DAK-Gesundheitsreport 2014
für Mecklenburg-Vorpommern

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.

Mai 2014

Inhalt

Vorwort 5
1 Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern 2013 im Überblick 9
2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich? 13
3 Schwerpunktthema: Die Rushhour des Lebens. Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie 15
4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede 95
5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen 98
6 Schlussfolgerungen und Ausblick 100
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen 102
Anhang II: Tabellen 107
Abbildungsverzeichnis 112
Tabellenverzeichnis 115
Literaturverzeichnis 116

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.

Regina Schulz **Schwerin, Mai 2014**
DAK-Landeschefin in Mecklenburg-Vorpommern

Das Wichtigste auf einen Blick

Gesamtkrankenstand gegenüber dem Vorjahr gestiegen

2013 belief sich der Gesamtkrankenstand der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern auf 4,9 Prozent. Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern erreichte damit einen deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegenden Wert (Bund 4,0 Prozent). Gegenüber dem Vorjahr ist der Krankenstand gestiegen (2012: 4,6 Prozent).

Betroffenenquote

Die Betroffenenquote lag 2013 bei 57 Prozent. Dies bedeutet, dass für 57 Prozent der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern mindestens eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Der Wert in Mecklenburg-Vorpommern liegt damit über dem DAK-Bundesdurchschnitt (51 Prozent).

Fallhäufigkeit und Falldauer

Mit 141,1 Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versichertenjahre waren die Mitglieder der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2013 deutlich häufiger krank als im Bundesdurchschnitt (121,1 Fälle). Eine durchschnittliche Erkrankung dauerte mit 12,6 Tagen auch länger als im Bundesdurchschnitt (12,0 Tage).

Die wichtigsten Krankheitsarten

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes waren mit 21,9 Prozent Anteil am Krankenstand die wichtigste Krankheitsart. Es folgen Krankheiten des Atmungssystems mit 17,9 Prozent, psychische Erkrankungen mit 13,2 Prozent und Verletzungen und Vergiftungen mit 12,6 Prozent.

Wirtschaftsstruktur beeinflusst Krankenstand um 0,05 Prozentpunkte

Die Wirtschaftsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern hat einen negativen Effekt auf das Krankenstandsniveau. Der Krankenstand, der für einen „fairen“ Vergleich zwischen den Bundesländern herangezogen werden müsste, ist mit 4,70 Prozent jedoch immer noch einer der höchsten im Bundesgebiet.

Branchen mit deutlich unterschiedlichem Krankenstand

Die Höhe des Krankenstandes in den bedeutenden Branchen variiert deutlich zwischen 5,3 Prozent im Bereich „Gesundheitswesen” und 4,0 Prozent im Bereich „Bildung, Kultur und Medien”.

25- bis 39-Jährige fallen im AU-Geschehen als besonders gesunde Gruppe auf

Die Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen – in diesem Jahr durch das Schwerpunktthema untersucht – ist in Mecklenburg-Vorpommern (wie auch im Bund) eine im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen vergleichsweise gesunde Altersgruppe. Sie weist die wenigsten Fehltage auf, insbesondere im Vergleich zu den älteren Altersgruppen. Gegenüber den jüngeren Altersgruppen ist sie deutlich seltener krank geschrieben.

Eine große Mehrheit der 25- bis 40-Jährigen in Mecklenburg-Vorpommern möchte Kinder und Karriere

Die „Rushhour“ des Lebens betrifft die Altersgruppe in Mecklenburg-Vorpommern genauso wie in anderen Bundesländern. Ein großer Teil der 25- bis 40-Jährigen richtet seine Lebensplanung an Kindern **und** Karriere aus. Allerdings: Die Voraussetzungen, die 25- bis 39-Jährige in Mecklenburg-Vorpommern an Elternschaft stellen sind sehr hoch: Ausbildung, Beruf und das eigene Einkommen müssen gesichert sein, bevor sie Kinder bekommen.

Diejenigen, die in diesem Alter Kinder haben und erwerbstätig sind, sind im Hinblick auf Work-Life-Balance wie auch im Hinblick auf Prävention und Gesundheitshandeln gegenüber den kinderlosen erwerbstätigen etwas im Nachteil und berichten von Einschränkungen auf beiden Themenfeldern.

Erwerbstätige Eltern in Mecklenburg-Vorpommern können vielfach bereits Angebote zur Familienfreundlichkeit nutzen

Erwerbstätige Eltern in Mecklenburg-Vorpommern können bereits zu hohen Anteilen einzelne Angebote des Arbeitgebers zur Familienfreundlichkeit in Anspruch nehmen. Ganz vorne: Teilzeit und Gleitzeit. Viele Angebote jedoch, die sie selbst für sinnvoll zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf halten, können nur von wenigen genutzt werden. Die größten Lücken zwischen Wunsch und Wirklichkeit bestehen bei Angeboten zur Kinderbetreuung.

1 Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern 2013 im Überblick

1.1 Welche Auffälligkeiten zeigen sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt?

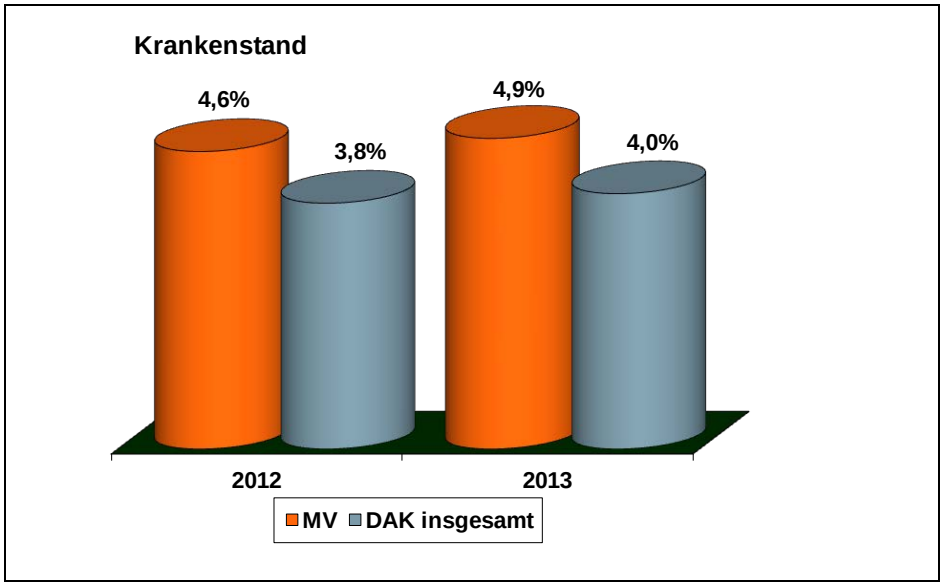
Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern 2013 bei 4,9 Prozent

Im Jahr 2013 lag der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern bei 4,9 Prozent.

Das heißt, dass an jedem Kalendertag des Jahres durchschnittlich 4,9 Prozent der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig waren. Im Vergleich zum bundesweiten Krankenstand erreichte Mecklenburg-Vorpommern damit einen deutlich überdurchschnittlichen Wert (DAK-Gesundheit insgesamt: 4,0 Prozent, vgl. Abbildung 1).

Ein bei der DAK-Gesundheit -versicherter Beschäftigter in Mecklenburg-Vorpommern war im Durchschnitt an insgesamt 17,7 Tagen arbeitsunfähig.

Abbildung 1: Krankenstand: Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bund



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Betroffenenquote bei 57 Prozent

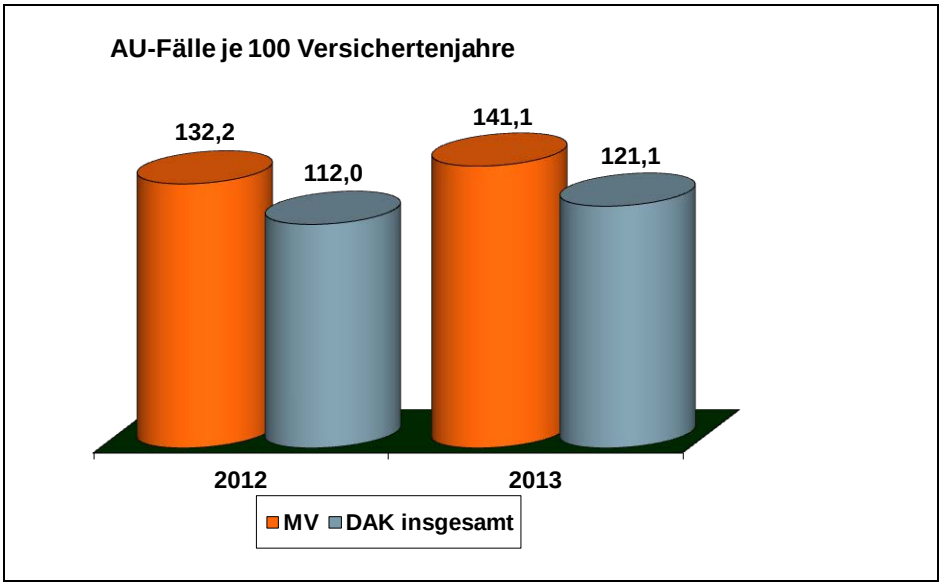
Im Jahr 2013 lag der DAK-Gesundheit für 57 Prozent der Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes vor. Dies bedeutet auch: Weniger als die Hälfte aller Mitglieder der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern war während des vergangenen Jahres kein einziges Mal aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig. Die Betroffenenquote im DAK-Bundesdurchschnitt lag bei 51 Prozent.

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

Häufigkeit von Erkrankungen und Erkrankungsdauer in Mecklenburg-Vorpommern über dem Bundesdurchschnitt

Ein Blick auf die Zusammensetzung des Krankenstandes zeigt, dass die Häufigkeit von Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern deutlich über dem Bundesdurchschnitt lag. Auf 100 ganzjährig Versicherte entfielen 2013 141,1 Erkrankungsfälle. Im Bundesvergleich waren es 121,1 Erkrankungsfälle.

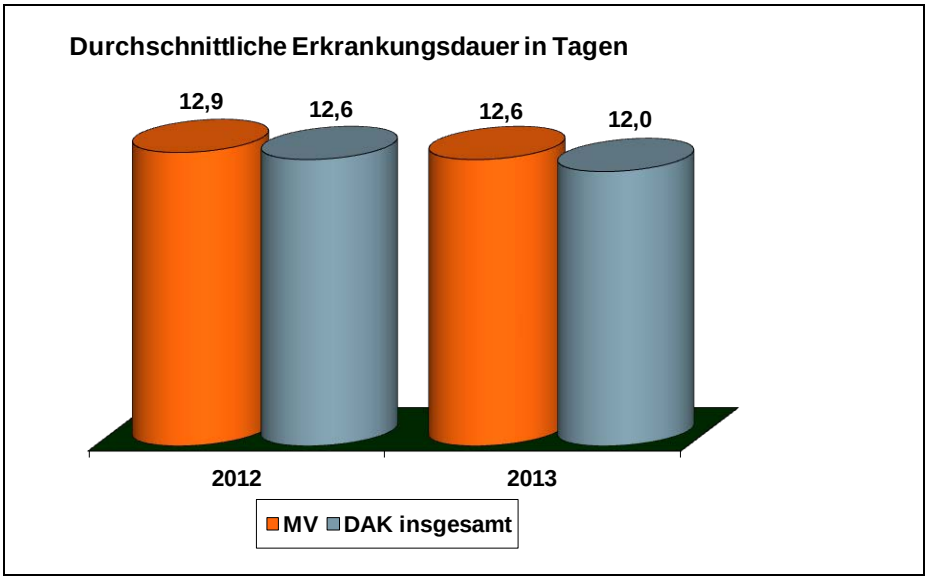
Abbildung 2: Anzahl der Erkrankungsfälle: Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bund



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Eine Erkrankung dauerte in Mecklenburg-Vorpommern mit durchschnittlich 12,6 Tagen deutlich länger als bundesweit (12,0 Tage).

Abbildung 3: Dauer einer durchschnittlichen Erkrankung: Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bund



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

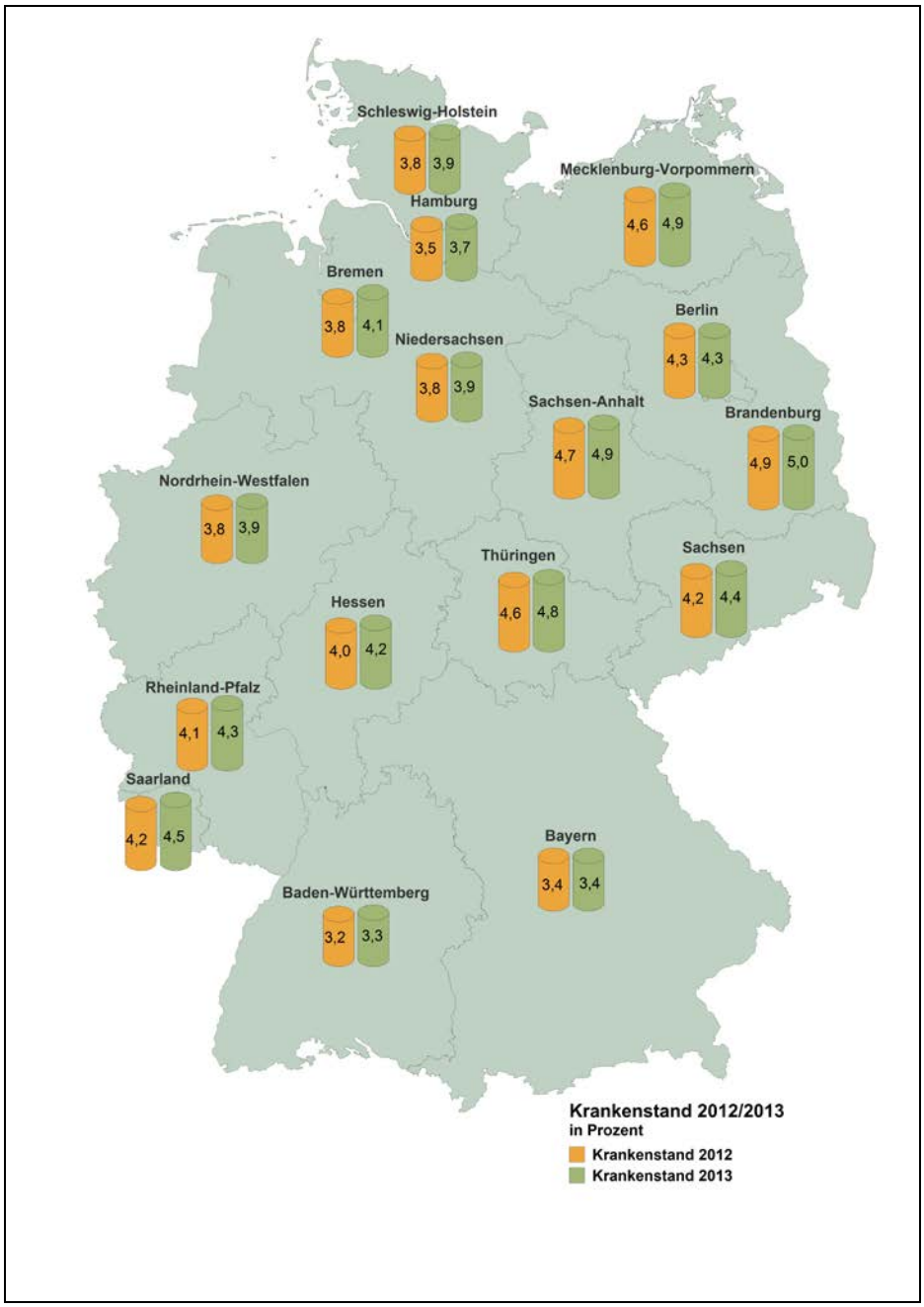
1.2 Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu anderen Bundesländern

Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern erneut einer der höchsten im Bundesgebiet

Mecklenburg-Vorpommern hatte – wie bereits im Jahr 2012 – erneut einen Krankenstandswert, der deutlich über dem Bundesniveau liegt.

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

Abbildung 4: Krankenstandswerte 2012 - 2013 nach Bundesländern



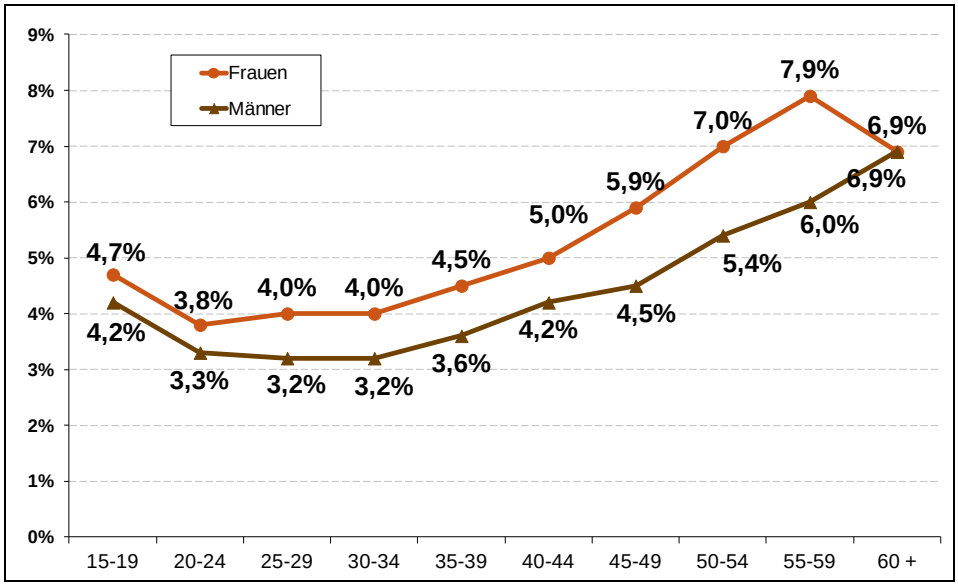
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

1.3 Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern nach Alter und Geschlecht

Soziodemografische Merkmale des Krankenstandes

Die Analyse nach den wichtigsten soziodemografischen Merkmalen – Geschlecht und Alter – gibt Hinweise, welche Versichertengruppen in Mecklenburg-Vorpommern vor allem von Arbeitsunfähigkeiten betroffen sind. Abbildung 5 zeigt die Krankenstandswerte 2013 getrennt nach Geschlecht und Alter.

Abbildung 5: Krankenstand 2013 nach Geschlecht und zehn Altersgruppen in Mecklenburg-Vorpommern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Krankenstand der Frauen liegt deutlich über dem der Männer

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten liegt deutlich über dem der Männer. Der durchschnittliche Krankenstand betrug 2013 bei den Frauen 5,4 Prozent und bei den Männern 4,4 Prozent.

Der höhere Krankenstand von Frauen ist nach einer Sonderanalyse der DAK-Gesundheit im Gesundheitsreport 2001 u. a. auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen zurückzuführen. Zudem arbeiten Frauen überdurchschnittlich viel in Berufsgruppen mit hohen Krankenständen

DAK-Gesundheitsreport 2008 zum Thema "Mann und Gesundheit"

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

Mit zunehmendem Alter steigt der Krankenstand der Beschäftigten in Mecklenburg-Vorpommern tendenziell an

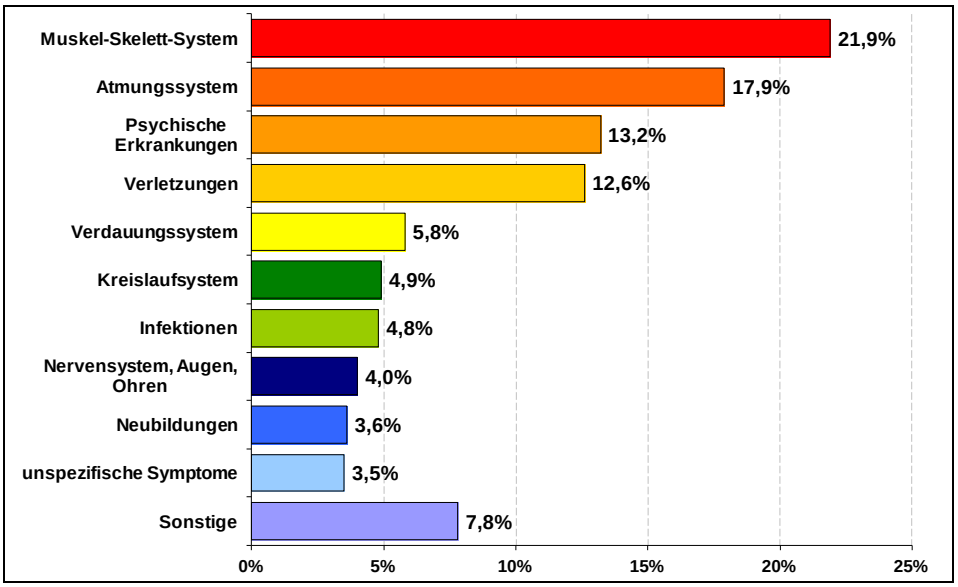
Beide Kurven zeigen etwa ab dem 25.-29. Lebensjahr einen fast stetig ansteigenden Verlauf, was durch die mit zunehmendem Alter größere Wahrscheinlichkeit von schwereren und damit länger dauernden Erkrankungen zu erklären ist. Nur zur obersten Altersgruppe fällt die Kurve bei den Frauen wieder ab. Dieser Effekt kommt vermutlich dadurch zustande, dass viele Kranke in diesem Alter bereits aus dem Beruf ausscheiden oder Möglichkeiten des vorgezogenen Ruhestandes in Anspruch nehmen (sog. „healthy worker”-Effekt).

2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich?

Anteil der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Arbeitsunfähigkeitstagen und damit am Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern sind in Abbildung 6 dargestellt: Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Krankheiten des Atmungssystems lagen mit 21,9 Prozent bzw. 17,9 Prozent an erster und zweiter Stelle. Zusammen mit der Diagnosegruppe „Psychische Erkrankungen“ (13,2 Prozent) verursachten diese Erkrankungsarten 53 Prozent des Krankenstandes in Mecklenburg-Vorpommern.

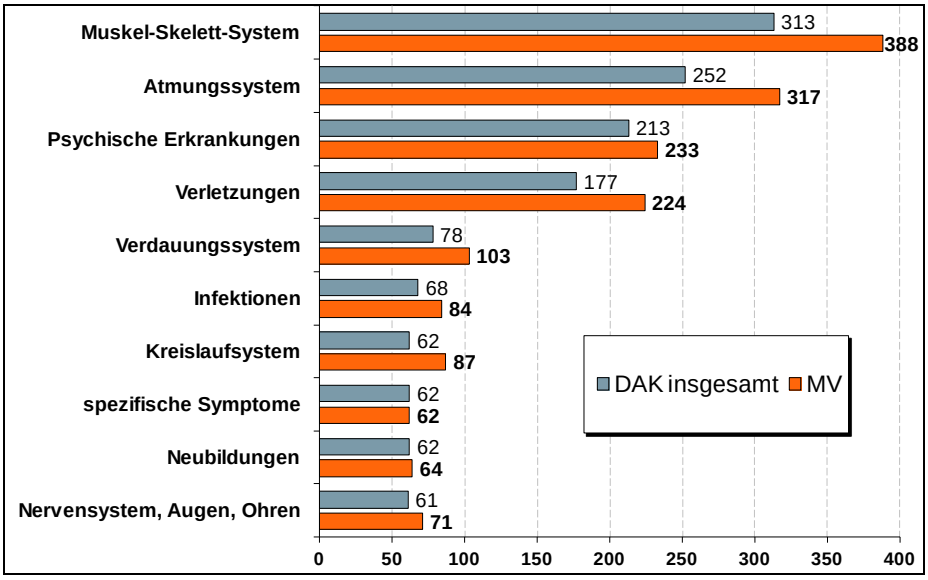
Abbildung 6: Anteile der 10 wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Die Rangfolge der wichtigsten Krankheitsarten entspricht dem bundesweiten Bild. Psychische Erkrankungen stehen auf Platz 3. Für den Vergleich mit den Bundeswerten wird die Anzahl der Erkrankungstage herangezogen, die je 100 ganzjährig Versicherte aufgrund einer Krankheit entstanden sind.

