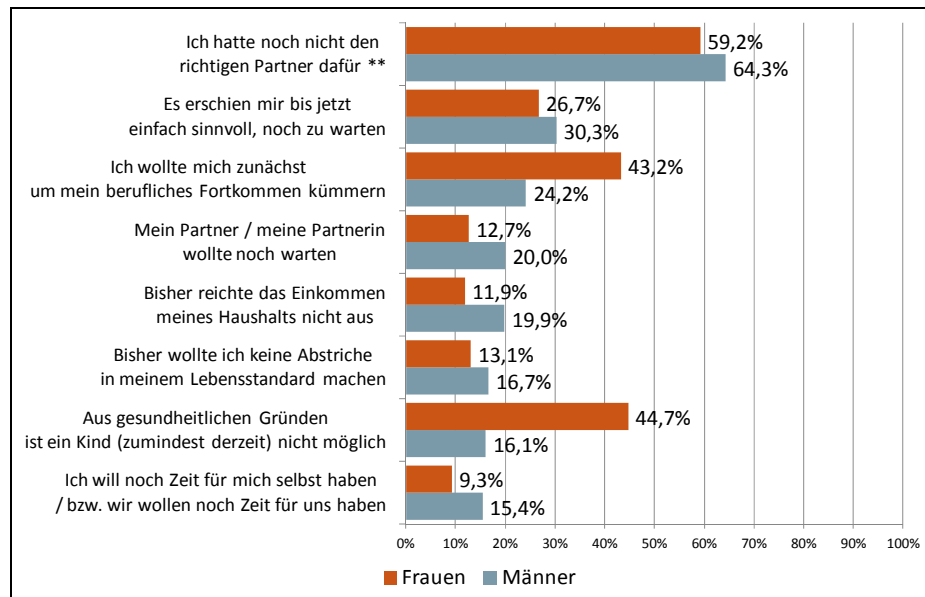
Die Analysen zu erwerbstätigen Müttern und erwerbstätigen Vätern haben vor allem den Aspekt der Mehrfachbelastungen aus den Bereichen Beruf und Familie zum Anlass genommen, zu prüfen, ob sich dies in chronischer Stressbelastung, verminderter Work-Life-Balance und Prävention/Gesundheitshandeln negativ auswirkt.

Demgegenüber soll in Bezug auf die Kinderlosen ermittelt werden, welche Rolle die antizipierte Mehrfachbelastung aus Beruf und Familie sowie mögliche Karrierehemmnisse durch Kinder für die Entscheidung für oder gegen Kinder spielt.

Die "zweite Rushhour"-Hälfte kann hier Hinweise geben, ob und aus welchen Gründen 35- bis 40-Jährige ihren Kinderwunsch aufgeschoben haben und ob sie in Zukunft Kinder wollen. Sofern sie keinen Wunsch bzw. keine Absicht haben, Kinder zu bekommen, sind die Gründe hierfür zu ermitteln.

Gründe für bisherige Kinderlosigkeit Männer und Frauen der 35- bis 40-Jährigen

Abbildung 55: Gründe dafür, "dass Sie bisher kein Kind bekommen haben" (Alter 35 bis 40) ³³



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=155-157 (Männer); N=71-76 (Frauen). ** Der Grund "Ich hatte noch nicht den richtigen Partner dafür" wurde verheirateten Befragten nicht vorgelegt. Die Prozentangabe bezieht sich dennoch auf alle kinderlosen Männer und Frauen in der Altersgruppe. Dargestellt sind die Anteile der Antworten „trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“.

Kinderlosen Befragten wurde eine Reihe möglicher Gründe vorgelegt, warum sie bisher keine Kinder bekommen haben. Dabei konnte pro Grund mit "trifft voll und ganz zu" bis "trifft gar nicht zu" geantwortet werden. Das heißt, es konnten mehrere Gründe angegeben werden, wovon die Befragten Gebrauch machten.

Bei Männern und Frauen in der Altersgruppe 35 bis 40 wurde am häufigsten als Grund für Kinderlosigkeit genannte: "Ich hatte noch nicht den richtigen Partner dafür" (64,3 Prozent der Männer und 59,2 Prozent der Frauen). Dies entspricht im Übrigen den Voraussetzungen für Elternschaft, bei denen die Befragten "eine stabile Partnerschaft" zu fast 100 Prozent als sehr wichtige oder wichtige Voraussetzung ansahen.

An zweiter Stelle der genannten Gründe für bisherige Kinderlosigkeit folgt bei den Frauen zwischen 35 und 40 Jahren die Angabe, dass

Häufigster Grund für Kinderlosigkeit: Ich hatte noch nicht den richtigen Partner

Bei Frauen an zweiter Stelle: gesundheitliche Gründe

³³ Die Auswertung bezieht sich auf Befragte mit Kinderwunsch. Befragte die angeben, "ich möchte einfach keine Kinder" wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

ihnen aus gesundheitlichen Gründen derzeit kein Kind möglich ist (44,7 Prozent).

Mit 43,2 Prozent fast genau so häufig genannt ist bei den Frauen, dass sie sich zunächst um ihr berufliches Fortkommen kümmern wollen. Bei den Männern spielt dieser Grund mit 24,2 Prozent eine deutlich geringere Rolle. Dies ist ein starkes Indiz dafür, dass sich Frauen mehr als Männer um den "wohlstrukturierten Lebenslauf" kümmern.

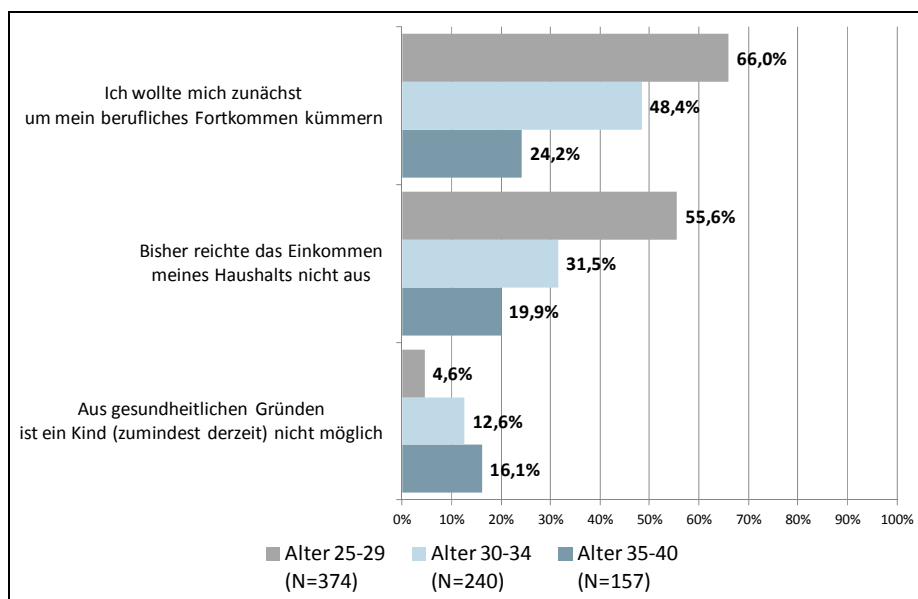
Sieht man von der Angabe "es erschien mir einfach sinnvoll zu warten" ab (ein Grund der sehr stark mit anderen korreliert), spielen alle anderen Gründe nur eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. Einzig bei Männern wäre der Grund des nicht ausreichenden Haushaltseinkommens noch zu nennen (19,9 Prozent).

Im Folgenden werden die Gründe für bisherige Kinderlosigkeit weiter verfolgt, die mit Rushhour bzw. "wohlstrukturiertem Lebenslauf" in Verbindung zu bringen sind:

- "Ich wollte mich zunächst um mein berufliches Fortkommen kümmern". Dieser Grund deutet auf eine Vermeidung der Gleichzeitigkeit von Kinder- und Karriereanforderungen hin.
- "Bisher reichte das Einkommen meines Haushalts nicht aus". Dieser Grund deutet darauf hin, dass die Erwerbstätigkeit eine Familiengründung materiell noch nicht absichern konnte.
- "Aus gesundheitlichen Gründen ist ein Kind nicht möglich".

Diese drei Gründe werden daher nach Altersgruppen getrennt betrachtet, um herauszuarbeiten, welche Gründe für die älteste Altersgruppe der 35- bis 40-Jährigen spezifisch sind.

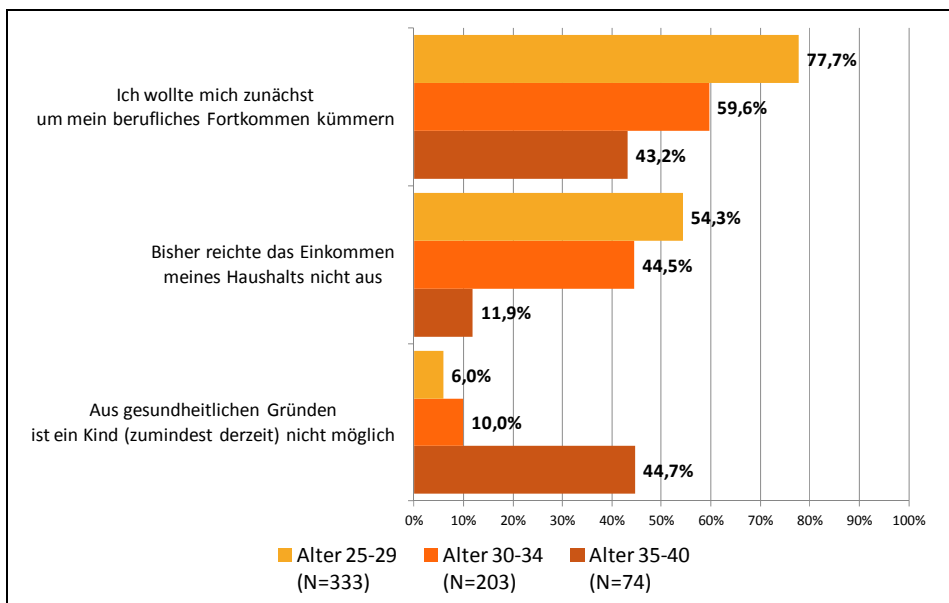
Abbildung 56: Bei Männern: ausgewählte Gründe für bisherige Kinderlosigkeit nach Alter



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. Nur Befragte mit Kinderwunsch. Fragewortlaut: Was sind die

Gründe dafür, dass sie bisher kein Kind bekommen haben“. Abgebildet sind die Anteile der Antworten „trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“.

Abbildung 57: Bei Frauen: ausgewählte Gründe für bisherige Kinderlosigkeit nach Alter



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. Nur Befragte mit Kinderwunsch

Das berufliche Fortkommen und das Haushaltseinkommen als Grund für bisherige Kinderlosigkeit werden mit steigendem Alter erwartungsgemäß weniger häufig genannt. Noch 66 Prozent der 25- bis 29-jährigen Männer wollten sich zunächst um ihr berufliches Fortkommen kümmern, immer noch 48,4 Prozent der 30- bis 40-Jährigen aber nur noch 24,2 Prozent der 35- bis 40-jährigen Männer (Abbildung 56).

Grund für bisherige Kinderlosigkeit: Ich wollte mich um mein berufliches Fortkommen kümmern

Demgegenüber ist der Grund berufliches Fortkommen bei den jungen Frauen (25-29) zu 77,7 Prozent genannt, zu 59,6 Prozent bei den 30- bis 34-Jährigen und immer noch zu 43,2 Prozent bei den 35- bis 40-jährigen Frauen. In allen Altersgruppen und insbesondere in der ältesten Gruppe der 35- bis 40-Jährigen nennen Frauen diesen Grund deutlich häufiger als Männer. Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings, dass diese Gründe nur den Kinderlosen vorgelegt wurden. Je älter die Altersgruppe ist, umso mehr sind diejenigen aus der Gruppe der Kinderlosen ausgeschieden, die sich für Kinder entschieden haben.

Der Grund "bisher reichte das Einkommen meines Haushalts nicht aus" nimmt ebenfalls über die Altersgruppen stark ab, sowohl bei Männern als auch bei Frauen (und ist in allen Altersgruppen deutlich weniger häufig genannt als das berufliche Fortkommen).

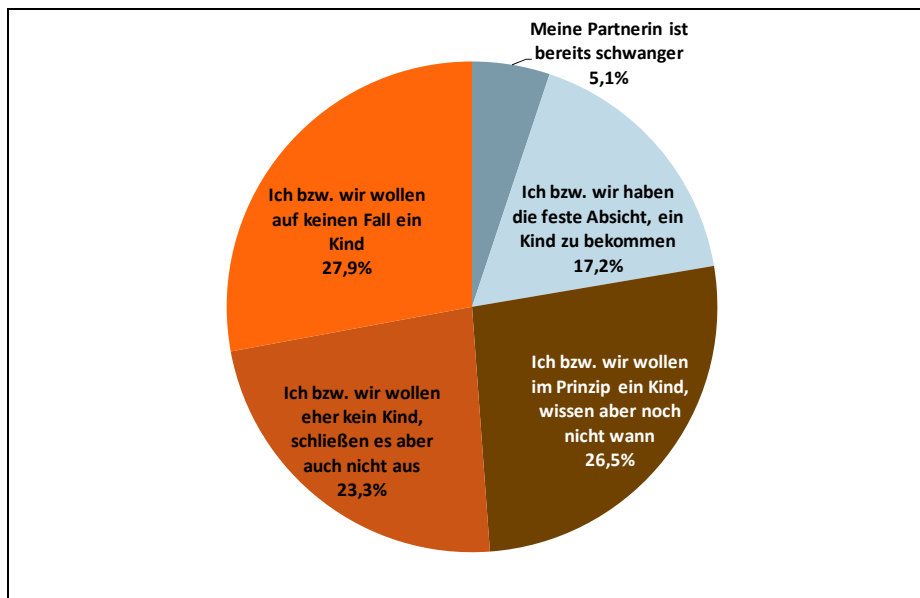
Grund für bisherige Kinderlosigkeit: Bisher reichte das Einkommen meines Haushalts nicht aus

Grund für bisherige Kinderlosigkeit: Aus gesundheitlichen Gründen

Gesundheitliche Gründe spielen bei nur 6 Prozent der Frauen unter 30 eine Rolle, bei den 30- bis 34-Jährigen wird er von 10 Prozent genannt. Eine sehr große Rolle spielt er bei den 35- bis 40-jährigen Frauen, wo fast jede zweite dies als Grund angibt (44,7 Prozent).³⁴

Auch Männer geben gesundheitliche Gründe für bisherige Kinderlosigkeit an, in der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen sogar etwas häufiger als Frauen (12,6 Prozent zu 10,0 Prozent).

Abbildung 58: Absicht für Elternschaft bei Männern im Alter 35 bis 40

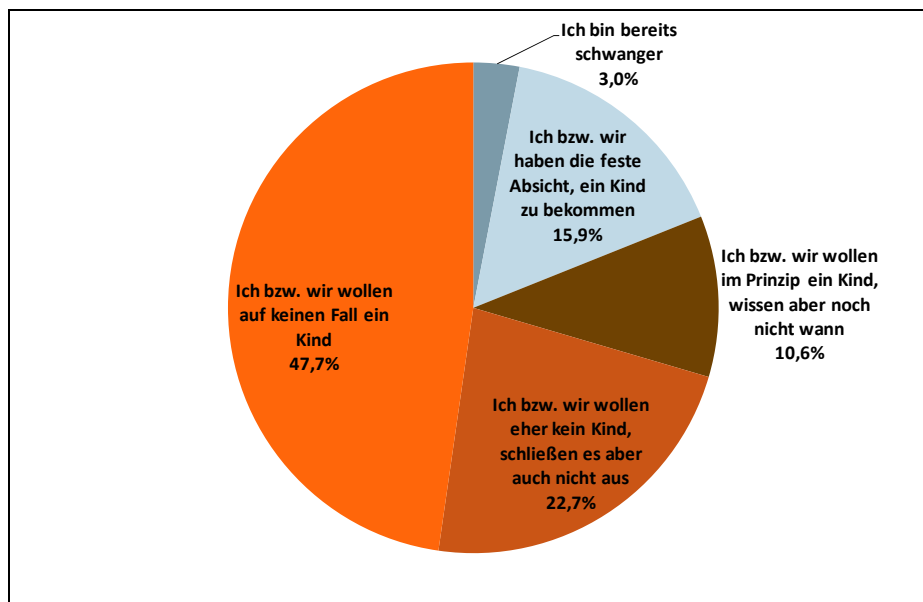


Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=215. Fragewortlaut: "Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie ein Kind bekommen?"

