DAK-Gesundheitsreport 2016
für Rheinland-Pfalz

DAK-Gesundheit *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 die

IGES Institut GmbH

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

Rechtlicher Hinweis zur Nutzung dieser Studie:

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

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

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

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

April 2016

Inhalt

Vorwort 5
1 Der Krankenstand in Rheinland-Pfalz 2015 im Überblick 8
2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich? 12
3 Schwerpunktthema 2016: Gender und Gesundheit. Männer und Frauen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen 14
4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede 108
5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen 111
6 Schlussfolgerungen und Ausblick 113
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen 114
Anhang II: Tabellen 119
Abbildungsverzeichnis 124
Tabellenverzeichnis 127
Literaturverzeichnis 129

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 den DAK-Gesundheitsreporten der vergangenen 17 Jahre wurde bislang bei Frauen immer ein höherer Krankenstand als bei Männern ermittelt. Auch das Diagnosespektrum unterscheidet sich deutlich zwischen Frauen und Männern. Doch was sind die Ursachen? Liegen die Unterschiede tatsächlich im Geschlecht oder sind sie eher auf die Arbeitsbedingungen verschiedener Branchen oder den Berufsstatus zurückzuführen? Welche Rolle spielt das Verhalten, also der individuelle Umgang mit einer Krankschreibung? Eine befriedigende Erklärung für die Geschlechterunterschiede beim Krankenstand konnte auf den ersten Blick bisher noch nicht gegeben werden. Grund genug, den aktuellen DAK-Gesundheitsreport genau diesen Fragen zu widmen.

Die DAK-Gesundheit geht im vorliegenden Band verschiedenen Thesen zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeit und Geschlecht nach. Dazu wurden neben den Daten zur Arbeitsunfähigkeit auch die ambulanten Behandlungs-, sowie die Arzneiverordnungsdaten aller berufstätigen Versicherten analysiert. Eine umfangreiche Befragung der Beschäftigten zu aktuellen Einstellungen und Praktiken bei der Krankmeldung sowie eine Expertenbefragung ergänzen diese Untersuchung.

Das Gesetz zur Stärkung der Prävention fordert, geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Die Ergebnisse sollen daher nicht nur die Forschung in der Gendermedizin ergänzen. Sie helfen darüber hinaus geschlechtergerechte Präventionsmaßnahmen für Betriebe zu entwickeln. Insbesondere kleinere Betriebe haben nach wie vor einen erheblichen Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Dieser Report setzt dafür Impulse und schafft eine empirisch gestützte Grundlage.

Michael Hübner **Mainz, April 2016**
Landeschef der DAK-Gesundheit in Rheinland-Pfalz

Das Wichtigste auf einen Blick

Gesamtkrankenstand gegenüber dem Vorjahr gestiegen

2015 belief sich der Gesamtkrankenstand der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit in Rheinland-Pfalz auf 4,4 Prozent. Der Krankenstand in Rheinland-Pfalz erreichte damit einen über dem Bundesdurchschnitt liegenden Wert (Bund 4,1 Prozent). Gegenüber dem Vorjahr ist der Krankenstand gestiegen (2014: 4,1 Prozent).

Betroffenenquote

Die Betroffenenquote lag 2015 bei 52 Prozent. Dies bedeutet, dass für 52 Prozent der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Rheinland-Pfalz mindestens eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Der Wert in Rheinland-Pfalz liegt über dem Bundesdurchschnitt der DAK-Gesundheit (50 Prozent).

Fallhäufigkeit und Falldauer

Mit 128,5 Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versichertenjahre waren die Mitglieder der DAK-Gesundheit in Rheinland-Pfalz im Jahr 2015 öfter krankgeschrieben als im Bundesdurchschnitt (124,4 Fälle). Eine durchschnittliche Erkrankung dauerte mit 12,5 Tagen länger als im Bundesdurchschnitt (12,1 Tage).

Die wichtigsten Krankheitsarten

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes waren mit 21,3 Prozent Anteil am Krankenstand die wichtigste Krankheitsart. Es folgen Krankheiten des Atmungssystems mit 16,6 Prozent, Psychische Erkrankungen und Verletzungen und Vergiftungen mit 16,6 Prozent und mit 11,4 Prozent.

Wirtschaftsstruktur in Rheinland-Pfalz beeinflusst Krankenstand um 0,03 Prozentpunkte

Die Wirtschaftsstruktur in Rheinland-Pfalz hat einen negativen Effekt auf das Krankenstandsniveau. Der Krankenstand, der für einen „fairen“ Vergleich zwischen den Bundesländern herangezogen werden müsste, ist mit 4,35 Prozent immer noch über dem Bundesdurchschnitt.

Branchen mit deutlich unterschiedlichem Krankenstand

Die Höhe des Krankenstandes in den bedeutenden Branchen variiert deutlich zwischen 5,1 Prozent im Bereich „Gesundheitswesen” und 3,6 Prozent im Bereich „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen”.

Frauen haben einen um 4 Prozent höheren Krankenstand als Männer

Männer und Frauen in Rheinland-Pfalz weisen ein sehr unterschiedliches Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf. Vor allem haben Frauen einen um 4 Prozent höheren Krankenstand als Männer und sind um 10 Prozent häufiger krank geschrieben. Ursache hierfür sind vor allem psychische Erkrankungen und bösartige Neubildungen – Krankheiten bei denen auch aus der epidemiologischen Forschung bekannt ist, dass sie Frauen im Erwerbsalter häufiger betreffen als Männer der entsprechenden Altersgruppe.

Auch im Umgang mit Krankheit und Krankmeldung unterscheiden sich die Geschlechter

Aber auch der Umgang mit Krankheit und Krankmeldungen unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern. Frauen gehen zu einem größeren Anteil krank zur Arbeit als Männer. Gleichzeitig geben sie aber auch häufiger als Männer an, sich bei Krankheit der Kinder nicht anders zu helfen zu wissen, als sich selbst krank zu melden.

1 Der Krankenstand in Rheinland-Pfalz 2015 im Überblick

1.1 Welche Auffälligkeiten zeigen sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt?

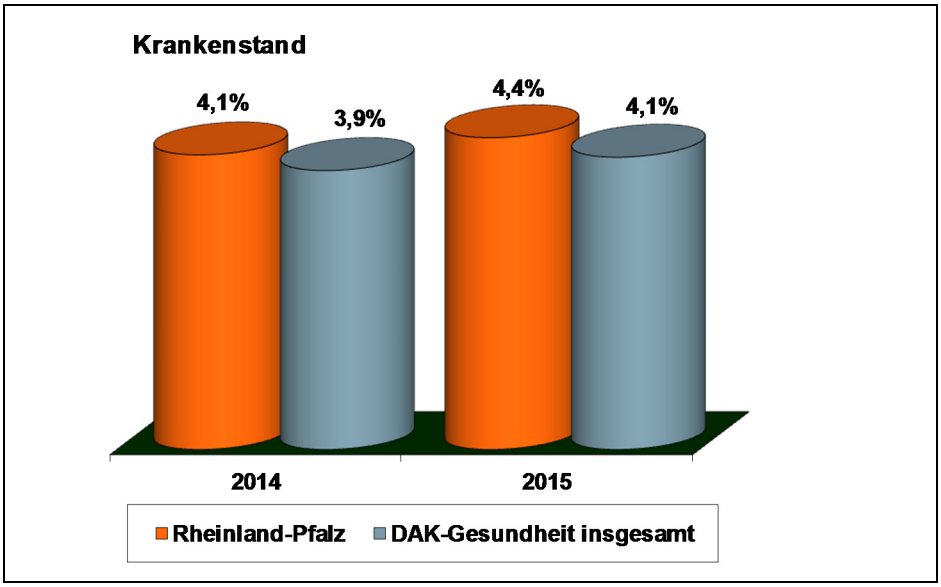
Krankenstand in Rheinland-Pfalz 2015 bei 4,4 Prozent

Im Jahr 2015 lag der Krankenstand in Rheinland-Pfalz bei 4,4 Prozent.

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

Ein bei der DAK-Gesundheit versicherter Beschäftigter in Rheinland-Pfalz war im Durchschnitt an insgesamt 16,1 Tagen arbeitsunfähig.

Abbildung 1: Krankenstand: Rheinland-Pfalz im Vergleich zum Bund



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Betroffenenquote bei 52 Prozent

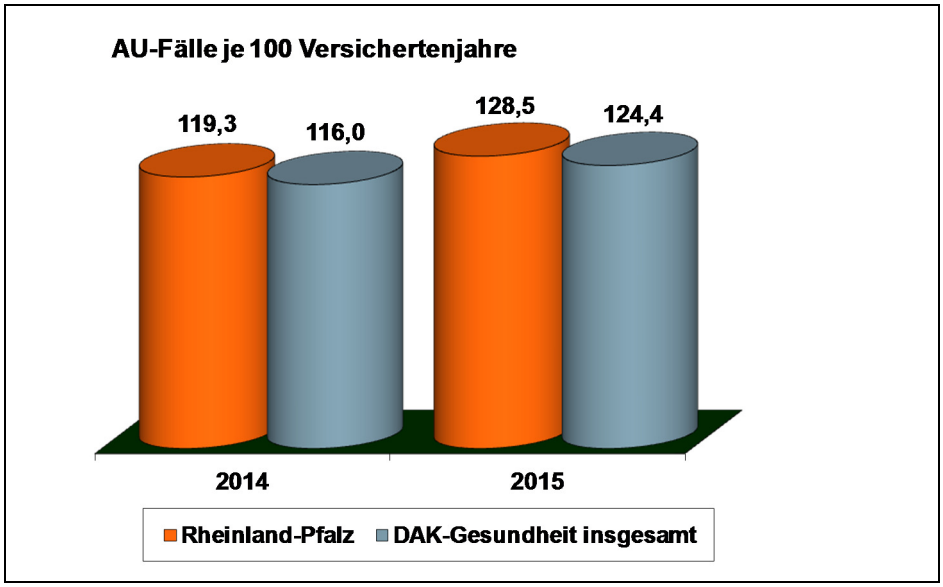
Im Jahr 2015 lag der DAK-Gesundheit für 52 Prozent der Mitglieder in Rheinland-Pfalz eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes vor. Dies bedeutet auch: Weniger als die Hälfte aller Mitglieder der DAK-Gesundheit in Rheinland-Pfalz war während des vergangenen Jahres kein einziges Mal aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig. Die Betroffenenquote im Bundesdurchschnitt der DAK-Gesundheit lag bei 50 Prozent.

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

Ein Blick auf die Zusammensetzung des Krankenstandes zeigt, dass die Häufigkeit von Erkrankungen in Rheinland-Pfalz deutlich über dem Bundesdurchschnitt lag. Auf 100 ganzjährig Versicherte entfielen 2015 128,5 Erkrankungsfälle. Im Bundesvergleich waren es 124,4 Erkrankungsfälle.

Häufigkeit von Erkrankungen und Erkrankungsdauer in Rheinland-Pfalz über dem Bundesdurchschnitt

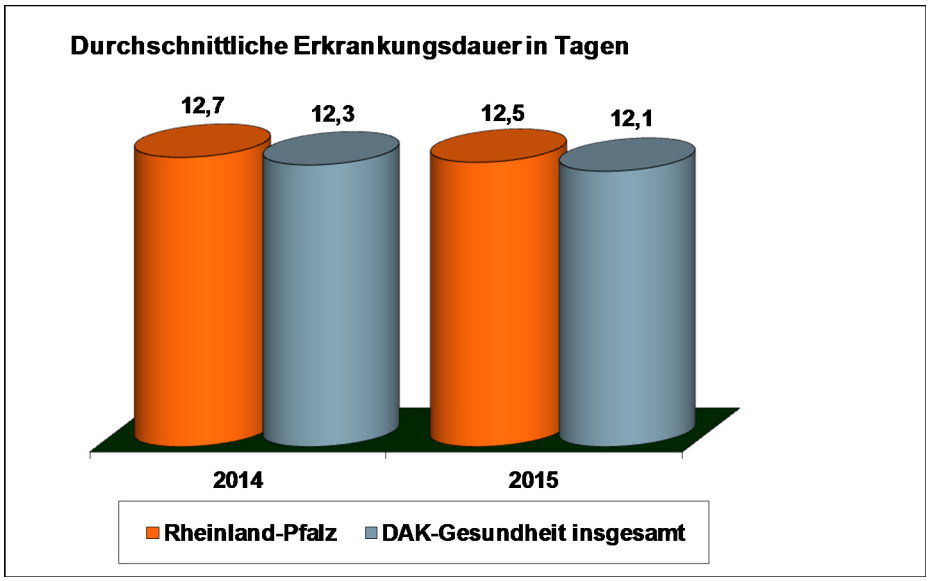
Abbildung 2: Anzahl der Erkrankungsfälle: Rheinland-Pfalz im Vergleich zum Bund



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Eine Erkrankung dauerte in Rheinland-Pfalz mit durchschnittlich 12,5 Tagen etwas länger als bundesweit (12,1 Tage).

Abbildung 3: Dauer einer durchschnittlichen Erkrankung: Rheinland-Pfalz im Vergleich zum Bund



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

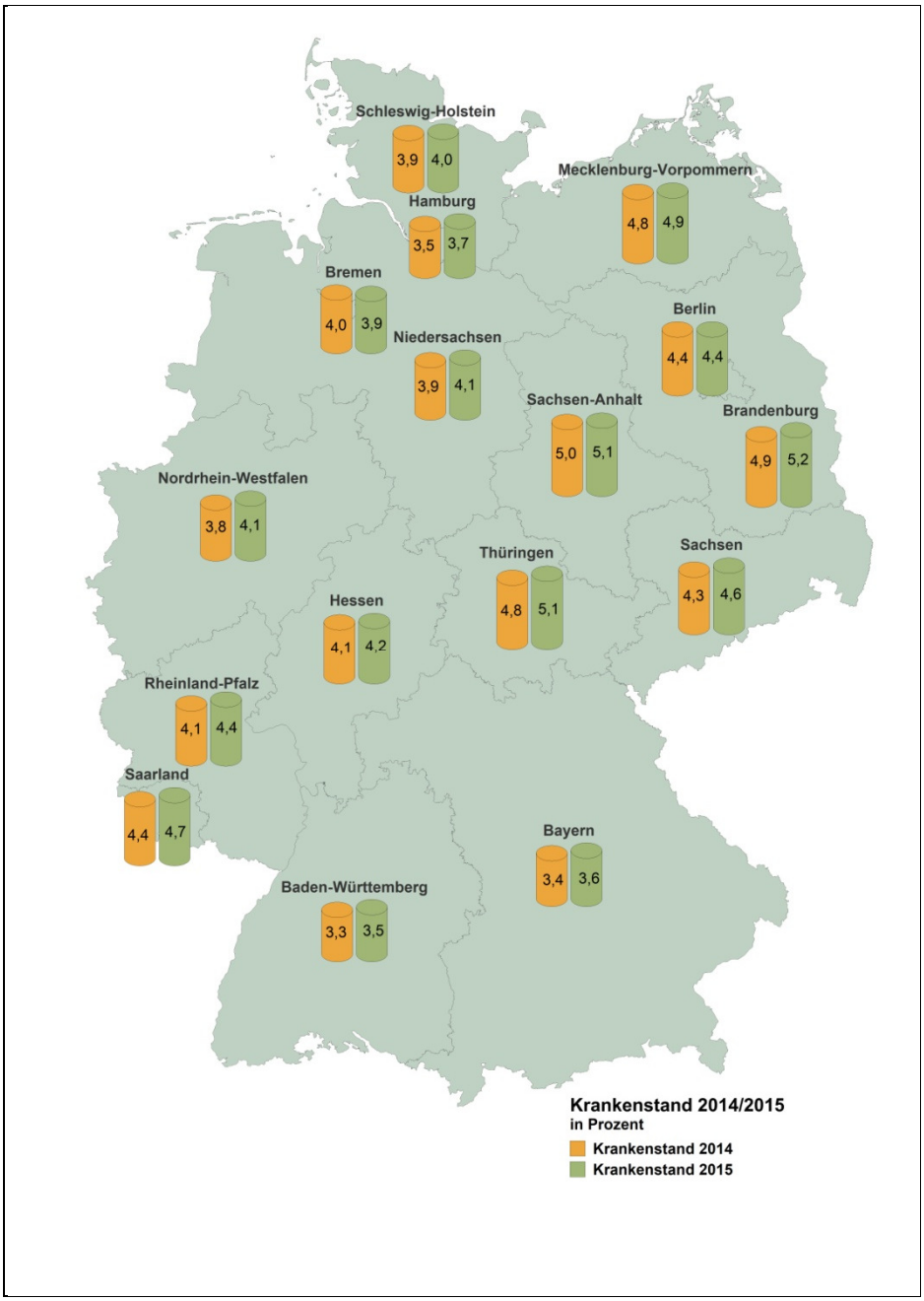
1.2 Rheinland-Pfalz im Vergleich zu anderen Bundesländern

Krankenstand in Rheinland-Pfalz erneut über dem Bundesdurchschnitt

Rheinland-Pfalz hatte – wie bereits im Jahr 2014 – 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 2014 - 2015 nach Bundesländern



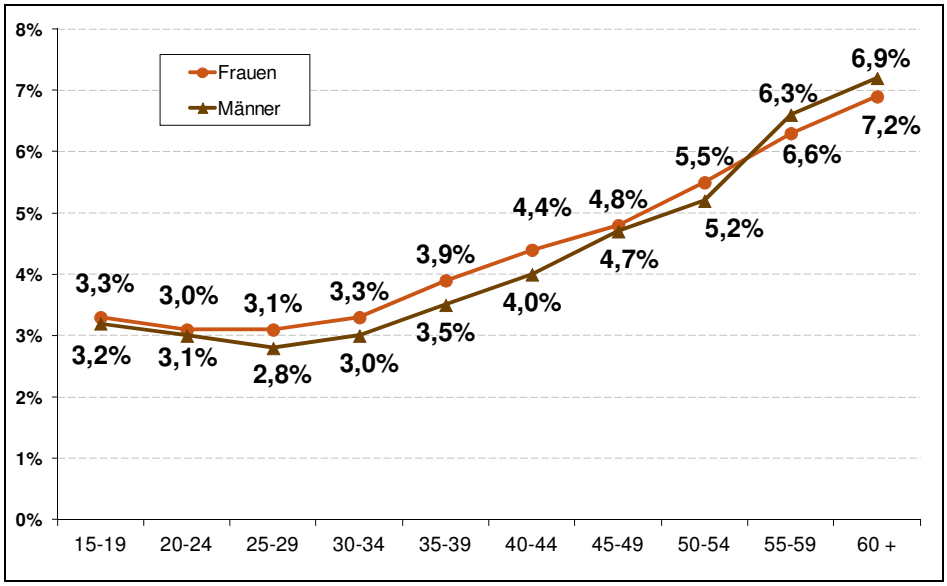
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

1.3 Der Krankenstand in Rheinland-Pfalz nach Alter und Geschlecht

Soziodemografische Merkmale des Krankenstandes

Die Analyse nach den wichtigsten soziodemografischen Merkmalen – Geschlecht und Alter – gibt Hinweise, welche Versichertengruppen in Rheinland-Pfalz vor allem von Arbeitsunfähigkeiten betroffen sind. Abbildung 5 zeigt die Krankenstandswerte 2015 getrennt nach Geschlecht und Alter.

Abbildung 5: Krankenstand 2015 nach Geschlecht und zehn Altersgruppen in Rheinland-Pfalz



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Krankenstand der Frauen liegt über dem der Männer

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten liegt etwas über dem der Männer. Der durchschnittliche Krankenstand betrug 2015 bei den Frauen 4,5 Prozent und bei den Männern 4,3 Prozent.

DAK-Gesundheitsreport 2016 zum Thema "Gender und Gesundheit"

Die Unterschiede im Krankenstand von Männern und Frauen werden vertiefend im diesjährigen Schwerpunktthema in Abschnitt 3 analysiert. Es wird dabei beleuchtet, welche Erkrankungsgruppen den größten Beitrag zu diesem Unterschied leisten, welche anderen äußeren Faktoren wie das Tätigkeitsfeld oder die Branche hier zu berücksichtigen sind und welchen Einfluss der persönliche Umgang mit Krankheit und Krankmeldung dabei hat.

Mit zunehmendem Alter steigt der Krankenstand der Beschäftigten in Rheinland-Pfalz 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.

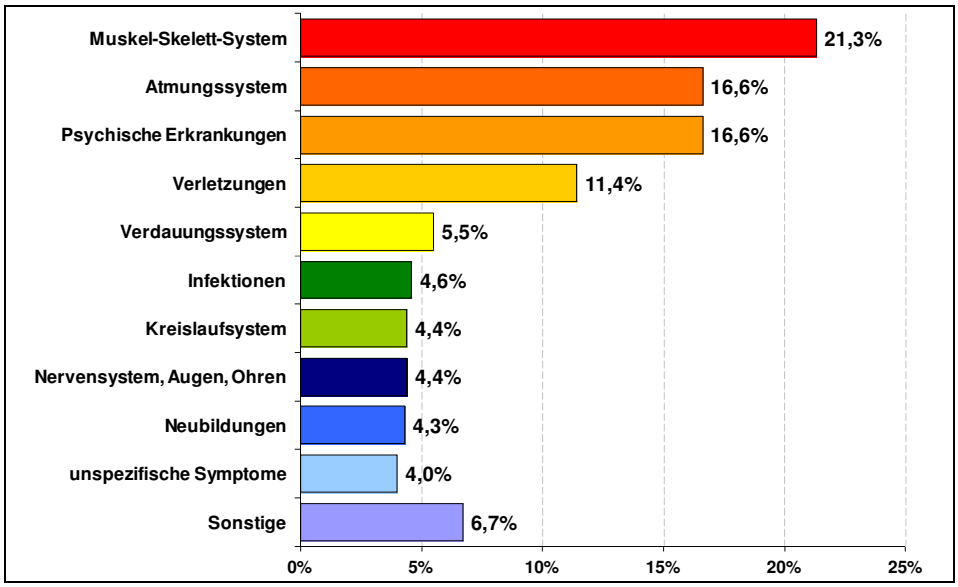
2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich?

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 Rheinland-Pfalz sind in Abbildung 6 dargestellt:

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Erkankungen des Atmungssystems lagen mit 21,3 Prozent bzw. 16,6 Prozent an erster und zweiter Stelle. Zusammen mit der Diagnosegruppe „Psychische Erkrankungen“ (16,6 Prozent) verursachten diese Erkrankungsarten rund 55 Prozent des Krankenstandes in Rheinland-Pfalz.

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

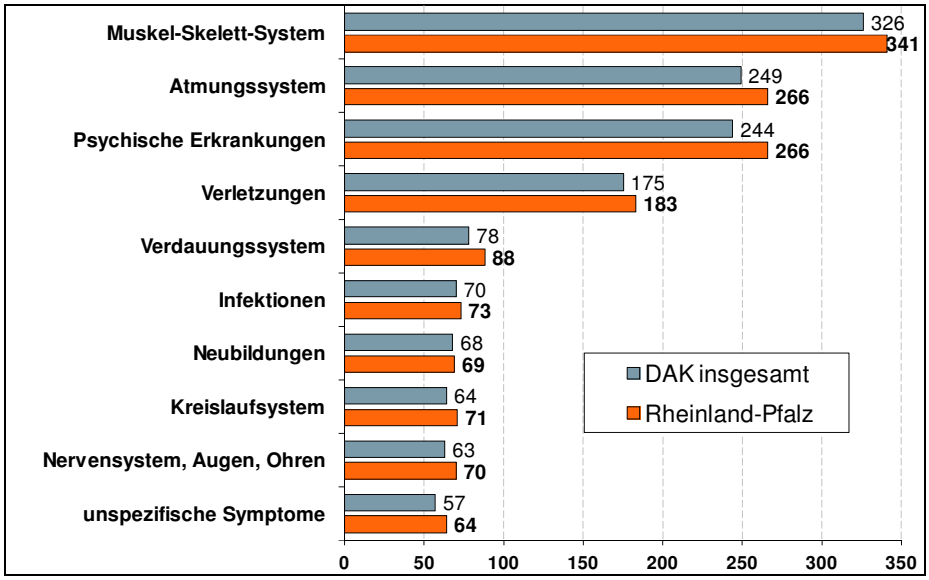


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

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

Die Anzahl der AU-Tage für die 10 wichtigsten Krankheitsarten ist in Abbildung 7 dargestellt.

Abbildung 7: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Krankheitsarten



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

3 Schwerpunktthema 2016: Gender und Gesundheit. Männer und Frauen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

3.1 Einleitung

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen deutlich.

Frauen und Männer weisen ein sehr unterschiedliches Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf. Der offensichtlichste Unterschied ist der, dass Männer einen niedrigeren Krankenstand als Frauen – oder umgekehrt formuliert – Frauen einen – um knapp 14 Prozent – höheren Krankenstand als Männer haben.

Nicht nur die Höhe des Krankenstands unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern, auch die Ursachen für Arbeitsunfähigkeiten. So spielen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der Frauen psychische Erkrankungen eine sehr große Rolle, während für die Fehltage der Männer Verletzungen von vergleichsweise großer Bedeutung sind. Darüberhinaus unterscheidet sich die Struktur des Krankenstands zwischen Männern und Frauen: Frauen sind häufiger krankgeschrieben als Männer, aber nicht länger.

Der Krankenstandsunterschied zwischen den Geschlechtern ist übrigens kein DAK-spezifisches Phänomen. Auch die Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit weist aus, dass Frauen um 12 Prozent häufiger krankgeschrieben sind als Männer und knapp 12 Prozent mehr Tage arbeitsunfähig gemeldet sind.[1]

Die Unterschiede im Krankenstand zwischen Männern und Frauen berichtet der DAK-Gesundheitsreport seit seinem Bestehen. Dennoch gibt es bislang kaum Erklärungen dafür. Sind Frauen einfach häufiger krank und tragen somit eine höhere Morbiditätslast als Männer? Oder nehmen Männer Beschwerden und Krankheitssymptome weniger wahr als Frauen und melden sich erst dann arbeitsunfähig, wenn eine Krankheit starke Beschwerden verursacht? Welche Rolle spielen Komplikationen während der Schwangerschaft für den Krankenstandsunterschied zwischen den Geschlechtern, also eine Arbeitsunfähigkeitsursache, von der Männer gar nicht betroffen sein können?

Nicht nur Komplikationen während der Schwangerschaft, auch andere Ursachen für Arbeitsunfähigkeit betreffen entsprechend der anatomischen Unterschiede entweder nur Männer oder nur Frauen, so z. B. Prostatakrebs, Brustkrebs oder Gebärmutterhalskrebs. Aber auch Krankheitsbilder, die beide Geschlechter betreffen, können sich geschlechterdifferent auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auswirken, so z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die bei Männern im Erwerbsalter häufiger auftreten (Merbach und Brähler 2010).

Über die biologischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinaus ist davon auszugehen, dass vielfach psychosoziale Risiko- und protektive Faktoren über die Geschlechter ungleich verteilt sind und diese Unterschiede auch unterschiedliche gesundheitliche Folgen haben. Geschlechterunterschiede sind z. B. bezüglich Vorstellungen von Gesundheit, der Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands, des Gesundheits- und Risikoverhaltens und der Teilnahme an Gesundheitsförderung und Früherkennung bekannt. Hieraus – so kann

[1] Quelle: BMG, KG2 Statistik, eigene Berechnungen.

erwartet werden – finden sich ebenfalls gewichtige Erklärungen für das unterschiedliche Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Frauen und Männern (vgl. z. B. Lademann *et al.* 2005: 78f.).

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich Vorstellungen von Gesundheit unterstreichen auch Merbach und Brähler (2010: 351). Zwar seien die Befunde hinsichtlich geschlechtsspezifischer gesundheitsbezogener Vorstellungen widersprüchlich. „Insgesamt scheinen für Männer eher körperliche Aspekte bei ihrer Gesundheit bedeutsam, sie messen der Gesundheit weniger Bedeutung bei und sind dadurch für Präventionsstrategien weniger erreichbar. Frauen zeigen eher ein allumfassendes Gesundheitsverständnis, messen der Gesundheit mehr Bedeutung zu und könnten demzufolge für Präventionsstrategien leichter erreichbar sein."

Neben anatomischen Unterschieden und Unterschieden in der Wahrnehmung und Verhalten in Bezug auf Gesundheit, sind Faktoren wie die Branchen- und Berufsgruppenzugehörigkeit sowie Merkmale des Beschäftigungsverhältnisses daraufhin zu prüfen, ob sie den Geschlechterunterschied mit erklären können. Zum Beispiel könnte aufgrund der Tatsache, dass Frauen besonders häufig in Branchen mit einem hohen Krankenstand arbeiten (wie beispielsweise dem Gesundheitswesen) ihr Krankenstand erhöht sein. Der Krankenstandsunterschied wäre dann nicht auf das Geschlecht, sondern auf die Branche zurückzuführen.

„Die Frage nach dem höheren Krankenstand der Frauen ist sehr frauenzentriert. Sie ließe sich aber auch auf Männer fokussieren: Warum halten Männer manches Mal zu lange durch? Welche Anforderungen stellen Betriebe an Männer, wo bei Frauen vielleicht Krankheit akzeptiert wird?"

Dr. Matthias Stiehler, Dresdner Institut für Erwachsenenbildung und Gesundheitswissenschaft

Forschungs- und Praxisfeld Geschlecht und Gesundheit

Wie kann auf solche Geschlechterunterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen reagiert werden? Diesbezüglich wurde in den letzten Jahren vorgeschlagen, dass die Arbeitsweltberichterstattung und betriebliche Analysen zu Krankheit und Gesundheit sensibel für mögliche Geschlechterunterschiede sein müssen und mindestens Ergebnisse immer auch nach Geschlechtern getrennt ausgewiesen werden sollten. Desweiteren müsse die betriebliche Gesundheitsförderung zielgruppenspezifische Angebote machen – wobei Männer und Frauen als besondere Zielgruppen berücksichtigt werden sollen. Diesbezüglich konnten in den letzten 15 Jahren Fortschritte erzielt werden:

„In den vergangenen 15 Jahren […] hat sich das Forschungs- und Praxisfeld ‚Geschlecht und Gesundheit in beeindruckendem Maße konsolidiert und weiterentwickelt. Das gilt besonders erstens für die Stärkung und Intensivierung der interdisziplinären Forschung, zweitens die systematische Aufschlüsselung der Kategorie Geschlecht, drittens die Entwicklung der geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung und Versorgungspraxis und viertens das Aufschließen der Berichterstattung zur Männergesundheit" (Kolip und Hurrelmann 2016: 10). Eine zusätzliche Forderung, die Kategorie Geschlecht bei

allen Aktivitäten der GKV zu berücksichtigen, kommt durch das 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz auf: „Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen“ (Deutscher Bundestag 2015: 9)

Der DAK-Gesundheitsreport hat übrigens das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen schon immer auch nach Geschlecht differenziert und sich mit Schwerpunktthemen der Frauengesundheit (IGES Institut 2006b) und Männergesundheit (IGES Institut 2008b) gewidmet.

Aufbau des Schwerpunktthemas

Kapitel 3.2: Das AU-Geschehen von Männern und Frauen

Zur Analyse des geschlechterdifferenten Arbeitsunfähigkeitsgeschehens und zur Bearbeitung der Frage, warum der Krankenstand der Frauen höher bzw. der der Männer niedriger ist, wird in diesem Gesundheitsreport folgendermaßen vorgegangen: Zunächst wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Hinblick auf Geschlechterunterschiede analysiert. Wie unterscheidet sich der Krankenstand von Männern und Frauen in Höhe und Struktur? Welche Krankheiten liegen bei Männern im Unterschied zu Frauen den Arbeitsunfähigkeiten zugrunde? (Kapitel 3.2).