Abbildung 7: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Krankheitsarten



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

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

Exposition: Die „Rushhour des Lebens“

„Zwischen 30 und 40 muss alles passieren“: 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).

Rushhour aus der „Vogelperspektive“ …

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 Mikroperspektive fehlt noch

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.

Rushhour ist (auch) ein Belastungs- und Stresskonzept …

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.

… 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.[1]

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).[2]

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.

---

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

[2] 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:

Fragestellungen des Schwerpunktthemas 2014

- 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:

Begriff und These der Rushhour des Lebens

Abschnitt 3.1:

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 3.1 dargestellt, was die damit verbundene These behauptet, aus welchen Trends sich die Verdichtung von Herausforderungen ergibt und welche Bedeutung diese für die „Betroffenen“ hat.

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der 25- bis 39-Jährigen

Abschnitt 3.2:

Abschnitt 3.2 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 bis40), der in Abschnitt 1 begründet wird.[3]

Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen und Arzneimittel-Verordnungen

Abschnitt 3.3:

In Abschnitt 3.3 werden Daten zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen sowie Arzneimittelverbrauchsdaten ausgewertet. Diese Analysen bieten – über die Arbeitsunfähigkeitsdaten hinaus – einen Zugang zur gesundheitlichen Lage der Altersgruppe.

Repräsentative Bevölkerungsbefragung: Kinder-und-Karriere-Konstellationen in der Rushhour des Lebens

Abschnitt 3.4:

Die Prävalenz und die Ausprägung der Rushhour-Lebensphase werden mithilfe einer eigens für diese Fragestellung durchgeführten repräsentativen Bevölkerungsbefragung ermittelt. Eine Reihe von damit ver-

[3] 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.).

bundenen Fragestellungen wird in diesem Kapitel entlang der Auswertung dieser Befragung bearbeitet.

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.

Vereinbarkeit von Beruf und Familie und Angebote des Arbeitgebers

Abschnitt 3.5:

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.

Schwerpunktthema in Mecklenburg-Vorpommern

Abschnitt 3.6

Im Anschluss an das Schwerpunktthema folgen Auswertungen für das Land Mecklenburg-Vorpommern, die einige der Ergebnisse Länderspezifisch darstellen.

Fazit zum Schwerpunktthema

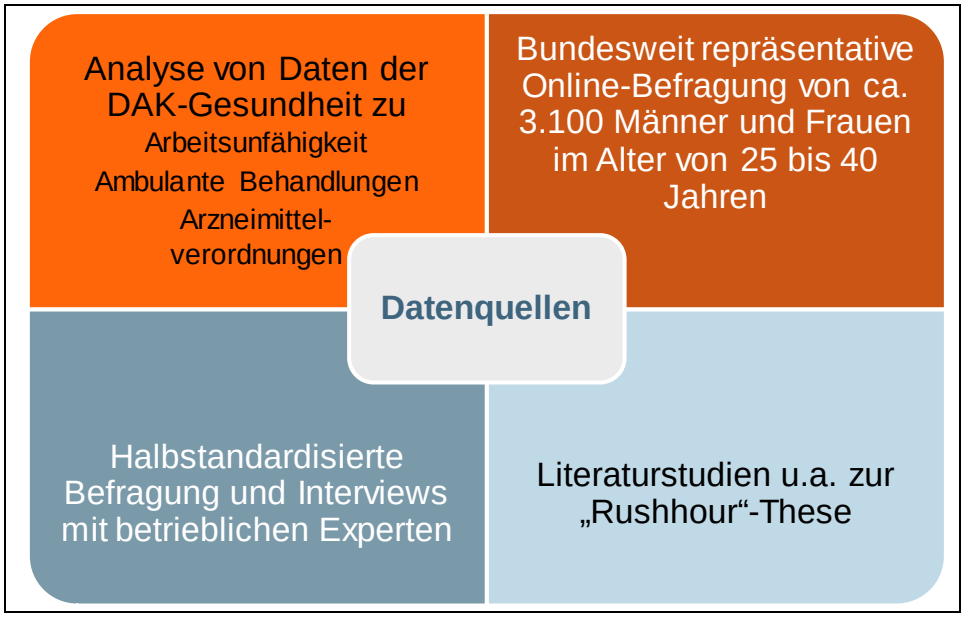
Abschnitt 3.7:

Ein Fazit schließt das Schwerpunktthema ab.

Welche Datenquellen werden verwendet?

Um diese Fragen zu beantworten, greift der Report auf eine Reihe verschiedener Daten zurück (vgl. Abbildung 8)

Abbildung 8: Datenquellen des DAK-Gesundheitsreports 2014



Quelle: IGES / DAK-Gesundheit

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.

Expertenbefragung

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.

Literaturstudie

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

3.1 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)[4].

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 vorgenommen 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 ha-

[4] 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.

ben, 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 Bevölkerung im Jahr 2011, dass sie diese erst nach dem 26.-28. Lebensjahr erreichen" (Bertram / Bujard / Rösler 2011: 96.

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

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.

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.[5]

zeitdiagnostischer Aspekt

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 Karriereeinstiegs und der Karrierefestigung entspricht nun in etwa jener Phase, in der man Kinder bekommt und diese in den ersten Lebensjahren sind.

lebenslauftheoretischer Aspekt

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 der Generationengerechtigkeit / überforderte Generation

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

Aspekt von Stress und Mehrfachbelastungen

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-Gesundheitsreport

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 chroni-

[5] 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).

schen 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 Rushhour 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

Die Rushhour tritt nicht zwangsläufig zwischen 25 und 40 ein

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.

Reale oder antizipierte Rushhour

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 beiden Lebensbereichen 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“).[6]
- **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).

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).

[6] Allmendinger/Haarbrücker 2013, A.T.Kearney o.J.

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).

Nicht jeder kommt in die Rushhour

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.

Steigendes Erstgeburtsalter

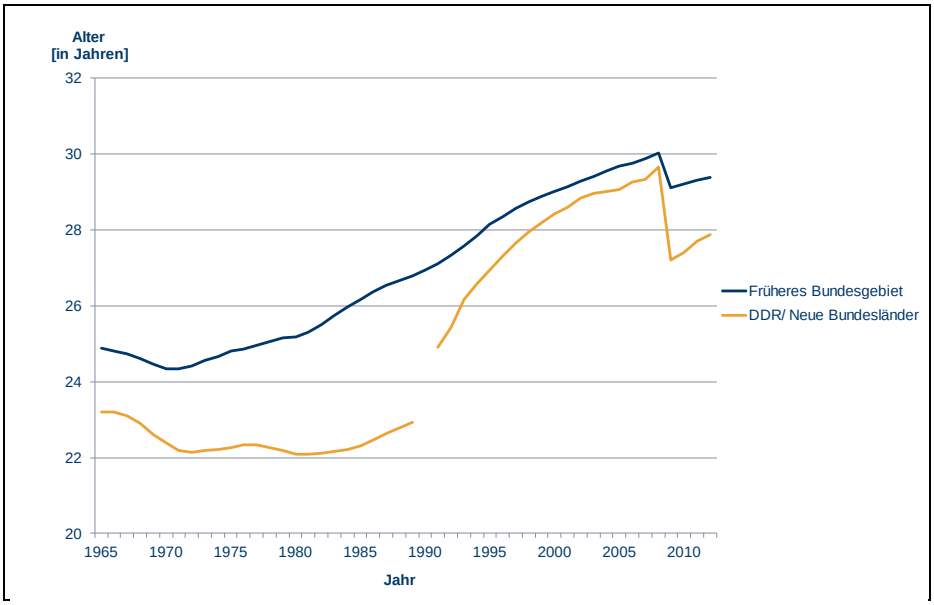
Statistisches Bundesamt: „Eine immer spätere Familiengründung ist der wesentliche Trend im Geburtenverhalten der letzten vier Jahrzehnte“

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.

„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 9).

Abbildung 9: Durchschnittliches Alter der Mütter bei der ersten Geburt

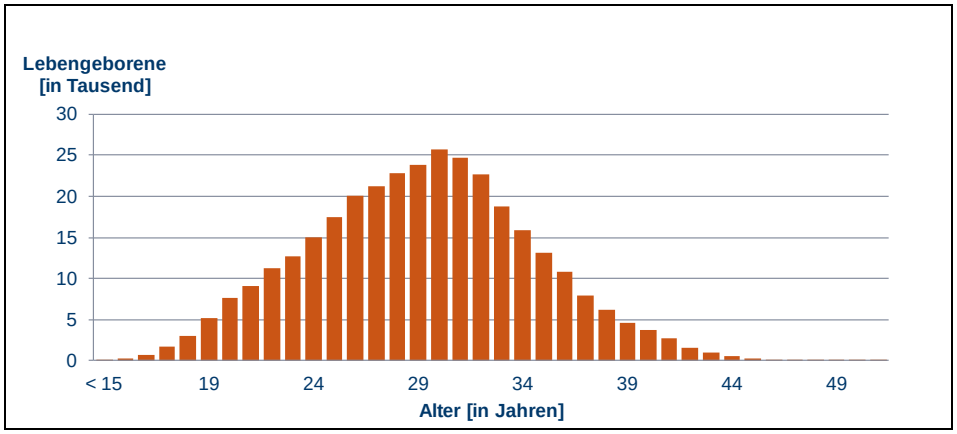


Quelle: Statistisches Bundesamt 2012. Eigene Darstellung

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 10:

Abbildung 10: 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:

Zunehmende Fertilität von Frauen über 30 Jahre

- 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).

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

- 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).

Die endgültige Kinderzahl einer Frau hängt mit ihrem Erstgeburtsalter zusammen

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.).

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

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

Zunehmend späterer Berufseinstieg wegen verlängerter Ausbildungszeiten

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.

Das durchschnittliche Erwerbseintrittsalter lässt sich kaum an Daten festmachen

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.

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.

3.2 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 11 dar (die bereits in Kapitel 2 aufgeführt wurde).[7]

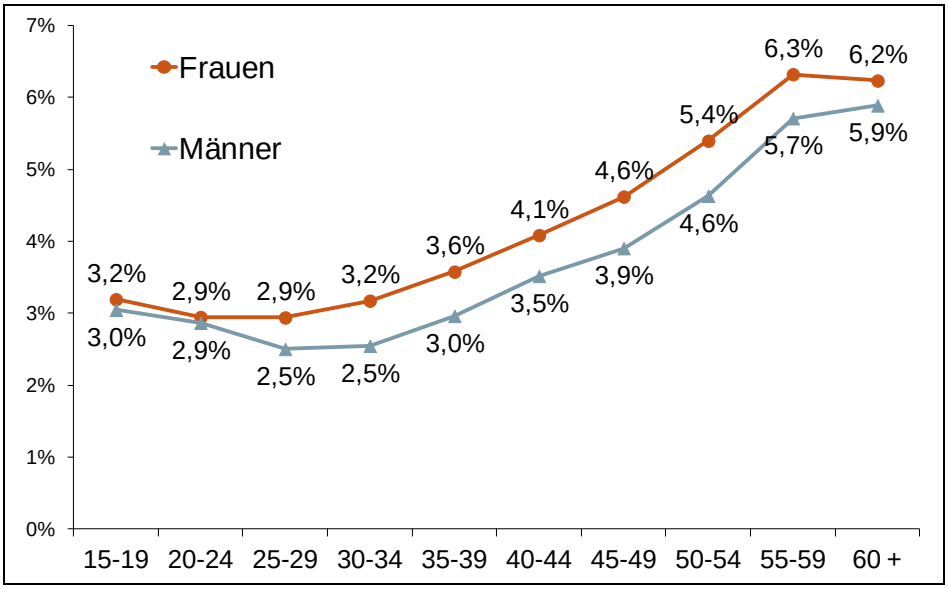
Den geringsten Krankenstand weisen die 25- bis 29- und die 30- bis 34-jährigen Männer auf

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 haben die 25- bis 29-Jährigen den geringsten Krankenstand

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.

Abbildung 11: Krankenstand 2013 nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

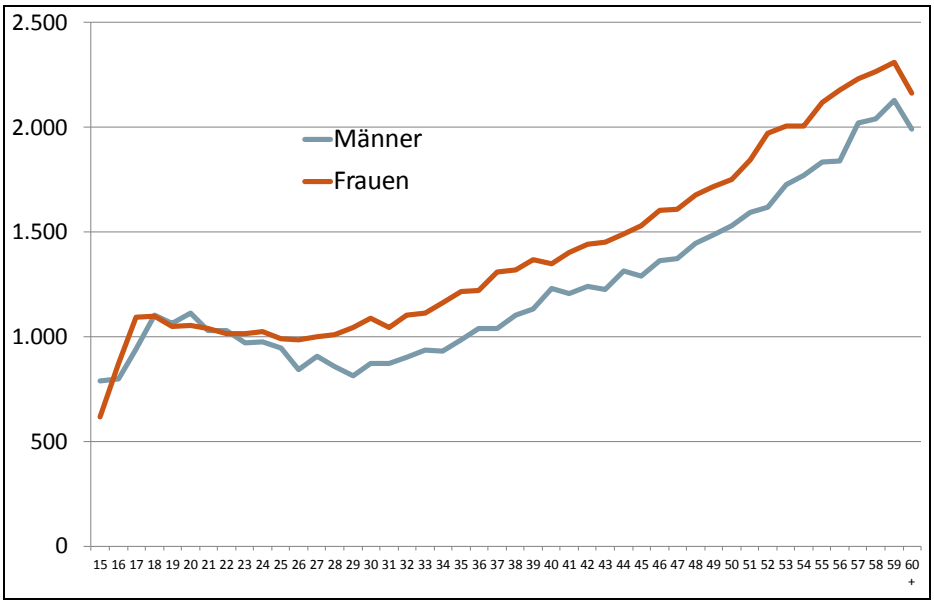
Um das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Altersgang noch näher zu betrachten, stellt Abbildung 12 dieses nach Alter in Einzeljahren dar (lediglich die über 60-Jährigen sind zu einer Gruppe 60+ zusammengefasst).

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

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 4.3 ff. 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 12: Arbeitsunfähigkeitstage im Altersgang nach Geschlecht (Einzelalter)



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2012

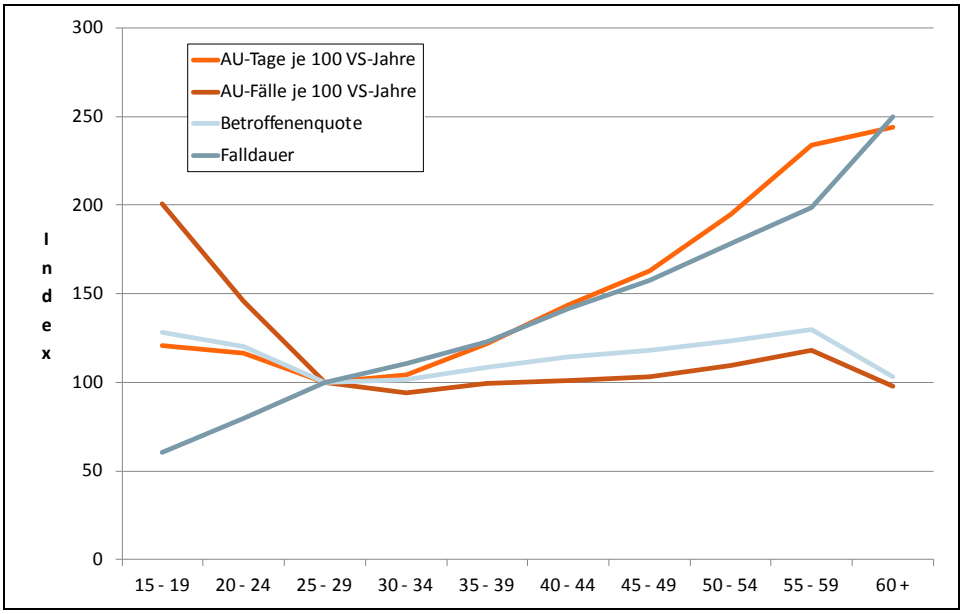
Sieht man von den sehr jungen Erwerbstätigen unter 20 ab, so sinken bei den Männern die AU-Tage ab dem Alter von 20 und erreichen ihr Minimum bei den 29-Jährigen. Bei den Frauen sind es die 26-Jährigen, die das geringste AU-Volumen aufweisen.

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 13, Abbildung 14).

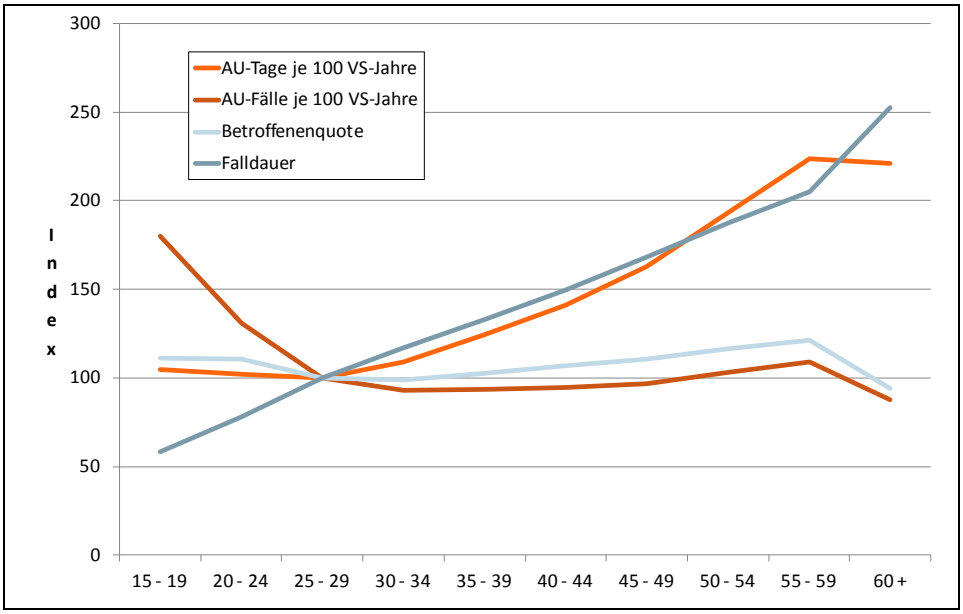
Mit 30 beginnt eine Zunahme des AU-Volumens, die sich zwischen 30 und 40 kontinuierlich fortsetzt

Abbildung 13: Indexdarstellung auf Basis, AU-Tage, AU-Fälle, AU-Quote und Falldauer nach Altersgruppen – Männer



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2012

Abbildung 14: 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:

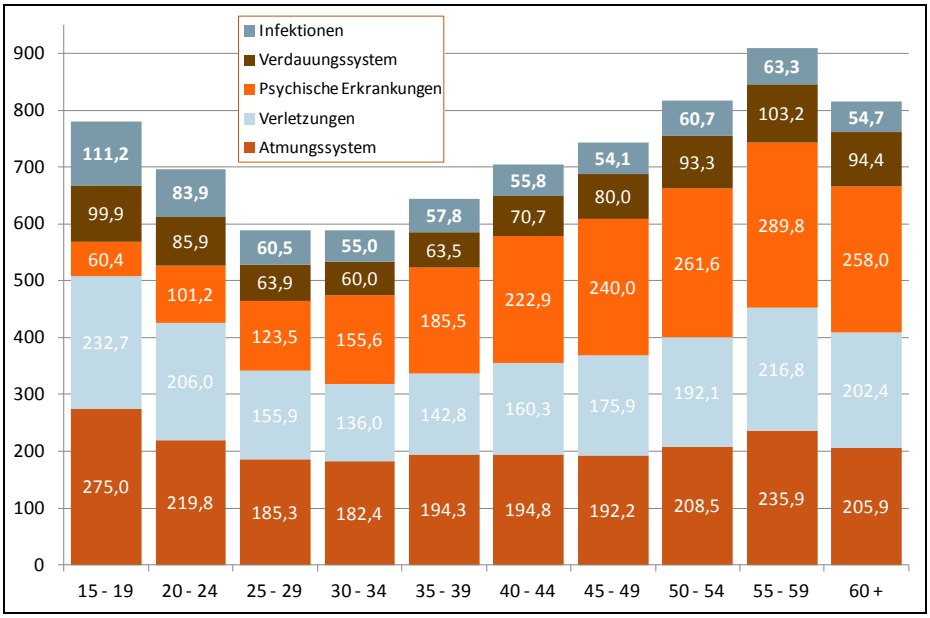
- Sie und insbesondere die 25- bis 29-Jährigen sind es, bei denen die Arbeitsunfähigkeitsfälle gegenüber den vorangehenden Altersgruppen massiv zurückgehen. Bei den 30- bis 34-Jährigen sinken sie weiter, wenn auch bei weitem nicht so stark wie gegenüber den Altersgruppen unter 25 Jahren. Während

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.[8] 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.

Abbildung 15 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 15: AU-Tage (je 100 VJ) der 5 wichtigsten Krankheitsarten im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu anderen Altersgruppen



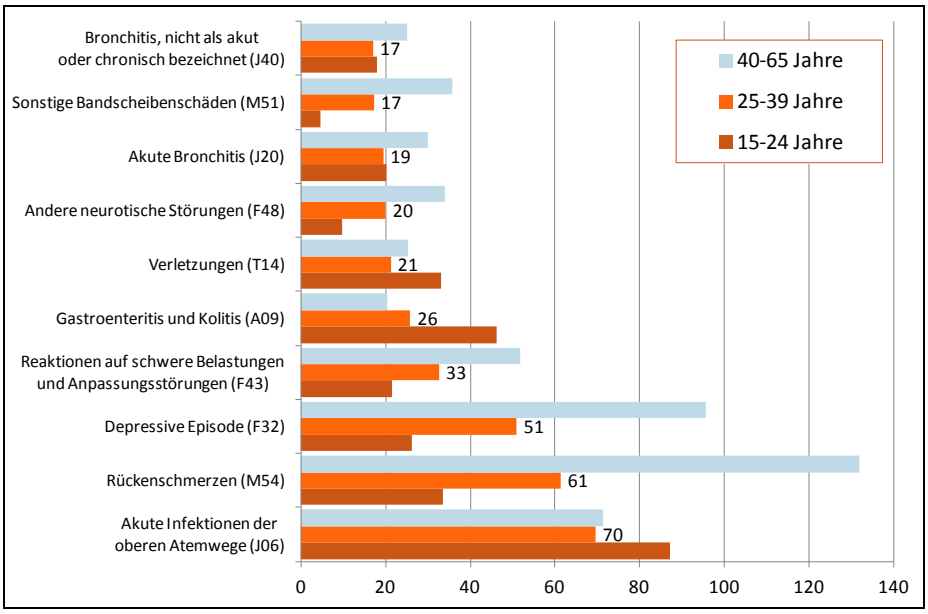
Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2012

Die Einzeldiagnosen („Dreisteller“) zeigen genauer die Spezifika der Altersgruppen 25 bis 39 (Abbildung 16). Sie nehmen bei Verletzungen eine Sonderstellung ein, da sie sowohl gegenüber den jüngeren als auch gegenüber den älteren Altersgruppen weniger AU-Tage wegen

[8] Erst bei Beschäftigten ab etwa 60 Jahren nimmt der Anstieg der Falldauer einen steileren Verlauf.