Kinderlose Männer zwischen 35 und 40 Jahren haben etwa zur Hälfte nicht die Absicht, ein Kind zu bekommen. Zur Kinderlosigkeit fest entschlossen sind 27,9 Prozent ("Ich bzw. wir wollen auf keinen Fall ein Kind"). Die andere Hälfte hat im Prinzip die Absicht ein Kind zu bekommen: 5,1 Prozent haben eine Partnerin, die bereits schwanger ist, weitere 17,2 Prozent geben die "feste Absicht" an, ein Kind zu bekommen. 26,5 Prozent wollen "im Prinzip ein Kind", wissen aber noch nicht wann.

³⁴ Dieser Anteil erscheint hoch. Hier ist aber erstens zu beachten, dass es sich um Frauen mit Kinderwunsch handelt, die im Alter von 35-40 noch kein Kind bekommen haben. Bezogen auf die Frauen dieser Altersgruppe gesamt sind dies nur 5,7 Prozent.

Abbildung 59: Absicht für Elternschaft bei Frauen im Alter 35 bis 40

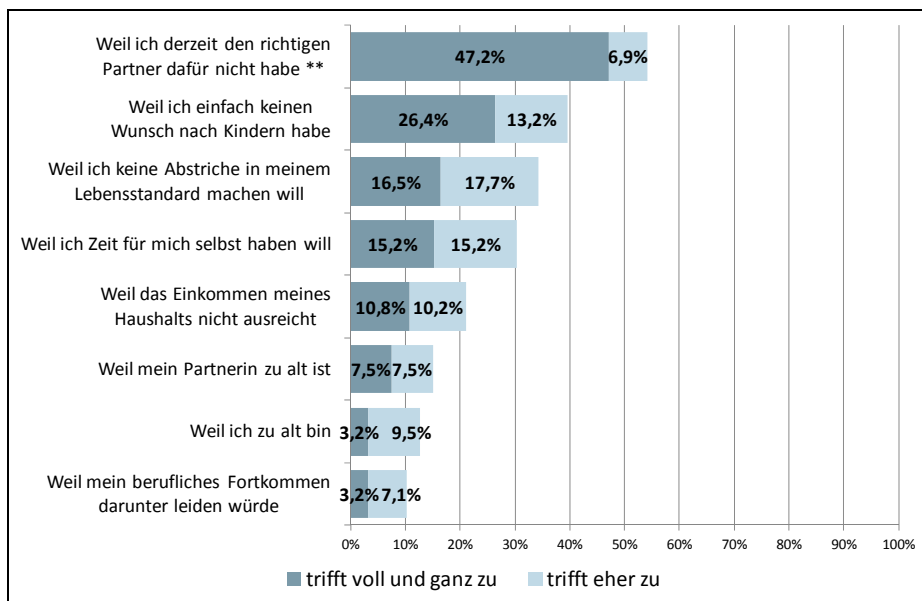


Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=132. Fragewortlaut: "Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie ein Kind bekommen?"

Unter den Frauen im Alter von 35 bis 40 sind die Frauen mit Absicht ein Kind zu bekommen klar in der Minderheit. 47,7 Prozent geben an: "Ich bzw. wir wollen auf keinen Fall ein Kind", weitere 22,7 Prozent wollen "eher kein Kind", ohne es jedoch ganz auszuschließen.

Erneut sei daran erinnert, dass diese Antworten nur von den Kinderlosen kommen, und dass Männer und Frauen mit Kinderwunsch zu einem gewissen Anteil diesen schon vor dem Alter von 35 bis 40 realisiert haben werden.

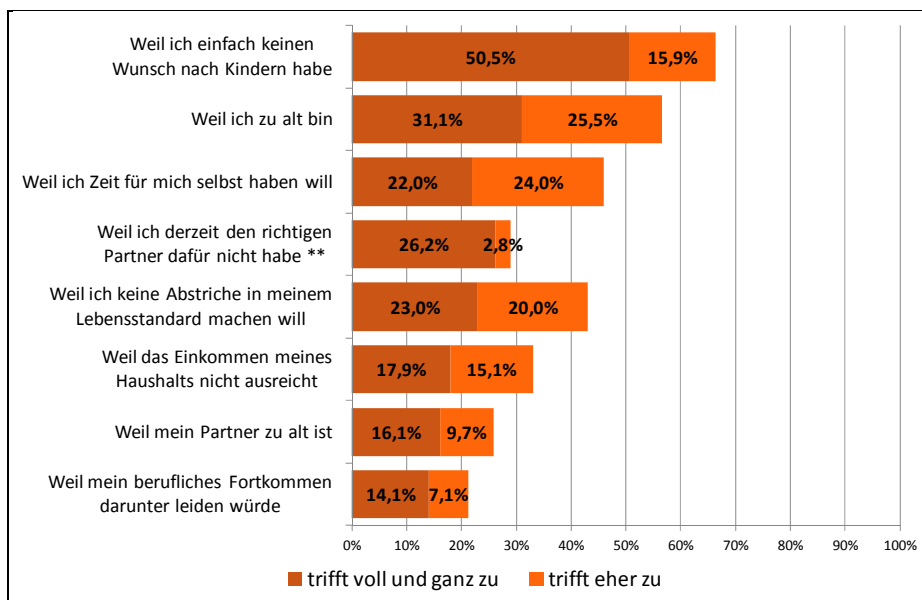
Abbildung 60: Männer: Gründe dafür, (derzeit) kein Kind zu bekommen (Alter: 35-40)



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=159.

** Die Aussage „weil ich derzeit den richtigen Partner dafür nicht habe, wurde nur unverheirateten Befragten vorgelegt. Dennoch bezieht sich die Prozentangabe auf alle kinderlosen Männer dieser Altersgruppe. Fragewortlaut: "Warum möchten Sie (zur Zeit) eher kein Kind"

Abbildung 61: Frauen: Gründe dafür, (derzeit) kein Kind zu bekommen (Alter 35-40)



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=107. Fragewortlaut: "Warum möchten Sie (zur Zeit) eher kein Kind"

** Die Aussage „weil ich derzeit den richtigen Partner dafür nicht habe, wurde nur unverheirateten Befragten vorgelegt. Dennoch bezieht sich die Prozentangabe auf alle kinderlosen Frauen dieser Altersgruppe"

Die Betrachtung der 35- bis 40-Jährigen schließt mit den Gründen ab, die Befragte ohne Absicht ein Kind zu bekommen hierfür angeben. Die vorangegangenen Aufstellungen waren Gründe, warum sie *bisher* kein Kind bekommen haben. Dabei wurden nur Befragte mit Kinderwunsch betrachtet, weil es darum ging, die Hemmnisse für Elternschaft zu identifizieren, die möglicherweise aus der Rushhour Situation der 35- bis 40-Jährigen erfolgt.

In dieser Auswertung werden aber alle kinderlosen Befragten der Altersgruppe betrachtet.

Bei den Frauen in diesem Alter ist die Kinderlosigkeit mehrheitlich wunschgemäß. 66,4 Prozent geben an, dass sie "einfach keinen Wunsch nach Kindern" haben.

Mehr als die Hälfte (56,6 Prozent) gibt an, zu alt zu sein. Etwas weniger als die Hälfte (46,0 Prozent) nennt als Grund, Zeit für sich haben zu wollen. Eine große Rolle spielt auch hier, dass der richtige Partner für Kinder fehlt (43,3 Prozent).

Der Grund des beruflichen Fortkommens ist unter den hier genannten Gründen am seltensten genannt (21,2 Prozent). Offenbar sind viele derjenigen, die den Kinderwunsch aus diesem Grund aufgeschoben haben, beruflich nun so weit fortgeschritten, dass das berufliche Fortkommen weniger relevant für oder gegen eine Elternschaft geworden ist.

4.5 Angebote des Arbeitgebers

Neben familienpolitischen Maßnahmen und öffentlicher Infra- und Betreuungsstruktur sind es vor allem die Arbeitgeber, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erleichtern können. Im Rahmen des "Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit 2013" wurden 2012 1.556 Unternehmen mittels einer Onlinebefragung befragt. Die Ergebnisse wurde anhand Größe und Sektor (Industrie, Dienstleistungen) für Deutschland hochgerechnet und beanspruchen Repräsentativität. Die Zielpersonen der Befragung waren Geschäftsführer oder Personalverantwortliche, die für ihr Unternehmen an der Befragung teilnahmen (BMFSFJ 2013).

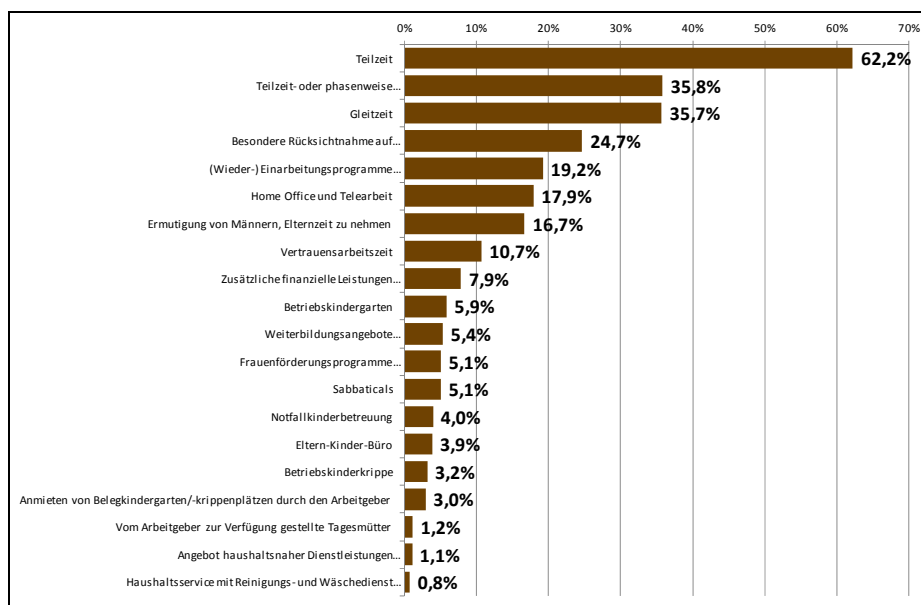
Der Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit 2013 ermittelte, dass Unternehmen zu großen Anteilen entsprechende Angebote machen

Im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports werden Beschäftigte gefragt, ob sie diese Angebote tatsächlich nutzen können

Nach dieser Befragung bieten Unternehmen mitunter zu sehr großen Anteilen familienfreundliche Maßnahmen an: Beispielsweise 84,1 Prozent bieten die Möglichkeit zur Teilzeit an, 78,0 Prozent nehmen besondere Rücksicht auf Eltern oder bieten weitere Unterstützung der Eltern an, 29,4 Prozent offerieren /stellen Einarbeitungsprogramme für den Wiedereinstieg nach der Elternzeit bereit.

Die Befragung lehnt sich an die Systematik dieser Umfrage an und fragte Beschäftigte in Bezug auf eine Reihe von Maßnahmen, ob ihr Arbeitgeber diese anbietet und sie diese nutzen können (Abbildung 62 und Abbildung 63).

Abbildung 62: Anteil der Eltern, die Maßnahmen des Arbeitgebers in Anspruch nehmen können

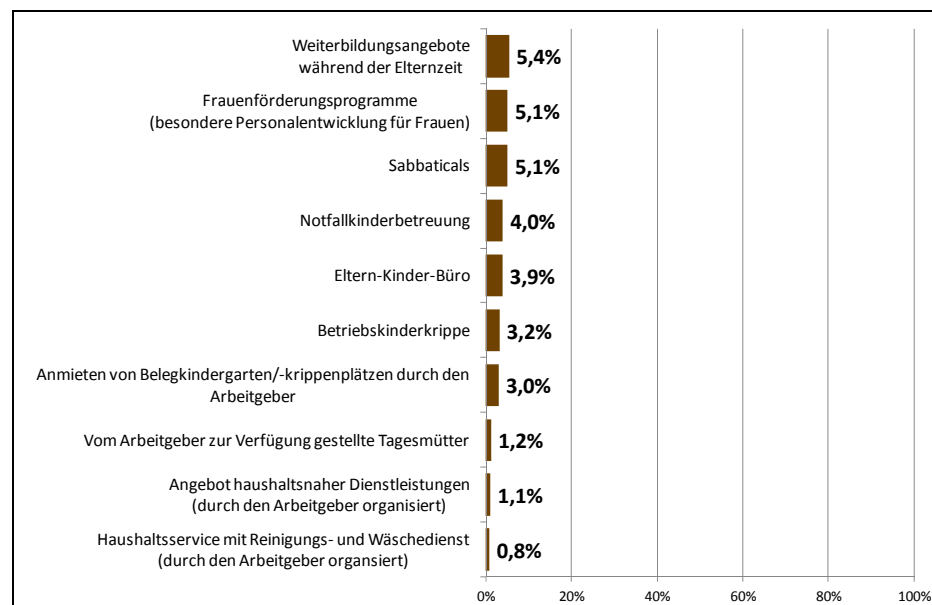


Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=1.082. Antwortmöglichkeit: "Ja, mein Arbeitgeber bietet dies an und ich kann es nutzen"

Demnach gibt es einige wenige Maßnahmen, die relativ große Anteile der Beschäftigten mit Kindern nutzen können: Insbesondere Teilzeit (62,2 Prozent), Teilzeit- oder phasenweise Beschäftigung während der Elternzeit (35,8 Prozent), Gleitzeit (35,7 Prozent) und besondere Rücksichtnahmen auf Eltern bei der Terminplanung (24,7 Prozent). Homeoffice und Telearbeit können 17,9 Prozent der Beschäftigten nutzen, 16,7 Prozent profitieren davon, dass auch Männer zu Elternzeit ermutigt werden.

Zum Teil entsprechen diese Ergebnisse der Unternehmensbefragung des Unternehmensmonitors, zum Teil liegen sie aber auch deutlich darunter (z.B. Teilzeit 62,2 zu 84,1 Prozent; phasenweise Beschäftigung oder Teilzeit während der Elternzeit: 35,8 Prozent). Der Anteil von Unternehmen, die eine Maßnahme anbieten ist also häufig höher als der Anteil der Beschäftigten, die diese Maßnahmen tatsächlich nutzen können.

Abbildung 63: Anteil der Eltern, die Maßnahmen des Arbeitgebers in Anspruch nehmen können (weitere Maßnahmen)

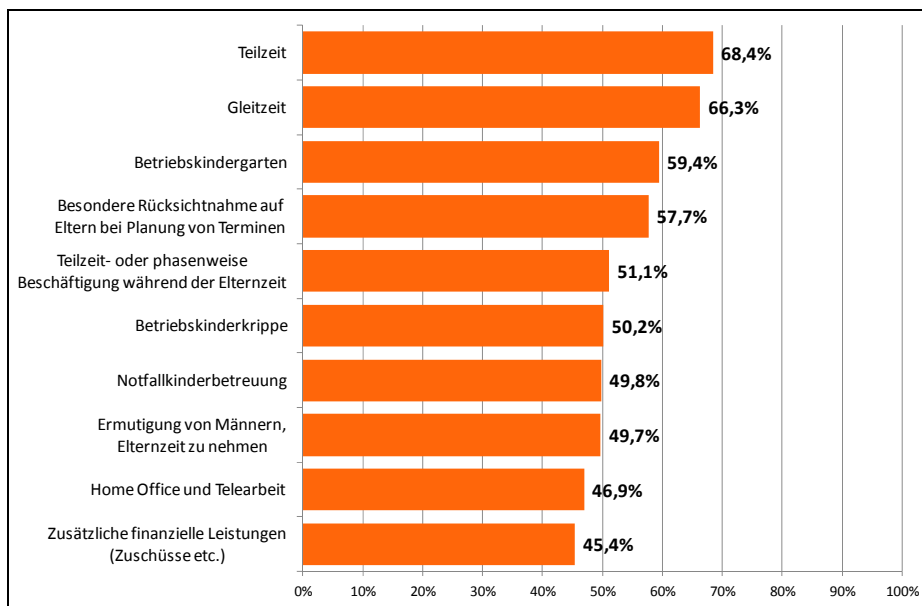


Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=1.082. Antwortmöglichkeit: "Ja, mein Arbeitgeber bietet dies an und ich kann es nutzen"

Neben sehr verbreiteten Angeboten, insbesondere im Bereich Arbeitszeitflexibilisierung, gibt es sehr viele Angebote, die nur von einem sehr geringen Anteil der beschäftigten Eltern genutzt werden kann. Sie sind in Abbildung 63 dargestellt.