Hintergründe und Forschungsstand

Im Unterschied zu früheren DAK-Gesundheitsreporten wird der wissenschaftliche Kenntnisstand nicht im Rahmen eines gesonderten Kapitels dargestellt, sondern fließt jeweils thematisch passend in die Analysen ein. So wird z.B. der bevölkerungsepidemiologische Kenntnisstand für die Auswertungen der Diagnosen, die Arbeitsunfähigkeiten zugrunde liegen, herangezogen. Im Abschnitt geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung fließt der dort relevante Forschungsstand ein usw.

Kapitel 3.3 – 3.6

Die Fragestellung, wie und warum sich das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen unterscheidet, wird anhand einer Reihe von Hypothesen bearbeitet. Eine solche Hypothese ist z.B., dass Männer seltener krank gemeldet als Frauen sind, weil sie häufiger krank zur Arbeit gehen (Präsentismus). Oder die These, dass Frauen häufiger in Branchen mit hohem Krankenstand arbeiten, und deswegen häufiger krank gemeldet sind. Hierbei werden die für diesen Report verwendeten Datenquellen je nach Eignung für die jeweilige These verwendet.

Thesen, die sich auf ein geschlechterdifferentes Morbiditätsgeschehen beziehen, werden v. a. im Rahmen der Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten geprüft (Abschnitt 3.3)

Kapitel 3.4 prüft das geschlechterdifferente Arbeitsunfähigkeitsgeschehen unter Gesichtspunkten der Branche und Tätigkeitsmerkmalen. Kapitel 3.5 wertet Behandlungsdaten und Arzneimittelverordnungsdaten unter Geschlechterperspektive aus.

In Kapitel 3.6 wird die Beschäftigtenbefragung ausgewertet, die im Rahmen des Gesundheitsreports durchgeführt wurde. Leitend sind hierbei wiederum Thesen zum geschlechterdifferenten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, wie z.B. die, dass Männer häufiger krank zur Arbeit gehen und sich deswegen seltener krank melden.

Kapitel 3.7: Geschlechtersensible Gesundheitsförderung

In Kapitel 3.7 werden Möglichkeiten der geschlechtersensiblen Prävention vorgestellt und mit Daten aus der Beschäftigtenbefragung in Verbindung gebracht. U.a. wird ermittelt, ob Beschäftigte überhaupt

Anlass sehen, Angebote speziell für Frauen oder speziell für Männer zu machen. Auch die Einschätzungen der Expertinnen und Experten, die im Rahmen des Reports befragt wurden, fließen hier ein.

Kapitel3.8: Schwerpunktthema für Rheinland-Pfalz

Kapitel 3.8 stellt die Ergebnisse des Schwerpunktthemas für Rheinland-Pfalz dar.

Kapitel 3.9: Zusammenfassung

Kapitel 3.9 fasst die Ergebnisse des Gesundheitsreports entlang der eingangs aufgestellten Thesen zusammen.

Datenquellen des Reports

Die Ergebnisse dieses Gesundheitsreports stützen sich auf verschiedene Datenquellen. Diese sind zum einen die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit. Ergänzt werden diese durch weitere Daten der DAK-Gesundheit zu Arzneiverordnungen sowie zu ambulanten Behandlungen. Darüber hinaus wurde eine standardisierte Online-Befragung von ca. 5.000 Beschäftigten im Alter von 18 bis 65 Jahren durchgeführt.

Eine halbstandardisierte Befragung von Expertinnen und Experten dient sowohl zur ergänzenden Exploration relevanter Aspekte als auch zur Bewertung der Hypothesen. Zur Teilnahme eingeladen wurden 36 Expertinnen und Experten aus den Bereichen Medizin, Epidemiologie, Sozialwissenschaften u.a., die zu den Themen „Geschlecht und Gesundheit“, Frauengesundheit oder Männergesundheit publiziert oder eine Funktion inne haben.Es haben 10 Expertinnen und Experten an der Befragung teilgenommen.

Abbildung 8: Dem Schwerpunktthema zugrunde liegende Datenquellen

Quelle: IGES

„Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind ein hochkomplexes Phänomen und nur zum Teil durch den objektiven Gesundheitsstatus erklärbar. Der höhere Krankenstand von Frauen ist weniger ein Indikator für objektive Morbidität als für weibliches Gesundheitsverhalten (wie umgekehrt der geringere Krankenstand bei Männern kein Indikator für eine bessere Gesundheit von Männern ist) im Hinblick auf höhere Stresssensibilität, höhere Sensibilität gegenüber körperlichen und psychischen Symptomen, stärkere Befindlichkeitsstörungen, ausgeprägteres präventives Verhalten und eine höhere Toleranz gegenüber kurzen Fehlzeiten."

Prof. Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, Ludwig-Maximilians-Universität München

Thesen zum geschlechterdifferenten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Leitend für die Analysen im Rahmen des Reports waren die folgenden Hypothesen zum höheren Krankenstand der Frauen bzw. zum niedrigeren Krankenstand der Männer:

These 1: Frauen tragen eine höhere Morbiditätslast als Männer, sind also häufiger krank.

These 2: Frauen arbeiten häufiger in Branchen und Berufsgruppen mit hohem Krankenstand, d.h. in belastenderen Branchen und Berufen. Dies ist die eigentliche Ursache ihres höheren Krankenstands

These 3: Frauen arbeiten häufiger in Branchen oder Berufen, die auch mit einer leichten Krankheit nur schwer auszuüben ist, m.a.W. zu einer Arbeitsunfähigkeit führt.

These 4: Komplikationen wegen Schwangerschaft tragen zum höheren Krankenstand der Frauen bei.

These 5: Frauen gehen früher zum Arzt, Männer dagegen zögern den Arztbesuch heraus, m.a.W.: Frauen sorgen sich mehr um ihre Gesundheit

These 6: Männer betreiben in stärkerem Maße Präsentismus, gehen also häufiger krank zur Arbeit

These 7: Frauen sind häufiger krankgeschrieben, weil sie im Falle von Krankheit ihrer Kinder sich nicht anders zu helfen wissen.

3.2 Geschlechterunterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen unterscheidet sich deutlich, beginnend mit der Höhe des Krankenstands. So liegt der Krankenstand der Frauen im Jahr 2015 bei 4,4 Prozent, der der Männer bei 3,9 Prozent. Der Unterschied in Fehltagen ausgedrückt: 100 Männer hatten 2015 1.410,7 Fehltage, 100 Frauen hatten 1.604,5 Tage, also 193,8 Fehltage mehr. Der Krankenstand der Frauen liegt somit um knapp 14 Prozent über dem der Männer.[2]

[2] Prozentuale Unterschiede wie die zwischen der Falldauer der Männer und Frauen werden in diesem Report auf Basis der nicht gerundeten Angaben berechnet und können daher von den auf Basis der gerundeten Angaben abweichen.

Frauen sind häufiger krankgeschrieben als Männer.

Verursacht wird dieser Unterschied durch eine höhere Zahl an Arbeitsunfähigkeitsfällen bei den weiblichen Versicherten: Auf 100 Frauen entfallen 134,4 AU-Fälle, auf 100 Männer jedoch nur 115,8. Frauen sind also um 16 Prozent häufiger krank als Männer. Frauen sind auch zu einem höheren Anteil von (mindestens) einer Arbeitsunfähigkeit im Jahr betroffen. Mehr als jede zweite Frau (53,9 Prozent) war 2015 mindestens ein Mal arbeitsunfähig. Die Betroffenenquote der Männer lag bei 47,5 Prozent.

Die Dauer der Arbeitsunfähigkeiten liegt bei den Männer um 2 Prozent über der der Frauen.

Länger dauern die Arbeitsunfähigkeiten der Frauen jedoch nicht: Männer sind durchschnittlich geringfügig länger krankgeschrieben: 12,2 Tage gegenüber 11,9 Tagen (Tabelle 1).

Tabelle 1: AU-Kennzahlen im Geschlechtervergleich 2015

	Männer	Frauen
Krankenstand	3,9%	4,4%
Durchschnittliche Falldauer in Tagen	12,2	11,9
AU-Tage je 100 Versicherte	1.410,7	1.604,5
AU-Fälle je 100 Versicherte	115,8	134,4
Betroffenenquote	47,5%	53,9%

Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Somit wird aus diesem ersten Überblick erkennbar, dass Frauen im Allgemeinen häufiger von einer Arbeitsunfähigkeit betroffen sind als Männer. Es wird jedoch auch deutlich, dass der Krankenstand der Männer stärker durch längere Ausfallzeiten geprägt ist als bei Frauen.

Dieser Blick in die Struktur des Krankenstands bei Männern und Frauen zeigt also: Frauen sind zu einem höheren Anteil pro Jahr von wenigstens einer Arbeitsunfähigkeit betroffen, und sind (u.a. deswegen) häufiger krank als Männer. Ob diese Unterschiede tatsächlich auf das Geschlecht zurückzuführen sind oder andere Ursachen eine Rolle spielen, wird nachfolgend untersucht. So soll überprüft werden, ob Faktoren wie Alter, sozioökonomische Faktoren oder das unterschiedliche Morbiditätsgeschehen diese Unterschiede beeinflussen.

Zudem ist zu prüfen, ob die beschriebenen Unterschiede nur im Jahr 2015 zu beobachten sind, oder ob es sich bei den Geschlechterdifferenzen im AU-Geschehen um ein zeitlich konstantes Phänomen handelt.

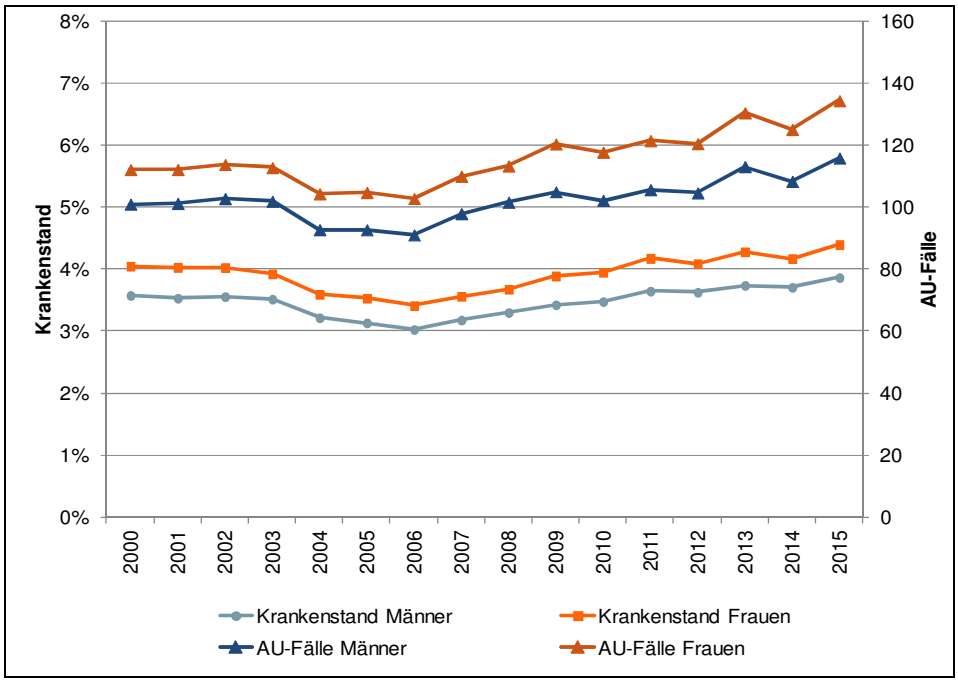
Geschlechterunterschiede im Zeitverlauf

Die Geschlechterunterschiede im Krankenstand sind zeitlich sehr konstant.

Die Betrachtung des Krankenstands über 16 Jahre hinweg (2000 bis 2015) zeigt, dass in jedem Jahr der Wert der Frauen über dem der Männer liegt. Auch bleibt die Größe des Unterschieds in der Höhe des Krankenstands zwischen Männern und Frauen über den betrachteten Zeitraum nahezu konstant. Die Krankenstände von Männern und Frauen variieren über den Zeitverlauf, die Distanz zwischen den Werten beider Geschlechter bleibt jedoch in etwa gleich (Abbildung 9).

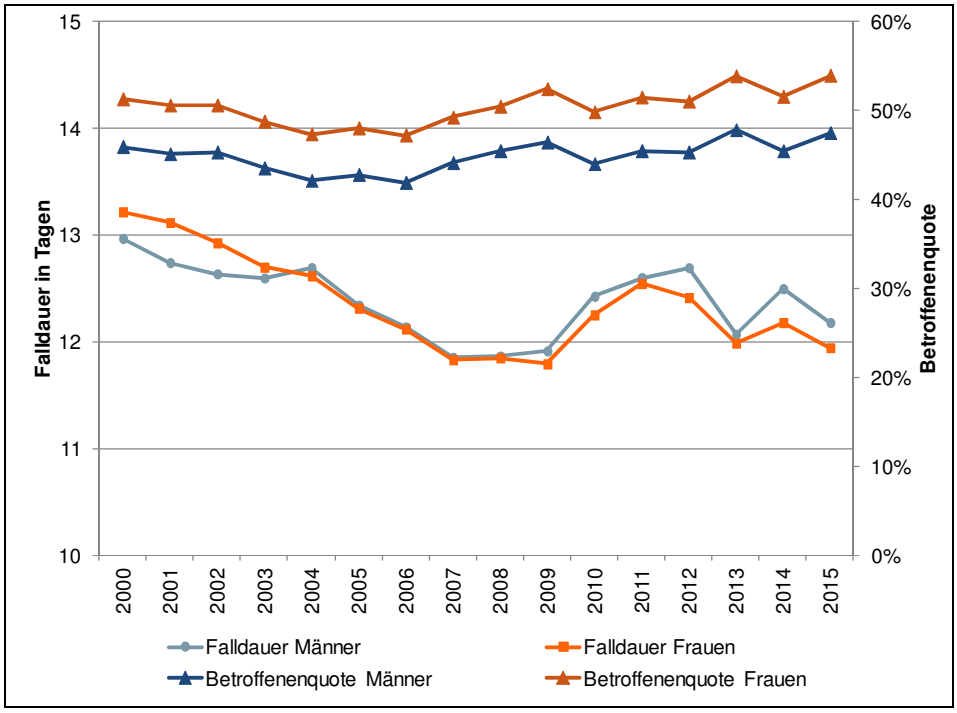
Dies lässt sich nicht nur für den Krankenstand feststellen, sondern auch für die Fallhäufigkeit und die Betroffenenquote (vgl. Abbildung 9 und Abbildung 10). Einzig die Geschlechterdifferenz der Falldauer verhält sich etwas unregelmäßig. So waren bis 2003 Frauen länger krankgeschrieben als Männer, erst ab 2009 zeigt sich eine geringfügig erhöhte Falldauer der Männer.

Abbildung 9: Krankenstand und AU-Fälle je 100 Versicherte nach Geschlecht (2000 bis 2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2000-2015

Abbildung 10: Betroffenenquote und durchschnittliche Falldauer nach Geschlecht (2000 bis 2015)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2000-2015

Festzuhalten ist also: Der Großteil der Geschlechterdifferenzen in den AU-Kennzahlen ist über die Zeit sehr konstant. Für die folgenden Analysen werden daher keine zeitlichen Entwicklungen betrachtet.

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen nach Alter

Sind Geschlechterunterschiede beim Krankenstand in jedem Alter zu beobachten? Gibt es Altersgruppen, bei denen Unterschiede besonders groß oder besonders klein sind?

Abbildung 11 vergleicht AU-Fälle und AU-Tage der Männer und der Frauen im Altersgang. Die Differenz bei der Zahl der Fälle ist in fast allen Altersgruppen ungefähr gleich groß, lediglich bei den ältesten Altersgruppen nimmt sie leicht ab. Das bedeutet: Frauen sind in allen Altersgruppen häufiger krankgeschrieben als Männer, auch in der ältesten Altersgruppe, dort jedoch mit geringerem Unterschied.

Auch beim Krankenstand, hier ausgedrückt als AU-Tage je 100 Versicherte, zeigt sich die Geschlechterdifferenz in nahezu allen Altersgruppen, auch wenn sie mit dem Alter geringfügig abnimmt. Nur in den jüngsten Altersgruppen, den 15- bis 19-Jährigen und den 20- bis 24-Jährigen lässt sich kaum ein Unterschied zwischen Männern und Frauen ausmachen.

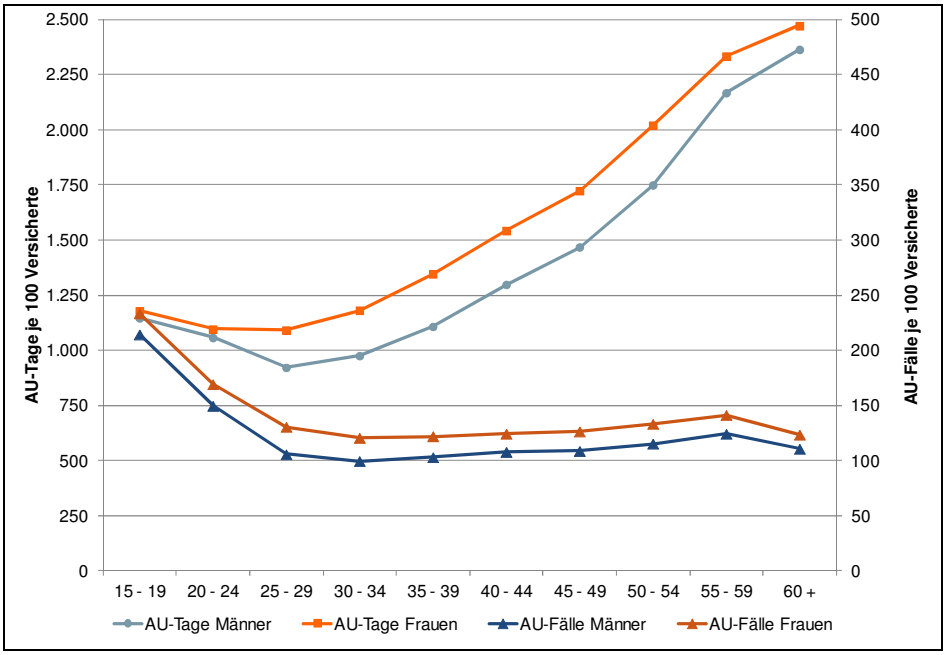
Ein ähnlicher Verlauf ist auch bei der Betroffenenquote zu beobachten (Abbildung 12) Frauen liegen bei der Betroffenenquote insbesondere bei den 30- bis 60-Jährigen in einem konstanten Abstand über den Männern. Bei den jüngsten Altersgruppen ist diese Differenz vergleichweise klein, bei den 25 bis -29-Jährigen ist die Differenz vergleichsweise groß, weil die Männer dieser Altersgruppe zu einem besonders hohen Anteil gar keine Arbeitsunfähigkeit im Jahr haben.

Die durchschnittliche Falldauer weist einen mit dem Alter steigenden Verlauf auf. Je älter Beschäftigte sind, desto länger dauern im Schnitt ihre Arbeitsunfähigkeiten (dass sie jedoch nicht öfter krank sind, je älter sie werden, zeigt übrigens die Fallhäufigkeit in Abbildung 11). Die Falldauer unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen praktisch nicht, egal welche Altersgruppe betrachtet wird.

Männer und Frauen sind in gleichem Maße von der im Altersgang steigenden Falldauer betroffen.

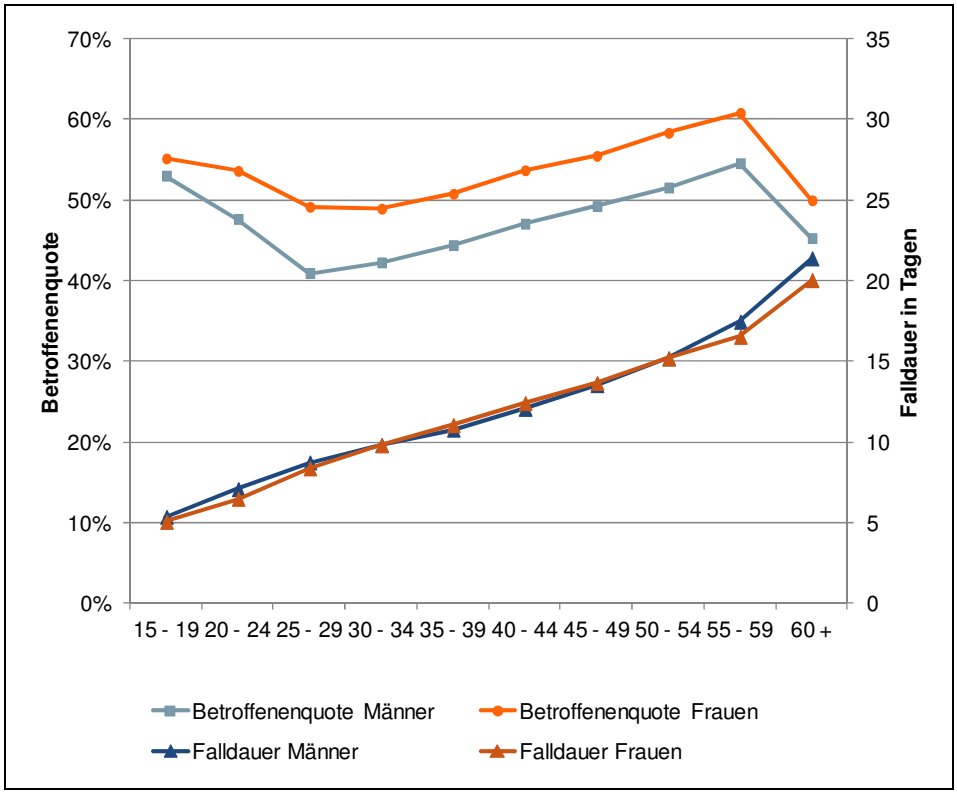
Die Falldauer ist in den Altersgruppen bis 55 Jahre bei Männern und Frauen gleich lang. Lediglich in den beiden ältesten Altersgruppen, den 55- bis 59-Jährigen und den 60 Jahre und älteren Beschäftigten steigt die Falldauer der Männer etwas steiler als die der Frauen.

Abbildung 11: Krankenstand und AU-Fälle nach Geschlecht und Alter (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 12: Betroffenenquote und Falldauer nach Geschlecht und Alter (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

3.3 Ursachen für Arbeitsunfähigkeit bei Männern und Frauen

Übersicht über das Diagnosespektrum

Muskel-Skelett-Erkrankungen sind bei Männern wie Frauen Hauptverursacher von Fehltagen.

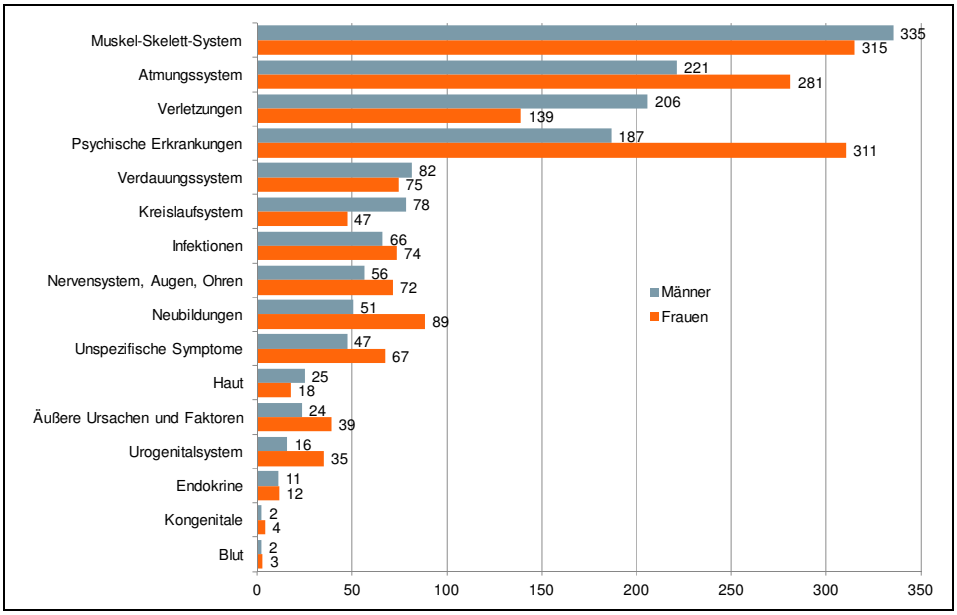
Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachen bei Männern wie Frauen die meisten Fehltage (Abbildung 13), wobei Männer etwas mehr Fehltage aufgrund solcher Erkrankungen haben als Frauen (335 zu 315 AU-Tage je 100 Versicherte). Zu beachten ist auch, dass bei den Frauen psychische Erkrankungen nahezu die gleiche Zahl an Ausfalltagen verursachen wie Muskel-Skelett-Erkrankungen (311 gegenüber 315 je 100 Versicherte). Damit spielen psychische Erkrankungen die gleiche Rolle für das weibliche AU-Geschehen wie die Muskel-Skelett-Erkrankungen.

In Bezug auf die Arbeitsunfähigkeitsursache „psychische Erkrankungen“ unterscheiden sich Männer und Frauen besonders stark. Die Zahl der Fehltage aufgrund einer psychischen Erkrankung liegt bei Frauen 66 Prozent über der der Männer. Psychische Erkrankungen sind bei Frauen somit auf Rang 2 der wichtigsten AU-Ursachen, gemessen an den Fehltagen, die hierdurch verursacht werden. Bei den Männern sind psychische Erkrankungen ebenfalls eine wichtige Ursache für Arbeitsunfähigkeit, sie liegen auf Rang 4 der Krankheitsgruppen, die die meisten AU-Tage verursachen.

Für beide Geschlechter spielen Atemwegserkrankungen eine wichtige Rolle im AU-Geschehen. Auch hier gibt es große Unterschiede: Wäh-

rend Frauen 281 AU-Tage je 100 Versicherte mit dieser Diagnose haben, sind es bei den Männern 221. Frauen haben somit 27 Prozent mehr Fehltage mit Ursache Atemwegserkrankungen als Männer. Zu den vier wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit gehören darüberhinaus die Verletzungen. Hier sind es wiederum die Männer, die mehr Fehltage aufgrund dieser Diagnose aufweisen: 206 zu 139 AU-Tage je 100 Versicherte und somit 48 Prozent mehr.

Abbildung 13: AU-Tage je 100 Versicherte nach Krankheitsart und Geschlecht (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Im Folgenden werden die Geschlechterunterschiede auf Ebene der Krankheitsgruppen (Kapitel im ICD-10) genauer betrachtet. Die Frage lautet: Wie hoch ist der „Beitrag“ der einzelnen Erkrankungsgruppen am Unterschied der Fehltagen und damit dem Krankenstand von Männern und Frauen? In Summe über alle Erkrankungsgruppen kommen Frauen auf 193,8 Fehltage je 100 Versicherte mehr als Männer (vgl.Tabelle 1).

„Hauptverursacher“ für den höheren Krankenstand der Frauen sind psychische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Schwangerschaftskomplikationen.

In Abbildung 14 ist dargestellt, wie sich das gesamte Fehltagevolumen bei Männern und Frauen auf die einzelnen Erkrankungsgruppen verteilt.

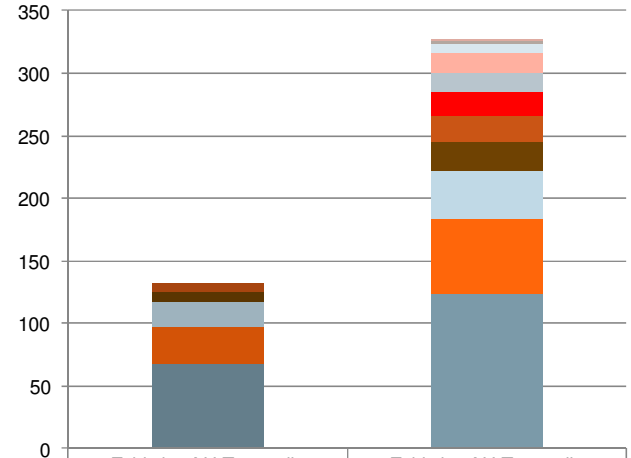
Zunächst ist zu konstatieren, dass Frauen keinesfalls bei allen Erkrankungsgruppen mehr Fehltage als Männer aufweisen. Auch unterscheidet sich die Höhe der Differenzen sehr deutlich. Somit enthält die Gesamtdifferenz zwischen Frauen und Männern (193,8 Fehltage), auch die Differenzen, bei denen Männer mehr Fehltage als Frauen aufweisen. Diese Differenzen gleichen sich also zum Teil aus, auch wenn bei Frauen unterm Strich die 193,8 Fehltage verbleiben.

Die Abbildung ist also folgendermaßen zu lesen: Die linke gestapelte Säule bildet Fehltage aufgrund von Krankheitsgruppen ab, die bei Männern mehr AU-Tage verursachen als bei Frauen. Die rechte gestapelte Säule bildet Fehltage aufgrund von Krankheitsgruppen ab, die bei Frauen mehr AU-Tage als bei Männern verursachen. Z. B. weisen Männer wegen Verletzungen 66,8 AU-Tage je 100 Versicherte mehr als Frauen auf. 31,0 Fehltage mehr entstehen bei Männern gegenüber

Frauen wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die dritte Krankheitsgruppe, die bei Männern mehr AU-Tage als bei Frauen verursacht, sind Muskel-Skelett-Erkrankungen (20,3 AU-Tage mehr als bei Frauen).

Hauptverantwortlich dafür, dass Frauen mehr AU-Tage als Männer aufweisen, sind die psychischen Erkrankungen. Bei keiner anderen Krankheitsgruppe ist die absolute Differenz zwischen Frauen und Männern größer. 124 AU-Tage je 100 Versicherte weisen Frauen mehr als Männer aufgrund von psychischen Erkrankungen auf. Wichtig für die Frauen-Männer-Differenz sind aber auch Atemwegserkrankungen (60,1 Fehltage Differenz), Neubildungen (37,8 Fehltage Differenz) und Schwangerschaftskomplikationen (23,8 Fehltage Differenz).