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

Abbildung 16: 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 Betroffenenquote nicht (Frauen) oder kaum (Männer) ansteigt, ist zu vermuten, dass ab 30 diejenigen, die arbeitsunfähig sind, umso länger krank geschrieben sind.

3.3 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 Arzneiverordnungen 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 Fehltage-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 1 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 1: Behandlungsquoten der Erwerbstätigen im Alter von 25-39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren und älteren Erwerbstätigen[9]

	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 2 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.

[9] Beobachtete Werte.

Tabelle 2: Behandlungsfälle je ganzjährig Versicherte differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen [10]

	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 [11]

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[12].

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 Arztinanspruchnahme 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[13]. 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.

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

[11] Vgl.auch DAK-Gesundheitsreport 2011

[12] vergleichbar mit den bereits seit langem im stationären Bereich geltenden Kodierrichtlinien

[13] 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 3 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 3: 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 17 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 suchen häufiger einen niedergelassenen Arzt auf als Männer

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.

Atmungssystem

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.

Bedeutung im AU-Geschehen

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 3).

Urogenitalsystem

„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.

Bedeutung im AU-Geschehen

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).

Manifestation von chronischen Erkrankungen?

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:

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 3).

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).

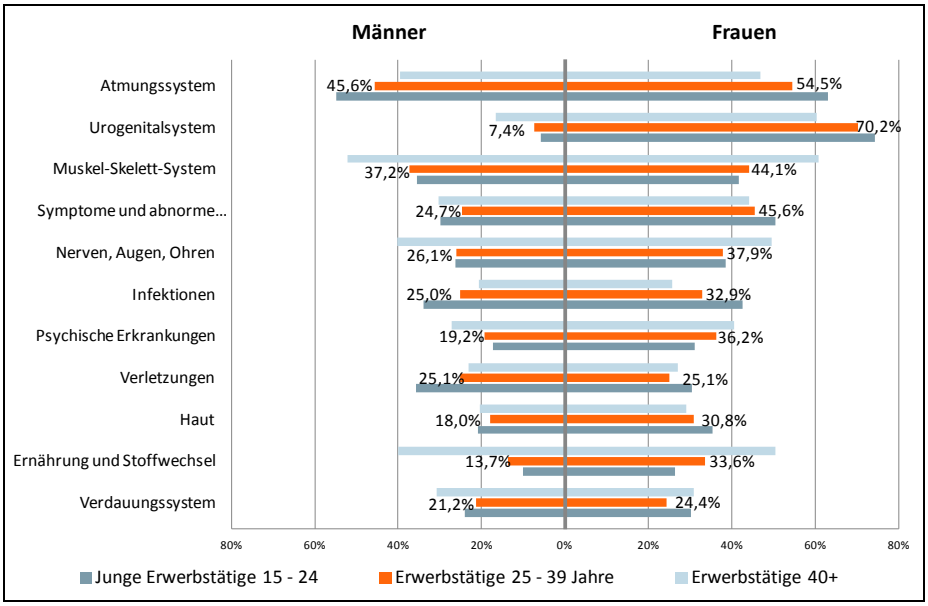
  Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen sind (naturgemäß) nur in seltenen Fällen der Anlass für eine Arbeitsunfähigkeit (AU-Betroffenenquote: 0,3 Prozent).

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 17: 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 4 und Tabelle 5 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 kapp 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 Verletzungen (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 4: 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 5: 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 (ATC[14]) 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 6 und
Tabelle 7 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 Wirkstoffgruppen mit hohen Verordnungsmengen zu. Hohe Verord-

[14] 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

nungsmengen 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

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).

Schilddrüsenpräparate

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.

AM mit Wirkung auf das kardio-vaskuläre System

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.

Mittel bei peptischem Ulcus

Mittel bei peptischem Ulcus / gastoesophagealer 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 erklärt [15]. 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.

[15] Vgl. DAK-Gesundheitsbericht 2011

Tabelle 6: 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

		Erwerbstätige im Alter 15-24		Erwerbstätige im Alter 25-39		Erwerbstätige im Alter 40-64	
ATC	**Bezeichnung**	**VO-Quoten**	**DDD je Vs. mit VO**	**VO-Quoten**	**DDD je Vs. mit VO**	**VO-Quoten**	**DDD je Vs. mit VO**
M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	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	Antiinfektiva 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 7: 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

		Erwerbstätige im Alter 15-24		Erwerbstätige im Alter 25-39		Erwerbstätige im Alter 40-64	
ATC	**Bezeichnung**	**VO-Quoten**	**DDD je Vs. mit VO**	**VO-Quoten**	**DDD je Vs. mit VO**	**VO-Quoten**	**DDD je Vs. mit VO**
M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika 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 Uikus/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	Opioide	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.

3.4 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 Stresskonzept[16]), 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.

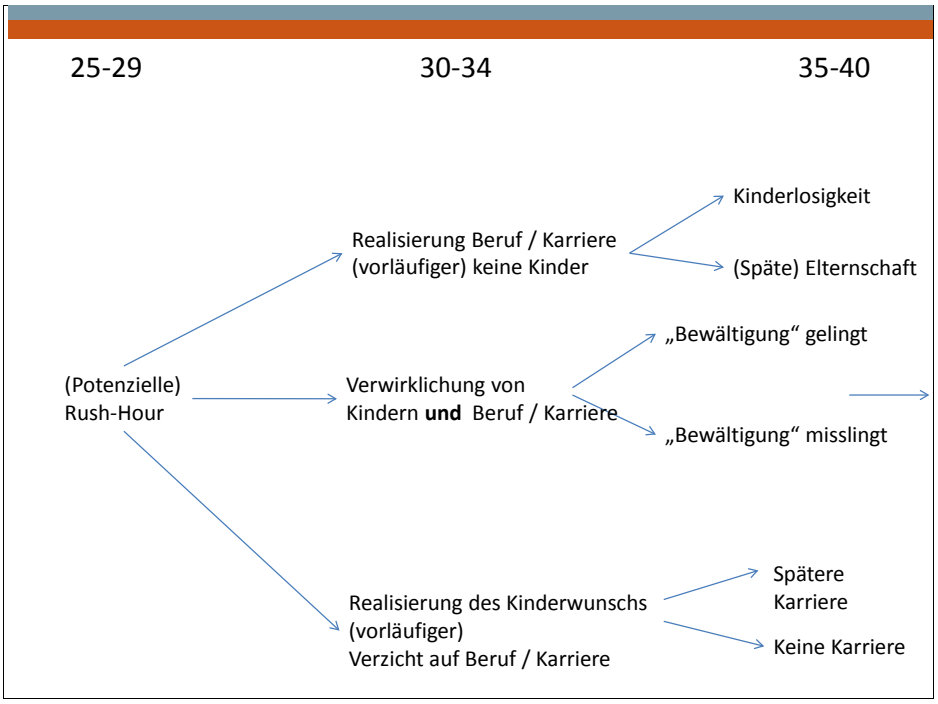
Die Befragung wurde von Forsa über das Online-Panel „Omninet“ durchgeführt. Befragte ohne Internet hatten die Möglichkeit, den Fragebogen über ein Zusatzgerät an ihrem Fernseher zu beantworten. Es wurden 3.154 Männer und Frauen im Alter von 25 bis 40 Jahren zu jeweils gleichen Anteilen befragt. Befragungszeitraum 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.

[16] Vgl. hierzu die Ausführungen in Abschnitt 4.1.

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

Abbildung 18: Schema der Lebensphase "Rushhour" nach Altersgruppen als Entscheidungspfade in Bezug auf Kinder und Karriere



Quelle: IGES / DAK-Gesundheit 2014

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

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 Jahren[17] 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.

Alternative Lebensentwürfe?

Diese schematische Operationalisierung der Rushhour-These soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass es selbstverständlich eine Vielzahl al-

[17] Die Altersangaben in diesem Schema sind selbstverständlich sehr Ungefähre, die sich an Durchschnitten und an Aussagen der Rushhour-These orientieren.

ternativer 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:

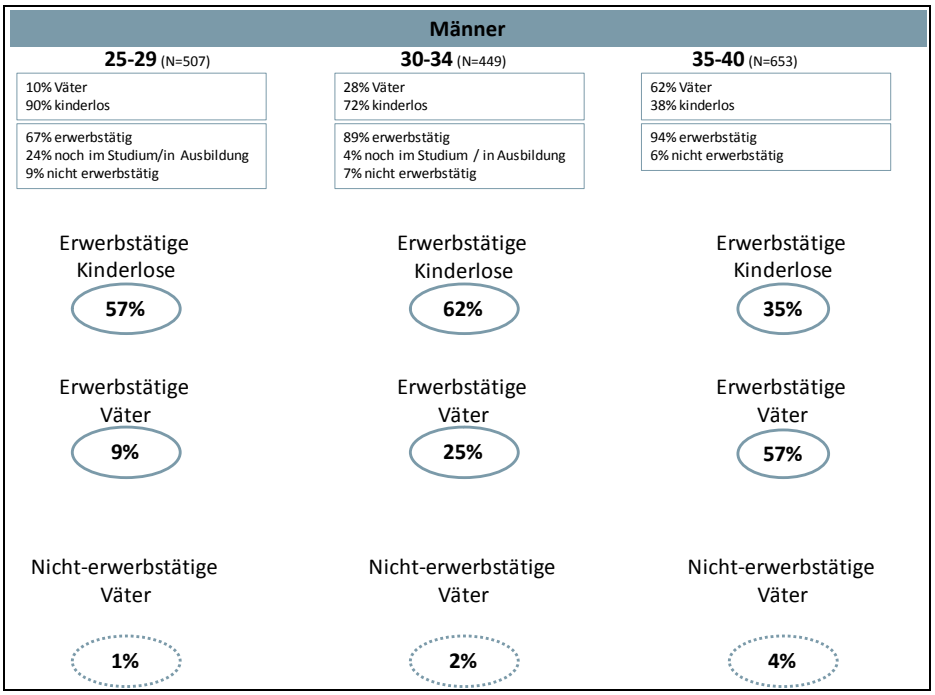
1. Erwerbstätige Kinderlose
2. Erwerbstätige Eltern
3. Nicht-Erwerbstätige Eltern

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.

Erwerbstätigkeit und Kinder bei Männern nach Altersgruppen

Abbildung 19: Erwerbstätigkeit und Kinder bei Männern nach Altersgruppen

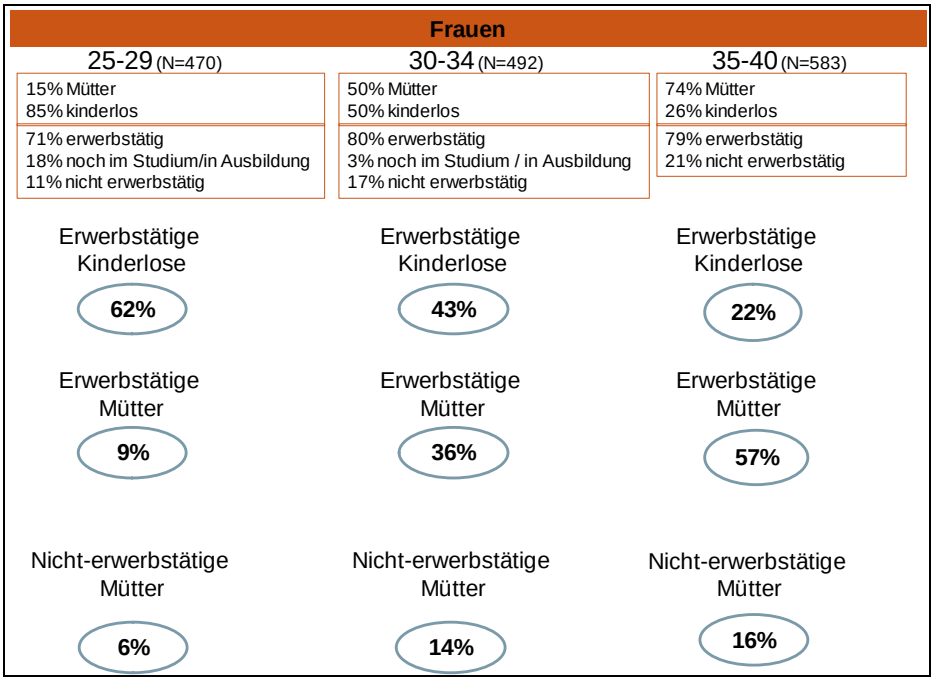


Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013

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.

Abbildung 20: Erwerbstätigkeit und Kinder bei Frauen nach Altersgruppen

Erwerbstätigkeit und Kinder bei Frauen nach Altersgruppen-Kindern und Erwerbstätigkeit



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 19 und Abbildung 20).

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

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

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.

Zwischenfazit

Nach dieser ersten Annährung 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 anteilsmäßig 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.

Untersuchungsfragen für bestimmte Konstellationen der Rushhour

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 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?

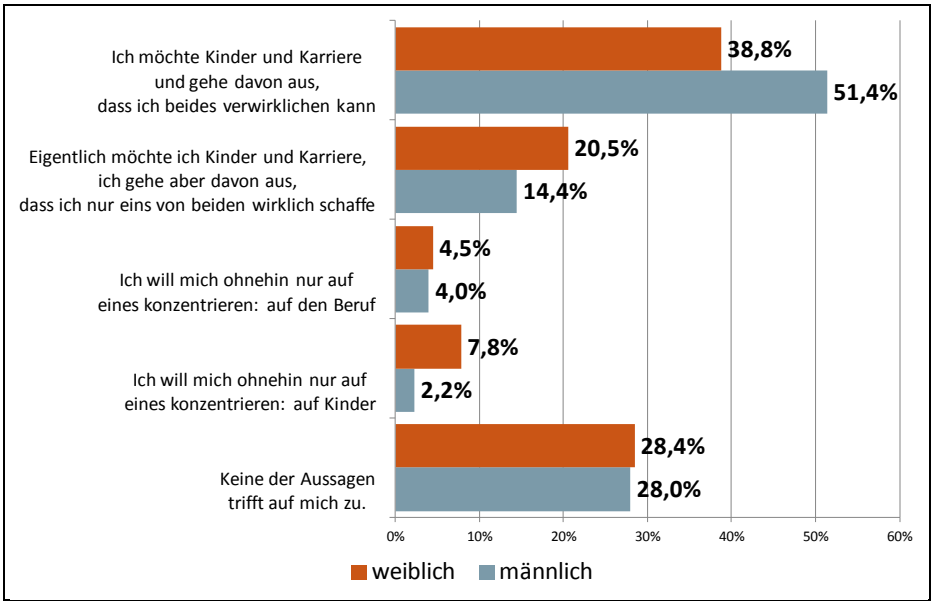
"Rushhour" oder wohlstrukturierter Lebenslauf? Kinderlose und ihre Sicht auf Voraussetzungen für Elternschaft

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 21: 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)

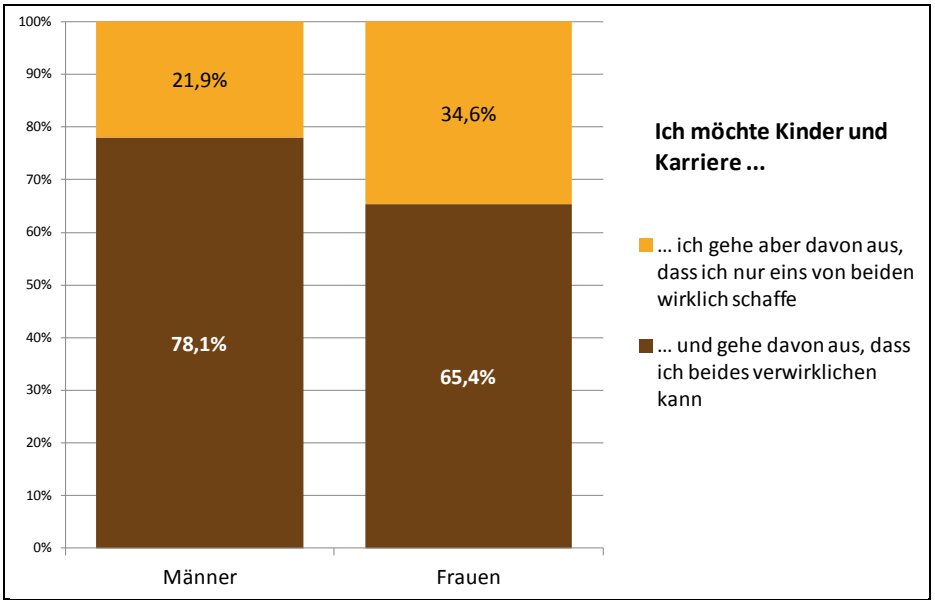
Demnach wünscht sich eine große Mehrheit der Männer und Frauen Kinder und Karriere. Rechnet man hierzu die ersten beiden Aussagen zusammen, sind es zwei Drittel der Männer (65,8 Prozent) und 59,3 Prozent der Frauen.

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.

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

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:

Abbildung 22: 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)

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

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 23).

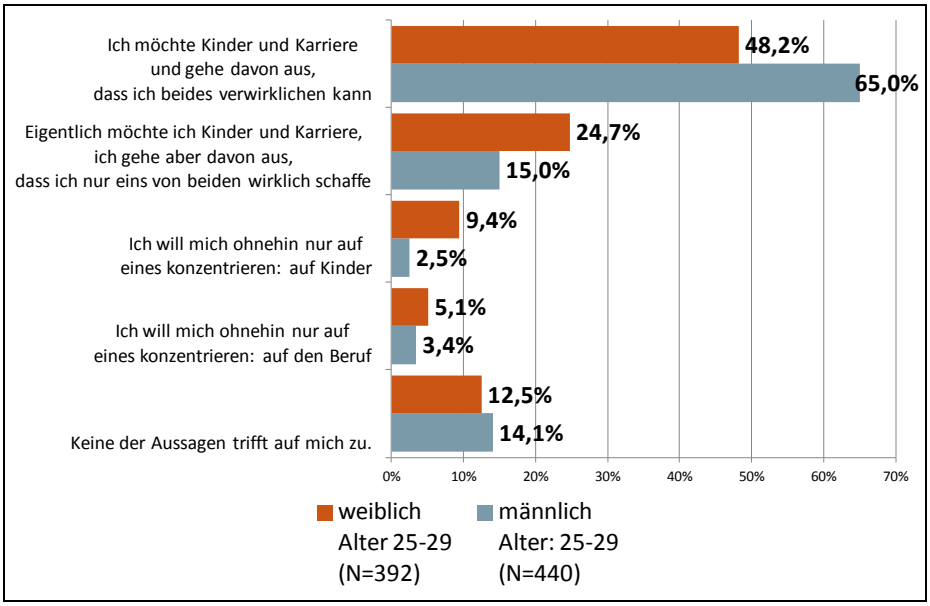
In beiden Geschlechtern schließt sich eine deutliche Mehrheit der Aussage an: Ich möchte Kinder und Karriere und gehe davon aus, dass ich beides verwirklichen kann (65,0 Prozent der Männer und 48,2 Prozent der Frauen).

Die Männer und Frauen mit Kinder-und-Karrierewunsch verteilen sich nach Zweiflern und Zuversichtlichen, (so wie in Abbildung 22 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

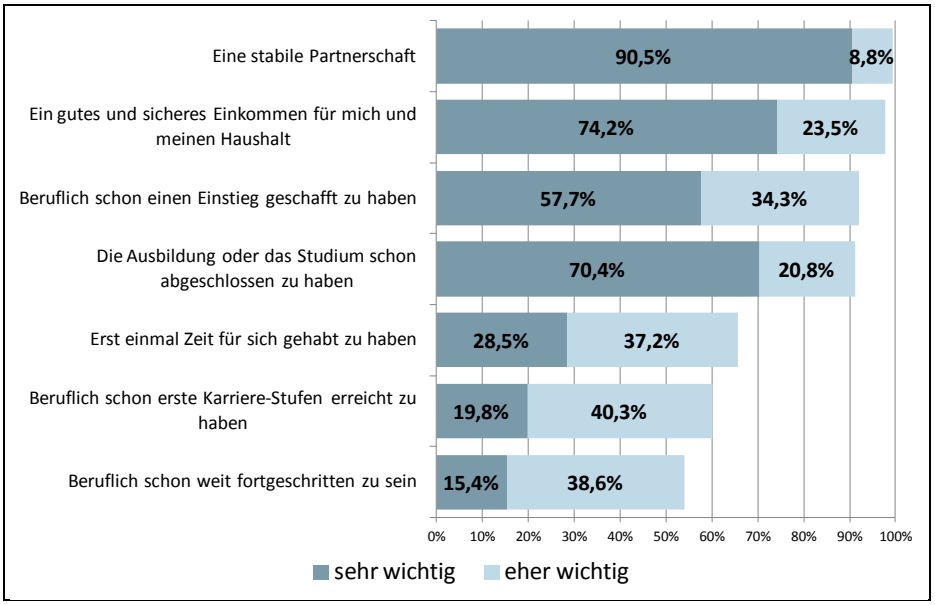
Abbildung 23: Wünsche in Bezug auf Kinder und Karriere der Kinderlosen zwischen 25-29



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

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

Abbildung 24: Voraussetzungen für Elternschaft aus Sicht der Kinderlosen im Alter von 25-40 Jahren



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.

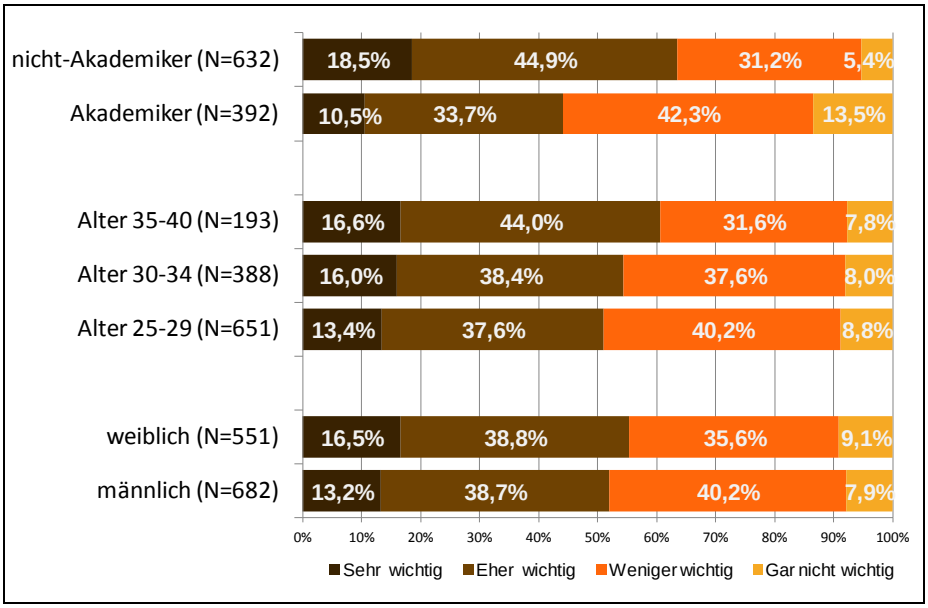
Danach folgen drei Voraussetzungen, die mit materieller Sicherheit und der beruflichen Perspektive zu tun haben: Ein gutes und sicheres Einkommen für mich und meinen Haushalt, den beruflichen Einstieg bereits geschafft zu haben sowie eine abgeschlossene Ausbildung bzw. ein abgeschlossenes Studium.

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 25: 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.[18] Fragewortlaut: Wie wichtig sind für Sie persönlich die folgenden Voraussetzungen um Kinder zu haben.