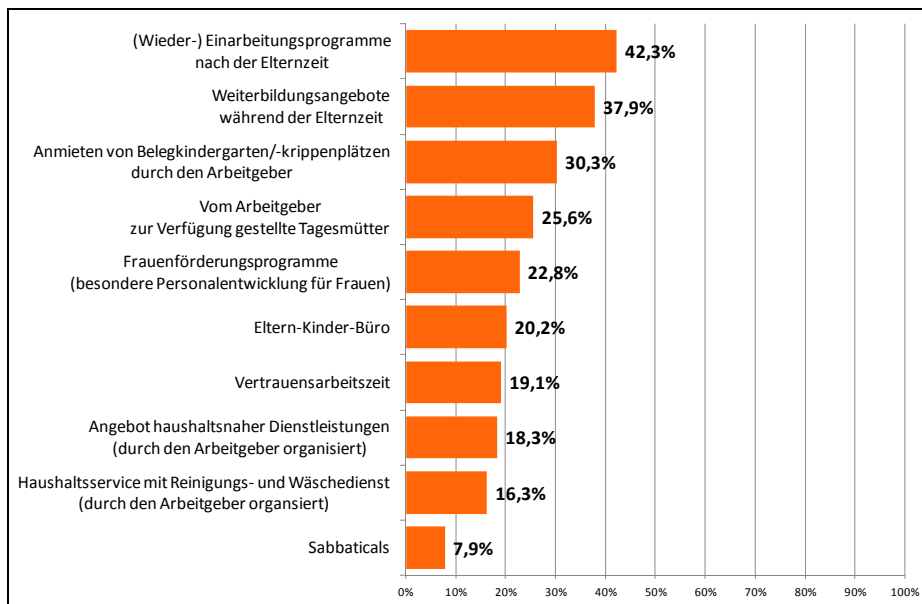
Bieten Unternehmen die richtigen Maßnahmen an, um Familienfreundlichkeit zu verbessern? Um zu dieser Frage einen Beitrag leisten zu können, wurde den Befragten derselbe Katalog an Maßnahmen vorgelegt, wobei sie bewerten sollten, ob die jeweiligen Maßnahmen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern würden (Abbildung 64 und Abbildung 65).

Abbildung 64: "Diese Möglichkeit erleichtert es, Familie und Beruf zu vereinbaren"



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=1.082

Abbildung 65: Diese Möglichkeit erleichtert es, Familie und Beruf zu vereinbaren



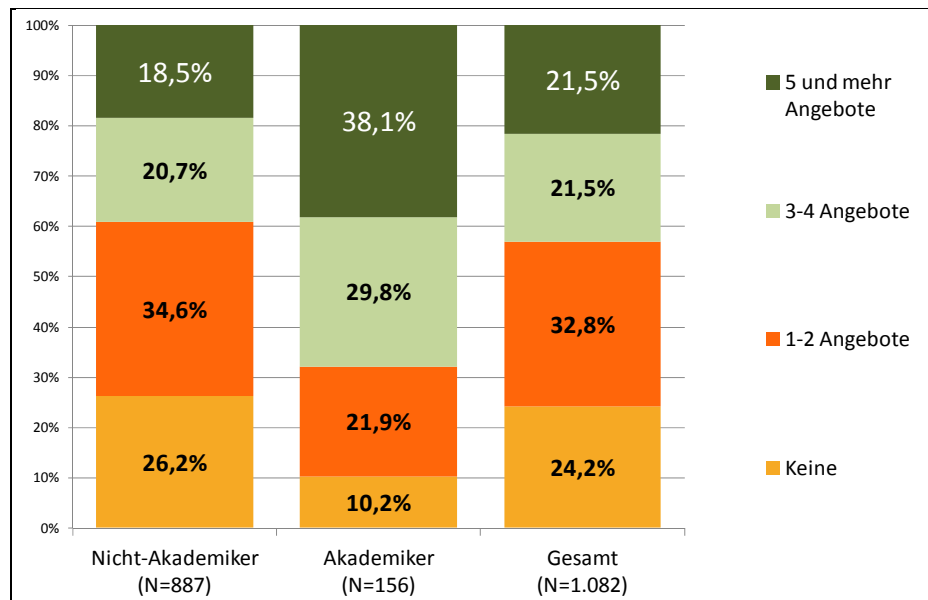
Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=1.082

Teilzeit, Gleitzeit sowie Betriebskindergarten sind besonders häufig genannte Wünsche der erwerbstätigen Eltern. Während Unternehmen also mit Teilzeit und Gleitzeit gut auf die Bedürfnisse der Beschäftigten reagieren, ist beim Betriebskindergarten, bei der Betriebskindergrille und der Notfallkinderbetreuung eine besonders große Kluft zwischen Unternehmensangebot und Beschäftigtennachfrage.

Um nicht nur die Angebote einzelner Maßnahmen abschätzen zu können, sondern auch, wie viele Angebote Beschäftigte nutzen können, wird im Folgenden die Anzahl dieser Angebote dargestellt, die Beschäftigte in Anspruch nehmen können.

Besonders interessant wird dabei die Angabe sein, wie hoch der Anteil der Beschäftigten ist, die kein einziges Angebot des Arbeitgebers nutzen können. Dabei wird geprüft, ob Akademiker und Nicht-Akademiker in gleichem Maße von diesen Angeboten profitieren.

Abbildung 66: Anzahl der Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die erwerbstätige Eltern in Anspruch nehmen können



Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. Fragewortlaut: "Bitte geben Sie in Bezug auf die einzelnen Maßnahmen jeweils an": "Ja, mein Arbeitgeber bietet dies an und ich kann es nutzen".

Angebote von Arbeitgebern zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind nach Akademikern und Nicht-Akademikern sehr ungleich verteilt. Der Anteil der erwerbstätigen Eltern, die keine einzige der oben aufgeführten 20 Maßnahmen nutzen kann, beträgt unter Akademikern 10,2 Prozent während 26,2 Prozent der Nicht-Akademikern keine einzige Maßnahmen zur Verfügung steht.

5 Angebote und mehr stehen 38,1 Prozent der Akademiker, aber nur 18,5 Prozent der Nicht-Akademiker zur Verfügung. Im Mittel stehen einem Akademiker 4,1 Angebote³⁵ zur Verfügung, einem Nicht-Akademiker nur 2,5 Angebote.

Nicht-Akademiker können deutlich seltener Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Anspruch nehmen als Akademiker

³⁵ Dabei wurde auch geprüft, ob Nicht-Akademiker im Durchschnitt ältere Kinder haben, und Maßnahmen des Arbeitgebers deswegen weniger relevant für diese Gruppe sind. So stellt sich

Eine Erklärung hierfür bieten die Gespräche mit betrieblichen Experten, die im Rahmen der Erstellung dieses Reports geführt wurden. Insbesondere die unter den hier aufgeführten Angeboten am häufigsten genannten Arbeitszeitflexibilisierungen sowie Homeoffice sind für qualifizierte dienstleistungs- und wissensbasierte Tätigkeiten in der Regel relativ leicht umsetzbar. Dagegen lässt der industrielle Schichtbetrieb, aber auch einfache Dienstleistungen mit Kundenkontakt, diese Flexibilisierungen nicht ohne Weiteres zu. Beide Arten von Tätigkeiten erfordern es weiter, vor Ort, eben beim Kunden oder der Maschine zu sein, was die Möglichkeiten von Homeoffice sehr einschränkt.

Unter den hier zusammengestellten Maßnahmen gibt es andererseits viele, auf die diese Beschränkungen nicht zutreffen und bei denen die Frage offen bleibt, warum Nicht-Akademiker nicht in gleicher Weise bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie unterstützt werden.

Fazit: Die Altersgruppe 25-40 und die Rushhour des Lebens

- Die Altersgruppe, auf die die „Rushhour des Lebens“ noch zukommt, und die in den nächsten Jahren Entscheidungen in Bezug auf Elternschaft und Karriere treffen und realisieren muss (die 25- bis 29-Jährigen), wünscht sich deutlich mehrheitlich Kinder und Karriere: 80 Prozent der Männer und 73 Prozent der Frauen. Sich nur auf eines zu konzentrieren (nur auf Beruf oder nur auf Kinder) kommt für nur wenige in Frage. Unter den 25- bis 29-Jährigen mit Kinder-und-Karriere-Wunsch gibt es allerdings auch einen Anteil, der zweifelt, ob beides verwirklicht werden kann: Ein Drittel der Frauen und ein Fünftel der Männer.
- Unter den Kinderlosen lassen sich Hinweise finden, dass sie eine Elternschaft aufschieben, um zunächst ihr berufliches Fortkommen zu sichern. Zumindest wird dies sehr häufig als Grund für eine bisher nicht realisierte Elternschaft angegeben.
- Eine Konstellation aus Elternschaft und Erwerbstätigkeit kommt vergleichsweise häufig in den Altersgruppen 30 bis 40 vor, unter den 35- bis 40-Jährigen sind Männer wie Frauen mehrheitlich (jeweils zu 57 Prozent) erwerbstätige Eltern.
- Die Rushhour als Stresskonzept bestätigt sich nicht: Der über das Trierer Inventar für chronischen Stress (Screening-Skala) ermittelte Stresswert unterscheidet sich praktisch nicht zwischen erwerbstätigen Eltern und erwerbstätigen Kinderlosen. Selbst in Vollzeit arbeitende Mütter weisen gegenüber Müttern in Teilzeit keinen erhöhten Stresswert auf. Allerdings lassen sich bei erwerbstätigen Eltern ungünstigere Werte in Bezug auf ihre Work-Life-Balance und ihr gesundheitsbezogenes Handeln (Sport, ausreichend Schlaf) feststellen.

beispielsweise für die Eltern einer 16-Jährigen die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie weniger als für die Eltern einer 6jährigen oder gar 2jährigen. Dies ist tatsächlich der Fall, allerdings kaum in einem Ausmaß, dass die Zielgruppe für Angebote des Arbeitgebers unter den Nicht-Akademiker-Eltern wesentlich kleiner wäre als unter den Akademiker-Eltern: Von den erwerbstätigen Eltern, die Grundlage für die Auszahlungen der Angebote des Arbeitgebers sind, haben 93,7 Prozent der Akademiker ein oder mehrere Kinder, die 10 Jahre und jünger sind. Von den Nicht-Akademiker haben 76,8 Prozent Kinder im Alter von 10 und jünger. 89,1 Prozent der Nicht-Akademiker haben ein Kind von 13 Jahren und jünger.

- Was können Arbeitgeber tun, um die Rushhour-Altersgruppe bei ihren Bemühungen zu unterstützen? Aus Sicht der Beschäftigten sind es vor allem Teilzeit, Gleitzeit sowie Betreuungsmöglichkeiten für Kinder, die durch den Betrieb organisiert werden. Beschäftigte halten darüber hinaus sehr viele weitere Angebote für sinnvoll, um Familie und Beruf besser vereinbaren zu können. Einige Angebote von Arbeitgebern, und dies sind insbesondere Teilzeit und Gleitzeit, können von einem großen Teil der Beschäftigten bereits in Anspruch genommen werden. Die ganze Breite familienpolitischer Angebote kommt aber nur wenigen Beschäftigten zugute. Der Report zeigt auch: Nicht-Akademiker können sehr viel weniger Angebote in Anspruch nehmen als Akademiker. Insbesondere der Anteil der erwerbstätigen Eltern, die kein einziges Angebot zur Familienfreundlichkeit in Anspruch nehmen, ist unter den Nicht-Akademikern deutlich höher als unter den Akademikern (26,2 zu 10,2 Prozent).

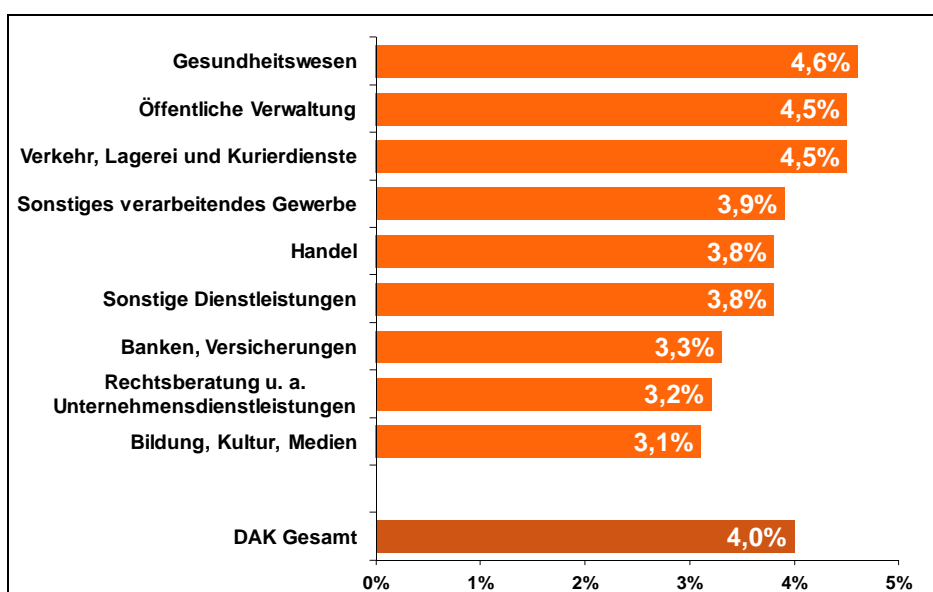
5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

**Wirtschaftsgruppen
mit besonders
hohem Anteil von
DAK-Mitgliedern**

Im fünften Kapitel wird die Krankenstandsentwicklung nach Branchen differenziert dargestellt. Grundlage der Auswertung ist die Zuordnung der DAK-Mitglieder zu den Wirtschaftszweigen. Die Zuordnung nehmen die Arbeitgeber anhand des Schlüssels der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes vor.³⁶

Im Folgenden wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zunächst in den neun Wirtschaftsgruppen, in denen besonders viele DAK-Mitglieder beschäftigt sind, etwas detaillierter betrachtet (vgl. Abbildung 67). Abbildung 68 geht auf die übrigen Wirtschaftsgruppen ein.

Abbildung 67: Krankenstandswerte 2013 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

**„Gesundheitswesen“
an der Spitze**

Die Branche „Gesundheitswesen“ lag mit einem Krankenstandswert von 4,6 Prozent an der Spitze. Die Branchen „Öffentliche Verwaltung“, und „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ lagen hinsichtlich des Krankenstandes mit einem Wert von jeweils 4,5 Prozent knapp dahinter und somit eindeutig über dem Durchschnitt aller Branchen. Am anderen Ende der Skala befinden sich die Branchen „Banken, Versicherungen“ (3,3 Prozent), „Rechtsberatung und andere Unternehmensdienstleistungen“, und „Bildung, Kultur, Medien“ mit deutlich unterdurchschnittlichen Krankenständen in Höhe von 3,2 Prozent bzw. 3,1 Prozent.

³⁶ Für die Auswertungen im Rahmen der DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüsselssystematik leicht verändert, um einige für die DAK besonders charakteristische Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können.

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

- Die hohen Ausfallzeiten im „Gesundheitswesen“ sind sowohl auf eine überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit als auch auf eine längere Erkrankungsdauer zurückzuführen: Je 100 ganzjährig Versicherter konnten 2013 126,4 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 13,2 Tage dauerten.

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

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

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

- In der „Öffentlichen Verwaltung“ beträgt die Fallhäufigkeit je 100 Versicherte 140,0 Erkrankungsfälle und liegt damit deutlich über dem Durchschnitt (121,1 AU-Fälle). Die Erkrankungsdauer lag in der „Öffentlichen Verwaltung“ mit durchschnittlich 11,8 Tagen unter dem Durchschnitt aller Branchen (12,0 Tage je AU-Fall).

Der im Vergleich zur Privatwirtschaft hohe Krankenstand in den öffentlichen Verwaltungen wird in verschiedenen Studien zum Teil mit einem höheren Anteil an Schwerbehinderten im öffentlichen Sektor begründet.³⁷ Auch bieten öffentliche Verwaltungen gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbstätigen noch immer eher eine Beschäftigungsmöglichkeit als kleinbetrieblich strukturierte Branchen wie z. B. „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“.