Abbildung 14: Differenz der AU-Tage je 100 Versicherte nach Krankheitsart und Geschlecht (2015)



	Zahl der AU-Tage, die Männer mehr haben als Frauen	Zahl der AU-Tage, die Frauen mehr haben als Männer
Endokrine		0,6
Sonstige		2,2
Infektionen		7,5
Nervensystem, Augen, Ohren		15,3
Äußere Ursachen und Faktoren		15,6
Urogenitalsystem		19,3
Unspezifische Symptome		20,0
Schwangerschaft		23,8
Neubildungen		37,8
Atmungssystem		60,1
Psychische Erkrankungen		124,0
Verdauungssystem	7,0	
Haut	7,2	
Muskel-Skelett-System	20,3	
Kreislaufsystem	31,0	
Verletzungen	66,8	

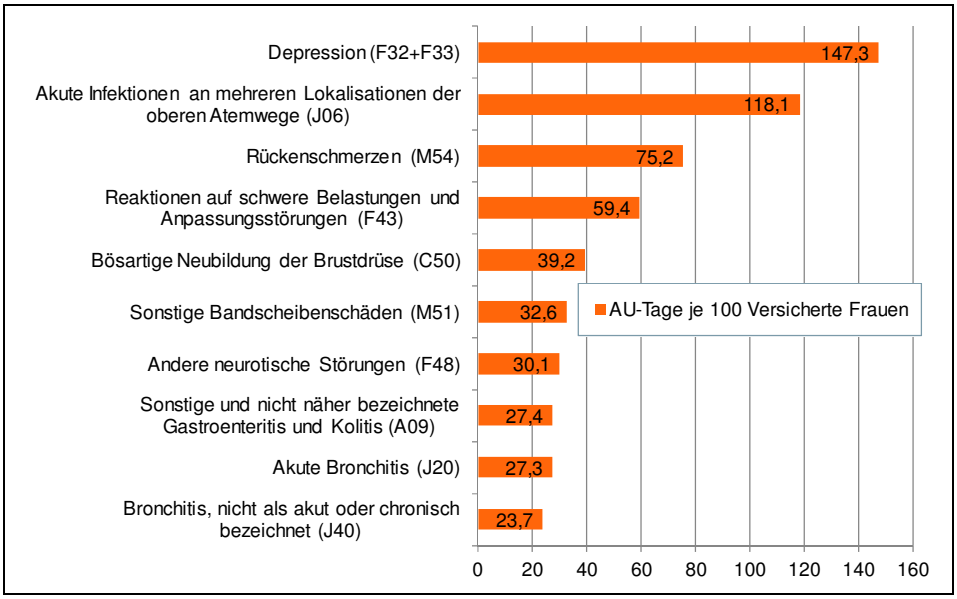
Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Männer haben mehr AU-Tage in einzelnen Erkankungsgruppen: Verletzungen, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Hinter den berichteten großen Krankheitsgruppen (den ICD-Kapiteln) stehen natürlich spezifischere Diagnosen, die im Folgenden auf der „Dreisteller"-Ebene betrachtet werden (Abbildung 15). Die Rolle der psychischen Erkrankungen im weibliche AU-Geschehen wird hierdurch unterstrichen: Auf Rang 1 der wichtigsten Dreisteller-Diagnosen steht die Depression (wobei die depressive Episode F32 und die rezidivierende depressive Störung F33 zusammengefasst sind). Alleine auf diese Diagnose entfallen bei den Frauen 147,3 AU-Tage je 100 Versicherte. Zu den 10 wichtigsten Einzeldiagnosen der Frauen gehören zwei weitere psychische Erkrankungen, Anpassungsstörungen (F43) sowie andere neurotische Störungen (F48), die v.a. die Neurasthenie, also ein Ermüdungs- und Erschöpfungssysndrom umfassen (Dilling *et al.* 2011: 235f.). Sie verursachen 59,4 bzw. 30,1 AU-Tage je 100 weibliche Versichterte.

Auf Rang 2 bei den Frauen folgen „Akute Infektionen" (J06) die 118,1 AU-Tage je 100 Versicherte verursachen und die große Rolle der Atemwegserkrankungen widerspiegeln (daneben spielt noch die Einzeldiagnose Bronchitis (J20 und J40) eine Rolle unter den 10 wichtigsten Einzeldiagnosen der Frauen). Rückenschmerzen (M54) spielen eine wichtige Rolle im weiblichen AU-Geschehen; weitere Muskel-Skelett-Erkrankungen, die zu den 10 wichtigsten Einzeldiagnosen der Frauen gehören sind Bandscheibenschäden (M51).

Abbildung 15: Top 10 Einzeldiagnosen der AU-Tage je 100 versicherte Frauen (2015)

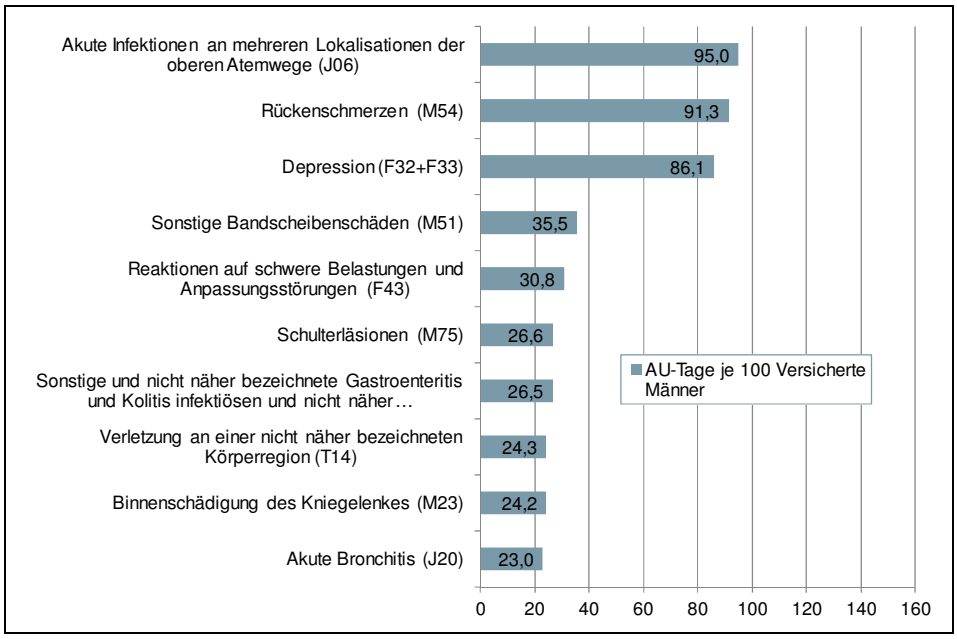


Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Im männlichen AU-Geschehen ist die wichtigste Einzeldiagnose J06: Akute Infektionen, die 95,0 AU-Tage je 100 Versicherte verursacht (Abbildung 16). Auf Rang 2 folgen die Rückenschmerzen, die 91,3 AU-Tage je 100 Versicherte verursachen. Dass auch im männlichen AU-Geschehen psychsiche Erkrankungen eine große Rolle spielen, spiegelt sich in der Einzeldiagnose Depression (F32 und F33) wider. Auf sie entfallen 86,1 AU-Tage je 100 Versicherte. Auch die Anpassungsstörungen (F43) gehören zu den 10 wichtigsten Einzeldiagnosen der Männer. Anders als bei den Frauen gehört bei den Männer eine Einzeldiagnose der Verletzungen zu den 10 wichtigsten Ur-

sachen für Arbeitsunfähigkeit: Die Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion (T14). Anders als bei den Frauen gehört bei Männern eine zusätzliche Diagnose aus dem M-Kapitel (Muskel-Skelett) zu den „Top-10“, nämlich die Binnenschädigung des Kniegelenks (M23).

Abbildung 16: Top 10 Einzeldiagnosen der AU-Tage je 100 versicherte Männer (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Der Blick auf die Einzeldiagnosen, die durch die ICD-Kapitel zusammengefasst sind, unterstreicht die Bedeutung, die psychische Erkrankungen im weiblichen AU-Geschehen spielen. Drei Einzeldiagnosen aus dem entsprechenden Kapitel gehören zu den „Top-10“ der Frauen. Einzeldiagnosen aus der männlichen „Top 10“-Liste umfassen zwar ebenfalls zwei psychische Erkrankungen, jedoch fehlen dort die neurotischen Störungen (F48). Dafür sind mehr Diagnosen aus dem Muskel-Skelett-Kapitel sowie eine Einzeldiagnose aus dem Kapitel Verletzungen zu finden, das wiederum in der weiblichen Top 10 gänzlich fehlt.

Nach diesem eher systematischen Überblick über das Diagnosespektrum unter Berücksichtigung der Geschlechterdifferenz werden im Folgenden ausgewählte Ursachen von Arbeitsunfähigkeit näher betrachtet. Auswahlkriterium ist dabei einerseits die wichtige Rolle, die einzelne Kapitel oder Diagnose für die Geschlechterdifferenz einnehmen und/oder der Bevölkerungsepidemiologische Kenntnisstand in Bezug auf einzelne der relevanten Erkrankungen.

Arbeitsunfähigkeitsursache Schwangerschaftskomplikationen

Die vorangegangenen Analysen haben bereits gezeigt, dass ein Teil der Geschlechterdifferenz im AU-Geschehen durch Arbeitsunfähigkeiten wegen Schwangerschaftskomplikationen erklärt wird. Solche, eine Arbeitsunfähigkeit auslösende Komplikationen, werden im ICD 10 unter dem Kapitel O: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett doku-

mentiert und sollen im Folgenden näher in ihrer Bedeutung für den Krankenstand der Frauen untersucht werden.

Tabelle 2 zeigt das Fehltage-Volumen der – für das AU-Geschehen wichtigsten – Komplikationen während der Schwangerschaft.

Die meisten Fehltage je 100 Versicherte verursachen übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft (4,1) sowie Blutungen in der Frühschwangerschaft (4,1). Ihr Anteil an den AU-Tagen aller Schwangerschaftskomplikationen macht jeweils rund 17 Prozent aus. Die Diagnose: „Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind“ begründet 3,0 AU-Tage je 100 Versicherte. Hierunter fallen Krankheiten und Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind, wie z.B. zu geringe Gewichtszunahme der Schwangeren.

Eine relativ große Rolle innerhalb des O-Kapitels spielen vorzeitige Wehen und Entbindung (1,9 AU-Tage je 100 Versicherte), sonstige abnorme Konzeptionsprodukte (1,5 AU-Tage je 100 Versicherte), nicht näher bezeichneter Abort (1,0 AU-Tage je 100 Versicherte) sowie sonstige Krankheiten der Mutter, die zu Komplikationen bei der Schwangerschaft führen (1,0 AU-Tage je 100 Versicherte). Die 12 Diagnosen, die in Tabelle 2 aufgeführt sind, machen zusammen 86 Prozent des AU-Volumens von Kapitel O aus.

Tabelle 2: Fehltage der wichtigsten Diagnosen aus dem Kapitel O: Schwangerschaft, geburt und Wochenbett. Nur Fauen (2015)

ICDHG	ICDTitel	Fehltage je 100 Versicherte	Anteil an den Fehltagen des gesamten O Kapitels
O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	4,1	17,3%
O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	4,1	17,2%
O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	3,0	12,6%
O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	1,9	7,8%
O02	Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte	1,5	6,3%
O06	Nicht näher bezeichneter Abort	1,0	4,3%
O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	1,0	4,2%
O09	Schwangerschaftsdauer	1,0	4,1%
O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	0,9	3,8%
O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	0,7	3,1%
O62	Abnorme Wehentätigkeit	0,6	2,7%
O00	Extrauteringravidität	0,6	2,5%
	Zwischensumme	**20,5**	**85,9%**
	Sonstige Diagnosen unter Kapitel O	3,4	14,1%
	Gesamt	**23,9**	**100,0%**

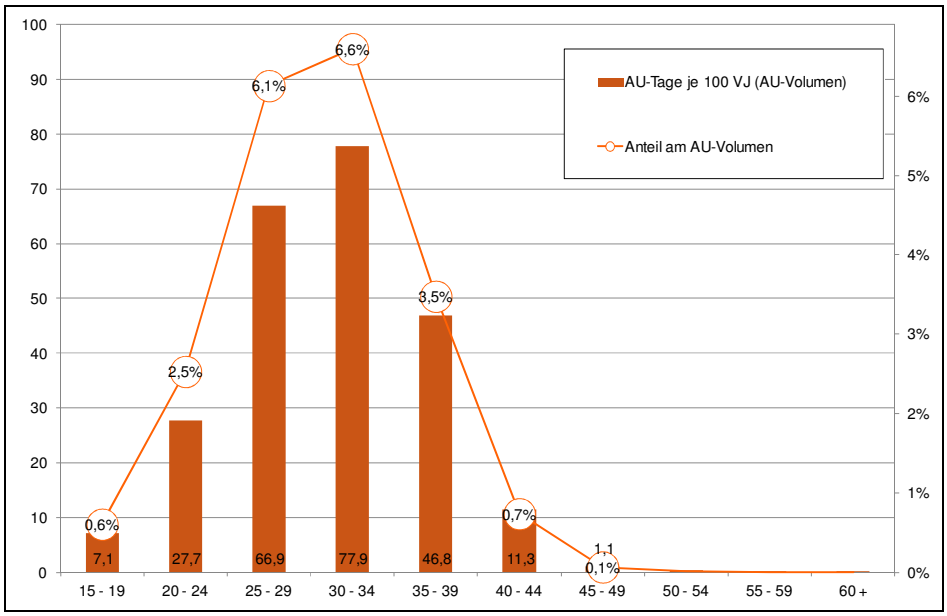
Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Wie hoch ist der Anteil der Schwangerschaftskomplikationen (Kapitel O) am Gesamtkrankenstand? Insgesamt werden durch Erkrankungen aus dem Kapitel O 23,9 Fehltage je 100 versicherte Frauen verursacht, in Summe über alle Erkrankungsgruppen waren es 2015 1.604,5 Fehltage (vgl.Tabelle 1). Am Krankenstand der Frauen machen die Schwangerschaftskomplikationen demnach rund 1,5 Prozent aus.

Eine Differenzierung nach Altersgruppen nimmt Abbildung 17 vor. Demnach ist das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der Altersgruppen in der Altersspanne 20 bis unter 40 Jahren deutlich stärker durch Schwangerschaftskomplikationen geprägt. Die größte Rolle spielt das O-Kapitel bei den 30- bis 34-Jährigen, die in diesem Alter häufig ihr erstes oder zweites Kind bekommen (Statistisches Bundesamt 2012: 9). Weibliche Erwerbstätige in diesem Alter weisen 77,9 AU-Tage je 100 Versicherte wegen Schwangerschaftskomplikationen auf, ein Anteil am Krankenstand dieser Altersgruppe von 6,6 Prozent. Auch die

25- bis 29-Jährigen Frauen sind von Schwangerschaftskomplikationen weit überdurchschnittlich betroffen. 66,9 AU-Tage (je 100 VJ) sind in dieser Altersgruppe zu verzeichnen, ein Anteil am Krankenstand von 6,1 Prozent.

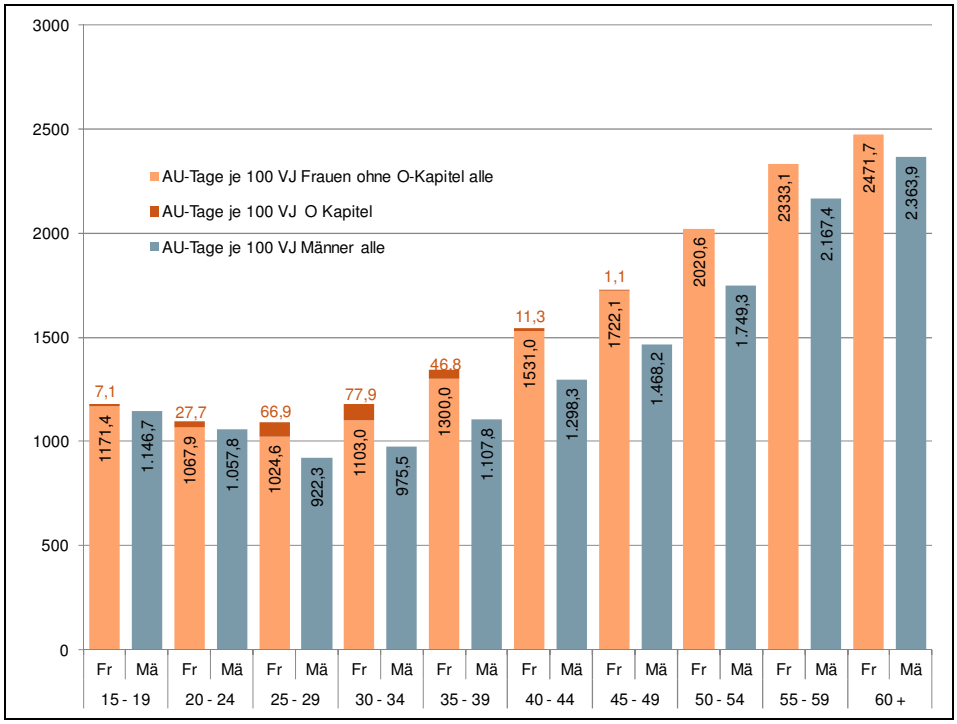
Abbildung 17: AU-Volumen und Anteil am AU-Volumen von Schwangerschaftskomplikationen (ICD-Kapitel O). Nur Frauen. Jahr 2015



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 18 zeigt AU-Tage wegen Schwangerschaftskomplikationen und stellt sie ins Verhältnis einerseits zu den AU-Tagen der Frauen ingesamt, andererseits zur Differenz dieser gegenüber den AU-Tagen der Männer. In den Altersgruppen ab 45 spielen Schwangerschaftskomplikationen praktisch keine Rolle, weder im Verhältnis zu den AU-Tagen der Frauen insgesamt, noch zur Erklärung der Differenz dieser zu den Männern. In der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen spielen sie eine geringe Rolle im Verhältnis der AU-Tage der Frauen insgesamt. Jedoch: In dieser Altersgruppe würde ein Wegfall der Schwangerschaftskomplikationen dazu führen, dass die Männer-Frauen-Differenz im Krankenstand deutlich geringer ausfallen würde. In den Altersgruppen der 20- bis 39-Jährigen spielen Schwangerschaftskomplikationen eine gewisse Rolle, die bereits in den Analysen zuvor quantifiziert wurde und in Abbildung 18 grafisch sichtbar gemacht wird.

Abbildung 18: Fehltage getrennt nach Schwangerschaftskomplikationen (ICD-Kapitel O) und Gesamt; Männer und Frauen nach Altersgruppen (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Komplikationen wegen Schwangerschaft – das zeigen die vorangegangenen Analysen – stellen sich also als relevanter heraus, wenn sie nach Geschlecht und Alter differenziert betrachtet werden, als sie zunächst gemessen am Anteil am Krankenstand scheinen. Wieviel tragen sie aber zur Frage bei, warum Frauen einen höheren Krankenstand als Männer haben?

12,3 Prozent der Geschlechterdifferenz im AU-Geschehen können durch Schwangerschaftskomplikationen erklärt werden.

12,3 Prozent der Differenz könnten durch Fehltage wegen Schwangerschaftskomplikationen erklärt werden (Tabelle 3). Dieser Anteil variiert jedoch deutlich nach Altersgruppen. Die Analyse sollte daher eingeschränkt werden auf jene Altersgruppen, in denen Frauen typischerweise Kinder bekommen.

Neben der besonders jungen Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen sind es vor allem die Altersgruppen zwischen 20 und 44 Jahren, bei denen Schwangerschaftskomplikationen einen relevanten Teil des Krankenstandsunterschieds erklären könnten. Bei den 20- bis 24-Jährigen ist dieser erklärte Anteil hoch, auch weil in dieser Altersgruppe der Geschlechterunterschied noch vergleichsweise gering ist. Die 25- bis 39-Jährigen haben vergleichsweise viele AU-Tage mit Ursache Schwangerschaftskomplikationen, bei ihnen wird dementsprechend auch ein relativ großer Teil des Unterschieds durch sie erklärt.

Beispiel: Die 25- bis 29-Jährigen Frauen haben einen 18,3 Prozent höheren Krankenstand als Männer. 39,6 Prozent dieses Unterschieds könnte durch Schwangerschaftskomplikationen erklärt werden.

In den Altersgruppen der 20- bis 34-Jährigen erklären Schwangerschaftskomplikationen bis zu 73 Prozent des AU-Unterschieds zwischen Frauen und Männern.

Bei den 30- bis 34-Jährigen und den 35- bis 39-Jährigen, die übrigens den größten Geschlechterunterschied im Krankenstand aufweisen, machen Schwangerschaftskomplikationen 37,9 bzw. 19,6 Prozent des Unterschieds aus. In den Altersgruppen ab 45 Jahren spielen Schwangerschaftskomplikationen fast keine Rolle mehr.

Tabelle 3: Anteil des AU-Volumens wegen Schwangerschaftskomplikationen am Krankenstandsunterschied Frauen zu Männern (Jahr 2015)

Altersgruppe	Unterschied im Fehltagevolumen Frauen gegenüber Männern (absolut)	Unterschied im Fehltagevolumen Frauen gegenüber Männern (prozentual)	AU-Tage je 100 Vs. O Kapitel	Anteil des AU-Volumens aufgrund Kapitel O an der Differenz Frauen zu Männern
15 - 19	31,9	2,8%	7,1	22,3%
20 - 24	37,8	3,6%	27,7	73,3%
25 - 29	169,2	18,3%	66,9	39,6%
30 - 34	205,5	21,1%	77,9	37,9%
35 - 39	239,1	21,6%	46,8	19,6%
40 - 44	244,1	18,8%	11,3	4,7%
45 - 49	255,0	17,4%	1,1	0,4%
50 - 54	271,3	15,5%	0,3	0,1%
55 - 59	165,7	7,6%	0,1	0,1%
60 +	107,8	4,6%	0,1	0,1%
Gesamt	**193,8**	**13,7%**	**23,9**	**12,3%**

Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

In den jüngeren Altersgruppen bis zu den 44- Jährigen sind Schwangerschaftskomplikationen eine relevante Größe im AU-Geschehen.

Als Zwischenfazit bleibt bezüglich der Schwangerschaftkomplikationen also festzuhalten, dass der verschwindend geringe Anteil von Schwangerschaftskomplikationen am Krankenstand nicht zu der Annahme führen darf, dass diese unter den betroffenen Altersgruppen der Frauen keine Rolle spielen. Das Gegenteil ist der Fall: Bei den 30- bis 34-jährigen Frauen machen solche Komplikationen immerhin knapp 7 Prozent aus. Zum Vergleich: Nach den 4 wichtigsten Diagnosen im AU-Geschehen dieser Alters-Geschlechts-Gruppe (Erkrankungen des Atmungssystems, psychische Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und Verletzungen) stehen sie bei dieser Altersgruppe immerhin auf Rang 5.

Komplikationen wegen einer Schwangerschaft sind nicht nur gemessen am Anteil am Krankenstand relativ bedeutend, sie erklären auch tatsächlich einen wesentlich Anteil des Krankenstandsunterschieds in den Altersgruppen der 20- bis 44-Jährigen. Sogar über alle Altersgruppen hinweg könnten die Schwangerschaftskomplikationen rund 12 Prozent des Geschlechterunterschieds erklären.

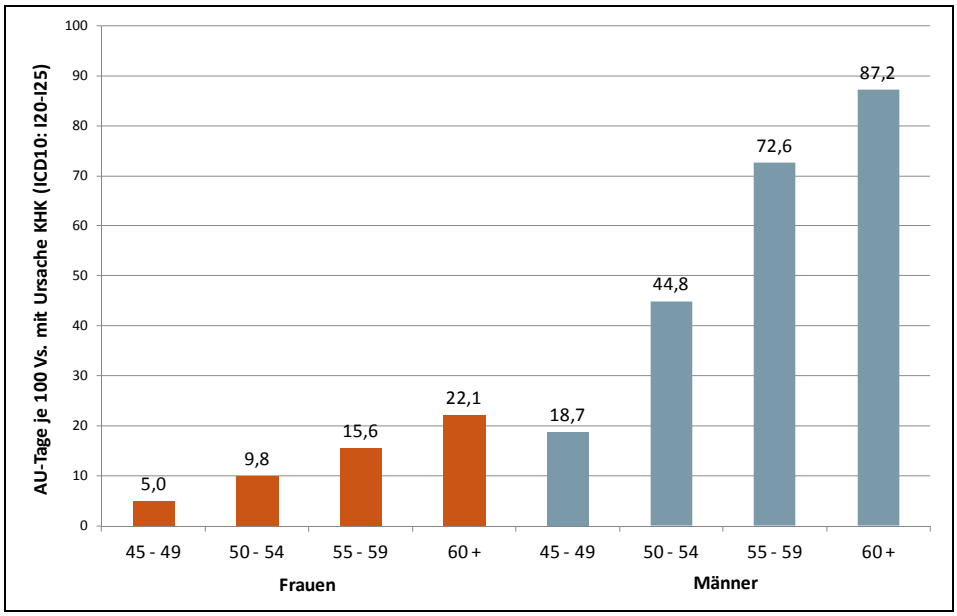
Koronare Herzerkrankung als Ursache von Arbeitsunfähigkeit

Die koronare Herzkrankheit ist ein unter Gesichtspunkten der geschlechtervergleichender Epidemiologie und Public Health häufig erwähntes Krankheitsbild (z.B. Hagen und Starker 2011: 4.e1). Männer im Erwerbsalter leiden deutlich häufiger unter einer koronaren Herzkrankheit als Frauen. Zwar spielt sie bei den unter 45-Jährigen sowohl bei Männern wie bei Frauen fast keine Rolle: Unter den bis 44-Jährigen geben weniger als ein Prozent der Frauen und etwa zwei Prozent der Männer an, eine diagnostizierte koronare Herzerkrankung zu haben. Unter den 45- bis 64-Jährigen jedoch weisen Männer eine Prävalenz von 9 Prozent, Frauen eine von 4 Prozent auf (Robert Koch-Institut 2014: 72f.).[3] Dies schlägt sich im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nieder. Abbildung 19 zeigt, dass Männer häufiger und früher von der koronaren Herzerkrankung betroffen sind. Bei den 45- bis 49-Jährigen Männern entfallen mit 18,7 Prozent bereits mehr AU-Tage auf diese Diagnose als bei 10 Jahre älteren Frauen. Die über 60-jährigen Männer verursachen wegen koronarer Herzkrankheit fast viermal so viele AU-Tage wie die gleichaltrigen Frauen.

„Die Hypothese, dass Frauen eine höhere Morbiditätslast tragen, trifft in dieser Pauschalität sicherlich nicht zu. Frauen und Männer sind - aus unterschiedlichen Gründen - von unterschiedlichen Morbiditätsprofilen betroffen, Männer z.B. mehr von Arbeitsunfällen, Frauen von depressiven Erkrankungen."

Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bielefeld

Abbildung 19: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte mit Ursache Koronare Herzerkrankung (ICD: I20-I25) nach Alter und Geschlecht



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

[3] Bei der Interpretation dieser Daten ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich um diagnostizierte Fälle handelt, und dass Frauen seltener eine intensive Diagnostik für die koronare Herzerkrankung erhalten als Männer und somit deren Anteil möglicherweise unterschätzt wird (RKI 2014: 74). In den hier referierten Befragungsdaten des Robert-Koch-Instituts fehlen außerdem die, die am Herzinfarkt verstorben sind. Dennoch geht das RKI davon aus, dass diese Daten, die eine mehr als doppelt so hohe Prävalenz unter den Männern belegen, das reale Geschehen gut widerspiegeln.

Neubildungen

Im AU-Geschehen sind v.a. die häufigen Krebsarten Brust-, Prostata, Lungen- und Darmkrebs relevant.

Neubildungen sind mit 4,5 Prozent Anteil an den AU-Tagen auf Rang 7 der wichtigen Ursachen für Arbeitsunfähigkeit.[4] Die häufigsten Krebsarten, gemessen an der Neuerkrankungsrate, in Deutschland sind (1) Prostatakrebs (Männer) bzw. Brustkrebs (Frauen), (2) Lungenkrebs (Männer) bzw. Darmkrebs (Frauen) sowie (3) Darmkrebs (Männer) und Lungenkrebs (Frauen) (DKFZ o.J.). Diese vier häufigsten Krebsarten verursachen gemeinsam 39 Prozent der AU-Tage aufgrund von Neubildungen und 1,8 Prozent an den Fehltagen insgesamt.

Da es sich bei Brust- und Prostatakrebs um jeweils geschlechtsspezifische Krebsarten handelt, werden diese in ihrer Rolle für das AU-Geschehen analysiert. Das 10-Jahres-Erkrankungsrisiko der Allgemeinbevölkerung ist in Tabelle 4 dargestellt.

Da beide Geschlechter das gleiche Lebenszeitrisiko von knapp 13 Prozent haben, an Prostata- bzw. Brustkrebs zu erkranken, könnte man erwarten, dass sich beide Krebsarten gleichermaßen im AU-Geschehen niederschlagen. Jedoch ist das Risiko der Männer, in den nächsten 10 Jahren an Prostatakrebs zu erkranken, in den jüngeren Altersgruppen deutlich geringer als das der Frauen, an Brustkrebs zu erkranken.

Mit anderen Worten: Männer erkranken an Prostatakrebs später als Frauen an Brustkrebs erkranken. Somit ist vom Prostatakrebs kaum zu erwarten, dass er im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen eine größere Rolle spielt, vom Brustkrebs jedoch schon, da bereits die Frauen im Erwerbsalter ein gewisses Risiko tragen, daran zu erkranken.

Tabelle 4: Erkrankungsrisiko nach Alter für Brust- (Frauen) bzw. Prostatakrebs (Männer)

C50 Bösartige Neubildungen der Brustdrüse		C61 Bösartige Neubildung der Prostata	
Frauen im Alter von…	Erkrankungsrisiko in den nächsten 10 Jahren	Männer im Alter von	Erkrankungsrisiko in den nächsten 10 Jahren
35 Jahren	0,9%	35 Jahren	<0,1%
45 Jahren	2,1%	45 Jahren	0,4%
55 Jahren	3,0%	55 Jahren	2,5%
65 Jahren	4%	65 Jahren	5,9%
75 Jahren	3%	75 Jahren	5,9%
Lebenszeitrisiko: 12,8 Prozent		Lebenszeitrisiko: 12,8 Prozent	

Quelle: Robert Koch-Institut (2015b: 76, 96) Datenbasis 2012

Die bei Männern häufigste Krebsart Prostatakrebs spielt im AU-Geschehen eine äußerst geringe Rolle.

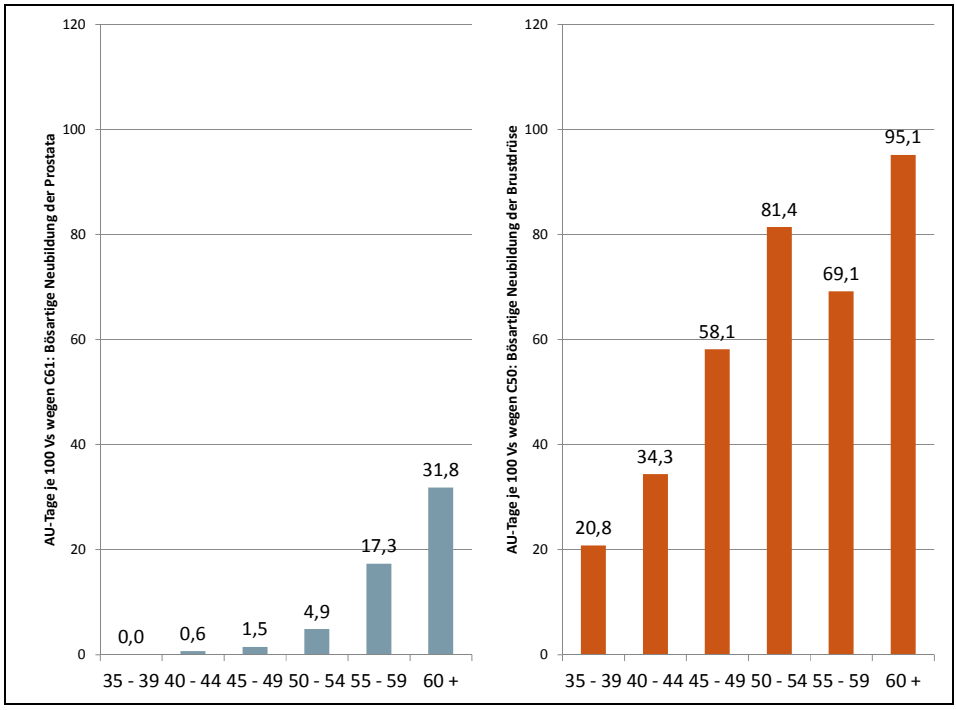
Die Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens auf diesen Aspekt hin bestätigt: Unter 60-jährige Männer haben nur sehr wenige Fehltage mit Ursache Prostatakrebs (Abbildung 20). In diesen Altersgruppen macht diese Diagnose weniger als ein Prozent des AU-Geschehen aus. Erst ab 60 Jahren verursacht Prostatakrebs 1,3 Prozent der AU-Tage der Männer dieser Altersgruppe.

[4] Das ICD-10 Kapitel Neubildungen enthält gutartige und bösartige Neubildungen.

Brustkrebs dagegen spielt eine vergleichsweise große Rolle, weil er Frauen bereits relativ früh betrifft.