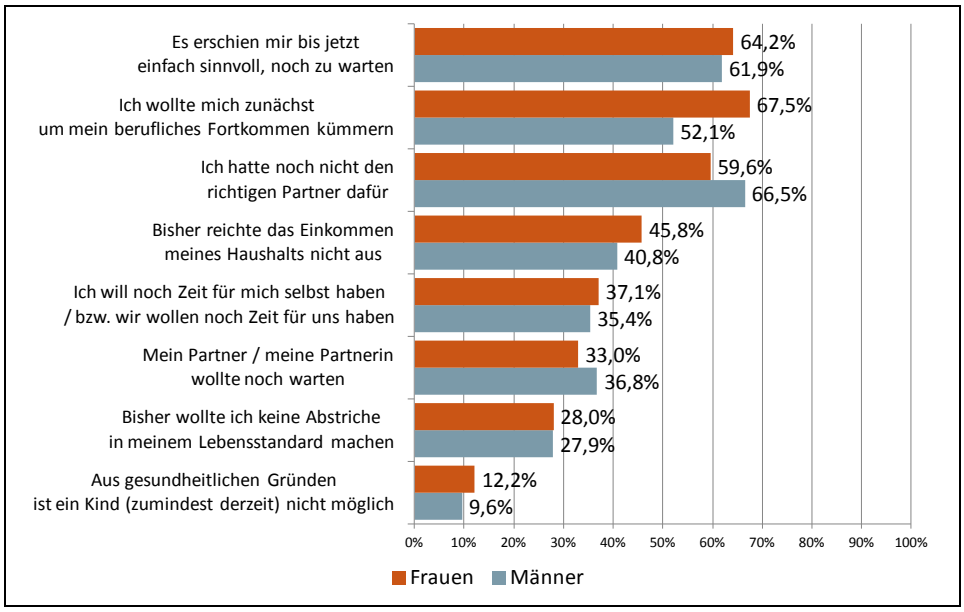
- Die Voraussetzung, beruflich schon weit fortgeschritten zu sein, ist bei nicht-Akademikern häufiger anzutreffen, als bei Akademikern. Nicht-Akademiker geben zu 63,4 Prozent an, dass dies eine persönliche Voraussetzung für Elternschaft ist. Unter den Akademikern sind dies deutlich weniger: nur 44,2 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 Anforderungen an ihre beruflichen Voraussetzungen für Elternschaft knüpfen, ist zu prüfen, ob dies auch aus den Gründen spricht, warum Befragte

[18] 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.

bisher kein Kind bekommen haben. Auch in diese Auswertungen werden nur Kinderlose mit prinzipiellem Kinderwunsch einbezogen.

Abbildung 26: 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?"[19] [20]

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

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".

---

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

[20] 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 (Spearmans 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?

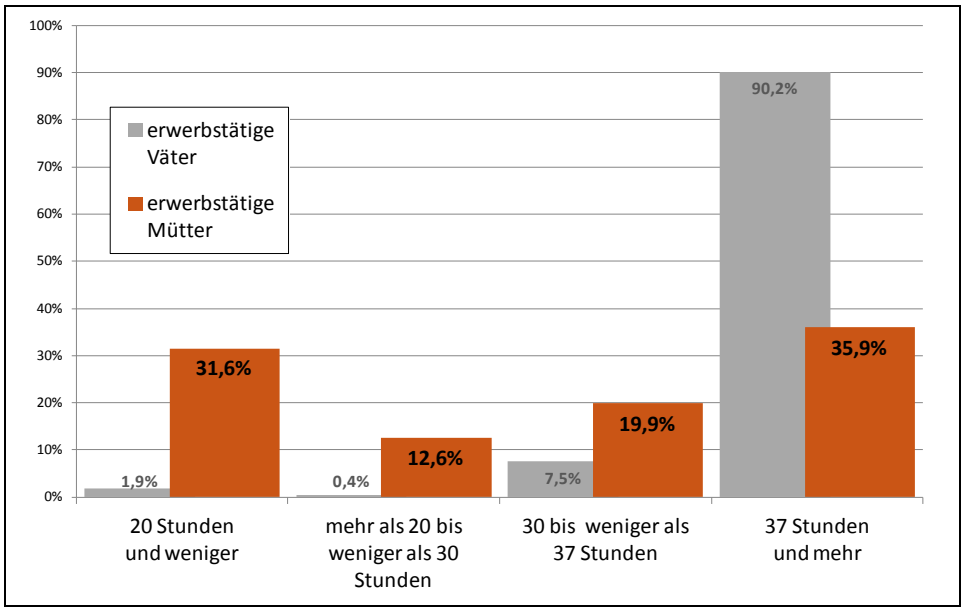
Wie realisieren Frauen Erwerbstätigkeit und Kinder?

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.[21] 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 27: 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.[22] 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 27).

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

---

[21] 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.

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

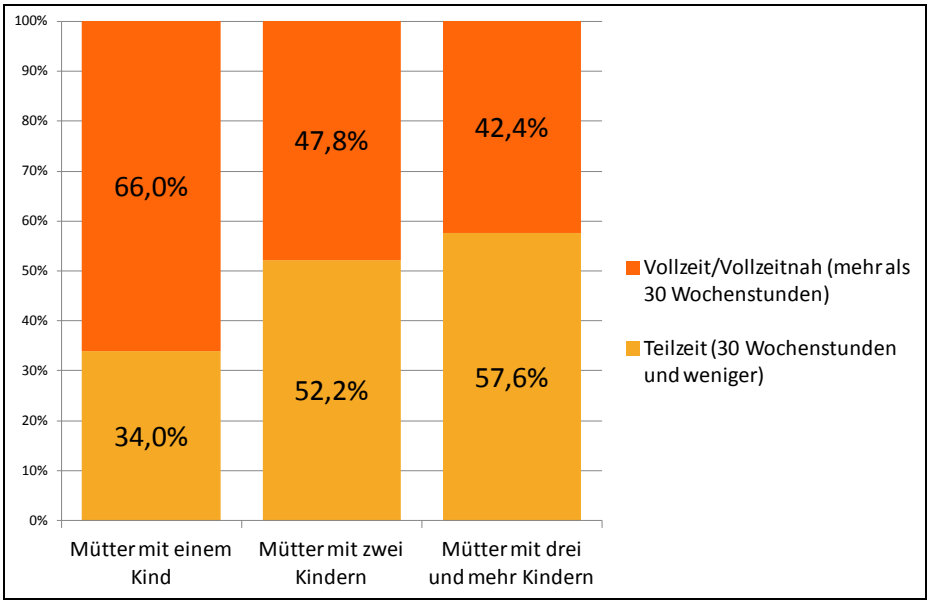
Das Ergebnis stützt die Behauptung, dass mit der Geburt des Kindes Männer und Frauen in traditionelle Aufgabenverteilung zurückfallen. Ein Artikel der ZEIT (49/2013) zitiert den ehemaligen Väterbeauftragten Jacob Hein mit der Stellungnahme, dass in Deutschland Männer und Frauen als modernes Paar den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

Wer sind die Vollzeit arbeitenden Mütter?

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 – zusammengenommen 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.

Abbildung 28: 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). [23]

Sind Vollzeit-Mütter besonders belastet?

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

[23] 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 Kinder oder einem Kind.

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).

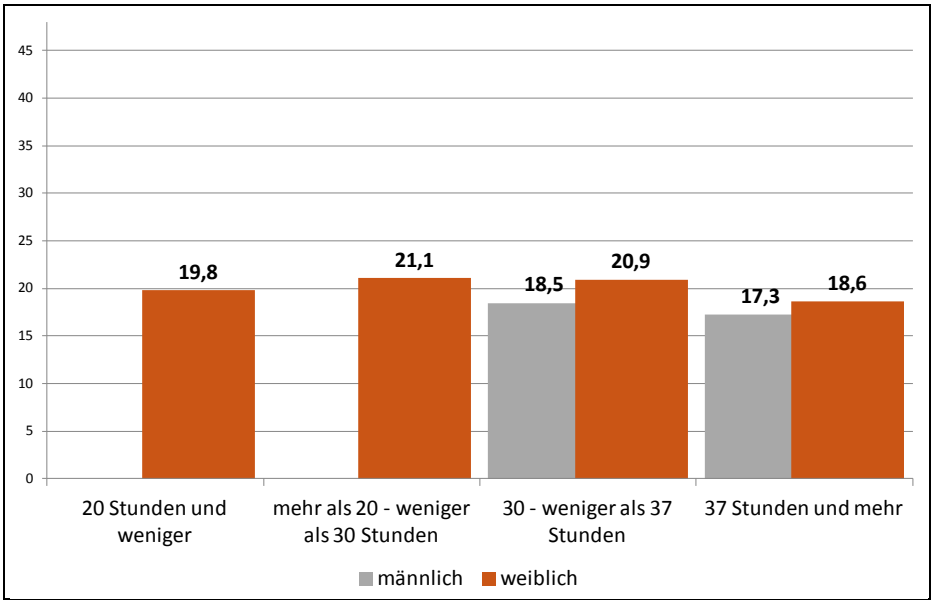
Stresserleben

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



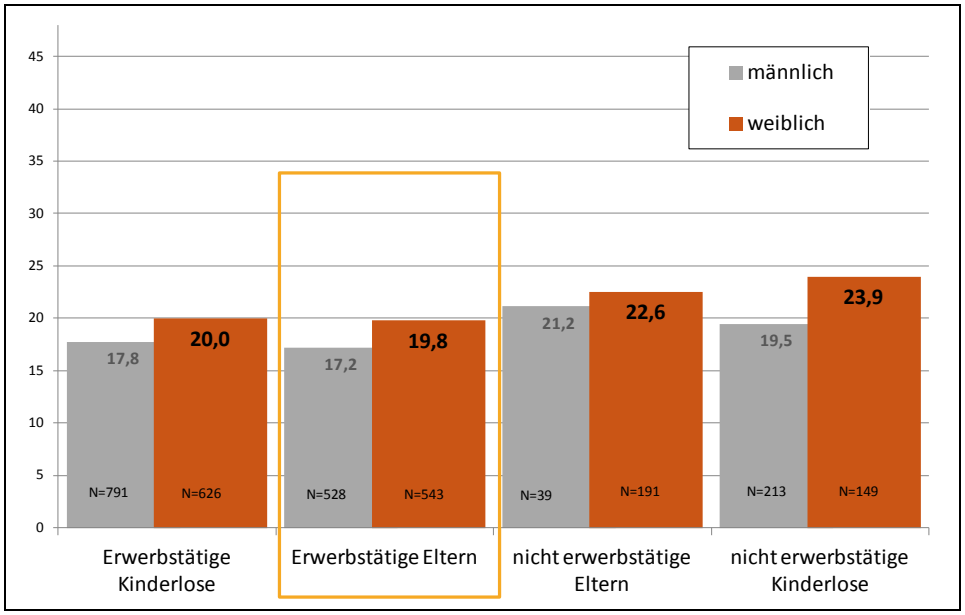
Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=528 (erwerbstätige Väter); N=543 (erwerbstätige Mütter). Nicht dargestellte Werte haben eine nicht ausreichende Fallzahl.

Die Belastung erwerbstätiger Mütter auf der SSCS-Skala (Wertebereich von 0-48) zeigt nahezu keine Unterschiede nach Arbeitsumfang in Wochenstunden.[24] 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:

[24] 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 30: Belastung durch chronischen Stress (SSCS-Punktwert) nach Rushhour Konstellationen



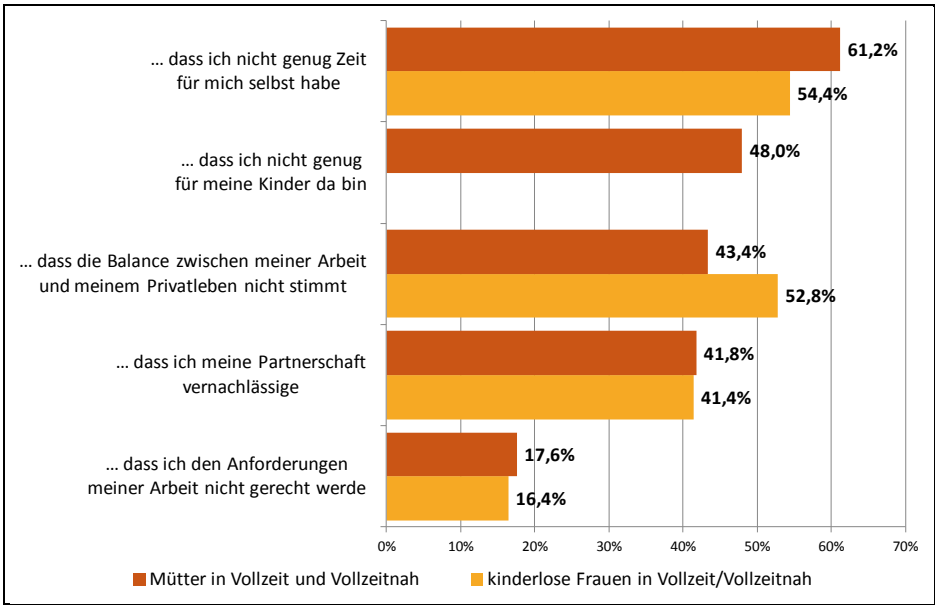
Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013.

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 30).

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 Hint7ergrund 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 31: Work-Life-Balance erwerbstätiger Mütter (zum Vergleich: Kinderlose erwerbstätige Frauen)



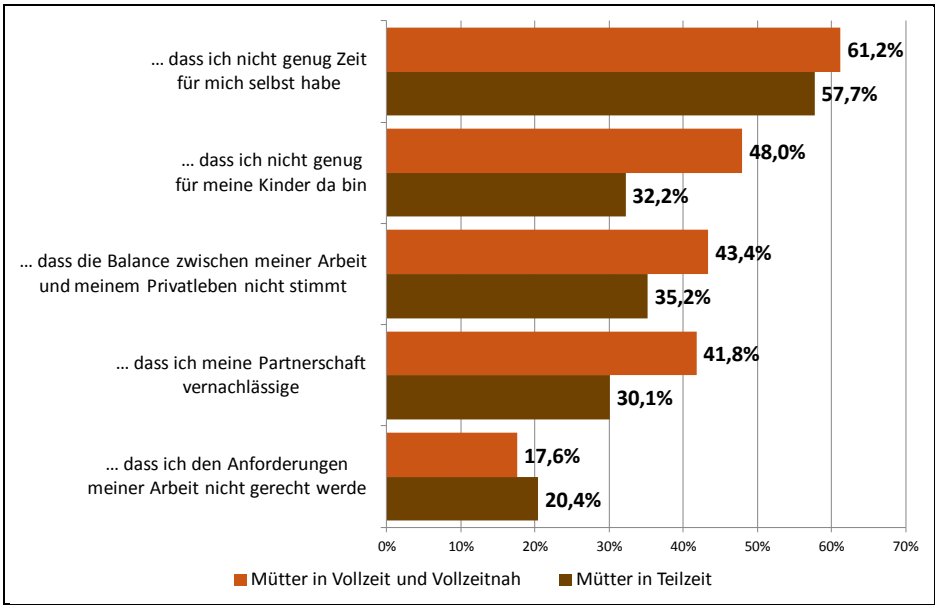
Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. Fragewortlaut: „Ich habe das Gefühl…“ Abgebildet sind die Anteile der Antworten „oft“ und „eher oft“. N = 263 -297 (Mütter in Vollzeit –und Vollzeitnah) ; N = 389 – 544 (kinderlose Frauen in Vollzeit –und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

Abbildung 31 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 32: 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)

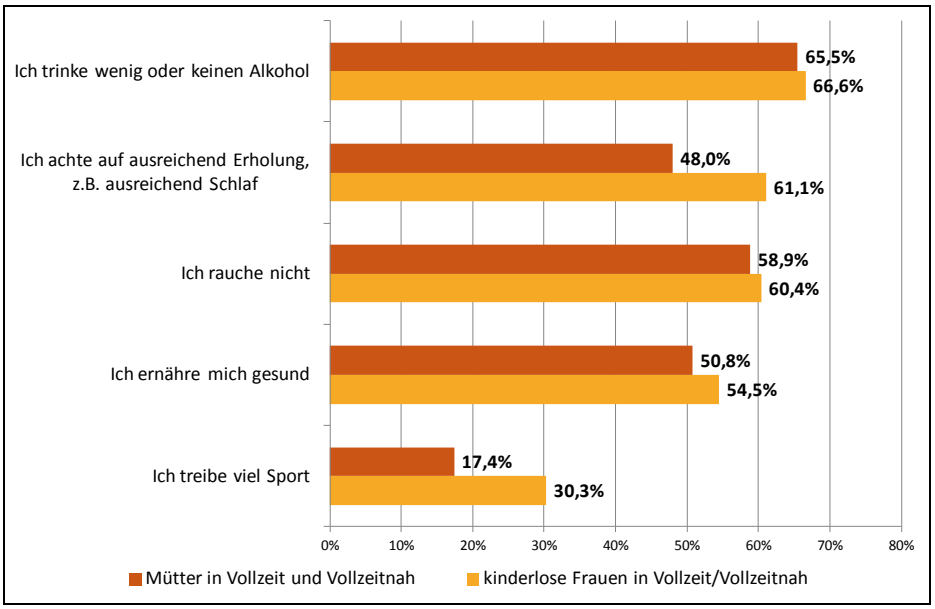
Work-Life-Balance erwerbstätiger Mütter nach Vollzeit/vollzeitnah gegenüber Teilzeit

Abbildung 32 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 33: Prävention und Gesundheitshandeln erwerbstätiger Mütter (zum Vergleich: erwerbstätige kinderlose Frauen)

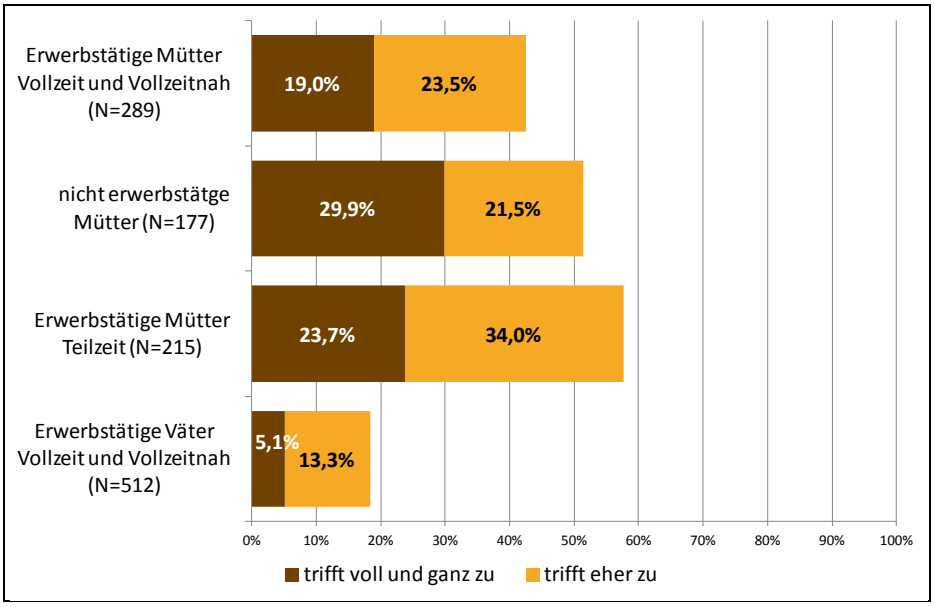


Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. Fragewortlaut: "Was tun Sie für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden"

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 33).

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 34: 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 34): 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

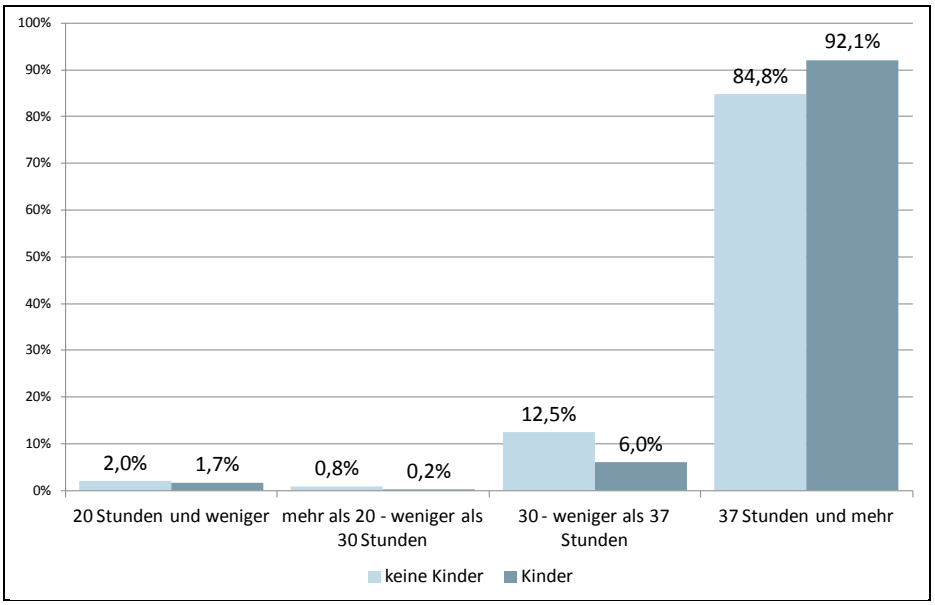
Fast alle Väter arbeiten in Vollzeit

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 35).

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 35: Arbeitsumfang erwerbstätiger Väter (zum Vergleich: kinderlose erwerbstätige Männer) (Alter 30-40)[25]



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

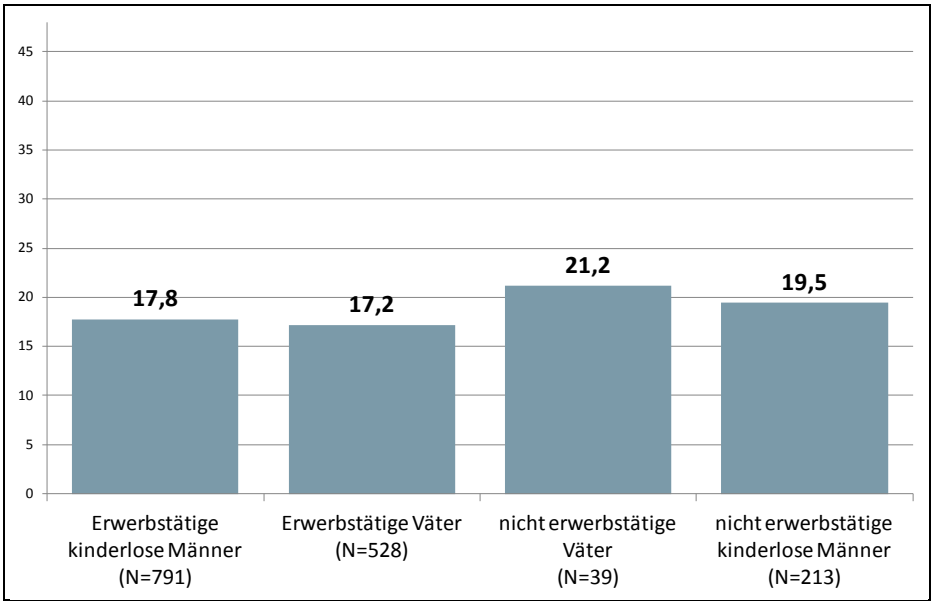
Väter im Alter von 30 bis 40 Jahren arbeiten zu einem höheren Wochenstundenvolumen als kinderlose Männer im gleichen Alter. Zwar arbeiten Väter und Kinderlose gleichermaßen praktisch nie in Teilzeit, jedoch unterscheiden sie sich darin, ob sie in Vollzeit (37 Wochenstunden und mehr) oder vollzeitnah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

[25] Abweichungen zu den Angaben in Abbildung 27 ergeben sich aus dem jeweiligen Altersgruppenzuschnitt.