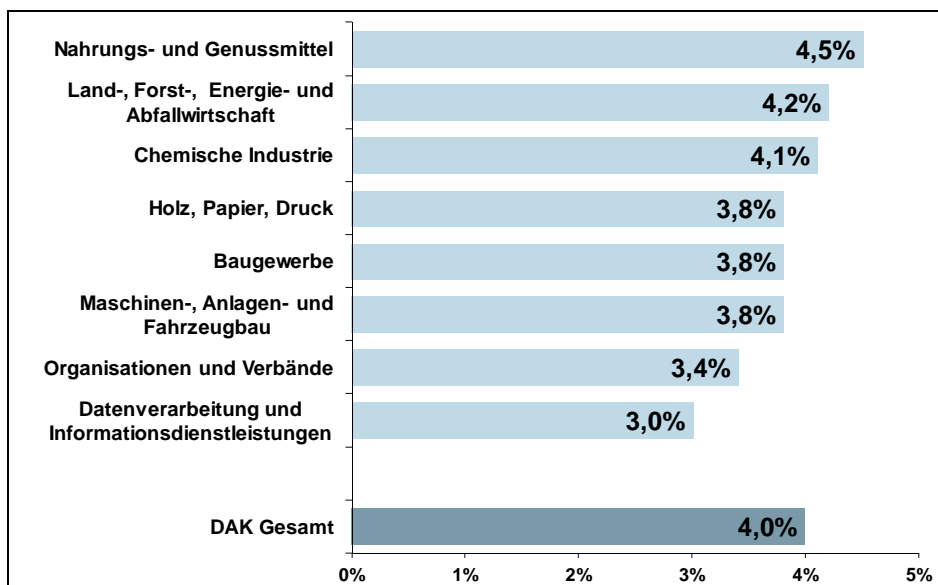
Gründe für hohen Krankenstand in der öffentlichen Verwaltung

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

- 100 ganzjährig Beschäftigte im Wirtschaftszweig „Bildung, Kultur, Medien“ waren 2013 nur 106,4 Mal arbeitsunfähig erkrankt. Eine Erkrankung dauerte hier im Durchschnitt nur 10,6 Tage.

³⁷ Marstedt et al.: Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im Öffentlichen Dienst, in: Fehlzeiten-Report 2001; Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2003

Abbildung 68: Krankenstandswerte 2013 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

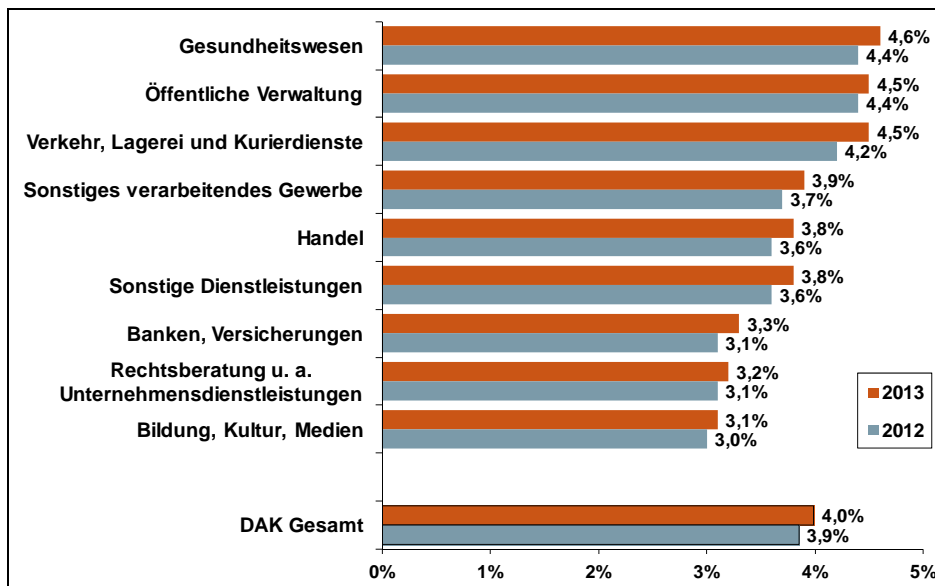
Abbildung 68 zeigt die Krankenstände in den übrigen acht Wirtschaftsgruppen. Es zeigt sich, dass einige der Branchen, die dem verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen sind, wie z. B. „Holz, Papier, Druck“ und „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“, unter dem DAK-Durchschnitt liegende Krankenstandswerte aufweisen. Einen besonders niedrigen Wert erzielte die Branche „Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen“, die über alle Branchen hinweg den niedrigsten Krankenstand aufweist.

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

In Abbildung 69 und Abbildung 70 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der Jahre 2012 und 2013 vergleichend gegenübergestellt.

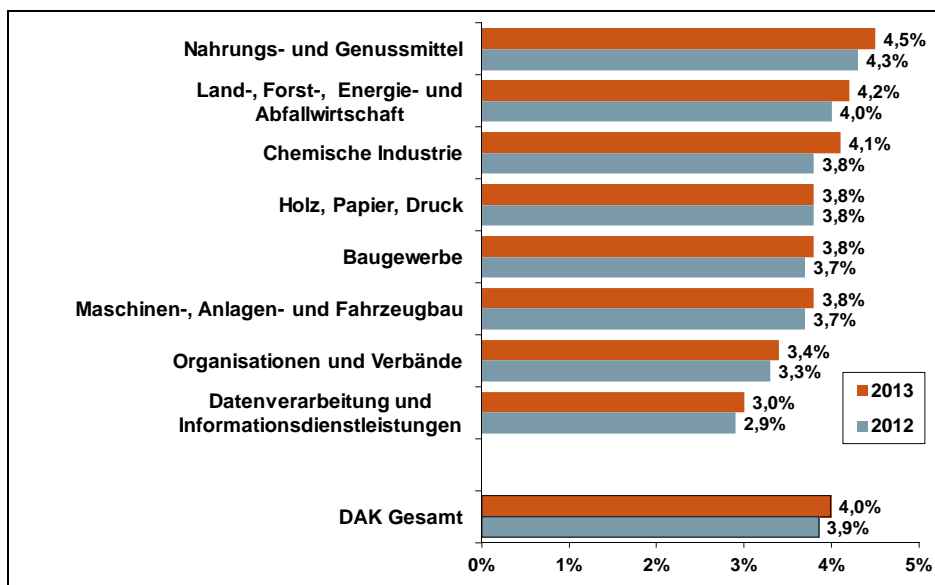
Es zeigt sich, dass die Krankenstände in nahezu allen Wirtschaftsgruppen um 0,1 bis 0,3 Prozentpunkte gestiegen sind. In keiner der dargestellten Branchen hat es einen sinkenden Krankenstand gegeben.

Abbildung 69: Krankenstandswerte 2012 - 2013 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Abbildung 70: Krankenstandswerte 2012 - 2013 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Bei den acht übrigen Wirtschaftsgruppen ist der Krankenstand ebenfalls in nahezu allen Wirtschaftsgruppen um 0,1 bis 0,3 Prozentpunkte gestiegen. Lediglich in der Wirtschaftsgruppe „Holz, Papier, Druck“ liegt der Krankenstand auf dem Niveau des Vorjahres.

6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

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

Um Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Versicherten aufzuzeigen, werden neben Analysen für die einzelnen Bundesländer auch die Gesamtwerte für West- und Ostdeutschland ausgewiesen. Tabelle 9 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2013.

Tabelle 9: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2013

Bundesland	Krankenstand	pro 100 Versichertenjahre		
		AU-Tage	AU-Fälle	Ø Fall-dauer
Baden-Württemberg	3,3%	1.220,6	108,3	11,3
Bayern	3,4%	1.255,0	108,5	11,6
Berlin*	4,3%	1.583,0	120,5	13,1
Bremen	4,1%	1.490,9	118,7	12,6
Hamburg	3,7%	1.335,4	110,1	12,1
Hessen	4,2%	1.535,5	130,4	11,8
Niedersachsen	3,9%	1.439,5	122,6	11,7
Nordrhein-Westfalen	3,9%	1.437,3	117,8	12,2
Rheinland-Pfalz	4,3%	1.562,3	126,4	12,4
Saarland	4,5%	1.642,6	118,7	13,8
Schleswig-Holstein	3,9%	1.438,4	119,0	12,1
Westliche Bundesländer	3,8%	1.404,3	117,7	11,9
Brandenburg	5,0%	1.816,9	142,6	12,7
Mecklenburg-Vorpommern	4,9%	1.771,2	141,1	12,6
Sachsen	4,4%	1.620,1	134,5	12,0
Sachsen-Anhalt	4,9%	1.784,1	143,2	12,5
Thüringen	4,8%	1.739,3	145,6	11,9
Östliche Bundesländer	4,8%	1.754,4	141,5	12,4
DAK Gesamt	4,0%	1.455,8	121,1	12,0

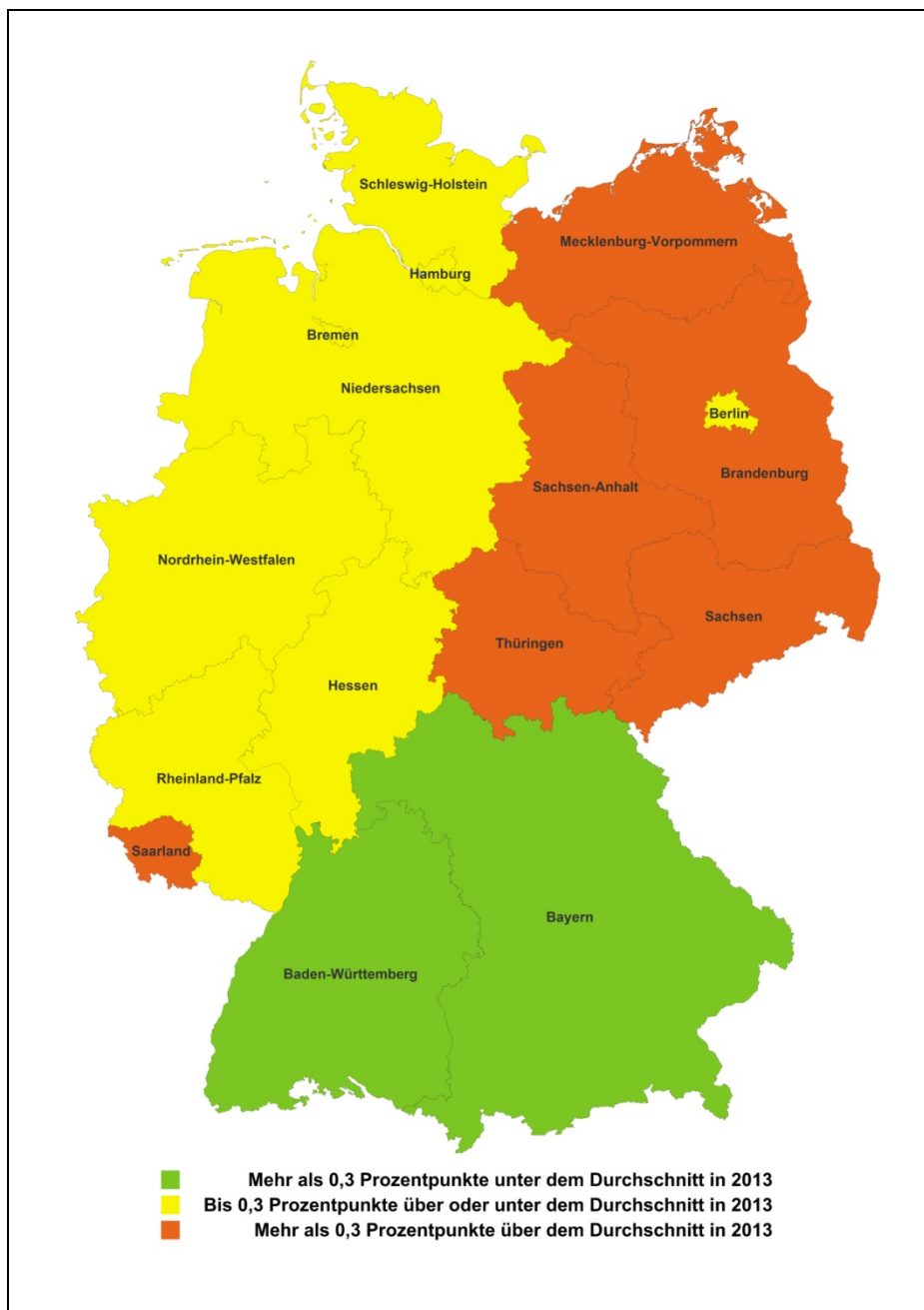
* Berlin (Ost und West) gehört krankensicherungsrechtlich zu den westlichen Bundesländern (Rechtskreis West)

Quelle: AU Daten der DAK-Gesundheit 2013

Hinter dem Gesamtkrankenstand von 4,0 Prozent verbergen sich regionale Unterschiede: Wie auch in den Vorjahren sind 2013 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 71). Das südliche Bundesland Baden-Württemberg verzeichnet einen besonders günstigen Wert: Hier liegt das Krankenstandsniveau deutlich - d. h. mehr als 0,3 Prozentpunkte - unter dem DAK-Bundesdurchschnitt. Bayern gehört ebenfalls zu dieser Gruppe.

Regionale Unterschiede bestehen auch im Jahr 2013 fort

Abbildung 71: Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Günstigste Krankenstandswerte auch in Bayern

Wie schon in den Vorjahren weisen Baden-Württemberg und Bayern mit einem Krankenstand in Höhe von 3,3 Prozent und 3,4 Prozent die niedrigsten Werte auf.

Westliche Bundesländer liegen um den Durchschnitt

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

Die Länder Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein liegen leicht unter dem DAK-Bundesdurchschnitt.

Saarland erneut über dem Durchschnitt

Hervorzuheben ist, dass 2013 der Krankenstand im Saarland, nach Annäherung an den Durchschnitt im Jahr 2008, auch dieses Jahr wieder mehr als 0,3 Prozentpunkte über dem Durchschnitt lag.

Hamburg ist in 2013 wieder in den „gelben Bereich“ gerutscht, nachdem es in 2012 noch eine Abweichung des Krankenstands nach unten von mehr als 0,3 Prozentpunkten vom Bundesdurchschnitt hatte.

Alle östlichen Länder über dem DAK-Bundesdurchschnitt

In Ostdeutschland werden allgemein über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände beobachtet. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen dar, wo mit 4,4 Prozent der niedrigste Krankenstand der fünf östlichen Bundesländer festgestellt wurde. Hier liegt das Krankenstandsniveau nur 0,4 Prozentpunkte über dem DAK-Bundesdurchschnitt. Alle übrigen Werte liegen deutlich über dem Durchschnitt. Brandenburg lag mit einem Krankenstand von 5,0 Prozent an der Spitze.

Hohe Fallzahlen in Verbindung mit teils überdurchschnittlichen Erkrankungsdauern sind Ursache des erhöhten Krankenstandes im Osten

Ursache für den erhöhten Krankenstand in den östlichen Bundesländern ist eine überdurchschnittliche Fallhäufigkeit teilweise zusätzlich in Verbindung mit einer überdurchschnittlichen Falldauer:

Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versicherte in den westlichen Ländern zwischen 108,3 (Baden-Württemberg) und 130,4 (Hessen) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 134,5 (Sachsen) und 145,6 (Thüringen) auf. Die Falldauer bewegt sich zwischen 11,3 Tagen in Baden-Württemberg und 13,8 Tagen im Saarland.

Berlin nur noch leicht über dem Bundesdurchschnitt.

In Berlin ist der Krankenstand gegenüber dem Vorjahr nicht gestiegen. Damit ist es mit einem nur noch 0,3 Prozentpunkte nach oben abweichenden Krankenstand in den gelben Bereich gerückt.

Entwicklung des Krankenstandes 2012 – 2013

Abbildung 72 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2013 im Vergleich zum Vorjahr. Kein Anstieg der Krankenstandswerte ist nur in Berlin und Bayern zu beobachten, hier konnten die Vorjahreswerte wieder erreicht werden. In allen anderen Bundesländern ist der Krankenstand gestiegen.

In den westlichen Bundesländern verzeichnen Bremen und das Saarland mit 0,3 Prozentpunkten den größten Anstieg des Krankenstands. In den anderen westlichen Bundesländern war der Anstieg moderater bzw. der Wert ist gleich geblieben.