Demgegenüber spielt Brustkrebs im AU-Geschehen der Frauen eine deutlich größere Rolle (Abbildung 20). Bereits die 40- bis 44-Jährigen Frauen verursachen mit 34,3 AU-Tagen je 100 Versicherte mehr AU-Tage als die über 60-Jährigen Männer aufgrund von Prostatakrebs. Die 50- bis 60-Jährigen Frauen weisen bis zu 95,1 AU-Tage je 100 Versicherte wegen Brustkrebs auf. Bei den 50- bis 54-Jährigen Frauen entspricht dies 4,0 Prozent der AU-Tage insgesamt.

Abbildung 20: AU-Tage je 100 Versicherte wegen Prostatakrebs bei Männern bzw. Brustkrebs bei Frauen



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Wie sehen die Geschlechterunterschiede bei bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge (C34), also beim Lungenkrebs aus? Für Frauen ist dies die dritthäufigste, für Männer die zweithäufigste Krebsart. Beim Lungenkrebs sind Männer – gemessen an der Zahl der Neuerkrankungen – besonders betroffen (etwa doppelt so häufig als Frauen) (Hagen und Starker 2011: 4.e1). Dies zeigt sich auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, Männer haben (in den relevanten Altersgruppen) zwar nicht doppelt so viele, aber deutlich mehr AU-Tage als Frauen wegen dieser Diagnose (Tabelle 5).

Tabelle 5: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte aufgrund von Lungenkrebs (C34: Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge)

Alter	Männer	Frauen
50 - 54	5,0	4,3
55 - 59	14,1	10,0
60+	19,6	15,3

Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Verletzungen

Männer haben mehr und schwerere Unfälle als Frauen.

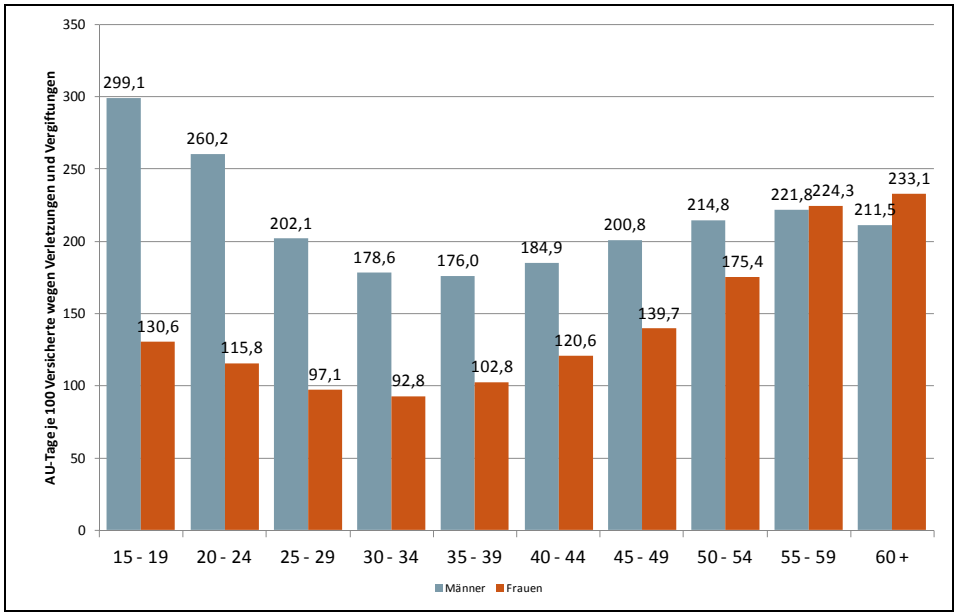
Männer sind von Unfällen deutlich häufiger betroffen als Frauen und „auch hinsichtlich der Schwere von Unfällen wird ein klarer Geschlechterunterschied zuungunsten der Männer beobachtet“ (Saß und Rommel 2016: 275). Auch spielen Unfälle als Todesursache bei Männern eine größere Rolle als bei Frauen. So gehören zu den wegen Verletzungen, Vergiftungen und bestimmter anderer Folgen äußerer Umstände Gestorbenen 60,1 Prozent Männer und 39,9 Prozent Frauen. Die wegen Transportmittelunfällen Gestorbenen sind zu 75,1 Prozent Männer und 24,9 Prozent Frauen (Statistisches Bundesamt 2016). Verletzungen sind somit auch Ausdruck eines geschlechterspezifischen Risikoverhaltens.

Auch aus epidemiologischen Bevölkerungsbefragungen geht das deutlich größere Verletzungsrisiko der Männer hervor. Im Alter von 18 bis 64 Jahren ist der Anteil der Männer, die wenigstens einen Unfall mit ärztlicher Behandlung in den letzten 12 Monaten hatten, größer als der der Frauen; in den Altersgruppen bis 44 sogar mehr als doppelt so hoch. Auch Arbeitsunfälle betreffen Männer deutlich häufiger als Frauen (Robert Koch-Institut 2014: 58f., Saß und Rommel 2016: 276).

Die Prävention von Verletzungen bietet insbesondere bei jungen Männern ein großes Potential, das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen positiv zu beeinflussen.

Das höhere Unfallrisiko der Männer schlägt sich auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nieder. Bis zur Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen verursachen Verletzungen bei Männern mehr als doppelt so viele AU-Tage wie bei den Frauen. Bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen haben Männer zwischen 71 und 44 Prozent mehr AU-Tage wegen Verletzungen als Frauen. Beginnend mit den 50- bis 54-Jährigen (nur noch 22 Prozent Differenz) beginnen sich die AU-Tage wegen Verletzungen einander anzunähern und in der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren haben die Frauen sogar mehr AU-Tage wegen Verletzungen als Männer. Im Unterschied zur 12-Monats-Unfallprävalenz (Robert Koch-Institut 2014: 59), die im Altersgang insbesondere bei Männern sehr stark zurückgeht, ist bei den AU-Tagen aufgrund von Verletzungen eher ein U-förmiger Zusammenhang zu beobachten, d.h. jüngere und ältere Erwerbstätige haben vergleichsweise viele, die mittleren Altersgruppen weniger AU-Tage aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen.

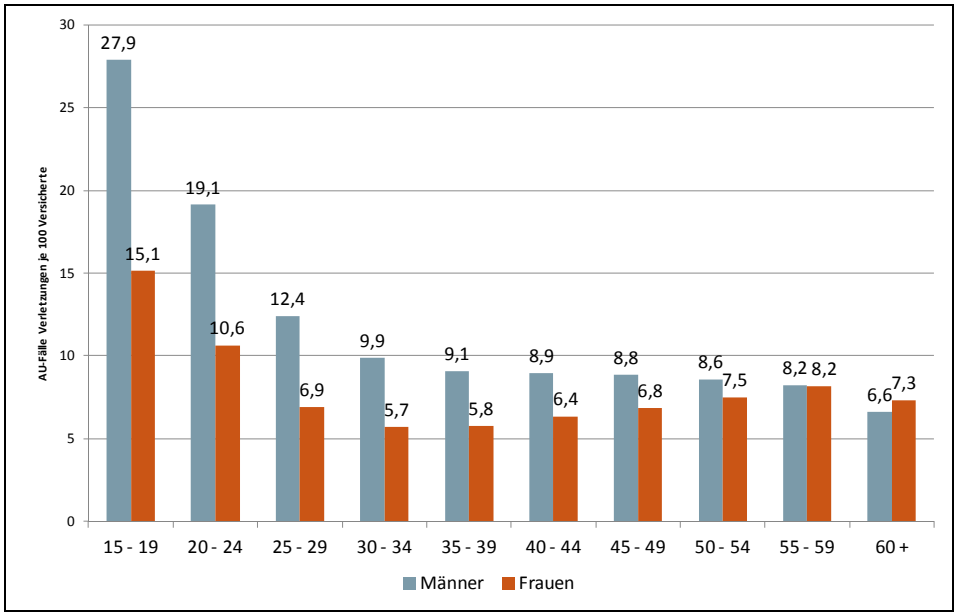
Abbildung 21: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte wegen Verletzungen und Vergiftungen (ICD Kapitel S und T)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Zu beachten ist, dass die Fehltage wegen Verletzungen bei den älteren Altersgruppen vermutlich wegen der schwereren Verletzungsfolgen und Heilungsdauern wieder zunehmen. Betrachtet man im Unterschied dazu die Fälle (Abbildung 22), zeigt sich, dass die jüngeren Altersgruppen stark betroffen sind, die mittleren und älteren Altersgruppen deutlich weniger.

Abbildung 22: Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherte wegen Verletzungen und Vergiftungen (ICD Kapitel S und T)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Die vergleichsweise große Zahl von AU-Tagen wegen Verletzungen der Männer entspricht übrigens auch einem sehr großen Anteil am Krankenstand. 9,1 Prozent, also jeder elfte AU-Tag der Männer, hat eine Verletzung (oder Vergiftung) als Ursache. In der Altersgruppe der

20- bis 24-Jährigen sind es sogar 24,6 Prozent, fast jeder vierte AU-Tag und in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen verursachen Verletzungen 21,9 Prozent der AU-Tage, also mehr als jeden fünften AU-Tag. In diesen beiden Altersgruppen verursachen Verletzungen unter den Männern mehr AU-Tage als jede andere Krankheitsgruppe (ICD-Kapitel).

Psychische Erkrankungen

Zwar weisen Männer und Frauen in etwa den gleichen subjektiven Gesundheitszustand auf, Frauen leiden allerdings häufiger als Männer unter Beeinträchtigungen ihres psychischen Wohlbefindens: 10 Prozent der Frauen und 6 Prozent der Männer berichten beispielsweise über eine diagnostizierte Depression innerhalb der letzen 12 Monate. Dieser Geschlechterunterschied ist besonders groß in den Altersgruppen ab 45 Jahren (Robert Koch-Institut 2014: 69). In der Altersgruppe 45 – 64 Jahre ist die 12-Monats-Prävalenz diagnostizierter Depressionen gleichzeitig besonders hoch: Frauen berichten zu einem Anteil von 14 Prozent, Männer zu einem Anteil von 9 Prozent von einer durch einen Arzt oder Psychotherapeuten diagnostizierten Depression oder depressiven Verstimmung in den letzten 12 Monaten (Robert Koch-Institut 2014: 69).

Auch die mit Hilfe von Screening Instrumenten wie dem Patient Health Questionnaire (PHQ) in Bevölkerungsbefragungen gewonnenen Prävalenzschätzungen von Depressionen bestätigen, dass Frauen häufiger betroffen sind als Männer. Gemäß der durch die DEGS-Erhebung des Robert-Koch-Instituts (2008-2011) ermittelten Punktprävalenz bestand bei 10,2 Prozent der Frauen, aber nur bei 6,1 Prozent der Männer ein depressives Syndrom (Kurth 2012: 987).

Unabhängig von der Art der Erhebung, ist die Depressionsprävalenz bei Frauen etwa doppelt so hoch wie bei Männern.

Je nachdem, ob Ergebnisse auf Selbstangaben beruhen und sich auf eine diagnostizierte Depression gegenüber den Ergebnissen eines Screenings beziehen, oder ob Routinedaten der Versicherungsträger verwendet werden, sind die Angaben zur Verbreitung psychischer Erkrankungen wie der Depression zwar in gewissem Rahmen unterschiedlich. Jedoch: „Ein stabiles Ergebnis aller Studien und Daten ist der Unterschied zwischen Frauen und Männern in der Depressionsprävalenz. Frauen sind ungefähr doppelt so häufig betroffen wie Männer“ (Müters *et al.* 2013: 2).

Als Ursachen für den Geschlechterunterschied in der Depressionsprävalenz werden zum einen biologische Ursachen bei Frauen gesehen, wie Hormonschwankungen im Zusammenhang mit reproduktiven körperlichen Vorgängen oder Reaktionen auf bestimmte Hormonspiegel.

Zum anderen ist aber zumindest ein Teil des Unterschieds auch durch methodische Artefakte zu erklären. So ist davon auszugehen, dass Männer und Frauen im diagnostischen Prozess Symptome unterschiedlich beurteilen und außerhalb des diagnostischen Prozesses Symptome in unterschiedlicher Weise wahrnehmen. Zudem wird verschiedentlich vorgebracht, dass die Symptome für eine Depression bei Männern tatsächlich andere sind als bei Frauen (Irritabilität, Aggressivität und antisoziales Verhalten bei Männern, Unruhe, Klagsamkeit und Verstimmung bei Frauen (Möller-Leimkühler *et al.* 2004: 87, Müters *et al.* 2013: 2). Hinzu kommen mögliche Unterschiede beim Hilfesuchverhalten, bei der Erinnerung sowie der Bereitschaft, Angaben über Symptome oder Diagnosen in Befragungen zu machen.

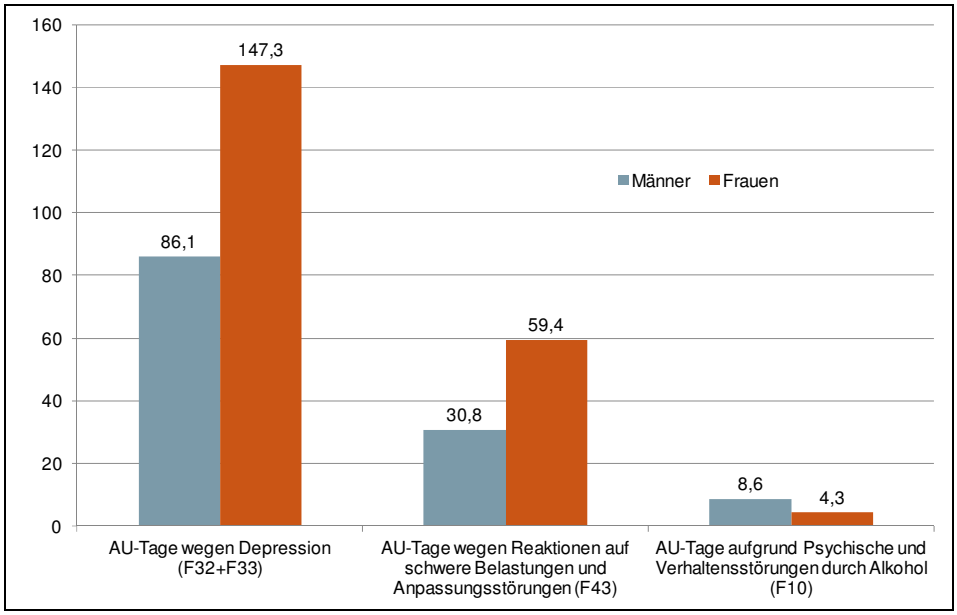
Eine weitere Gruppe von Ursachen wird in der über die Geschlechter ungleichen Verteilung von Risiko- und protektiven Faktoren für psychische Erkrankungen gesehen, darunter Einflussfaktoren im Zusammenhang mit dem Erwerbsleben, die soziale Statusposition sowie Familie und Partnerschaft (Müters *et al.* 2013: 3f.).

Im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen spiegeln sich Geschlechterunterschiede bezüglich psychischer Erkrankungen sehr stark wieder.

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wurde im Hinblick auf psychische Erkrankungen bereits mehrfach durch den DAK-Gesundheitsreport schwerpunktmäßig analysiert (zuletzt Marschall *et al.* 2013), wobei die Geschlechterdifferenz auch thematisiert wurde. Im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen spiegeln sich Geschlechterunterschiede bezüglich psychischer Erkrankungen sehr stark wider: So haben Frauen mit 147 AU-Tagen 71 Prozent mehr Fehltage wegen Depressionen (F32+F33) als Männer mit 86,1 AU-Tagen.

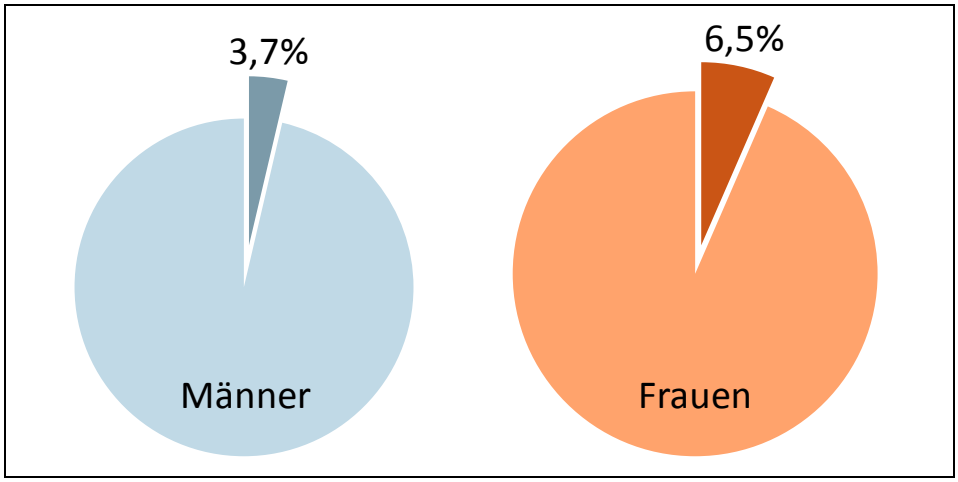
Die Diagnose „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43), verursacht bei Frauen 59,4 und bei Männern 30,8 Fehltage je 100 Versicherte. Während 6,5 Prozent der Frauen wenigstens einmal wegen einer psychischen Erkrankung krankgeschrieben sind, gilt dies nur für 3,7 Prozent der Männer Abbildung 24. Eine der wenigen psychischen Erkrankungen, bei denen Männer mehr AU-Tage als Frauen haben, sind Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10): Männer 8,6, Frauen dagegen nur 4,3 AU-Tage je 100 Versicherte.

Abbildung 23: Psychische Erkrankungen, ausgewählte Einzeldiagnosen nach Geschlecht



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 24: Betroffenenquote Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen nach Geschlecht



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Risikofaktoren, Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum

Risikofaktoren und protektive Faktoren sind zwischen den Geschlechtern ungleich verteilt.

Die genannten Geschlechterunterschiede bei der Koronaren Herzerkrankung, dem Lungenkrebs und den Verletzungen sind instruktiv, weil sie als stark lebensstilbedingte Erkrankungen in gewissem Maße auf zwischen den Geschlechtern unterschiedlich verteilten Risiko- und protektiven Faktoren beruhen. Solche Faktoren sind in Abbildung 25 zusammengestellt.

Demnach sind Männer etwas häufiger als Frauen tägliche Raucher (26,1 zu 21,4 Prozent). Umgekehrt haben Frauen deutlich häufiger als Männer noch niemals geraucht (50,3 zu 33,7 Prozent), m.a.W. unter den männlichen Nichtrauchern befinden sich mehr ehemalige Raucher als unter den weiblichen Nichtrauchern. Rauchen gilt als bedeutender Risikofaktor u.a. für Herz-Kreislauf, und Krebserkrankungen. Dass Männer zu höheren Anteilen Raucher sind, könnte somit teilweise die Krankenstandsunterschiede bei der Koronaren Herzkrankheit und beim Lungenkrebs erklären. Das Robert Koch Institut berichtet von einem Rückgang der Raucherinnen und Raucher in der erwachsenenen Bevölkerung seit dem Jahr 2003, sowie dass immer weniger Jugendliche mit dem Rauchen beginnen. Zuletzt ist in den 1990er Jahren der Anteil der Raucherinnen unter den Frauen gestiegen (Robert Koch-Institut 2014: 115).

Frauen verzehren häufiger Obst- und Gemüse.

Obst- und Gemüsekonsum gelten als Indikatoren für eine gesunde Ernährung. „Die Vielfalt biologisch aktiver Substanzen in Obst und Gemüse trägt dazu bei, dass ein hoher Obst- und Gemüsekonsum mit einer Reihe positiver Gesundheitswirkungen assoziiert ist. Ein Ernährungsmuster mit einem entsprechend hohen Obst- und Gemüseanteil führt in der Regel dazu, dass andere, physiologisch weniger günstige Lebensmittel seltener verzehrt werden.“ Evidenz liegt u.a. dafür vor, dass ein hoher Obst- und Gemüsekonsum dazu beiträgt, koronare Herzkrankheiten, Hypertonie und Schlaganfall zu vermeiden oder den Verlauf günstig zu beeinflussen. Eine vorbeugende Wirkung auf verschiedene Krebsarten wird ebenfalls angenommen. Zudem kann Obst- und Gemüsekonsum dazu beitragen, Übergewicht zu vermeiden (Robert Koch-Institut 2014: 105, sowie die dort zitierte Literatur).

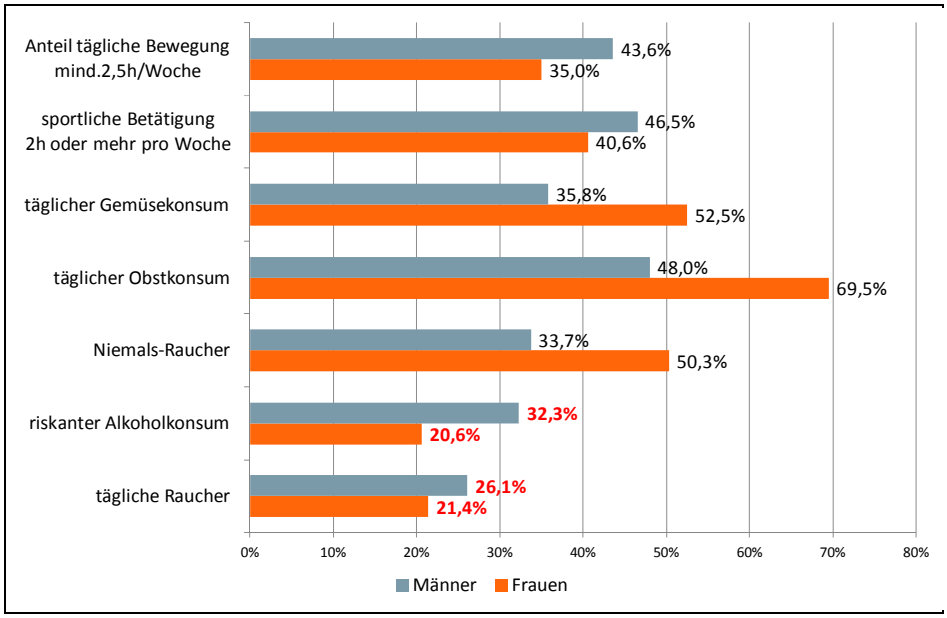
Der Anteil derjenigen, der Obst- und Gemüse täglich verzehrt, ist in Abbildung 25 dargestellt. Frauen verzehren zu einem Anteil von 69,5 Prozent täglich Obst, gegenüber nur 48,0 Prozent der Männer. Auch beim Gemüsekonsum liegen sie klar vor den Männern (52,5 Prozent täglicher Gemüsekonsum gegenüber 35,8 Prozent).

Frauen weisen in Bezug auf Alkohol- und Tabakkonsum den gesundheitlich günstigeren Lebensstil auf.

Frauen weisen auch beim Alkoholkonsum den günstigeren Lebensstil auf. Etwa 20 Prozent der Frauen betreiben einen „riskanten Konsum“ von Alkohol[5] gegenüber 32,3 Prozent der Männer. Übermäßiger Alkoholkonsum gilt als vermeidbarer Risikofaktor u.a. für Leberzirrhose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und verschiedene Krebserkrankungen. Alkoholkonsum hängt außerdem mit Unfällen und Verletzungen zusammen.

Bei sportlicher Betätigung und Bewegung weisen Männer den gesundheitlich günstigeren Lebensstil auf. Während Männer sich zu 43,6 Prozent wenigstens 2,5 Stunden pro Woche bewegen („so dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten“), tun dies nur 35,0 Prozent der Frauen. Männer treiben zu höheren Anteilen Sport (mit wenigstens 2 Stunden pro Woche Zeiteinsatz).

Abbildung 25: Gesundheitsrelevante Aspekte des Lebensstils nach Geschlecht



Quelle: Robert Koch-Institut (2014, 2015a).

„Regeneration und Pause im Alltag sind durch die vielfältigen Aufgaben der Frauen in Alltag und Freizeit deutlich weniger ausgeprägt.“

Prof. Ingo Froböse, Deutsche Sporthochschule Köln

[5] Personen mit „riskantem Konsum“ werden auf Basis dreier Fragen des Fragebogeninstruments „Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption (AUDIT-C)” identifiziert. Eine Rolle spielen dabei: Häufigkeit des Konsums, Menge des Konsums sowie Häufigkeit von Rauschtrinken.

3.4 Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen nach Branchen und Tätigkeitsmerkmalen

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Branchen

Ist der höhere Krankenstand der Frauen darauf zurückzuführen, dass sie in Branchen mit hohen Krankenständen arbeiten?

Der unterschiedliche Krankenstand von Frauen und Männern ist möglichweise nicht nur auf das Morbiditätsgeschehen zurückzuführen, sondern könnte auch mit Merkmalen der Arbeitstätigkeit verbunden sein, die sich von Branche zu Branche unterscheiden. Z.B. hat die Branche Gesundheitswesen traditionell einen hohen Krankenstand. Gleichzeitig arbeiten im Gesundheitswesen auch – gemessen an den DAK-Versicherten – mehr als vier mal so viele Frauen wie Männer. Frauen hätten, sollte sich dies in den folgenden Analysen herausstellen, nicht einen höheren Krankenstand wegen ihres weiblichen Geschlechts, sondern weil ihre Branche überdurchschnittlich hohe Krankenstände hervor bringt.

Hierzu wird geprüft, ob der Krankenstand in bestimmten Branchen bei Frauen höher ist als bei Männern. Dies erfolgt über den Vergleich beider Geschlechter innerhalb der einzelnen Branchen. In Tabelle 6 sind die Fehltage je 100 Versicherte für alle Branchen nach Geschlecht dargestellt. In der rechten Spalte ist die Differenz der beiden Werte dargestellt. Diese Differenz ist zusätzlich in Abbildung 26 dargestellt. In 11 der 17 Branchen verursachen Frauen mehr Fehltage als Männer. Dies trifft besonders auf die Branche Bildung, Kultur, Medien, die Branche Banken und Versicherungen sowie die Öffentliche Verwaltung zu.

Die umgekehrte Situation erkennt man beispielsweise im Baugewerbe, hier verursachen Männer knapp 600 Fehltage je 100 Versicherte mehr als Frauen.

Die Branchen, in denen Männer die größere Zahl an Fehltage verursachen, sind entweder industrielle oder gewerbliche Branchen, wie etwa das Baugewerbe oder die Chemieindustrie. Auch wenn es mit den vorliegenden Daten nicht mit Sicherheit festgestellt werden kann, so ist doch davon auszugehen, dass in diesen – für DAK-Versicherte traditionell nicht typischen – Branchen Frauen eher in Verwaltungs- und Bürobereichen arbeiten (vgl. hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 5), was mit einem sehr unterschiedlichen Belastungsgeschehen zusammenhängt.

Sollte es zutreffen, dass in den für die DAK-Gesundheit „besonderen“ Branchen wie die Chemieindustrie und das Baugewerbe Frauen andere Arbeitsbedingungen als Männer haben, und es somit legitim ist, an dieser Stelle nur die Branchen zu betrachten, in den Frauen einen höheren Krankenstand haben als Männer, dann lässt sich als Ergebnis festhalten:

Frauen haben auch dann einen höheren Krankenstand als Männer, wenn man diesen nach Branchen stratifiziert analysiert.

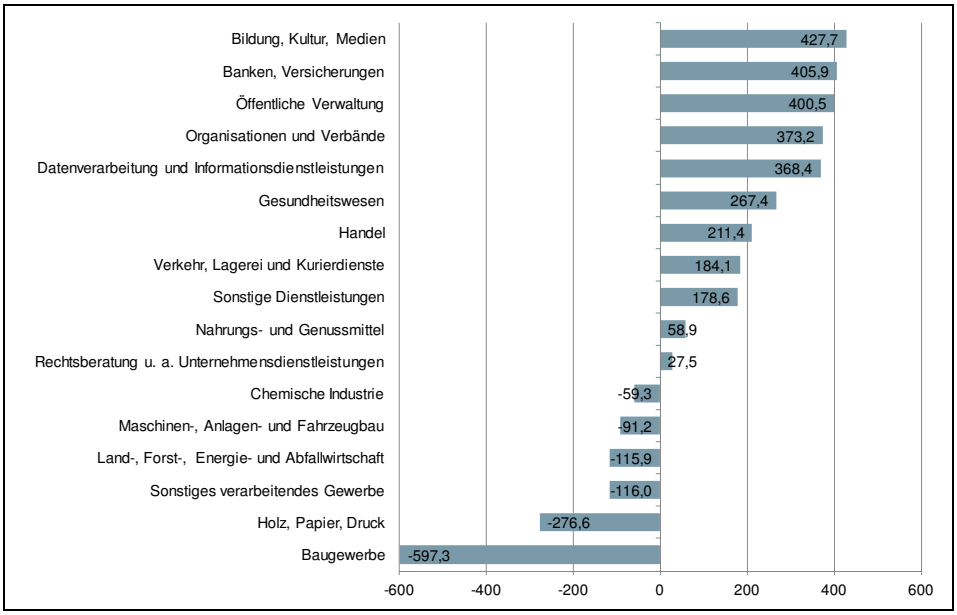
Auch wenn man jede Branche einzeln betrachtet und den Krankenstand der Frauen mit dem der Männer vergleicht, bleibt der Befund bestehen, dass Frauen einen höheren Krankenstand haben als Männer.

Tabelle 6: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Branchen und Geschlecht

	AU-Tage Männer	AU-Tage Frauen	Differenz (Frauen-Männer)
Bildung, Kultur, Medien	1.047,3	1.475,0	427,7
Banken, Versicherungen	1.037,4	1.443,3	405,9
Öffentliche Verwaltung	1.390,6	1.791,1	400,5
Organisationen und Verbände	1.067,8	1.441,0	373,2
Datenverarbeitung und Informationsdienst-leistungen	901,0	1.269,4	368,4
Gesundheitswesen	1.574,6	1.842,1	267,4
Handel	1.345,9	1.557,2	211,4
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste	1.626,3	1.810,5	184,1
Sonstige Dienstleistungen	1.318,3	1.496,8	178,6
Nahrungs- und Genussmittel	1.577,9	1.636,8	58,9
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienst-leistungen	1.208,3	1.235,8	27,5
Chemische Industrie	1.582,4	1.523,0	-59,3
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau	1.486,3	1.395,1	-91,2
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft	1.567,9	1.452,0	-115,9
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe	1.539,5	1.423,6	-116,0
Holz, Papier, Druck	1.649,6	1.373,0	-276,6
Baugewerbe	1.710,0	1.112,7	-597,3

Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 26: Differenz im Fehltagevolumen je 100 Versicherte zwischen Männern und Frauen nach Branchen (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen nach Tätigkeitsmerkmalen

Hängt die Geschlechterdifferenz im Krankenstand mit unterschiedlichen Tätigkeitsmerkmalen zusammen?

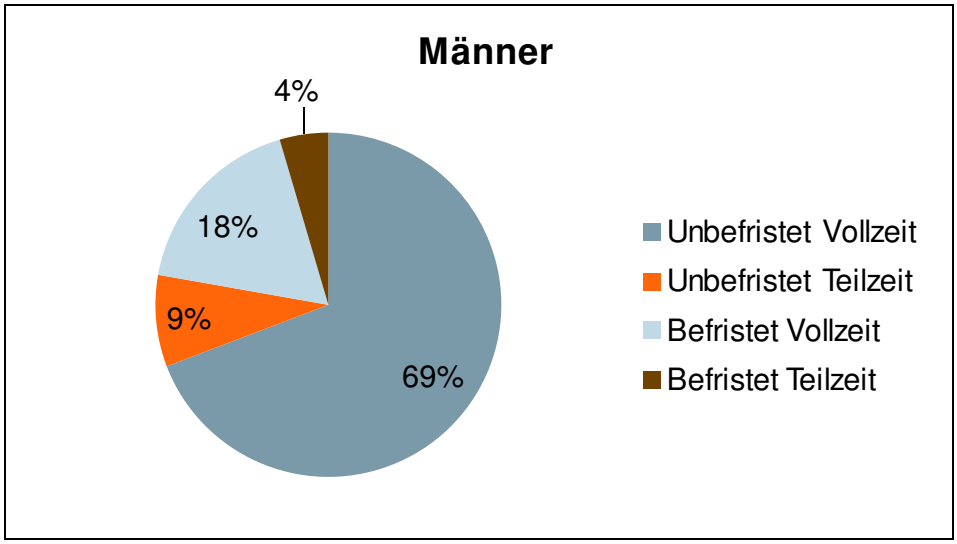
Für Merkmale der Tätigkeit gilt die gleiche Überlegung, die zuvor in Bezug auf die Branche angestellt wurde: Haben Männer und Frauen auch dann noch unterschiedliche Krankenstände, wenn die Einflüsse von Merkmalen der Tätigkeit ausgeschaltet werden? Oder ist der Krankenstand der Frauen nur deswegen höher, weil ihre Tätigkeit häufiger Merkmale aufweist, die die eigentliche Ursache für den höheren Krankenstand der Frauen sind?