Abbildung 36: 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 gering [26]. 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 36). 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

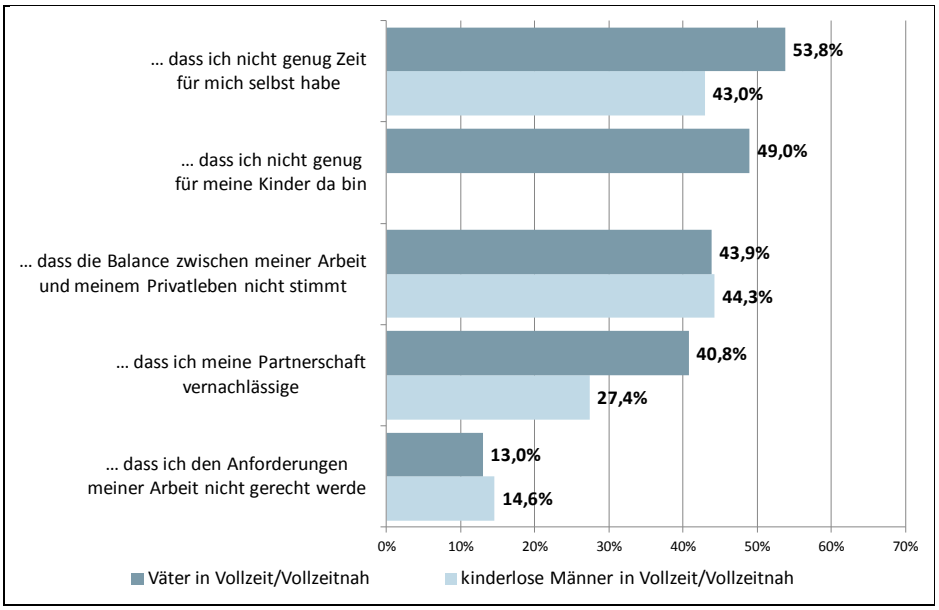
Die Work-Life-Balance ist – neben der Belastung durch chronischen Stress sowie Prävention/Gesundheitshandeln – das bei dieser Untersuchung verwendete "Outcome", um Konstellationen der Rushhour zu vergleichen.

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.

26 Eine ANOVA zeigt, dass diese Unterschiede signifikant sind.

Abbildung 37: 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“.

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

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 erwerbstätiger 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?

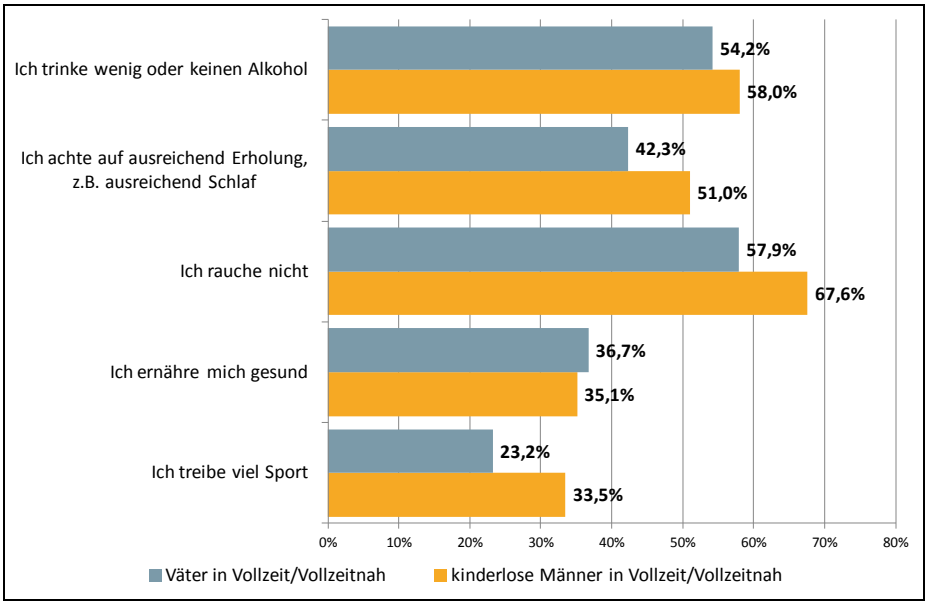
Auch hier kann der Vergleich der erwerbstätigen Väter mit den Kinderlosen Hinweise geben (Abbildung 38).

Tatsächlich weisen die Väter fast durchgängig etwas schlechtere Ergebnisse auf als die kinderlosen Männer. Die Kinderlosen geben häufiger 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 33), 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 38: 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.

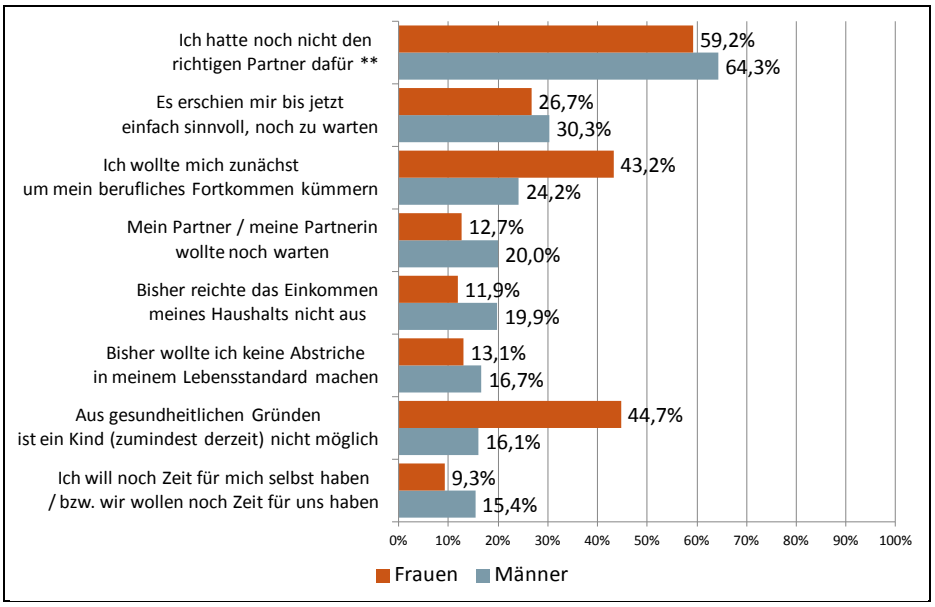
Demgegenüber soll in Bezug auf die Kinderlosen ermittelt werden, welche Rolle die antizipierte Mehrfachbelastung aus Beruf und Familie sowie mögliche Karrierehemmnisse durch Kinder für die Entscheidung für oder gegen Kinder spielt.

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 39: Gründe dafür, "dass Sie bisher kein Kind bekommen haben" (Alter 35 bis 40) [27]



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.

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

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.

Bei Frauen an zweiter Stelle: gesundheitliche Gründe

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

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

gere Rolle. Dies ist ein starkes Indiz dafür, dass sich Frauen mehr als Männer um den "wohlstrukturierten Lebenslauf" kümmern.

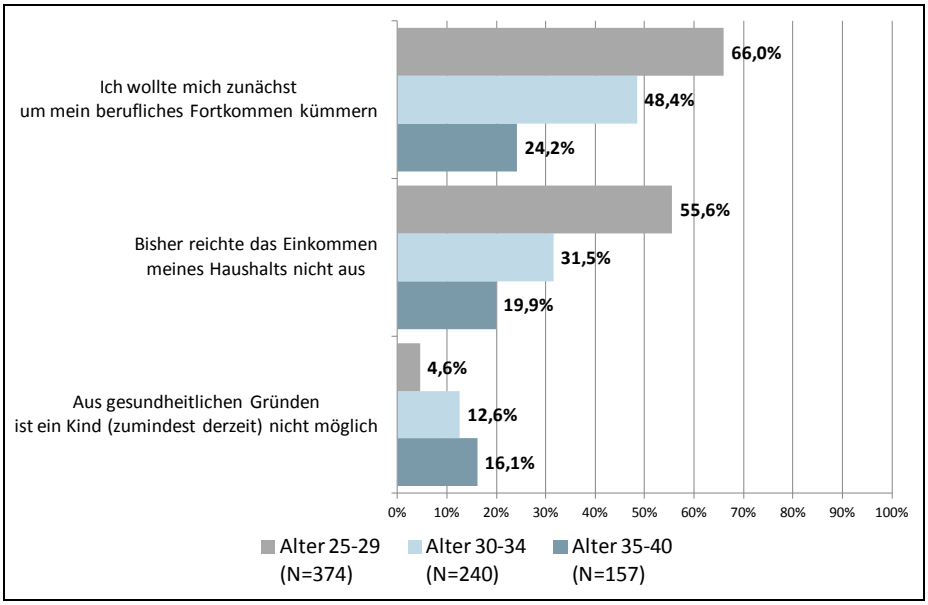
Sieht man von der Angabe "es erschien mir einfach sinnvoll zu warten" ab (ein Grund der sehr stark mit anderen korreliert), spielen alle anderen Gründe nur eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. Einzig bei Männern wäre der Grund des nicht ausreichenden Haushaltseinkommens noch zu nennen (19,9 Prozent).

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".

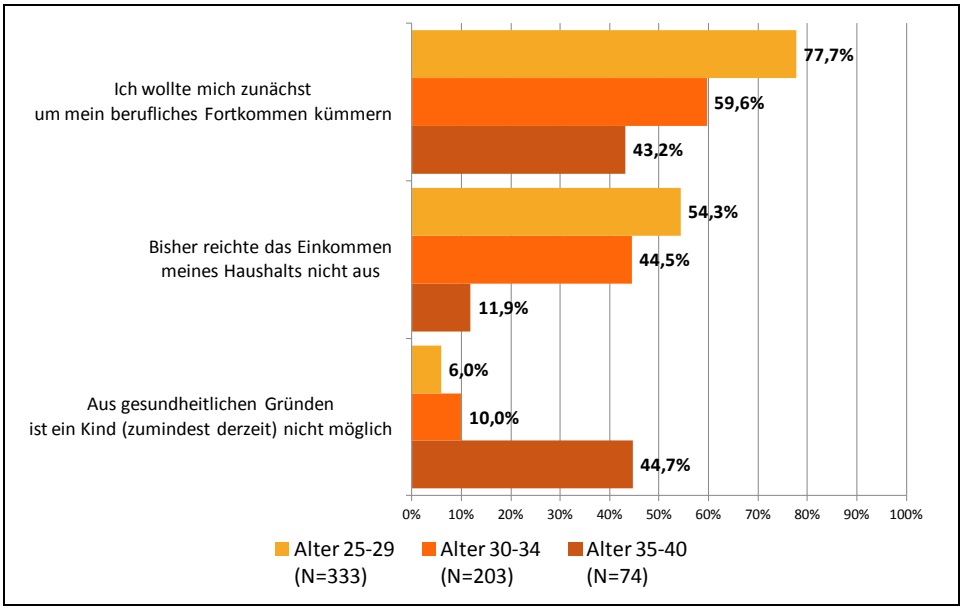
Diese drei Gründe werden daher nach Altersgruppen getrennt betrachtet, um herauszuarbeiten, welche Gründe für die älteste Altersgruppe der 35- bis 40-Jährigen spezifisch sind.

Abbildung 40: 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 41: Bei Frauen: ausgewählte Gründe für bisherige Kinderlosigkeit nach Alter



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

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

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 40).

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.

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

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).

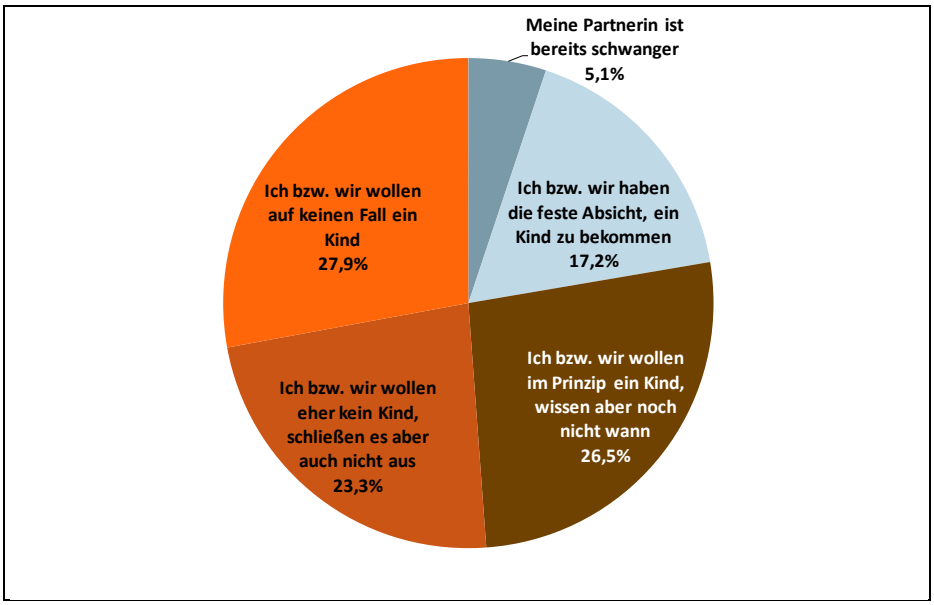
Grund für bisherige Kinderlosigkeit: Aus gesundheitlichen Gründen

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).[28]

[28] 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.

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).

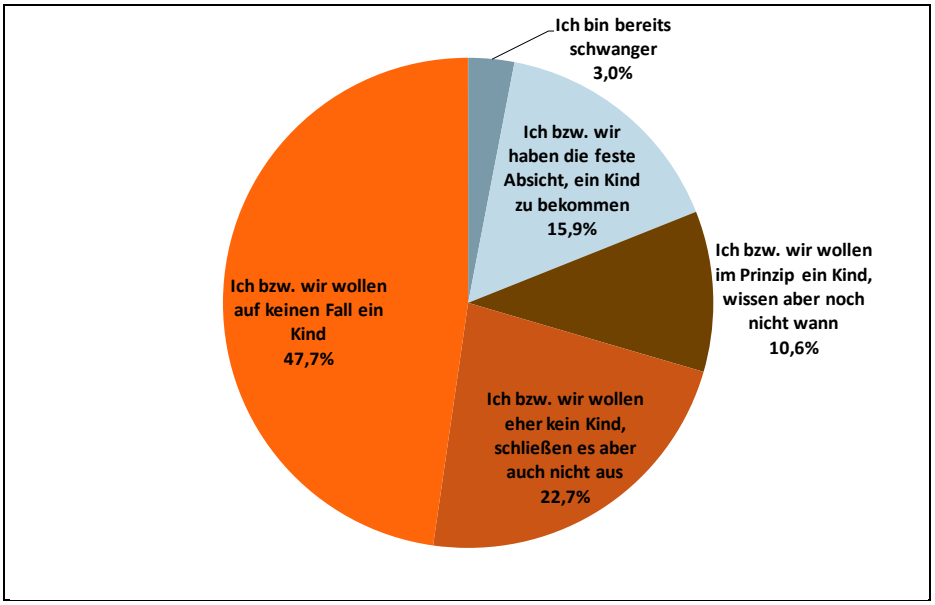
Abbildung 42: Absicht für Elternschaft bei Männern im Alter 35 bis 40



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.

Abbildung 43: Absicht für Elternschaft bei Frauen im Alter 35 bis 40

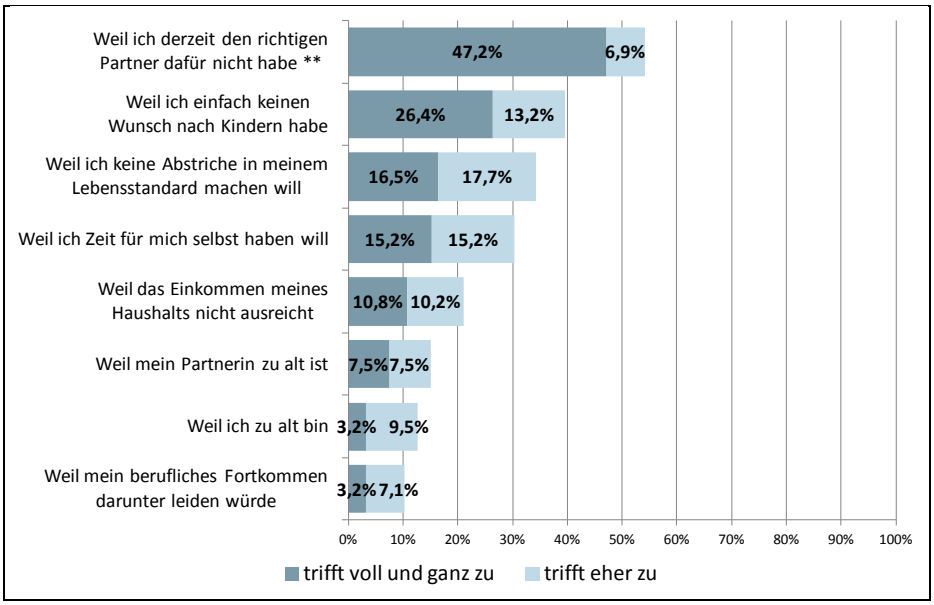


Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=132. Fragewortlaut: "Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie ein Kind bekommen?"

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.

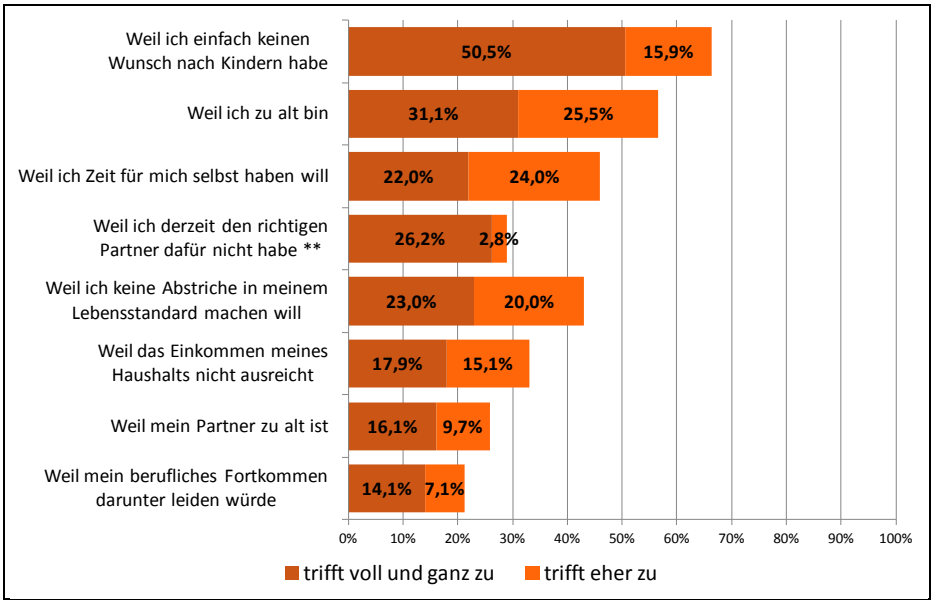
Abbildung 44: Männer: Gründe dafür, (derzeit) kein Kind zu bekommen (Alter: 35-40)



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 45: 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.

3.5 Angebote des Arbeitgebers

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

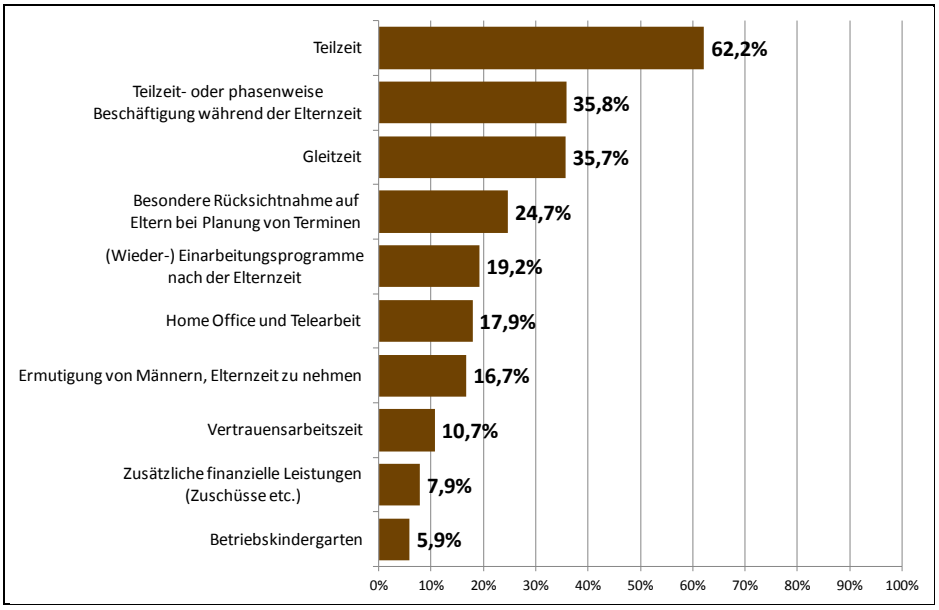
Neben familienpolitischen Maßnahmen und öffentlicher Infra- und Betreuungsstruktur sind es vor allem die Arbeitgeber, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erleichtern können. Im Rahmen des "Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit 2013" wurden 2012 1.556 Unternehmen mittels einer Onlinebefragung 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).

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.

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

Die Befragung lehnt sich an die Systematik dieser Umfrage an und fragte Beschäftigte in Bezug auf eine Reihe von Maßnahmen, ob ihr Arbeitgeber diese anbieten und sie diese nutzen können (Abbildung 46 und Abbildung 47).