In den östlichen Bundesländern ist der Anstieg des Krankenstands in Mecklenburg-Vorpommern mit 0,3 Prozentpunkten etwas stärker als in den übrigen östlichen Bundesländern. Einen Anstieg aber gab es in allen östlichen Bundesländern

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2012 und 2013 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A1 und A2 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

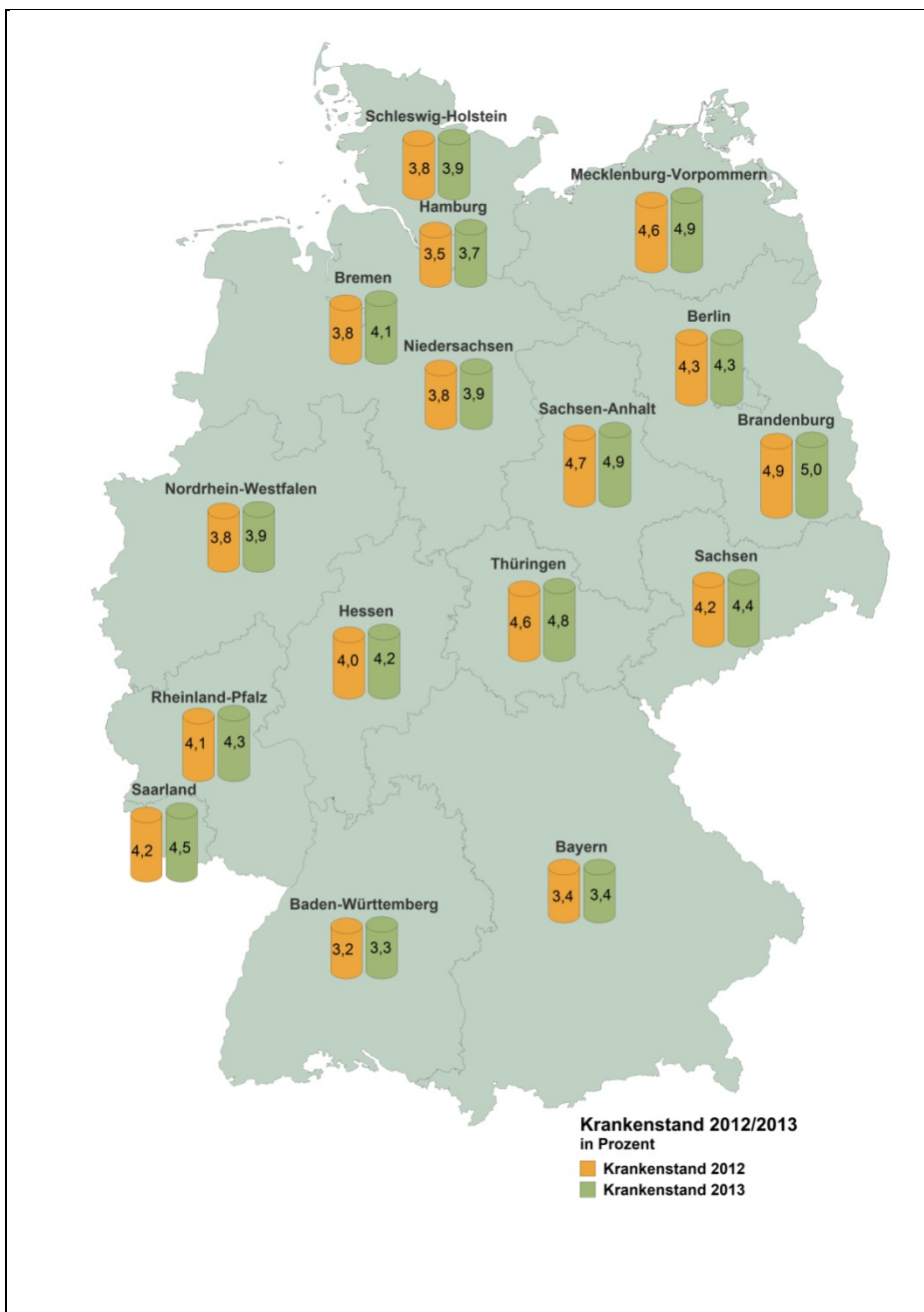
Kein Anstieg des Krankenstands nur in Berlin und Bayern

Westliche Bundesländer

Östliche Bundesländer

Übersichtstabellen im Anhang

Abbildung 72: Krankenstandswerte der Jahre 2012 und 2013 nach Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012-2013

Ursachen für die Unterschiede im Krankenstand zwischen Ost- und Westdeutschland

Seit mehr als zehn Jahren berichtet die DAK-Gesundheit über den Krankenstand ihrer versicherten Mitglieder und beobachtete jährlich, dass der Krankenstand im Osten deutlich über dem im Westen liegt.

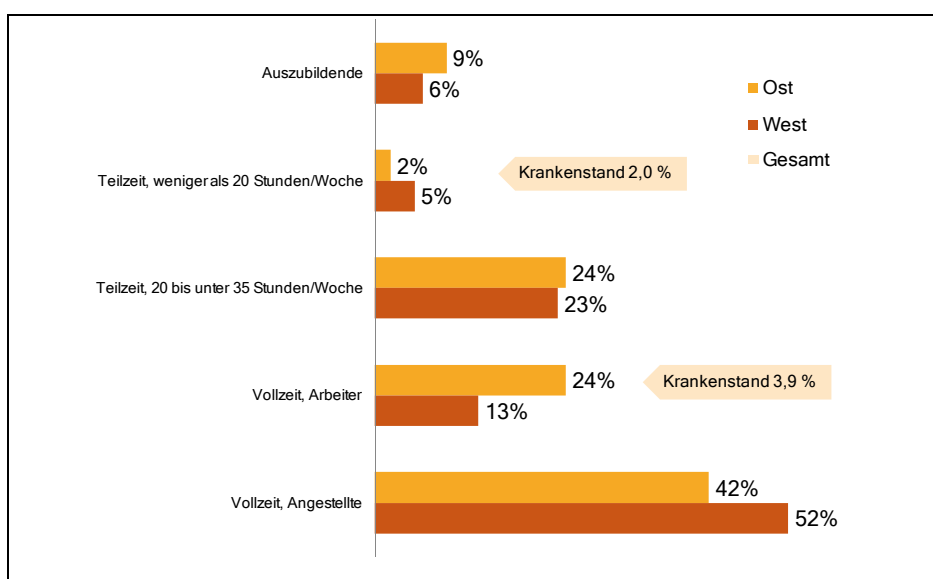
Um herauszufinden, was diesen Unterschied begründet, hat die DAK im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt werden. Als zentrale Erkenntnisse dieser Kurzstudie sind hervorzuheben:

Der Krankenstand im Osten wird durch eine ungünstigere und im Westen durch ein günstigeres Versicherten- sowie Wirtschaftsstruktur beeinflusst.

Das Meldeverhalten der DAK-Versicherten im Osten führt im Vergleich zum Meldeverhalten der DAK-Versicherten im Westen zu einer exakteren Erfassung des Krankenstandes.

Zur Erklärung der Krankenstandsunterschiede wurde eine vertiefte Analyse der AU-Daten des Jahres 2006 durchgeführt. Wie die Abbildung 73 zeigt, sind im Osten gewerbliche Arbeitnehmer über- und Teilzeitkräfte mit einem Beschäftigungsumfang von weniger als 20 Wochenstunden unterrepräsentiert.

Abbildung 73: Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West



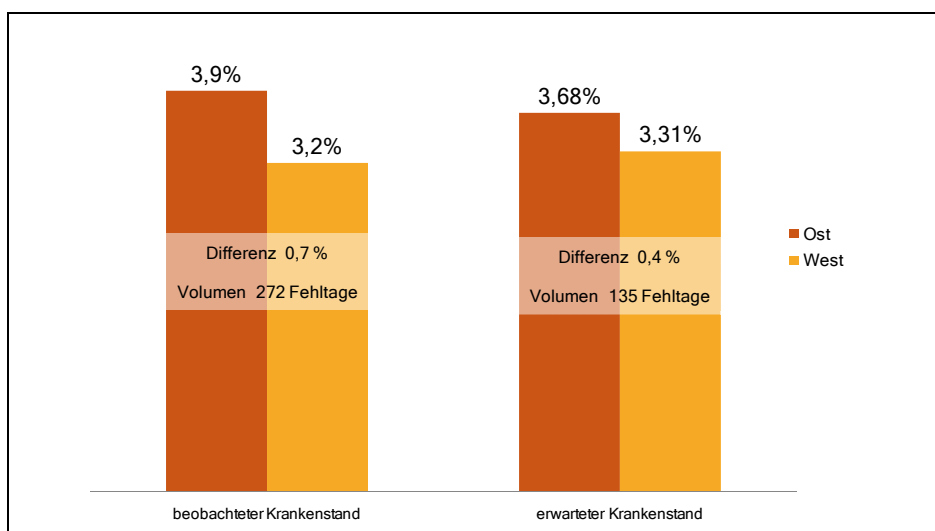
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2006

Für Arbeiter ist im Vergleich zu den Teilzeitbeschäftigten oder auch Angestellten ein überdurchschnittlich hoher Krankstand in Höhe von 3,9 Prozent kennzeichnend, was sich aufgrund ihres höheren Anteils unter den DAK-Versicherten in Ostdeutschland steigernd auf den Krankenstand Ost im Vergleich zum Krankenstand West auswirkt.

Neben den strukturellen Unterschieden in Bezug auf das Merkmal berufliche Stellung ergaben die AU-Analysen, dass die höheren Krankenstände im Rechtskreis Ost zu einem weiteren Teil auch auf ungünstigere Wirtschaftsstrukturen zurückzuführen sind, wenn die Verteilung der Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen in die Analyse miteinbezogen werden. In den östlichen Bundesländern arbeitet ein größerer Anteil der DAK-Mitglieder in Branchen, die allgemein ein höherer Krankenstand kennzeichnet.

Die folgende Abbildung 74 zeigt, wie groß der Einfluss der hier aufgezeigten Strukturunterschiede ist bzw. ein wie großer Unterschied bestehen würde, fände man die strukturellen Abweichungen in Bezug auf Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur so nicht vor.

Abbildung 74: Vergleich beobachteter und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) in 2006



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2006

Beobachtet wird eine Differenz von 0,7 Prozentpunkten im Krankenstand. Das entspricht einem Volumen von 272 AU-Tagen. Daneben abgebildet ist der Krankenstand, den man bei gleicher Versichertenstruktur nach Alter, Geschlecht, Wirtschaftsstruktur und dem Merkmal Stellung im Beruf bzw. Beschäftigungsumfang in Ost und West erwarten würde: Die beobachtete Krankenstandsdifferenz zwischen den Rechtskreisen Ost und West ist zu rund 50 Prozent (135 AU-Tage) auf diese Strukturmerkmale zurückzuführen. Die Wirtschaftsstruktur spielt dabei die größte Rolle.

Die Auswertung einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage der DAK im Herbst 2007 zeigt zudem, dass ein weiterer Teil der beobachteten Krankenstandsdifferenz auf eine stärkere Untererfassung von AU-Fällen im Westen im Vergleich zum Osten zurückzuführen ist.

Die Fallhäufigkeiten werden im Westen um insgesamt 27 Prozent und im Osten lediglich um 10 Prozent unterschätzt. Dies begünstigt den Krankenstandswert im Westen stärker als im Osten.

Als Hauptursache für diese Untererfassung ist das Nichteinreichen des gelben Scheins zu nennen. Wie die Auswertung der Umfrage zeigt, sind beinahe 50 Prozent aller untererfassten Fälle darauf zurückzuführen.

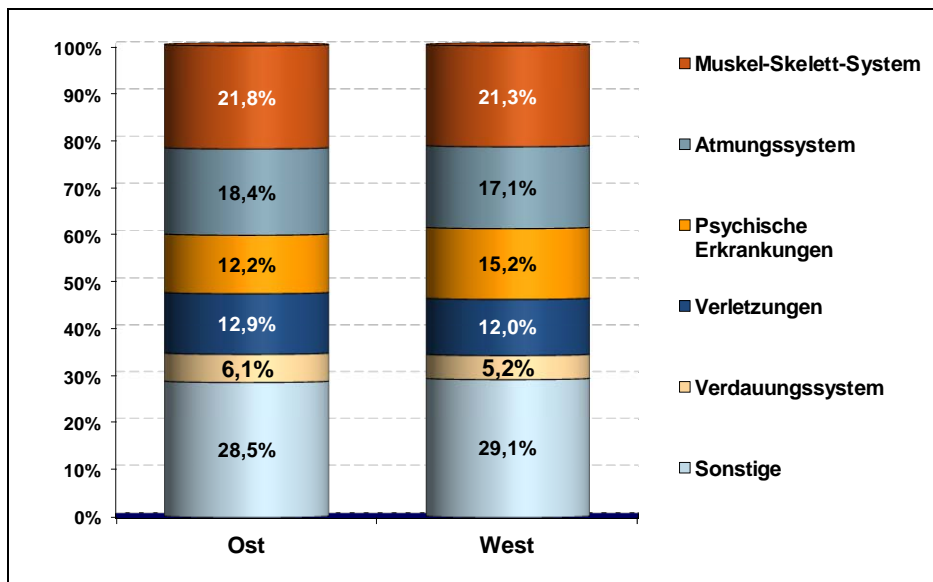
Korrigiert man nun die beobachteten Krankenstandswerte rechnerisch um die untererfassten AU-Fälle, so nähern sich die beobachteten Krankenstandswerte weiter an. Die „beobachtete“ Differenz entspräche dann angewandt auf die AU-Daten von 2006 nur noch einem Fehltagvolumen von 209 Tagen (statt 272 Tagen) oder 0,6 Prozentpunkten.

Für den über die aufgezeigten Erklärungsansätze hinaus weiterhin bestehenden Unterschied im Krankenstand müssen andere Ursachen in Betracht gezogen werden, wie bestehende Morbiditätsunterschiede (z. B. Herz-Kreislaufkrankungen oder Muskel-Skelett-Erkrankungen).

Bedeutung der Krankheitsarten in den östlichen und westlichen Bundesländern

In den vorangehenden DAK-Gesundheitsreporten wurden Unterschiede zwischen den westlichen und den östlichen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 75 zeigt die Anteile am Krankenstand 2013 der fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 75: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

In den westlichen Bundesländern spielen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems wie im Vorjahr eine geringfügig kleinere Rolle als in den östlichen Bundesländern.

In Ostdeutschland haben Erkrankungen des Atmungssystems, Verletzungen und Erkrankungen des Verdauungssystems einen höheren Anteil am Krankenstand als in Westdeutschland.

Der deutlichste Unterschied zeigt sich, wie auch in den Vorjahren, bei den psychischen Erkrankungen:

Psychische Erkrankungen haben größere Bedeutung im Rechtskreis West

Der Anteil lag in den westlichen Bundesländern über dem Wert der östlichen Bundesländer (15,2 Prozent gegenüber 12,2 Prozent).

7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mit dem Gesundheitsreport 2014 setzt die DAK-Gesundheit ihre jährliche Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der erwerbstätigen DAK-Mitglieder fort. Insgesamt kann die Entwicklung des Krankheitsgeschehens der DAK-Versicherten von bereits mehr als fünfzehn Jahren betrachtet werden. Für das Jahr 2013 wird folgende Bilanz gezogen:

- Der Krankenstand lag bei 4,0 Prozent. Nach dem Rückgang des Krankenstandes in 2012 stieg der Wert um 0,2 Prozentpunkte.

Gesamt Krankenstand gestiegen

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

Dessen ungeachtet kann nach einem Zehn-Jahresvergleich der Krankmeldungen das Fazit gezogen werden, dass Konjunkturveränderungen allein nicht mehr automatisch zu deutlichen Absenkungen oder Erhöhungen des Krankenstandes führen. Der Krankenstand entwickelt sich weitgehend unabhängig von konjunkturellen Verläufen.