Ein solches zu prüfendes Merkmal des Beschäftigungsverhältnisses ist die Arbeitszeit hinsichtlich Vollzeit oder Teilzeit. Da dieses Merkmal Teil des Tätigkeitsschlüssels der Versicherten ist, sind Vollzeit und Teilzeit hier formal definiert, nicht etwa anhand einer bestimmten Grenzwertes der Arbeitszeit wie bspw. 35 Stunden pro Woche. Vollzeit wird hier verstanden als tarifliche oder betrieblich festgelegte Regelarbeitszeit. Teilzeit ist demgegenüber jede vertraglich festgelegte Arbeitszeit, die geringer als die tarifliche bzw. betriebliche Regelarbeitszeit ist (Bundesagentur für Arbeit 2014: 13ff.).

Bevor geprüft wird, wie die Vertragsform, die übrigens neben Vollzeit/Teilzeit auch das Merkmal befristet/unbefristet einschließt, mit Unterschieden im Krankenstand assoziiert ist, werden diese Merkmale für Männer (Abbildung 27) und Frauen (Abbildung 28) dargestellt. Für Beschäftigungsverhältnisse der Männer typisch ist die Vollzeit, entweder als unbefristeter Vollzeitvertrag (69 Prozent) oder als befristeter Vollzeitvertrag (18 Prozent). Nur 13 Prozent der Männer haben einen Teilzeitvertrag (befristet oder unbefristet).

Die Frauen dagegen teilen sich etwa jeweils zur Hälfte in Vollzeit und Teilzeit auf. Die größten Anteile von jeweils 40 Prozent entfallen dabei auf ein unbefristetes Vollzeitarbeitsverhältnis oder auf ein unbefristetes Teilzeitarbeitsverhältnis.

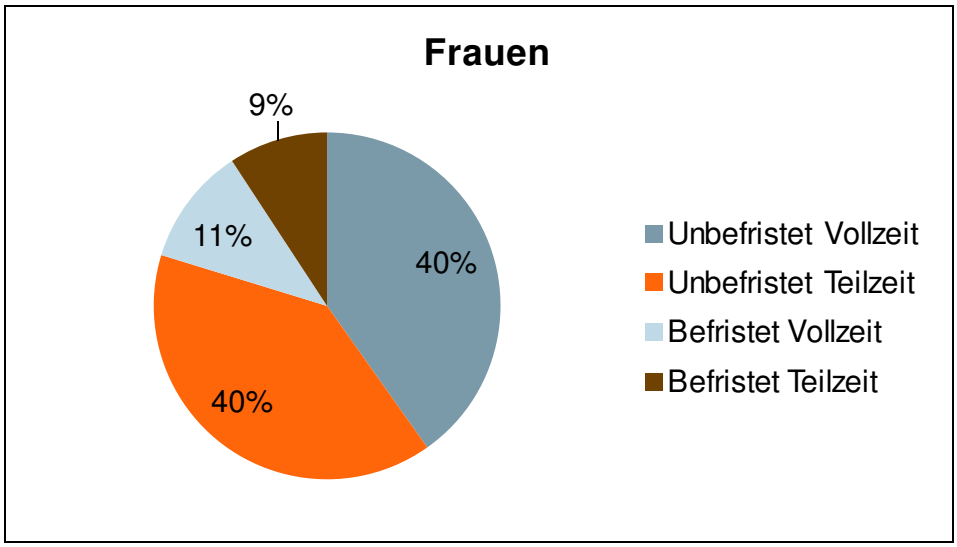
Abbildung 27: Verteilung erwerbstätige Männer nach Vertragsform (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 28: Verteilung erwerbstätige Männer nach Vertragsform (2015)

Für Männer ist ein unbefristetes Vollzeitarbeitsverhältnis typisch, für Frauen entweder ein unbefristetes Vollzeit- oder ein unbefristetes Teilzeitarbeitsverhältnis.



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Wie sich Männer und Frauen, die jeweils die gleiche Vertragsform, also die gleiche Kombination der Merkmale befristet/unbefristet und Vollzeit/Teilzeit, in ihrem Krankenstand unterscheiden, zeigt Abbildung 29 und Abbildung 30. Demnach unterscheidet sich der Krankenstand in der für Männer typischen (und für Frauen neben der unbefristeten Teilzeit ebenfalls typischen) Vertragsform der unbefristeten Vollzeitbeschäftigung um etwa 11 Prozent (1.269 AU-Tage je 100 Versicherte der Männer gegenüber 1.408 AU-Tage der Frauen). Diese relative Differenz entspricht in etwa der, die auch für die DAK-Versicherten insgesamt ermittelt wurde. Die Differenz der Fälle für diese Vertragsform ist mit etwa 18 Prozent deutlich größer (117,7 AU-Fälle je 100 Versicherte der Männer gegenüber 139,1 Fällen der Frauen).

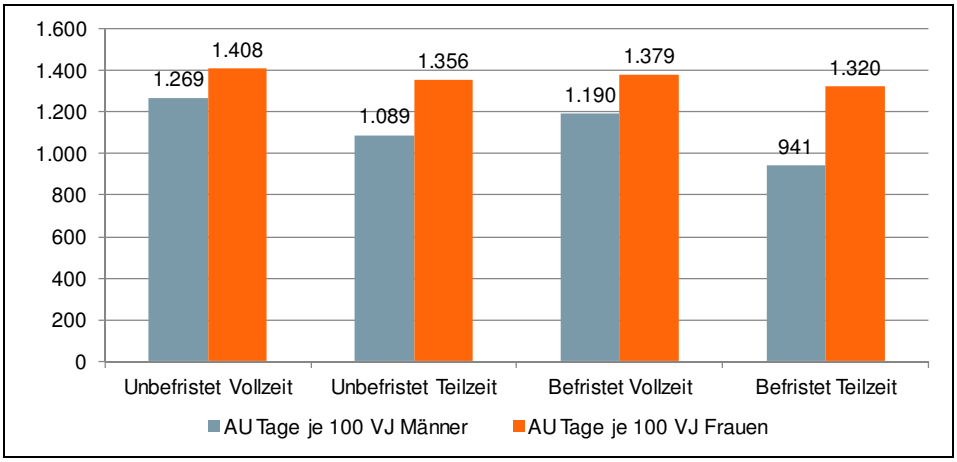
In unbefristeter Teilzeit weisen beide Geschlechter einen niedrigeren Krankenstand auf, v.a. aber deutlich weniger AU-Fälle. Die Differenz zwischen Männern und Frauen ist größer als in der zuvor betrachteten

Vertragsform (25 Prozent bei den AU-Tagen und sogar 40 Prozent bei den AU-Fällen), v.a. weil AU-Tage und AU-Fälle der Männer gegenüber ihren vollzeitarbeitenden Kollegen deutlich niedriger liegen. Auch für die beiden anderen Vertragsformen (die als befristete Arbeitsverhältnisse sowohl für Männer als auch für Frauen eher die Ausnahme sind), bleiben die Geschlechterunterschiede im Krankenstand bestehen.

Für alle Vertragsformen gilt, dass Männer einen deutlich niedrigeren Krankenstand haben als Frauen.

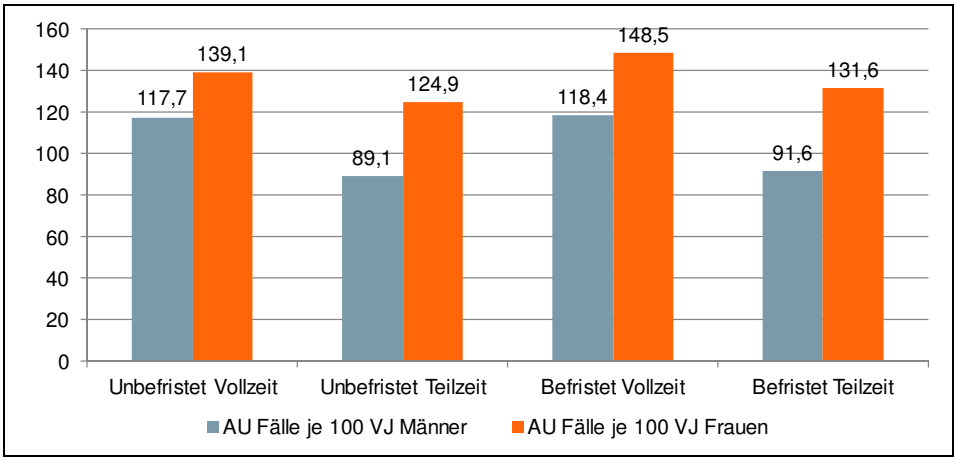
Es kann also festgehalten werden: Egal welche Vertragsform miteinander vergleichen wird: Stets haben Frauen deutlich mehr AU-Fälle als Männer und – damit einhergehend – auch mehr AU-Tage und damit einen höheren Krankenstand als Männer.

Abbildung 29: AU-Tage je 100 Versicherte nach Vertragsform (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 30: AU-Fälle je 100 Versicherte nach Vertragsform (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Neben der Vertragsform ist die Berufsgruppe ein weiteres Merkmal der Beschäftigten, das im Folgenden daraufhin geprüft wird, ob die Krankenstandsunterschiede verschwinden, wenn Männer und Frauen der jeweils gleichen Berufsgruppe miteinander verglichen werden (Abbildung 31). In den meisten Berufsgruppen (in 29 von 37) gilt, dass Frauen mehr Fehltage je 100 Versicherte haben als Männer. Z.B. haben 100 Frauen in Verkaufsberufen 380 Fehltage mehr als 100 Männer in Verkaufsberufen.

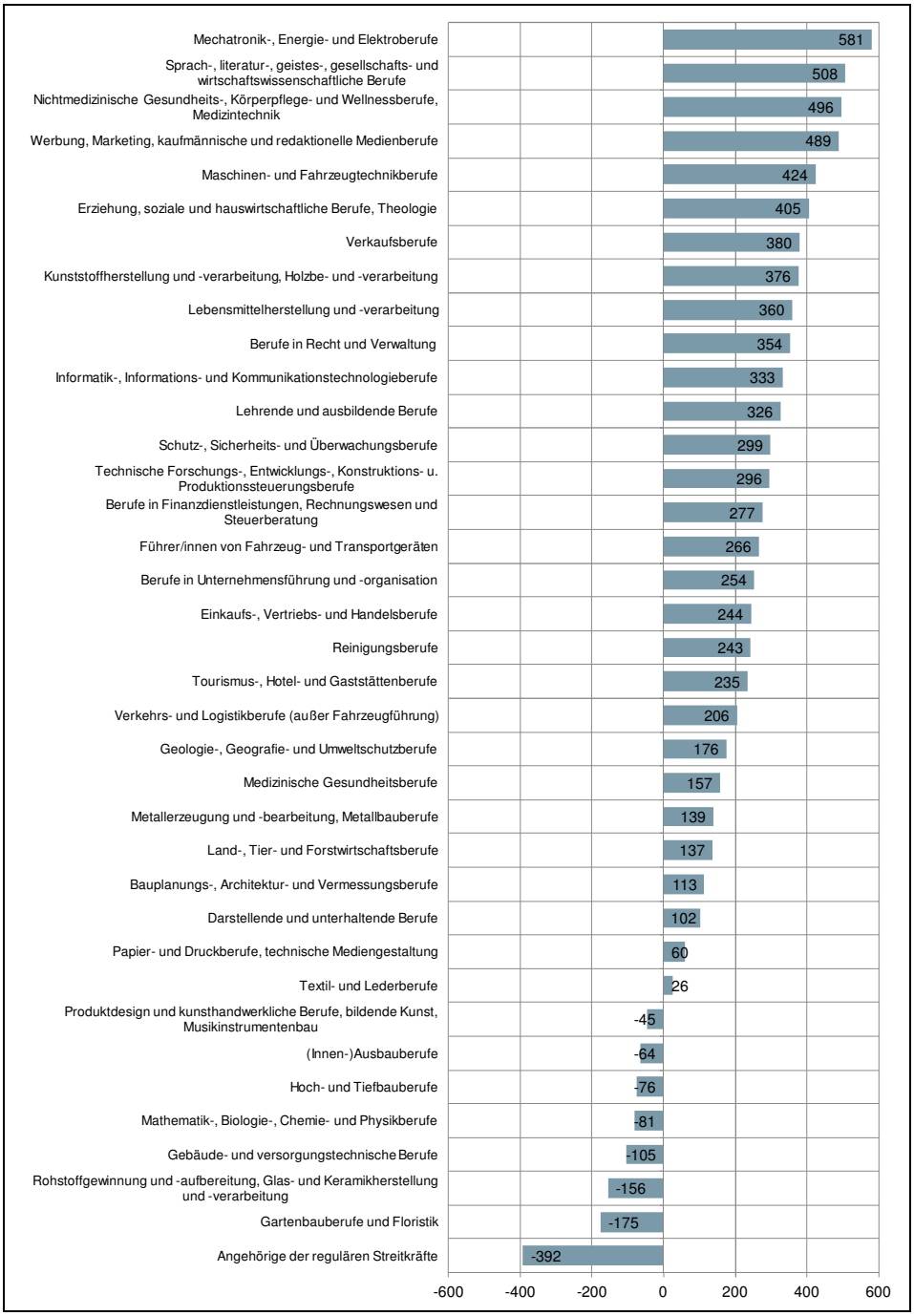
In acht Berufsgruppen haben Frauen jedoch weniger AU-Tage und damit einen niedrigeren Krankenstand als Männer. Teilweise handelt

es sich dabei um Berufe, die traditionell eher selten von Frauen ausgeübt werden (Hoch- und Tiefbau, reguläre Streitkräfte), teilweise um hochqualifizierte Berufe (Mathematik-, Biologie-, Chemie- und Physikberufe). Welche Faktoren hier eine Rolle dafür spielen, dass in diesen Berufen das für andere Berufe festgestellte Muster des Geschlechterunterschieds im Krankenstand keine Gültigkeit hat, kann mit den vorhandenen Daten nicht festgestellt werden.

Auch wenn Männer und Frauen die gleichen Berufe ausüben, ist der Krankenstand der Frauen deutlich höher.

Da die Berufsgruppen, in denen Frauen einen niedrigeren Krankenstand als Männer haben, deutlich die Ausnahme sind, kann festgehalten werden: Auch dann wenn Frauen und Männer die gleichen Berufe ausüben, ist der Krankenstand der Frauen – teils deutlich – über dem der Männer.

Abbildung 31: Differenz der AU-Tage je 100 Versicherte zwischen Frauen und Männern nach Berufsgruppen (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Prüfung des Geschlechterunterschieds mittels multivariater Regression

Logistische Regression zur Kontrolle mehrerer mutmaßlicher Einflussfaktoren auf den Krankenstand

Im Folgenden wird mithilfe einer logistischen Regression untersucht, welchen Einfluss soziodemographische Faktoren wie Alter und Geschlecht sowie Merkmale der Tätigkeit auf die Wahrscheinlichkeit haben, mindestens einmal im Jahr 2014 krankgeschrieben zu sein. In den vorangegangenen Auswertungen wurde der Geschlechterunterschied im Krankenstand jeweils nach nur einer Variable stratifiziert ausgewertet – also beispielsweise der Geschlechterunterschied in den einzelnen Branchen.

Mit Hilfe eines multivariaten Verfahrens können demgegenüber die Einflüsse mehrerer Variablen gleichzeitig kontrolliert werden. Wenn sich auch nach Kontrolle solcher Einflussvariablen das Geschlecht als Einflussfaktor für Arbeitsunfähigkeit zeigt, kann mit größerer Sicherheit als auf Basis der vorangegangenen Analysen angenommen werden, dass der höhere Krankenstand der Frauen nicht durch andere Einflussfaktoren als das Geschlecht zustande kommt.

Um zu bestimmen, inwieweit das Merkmal Geschlecht – kontrolliert nach Alter, der beruflichen Stellung, der Branche und der Art der Beschäftigung – einen Effekt auf die Auftretenswahrscheinlichkeit eines AU-Falls hat, wird eine logistische Regression durchgeführt. Zielgröße ist eine (genauer: mindestens eine) Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2014. Diese Zielgröße nimmt den Wert Eins an, wenn ein Versicherter 2014 einmal oder mehrmals arbeitsunfähig war, andernfalls ist sie Null.

Datenbasis für diese Analyse sind die erwerbstätigen DAK-Versicherten im Jahr 2014 (die Analyse konnte, im Unterschied zu den anderen AU-Datenanalysen in diesem Gesundheits-Report, nicht auf der Basis des Jahres 2015 durchgeführt werden). Da in die Analyse mehrere Angaben gleichzeitig eingehen, von denen jede einzelne fehlende Werte im Datenbestand aufweisen kann, können durch Kombination dieser fehlenden Werte einige Datensätze nicht verwendet werden. Daher reduziert sich die Zahl der Versicherten auf etwa 1,3 Millionen. Es liegen keine Hinweise vor, dass die fehlenden Werte systematisch aufgetreten sind.

In Tabelle 7 sind alle Variablen mit ihren Ausprägungen und mit den dazugehörigen Häufigkeiten abgebildet, die nachfolgend in die Regressionsanalyse eingehen. Einige der Angaben können von an anderer Stelle berichteten Angaben leicht abweichen, weil in diese Analyse nicht die gesamte Datenbasis der erwerbstätigen DAK-Versicherten eingeht. 2014 hatten 47,4 Prozent der Versicherten mindestens einen AU-Fall. Desweiteren war eine deutliche Mehrheit (58,7 Prozent) der Versicherten weiblich. Es zeigt sich eine relativ ausgeglichene Altersstruktur, wobei die Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen mit 15,5 Prozent am stärksten vertreten war. Der überwiegende Teil der Versicherten (81,4 Prozent) wohnt in den alten Bundesländern. Etwa 45 Prozent der Versicherten haben die mittlere Reife, ein weiteres Drittel Abitur oder Fachabitur.

Das Anforderungsniveau der Arbeit drückt aus, welches Maß an Komplexität oder Schwierigkeit mit der ausgeübten beruflichen Tätigkeit verbunden ist. Diese Angabe ist Teil des Tätigkeitsschlüssels, der in den Versichertendaten enthalten ist. Das Anforderungsniveau „Helfer“ kennzeichnet Berufe mit Helfer- und Anlerntätigkeiten, wie z.B. der Beruf der Krankenpflegehelferin. Mit dem Niveau „Fachkraft“ sind sol-

che Berufe bezeichnet, die üblicherweise über eine dreijährigen Berufsausbildung erworben werden, wie z.B. Gesundheits- und Krankenpflegerin. Mit dem Niveau „Spezialist“ werden komplexe Spezialistentätigkeiten, die häufig auch zur Bewältigung gehobener Fach- und Führungsaufgaben befähigen, wie z.B. der Beruf der Fachkrankenschwester bzw. des Fachkrankenpflegers. Mit dem Niveau „Experte“ werden Berufe mit hoch komplexen Tätigkeiten wie Entwicklungs-Forschungs- und Diagnosetätigkeiten gekennzeichnet. Beispiel: Allgemeinärztin (Bundesagentur für Arbeit 2014: 7). Knapp zwei Drittel der Versicherten üben Tätigkeiten aus, für die Fachkenntnisse erforderlich sind, welche zumeist im Rahmen einer 3-jährigen Ausbildung erlernt wurden. Etwa ein Viertel der Beschäftigten übt Berufe aus, deren Anforderungsniveau über dem der Fachkraft liegt. Das Anforderungsniveau von etwa 10 Prozent wurde als „Helfer“ gekennzeichnet.

Zwei Drittel der Versicherten gehen einer Vollzeitbeschäftigung nach.

Die meisten Versicherten (66,9 Prozent) gingen 2014 einer Vollzeittätigkeit nach. Die in der Regression berücksichtigen Branchen - die öffentliche Verwaltung, das Gesundheitswesen und der Handel - gehören zu den für DAK-Versicherte typischen Branchen. Zudem sind das Gesundheitswesen und die öffentliche Verwaltung Branchen mit hohen Krankenständen. 40,4 Prozent der DAK-Versicherten sind in einer dieser drei Branchen beschäftigt.

Tabelle 7: Ausprägungen und Häufigkeiten der in der Regression verwendeten Variablen

Variable	Ausprägungen	Häufigkeiten
AU-Fall in 2014	Ja	47,4%
	Nein	52,6%
Geschlecht	Männer	41,3%
	Frauen	58,7%
Altersgruppen	15 – 19 Jahre	2,0%
	20 – 24 Jahre	5,8%
	25 – 29 Jahre	9,5%
	30 – 34 Jahre	10,5%
	35 – 39 Jahre	9,5%
	40 – 44 Jahre	10,3%
	45 – 49 Jahre	14,4%
	50 – 54 Jahre	15,5%
	55 – 59 Jahre	14,2%
	über 60 Jahre	8,4%
Wohnort in den alten Bundesländern	Ja	81,4%
	Nein	18,6%
Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	0,8%
	Hauptschulabschluss	21,3%
	Mittlere Reife	45,3%
	Abitur/Fachabitur	32,6%
Anforderungsniveau der Arbeit	Helfer	10,2%
	Fachkraft	64,6%
	Spezialist	12,9%
	Experte	12,3%
Vollzeit	Ja	66,9%
	Nein	33,1%
Öffentliche Verwaltung	Ja	7,7%
	Nein	92,3%
Gesundheitswesen?	Ja	17,5%
	Nein	82,5%
Handel	Ja	15,1%
	Nein	84,9%

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2014

Für die Analyse konnten Datensätze von 1.312.469 Versicherten aus dem Jahr 2014 zugrundegelegt werden. Zu beachten ist, dass der wichtigste Prädiktor für eine Arbeitsunfähigkeit natürlich eine Krankheit ist, und es sich hierbei um Datum handelt, das so in den Daten nicht vorliegt und daher auch nicht in die Analyse Eingang findet. Ziel der Regression ist es somit, den Einfluss von soziodemographischen Merkmalen und Merkmalen der Arbeitstätigkeit auf das Risiko einer Arbeitsunfähigkeit zu bestimmen. Mithilfe dieser Merkmale konnte bei 55,9 Prozent aller Versicherten richtig „vorhergesagt“ werden, ob sie (wenigstens) eine Arbeitsunfähigkeit in 2014 hatten.

Tabelle 8: Ergebnisse der logistischen Regression

Variable	Regressions-koeffizient (β)	Odds Ratio (exp(β))
Geschlecht (Frau=1/Mann=0)	0,316*	1,37
Alter	0,000	1,00
Art des Schulabschluss	-0,162 **	0,85
Anforderungsniveau der Arbeit	-0,135 **	0,87
Vollzeit	0,198 **	1,22
Wohnort in den alten Bundesländern	-0,288 **	0,75
Öffentliche Verwaltung	0,301 **	1,35
Gesundheitswesen	0,151 **	1,16
Handel	-0,098 **	0,91
Konstante	0,724 **	2,06
Einbezogene Fälle in die Analyse		1.312.469
Gesamtprozentsatz der richtig Vorher-gesagten		55,9%
Nagelkerkes R-Quadrat		0,028

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2014 (Anmerkung: ** signifikant auf dem 0,001 Niveau)

In Tabelle 8 sind die einzelnen Variablen mit ihren Regressionskoeffizienten und Odds Ratios abgebildet. Der Regressionskoeffizient beschreibt die Beziehung zwischen der entsprechenden Variable und der Zielgröße. Ist ein Regressionskoeffizient negativ, wie zum Beispiel bei der Art des Schulabschlusses, so bedeutet das, dass ein höherer Schulabschluss die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsunfähigkeit reduziert. Die Odds Ratio gibt die Größe des Effektes der einzelnen Variable wie zum Beispiel dem Geschlecht auf die Zielgröße an und wird folgendermaßen interpretiert: Die Chance (engl. Odds) mindestens einmal im Jahr arbeitsunfähig zu werden ist bei Frauen 1,37-fach so hoch wie bei Männern. Die Sterne hinter dem Regressionskoeffizient geben an, ob eine Variable überhaupt einen signifikanten Einfluss auf die Zielgröße hat. Von den in die Analyse eingeschlossenen mutmaßlichen Einflussfaktoren hat sich nur das Alter nicht als signifikanter Einflussfaktor erweisen. Das Alter hat also keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit mindestens einmal im Jahr arbeitsunfähig zu sein. Dieser Befund steht übrigens nicht im Widerspruch zum höheren Krankenstand älterer Beschäftigter. Dieser kommt v.a. durch die mit dem Alter steigenden Arbeitsunfähigkeitsdauern zustande.

Je höher der Schulabschluss, umso geringer die Wahrscheinlichkeit, krankgeschrieben zu sein.

Je höher der Schulabschluss, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, arbeitsunfähig zu werden (Odds Ratio 0,85). Auch ein hohes Tätigkeitsniveau „schützt“ vor Arbeitsunfähigkeit (Odss Ratio 0,87), d.h. Beschäftigte, deren Beruf ein hohes Anforderungsniveau erfordert, haben eine geringere Chance (Odds), innerhalb eines Jahres mindestens einmal arbeitsunfähig zu sein im Vergleich zu Beschäftigten mit einem einfacheren Anforderungsniveau.

Eine Vollzeitstelle erhöht im Vergleich zu einer Teilzeitstelle das Risiko der Versicherten (wenigstens) einen AU-Fall zu haben.

Aus der Analyse der Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern ist bekannt, dass die alten Bundesländer einen niedrigeren Krankenstand im Vergleich zu den neuen Bundesländern aufweisen. Dies zeigt sich auch in dieser Regressionsanalyse, auch wenn nach Alter, Geschlecht und Schulbildung kontrolliert wird, spielt der Wohnort in den neuen oder alten Bundesländern eine Rolle für die Wahrscheinlichkeit wenigstens einer Arbeitsunfähigkeit. Versicherte, die in den alten Bundesländern leben haben ein deutlich geringeres Risiko, mindestens eine Arbeitsunfähigkeit im Jahr zu haben als Versicherte aus den neuen Bundesländern.

Beschäftigte im Gesundheitswesen und in der öffentlichen Verwaltung haben ein erhöhtes Risiko dafür, wenigstens einmal im Jahr arbeitsunfähig zu sein im Vergleich zu Versicherten, die in anderen Branchen tätig sind. Dass diese beiden Branchen sich in der multivariaten Regressionsanalyse als Einflussfaktor auf den Krankenstand zeigen, bedeutet: Der Krankenstand dieser beiden Branchen ist keinesfalls (nur) deswegen so hoch, weil dort der Frauenanteil sehr groß ist. Somit spricht vieles dafür, dass der erhöhte Krankenstand mit für diese Branchen spezifischen Arbeitsbedingungen zu erklären ist.

Der Handel zeigt sich demgegenüber als eine Branche, deren Beschäftigte ein geringeres Risiko als Beschäftigte anderer Branchen haben, wenigstens einmal im Jahr arbeitsunfähig zu sein.

Durch die Ergebnisse der logistischen Regression kann also festgehalten werden, dass Frauen auch unter Kontrolle von Merkmalen wie Branche, Schulabschluss und Vertragsform mit größerer Wahrscheinlichkeit als Männer arbeitsunfähig werden. Der Einfluss des Geschlechts auf die Wahrscheinlichkeit (wenigstens) einer Arbeitsunfähigkeit im Jahr ist dabei vergleichsweise hoch (Odds Ratio: 1,37).

3.5 Behandlungsquoten und Arzneimittelverordnungen von Männern und Frauen

Behandlungsquoten

Männer suchen seltener als Frauen einen niedergelassenen Arzt auf.

In der Forschung zu Geschlecht und Gesundheit wird angenommen, dass sich Frauen und Männer dahingehend unterscheiden, wie sie Gesundheit und Krankheit, Beschwerden und Symptome wahrnehmen, wie sie bereit und fähig sind, sich diesbezüglich mitzuteilen und dass sie sich in unterschiedlichem Maße mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen (Faltermaier und Hübner 2016, Hagen und Starker 2011: 4.e1). Eine Folge hiervon ist, dass Männer das Gesundheitssystem seltener oder später in Anspruch nehmen. Frauen nehmen häufiger die Leistungen eines niedergelassenen Arztes in Anspruch:

91 Prozent der Frauen, aber nur 84 Prozent der Männer nehmen innerhalb eines Jahres die Leistungen eines niedergelassenen Arztes in Anspruch. Die Inanspruchnahmequote ist übrigens am niedrigsten bei Männern zwischen 18 und 44 Jahren. Diese haben nur zu etwa 80 Prozent innerhalb der letzten 12 Monate einen Arzt aufgesucht (zahnärztliche Leistungen sind dabei unberücksichtigt) (Robert Koch-Institut 2014: 135).

Für dieses Schwerpunktthema ist die geschlechterdifferente Inanspruchnahme insbesondere der ambulanten Versorgung relevant, weil sich hieraus ein Teil des höheren Krankenstandes der Frauen erklären könnte. So könnte man vermuten, dass mehr ärztliche Behandlungen auch mit einer höheren Zahl an Arbeitsunfähigkeitsfällen in Verbindung stehen.

Um dies zu überprüfen, werden im Folgenden die Behandlungsquoten und die durchschnittliche Zahl an Behandlungsfällen von Männer und Frauen im Jahr 2014 dargestellt.

Die Behandlungsquote beschreibt den Anteil an Versicherten, der mindestens einmal im Jahr eine ärztliche Behandlung in Anspruch genommen hat. Ein Behandlungsfall entsteht, wenn ein Patient in einem Quartal mindestens einmal einen niedergelassenen Arzt aufgesucht hat. Dabei zählt nicht die Zahl der Arztbesuche, entscheidend ist die Zahl der verschiedenen Ärzte, die in einem Quartal aufgesucht werden.

Die Behandlungsquote der Frauen liegt auch diesen Daten zufolge deutlich höher als die der Männer (Tabelle 9). 94,7 Prozent der weiblichen Versicherten hatten 2014 mindestens eine ärztliche Behandlung in Anspruch genommen. Bei den Männern liegt die Behandlungsquote mit 84,1 Prozent um 10,6 Prozentpunkte niedriger. Wird die Zahl der Behandlungen um jene Arztkontakte bereinigt, die aufgrund einer Vorsorgeuntersuchung[6] sowie durch die Verschreibung von Kontrazeptiva entstanden sind, sinkt die Behandlungsquote der Frauen nur leicht um 0,6 Prozentpunkte. Um die Behandlungsquoten der Männer und Frauen besser miteinander vergleichen zu können, werden zusätzlich Behandlungen ausgeschlossen, die aufgrund einer Schwangerschaft entstanden sind. Infolgedessen sinkt die Behandlungsquote der Frauen nochmals auf 93,9 Prozent ab. Die Behandlungsquote der Männer hat sich durch die Bereinigung nur geringfügig verändert und liegt bei 84,0 Prozent. Der Unterschied zwischen den Behandlungsquoten der Männer und Frauen beträgt dann immer noch 9,9 Prozentpunkte.

Der Unterschied in der Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen zwischen Männern und Frauen beträgt knapp 10 Prozentpunkte.