Abbildung 46: Anteil der Eltern, die Maßnahmen des Arbeitgebers in Anspruch nehmen können

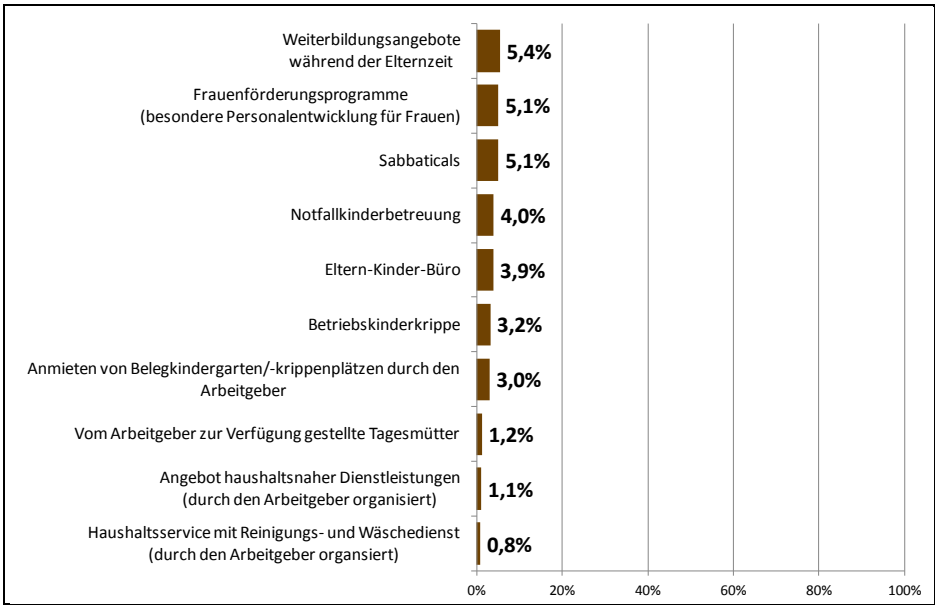


Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=1.082. Antwortmöglichkeit: "Ja, mein Arbeitgeber bietet dies an und ich kann es nutzen"

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

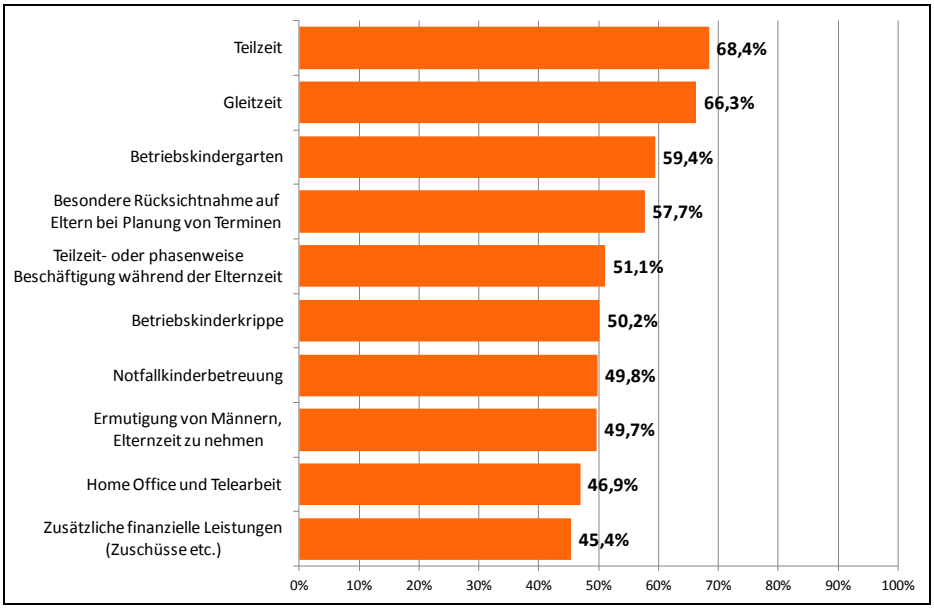


Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=1.082. Antwortmöglichkeit: "Ja, mein Arbeitgeber bietet dies an und ich kann es nutzen"

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 47 dargestellt.

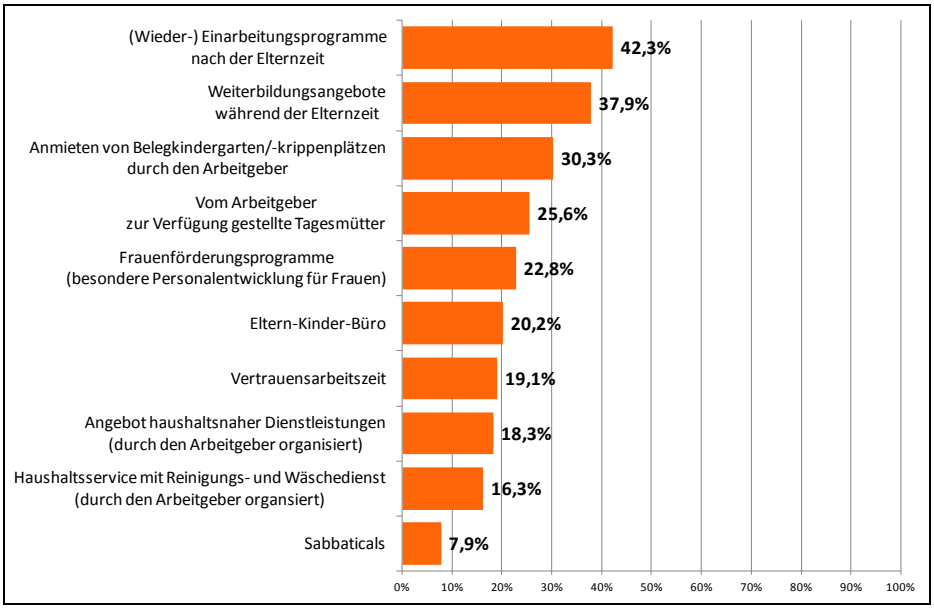
Bieten Unternehmen die richtigen Maßnahmen an, um Familienfreundlichkeit zu verbessern? Um zu dieser Frage einen Beitrag leisten zu können, wurde den Befragten derselbe Katalog an Maßnahmen vorgelegt, wobei sie bewerten sollten, ob die jeweiligen Maßnahmen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern würden (Abbildung 48 und Abbildung 49).

Abbildung 48: Diese Möglichkeit erleichtert es, Familie und Beruf zu vereinbaren



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

Abbildung 49: Diese Möglichkeit erleichtert es, Familie und Beruf zu vereinbaren



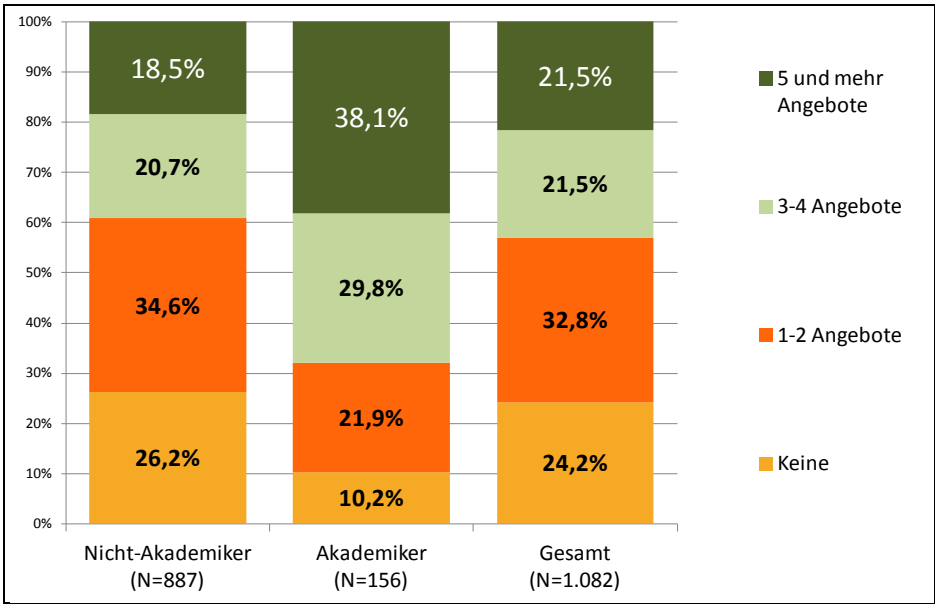
Quelle: IGES nach Befragungsdaten (repräsentative Bevölkerungsbefragung) der DAK-Gesundheit 2013. N=1.082

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 Betriebskindergrippe 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 50: 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".

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

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 Angebote zur Verfügung, einem Nicht-Akademiker nur 2,5 Angebote.[29]

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.

[29] 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 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 Auszählungen 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.

3.6 Schwerpunktthema Rushhour des Lebens

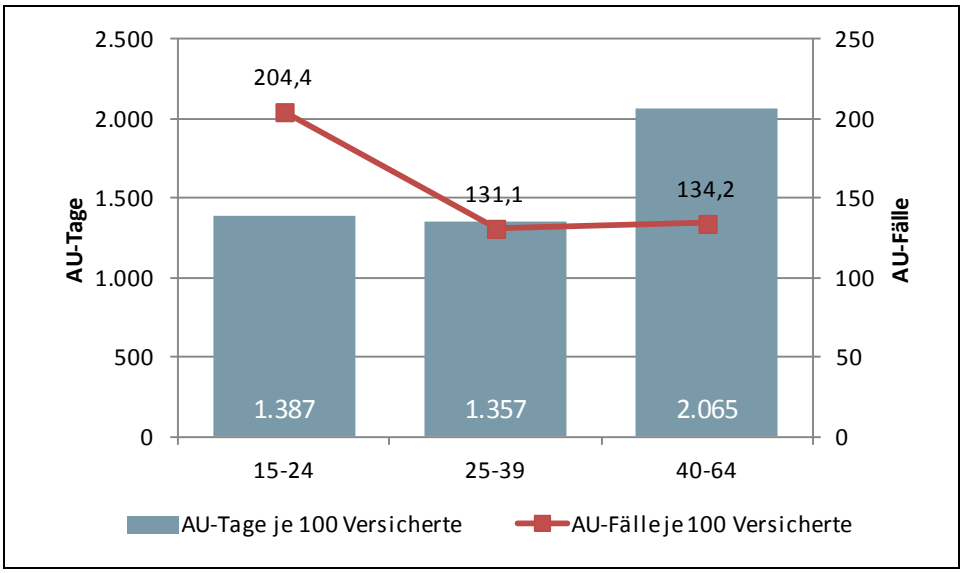
Die Altersgruppe der 25- bis 40-Jährigen in Mecklenburg-Vorpommern

Auch in Mecklenburg-Vorpommern stellt sich die Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen als die Altersgruppe mit den wenigsten Fehltagen dar. Abbildung 51 zeigt, dass auf 100 Versicherte in dieser Altersgruppe nur 1.357 Fehltage entfielen. Das sind deutlich weniger Fehltage als bei den 40- bis 64-Jährigen (2.065 Fehltage je 100 Versichertenjahre), und auch etwas weniger als bei der jüngeren Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren (1.387 Fehltage je 100 Versichertenjahre).

Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle liegt bei den 25- bis 39-Jährigen mit 131,1 Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versichertenjahre deutlich unter der der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen (204,0 Fälle je 100 VJ). Die 40- bis- 60-Jährigen haben in Mecklenburg-Vorpommern nur geringfügig mehr AU-Fälle (134,2 Fälle je 100 VJ) als die mittlere Altersgruppe.

Somit zeichnet sich das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der 25-39-Jährigen auch in Mecklenburg-Vorpommern durch eine gegenüber den älteren deutlich geringere Anzahl Fehltage und gegenüber den jüngeren Altersgruppen deutlich geringere Fallzahl aus.

Abbildung 51: Arbeitsunfähigkeitstage der 25- bis 39-Jährigen im Vergleich zu den jüngeren und älteren Altersgruppen in Mecklenburg-Vorpommern

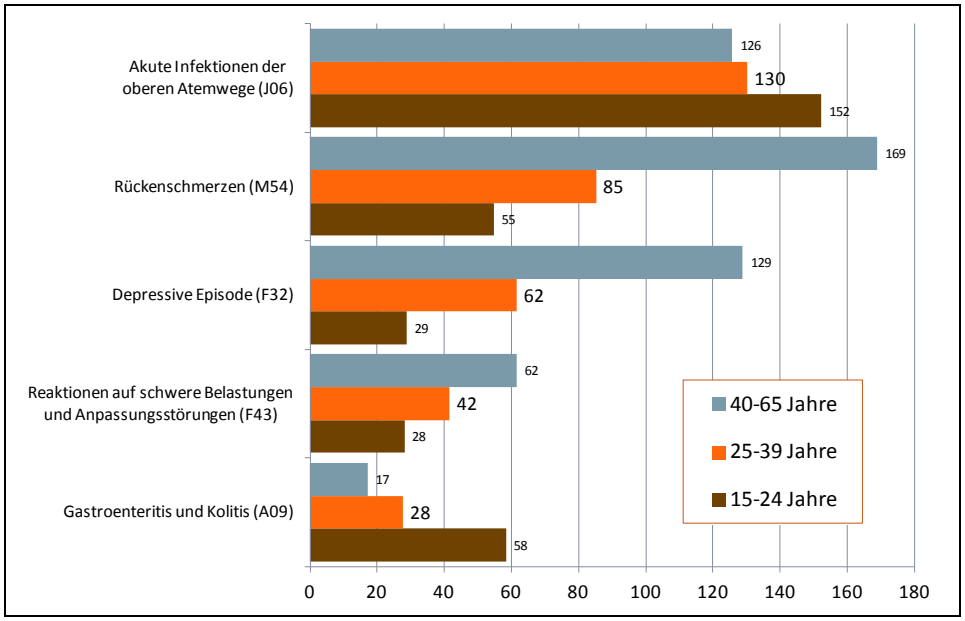


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

In Abbildung 52 ist das Fehltagevolumen je 100 Versichertenjahre für die in der Altersgruppe 25 bis 39 wichtigsten Erkrankungsgruppen dargestellt. Die meisten Fehltage entfallen demnach in dieser Altersgruppe auf akute Infektionen der oberen Atemwege (130 AU-Tage je 100 VJ), gefolgt von Rückenschmerzen (85 AU-Tage je 100 VJ). Bei den Akuten Infektionen der oberen Atemwege haben die Jüngeren Erwerbstätigen (15 bis 24 Jahre) deutlich mehr Fehltage, bei den Rü-

ckenschmerzen sind es die 40- bis 65-Jährigen, die deutlich mehr Fehltage haben als die 25- bis 39-Jährigen.

Abbildung 52: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre der 25- bis 39-Jährigen in Mecklenburg-Vorpommern, die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen

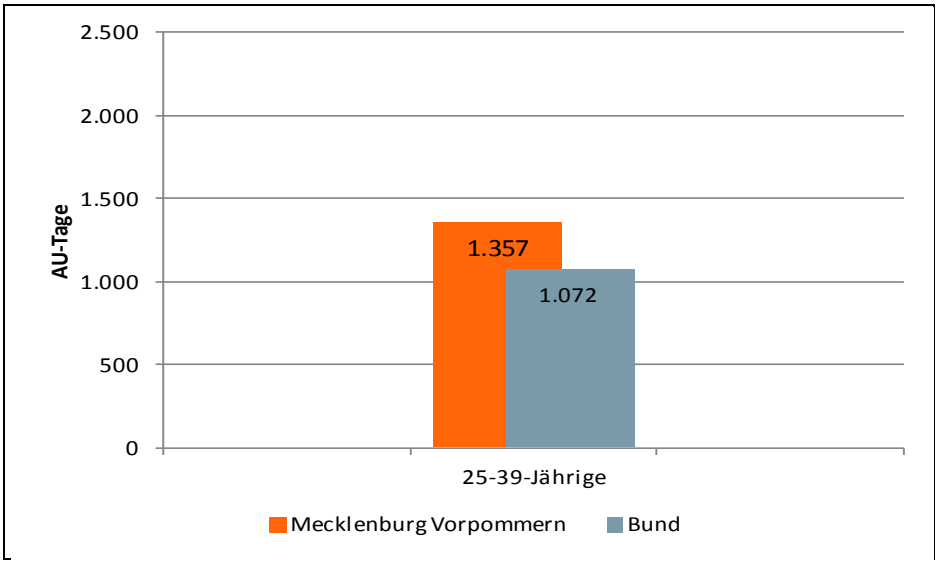


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013; beobachtete Werte

Auf Platz drei der Ursachen für Fehlzeiten gemessen am Fehltagevolumen bei den 25- bis 39-Jährigen in Mecklenburg-Vorpommern kommen die Depressionen, Platz vier die Anpassungsstörungen und auf Platz fünf die Gastroenteritis und Kolitis.

Vergleicht man die Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen in Mecklenburg-Vorpommern mit derselben Altersgruppe im Bund, so zeigt sich, wie in Abbildung 53 dargestellt, dass diese Altersgruppe in Mecklenburg-Vorpommern mehr Fehltage aufweist (1.357 Fehltage je 100 Versichertenjahre gegenüber 1.072 im Bund).

Abbildung 53: AU-Tage je 100 Versichertenjahre der 25- bis 39-Jährigen in Mecklenburg-Vorpommern gegenüber dem Bund

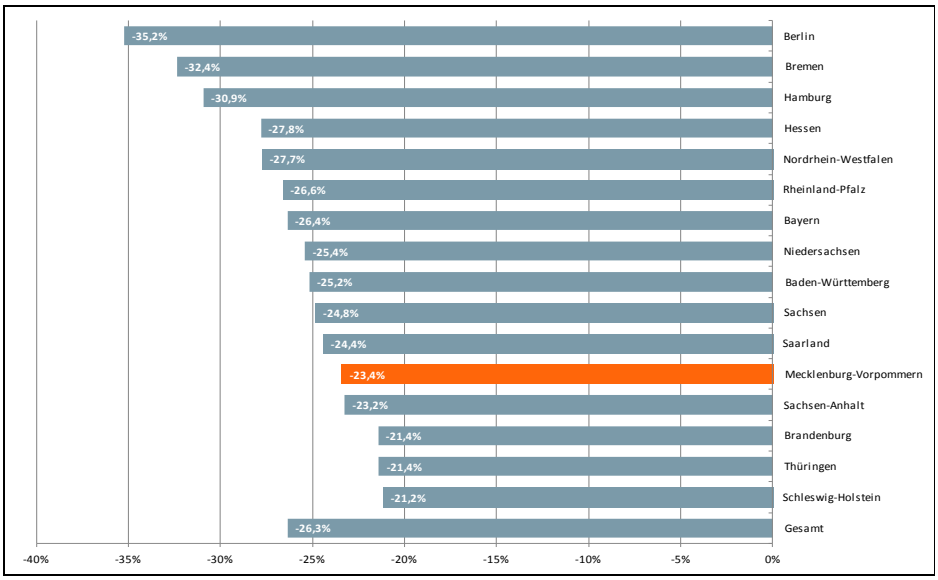


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Mecklenburg-Vorpommern: 25- bis 39-Jährige haben 23,4 Prozent weniger Fehltage als im Landesdurchschnitt

Tatsächlich weicht zwar die Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen in jedem Bundesland hinsichtlich des Fehltagevolumens deutlich nach unten ab von ihrem jeweiligen Landesdurchschnitt, die Höhe der Abweichung variiert dabei allerdings innerhalb der Bundesländer deutlich. Die stärkste Abweichung findet sich in Berlin. Hier verzeichnen die 25- bis 39-Jährigen 35,2 Prozent weniger Fehltage als im Landesdurchschnitt. Im Bund sind es 26,3 Prozent weniger Fehltage als im DAK-Gesamtdurchschnitt und in Mecklenburg-Vorpommern 23,4 Prozent. Das heißt die Abweichung liegt hier unter dem Bundesdurchschnitt (vgl. Abbildung 54).

Abbildung 54: Abweichung der AU-Tage der 25- bis 39-Jährigen gegenüber dem Gesamtwert der 15-64-Jährigen nach Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Der Blick auf die Arbeitsunfähigkeitszahlen stellt demnach auch in Mecklenburg-Vorpommern die Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen als eine sehr „gesunde“ Altersgruppe dar. Diese Bild bestätigt sich auch beim Blick auf die ambulanten Behandlungsfälle.

Tabelle 8 zeigt die Behandlungsquoten, das heißt den Teil der Erwerbstätigen, die 2012 mindestens einmal von einem niedergelassenen Arzt behandelt wurden.

25- bis 39-Jährige Erwerbstätige in Mecklenburg-Vorpommern haben die niedrigste Behandlungsquote im Bundesland

Insgesamt haben die 25- bis 39-Jährigen mit einer Behandlungsquote von 88 Prozent die niedrigste Quote im Altersvergleich. Diese liegt in Mecklenburg-Vorpommern unter der Behandlungsquote dieser Altersgruppe im Bund. (Mecklenburg-Vorpommern 88 Prozent, Bund 90 Prozent).

Die niedrige Behandlungsquote in Mecklenburg-Vorpommern wird durch eine niedrige Behandlungsquote bei Männern verursacht (Männer in Mecklenburg-Vorpommern 78 Prozent Behandlungsquote; Bund Männer 82 Prozent).

Tabelle 8: Behandlungsquoten der Erwerbstätigen im Alter von 25-39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren und älteren Erwerbstätigen[30] in Mecklenburg-Vorpommern

	Erwerbstätige unter 25 Jahren	Erwerbstätige im Alter von 25-39 Jahren	Erwerbstätige ab 40 Jahren
Insgesamt	91%	88%	93%
Männer	85%	78%	86%
Frauen	98%	96%	96%

Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2012

Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Diagnosehäufigkeit in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen in Mecklenburg-Vorpommern. Zum Vergleich sind daneben die häufigsten Arbeitsunfähigkeitsursachen als Betroffenenquote ausgewiesen.

Demnach hatten in Mecklenburg-Vorpommern die 25- bis 39-Jährigen Erwerbstätigen zum Beispiel zu 46,3 Prozent eine ambulante ärztliche Behandlung wegen einer Erkrankung des Atmungssystems und 22,2 Prozent eine Arbeitsunfähigkeit aus diesem Grund. Nicht jede Behandlung mit dieser Diagnose führt demnach zu einer Arbeitsunfähigkeit.

[30] Beobachtete Werte.

Tabelle 9: Diagnosehäufigkeiten der Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zur AU-Betroffenenquote in Mecklenburg-Vorpommern

Rang	Ambulante Diagnosehäufigkeit		Rang	AU-Betroffenenquote	
1	Atmungssystem	46,3%	1	Atmungssystem	22,2%
2	Muskel-Skelett-System	39,9%	2	Verdauungssystem	10,4%
3	Urogenitalsystem	39,7%	3	Muskel-Skelett-System	10,3%
4	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	32,4%	4	Infektionen	8,7%
5	Nerven, Augen, Ohren	28,7%	5	Verletzungen	8,1%
6	Psychische Erkrankungen	28,3%	6	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	5,2%
7	Infektionen	24,9%	7	Psychische Erkrankungen	5,0%
8	Haut	23,8%	8	Nerven, Augen, Ohren	3,9%
9	Verletzungen	22,3%	9	Urogenitalsystem	2,6%
10	Verdauungssystem	21,5%	10	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2,2%
11	Kreislaufsystem	20,3%	11	Kreislaufsystem	2,0%
12	Ernährung und Stoffwechsel	19,7%	12	Haut	1,5%
13	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	17,0%	13	Neubildungen	1,2%
14	Neubildungen	12,8%	14	Ernährung und Stoffwechsel	0,5%

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

Welche Einzeldiagnosen hinter den Behandlungsfällen stehen, zeigen die beiden nachfolgenden Tabellen getrennt für Frauen (Tabelle 10) und Männer (Tabelle 11).