Erklärungen für das bei den DAK-Mitgliedern beobachtbare Krankenstandniveau sind jedoch auch auf betrieblicher Ebene zu suchen: Wenn es hier nicht zu einem Anstieg des Krankenstandes kommt, kann dies u. a. auf Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Berücksichtigung von Fragen der Mitarbeitergesundheit bei der Organisations- und Personalentwicklung in Unternehmen zurückgeführt werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert deutlicheren Anstieg des Krankenstandes

Die Betrachtung des Gesamt Krankenstandes sagt über die gesundheitlichen Belastungen der DAK-Versicherten noch nicht alles aus. Ergänzend heranzuziehen sind Auswertungen nach Krankmeldungen unterschiedlicher Dauer, nach Krankheitsarten sowie auch nach Wirtschaftsgruppen:

- Das Gesamtvolumen an AU-Tagen ist 2013 gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Krankmeldungen bei Langzeitarbeitsunfähigkeiten mit 3,7 Prozent dabei leicht gesunken (4,0 Prozent in 2011), ihr Anteil an den AU-Tagen ebenfalls und zwar um 1,9 Prozentpunkte auf 42,5 Prozent leicht gesunken.
- Wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf der Ebene von Krankheitsarten betrachtet, zeigt sich im Vorjahresvergleich, dass Fehltag aufgrund Erkrankungen des Atmungssystems stark angestiegen sind.
- Auch die Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen sind weiterhin leicht gestiegen. Daher sollten Maßnahmen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung den Fokus u. a. auf den Abbau von psycho-sozialen Belastungen wie chronischer Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen, Überforderung etc. legen.

Leichter Rückgang bei Langzeiterkrankungen

Anstieg bei Erkrankungen des Atmungssystems

Die Auswertungen des DAK-Gesundheitsreports 2014 für das Berichtsjahr 2013 zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten.

2013 war das Gesundheitswesen die Branche mit dem höchsten Krankenstand.

Strukturelle Aspekte, soziale Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen

Auch können je nach Branche strukturelle Aspekte für die Krankheitsquote eine größere Rolle spielen. So fällt auf, dass der Krankenstand in einigen Branchen mit kleinbetrieblichen Strukturen, wie z. B. im Bereich „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ unterdurchschnittlich ist. Für Groß- und Kleinbetriebe gleichermaßen ist das Betriebsklima, d. h. die soziale Kultur des Unternehmens, eine wichtige Einflussgröße, um den Krankenstand erfolgreich zu senken.

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

Fokus: Rushhour des Lebens

Das diesjährige Schwerpunktthema betrachtete die 25- bis 40-Jährigen, vor allem unter dem Aspekt der Rushhour des Lebens, also der Verdichtung von Anforderungen aus Beruf und Karriere sowie Familie und Kinder. Die Rushhour des Lebens, so die These, findet typischerweise im Alter von 30 bis 40 Jahren statt. Im Rahmen des Schwerpunktthemas wurden die 25- bis 29-Jährigen ebenfalls in die Untersuchung eingeschlossen, weil sie im Übergang von Ausbildung und Studium hin zu jenen Entscheidungen in Bezug auf Kinder und Karriere stehen, die die Rushhour ausmachen werden.

Die bevölkerungsrepräsentative Befragung, die im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports hierzu unternommen wurde, ermittelte, dass sich tatsächlich größere Anteile der 30- bis 40-Jährigen in einer Konstellation aus Erwerbstätigkeit und Elternschaft befinden. Unter den 30- bis 34-Jährigen sind 25 Prozent der Männer und 36 Prozent der Frauen erwerbstätige Eltern. Unter den 35- bis 40-Jährigen sind es 57 Prozent der Männer und ebenfalls 57 Prozent der Frauen.

In Wissenschaft und Presse wird die Rushhour (mindestens implizit) auch als Phase von Überforderung und großem Stress beschrieben. Dem ging der Gesundheitsreport nach und hat die Konstellationen der Rushhour (erwerbstätige Eltern, erwerbstätige Kinderlose und nicht erwerbstätige Mütter und Väter) auf die Belastung durch chronischen Stress geprüft.

Das Ergebnis: Gerade erwerbstätige Eltern, Mütter wie Väter, zeigen keine erhöhte Belastung durch chronischen Stress. In Bezug auf bestimmte Aspekte der Work-Life-Balance sind sie allerdings gegenüber Kinderlosen im Nachteil. Was Prävention und Gesundheitshandeln angeht, treiben sie gegenüber Kinderlosen weniger Sport und können für sich seltener Zeit für Erholung und ausreichend Schlaf gewährleisten.

Aus den Routinedaten, die im Rahmen des Gesundheitsreports ausgewertet wurden, gehen die 25- bis 40-Jährigen im Großen und Ganzen als besonders gesunde Gruppe hervor. Sie sind vergleichsweise selten arbeitsunfähig. Gleichzeitig fanden sich Hinweise, dass sich im Alter von 30 bis 40 chronische Erkrankungen zu manifestieren beginnen, außerdem steigt etwa ab dem Alter von 30 Jahren das AU-Volumen kontinuierlich an.

Was können Arbeitgeber tun, um die Rushhour-Altersgruppe bei ihren Bemühungen zu unterstützen? Aus Sicht der Beschäftigten sind es vor

allem Teilzeit, Gleitzeit und Betreuungsmöglichkeiten für Kinder, die durch den Betrieb organisiert werden. Einige Angebote von Arbeitgebern, und dies sind insbesondere Teilzeit und Gleitzeit, können von einem großen Teil der Beschäftigten bereits in Anspruch genommen werden. Die ganze Breite familienpolitischer Angebote kommt aber nur wenigen Beschäftigten zugute. Der Report zeigt auch: Nicht-Akademiker können sehr viel weniger Angebote in Anspruch nehmen als Akademiker. Insbesondere der Anteil der erwerbstätigen Eltern, der kein einziges Angebot zur Familienfreundlichkeit nutzen (kann), ist unter den Nicht-Akademikern deutlich höher als unter den Akademikern (26,2 zu 10,2 Prozent).

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

...pro 100 Versichertenjahre bzw. Mitglieder	An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße „100 Versicherte“ verwendet, dabei handelt es sich jedoch um „100 Versichertenjahre“ bzw. 100 ganzjährig versicherte Mitglieder. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2012 über bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten in Tagen wurden daher auf volle Jahre umgerechnet. Zur Berechnung bspw. der Fallhäufigkeit werden die Arbeitsunfähigkeitsfälle nicht auf 100 Mitglieder bezogen, sondern auf 100 ganze Versicherte.
Betroffenenquote	Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 Prozent ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.
AU-Fälle oder Fallhäufigkeit	Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Diagnose gezählt. Im Gesundheitsbericht finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versicherte. Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK-Gesundheit nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.
Krankenstand	Die Kennzahl „Krankenstand“ wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK-Gesundheit eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.
AU-Tage pro 100 Versicherte	Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365, so erhält man den Krankenstandswert.
Durchschnittliche Falldauer	Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert wird.
AU-Diagnosen	Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Diagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher zu meist auch längere Arbeitsunfähigkeiten. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen zumeist eine größere Zahl von Krankheitsfällen, die aber nur sehr kurze Zeit dauern und daher wenig Einfluss auf den Krankenstand haben.

Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und der jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, dann wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren – es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.

Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. An einigen Stellen dieses Gesundheitsberichts finden Sie solche altersgruppenweisen Auswertungen – teilweise zusätzlich auch noch nach Geschlechtern getrennt.

Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK-Gesundheit mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, werden so genannte standardisierte Kennzahlen berechnet.

Dies bedeutet, dass beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsberichten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wurde dazu bisher gemäß der „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 SGB V“ der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik im Mai 1992.

Je länger man an der gewählten Bezugsbevölkerung festhält, desto größer wird der Zeitraum für den man Zeitreihen der gebildeten Kennzahlen betrachten kann. Der Nachteil dabei ist, dass sich die standardisierten Kennzahlen immer weiter von den tatsächlich beobachteten Werten entfernen, wenn sich die Alters- und Geschlechtsstruktur der Erwerbsbevölkerung spürbar verändert.

Passt man in dieser Situation die Bezugsbevölkerung im Standardisierungsverfahren an, so verliert man die Vergleichbarkeit der aktuell berichteten Werte mit denen aus zurückliegenden Jahren. Zeitreihen lassen sich dann erst nach Ablauf weiterer Jahre erzeugen, wenn noch mehr Werte auf Basis der neuen, aktuelleren Bezugsbevölkerung berechnet werden konnten.

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

Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!

Eine Lösung: Altersgruppenweise Vergleiche

Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen

Standardisierung nach Geschlecht und Alter

Aktualisierte Bezugsbevölkerung

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

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

Aktualisierte Bezugsbevölkerung in der Standardisierung

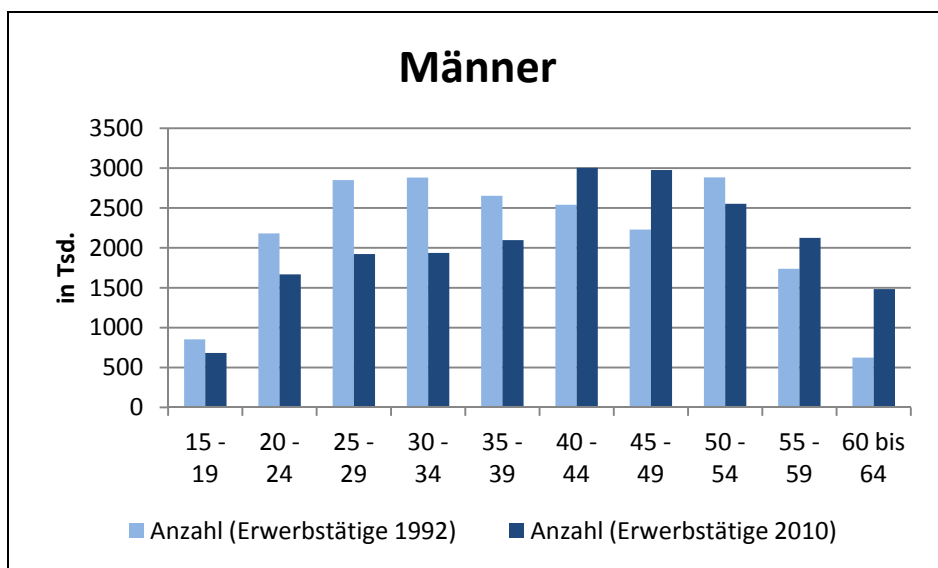
Mit dem Gesundheitsreport 2013 stellte die DAK-Gesundheit die Bezugsbevölkerung auf die Erwerbsbevölkerung aus dem Jahr 2010 um. Grundlage hierfür ist eine Vereinbarung auf Ebene der Ersatzkassen zum Standardisierungsverfahren

Verschiebung hin in die oberen Altersgruppen

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

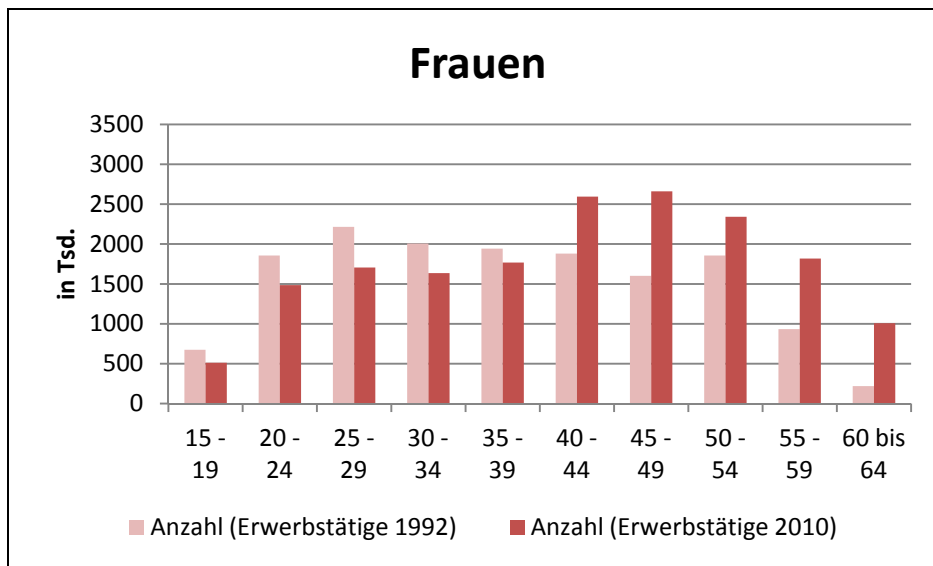
Den stärksten Zuwachs hat dabei die obere Altersgruppe der 60 bis 64-Jährigen erfahren mit einem Plus von 138 Prozent bei Männern und sogar 362 Prozent bei Frauen.

Abbildung 76: Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Männer)



Quelle: Statistisches Bundesamt

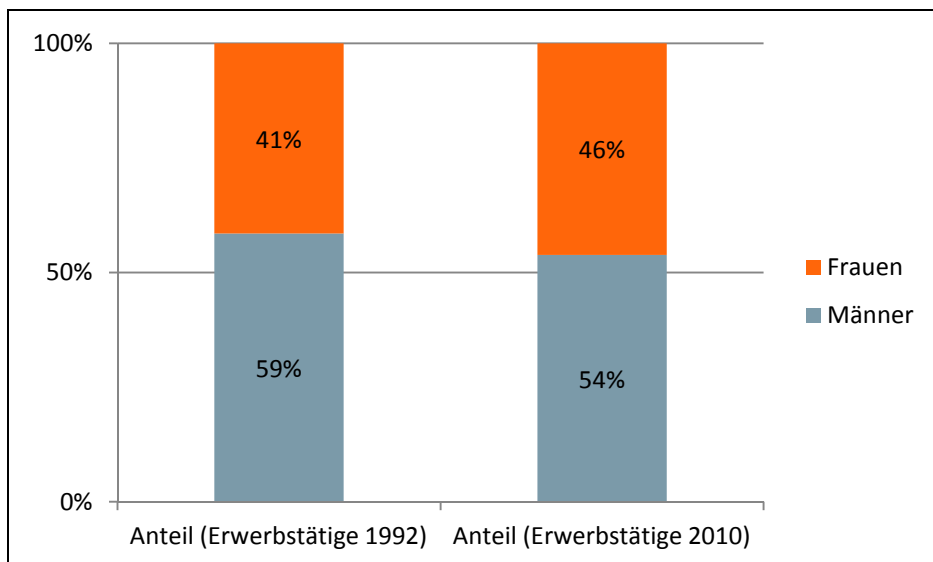
Abbildung 77: Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Frauen)



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 78: Geschlechterverteilung unter den Erwerbstätigen 1992 und 2010



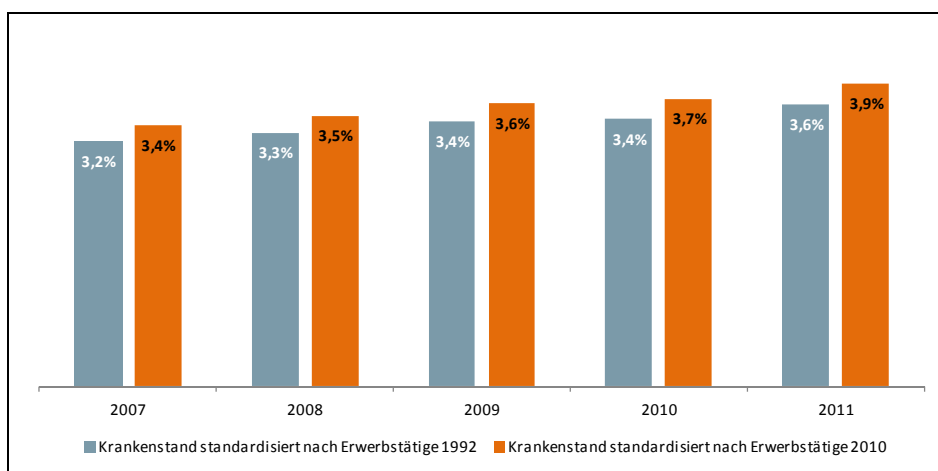
Quelle: Statistisches Bundesamt

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 79 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 79: Ergebnisse zum Krankenstand bei unterschiedlicher Bezugsbevölkerung



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

Hinweise zur Umstellung von ICD 9 auf ICD 10

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

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

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

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

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

Hinweise zur Umstellung von ICD 10 auf ICD 10 GM

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

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

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 2012 und 2013 analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Verzeichnis der in Anhang II aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2013.....	125
Tabelle A2	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2012.....	126
Tabelle A3	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2013	127
Tabelle A4	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2012	128
Tabelle A5	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2013.....	129
Tabelle A6	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2013	130
Tabelle A7	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1).....	131
Tabelle A8	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2).....	132
Tabelle A9	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2013.....	133
Tabelle A10	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2012.....	134