Nicht nur liegt die Behandlungsquote der Frauen über der der Männer, auch waren bei den Frauen 2014 deutlich mehr Behandlungsfälle zu verzeichnen. Männliche Versicherte hatten im Schnitt nur 4,2 Behandlungsfälle, Frauen hingegen 7,0. Frauen nehmen also deutlich häufiger eine ärztliche Leistung in Anspruch als Männer. Die Bereinigung der Behandlungszahl um Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen im Rahmen der Schwangerschaft verringern die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle der Frauen um 0,5 Fälle. Nichtsdestotrotz hatten Frauen 2014 2,3 Behandlungsfälle mehr als Männer (Tabelle 9).

[6] Diese Vorsorgeuntersuchung werden in den Behandlungsdaten mit folgenden ICD-Diagnoseschlüssel kodiert: Z00.0, Z01.4, Z01.6, Z12.1, Z12.5 und Z12.8

Tabelle 9: Behandlungsquote und durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle je Versichertem 2014

	Gesamt	Männer	Frauen
Behandlungsquote	90,3%	84,1%	94,7%
Behandlungsquote ohne Vorsorgeuntersuchungen	90,0%	84,0%	94,1%
Behandlungsquote ohne Vorsorgeuntersuchungen und schwangerschaftsbedingte Behandlungen	89,8%	84,0%	93,9%
Durchschn. Behandlungsfallzahl	5,9	4,2	7
Durchschn. Behandlungsfallzahl ohne Vorsorgeuntersuchungen	5,6	4,2	6,6
Durchschn. Behandlungsfallzahl ohne Vorsorgeuntersuchungen und schwangerschaftsbedingte Behandlungen	5,5	4,2	6,5

Quelle: Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2014

Somit ist nicht nur die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle bei den Frauen höher, sondern auch die Zahl der Behandlungsfälle. Auf dieser Erkenntnis aufbauend, stellt sich die Frage, ob Frauen nur wegen bestimmter Erkrankungen häufiger den Arzt aufsuchen als Männer, beispielsweise nur öfter als Männer mit einer Erkältung zum Arzt gehen oder generell häufiger zum Arzt gehen. In Tabelle 10 sind die Behandlungsquoten der zehn wichtigsten Erkrankungsgruppen nach Geschlecht dargestellt. In allen Erkrankungsgruppen weisen Frauen eine höhere Behandlungsquote im Vergleich zu Männern auf. Besonders groß ist der Unterschied bei Erkrankungen des Urogenitalsystems, bei denen die Betroffenenquote der Frauen um 50 Prozentpunkte höher als die der Männer liegt. Auf Grundlage dieser Ergebnisse lässt sich folglich feststellen, dass Frauen über das gesamte Krankheitsspektrum hinweg im Schnitt deutlich mehr Behandlungsfälle haben als Männer.

„Frauen sind gesundheitsbewusster als Männer und gehen deswegen eher zum Arzt und suchen Vorsorgeuntersuchungen auf. Dies könnte zu einer erhöhten Krankschreibewahrscheinlichkeit der Frauen führen."

Prof. Elmar Brähler, Universität Leipzig

Tabelle 10: Behandlungsquote nach Erkrankungsgruppen je Versichertem in 2014

Diagnosegruppe	Gesamt	Männer	Frauen	Differenz (Frauen-Männer) *)
Muskel-Skelett-System	51%	45%	55%	10 PP
Atmungssystem	46%	42%	48%	7 PP
Urogenitalsystem	42%	13%	63%	50 PP
Nervensystem, Augen, Ohren	41%	34%	46%	12 PP
Endokrine	38%	28%	46%	17 PP
Symptome	38%	29%	45%	16 PP
Kreislaufsystem	34%	29%	37%	8 PP
Psychische Erkrankungen	33%	24%	39%	15 PP
Verdauungssystem	29%	27%	31%	3 PP
Verletzungen	26%	25%	27%	2 PP

Quelle: Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2014. *) Prozentpunkte

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen der Männer: Rückenschmerzen, Bluthochdruck, Akute Infektionen

In Tabelle 11 sind die häufigsten Behandlungsdiagnosen der Männer dargestellt. Bei 22,6 Prozent aller Männer liegt im Jahr 2014 eine Diagnose „Rückenschmerzen (M54)“ vor. Bei Frauen wurde diese Diagnose sogar bei 30,5 Prozent dokumentiert (vgl.Tabelle 12). Noch häufiger fand sich in den Behandlungsdaten der Frauen nur noch die Diagnose „Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89)“ mit 31,7 Prozent. Am zweithäufigsten wurde bei den Männern mit 21,2 Prozent Bluthochdruck (Essentielle (primäre) Hypertonie (I10)) kodiert. Bei den Frauen war diese Diagnose etwas seltener (20,8 Prozent). Anschließend folgen bei beiden Geschlechtern akute Infektionen der oberen Atemwege (Männer: 16,1 Prozent; Frauen: 18,4 Prozent).

„Ich denke, Frauen haben weniger Probleme damit, ‚zuzugeben‘, dass es Ihnen nicht gut geht, oder sie erkrankt sind, deswegen gehen Frauen eher zum Arzt als Männer“

Prof. Dr. Stephanie Krüger, Vivantes Humboldt-Klinikum Berlin

Tabelle 11: Top 20 Behandlungsdiagnosen der Männer

Rang	Diagnose	Behand-lungsquote	Rang bei Frauen
1	Rückenschmerzen (M54)	22,6%	2
2	Essentielle (primäre) Hypertonie (I10)	21,2%	3
3	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atem-wege (J06)	16,1%	4
4	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78)	14,6%	11
5	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52)	11,0%	5
6	Vasomotorische und allergische Rhinopathie (J30)	8,2%	16
7	Biomechanische Funktionsstörungen, anderen-orts nicht klassifiziert (M99)	8,2%	12
8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroen-teritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs (A09)	8,0%	31
9	Adipositas (E66)	7,0%	21
10	Sonstige Bandscheibenschäden (M51)	6,9%	24
11	Asthma bronchiale (J45)	6,5%	25
12	Depressive Episode (F32)	6,5%	9
13	Somatoforme Störungen (F45)	6,2%	7
14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion (T14)	6,0%	42
15	Melanozytennävus (D22)	6,0%	19
16	Gastritis und Duodenitis (K29)	5,9%	30
17	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert (M25)	5,8%	35
18	Akute Bronchitis (J20)	5,6%	39
19	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert (M53)	5,6%	17
20	Psychische und Verhaltensstörungen durch Ta-bak (F17)	5,5%	45

Quelle: Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2014

„Frauen gehen rechtzeitiger zum Arzt, das kann auch zu frühzeitiger oder häufiger Krankschreibung führen."

Prof. Dr. Doris Bardehle, Charité Berlin

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen der Frauen: Nichtentzündliche Krankheiten der Vagina, Rückenschmerzen, Bluthochdruck

Tabelle 12: Top 20 Behandlungsdiagnosen der Frauen

Rang	Diagnose	Behandlungsquote	Rang bei Männern
1	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89)	31,7%	*
2	Rückenschmerzen (M54)	30,5%	1
3	Essentielle (primäre) Hypertonie (I10)	20,8%	2
4	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (J06)	18,4%	3
5	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52)	17,4%	5
6	Klimakterische Störungen (N95)	16,1%	*
7	Somatoforme Störungen (F45)	14,5%	13
8	Bauch- und Beckenschmerzen (R10)	14,4%	23
9	Depressive Episode (F32)	13,9%	12
10	Sonstige nichttoxische Struma (E04)	13,4%	44
11	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78)	13,3%	4
12	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert (M99)	12,1%	7
13	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation (N92)	11,1%	*
14	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus (N94)	11,0%	*
15	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva (N76)	10,7%	*
16	Vasomotorische und allergische Rhinopathie (J30)	10,5%	6
17	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert (M53)	10,4%	19
18	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	10,3%	34
19	Melanozytennävus (D22)	10,1%	15
20	Sonstige Hypothyreose (E03)	10,0%	79

Quelle: Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2014 ; Anmerkung: * Diese Diagnosen sind bei Männern nicht vorhanden.

Auf Grundlage der bisher gezeigten Ergebnisse kann zwar festgestellt werden, dass Frauen eine deutlich höhere Behandlungsquote als Männer haben, d.h. häufiger einen Arzt aufsuchen. Da zwar jede Arbeitsunfähigkeit an einen Behandlungsfall gekoppelt ist, aber nicht jeder Behandlungsfall zu einer Arbeitsunfähigkeit führt, ist es zur Erklärung der geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Krankenstand wichtig, die beiden Größen – Behandlungsfälle und Arbeitsunfähigkeitsfälle – miteinander zu verknüpfen. Betrachtet werden im Folgenden Versicherte, die einen Behandlungsfall mit bestimmten Diagnosen hatten. Anschließend wird geprüft, ob diese Versicherten auch eine Arbeitsunfähigkeit aus dem Bereich dieser Diagnosen im Jahr 2014 hatten.

Zunächst wird geprüft, ob bei gegebener Behandlung Frauen zu einem höheren Anteil krankgeschrieben werden als Männer.

Tabelle 13: Anteil der Versicherten mit einem Behandlungsfall, die gleichzeitig einen AU-Fall der gleichen Diagnosegruppe hatten

Diagnose	Männer	Frauen
Gesamt (alle Diagnosen)	50,5%	53,7%
Muskel-Skelett-System	25,3%	21,3%
Atmungssystem	40,9%	45,3%
Psychische Erkrankungen	12,7%	15,5%

Quelle: Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2014

Wie aus Tabelle 13 hervorgeht, erfolgt bei 53,7 Prozent der Frauen mit mindestens einem Behandlungsfall auch eine Krankschreibung, bei Männern liegt dieser Anteil mit 50,5 Prozent etwas niedriger. Bei Männern mit Behandlungsfällen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen werden 25,3 Prozent auch wegen einer Muskel-Skelett-Erkrankung krankgeschrieben. Bei Frauen ist dieser Anteil mit 21,3 Prozent geringer. Bei den Behandlungsfällen aufgrund von Atemwegserkrankungen und psychischen Erkrankungen ist jedoch wiederum der Anteil der Krankschreibungen bei den Frauen höher als bei den Männern. Zusammenfassend lässt sich aus den Ergebnissen von Tabelle 13 feststellen, dass die AU-Quote bei gegebenem Behandlungsfall nicht in jedem Fall bei Frauen höher als bei Männern liegt, sondern dass dies abhängig ist von der Erkrankung(sgruppe) ist.

Die wichtigen Diagnosen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen finden sich auch in den Behandlungsdiagnosen wieder.

Zumindest teilweise gilt, dass Diagnosen, die auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen eine große Rolle spielen, sich auch in den Behandlungsdaten häufig dokumentiert finden. Beispiel: Muskel-Skelett-Erkrankungen: 22,6 Prozent der Männer und 30,5 Prozent der Frauen weisen die Dreistellerdiagnose M54: Rückenschmerzen auch in den ambulanten Daten auf. Beispiel psychische Erkrankungen: 6,5 Prozent der Männer und 13,9 Prozent der Frauen weisen die Diagnose einer depressive Episode (F32) in den Behandlungsdaten auf (übrigens liegen diese Werte recht nahe an den Angaben, die das Robert-Koch-Institut auf Basis von Selbstangaben macht (vgl. Abschnitt 0). Beispiel Atemwegserkrankungen: 16,1 Prozent der Männer und 18,4 Prozent der Frauen weisen die Diagnose J06: Akute Infektionen an mehreren (..) Lokalisationen der oberen Atemwege auf. Bei allen diesen typischen Arbeitsunfähigkeitsursachen weisen Frauen höhere Behandlungsquoten auf, was ein Hinweis dafür sein kann, dass sie häufiger an diesen Krankheiten leiden und/oder häufiger deswegen einen Arzt aufsuchen als Männer.

Verordnete Arzneimittel

Die Analyse des Krankheitsgeschehens der erwerbstätigen Männer und Frauen wird im Folgenden durch die Analyse von Arzneimittelverordnungsdaten ergänzt. Die Analyse der Arzneimittelverordnungen erfolgt über die zweite Ebene des anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC20) Klassifikationssystems („Dreisteller-ATC“), auf

der pharmakologisch vergleichbare Wirkstoffe zusammengefasst werden (vgl.Tabelle 14).[7]

Für eine differenzierte Einschätzung der Arzneimittelverordnungen wird die Verordnungsquote verwendet, die den Anteil der Versicherten beschreibt, der mindestens eine Verordnung im Jahr 2014 aus der betrachteten Wirkstoffgruppe erhalten hat.

Tabelle 14: Ebenen des ATC Klassifikationssystems

ATC	Ebene	Beispiel
A	Erste Ebene: Anatomische Hauptgruppe	Alimentäres System und-Stoffwechsel
A10	Zweite Ebene: Therapeutische Untergruppe	Antidiabetika
A10B	Dritte Ebene: Pharmakologische Untergruppe	Antidiabetika excl. Insuline
A10BA	Vierte Ebene: Chemische Untergruppe	Biguanide
A10BA02	Fünfte Ebene: Chemische Substanz	Metformin

Quelle: IGES, eigene Darstellung nach WHO

Welche Arzneimittel Männern und welche Frauen 2014 am häufigsten verordnet wurden, ist in Tabelle 15 (für Männer) und Tabelle 16 (für Frauen) dargestellt. Neben der Verordnungsquote für Männer ist in Tabelle 15 auch als Vergleich die Verordnungsquote der Frauen angegeben und der Rang, auf den das Arzneimittel im Ranking bei den Frauen kommt.

Die am häufigsten verordneten Arzneimittel sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen Antibiotika.

Auf Rang1 stehen bei Männern als auch bei Frauen Antibiotika zur systematischen Anwendung (J01). Etwa ein Viertel der Männer, jedoch ein Drittel der Frauen haben Medikamente aus dieser ATC-Gruppe verordnet bekommen. Für beide Geschlechter stehen auf Rang zwei Antiphlogistika und Antirheumatika. Diese Arzneimittel werden zur symptomatischen Therapie entzündlicher Gelenkerkrankungen, bei Gelenkschmerzen oder bei Rückenschmerzen eingesetzt. Etwa jeder vierte Mann und etwa jede vierte Frau haben Medikamente aus dieser Gruppe verschrieben bekommen. Auch weitere Wirkstoffgruppen, die zur Schmerzbekämpfung eingesetzt werden können, gehören zu den häufig verschriebenen Arzneimitteln. Analgetika wurden 8,9 Prozent der Männer und 13,0 Prozent der Frauen verordnet – hierzu gehören Opioide, Analgetika und Antipyretika. Darunter fallen auch Wirkstoffe, die bei Migräne und Clusterkopfschmerzen eingesetzt werden (Häussler *et al.* 2014: 283).

Die ATC-Untergruppe C09 bezeichnet Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System, die zu den Mitteln zur Behandlung der Hypertonie gehört. Hypertonie gehört bei Männern wie Frauen zu den häufigsten Behandlungsdiagnosen (vgl. Abschnitt 0), dementsprechend hoch ist der Anteil der Männer (15,0 Prozent) und der Frauen (12,3 Prozent), die ein Medikament mit entsprechendem Wirkstoff verordnet bekommen.

Während die Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System bei den Männern bereits auf Rang 3 der am häufigsten verordneten Medi-

[7] Auf diese Art wurden Arzneiverordnungsdaten der DAK-Gesundheit zuletzt im DAK-Gesundheitsreport 2014 (Marschall et al. 2014: 58f.) analysiert.

kamente stehen, kommen sie bei Frauen erst auf Rang 6. Medikamenten zur Schilddrüsentherapie wurden fast jeder sechsten Frau (17,4 Prozent) verordnet (aber nur 3,6 Prozent der Männer). Weitere Blutdrucksenkende Mittel in den 20 häufigsten Verordnungen sind Betablocker (C07), die 9,1 Prozent der Männer und 10,6 Prozent der Frauen verordnet bekamen. Auch Calciumkanalblocker (C08), die zur Behandlung der Angina pectoris eingesetzt werden, gehören zu den häufig verordneten Arzneimittel (3,9 Prozent der Männer, 3,1 Prozent der Frauen).

Für beide Geschlechter spielen Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (A02) eine große Rolle. 11,5 Prozent der Männer und 14,2 Prozent der Frauen hatten wenigstens eine Verordnung im Jahr 2014 für eines dieser Mittel. Mittel bei peptischem Ulcus / gastroesophagealer Refluxkrankheit (A02B) sind magensäurehemmende Arzneimittel. Sie werden auch häufig als Komedikation zur Verbesserung der Verträglichkeit („Magenschutz“) verordnet.

Frauen bekommen fast doppelt so häufig Psychoanaleptika, v.a. Antidepressiva wie Männer verordnet.

Die ATC-Untergruppe N06 (Psychoanaleptika) umfasst Antidepressiva, Antidementiva, Mittel zur Behandlung von ADHS und weitere Teil-Indikationsgruppen. Die bei weitem größte Rolle in der Verordnungshäufigkeit dürften hier die Antidepressiva spielen (vgl. Häussler *et al.* 2014: 328f., sowie die Analysen im DAK-Gesundheitsreport 2014 (Marschall *et al.* 2014: 58f.)). Frauen bekommen fast doppelt so häufig wie Männer ein Psychoanaleptika verordnet (9,0 zu 4,8 Prozent). Der Geschlechterunterschied, aber auch die große Bedeutung dieser Mittel für beide Geschlechter entsprechen der großen Bedeutung von Depressionen, wie sie in den ambulanten Diagnosedaten zum Ausdruck kommen.

Medikamente, die für beide Geschlechter eine relativ große Rolle spielen sind Antidiabetika (A10), Husten- und Erkältungspräparate (R05) sowie die recht heterogene Gruppe der Ophtalmika (S01), die Medikamente der Augenheilkunde umfassen.

Die 20 häufigsten Verordnungen bei Männern

Tabelle 15 : Die 20 häufigsten Verordnungen bei Männern

	ATC	Bezeichnung	Ver-ord..-quote Männer	Verord.-quote Frauen	Rang Frauen
1	J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	25,2%	33,9%	1
2	M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	23,4%	25,6%	2
3	C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	15,0%	12,3%	6
4	A02	Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen	11,5%	14,2%	4
5	C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	9,1%	10,6%	7
6	N02	Analgetika	8,9%	13,0%	5
7	R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	6,6%	8,5%	10
8	C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel Beeinflussen	5,7%	3,2%	19
9	D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen	5,5%	8,4%	11
10	S01	Ophthalmika*	5,2%	7,2%	12
11	N06	Psychoanaleptika	4,8%	9,0%	9
12	B01	Antithrombotische Mittel	4,6%	3,4%	18
13	H02	Corticosteroide zur Systemischen Anwendung	4,3%	5,9%	13
14	A10	Antidiabetika	4,0%	2,4%	24
15	C08	Calciumkanalblocker	3,9%	3,1%	20
16	H03	Schilddrüsentherapie	3,6%	17,4%	3
17	R01	Rhinologika	3,4%	4,5%	15
18	R05	Husten- und Erkältungspräparate	3,1%	4,6%	14
19	M04	Gichtmittel	2,8%	0,5%	48
20	A03	Mittel bei funktionellen Gastrointestinalen Störungen	2,6%	4,2%	16

Quelle: Verordnungsdaten DAK-Gesundheit 2014

Die 20 häufigsten Verordnungen bei Frauen

Tabelle 16: Die 20 häufigsten Verordnungen bei Frauen

	ATC	Bezeichnung	Verord.-quote Frauen	Verord.-quote Männer	Rang Männer
1	J01	Antibiotika zur Systemischen Anwendung	33,9%	25,2%	1
2	M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	25,6%	23,4%	2
3	H03	Schilddrüsentherapie	17,4%	3,6%	16
4	A02	Mittel Bei Säure bedingten Erkrankungen	14,2%	11,5%	4
5	N02	Analgetika	13,0%	8,9%	6
6	C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	12,3%	15,0%	3
7	C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	10,6%	9,1%	5
8	G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	9,9%	0,3%	47
9	N06	Psychoanaleptika	9,0%	4,8%	11
10	R03	Mittel Bei Obstruktiven Atemwegserkrankungen	8,5%	6,6%	7
11	D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen	8,4%	5,5%	9
12	S01	Ophthalmika*	7,2%	5,2%	10
13	H02	Corticosteroide zur Systemischen Anwendung	5,9%	4,3%	13
14	R05	Husten- und Erkältungspräparate	4,6%	3,1%	18
15	R01	Rhinologika	4,5%	3,4%	17
16	A03	Mittel Bei Funktionellen Gastrointestinalen Störungen	4,2%	2,6%	20
17	N05	Psycholeptika	3,7%	2,3%	23
18	B01	Antithrombotische Mittel	3,4%	4,6%	12
19	C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	3,2%	5,7%	8
20	C08	Calciumkanalblocker	3,1%	3,9%	15

Quelle: Verordnungsdaten DAK-Gesundheit 2014

3.6 Geschlechterunterschiede bei Arbeitsunfähigkeit und Präsentismus: Auswertung der Beschäftigtenbefragung

Im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports wurden 5.221 Beschäftigte standardisiert befragt.

Mittels einer standardisierten Befragung von 5.221 abhängig Beschäftigten können weitere Fragen und Thesen untersucht werden, die auf Basis der DAK-Routinedaten nicht oder nur unzureichend untersucht werden können. Hierzu gehören insbesondere Fragen von Einstellungen und Praktiken in Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit.

Die Befragung wurde im November und Dezember 2015 durch das Befragungsinstitut Forsa als Online Befragung realisiert. Das von Forsa verwendete Panel befragt auch Personen ohne Internetanschluss (diese Gruppe nimmt mittels einer Box am Fernsehgerät an Befragunge teil), so dass es hier nicht zu einer Verzerrung dahingehend kommt, dass nur Personen mit Internetanschluss beteiligt wären.[8]

Soziodemografische Angaben der Befragten

Die Befragung ist repräsentativ für die abhängig Beschäftigten in Deutschland.

Die Befragten wurden auf Basis der Daten des Mikrozensus nach Alter und Geschlecht sowie Bildung und Bundesland gewichtet, so dass der Datensatz repräsentativ für die abhängig Beschäftigten in Deutschland ist. Tabelle 17 zeigt die Demografie der Befragten vor Verwendung der Gewichtung. Tabelle 18 zeigt die Befragten nach Alter und Geschlecht mit verwendetem Gewicht. Alle weiteren Auswertungen sind auf Basis des gewichteten Datensatzes.

Tabelle 17: Befragte nach Alter und Geschlecht (ungewichtet)

	Geschlecht					
	männlich		weiblich		Gesamt	
Alter	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
19	4	0,1%	1	0,0%	5	0,1%
20-24	29	0,9%	29	1,4%	58	1,1%
25-29	109	3,5%	120	5,7%	229	4,4%
30-34	285	9,1%	258	12,3%	543	10,4%
35-39	272	8,7%	209	9,9%	481	9,2%
40-44	368	11,8%	232	11,0%	600	11,5%
45-49	591	19,0%	364	17,3%	955	18,3%
50-54	575	18,5%	380	18,1%	955	18,3%
55-59	520	16,7%	333	15,8%	853	16,3%
60-65	363	11,6%	179	8,5%	542	10,4%
Gesamt	3116	100,0%	2105	100,0%	5221	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2015

[8] Zur Befragung eingeladen wurden 11.166 Personen, die Rücklaufquote beträgt demnach 46,8 Prozent.

Tabelle 18: Befragte nach Alter und Geschlecht (gewichtet)

	Geschlecht					
	männlich		weiblich		Gesamt	
Alter	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
19	7	,3%	4	,1%	11	,2%
20-24	54	2,0%	58	2,3%	112	2,1%
25-29	222	8,2%	219	8,7%	442	8,5%
30-34	591	21,9%	505	20,1%	1096	21,0%
35-39	187	6,9%	203	8,1%	391	7,5%
40-44	293	10,8%	260	10,3%	552	10,6%
45-49	514	19,0%	457	18,2%	972	18,6%
50-54	327	12,1%	325	12,9%	652	12,5%
55-59	301	11,1%	306	12,2%	607	11,6%
60-65	208	7,7%	180	7,2%	388	7,4%
Gesamt	2704	100,0%	2517	100,0%	5221	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2015

Die befragten Männer verteilen sich im Großen und Ganzen zu jeweils einem Drittel auf die drei Schulabschlüsse Haupt-, Realschulabschluss und Abitur bzw. Fachabitur (Tabelle 19). Nur vereinzelt haben Befragte keinen Schulabschluss. Unter den Frauen sind dagegen häufiger Befragte mit Abitur (knapp 39 Prozent) und mittlerer Reife (41 Prozent), und dementsprechend weniger mit Hauptschulabschluss (20 Prozent).

Tabelle 19: Befragte nach Geschlecht und Schulabschluss

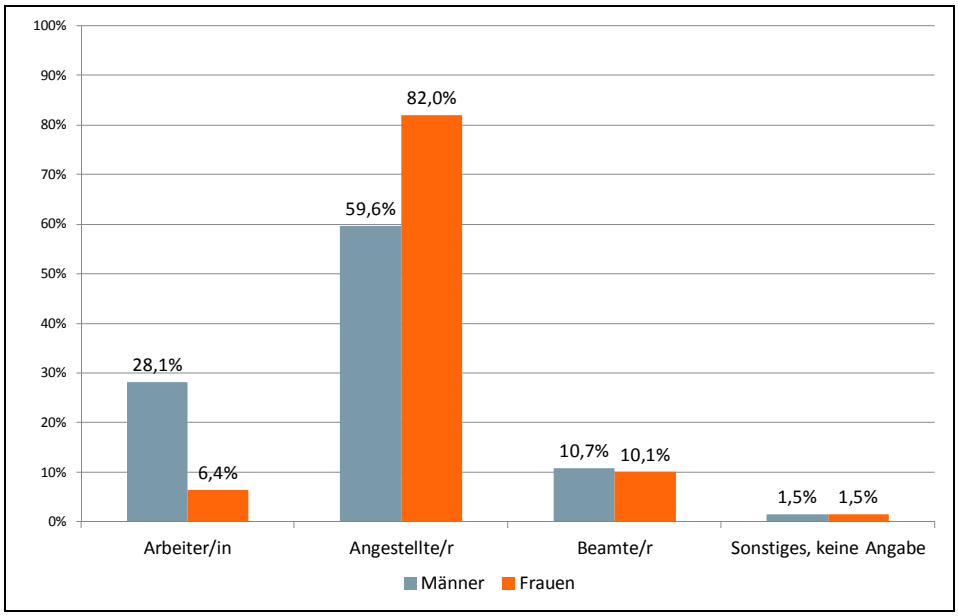
	Geschlecht					
	männlich		weiblich		Gesamt	
Schulabschluss	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keinen Abschluss	10	0,4%	7	0,3%	17	0,3%
Haupt-/Volksschulabschluss	860	32,0%	507	20,4%	1367	26,4%
Mittlerer Abschluss	924	34,4%	1016	40,8%	1940	37,5%
Abitur oder Fachabitur	894	33,2%	960	38,6%	1854	35,8%
Gesamt	2688	100,0%	2490	100,0%	5178	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2015

Die Befragten sind überwiegend Angestellte.

Die Befragten gehören weit überwiegend zur Gruppe der Angestellten (82 Prozent der Frauen und 60 Prozent der Männer) (Abbildung 32). Unter den Männern ist eine größere Gruppe Arbeiter (28 Prozent) während die Frauen kaum zu den Arbeiterinnen gehören (6 Prozent). Etwa jeder zehnte Befragte ist Beamter bzw. Beamtin.

Abbildung 32: Befragte nach Geschlecht und Beruflicher Statusgruppe



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2015
N (Männer/Frauen) = 2.704 / 2.517

Das AU-Geschehen im Spiegel selbst berichteter AU-Fälle und AU-Tage

Die folgenden Auswertungen werden zu großen Teilen eine Beziehung zwischen verschiedenen Einstellungen und Praktiken der Befragten einerseits, und ihren Arbeitsunfähigkeitsfällen und –tagen andererseits herstellen. Daher enthält der Fragebogen verschiedene Fragen, die abfragen, ob ein Befragter in den letzten 12 Monaten eine Arbeitsunfähigkeit hatte und wenn ja wie oft und mit wie vielen AU-Tagen. Hierbei handelt es sich also um selbst berichtete Angaben zur Arbeitsunfähigkeit.

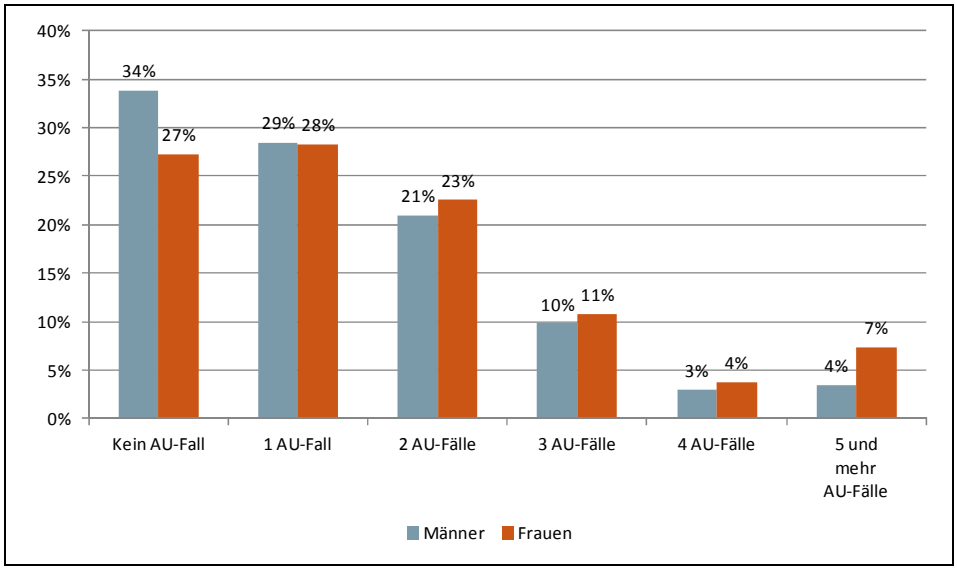
Frauen geben mehr Fehltage und Arbeitsunfähigkeitsfälle als Männer an.

Was bereits in den vorangegangenen Analysen auf Basis der DAK-Routinedaten ermittelt wurde, spiegelt sich auch in den Befragungsdaten wider: Die selbstberichteten Arbeitsunfähigkeitstage und –fälle unterscheiden sich nach Geschlecht dahingehend, dass Frauen mehr AU-Tage und mehr AU-Fälle als Männer berichten. Der größte Unterschied ist hinsichtlich des Anteils zu erkennen, der keinen einzigen AU-Fall (und damit auch keinen AU-Tag) in den letzten 12 Monaten hatte (Abbildung 33 und Abbildung 34).