Tabelle 10: Mecklenburg-Vorpommern: Die 20 häufigsten Behandlungsdiagnosen bei erwerbstätigen Frauen im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren und älteren Erwerbstätigen

Rang	Titel	Alter 15-24	Alter 25-39	Alter 40-65
1	Z30: Kontrazeptive Maßnahmen	78,4%	70,2%	33,5%
2	Z12: Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	50,6%	57,1%	53,9%
3	N89: Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	36,3%	34,0%	22,2%
4	Z01: Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	32,2%	30,2%	41,4%
5	M54: Rückenschmerzen	22,2%	24,7%	38,3%
6	J06: Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	30,8%	22,0%	15,5%
7	N94: Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	26,5%	16,0%	8,5%
8	R10: Bauch- und Beckenschmerzen	20,9%	15,7%	12,1%
9	F45: Somatoforme Störungen	13,3%	15,0%	18,9%
10	N92: Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	14,1%	12,6%	9,6%
11	N91: Ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation	11,5%	12,4%	4,5%
12	M99: Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	10,4%	11,4%	15,1%
13	N76: Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	11,5%	11,0%	8,3%
15	F43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	9,8%	9,6%	9,9%
16	O09: Schwangerschaftsdauer	5,8%	9,6%	0,3%
14	J30: Vasomotorische und allergische Rhinopathie	7,6%	9,2%	8,5%
17	Z34: Überwachung einer normalen Schwangerschaft	5,5%	9,2%	0,2%
18	L70: Akne	13,6%	9,0%	2,4%
19	F32: Depressive Episode	6,2%	9,0%	15,3%
20	J03: Akute Tonsillitis	10,9%	9,0%	3,6%

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

Tabelle 11: Mecklenburg-Vorpommern: Die 20 häufigsten Behandlungsdiagnosen bei erwerbstätigen Männern im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren und älteren Erwerbstätigen

Rang	Titel	Alter 15-24	Alter 25-39	Alter 40-65
1	M54: Rückenschmerzen	14,8%	18,9%	29,4%
2	J06: Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	24,9%	16,2%	9,9%
3	I10: Essentielle (primäre) Hypertonie	5,5%	10,1%	43,3%
4	A09: Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	15,3%	8,3%	3,4%
5	K52: Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	14,6%	7,5%	3,2%
6	M99: Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	6,0%	7,3%	9,4%
7	J30: Vasomotorische und allergische Rhinopathie	7,1%	6,0%	4,5%
8	T14: Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	8,7%	5,6%	5,0%
9	J03: Akute Tonsillitis	9,4%	5,3%	2,1%
10	M25: Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5,4%	5,1%	7,6%
11	Z27: Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	4,4%	5,0%	5,6%
12	K29: Gastritis und Duodenitis	7,0%	5,0%	6,6%
13	J40: Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	6,2%	4,7%	4,3%
14	F45: Somatoforme Störungen	4,6%	4,4%	7,9%
15	H52: Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	5,0%	4,3%	14,1%
16	J45: Asthma bronchiale	5,2%	4,3%	3,0%
17	B34: Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	7,3%	4,3%	2,4%
18	J20: Akute Bronchitis	5,7%	4,2%	4,0%
19	J02: Akute Pharyngitis	5,9%	4,0%	2,1%
20	F43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4,4%	3,9%	4,0%

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

Tabelle 12 (Frauen) und Tabelle 13 (Männer) stellen die 20 häufigsten Arzneimittelverordnungen bei Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren dar – wiederum im Vergleich zu jüngeren und älteren Erwerbstätigen. Diese Daten komplettieren das Bild der gesundheitlichen Lage der „Rushhour-Altersgruppe“ auf Basis der Daten der DAK-Gesundheit.

Tabelle 12: Frauen in Mecklenburg-Vorpommern – 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

		Erwerbstätige im Alter 15-24		Erwerbstätige im Alter 25-39		Erwerbstätige im Alter 40-64	
ATC	**Bezeichnung**	**VO-Quoten**	**DDD je Vs. mit VO**	**VO-Quoten**	**DDD je Vs. mit VO**	**VO-Quoten**	**DDD je Vs. mit VO**
M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	18,3%	24,5	18,8%	28,6	29,4%	55,0
J01F	Makrolide, Lincosamide und Streptogramine	18,8%	8,5	15,6%	8,8	14,2%	8,6
J01D	Andere Beta-Lactam-Antibiotika	10,8%	10,8	10,6%	11,5	8,0%	11,8
N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	10,4%	9,8	9,8%	10,8	12,8%	18,0
J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	10,4%	13,6	8,7%	13,1	5,0%	13,0
J01M	Chinolone	10,1%	5,9	8,2%	6,1	9,3%	6,4
H03A	Schilddrüsenpräparate	3,6%	141,0	7,4%	178,6	14,4%	213,2
A02B	Mittel bei peptischem Ulkus/gastro-esophagealer Refluxkrankheit	5,5%	70,0	6,9%	153,9	15,3%	243,3
D07A	Corticosteroide, rein	6,3%	68,9	6,7%	59,5	7,6%	60,0
A03F	Prokinetika	8,1%	6,4	5,2%	8,2	4,8%	15,8
N06A	Antidepressiva	3,0%	105,1	5,1%	214,4	10,5%	218,6
R03A	Inhalative Sympathomimetika	3,9%	102,5	4,4%	116,3	4,6%	140,1
C07A	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	2,3%	66,3	4,3%	102,8	22,3%	174,5
J01A	Tetracycline	5,4%	19,9	4,1%	19,7	3,6%	22,3
R05D	Antitussiva, exkl. Kombinationen mit Expektoranzien	3,7%	5,0	3,7%	4,9	3,9%	5,2
H02A	Corticosteroide, systemisch, rein	1,8%	59,6	3,6%	78,5	7,2%	80,1
G01A	Antiinfektiva und Antiseptika, exkl. Kombinationen mit Corticosteroiden	3,1%	3,9	3,5%	5,2	1,5%	5,3
R01A	Dekongestiva und andere Rhinologika zur topischen Anwendung	3,1%	42,3	3,5%	48,9	3,6%	59,2
V07A	Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel	2,2%	0,0	3,4%	0,0	3,1%	0,2
V70X	Rezepturen	2,0%	0,0	2,9%	0,0	3,7%	0,0

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

Tabelle 13: Männer in Mecklenburg-Vorpommern – 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

		Erwerbstätige im Alter 15-24		Erwerbstätige im Alter 25-39		Erwerbstätige im Alter 40-64	
ATC	**Bezeichnung**	**VO-Quoten**	**DDD je Vs. mit VO**	**VO-Quoten**	**DDD je Vs. mit VO**	**VO-Quoten**	**DDD je Vs. mit VO**
M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	16,2%	20,2	19,4%	27,7	27,6%	50,8
J01F	Makrolide, Lincosamide und Streptogramine	11,6%	7,9	10,2%	8,5	9,1%	8,6
N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	6,4%	7,2	7,3%	8,4	9,1%	17,1
J01D	Andere Beta-Lactam-Antibiotika	6,5%	11,4	6,0%	11,9	5,2%	13,0
A02B	Mittel bei peptischem Ulkus/gastro-esophagealer Refluxkrankheit	3,0%	108,4	5,8%	185,2	14,2%	295,3
J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	6,8%	12,9	5,6%	12,6	3,7%	12,0
J01M	Chinolone	2,9%	7,6	3,9%	7,2	5,4%	7,9
D07A	Corticosteroide, rein	3,7%	60,7	3,5%	80,1	5,3%	72,2
C09A	ACE-Hemmer, rein	1,8%	420,3	3,2%	530,5	16,8%	671,8
A03F	Prokinetika	5,5%	6,7	3,2%	6,8	2,6%	13,8
R03A	Inhalative Sympathomimetika	3,0%	88,5	3,2%	188,5	3,2%	198,9
C07A	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	0,9%	95,2	3,1%	145,2	19,8%	198,4
J01A	Tetracycline	3,5%	23,9	2,8%	22,3	2,9%	25,6
H02A	Corticosteroide, systemisch, rein	2,0%	79,7	2,6%	76,1	5,6%	78,9
R01A	Dekongestiva und andere Rhinologika zur topischen Anwendung	1,6%	37,2	2,4%	48,2	2,2%	70,9
N06A	Antidepressiva	1,4%	127,1	2,2%	240,9	4,2%	225,3
M03B	Muskelrelaxanzien, zentral wirkende Mittel	1,0%	29,4	2,0%	14,5	2,7%	20,6
S01A	Antiinfektiva	1,9%	23,5	1,9%	28,5	2,1%	24,4
V70X	Rezepturen	1,5%	0,0	1,7%	0,0	2,4%	0,0
R05D	Antitussiva, exkl. Kombinationen mit Expektoranzien	2,0%	4,9	1,7%	4,9	2,4%	5,3

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

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.
- 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).
- Die Altersgruppe 25-40 in der „Rushhour des Lebens“ stellt sich in Mecklenburg-Vorpommern etwas unterschiedlich zu den Bundestrends dar. Während auf Bundesebene in Bezug auf Work-Life Balance sowie Gesundheitshandeln und Prävention festgestellt wurde, dass erwerbstätige Eltern im Großen und Ganzen nicht schlechter dastehen als Kinderlose, zeigen sich in Mecklenburg-Vorpommern häufiger Nachteile der Eltern auf

beiden Themenfeldern. Die Kinderlosen orientieren sich in ihrer Lebensplanung allerdings ebenso wie im Bund an den Dimensionen Kinder **und** Karriere.

- Arbeitgeber in Mecklenburg-Vorpommern tragen offenbar bereits einen Teil dazu bei, Familie und Beruf besser zu vereinbaren. Erwerbstätige Eltern wünschen sich jedoch sehr viel mehr Angebote zur Kinderbetreuung als Betriebe bisher zur Verfügung stellen.

4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede

Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern lag 2013 mit 4,9 Prozent deutlich über dem Niveau des bundesweiten DAK-Krankenstandes von 4,0 Prozent. Im Folgenden sollen mögliche bundeslandspezifische Ursachen für den Krankenstand näher analysiert werden.

4.1 Wie können bundeslandspezifische Unterschiede im Krankenstand zustande kommen?

Regionale Abweichungen der Krankenstände vom Bundesdurchschnitt

Auf der Landkarte der Krankenstände der DAK-Gesundheit (Abbildung 4) sind teilweise deutliche regionale Abweichungen zum Bundesdurchschnitt erkennbar: Insbesondere Brandenburg und Sachsen-Anhalt liegen im Jahr 2013 mit einem Krankenstand von 5,0 Prozent bzw. 4,9 Prozent deutlich über dem Wert von Bayern der mit nur 3,4 Prozent deutlich unter dem DAK-Bundesdurchschnitt liegt.

Einfluss von Alter und Geschlecht wird ausgeschaltet

Aber: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand

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

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

Abweichende Wirtschaftsstruktur kann Auswirkungen auf das Krankenstands-niveau haben

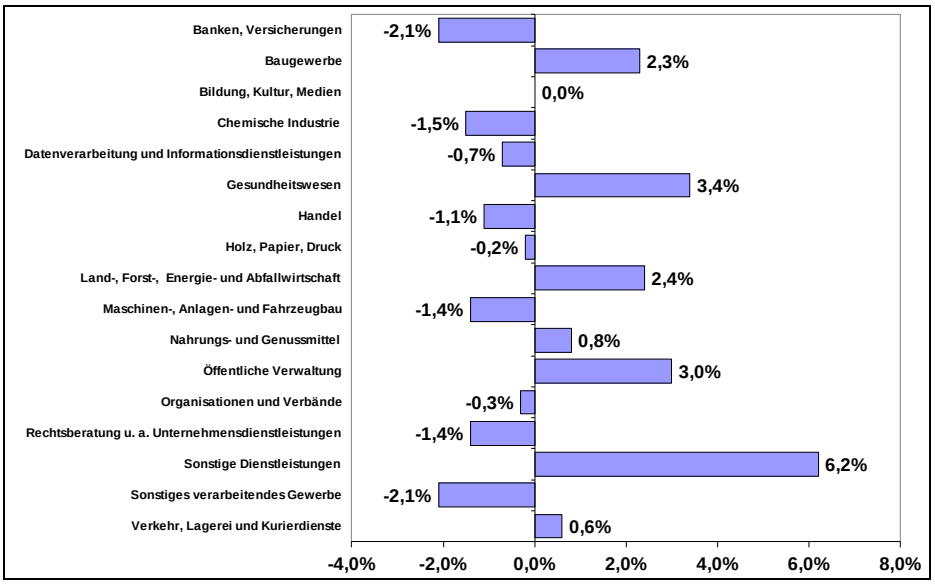
Beispielsweise zeigen die bundesweiten Zahlen der DAK, dass Beschäftigte in Wirtschaftszweigen, wie etwa den Öffentlichen Verwaltungen oder dem Gesundheitswesen erheblich höhere Krankenstände haben als Beschäftigte, die bei Banken und Versicherungen oder in der Rechts- und Wirtschaftsberatung arbeiten.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

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

4.2 Die Wirtschaftsstruktur der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Zunächst stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Zusammensetzung der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern nach Wirtschaftsgruppen überhaupt nennenswert vom DAK-Bundesdurchschnitt abweicht. Abbildung 55 zeigt, welche Unterschiede zum Bundesdurchschnitt beim Anteil von Mitgliedern aus unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen bestehen.

Abbildung 55: Abweichungen in der Verteilung der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern auf Wirtschaftsgruppen 2013 vom DAK-Bundesdurchschnitt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

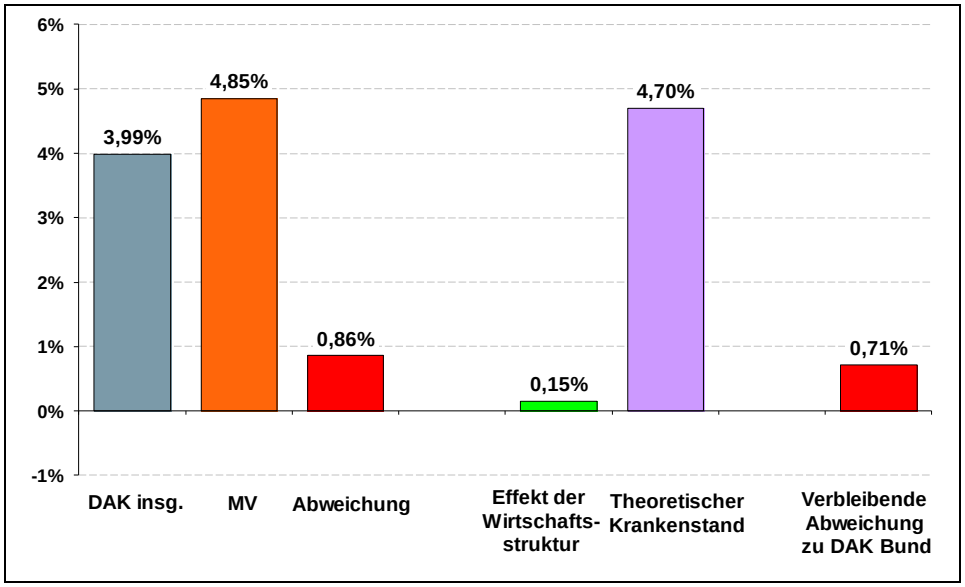
Die Zusammensetzung der Wirtschaftszweige, in denen die Mitglieder der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern beschäftigt waren, zeigt eine gegenüber der DAK-Gesundheit deutlich abweichende Struktur. Die Mitglieder der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern waren im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weniger häufig in den Wirtschaftsgruppen „Banken, Versicherungen“ und „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ beschäftigt. Nennenswert häufiger waren sie demgegenüber in den Wirtschaftsgruppen „Sonstige Dienstleistungen“, „Gesundheitswesen“ und „Öffentliche Verwaltung“ tätig.

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

4.3 Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern

Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf die Höhe des Krankenstandes lässt sich berechnen. Das Ergebnis ist: Die Wirtschaftsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern wirkte sich ungünstig auf den Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit aus.

Abbildung 56: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

Abbildung 56 zeigt den Krankenstandsunterschied zwischen Mecklenburg-Vorpommern und dem Bund gesamt:

Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern wird durch die Wirtschaftsstruktur beeinflusst

Der Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern liegt um 0,86 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt. Der Effekt der Wirtschaftsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern beträgt 0,15 Prozentpunkte. Das bedeutet, dass 0,15 Prozentpunkte des Krankenstandes in Mecklenburg-Vorpommern, durch eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt "ungünstigere" Wirtschaftsstruktur bedingt sind.

Für einen fairen Vergleich muss der bereinigte Krankenstand in Höhe von 4,70 Prozent herangezogen werden

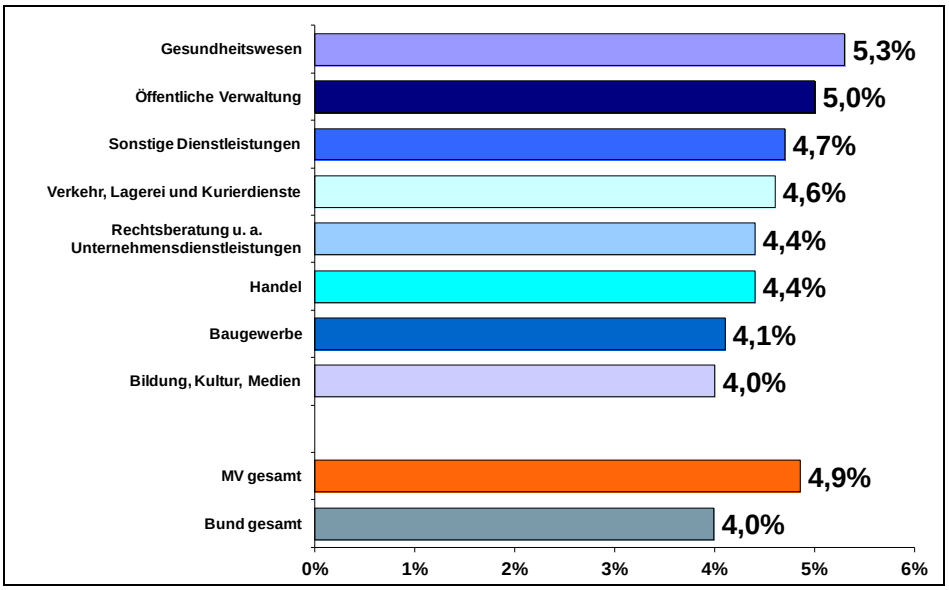
Dem Bundesdurchschnitt müsste man also den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern auf den Krankenstand in Rechnung stellen. Abbildung 56 zeigt den „theoretischen Krankenstand“, der sich ergibt, wenn man den Krankenstandswert um den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur bereinigt. Beim Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt wäre theoretisch also 4,70 Prozent anzusetzen.

5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen

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

Abbildung 57 zeigt die Krankenstände der Branchen, in denen Mitglieder der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern wie auch bundesweit besonders stark vertreten sind. Abbildung 58 zeigt die Zahlen für die übrigen Wirtschaftsgruppen.

Abbildung 57: Krankenstandswerte 2013 in den Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von Mitgliedern der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

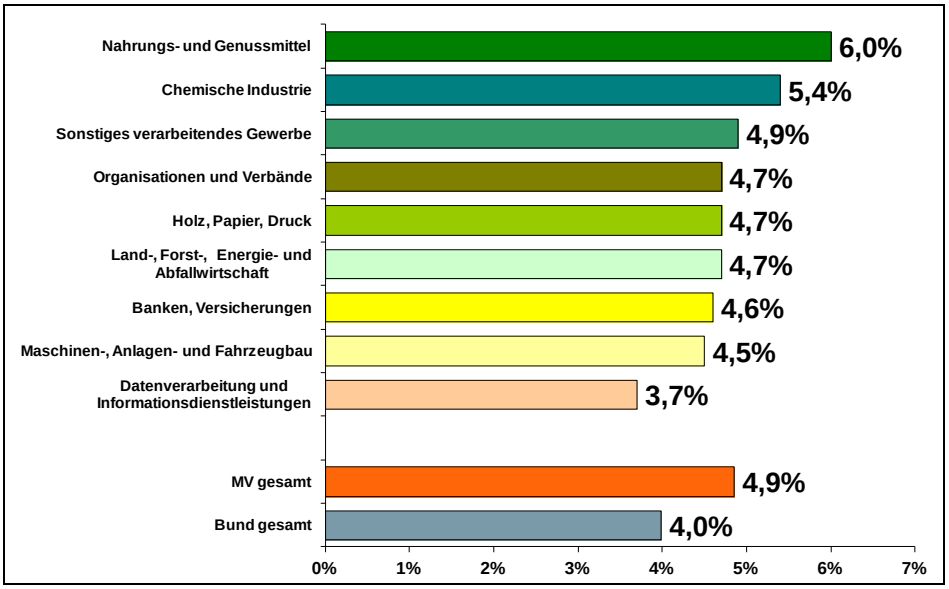
Wirtschaftsgruppe „Gesundheitswesen“ weist in Mecklenburg-Vorpommern den höchsten Krankenstand auf

In Mecklenburg-Vorpommern wies die Wirtschaftsgruppe „Gesundheitswesen“ mit 5,3 Prozent den höchsten Krankenstand unter den wichtigen Branchen auf, gefolgt von „öffentliche Verwaltung“ mit 5,0 Prozent. Beide Krankenstände lagen deutlich über dem Durchschnitt in Mecklenburg-Vorpommern.

Deutlich unter dem Durchschnitt in Mecklenburg-Vorpommern liegen dagegen die Branchen „Sonstige Dienstleistungen“ mit 4,7 Prozent, „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ mit 4,6 Prozent, „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ und „Handel“ mit jeweils 4,4 Prozent sowie „Baugewerbe“ und „Bildung, Kultur, Medien“ mit 4,1 bzw. 4,0 Prozent.

Der hohe Krankenstand in der Branche „Gesundheitswesen“ ist vor allem durch die hohe Fallzahl verursacht; sie beträgt 148 AU-Fälle pro 100 Versicherte, während der Gesamtwert für Mecklenburg-Vorpommern bei 141 Fällen liegt. Die durchschnittliche Falldauer in dieser Wirtschaftsgruppe liegt mit 13,4 Tagen ebenfalls über dem Durchschnitt in Mecklenburg-Vorpommern (12,6 Tage).

Abbildung 58: Krankenstandswerte 2013 in den übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2013

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

6 Schlussfolgerungen und Ausblick

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

Der für Mecklenburg-Vorpommern registrierte Krankenstand liegt mit 4,9 Prozent deutlich über dem Bundesdurchschnitt

- Mecklenburg-Vorpommern liegt mit 4,9 Prozent deutlich über dem bundesweit von der DAK-Gesundheit beobachteten Wert. 2013 ist der Krankenstand gegenüber dem Vorjahr gestiegen.
- Bereinigt man diesen Wert um den Effekt der Wirtschaftsstruktur, ergibt sich ein Krankenstand in Höhe von 4,70 Prozent. Dies ist der Wert, den man für einen fairen Vergleich mit anderen Bundesländern heranziehen sollte.

Eine monokausale Erklärung für die Entwicklung des Krankenstands der Mitglieder der DAK-Gesundheit 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

Betriebliche Gesundheitsförderung kann einem Anstieg des Krankenstandes entgegenwirken.

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

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

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern 2013

Datenbasis: alle in Mecklenburg-Vorpommern lebenden erwerbstätigen Personen, die 2013 Mitglied der DAK-Gesundheit waren

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

Die gesamte Datenbasis für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern umfasst rund 75.600 DAK-Mitglieder, die sich zu 58,0 Prozent aus Frauen und zu 42,0 Prozent aus Männern zusammensetzen. Die DAK-Gesundheit versichert auch in Mecklenburg-Vorpommern sehr viele weibliche Beschäftigte in typischen Frauenberufen (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, Büros, Verwaltungen). Daher der im Vergleich zu anderen Krankenkassen deutlich höhere Frauenanteil.

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

Viele Kennwerte werden „pro 100 Versicherte" angegeben

Nicht alle Mitglieder im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern waren das ganze Jahr über bei der DAK-Gesundheit versichert. Rechnet man die rund 75.600 Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder" um, ergeben sich für das Jahr 2013 etwa 67.670 Versichertenjahre. Viele der Auswertungen zeigen die Krankenstandskennwerte „pro 100 Versicherte". Die korrektere Bezeichnung wäre pro 100 „Versichertenjahre". Im Sinne einer besseren Lesbarkeit verzichten wir jedoch auf diesen Terminus.

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

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

Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen

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

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!

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 Lösung: Altersgruppenweise Vergleiche

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.

Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen

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.

Standardisierung nach Geschlecht und Alter

Dies bedeutet, dass beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsberichten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wurde dazu ab 2013 der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik im Jahr 2010.

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

Aktualisierte Bezugsbevölkerung

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.