Tabelle A1: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2013

Bundesland	Krankenstand	Pro 100Versicherte		ØTage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,3%	1.220,6	108,3	11,3
Bayern	3,4%	1.255,0	108,5	11,6
Berlin*	4,3%	1.583,0	120,5	13,1
Bremen	4,1%	1.490,9	118,7	12,6
Hamburg	3,7%	1.335,4	110,1	12,1
Hessen	4,2%	1.535,5	130,4	11,8
Niedersachsen	3,9%	1.439,5	122,6	11,7
Nordrhein-Westfalen	3,9%	1.437,3	117,8	12,2
Rheinland-Pfalz	4,3%	1.562,3	126,4	12,4
Saarland	4,5%	1.642,6	118,7	13,8
Schleswig-Holstein	3,9%	1.438,4	119,0	12,1
Westliche Bundesländer	3,8%	1.404,3	117,7	11,9
Brandenburg	5,0%	1.816,9	142,6	12,7
Mecklenburg-Vorpommern	4,9%	1.771,2	141,1	12,6
Sachsen	4,4%	1.620,1	134,5	12,0
Sachsen-Anhalt	4,9%	1.784,1	143,2	12,5
Thüringen	4,8%	1.739,3	145,6	11,9
Östliche Bundesländer	4,8%	1.754,4	141,5	12,4
DAK Gesamt	4,0%	1.455,8	121,1	12,0

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A2: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2012

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

* Berlin gehört krankensicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A3: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2013

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	67,7	12,0	5,6	4,6%
		Männer	64,1	11,6	5,5	4,7%
		Frauen	71,9	12,6	5,7	4,6%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	61,9	1,7	35,7	4,3%
		Männer	42,9	1,4	30,1	3,1%
		Frauen	84,2	2,1	40,3	5,4%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	212,8	6,2	34,2	14,6%
		Männer	162,0	4,7	34,5	11,9%
		Frauen	272,3	8,0	34,0	17,4%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	60,6	5,6	10,9	4,2%
		Männer	54,0	4,8	11,3	4,0%
		Frauen	68,3	6,5	10,6	4,4%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	62,0	3,0	20,8	4,3%
		Männer	74,1	3,1	24,3	5,4%
		Frauen	47,8	2,9	16,5	3,1%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	252,4	38,0	6,6	17,3%
		Männer	223,5	34,1	6,5	16,4%
		Frauen	286,2	42,5	6,7	18,3%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	78,4	12,7	6,2	5,4%
		Männer	80,8	12,5	6,5	5,9%
		Frauen	75,5	13,0	5,8	4,8%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	313,0	17,2	18,2	21,5%
		Männer	321,7	18,4	17,4	23,6%
		Frauen	302,9	15,7	19,3	19,4%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	62,0	7,3	8,5	4,3%
		Männer	52,5	6,2	8,5	3,8%
		Frauen	73,1	8,6	8,5	4,7%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	177,1	9,3	19,1	12,2%
		Männer	208,9	10,9	19,2	15,3%
		Frauen	139,8	7,3	19,1	8,9%
Gesamt ³⁸		Gesamt	1.455,8	121,1	12,0	100,0%
		Männer	1.364,3	113,1	12,1	100,0%
		Frauen	1.562,8	130,4	12,0	100,0%

³⁸ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle A4: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2012

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten- jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand		
		AU-Tage	AU-Fälle				
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	61,4	10,8	5,7	4,4%	
	Männer		58,3	10,4	5,6	4,4%	
	Frauen		65,1	11,3	5,7	4,4%	
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	58,5	1,7	34,1	4,2%	
		Männer		42,0	1,4	29,8	3,2%
		Frauen		77,8	2,1	37,6	5,2%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	203,5	6,1	33,2	14,5%	
		Männer		155,9	4,6	33,9	11,7%
		Frauen		259,2	7,9	32,8	17,3%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	59,1	5,3	11,1	4,2%	
		Männer		52,7	4,6	11,5	4,0%
		Frauen		66,5	6,2	10,8	4,4%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	65,4	3,3	19,9	4,7%	
		Männer		77,9	3,4	22,9	5,9%
		Frauen		50,7	3,1	16,2	3,4%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	203,1	30,7	6,6	14,5%	
		Männer		180,9	27,4	6,6	13,6%
		Frauen		229,2	34,7	6,6	15,3%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	79,1	12,7	6,2	5,6%	
		Männer		81,5	12,3	6,6	6,1%
		Frauen		76,2	13,1	5,8	5,1%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	325,9	17,4	18,7	23,2%	
		Männer		334,0	18,6	17,9	25,2%
		Frauen		316,5	15,9	19,9	21,2%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	68,6	7,0	9,8	4,9%	
		Männer		58,5	5,9	10,0	4,4%
		Frauen		80,5	8,3	9,7	5,4%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	175,7	9,1	19,2	12,5%	
		Männer		209,3	10,8	19,3	15,8%
		Frauen		136,4	7,2	19,0	9,1%
Gesamt ³⁹		Gesamt	1.405,3	112,0	12,6	100,0%	
		Männer	1.327,8	104,6	12,7	100,0%	
		Frauen	1.496,0	120,5	12,4	100,0%	

³⁹ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle A5: Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2013

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	66,3	12,1	5,5	4,7%
	Männer		63,3	11,7	5,4	4,8%
	Frauen		69,8	12,5	5,6	4,7%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	60,6	1,6	37,1	4,3%
	Männer		42,2	1,4	31,2	3,2%
	Frauen		82,0	2,0	41,8	5,5%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	213,4	6,1	35,0	15,2%
	Männer		167,9	4,7	35,5	12,7%
	Frauen		266,6	7,7	34,7	17,8%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	59,2	5,4	11,0	4,2%
	Männer		53,1	4,6	11,4	4,0%
	Frauen		66,3	6,2	10,7	4,4%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	58,3	2,8	21,0	4,1%
	Männer		70,6	2,9	24,6	5,3%
	Frauen		43,8	2,7	16,4	2,9%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	240,6	37,5	6,4	17,1%
	Männer		215,4	33,9	6,3	16,3%
	Frauen		270,1	41,6	6,5	18,0%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	73,4	11,9	6,2	5,2%
	Männer		76,2	11,8	6,5	5,8%
	Frauen		70,0	12,0	5,8	4,7%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	299,7	16,5	18,2	21,3%
	Männer		307,8	17,7	17,3	23,3%
	Frauen		290,1	15,0	19,4	19,3%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	61,7	7,3	8,4	4,4%
	Männer		52,7	6,3	8,4	4,0%
	Frauen		72,2	8,6	8,4	4,8%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	168,1	8,9	18,8	12,0%
	Männer		196,2	10,4	18,8	14,8%
	Frauen		135,2	7,2	18,8	9,0%
Gesamt ⁴⁰		Gesamt	1.404,3	117,7	11,9	100,0%
		Männer	1.323,0	110,6	12,0	100,0%
		Frauen	1.499,5	125,9	11,9	100,0%

⁴⁰ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S.126)

Tabelle A6: Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2013

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	78,4	12,2	6,4	4,5%
		Männer	71,9	11,3	6,4	4,5%
		Frauen	85,9	13,2	6,5	4,4%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	70,3	2,3	30,2	4,0%
		Männer	46,5	1,9	24,9	2,9%
		Frauen	98,2	2,9	34,2	5,1%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	214,9	7,2	29,7	12,2%
		Männer	133,5	4,8	27,9	8,4%
		Frauen	310,2	10,1	30,6	16,0%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	68,9	6,7	10,3	3,9%
		Männer	58,2	5,6	10,5	3,7%
		Frauen	81,3	8,0	10,1	4,2%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	83,6	4,2	19,8	4,8%
		Männer	94,3	4,2	22,6	5,9%
		Frauen	71,0	4,3	16,6	3,7%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	323,5	41,7	7,8	18,4%
		Männer	273,0	35,8	7,6	17,1%
		Frauen	382,5	48,6	7,9	19,7%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	106,5	17,7	6,0	6,1%
		Männer	105,8	16,8	6,3	6,6%
		Frauen	107,4	18,8	5,7	5,5%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	382,4	21,0	18,2	21,8%
		Männer	390,9	22,1	17,7	24,5%
		Frauen	372,4	19,7	18,9	19,2%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	64,6	7,1	9,1	3,7%
		Männer	51,6	5,5	9,3	3,2%
		Frauen	79,9	8,9	9,0	4,1%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	226,3	11,1	20,4	12,9%
		Männer	277,7	13,6	20,5	17,4%
		Frauen	166,1	8,2	20,1	8,6%
Gesamt ⁴¹		Gesamt	1.754,4	141,5	12,4	100,0%
		Männer	1.595,3	127,7	12,5	100,0%
		Frauen	1.940,7	157,6	12,3	100,0%

⁴¹ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S.126)

Tabelle A7: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1)

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU- Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	Gesamt	98,20	16,58	5,92	6,7%
		Männer	109,97	18,15	6,06	7,0%
		Frauen	88,14	15,25	5,78	6,5%
M54	Rückenschmerzen	Gesamt	88,15	6,95	12,68	6,1%
		Männer	80,23	6,11	13,13	5,1%
		Frauen	94,91	7,67	12,38	7,0%
F32	Depressive Episode	Gesamt	74,21	1,49	49,94	5,1%
		Männer	96,06	1,94	49,64	6,1%
		Frauen	55,54	1,10	50,39	4,1%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Gesamt	38,24	1,68	22,82	2,6%
		Männer	51,75	2,32	22,35	3,3%
		Frauen	26,71	1,13	23,64	2,0%
J20	Akute Bronchitis	Gesamt	29,86	3,97	7,53	2,1%
		Männer	32,66	4,24	7,71	2,1%
		Frauen	27,47	3,74	7,35	2,0%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	Gesamt	29,58	0,74	39,99	2,0%
		Männer	28,98	0,66	43,81	1,9%
		Frauen	30,08	0,81	37,32	2,2%
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	Gesamt	24,23	5,59	4,34	1,7%
		Männer	24,55	5,64	4,36	1,6%
		Frauen	23,96	5,55	4,32	1,8%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	Gesamt	24,38	3,38	7,21	1,7%
		Männer	27,43	3,70	7,41	1,8%
		Frauen	21,77	3,11	7,00	1,6%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	Gesamt	22,73	1,67	13,59	1,6%
		Männer	15,94	1,24	12,90	1,0%
		Frauen	28,54	2,05	13,95	2,1%
F48	Andere neurotische Störungen	Gesamt	21,72	0,92	23,54	1,5%
		Männer	29,64	1,29	23,07	1,9%
		Frauen	14,96	0,61	24,39	1,1%
		Gesamt	451,30	42,97	18,76	31,1%
		Männer	497,20	45,26	19,04	31,8%
		Frauen	412,08	41,01	18,65	30,4%

Tabelle A8: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2)

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tage
			AU-Tage	AU-Fälle		
M75	Schulterläsionen	Gesamt	22,49	0,78	28,87	1,5%
		Männer	20,77	0,71	29,29	1,3%
		Frauen	23,97	0,84	28,57	1,8%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	Gesamt	20,56	0,67	30,53	1,4%
		Männer	16,32	0,51	32,15	1,0%
		Frauen	24,18	0,82	29,66	1,8%
F33	Rezidivierende depressive Störung	Gesamt	20,87	0,31	68,37	1,4%
		Männer	27,97	0,40	69,67	1,8%
		Frauen	14,81	0,22	66,38	1,1%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	Gesamt	18,97	3,22	5,89	1,3%
		Männer	21,25	3,50	6,08	1,4%
		Frauen	17,01	2,98	5,71	1,2%
F45	Somatoforme Störungen	Gesamt	15,67	0,67	23,39	1,1%
		Männer	20,42	0,88	23,12	1,3%
		Frauen	11,61	0,49	23,79	0,9%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	Gesamt	15,53	0,49	31,46	1,1%
		Männer	12,10	0,36	34,10	0,8%
		Frauen	18,47	0,61	30,15	1,4%
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	Gesamt	16,47	0,16	102,80	1,1%
		Männer	35,68	0,35	103,05	2,3%
		Frauen	0,06	0,00	47,79	0,0%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	Gesamt	14,22	3,11	4,58	1,0%
		Männer	14,50	3,13	4,64	0,9%
		Frauen	13,98	3,08	4,53	1,0%
F41	Andere Angststörungen	Gesamt	13,96	0,33	42,55	1,0%
		Männer	18,68	0,42	44,44	1,2%
		Frauen	9,94	0,25	39,83	0,7%
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	Gesamt	14,06	0,22	64,85	1,0%
		Männer	13,22	0,20	64,90	0,8%
		Frauen	14,79	0,23	64,81	1,1%
		Gesamt	172,81	9,95	40,33	11,9%
		Männer	200,91	10,45	41,14	12,8%
		Frauen	148,80	9,52	34,12	11,0%

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2013

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen	3,3%	1.206,6	114,9	10,5
Baugewerbe	3,8%	1.382,7	110,2	12,5
Bildung, Kultur, Medien	3,1%	1.123,8	106,4	10,6
Chemische Industrie	4,1%	1.485,1	132,9	11,2
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen	3,0%	1.102,7	108,0	10,2
Gesundheitswesen	4,6%	1.663,3	126,4	13,2
Handel	3,8%	1.389,0	109,6	12,7
Holz, Papier, Druck	3,8%	1.401,0	122,3	11,5
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft	4,2%	1.518,1	121,8	12,5
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau	3,8%	1.373,5	129,0	10,7
Nahrungs- und Genussmittel	4,5%	1.635,8	115,1	14,2
Öffentliche Verwaltung	4,5%	1.650,7	140,0	11,8
Organisationen und Verbände	3,4%	1.241,7	112,4	11,0
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen	3,2%	1.186,1	114,6	10,4
Sonstige Dienstleistungen	3,8%	1.374,4	106,6	12,9
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe	3,9%	1.425,0	128,8	11,1
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste	4,5%	1.628,7	122,8	13,3
DAK Gesamt (00 - 95)	4,0%	1.455,8	121,1	12,0

* Angabe der Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik des Statistischen Bundesamtes (2008), die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2012

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen	3,1%	1.134,2	105,8	10,7
Baugewerbe	3,7%	1.353,2	101,7	13,3
Bildung, Kultur, Medien	3,0%	1.107,5	99,5	11,1
Chemische Industrie	3,8%	1.388,5	123,7	11,2
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen	2,9%	1.076,9	100,3	10,7
Gesundheitswesen	4,4%	1.625,9	117,1	13,9
Handel	3,6%	1.316,3	99,8	13,2
Holz, Papier, Druck	3,8%	1.406,4	111,6	12,6
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft	4,0%	1.447,5	113,7	12,7
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau	3,7%	1.352,0	118,3	11,4
Nahrungs- und Genussmittel	4,3%	1.580,5	106,7	14,8
Öffentliche Verwaltung	4,4%	1.607,5	130,4	12,3
Organisationen und Verbände	3,3%	1.199,2	104,2	11,5
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen	3,1%	1.150,3	106,5	10,8
Sonstige Dienstleistungen	3,6%	1.326,8	99,1	13,4
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe	3,7%	1.353,8	117,8	11,5
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste	4,2%	1.548,0	111,8	13,8
DAK Gesamt	3,8%	1.405,3	112,0	12,6

* Angabe der Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik des Statistischen Bundesamtes (2008), die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Anhang III: Fragebogen für Expertinnen und Experten in der betrieblichen Praxis zum Thema Familie und Beruf



Fragebogen

Für Expertinnen und Experten in der betrieblichen Praxis zum Thema Familie und Beruf

Sehr geehrte/r Herr/Frau....,

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an der Befragung teilzunehmen.

Neben politischen Maßnahmen zur Familienförderung und öffentlicher Infrastruktur wie beispielsweise Kindertagesstätten sind es vor allem die Arbeitgeber, die zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf beitragen können.

In der folgenden Befragung geht es um solche Möglichkeiten und Angebote von Arbeitgebern, Beschäftigten die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erleichtern.

1 Welche Angebote machen Sie bzw. Ihr Unternehmen an Beschäftigte, damit diese Familie und Beruf besser vereinbaren zu können?

Bitte nennen und beschreiben Sie diese.