Frauen weisen 21 Prozent mehr AU-Fälle als Männer auf (1,7 zu 1,4) und 8 Prozent mehr AU-Tage (14,4 zu 12,1) (vgl.Tabelle 20).[9]

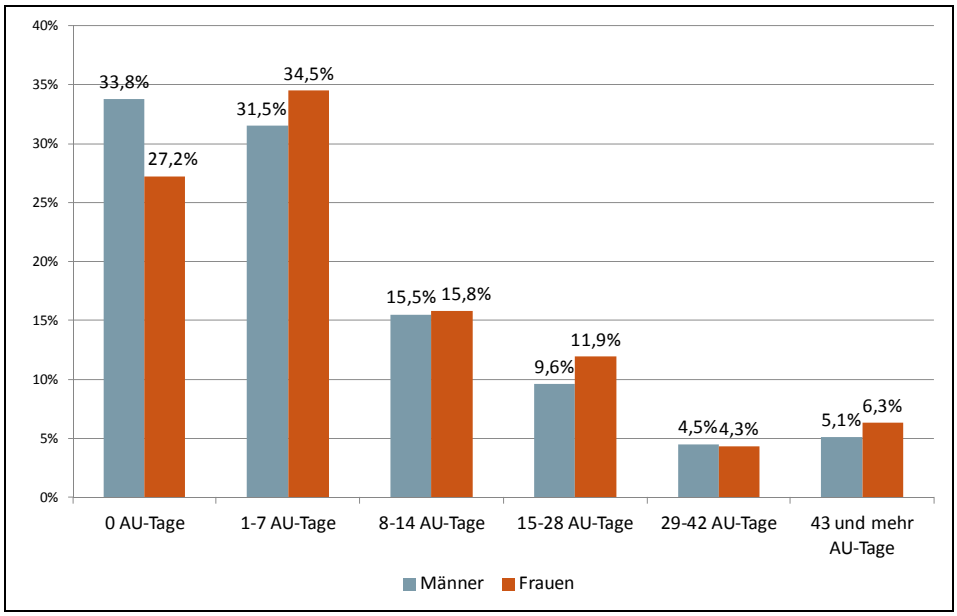
[9] Im Unterschied zu den vorangegangenen Kapiteln werden hier nicht Angaben je 100 Versicherte gemacht, sondern pro Kopf. 1,7 AU-Fälle entsprechen also 170 AU-Fälle je 100 Versicherte.

Abbildung 33: Selbstberichtete Anzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit
N (Männer/Frauen) = 2.669 / 2.468

Abbildung 34: Selbstberichtete Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit
N (Männer/Frauen) = 2.679/2.473

Während Männer im Schnitt 1,4 AU-Fälle in den letzten 12 Monaten angeben, berichten Frauen, dass sie 1,7 mal krank gemeldet waren. Männer kommen so auf 12,1 AU-Tage, Frauen auf 14,4. Die Kennzahlen fasst Tabelle 20 zusammen.

Tabelle 20: Selbstberichtete Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle (Mittelwerte) nach Geschlecht

		N	Mittelwert
AU-Fälle (Anzahl Krankmeldungen letzte 12 Monate)	Männer	2.669	1,4
	Frauen	2.470	1,7
	Gesamt	5.139	1,6
AU-Tage (Anzahl Arbeitstage krank gemeldet)	Männer	2.679	12,1
	Frauen	2.474	14,4
	Gesamt	5.153	13,2
Betroffenenquote[10]	Männer	2.698	66,4 %
	Frauen	2.510	73,2 %
	Gesamt	5.208	69,7 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Vergleich selbst berichteter Krankenstand mit dem in Routinedaten dokumentierten Krankenstand

Vergleicht man diese Selbst-Angaben mit dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, wie es in diesem Report auf Basis der DAK-Daten berichtet wird, sind insbesondere zwei wichtige Unterschiede zu beachten:

Erstens umfassen die selbst berichteten AU-Fälle und AU-Tage auch solche, für die die Beschäftigten keine ärztliche AU-Bescheinigung benötigten und die daher ihrer Krankenkasse nicht zur Kenntnis gelangten. Außerdem werden durch die Krankenkassen solche Fälle nicht gezählt, bei denen weder der Arzt noch der Versicherte die AU-Bescheinigung der Krankenkasse zusendet. Daher haben Beschäftigte mehr selbst berichtete AU-Fälle in den letzten 12 Monaten, als die AU-Daten der DAK-Gesundheit für das Jahr 2015 verzeichnen. Männer haben 1,4 selbst berichetete AU-Fälle gegenüber 1,2 AU-Fälle gemäß AU-Daten der DAK-Gesundheit. Frauen haben 1,7 selbst berichtete AU-Fälle gegenüber 1,3 der DAK-Gesundheit bekannten AU-Fälle. Für die Bewertung dieses Unterschieds spielt darüber hinaus eine Rolle, dass das AU-Geschehen sich aus vergleichsweise vielen kurzen und vergleichsweise wenig langen AU-Fällen zusammensetzt.

Demgegenüber ist zwischen den selbst berichteten AU-Tagen und der Anzahl AU-Tage gemäß Angaben der DAK-Gesundheit ein geringerer Unterschied zu erwarten, da die AU-Tage vor allem durch die seteneren Langzeit-Arbeitsunfähigkeiten getrieben werden. Diese werden im Unterschied zu kurzen Arbeitsunfähigkeiten nicht durch die Daten der DAK-Gesundheit unterschätzt, weil sie in aller Regel der Krankenkasse zu Kenntnis gelangen. Tatsächlich ist die Anzahl der selbst berichteten AU-Tage sogar geringer als die durch die Routinedaten berichteten. Männer: 12,1 zu 14,1; Frauen: 14,4 zu 16,0 AU-Tage je Beschäftigtem. Es ist anzunehmen, dass sich Befragte an die genaue Anzahl ihrer Fehltage schlechter erinnern als an ihre Arbeitsunfähigkeitsfälle. Zu beachten ist auch, dass die Befragungsdaten Fehltage in Bezug auf Arbeitstage abfragen, die Daten der Krankenkassen jedoch alle Kalendertage erfassen.

[10] Die in der Tabelle berichtete Betroffenenquote entspricht nicht exakt 100 Prozent abzüglich dem in Abbildung 33 und Abbildung 34 berichteten Anteil der Befragten mit 0 AU-Fällen, weil in diese eine größere Anzahl von Missings eingegangen sind, dadurch, dass sie auf Folgefragen beruhen.

Gesundheitszustand und Arbeitsunfähigkeit

Haben Frauen deswegen einen höheren Krankenstand, weil sie häufiger krank sind? Diese Hypothese geht von der einfachen Überlegung aus, dass im Normalfall ein Krankeitsfall eine Arbeitsunfähigkeit verursacht, und dass, wer häufiger krank ist, demnach auch häufiger arbeitsunfähig ist. Der höhere Krankenstand der Frauen wäre dann darauf zurückzuführen, dass Frauen mehr von Krankheit betroffen sind und aus diesem Grund einen höheren Krankenstand aufweisen.

Der Zusammenhang von Morbidität und Arbeitsunfähigkeit kann durch den Fragebogen anhand von zwei Items geprüft werden:

1. Durch den selbstberichteten Gesundheitszustand sowie
2. Durch ein Screening auf Depression (PHQ2) als Indikator für die psychische Gesundheit[11]

Frauen und Männer im erwerbstätigen Alter berichten zu jeweils gleich großen Anteilen von einem guten oder sehr guten Gesundheitszustand.

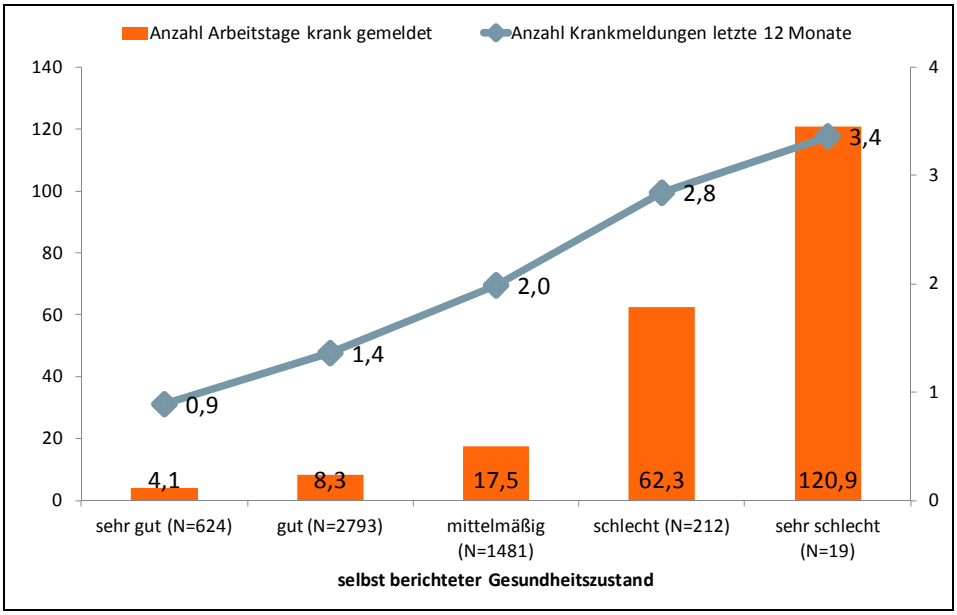
Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes wird international zur Erfassung der subjektiven Gesundheit in Bevölkerungsstudien verwendet. Trotz der Einfachheit dieses Indikators hat sich herausgestellt, dass die persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens gut abgedeckt werden und dass sich der selbst berichtete Gesundheitszustand in Längsschnittstudien als aussagekräftig herausgestellt hat für Outcomes wie die künftige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Sterblichkeit. Er ist auch ein unabhängiger Prädiktor für das Auftreten chronischer Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Lungenerkrankungen (Latham und Peek 2012: 112, Robert Koch-Institut 2014: 37, van der Linde *et al.* 2013:1)

Der selbst berichtete Gesundheitszustand unterscheidet sich in epidemiologischen Bevölkerungsbefragungen zwischen Männern und Frauen zwar signifikant, aber nur geringfügig: Das Robert Koch-Institut berichtet, dass 69 Prozent der Frauen und 72 Prozent der Männer ihre Gesundheit als gut oder sehr gut bewerten. In den Altersgruppen von 30-64 Jahren, die einen großen Teil der erwerbstätigen Bevölkerung stellen, gibt es allerdings keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Etwa 82 Prozent der 30- bis 44-Jährigen und 66-67 Prozent der 45- bis 64-Jährigen geben einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand an (Robert Koch-Institut 2014: 39f.).

Zunächst ist festzustellen, ob es überhaupt einen Zusammenhang zwischen (selbst berichtetem) allgemeinem Gesundheitszustand und (selbst berichteten) Arbeitsunfähigkeitstagen und –fällen gibt. Wie Abbildung 35 zeigt, ist dies der Fall. Je schlechter der Gesundheitszustand, umso mehr Arbeitsunfähigkeit.

[11] Der PHQ2 (Patient Health Questionnaire mit zwei Items) ist die Kurzfassung des PHQ9 und enthält nur zwei Items. Er wird als Screening einer Major Depression eingesetzt. Mit einem Wertebereich von 0-6 wurde als Grenzwert für ein positives Screening-Ergebnis größergleich 3 vorgeschlagen (Arroll et al. 2010: 348), da so Sensitivität und Spezifizität optmiert wird.

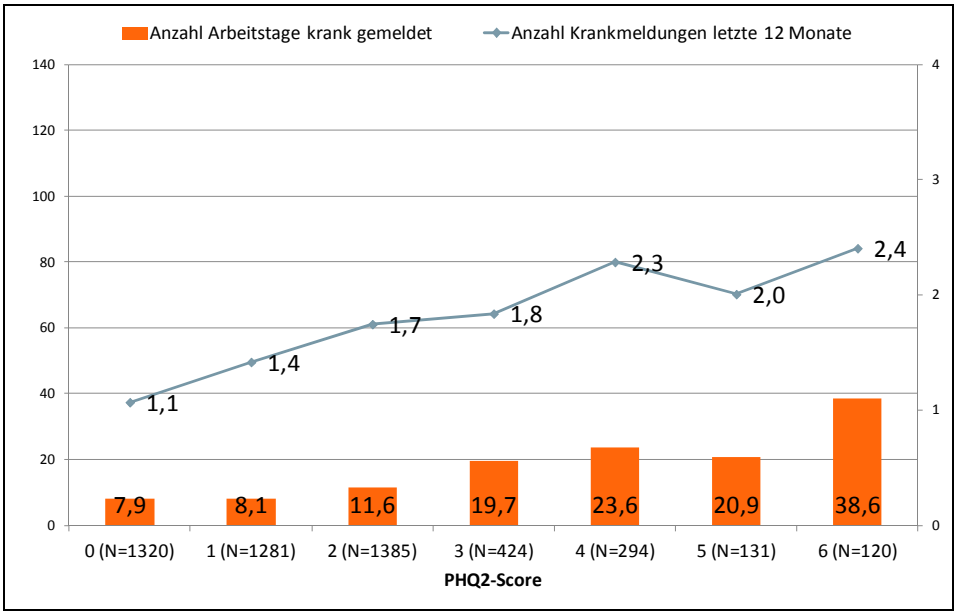
Abbildung 35: Selbst berichtete AU-Tage und AU-Fälle nach Gesundheitszustand



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Auch ein Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit (operationalisiert als PHQ2-Score) und Arbeitsunfähigkeit (Abbildung 36), zeigt sich. Insbesondere die AU-Fälle korrelieren mit dem psychischen Gesundheitszustand. Je schlechter der psychische Gesundheitszustand umso mehr AU-Fälle treten auf.

Abbildung 36: Selbst berichtete AU-Tage und AU-Fälle nach PHQ2-Score



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Die Korrelationsmatrix bestätigt, dass es zwischen dem allgemeinen wie dem psychischen Gesundheitszustand und Arbeitsunfähigkeit einen signifikanten Zusammenhang gibt, wobei der Zusammenhang zwischen dem selbst berichteten allgemeinen Gesundheitszustand und der Anzahl der AU-Tage am größten ausfällt (Tabelle 21).

Tabelle 21: Korrelation von selbstberichtetem Gesundheitszustand sowie PHQ2-Score mit AU-Tage und AU-Fällen

Rangkorrelationskoeffizient (Spearman-Rho)

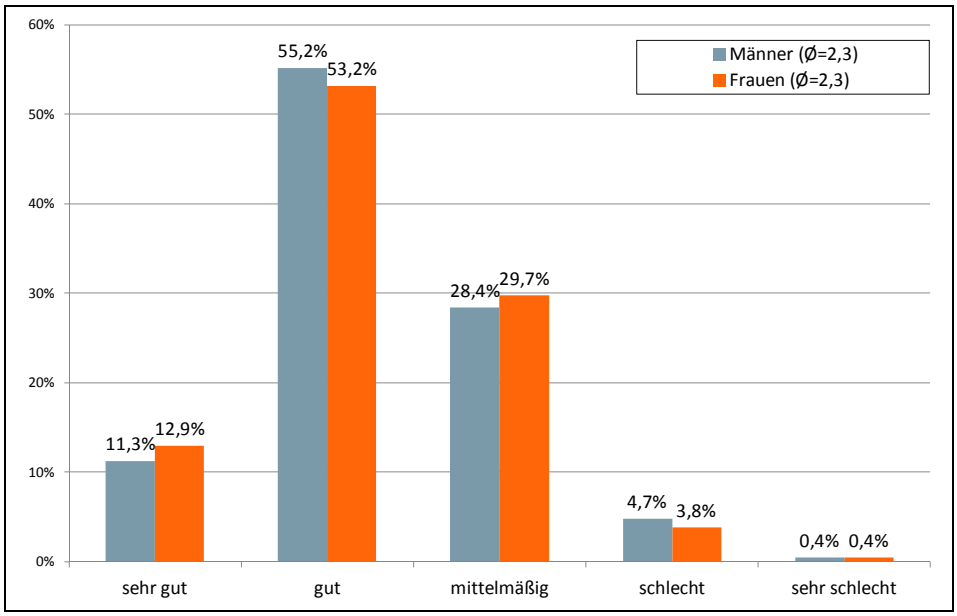
		AU-Fälle	AU-Tage
Selbst berichteter Gesundheitszu-stand	Korrelationskoeffizient	**0,245(**)**	**0,306(**)**
	Sig. (2-seitig)	0,000	0,000
	N	5.052	5.066
PHQ2-Score	Korrelationskoeffizient	**0,205(**)**	**0,208(**)**
	Sig. (2-seitig)	0,000	0,000
	N	4.880	4.891

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Unterscheiden sich Frauen und Männer nach ihrem Gesundheitszustand? Abbildung 37 weist diesen nach Geschlecht aus. Männer und Frauen unterscheiden sich auf den einzelnen Ausprägungen des selbst berichteten Gesundheitszustands in nur sehr geringem Maße. Im Mittel weisen beide Geschlechter einen Gesundheitszustand von 2,3 auf.

Abbildung 37: Selbst berichteter Gesundheitszustand nach Geschlecht

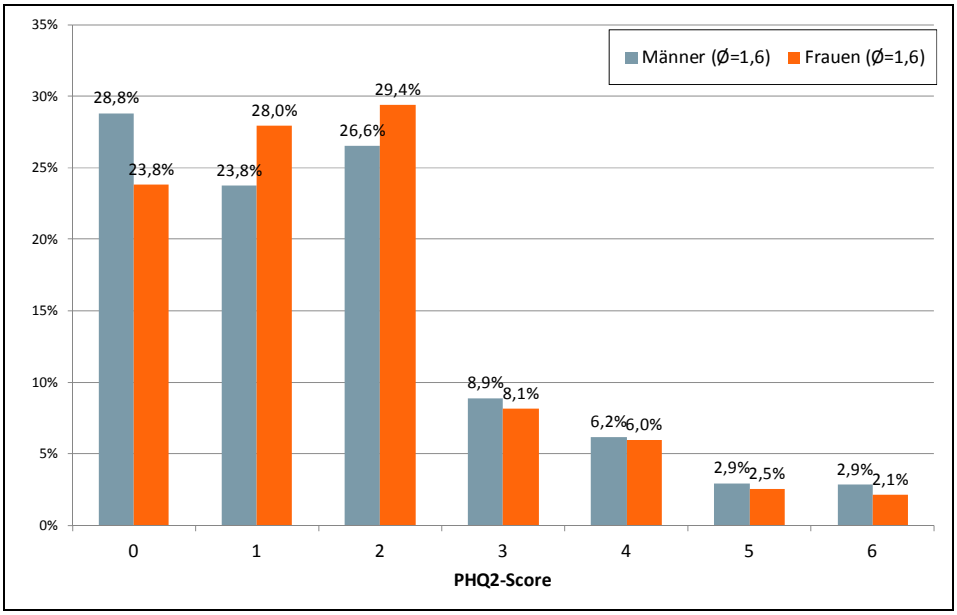


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Der in der Legende angegebene Durchschnittswert ist das arithmetische Mittel der 5-stufigen Antwortskala (1 – sehr gut bis 5 – sehr schlecht)

Auch für die psychische Gesundheit gilt, dass Männer und Frauen sich nicht unterscheiden. Beim hier verwendeten PHQ2 weisen beide Geschlechter den Wert 1,6 auf (Abbildung 38).

Unter den Befragten weisen Männer und Frauen in etwa den gleichen psychischen Gesundheitszustand auf.

Abbildung 38: PHQ2-Score nach Geschlecht

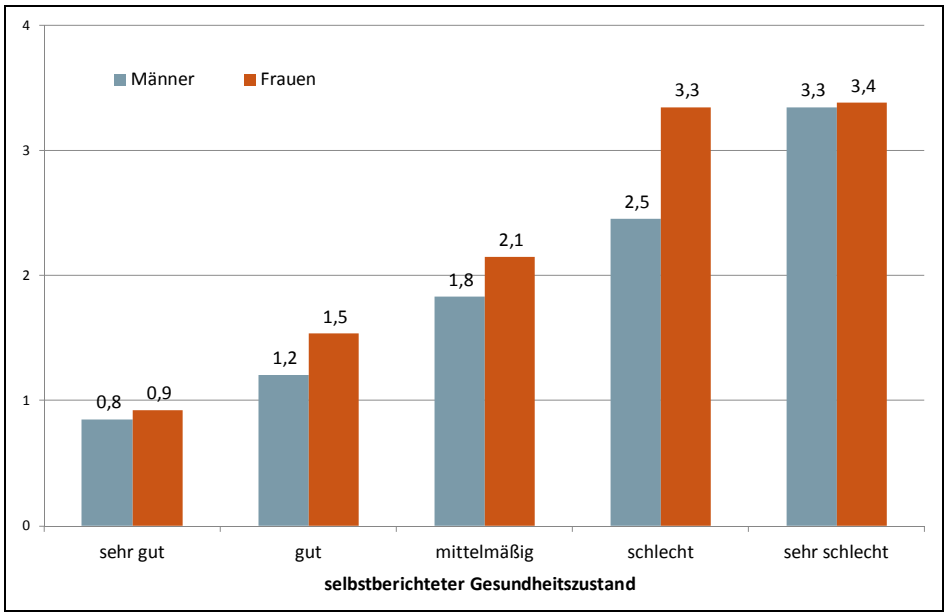


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Der in der Legende angegebene Durchschnittswert ist das arithmetische Mittel der 6-stufigen Antwortskala (je höher der Wert, desto wahrscheinlicher liegt eine Depression vor).

Diesen Ergebnissen zufolge trifft es also nicht zu, dass Frauen eine schlechtere Gesundheit aufweisen als Männer (oder umgekehrt, dass Männer eine bessere Gesundheit aufweisen als Frauen). Demnach ist anzunehmen, dass Männer bei gleichem Gesundheitszustand weniger dazu neigen, sich krank zu melden.

Abbildung 39 ist zu entnehmen, dass Männer auf dem jeweils gleichen allgemeinen Gesundheitsniveau eine geringere Zahl an Krankmeldungen aufweisen als Frauen.

Abbildung 39: AU-Fälle nach Geschlecht und nach selbst berichtetem Gesundheitszustand



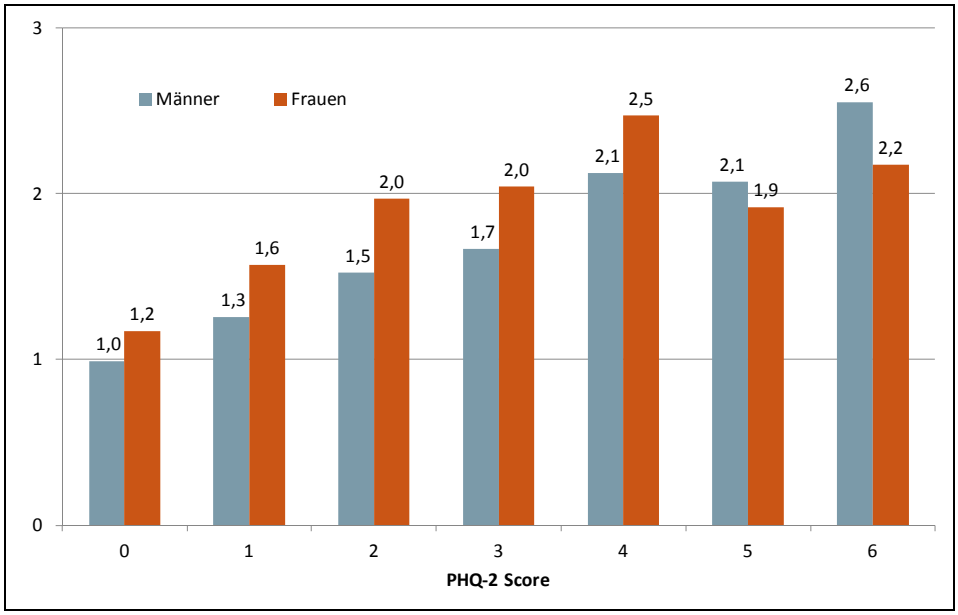
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N (Männer/Frauen) = 2.662/2.468.

„Frauen gehen bei ähnlichen Beschwerden eher zum Arzt als Männer."

Dr. Matthias Stiehler, Dresdner Institut für Erwachsenenbildung und Gesundheitswissensch

Die gleiche Analyse mit dem PHQ2-Score, anstelle des selbst berichteten allgemeinen Gesundheitszustands, ergibt, dass auch auf jeweils gleichem Niveau psychischer Gesundheit Frauen mehr AU-Fälle auf als Männer aufweisen. Ausnahme sind Beschäftigte, die einen sehr schlechten psychischen Gesundheitszustand aufweisen (PHQ2-Wert von 5 oder 6). Unter diesen haben Männer mehr AU-Fälle als Frauen (Abbildung 40).

Abbildung 40: AU-Fälle nach Geschlecht und nach PHQ2-Score



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N (Männer/Frauen) = 2608/ 2.349

Männer melden sich bei gleichem Gesundheitszustand seltener krank als Frauen.

Als Zwischenfazit bleibt festzuhalten: Die These, dass Frauen eine höhere Morbiditätslast als Männer tragen, bestätigt sich auf Basis der hier verwendeten Indikatoren nicht. Im Gegenteil weisen Frauen und Männer sowohl beim selbst berichteten Gesundheitszustand als auch beim psychischen Gesundheitszustand (Indikator PHQ2) in etwa den gleichen Gesundheitszustand auf. Jedoch stellt sich heraus, dass Männer sich bei gleichem Gesundheitsstatus seltener krank melden als Frauen.

Weitere mögliche Einflussfaktoren auf den Krankenstandsunterschied zwischen Männern und Frauen

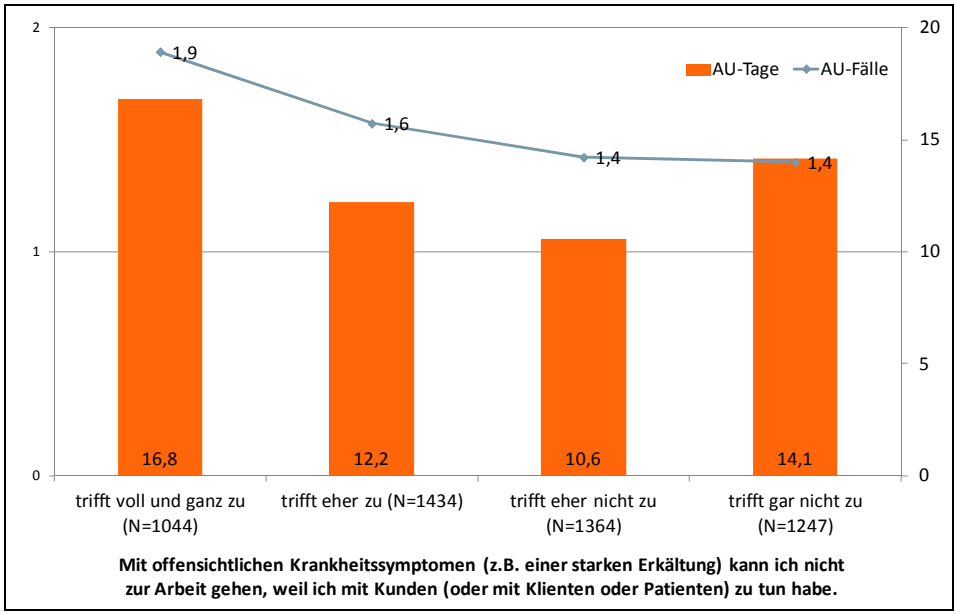
Arbeiten Frauen häufiger in Berufen, die selbst mit geringfügigen Beschwerden nicht auszuüben sind?

Nicht jede Krankheit ist automatisch mit Arbeitsunfähigkeit gleichzusetzen. Man denke an chronische Krankheiten wie Diabetes oder an psychische Erkrankungen wie eine leichte depressive Episode. Solche Erkrankungen schränken die Arbeitsfähigkeit nicht zwangsläufig ein, zudem ist es Ermessenssache des Beschäftigten, ob er oder sie ggf. geringfügige Beschwerden bei der Arbeit in Kauf nimmt bzw. nehmen kann.

Ob sich eine Tätigkeit mit Beschwerden noch einigermaßen ausführen lässt oder nicht, hängt auch von der Tätigkeit selbst ab. Wer beispielsweise freundlich zu Kunden sein muss, fühlt sich wegen psychischer Beschwerden eher arbeitsunfähig als jemand, der überwiegend ohne Kundenkontakt arbeitet.

Für das Zutreffen dieser Überlegung spricht das in Abbildung 41 dargestellte Ergebnis. Befagte, die mit offensichtlichen Krankheitssymptomen nicht zur Arbeit gehen können, weil sie es mit Kunden, Klienten oder Patienten zu tun haben, haben mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle als Befragte, die der entsprechenden Aussage nicht zustimmen. Der gleiche Zusammenhang, wenn auch weniger eindeutig, gilt in Bezug auf die AU-Tage.

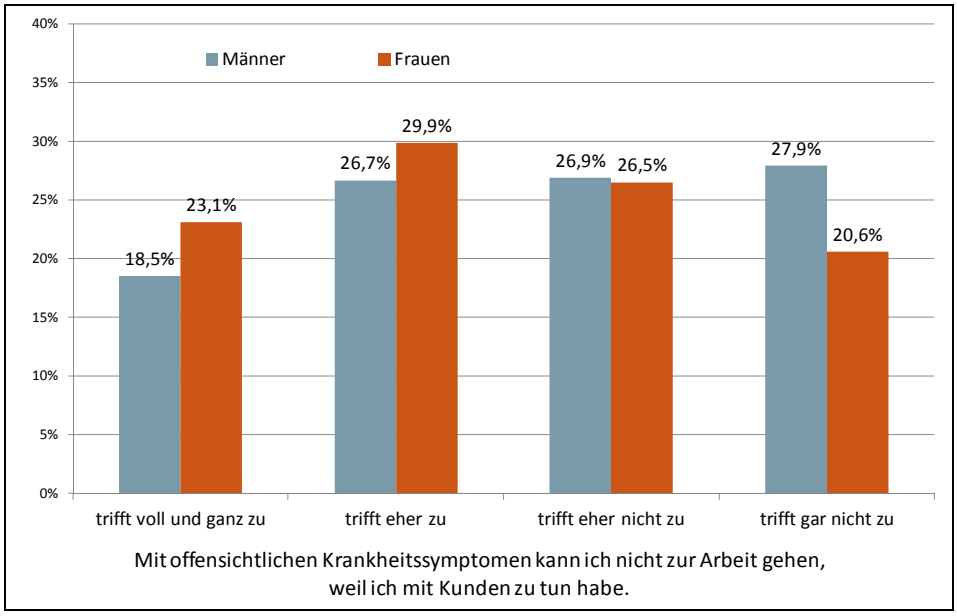
Abbildung 41: AU-Tage und AU-Fälle nach Möglichkeit, mit Krankheitssymptomen zur Arbeit zu gehen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Eine Kindergärtnerin beispielsweise könnte sehr viel schlechter verschnupft zur Arbeit gehen als ein ohne Kundenkontakt arbeitender Maschinenschlosser. Tatsächlich zeigt sich in den Befragungsergebnissen, dass es Frauen häufiger als Männern unmöglich ist, mit Krankheitssymptomen zur Arbeit zu gehen, weil sie Kundenkontakt haben (Abbildung 42). 45,2 Prozent der Männer geben an, dass sie wegen Kundenkontakt durch Krankheitssymptome am Arbeiten gehindert wären, unter den Frauen sind es 52,9 Prozent.