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

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

Aktualisierte Bezugsbevölkerung in der Standardisierung

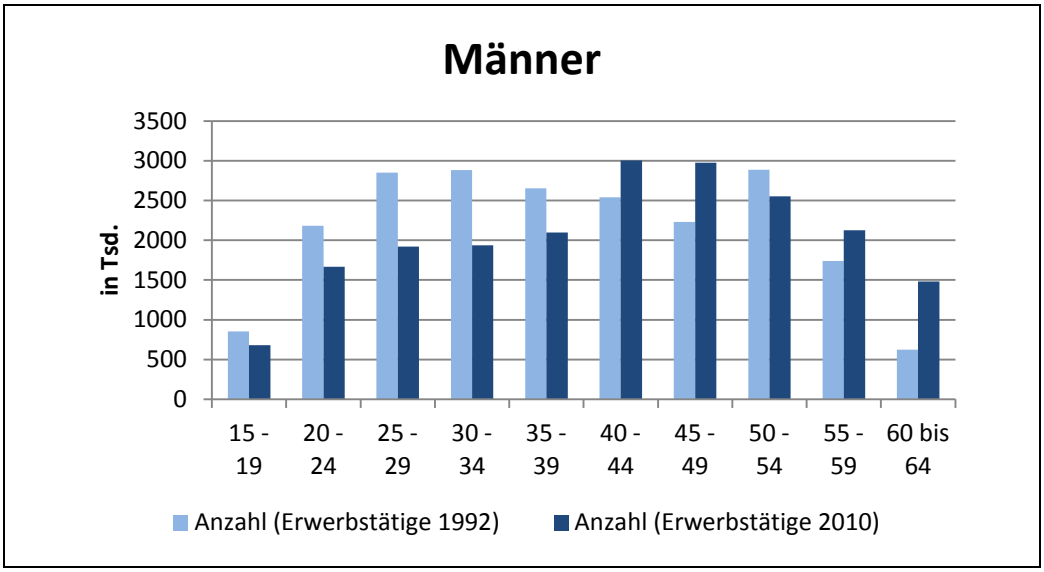
Mit dem Gesundheitsreport 2013 stellt die DAK-Gesundheit gemäß einer Vereinbarung auf Ebene der Ersatzkassen im Standardisierungsverfahren die Bezugsbevölkerung um auf die Erwerbsbevölkerung aus dem Jahr 2010.

Verschiebung hin in die oberen Altersgruppen

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

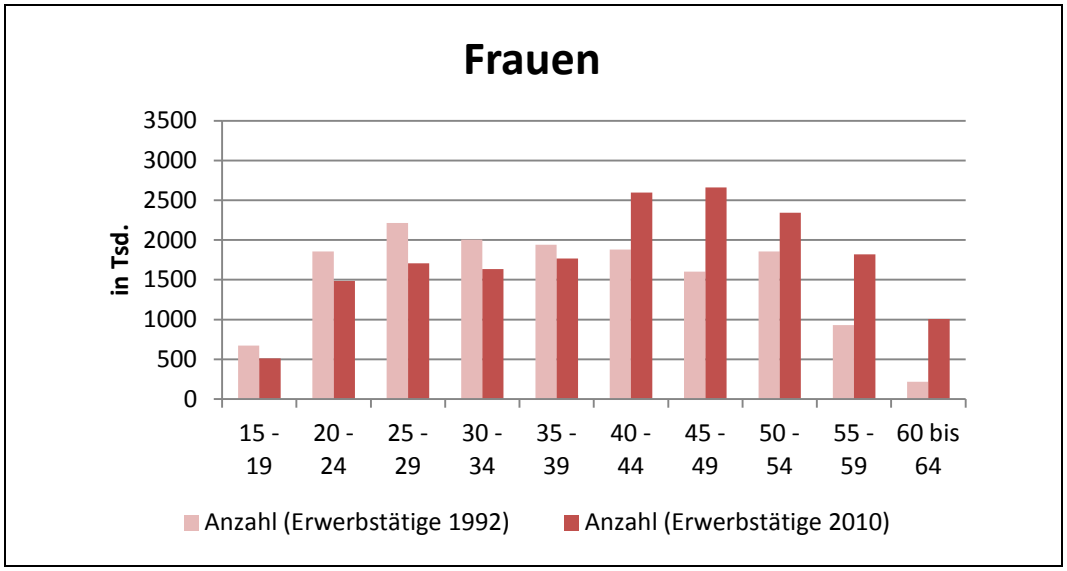
Den stärksten Zuwachs hat dabei die obere Altersgruppe der 60 bis 64-Jährigen erfahren mit einem Plus von 138 Prozent bei Männern und sogar 362 Prozent bei Frauen.

Abbildung 59: Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Männer)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Abbildung 60: Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Frauen)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Hinweise zur Umstellung von ICD 9 auf ICD 10

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

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.

Zurückhaltende Interpretation von Unterschieden vor und nach 2000

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.

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

Hinweise zur Umstellung von ICD 10 auf ICD 10 GM

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

Korrektur um den Einfluss der Wirtschaftsstruktur

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

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern für die Berichtsjahre 2012 und 2013 analysierten AU-Daten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen.

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

Verzeichnis der in Anhang II aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1:	Die wichtigsten Krankheitsarten 2013: DAK-Bund und Mecklenburg-Vorpommern	108
Tabelle A2:	Die wichtigsten Krankheitsarten 2012: DAK-Bund und Mecklenburg-Vorpommern	109
Tabelle A3:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2013: DAK-Bund und Mecklenburg-Vorpommern	110
Tabelle A4:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2012: DAK-Bund und Mecklenburg-Vorpommern	111

Tabelle A1: Die wichtigsten Krankheitsarten 2013: DAK-Gesundheit bundesweit und Mecklenburg-Vorpommern

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre			
			AU-Tage	AU-Fälle	∅ Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Bund	67,7	12,0	5,6	4,6%
		Mecklenburg-Vorpommern	84,3	12,9	6,6	4,8%
C00-D48	Neubildungen	Bund	61,9	1,7	35,7	4,3%
		Mecklenburg-Vorpommern	63,8	2,4	26,0	3,6%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Bund	212,8	6,2	34,2	14,6%
		Mecklenburg-Vorpommern	233,2	7,3	32,0	13,2%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Bund	60,6	5,6	10,9	4,2%
		Mecklenburg-Vorpommern	71,2	6,9	10,4	4,0%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Bund	62,0	3,0	20,8	4,3%
		Mecklenburg-Vorpommern	87,0	4,0	21,5	4,9%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Bund	252,4	38,0	6,6	17,3%
		Mecklenburg-Vorpommern	317,3	40,5	7,8	17,9%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Bund	78,4	12,7	6,2	5,4%
		Mecklenburg-Vorpommern	102,8	18,1	5,7	5,8%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Bund	313,0	17,2	18,2	21,5%
		Mecklenburg-Vorpommern	388,0	21,3	18,3	21,9%
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	Bund	25,6	2,7	9,3	1,8%
		Mecklenburg-Vorpommern	35,9	3,5	10,3	2,0%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Bund	62,0	7,3	8,5	4,3%
		Mecklenburg-Vorpommern	61,8	6,9	9,0	3,5%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Bund	177,1	9,3	19,1	12,2%
		Mecklenburg-Vorpommern	223,7	10,9	20,6	12,6%
A00-Z99	Gesamt	Bund	1.455,8	121,1	12,0	100,0%
		Mecklenburg-Vorpommern	1.771,3	141,1	12,6	100,0%

Tabelle A2: Die wichtigsten Krankheitsarten 2012: DAK-Gesundheit bundesweit und Mecklenburg-Vorpommern

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten-jahre AU-Tage	AU-Fälle	∅ Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken-stand
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Bund	61,4	10,8	5,7	4,4%
		Mecklenburg-Vorpommern	68,9	11,1	6,2	4,0%
C00-D48	Neubildungen	Bund	58,5	1,7	34,1	4,2%
		Mecklenburg-Vorpommern	65,9	2,6	25,6	3,9%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Bund	203,5	6,1	33,2	14,5%
		Mecklenburg-Vorpommern	225,1	7,3	30,8	13,2%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Bund	59,1	5,3	11,1	4,2%
		Mecklenburg-Vorpommern	65,8	6,6	9,9	3,9%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Bund	65,4	3,3	19,9	4,7%
		Mecklenburg-Vorpommern	79,6	4,5	17,8	4,7%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Bund	203,1	30,7	6,6	14,5%
		Mecklenburg-Vorpommern	246,9	32,0	7,7	14,5%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Bund	79,1	12,7	6,2	5,6%
		Mecklenburg-Vorpommern	108,3	18,3	5,9	6,4%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Bund	325,9	17,4	18,7	23,2%
		Mecklenburg-Vorpommern	417,1	21,5	19,4	24,5%
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	Bund	27,1	2,7	9,9	1,9%
		Mecklenburg-Vorpommern	38,2	3,6	10,5	2,2%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Bund	68,6	7,0	9,8	4,9%
		Mecklenburg-Vorpommern	73,8	7,0	10,5	4,3%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Bund	175,7	9,1	19,2	12,5%
		Mecklenburg-Vorpommern	221,7	11,3	19,6	13,0%
A00-Z99	Gesamt	Bund	1.405,3	112,0	12,6	100,0%
		Mecklenburg-Vorpommern	1.700,6	132,2	12,9	100,0%

Tabelle A3: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2013: DAK-Gesundheit bundesweit und Mecklenburg-Vorpommern

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		∅ Tage je AU-Fall	Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (64 - 66)	Bund	1.206,6	114,9	10,5	3,3%
	Mecklenb-Vp	1.676,5	152,3	11,0	4,6%
Baugewerbe (41 - 43)	Bund	1.382,7	110,2	12,5	3,8%
	Mecklenb-Vp	1.509,1	119,5	12,6	4,1%
Bildung, Kultur, Medien (58 - 60, 72, 73, 85, 90 - 93)	Bund	1.123,8	106,4	10,6	3,1%
	Mecklenb-Vp	1.457,1	135,4	10,8	4,0%
Chemische Industrie (19 - 22)	Bund	1.485,1	132,9	11,2	4,1%
	Mecklenb-Vp	1.956,2	136,9	14,3	5,4%
Datenverarbeitung, Informationsdienstleistungen (61 - 63)	Bund	1.102,7	108,0	10,2	3,0%
	Mecklenb-Vp	1.348,7	146,7	9,2	3,7%
Gesundheitswesen (75, 86 - 88)	Bund	1.663,3	126,4	13,2	4,6%
	Mecklenb-Vp	1.933,7	144,7	13,4	5,3%
Handel (45 - 47)	Bund	1.389,0	109,6	12,7	3,8%
	Mecklenb-Vp	1.591,0	122,7	13,0	4,4%
Holz, Papier, Druck (16 - 18)	Bund	1.401,0	122,3	11,5	3,8%
	Mecklenb-Vp	1.726,6	147,9	11,7	4,7%
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01 - 03, 05 - 09, 35 - 39)	Bund	1.518,1	121,8	12,5	4,2%
	Mecklenb-Vp	1.710,9	128,9	13,3	4,7%
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28 - 30)	Bund	1.373,5	129,0	10,7	3,8%
	Mecklenb-Vp	1.651,5	155,9	10,6	4,5%
Nahrungs- und Genussmittel (10 - 12)	Bund	1.635,8	115,1	14,2	4,5%
	Mecklenb-Vp	2.191,7	141,0	15,5	6,0%
Öffentliche Verwaltung (84)	Bund	1.650,7	140,0	11,8	4,5%
	Mecklenb-Vp	1.821,2	157,9	11,5	5,0%
Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen (94, 97)	Bund	1.241,7	112,4	11,0	3,4%
	Mecklenb-Vp	1.729,4	141,9	12,2	4,7%
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleitungen (69 - 71, 74, 78, 80)	Bund	1.186,1	114,6	10,4	3,2%
	Mecklenb-Vp	1.619,0	137,3	11,8	4,4%
Sonst. Dienstleistungen (37 - 39, 55, 56, 68, 77, 79, 81, 82, 96)	Bund	1.374,4	106,6	12,9	3,8%
	Mecklenb-Vp	1.698,6	120,8	14,1	4,7%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13 - 15, 23 - 27, 31 - 33, 95)	Bund	1.425,0	128,8	11,1	3,9%
	Mecklenb-Vp	1.798,6	152,8	11,8	4,9%
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49 - 53)	Bund	1.628,7	122,8	13,3	4,5%
	Mecklenb-Vp	1.680,2	124,6	13,5	4,6%

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

Tabelle A4:: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2012: DAK-Gesundheit bundesweit und Mecklenburg-Vorpommern

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		∅ Tage je AU-Fall	Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (64 - 66)	Bund	1.134,2	105,8	10,7	3,1%
	Mecklenb-Vp	1.679,9	143,6	11,7	4,6%
Baugewerbe (41 - 43)	Bund	1.353,2	101,7	13,3	3,7%
	Mecklenb-Vp	1.492,5	114,1	13,1	4,1%
Bildung, Kultur, Medien (58 - 60, 72, 73, 85, 90 - 93)	Bund	1.107,5	99,5	11,1	3,0%
	Mecklenb-Vp	1.546,4	136,4	11,3	4,2%
Chemische Industrie (19 - 22)	Bund	1.388,5	123,7	11,2	3,8%
	Mecklenb-Vp	1.361,2	121,8	11,2	3,7%
Datenverarbeitung, Informationsdienstleistungen (61 - 63)	Bund	1.076,9	100,3	10,7	2,9%
	Mecklenb-Vp	1.425,8	140,3	10,2	3,9%
Gesundheitswesen (75, 86 - 88)	Bund	1.625,9	117,1	13,9	4,4%
	Mecklenb-Vp	1.840,7	135,0	13,6	5,0%
Handel (45 - 47)	Bund	1.316,3	99,8	13,2	3,6%
	Mecklenb-Vp	1.588,7	109,0	14,6	4,3%
Holz, Papier, Druck (16 - 18)	Bund	1.406,4	111,6	12,6	3,8%
	Mecklenb-Vp	1.887,9	129,1	14,6	5,2%
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01 - 03, 05 - 09, 35 - 39)	Bund	1.447,5	113,7	12,7	4,0%
	Mecklenb-Vp	1.632,1	122,5	13,3	4,5%
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28 - 30)	Bund	1.352,0	118,3	11,4	3,7%
	Mecklenb-Vp	1.747,0	151,1	11,6	4,8%
Nahrungs- und Genussmittel (10 - 12)	Bund	1.580,5	106,7	14,8	4,3%
	Mecklenb-Vp	2.314,8	133,8	17,3	6,3%
Öffentliche Verwaltung (84)	Bund	1.607,5	130,4	12,3	4,4%
	Mecklenb-Vp	1.681,4	149,2	11,3	4,6%
Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen (94, 97)	Bund	1.199,2	104,2	11,5	3,3%
	Mecklenb-Vp	1.429,9	126,9	11,3	3,9%
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleitungen (69 - 71, 74, 78, 80)	Bund	1.150,3	106,5	10,8	3,1%
	Mecklenb-Vp	1.401,9	127,2	11,0	3,8%
Sonst. Dienstleistungen (37 - 39, 55, 56, 68, 77, 79, 81, 82, 96)	Bund	1.326,8	99,1	13,4	3,6%
	Mecklenb-Vp	1.625,0	111,9	14,5	4,4%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13 - 15, 23 - 27, 31 - 33, 95)	Bund	1.353,8	117,8	11,5	3,7%
	Mecklenb-Vp	1.721,4	137,6	12,5	4,7%
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49 - 53)	Bund	1.548,0	111,8	13,8	4,2%
	Mecklenb-Vp	1.662,3	113,1	14,7	4,5%

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

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Krankenstand: Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bund 9
Abbildung 2: Anzahl der Erkrankungsfälle: Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bund 10
Abbildung 3: Dauer einer durchschnittlichen Erkrankung: Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bund 10
Abbildung 4: Krankenstandswerte 2012 - 2013 nach Bundesländern 11
Abbildung 5: Krankenstand 2013 nach Geschlecht und zehn Altersgruppen in Mecklenburg-Vorpommern 12
Abbildung 6: Anteile der 10 wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen 13
Abbildung 7: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Krankheitsarten 14
Abbildung 8: Datenquellen des DAK-Gesundheitsreports 2014 18
Abbildung 9: Durchschnittliches Alter der Mütter bei der ersten Geburt 25
Abbildung 10: Erstgeborene nach dem Alter der Mutter 2012 25
Abbildung 11: Krankenstand 2013 nach Geschlecht und Altersgruppen 28
Abbildung 12: Arbeitsunfähigkeitstage im Altersgang nach Geschlecht (Einzelalter) 29
Abbildung 13: Indexdarstellung auf Basis, AU-Tage, AU-Fälle, AU-Quote und Falldauer nach Altersgruppen – Männer 30
Abbildung 14: Indexdarstellung auf Basis der AU-Tage, AU-Fälle, AU-Quote und Falldauer nach Altersgruppen – Frauen 30
Abbildung 15: AU-Tage (je 100 VJ) der 5 wichtigsten Krankheitsarten im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu anderen Altersgruppen 31
Abbildung 16: 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 32
Abbildung 17: Ambulante Behandlungsquoten nach Diagnosekapitel, Geschlecht und Alter 39
Abbildung 18: Schema der Lebensphase "Rushhour" nach Altersgruppen als Entscheidungspfade in Bezug auf Kinder und Karriere 48
Abbildung 19: Erwerbstätigkeit und Kinder bei Männern nach Altersgruppen 50
Abbildung 20: Erwerbstätigkeit und Kinder bei Frauen nach Altersgruppen 51
Abbildung 21: Wünsche in Bezug auf Kinder und Karriere der Kinderlosen zwischen 25-40 53
Abbildung 22: Zweifler und Zuversichtliche beim Kinder- und Karrierewunsch nach Geschlecht 54
Abbildung 23: Wünsche in Bezug auf Kinder und Karriere der Kinderlosen zwischen 25-29 55
Abbildung 24: Voraussetzungen für Elternschaft aus Sicht der Kinderlosen im Alter von 25-40 Jahren 56
Abbildung 25: Voraussetzung für Elternschaft: Beruflich schon weit fortgeschritten zu sein nach Geschlecht, Alter und akademischen Abschluss 57
Abbildung 26: Gründe, "dass Sie bisher kein Kind bekommen haben" 58

Abbildung 27: Arbeitsumfang erwerbstätiger Mütter (zum Vergleich: erwerbstätige Väter) (Alter 25-40) ... 59
Abbildung 28: Erwerbstätige Mütter: Anteil Vollzeit/vollzeitnah nach Kinderzahl ... 60
Abbildung 29: Belastung durch chronischen Stress (SSCS-Punktwert) bei erwerbstätigen Müttern (im Vergleich: bei erwerbstätigen Vätern nach Arbeitsumfang ... 62
Abbildung 30: Belastung durch chronischen Stress (SSCS-Punktwert) nach Rushhour Konstellationen ... 63
Abbildung 31: Work-Life-Balance erwerbstätiger Mütter (zum Vergleich: Kinderlose erwerbstätige Frauen) ... 64
Abbildung 32: Work-Life-Balance erwerbstätiger Mütter nach Arbeitsumfang ... 65
Abbildung 33: Prävention und Gesundheitshandeln erwerbstätiger Mütter (zum Vergleich: erwerbstätige kinderlose Frauen) ... 66
Abbildung 34: Zustimmung zur Aussage: "Ohne Kinder wäre ich in meinem beruflichen Fortkommen schon weiter" ... 67
Abbildung 35: Arbeitsumfang erwerbstätiger Väter (zum Vergleich: kinderlose erwerbstätige Männer) (Alter 30-40) ... 68
Abbildung 36: Belastung durch chronischen Stress nach Konstellation aus Erwerbstätigkeit und Kindern bei Männern ... 69
Abbildung 37: Work-Life-Balance erwerbstätiger Väter (zum Vergleich: kinderlose erwerbstätige Männer) ... 70
Abbildung 38: Prävention und Gesundheitshandeln erwerbstätiger Väter (zum Vergleich: erwerbstätige kinderlose Männer) ... 71
Abbildung 39: Gründe dafür, "dass Sie bisher kein Kind bekommen haben" (Alter 35 bis 40) ... 72
Abbildung 40: Bei Männern: ausgewählte Gründe für bisherige Kinderlosigkeit nach Alter ... 73
Abbildung 41: Bei Frauen: ausgewählte Gründe für bisherige Kinderlosigkeit nach Alter 74
Abbildung 42: Absicht für Elternschaft bei Männern im Alter 35 bis 40 ... 75
Abbildung 43: Absicht für Elternschaft bei Frauen im Alter 35 bis 40 ... 76
Abbildung 44: Männer: Gründe dafür, (derzeit) kein Kind zu bekommen (Alter: 35-40) ... 77
Abbildung 45: Frauen: Gründe dafür, (derzeit) kein Kind zu bekommen (Alter 35-40) ... 77
Abbildung 46: Anteil der Eltern, die Maßnahmen des Arbeitgebers in Anspruch nehmen können ... 79
Abbildung 47: Anteil der Eltern, die Maßnahmen des Arbeitgebers in Anspruch nehmen können (weitere Maßnahmen) ... 80
Abbildung 48: Diese Möglichkeit erleichtert es, Familie und Beruf zu vereinbaren ... 81
Abbildung 49: Diese Möglichkeit erleichtert es, Familie und Beruf zu vereinbaren ... 81
Abbildung 50: Anzahl der Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die erwerbstätige Eltern in Anspruch nehmen können ... 82
Abbildung 51: Arbeitsunfähigkeitstage der 25- bis 39-Jährigen im Vergleich zu den jüngeren und älteren Altersgruppen in Mecklenburg-Vorpommern ... 84
Abbildung 52: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre der 25- bis 39-Jährigen in Mecklenburg-Vorpommern, die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen ... 85

Abbildung 53: AU-Tage je 100 Versichertenjahre der 25- bis 39-Jährigen in Mecklenburg-Vorpommern gegenüber dem Bund 86

Abbildung 54: Abweichung der AU-Tage der 25- bis 39-Jährigen gegenüber dem Gesamtwert der 15-64-Jährigen nach Bundesländern 86

Abbildung 55: Abweichungen in der Verteilung der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern auf Wirtschaftsgruppen 2013 vom DAK-Bundesdurchschnitt 96

Abbildung 56: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern 97

Abbildung 57: Krankenstandswerte 2013 in den Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von Mitgliedern der DAK-Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern 98

Abbildung 58: Krankenstandswerte 2013 in den übrigen Wirtschaftsgruppen 99

Abbildung 59: Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Männer) 104

Abbildung 60: Erwerbstätige 1992 und 2010 nach Altersgruppen (Frauen) 105

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Behandlungsquoten der Erwerbstätigen im Alter von 25-39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren und älteren Erwerbstätigen 34

Tabelle 2: Behandlungsfälle je ganzjährig Versicherte differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen 35

Tabelle 3: Diagnosehäufigkeiten der Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zur AU-Betroffenenquote 36

Tabelle 4: Die 20 häufigsten Behandlungsdiagnosen bei erwerbstätigen Frauen im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren und älteren Erwerbstätigen 40

Tabelle 5: Die 20 häufigsten Behandlungsdiagnosen bei erwerbstätigen Männern im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren und älteren Erwerbstätigen 41

Tabelle 6: 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 44

Tabelle 7: 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 45

Tabelle 8: Behandlungsquoten der Erwerbstätigen im Alter von 25-39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren und älteren Erwerbstätigen in Mecklenburg-Vorpommern 87

Tabelle 9: Diagnosehäufigkeiten der Erwerbstätigen im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zur AU-Betroffenenquote in Mecklenburg-Vorpommern 88

Tabelle 10: Mecklenburg-Vorpommern: Die 20 häufigsten Behandlungsdiagnosen bei erwerbstätigen Frauen im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren und älteren Erwerbstätigen 89

Tabelle 11: Mecklenburg-Vorpommern: Die 20 häufigsten Behandlungsdiagnosen bei erwerbstätigen Männern im Alter von 25 bis 39 Jahren im Vergleich zu den jüngeren und älteren Erwerbstätigen 90

Tabelle 12: Frauen in Mecklenburg-Vorpommern – 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 91

Tabelle 13: Männer in Mecklenburg-Vorpommern – 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 92

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