(falls die Darstellung aller Angebote zu umfangreich wäre, geben Sie bitte unter den Buchstaben a-e die 5 wichtigsten an)

a Angebot 1

.....
.....
.....
.....
.....
.....

b	Angebot 2
c	Angebot 3
d	Angebot 4
e	Angebot 5

2 Ihrer Erfahrung nach:

Welche Erwartungen haben Beschäftigte an Ihren Arbeitgeber in Bezug auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf?

.....
.....
.....

3 Welche Angebote würde Sie persönlich gerne Ihren Beschäftigten machen, konnten dies aber (zumindest bisher noch) nicht?

Bitte erläutern Sie auch die Gründe,

- a) warum sie jeweils dieses Angebot machen wollen und
- b) warum sich diese bisher nicht realisieren ließen.

(Falls die Darstellung aller von Ihnen gewünschten Angebote zu umfangreich wäre, geben Sie bitte nur die 3 wichtigsten an (unter Buchstabe a-c).)

a a1. Beschreibung des Angebots

.....
.....
.....

a2. Warum möchten Sie dieses Angebot machen?

.....
.....
.....

<p>a3. Aus welchen Gründen können Sie dieses Angebot (noch) nicht machen?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>b b1. Beschreibung des Angebots</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>b2. Warum möchten Sie dieses Angebot machen?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>b3. Aus welchen Gründen können Sie dieses Angebot (noch) nicht machen?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>c c1. Beschreibung des Angebots</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>c2. Warum möchten Sie dieses Angebot machen?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>c3. Aus welchen Gründen können Sie dieses Angebot (noch) nicht machen?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

4 Zahlt es sich Ihrer Erfahrung nach auch für den Arbeitgeber aus, wenn er oder sie solche Maßnahmen anbietet?

Wenn ja: Worin besteht der Nutzen für den Arbeitgeber?

.....

.....

.....

.....

5 Hat sich die Erwartungshaltung junger Eltern an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verändert?

Wenn ja, welche? Bitte beschreiben Sie diese, wenn möglich mit Beispielen.

.....

.....

.....

.....

6 Ihrer Wahrnehmung nach: verändern sich die Erwartungen von Männern hinsichtlich der Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf?

.....

.....

.....

.....

7 Was werden in Ihrem Unternehmen die nächsten Schritte sein, um Familienfreundlichkeit (noch) weiter auszubauen?

.....

.....

.....

.....

Handlungsfelder für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Im Folgenden sind Handlungsfelder für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf dargestellt.

Wir möchten wissen, wie Sie persönlich diese Handlungsfelder priorisieren.

Bitte bringen Sie die unten genannten Handlungsfelder in eine Rangfolge, in dem Sie sie mit einem Rangplatz versehen. Das wichtigste Handlungsfeld erhält den Rangplatz 1, das zweitwichtigste den Rangplatz 2 usw.

Wenn Sie zwei Handlungsfelder für gleichrangig betrachten, können Sie einen Rangplatz auch zweimal oder öfter vergeben.

Bei Handlungsfeldern, denen Sie keine Bedeutung zumessen, lassen Sie den Rangplatz unausgefüllt.

Bei Bedarf können Sie Ergänzungen vornehmen – fügen Sie einfach weitere Handlungsfelder ein und versehen Sie diese – wie die vorgegebenen – mit einem Rangplatz.

	Handlungsfeld	Rangplatz
a	Arbeitszeitflexibilisierung (z.B. Teilzeit, Gleitzeit, Arbeitszeitkonten)	
b	Telearbeit und Homeoffice	
c	Unterstützung während der Elternzeit (z.B. Weiterbildung, zusätzliche finanzielle Leistungen)	
d	Unterstützung beim Wiedereinstieg nach Elternzeit (z.B. Einarbeitungsprogramme für den Wiedereinstieg)	
e	Ermutigung von Männern, Elternzeit in Anspruch zu nehmen	
f	Kennzahlen zu Effekten familienfreundlicher Maßnahmen	
g	Kinderbetreuung (z.B. betriebliche Kinderbetreuung, Betriebskindergarten, Betriebskinderkrippe))	
h	Angebote von haushaltsnahen Dienstleistungen	
i	

j	
l	
m	
n	
o	

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Teilnahme.

Falls Sie Rückfragen zum Fragebogen, zur Befragung oder zum DAK-Gesundheitsreport haben, kontaktieren Sie bitte Jörg Marschall oder Susanne Hildebrandt im IGES Institut.

Sie erreichen uns wie folgt:

Jörg Marschall Tel.: 030 – 230 809 37 joerg.marschall@iges.de

Susanne Hildebrandt Tel.: 030 – 230 809 585 susanne.hildebrandt@iges.de

Unter Umständen würden wir auf Sie erneut zukommen, und Sie um ein telefonisches oder persönliches Interview bitten.

Wenn Sie dies nicht möchten, kreuzen Sie dies bitte hier an:

Ich möchte nicht an einer weiteren Befragung teilnehmen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: DAK-Mitglieder im Jahr 2013 nach Geschlecht.....	1
Abbildung 2: Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen DAK-Mitglieder im Jahr 2013.....	2
Abbildung 3: Krankenstand der DAK-Mitglieder im Vergleich zu den Vorjahren.....	3
Abbildung 4: Einflussfaktoren auf den Krankenstand.....	4
Abbildung 5: AU-Tage eines durchschnittlichen DAK-Mitglieds 2013 (Basis: 365 Kalendertage).....	8
Abbildung 6: Betroffenenquote 2013 im Vergleich zu den Vorjahren.....	8
Abbildung 7: AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2013.....	9
Abbildung 8: Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2013 im Vergleich zu den Vorjahren.....	11
Abbildung 9: Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2013 insgesamt.....	12
Abbildung 10: Krankenstand 2013 nach Geschlecht und Altersgruppen.....	13
Abbildung 11: Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2013.....	14
Abbildung 12: AU-Tage pro 100 Versicherte der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage Dauer nach Altersgruppen.....	15
Abbildung 13: Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen.....	17
Abbildung 14: Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen.....	17
Abbildung 15: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen.....	19
Abbildung 16: AU-Tage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen.....	20
Abbildung 17: Arbeitsunfähigkeit wegen Psychischer Erkrankungen (F00-F99): Betroffenenquote und AU-Tage pro 100 VJ nach Altersgruppen - Männer.....	20
Abbildung 18: Arbeitsunfähigkeit wegen Psychischer Erkrankungen (F00-F99): Betroffenenquote und AU-Tage pro 100 VJ nach Altersgruppen - Frauen.....	21
Abbildung 19: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Frauen.....	22
Abbildung 20: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Männern.....	23
Abbildung 21: Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen.....	24
Abbildung 22: Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen.....	24
Abbildung 23: Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“.....	28
Abbildung 24: Datenquellen des DAK-Gesundheitsreports 2014.....	32

Abbildung 25: Durchschnittliches Alter der Mütter bei der ersten Geburt	40
Abbildung 26: Erstgeborene nach dem Alter der Mutter 2012	40
Abbildung 27: Krankenstand 2013 nach Geschlecht und Altersgruppen	43
Abbildung 28: Arbeitsunfähigkeitstage im Altersgang nach Geschlecht (Einzelalter)	44
Abbildung 29: Indexdarstellung auf Basis, AU-Tage, AU-Fälle, AU-Quote und Falldauer nach Altersgruppen – Männer	45
Abbildung 30: Indexdarstellung auf Basis der AU-Tage, AU-Fälle, AU-Quote und Falldauer nach Altersgruppen – Frauen	46
Abbildung 31: AU-Tage (je 100 VJ) der 5 wichtigsten Krankheitsarten im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu anderen Altersgruppen	47
Abbildung 32: AU-Tage je 100 VS-Jahre der 10 wichtigsten Einzeldiagnosen im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren (15 bis 24 J.) und älteren (40 bis 65 J.) Altersgruppen	48
Abbildung 33: Ambulante Behandlungsquoten nach Diagnosekapitel, Geschlecht und Alter	55
Abbildung 34: Schema der Lebensphase "Rushhour" nach Altersgruppen als Entscheidungspfade in Bezug auf Kinder und Karriere	65
Abbildung 35: Erwerbstätigkeit und Kinder bei Männern nach Altersgruppen	67
Abbildung 36: Erwerbstätigkeit und Kinder bei Frauen nach Altersgruppen	68
Abbildung 37: Wünsche in Bezug auf Kinder und Karriere der Kinderlosen zwischen 25-40	70
Abbildung 38: Zweifler und Zuversichtliche beim Kinder- und Karrierewunsch nach Geschlecht	71
Abbildung 39: Wünsche in Bezug auf Kinder und Karriere der Kinderlosen zwischen 25-29	72
Abbildung 40: Voraussetzungen für Elternschaft aus Sicht der Kinderlosen im Alter von 25-40 Jahren	73
Abbildung 41: Voraussetzung für Elternschaft: Beruflich schon weit fortgeschritten zu sein nach Geschlecht, Alter und akademischen Abschluss	74
Abbildung 42: Gründe, "dass Sie bisher kein Kind bekommen haben"	75
Abbildung 43: Arbeitsumfang erwerbstätiger Mütter (zum Vergleich: erwerbstätige Väter) (Alter 25-40)	76
Abbildung 44: Erwerbstätige Mütter: Anteil Vollzeit/vollzeitnah nach Kinderzahl	77
Abbildung 45: Belastung durch chronischen Stress (SSCS-Punktwert) bei erwerbstätigen Müttern (im Vergleich: bei erwerbstätigen Vätern nach Arbeitsumfang	79
Abbildung 46: Belastung durch chronischen Stress (SSCS-Punktwert) nach Rushhour Konstellationen	80
Abbildung 47: Work-Life-Balance erwerbstätiger Mütter (zum Vergleich: Kinderlose erwerbstätige Frauen)	81
Abbildung 48: Work-Life-Balance erwerbstätiger Mütter nach Arbeitsumfang	82
Abbildung 49: Prävention und Gesundheitshandeln erwerbstätiger Mütter (zum Vergleich: erwerbstätige kinderlose Frauen)	83
Abbildung 50: Zustimmung zur Aussage: "Ohne Kinder wäre ich in meinem beruflichen Fortkommen schon weiter"	84
Abbildung 51: Arbeitsumfang erwerbstätiger Väter (zum Vergleich: kinderlose erwerbstätige Männer) (Alter 30-40)	85

Abbildung 52: Belastung durch chronischen Stress nach Konstellation aus Erwerbstätigkeit und Kindern bei Männern.....	86
Abbildung 53: Work-Life-Balance erwerbstätiger Väter (zum Vergleich: kinderlose erwerbstätige Männer).....	87
Abbildung 54: Prävention und Gesundheitshandeln erwerbstätiger Väter (zum Vergleich: erwerbstätige kinderlose Männer)	88
Abbildung 55: Gründe dafür, "dass Sie bisher kein Kind bekommen haben" (Alter 35 bis 40)	89
Abbildung 56: Bei Männern: ausgewählte Gründe für bisherige Kinderlosigkeit nach Alter	90
Abbildung 57: Bei Frauen: ausgewählte Gründe für bisherige Kinderlosigkeit nach Alter	91
Abbildung 58: Absicht für Elternschaft bei Männern im Alter 35 bis 40	92
Abbildung 59: Absicht für Elternschaft bei Frauen im Alter 35 bis 40.....	93
Abbildung 60: Männer: Gründe dafür, (derzeit) kein Kind zu bekommen.....	94
Abbildung 61: Frauen: Gründe dafür, (derzeit) kein Kind zu bekommen	94
Abbildung 62: Anteil der Eltern, die Maßnahmen des Arbeitgebers in Anspruch nehmen können.....	96
Abbildung 63: Anteil der Eltern, die Maßnahmen des Arbeitgebers in Anspruch nehmen können (weitere Maßnahmen).....	97
Abbildung 64: "Diese Möglichkeit erleichtert es, Familie und Beruf zu vereinbaren"	98
Abbildung 65: Diese Möglichkeit erleichtert es, Familie und Beruf zu vereinbaren.....	98
Abbildung 66: Anzahl der Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die erwerbstätige Eltern in Anspruch nehmen können.....	99
Abbildung 67: Krankenstandswerte 2013 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl	102
Abbildung 68: Krankenstandswerte 2013 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen	104
Abbildung 69: Krankenstandswerte 2012 - 2013 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl	105
Abbildung 70: Krankenstandswerte 2012 - 2013 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen.....	105
Abbildung 71: Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot).....	107
Abbildung 72: Krankenstandswerte der Jahre 2012 und 2013 nach Bundesländern.....	110
Abbildung 73: Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West	111
Abbildung 74: Vergleich beobachteter und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) in 2006.....	112
Abbildung 75: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern	113
Abbildung 76: Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Männer).....	120
Abbildung 77: Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Frauen).....	121
Abbildung 78: Geschlechterverteilung unter den Erwerbstätigen 1992 und 2010.....	121

Abbildung 79: Ergebnisse zum Krankenstand bei unterschiedlicher Bezugsbevölkerung.....	122
---	-----

Literaturverzeichnis

- Allmendinger, J. (2009). *Frauen auf dem Sprung. Wie junge Frauen heute leben wollen.* München, Pantheon.
- Allmendinger, J. and J. Haarbrücker (2013) "Lebensentwürfe heute. Wie junge Frauen und Männer in Deutschland leben wollen." WZB Discussion Paper
- Amann, M. and L. Nienhaus (2012). Zwischen 30 und 40 muss alles passieren., in FAZ. Frankfurt. 22.9.2012.
- A.T. Kearney GmbH (2012). *Die Rushhour des Lebens.* Hamburg.
- A.T. Kearney GmbH (2012). *Wie familienfreundlich sind Unternehmen in Deutschland.,* Hamburg
- Bertram, H. (2012). "Keine Zeit für die Liebe - oder: Die Rushhour des Lebens als Überforderung der nachwachsenden Generation?" *Soziale Welt Sonderband 19: 25–44.*
- Bertram, H., et al. (2011). "Rushhour des Lebens: Geburtenaufschub. Einkommensverläufe und familienpolitische Perspektiven." *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 8(2): 91-99.*
- Bertram, H. and C. K. Spieß, Eds. (2011). *Fragt die Eltern! Ravensburger Elternsurvey. Elterliches Wohlbefinden in Deutschland.* Baden-Baden, Nomos.
- Bertram, H. (2005). *Nachhaltige Familienpolitik, "Care" und kindliche Entwicklung Impulspapier zur Initiative Lokale Bündnisse für Familie , Impulspapier zur Initiative lokaler Bündnisse für Familie.* August 2005
- Bittman, M. and J. Wajcman (2000). "The Rush Hour: The character of leisure time and gender equity." *Social Forces 79(1): 165-189.*
- BMFSFJ (Hrsg.) (2013). *Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit 2013,* Berlin, <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=199418.html>.
- BMFSFJ (2006). *Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. (Siebter Familienbericht).*
- BMWT (2012). *Fachkräfte sichern. Wie familienfreundlich sind KMU?*
- Bujard, M. (2012). "Zeit für Familie: Die Rushhour des Lebens entzerren." *Stimme der Familie 59(2): 11-15.*
- Burr, H., et al. (2013). "Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Beruf und Alter in der Erwerbsbevölkerung." *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 56(3): 349-358.*
- DAK-Gesundheitsreport 2013. *Update psychische Erkrankungen - sind wir heute anders krank?*
- DAK-Gesundheitsreport 2005. *Psychische Erkrankungen, Angststörungen und Depressionen nehmen zu.*
- Hapke, U., et al. (2013). "Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland." *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz(5/6): 749-754.*
- Lothaller, H. (2008). "Die 'rush hour' des Lebens und die Bedeutung der Familienarbeit und ihrer Aufteilung." *Journal für Generationengerechtigkeit 8(3): 4-7.*
- Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2006). *Demografischer Wandel. Die Stadt, die Frauen und die Zukunft.*

-
- Pötzl, N. F. (2006). "Die Rushhour des Lebens " Spiegel Spezial(8): 62-70.
- Schulz, P., et al. (2004). Trierer Inventar zum chronischen Stress. Göttingen, Hogrefe.
- Statistisches Bundesamt (2012b). Geburten in Deutschland. Ausgabe 2012. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2012c). Frauen und Männer auf dem Arbeitsmarkt. Deutschland und Europa. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2013a). Geburtentrends und Familiensituation in Deutschland. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2013b). Bildung und Kultur. Prüfungen an Hochschulen 2012.
- Syrek, C., et al. (2011). "Entwicklung und Validierung der Trierer Kurzskala zur Messung von Work-Life Balance (TKS-WLB)." Diagnostika 57(3): 134-145.