Abbildung 42: Möglichkeit, auch mit Krankheitsymptomen zur Arbeit zu gehen nach Geschlecht



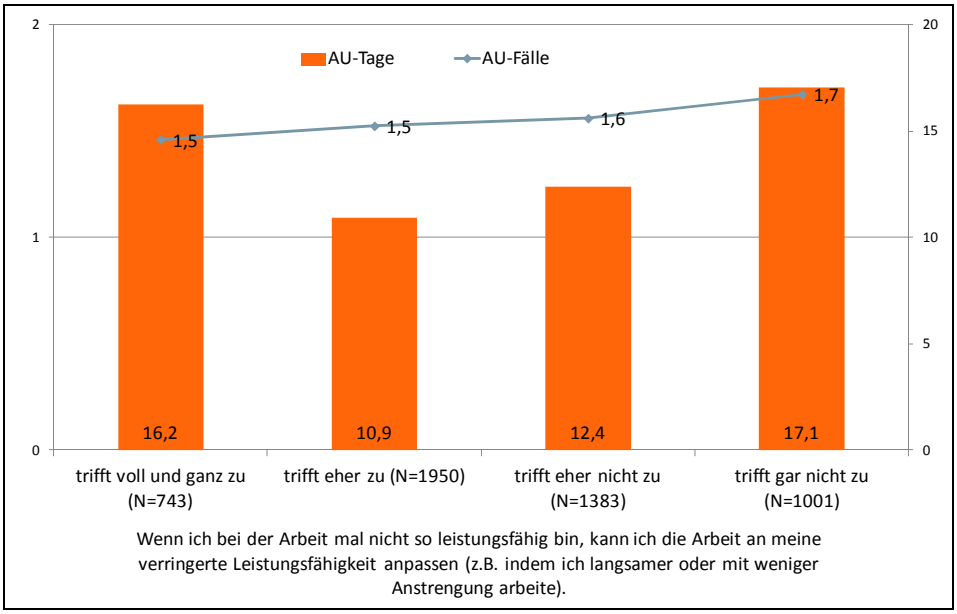
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
N (Männer/Frauen) = 2.676/2.492

Eine weitere Eigenschaft von Tätigkeiten kann sein, dass sie an eine ggf. verringerte Leistungsfähigkeit angepasst werden können. Man stelle sich z.B. einen Sachbearbeiter vor, der in gewissem Maße selbst entscheidet, wieviel Vorgänge er am Tag bearbeitet und der, wenn er sich nicht voll leistungsfähig fühlt, für ein oder zwei Tage einfach langsamer arbeitet. Im Gegensatz dazu könnte eine Lehrerin sehr viel weniger ihre Anstrengung oder ihr Arbeitstempo reduzieren, wenn sie eine Klasse unterrichtet. In der Forschung zu Arbeitsunfähigkeit wird die Möglichkeit, Tätigkeitsanforderungen temporär an die eigene Leistungsfähigkeit anzupassen, als „Adjustment Latitude“ bezeichnet (Johansson und Lundberg 2004).

Viele Beschäftigte können ihr Arbeitstempo oder ihre Arbeitsanstrengung temporär einer verminderten Leistungsfähigkeit anpassen.

Abbildung 43 stellt den Zusammenhang von AU-Tagen und –fällen mit der Adjustment Latitude dar. Es gibt nur einen signifikanten schwachen linearen Zusammenhang zwischen Adjustment Latitude mit den AU-Fällen.[12] Demnach haben Beschäftigte mit der Möglichkeit, die eigenen Anstrengungen temporär an eine verminderte Leistungsfähigkeit anzupassen, etwas weniger AU-Fälle als Beschäftigte, die diese Möglichkeit weniger oder nicht haben.

Abbildung 43: AU-Tage und AU-Fälle nach Adjustment Latitude

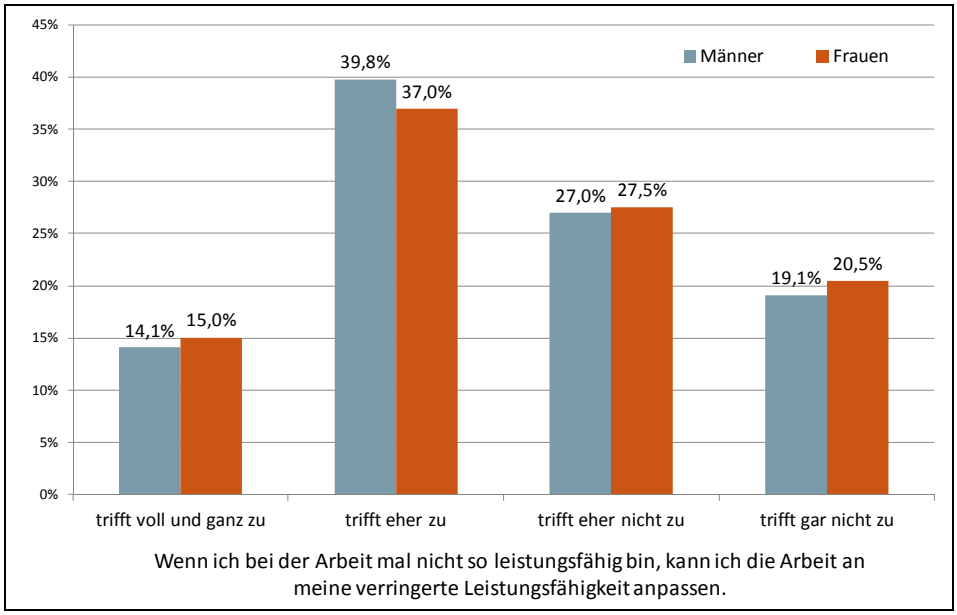


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Adjustment Latitude wird schon wegen dieses nur schwachen Zusammenhangs wenig zur Erklärung eines geschlechterdifferenten AU-Geschehens beitragen können. Mehr noch aber: Die Adjustment Latitude unterscheidet sich nicht nach Geschlecht. Gut die Hälfte der Männer (53,9 Prozent) wie auch gut die Hälfte der Frauen (52,0 Prozent) geben ein gewisses Maß an Adjustment Latitude an.

[12] Pearson Rho=0,071, Sign. (2-seitig)=0,000.

Abbildung 44: Adjustment Latitude nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N (Männer/Frauen) = 2.667/2.488.

Betreiben Männer in stärkerem Maße Präsentismus, gehen also häufiger krank zur Arbeit?

Unter Präsentismus wird die Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit bezeichnet. Befragungen zufolge ist dieses Verhalten weit verbreitet.[13] Auch in der für den Gesundheitsreport durchgeführten Befragung wurde Präsentismus thematisiert, indem die Frage gestellt wurde: „Sind Sie in den letzten 12 Monaten zur Arbeit gegangen, obwohl Sie sich aufgrund Ihres Gesundheitszustandes besser hätten krank melden sollen?“. Darüber hinaus wurde die Anzahl der Präsentismusfälle sowie die Gesamtzahl der Tage, die trotz Krankheit am Arbeitsplatz verbracht wurden, erhoben. Außerdem wurden mögliche Gründe von Präsentismus-Verhalten abgefragt.

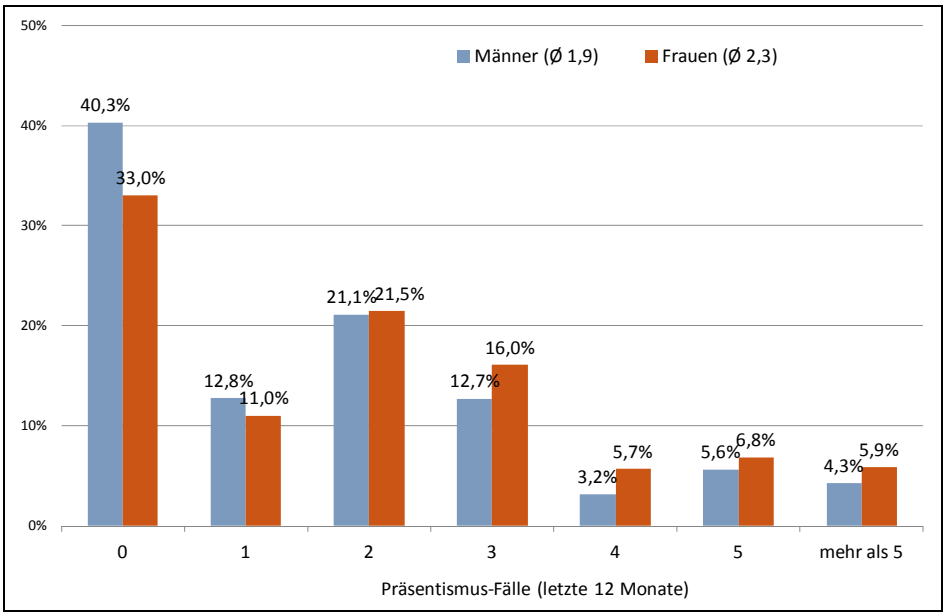
Um zu einer Erklärung für den niedrigeren Krankenstand von Männern beizutragen, müsste Präsentismus bei Männern stärker ausgeprägt sein als bei Frauen. Das Gegenteil ist den Befragungsergebnissen zufolge jedoch der Fall (Abbildung 45). Während innerhalb der letzten 12 Monate 40,3 Prozent der Männer kein einziges Mal krank zur Arbeit gegangen sind (also 0 Präsentismus-Fälle haben), gilt dies nur für 33,0 Prozent der Frauen. M.a.W.: 60 Prozent der Männer, aber 67 Prozent der Frauen, sind in den letzten 12 Monaten zur Arbeit gegangen, obwohl sie sich aufgrund ihres Gesundheitszustandes besser hätten krank melden sollen. Im Mittel weisen Männer 1,9 Fälle, Frauen jedoch 2,3 Fälle von Präsentismus in den letzten 12 Monaten auf.

Unabhängig vom Geschlechterunterschied ist übrigens festzuhalten, dass Präsentismus ein weit verbreitetes Phänomen ist. Festzuhalten ist v.a. dass Beschäftigte, Männer wie Frauen, häufiger krank zur Arbeit gehen, als dass sie sich arbeitsunfähig melden (vgl. hierzu auchTabelle 20). Während Männer sich im Schnitt 1,4 mal krank gemeldet haben, sind sie 1,9 mal krank zur Arbeit gegangen. Frauen

[13] Vgl. z.B. die Ergebnisse der BIBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung sowie den Stressreport der BAuA (Lohmann-Haislah 2012: 134); die von Zok (2008) referierten Befragungen und das Review von Steinke und Badura (2011).

haben sich im Schnitt 1,7 mal krank gemeldet, sind aber 2,3 mal krank zur Arbeit gegangen.

Abbildung 45: Präsentismus nach Geschlecht



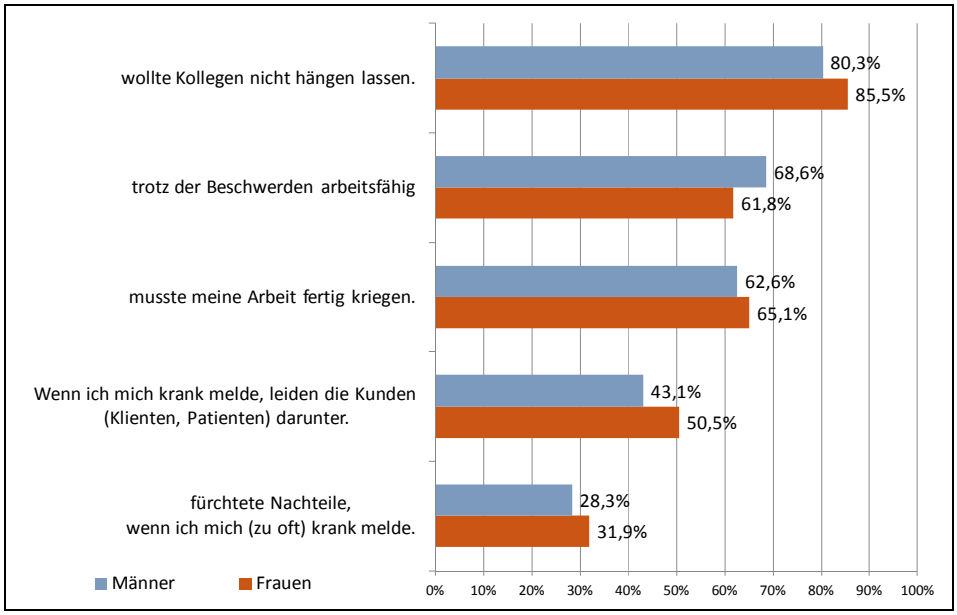
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N (Männer/Frauen) = 2.400/2.150.

Wichtigster Grund für Präsentismus: Die Solidarität mit den Kollegen

Was sind die Gründe dafür, dass Beschäftigte trotz Krankheit zur Arbeit gehen? Diese zeigt Abbildung 46. Demnach ist für Männer wie Frauen (genauer: für Männer und Frauen, die wenigstens einen Präsentismus-Fall in den letzten 12 Monaten haben) der wichtigste Grund für Präsentismus die Solidarität mit den Kolleginnen und Kollegen. 80,3 Prozent der Männer und 85,5 Prozent der Frauen geben an, dass sie krank zur Arbeit gegangen sind, weil sie ihre Kolleginnen und Kollegen „nicht hängen lassen wollten“. Auf Rang zwei (gemessen an den Antworten der Männer) folgt ein Grund, der deutlich macht, dass Krankheit nicht automatisch mit Arbeitsunfähigkeit gleich zu setzen ist: 68,6 Prozent der Männer und 61,8 Prozent der Frauen geben an, dass sie trotz der Beschwerden arbeitsfähig waren.

Den Grund „Ich musste meine Arbeit fertig kriegen“ geben 62,6 Prozent der Männer und 65,1 Prozent der Frauen an. Dass Kunden (bzw. Klienten oder Patienten) nicht das Nachsehen haben sollen, geben 43,1 Prozent der Männer und 50,5 Prozent der Frauen an. Nachteile, wenn sie sich zu oft krank melden, fürchten 28,3 Prozent der Männer und 31,9 Prozent der Frauen.

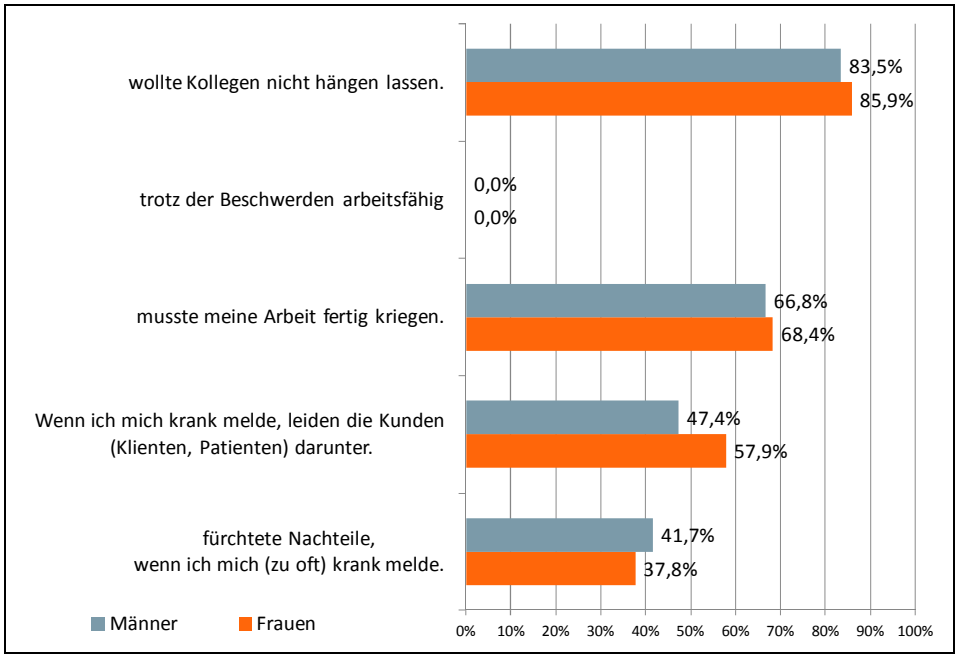
Abbildung 46: Gründe für Präsentismus nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Mehrfachnennung möglich. Die Ergebnisse beziehen sich auf Befragte mit wenigstens einem Präsentismus-Fall. N (Männer/Frauen) ≥ 1.681/1.749.

Die Liste von Gründen von Präsentismus wird ggf. noch aussagekräftiger, wenn man diejenigen ausschließt, die als Grund angegeben haben: „Ich war trotz der Beschwerden arbeitsfähig, d.h. meine Beschwerden hinderten mich nicht daran, meine Arbeit zu machen“. Bei den verbleibenden Befragten handelt es sich um die, die nicht „nur“ krank, sondern tatsächlich arbeitsunfähig waren. Die Gründe dieser besonderen Gruppe zeigt Abbildung 47.

Abbildung 47: Gründe für Präsentismus nach Geschlecht (ohne Befragte die angeben, dass sie trotz Beschwerden arbeitsfähig waren)14



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Die Ergebnisse beziehen sich auf Befragte mit wenigstens einem Präsentismus-Fall exklusive derer, die als Grund angeben, dass sie trotz der Beschwerden arbeitsfähig waren. N (Männer/Frauen) ≥ 527/667.

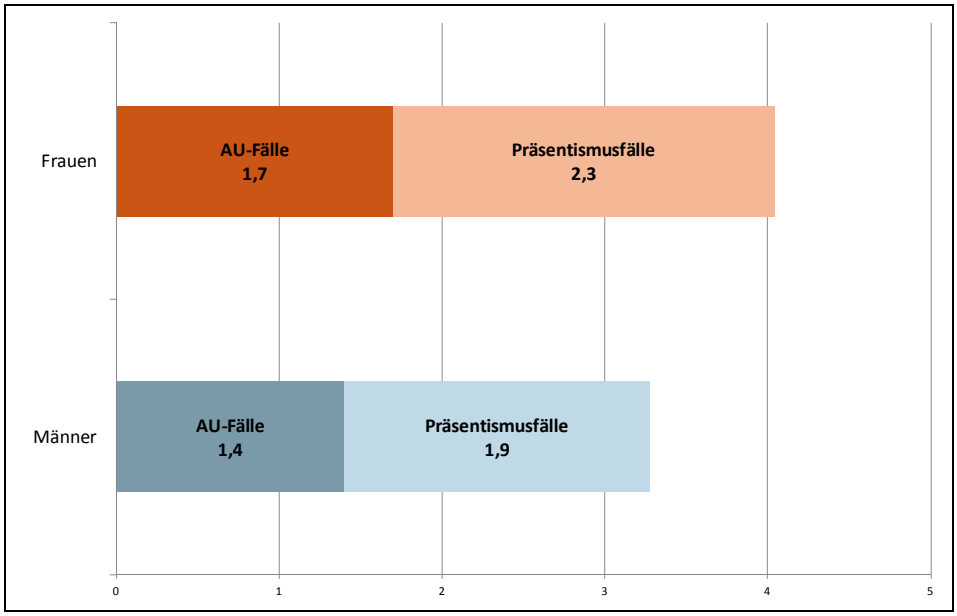
Eine weitere Betrachtung des Präsentismushandelns geht von der Überlegung aus, dass sowohl Präsentismus als auch Absentismus gleichermaßen ein bestimmtes Ausmaß an gesundheitlicher Beeinträchtigung als Hintergrund haben (Gerich 2015: 33). Demnach ist keinesfalls ausgemacht, dass Beschäftigte entweder Präsentismus betrieben oder sich krank melden, sondern dass sie – ein gewisses Maß an Beeinträchtigung vorausgesetzt – gleichermaßen sich (häufig) krank melden müssen und so weit es geht aber auch mit Beschwerden zur Arbeit gehen. Wer ein hohes Maß an gesundheitlicher Beeinträchtigung hat, hat sowohl viele AU-Fälle als auch viele Präsentismusfälle. Für den Geschlechterunterschied bedeutet dies, dass es zu prüfen ist, wie sich die Summe von Präsentismus- und Arbeitsunfähigkeitsfällen im Geschlechtervergleich darstellt.

Insgesamt haben Frauen mehr Krankheitsfälle als Männer, die sie entweder als Krankmeldung oder in Präsentismus bewältigen

Die Ergebnisse aus Abbildung 48 legen nahe, dass Frauen insgesamt mehr Krankheitsfälle in 12 Monaten als Männer haben, die sie dann entweder als Krankmeldung oder als Präsentismusfall bewältigen.

[14] Im Chi-Quadrat Test erweisen sich die Gründe „wollte Kollegen nicht hängen lassen“ (Chi-Quadrat=24,8, p=0,000), „Kunden (..) leiden darunter“ (Chi-Quadrat=19,7, p=0,000) als signifikant unterschiedlich zwischen Männern und Frauen. Die beiden Gründe „musste meine Arbeit fertig kriegen“ (Chi-Quadrat=0,6, p=0,902) und „fürchtete Nachteile“ (Chi-Quadrat=5,1, p=0,163) unterscheiden sich nicht signifikant zwischen Männern und Frauen.

Abbildung 48: Präsentismus- und Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N (Männer/Frauen) ≥ 2.399/2.150

Gibt es einen Geschlechterunterschied beim Missbrauch der Lohnfortzahlung bzw. des Krankengeldes

Ein höherer Krankenstand von Frauen könnte auch dadurch zustande kommen, dass Frauen mehr Missbrauch von Lohnfortzahlung oder Krankengeld betrieben, dass sie sich also häufiger oder länger als Männer ohne Grund krank melden. An dieser Stelle sei angemerkt, dass zwar für einige der hier geprüften Fragen und Thesen theoretische Vorüberlegungen oder ein entsprechender Forschungsstand exisiert, für andere Fragen und Thesen jedoch nicht. Diese wurden der Vollständigkeit halber formuliert und der Prüfung unterzogen. Es gibt weder theoretisch noch aus Alltagswissen heraus einen Grund, Frauen vermehrt missbräuchlich AU-Meldungen zu unterstellen.

Im Ergebnis (Abbildung 49) zeigt sich in Bezug auf beide Geschlechter, dass der (selbst berichtete) Missbrauch von Krankmeldungen äußerst selten vorkommt. Sowohl Männer wie Frauen berichten zu sehr geringen Anteilen (0,6 Prozent bzw. 1,1 Prozent „trifft voll und ganz zu“), dass sie sich manchmal krank melden, weil sie einen freien Tag brauchen. Bezieht man die „trifft eher zu Antworten“ mit ein, handelt es sich um 2,6 Prozent der Männer bzw. 3,5 Prozent der Frauen. Demnach ist nur von einem sehr geringen Unterschied beim Missbrauch von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen zwischen Männern und Frauen auszugehen.[15]

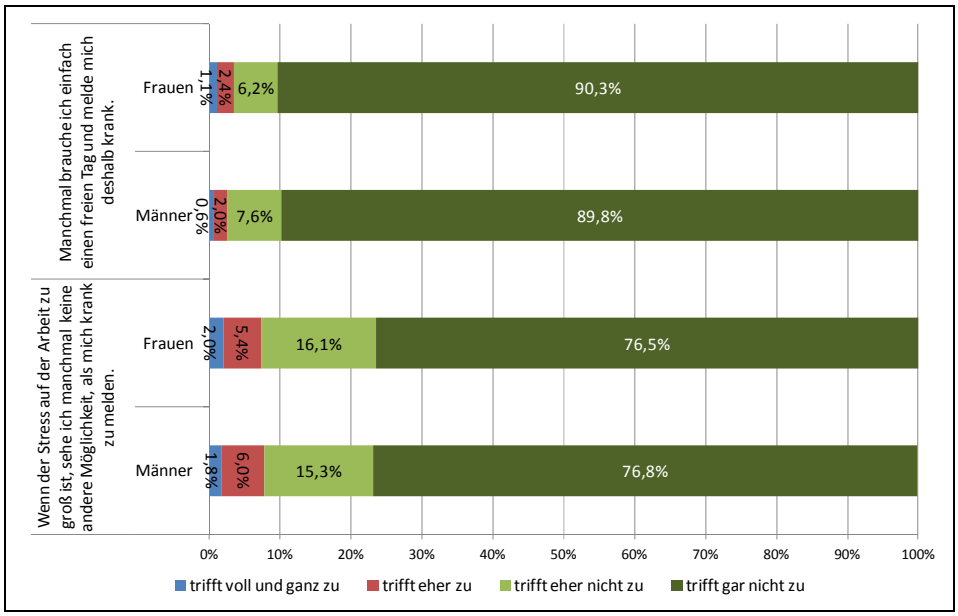
Weder Frauen noch Männer melden sich zu größeren Anteilen missbräuchlich krank.

Eine zweite Frage, die einen Missbrauch von Arbeitsunfähigkeit ermitteln soll, lautete: „Wenn der Stress auf der Arbeit zu groß ist, sehe ich manchmal keine andere Möglichkeit, als mich krank zu melden.“ Die Zustimmung zu dieser Aussage fällt bei beiden Geschlechtern etwas höher aus. Addiert man die „trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“

[15] Der Unterschied ist auf dem 5% Niveau signifikant (Chi Quadrat Test: Chi-Quadrat= 9,027; p= 0,029.

Antworten, geben 7,8 Prozent der Männer und 7,4 Prozent der Männer dies zu. Eine Geschlechterdifferenz zeigt sich hier nicht.[16]

Abbildung 49: Missbrauch von Krankmeldungen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Sind Frauen häufiger krankgeschrieben, weil sie im Falle von Krankheit ihrer Kinder häufiger als Männer sich nicht anders zu helfen wissen?

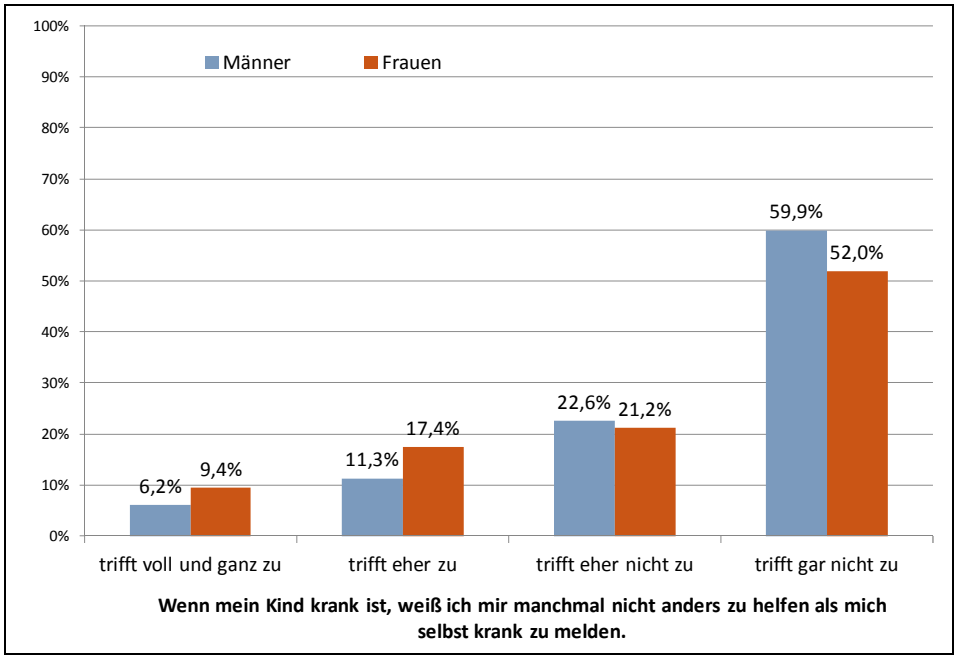
Da Frauen – auch wenn sie selbst erwerbstätig sind – in höherem Maße als Männer für die Versorgung der Kinder zuständig sind, ist zu prüfen, ob sie bei Krankheit der Kinder, insbesondere wenn die Kind-Krank-Tage aufgebraucht sind, sich nicht anders zu helfen wissen, als sich selbst krank zu melden. Dieser Sachverhalt wurde durch die Befragung abgefragt.

Tatsächlich geben sowohl Männer als auch Frauen an, sich manchmal selbst krank zu melden, wenn ihr Kind krank ist (Männer: 17,5 Prozent, Frauen: 26,8 Prozent). Frauen behelfen sich somit wesentlich öfter als Männer mit einer eigenen Arbeitsunfähigkeit im Falle von Krankheit der Kinder.[17]

[16] Der Unterschied ist auf dem 5% Niveau nicht signifikant (Chi Quadrat Test: Chi-Quadrat= 1,628; p= 0,653.

[17] Der Unterschied ist statistisch signifikant: Chi-Quadrat Test: Chi-Quadrat: 19,464; p=0,000.

Abbildung 50: Bei Krankheit der Kinder arbeitsunfähig melden nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Die Ergebnisse beziehen sich auf Befragte mit Kindern unter 18 Jahren im Haushalt. N (Männer/Frauen) = 771/754.

3.7 Betriebliche Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund der Geschlechterdifferenz im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Nicht nur Medizin, Versorgung und Gesundheitsberichterstattung wurden in den letzten Jahren aufgefordert, die Kategorie Geschlecht stärker zu berücksichtigen (für einen Überblick vgl. Kolip und Hurrelmann 2016), auch in Bezug auf die betriebliche Gesundheitsförderung wurden verstärkt Überlegungen angestellt, ob und wie auf die spezifischen Bedarfe von Männern und Frauen stärker Rücksicht genommen werden soll.

Solche Überlegungen werden unter den Stichwörtern „Gendersensible betriebliche Gesundheitsförderung“ (Ducki 2011), Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention (Lademann und Kolip 2008), Genderaspekte im Stress- und Ressourcenmanagement (Ducki und Kalytta 2014) oder Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung (Altgeld *et al.* 2010, Pirolt und Schauer 2005, Ritter *et al.* 2008) diskutiert.

„Gender Bias“ in Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung

Voraussetzung für eine geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung ist zunächst der Blick dafür, ob und wenn ja welche Geschlechterunterschiede zu berücksichtigen sind. In der Literatur hat sich hierfür der Begriff des „Gender Bias“ eingebürgert, also eine Nichtberücksichtigung der Geschlechterperspektive, die zu verzerrten Einschätzungen und Interpretationen führen kann (Eichler *et al.* 2000: 294).

Ein solcher Bias kann drei Ursachen haben. Erstens: Es wird Gleichheit von Männern und Frauen angenommen, wo diese nicht vorhanden ist. Man denke an Rehabilitationsverfahren für Männer und Frauen nach einem Herzinfarkt. Dort sind Krankheits- und Versorgungsverläufe von Männern und Frauen sehr unterschiedlich, dennoch gelten einheitliche Bewertungsmaßstäbe. Zweitens: Es wird Unterschiedlichkeit von Männern und Frauen angenommen, wo keine besteht. Drittens: Es werden Faktoren, die bei beiden Geschlechtern auftreten, jeweils anders bewertet (Eichler *et al.* 2000: 294).

Ein Beispiel für einen Genderbias führen (Lademann und Kolip 2008: 13) an: Die Art und Weise, wie in standardisierten Befragungen körperlicher Aktivität abgefragt wird, die häufig explizit Sport (wie in der in Abschnitt 0 zitierten RKI-Befragung) oder körperliche Aktivität („so dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten“) abfragen. Demgegenüber betonen die Autorinnen, dass Frauen zwar weniger Sport betreiben, sich deswegen aber nicht zwangsläufig weniger bewegen. Vielmehr legen sie z.B. Transportwege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück, verrichten Haus- und Gartenarbeit und gehen Aktivitäten mit Kindern nach, die mit Bewegung verbunden sind. „Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, die sich auf eine Erhöhung körperlicher Aktivität konzentrieren, müssen demnach dem unterschiedlichen Bewegungsverhalten von Frauen und Männern Rechnung tragen“ (Lademann und Kolip 2008: 13).

Wo beide Geschlechter die gleichen Bedürfnisse haben, sollen sie die gleichen Angebote bekommen.

Für Altgeld *et al.* (2010) bedeutet Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung demnach ein durchgängig geschlechtersensibles Vorgehen und die Herstellung von Chancengleichheit in zwei Dimensionen:

- Die horizontale Dimension: Wo beide Geschlechter gleiche Bedürfnisse haben, sollen sie die gleichen Angebote bekommen. Die Ist-Situation sei demgegenüber vielfach eine ge-

schlechterspezifische Fehlversorgung, Überversorgung und Unterversorgung.
- Die vertikale Dimension: Wo beide Geschlechter unterschiedliche Bedürfnisse haben, sollen sie geschlechtsspezifische Angebote bekommen. Dies bezieht sich v.a. auf die Gestaltung von Gesundheitsinformationen, Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Wo Männer und Frauen unterschiedliche Bedürfnisse haben, sollen sie geschlechtsspezifische Angebote bekommen.

Die Vermeidung eines Gender Bias, oder positiv formuliert, die Berücksichtigung der horizontalen und vertikalen Dimension von Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung, kann in allen Phasen des BGF-Prozesses eine Rolle spielen. Beispielsweise sieht der Verfahrensstandard für die betriebliche Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenversicherung vor, den BGF-Prozess über einen Kreislauf aus den Phasen Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation zu gestalten und zu steuern (GKV Spitzenverband 2014: 73). Dem voran geht die Vorbereitungsphase und der Aufbau von Strukturen, häufig schließt dies die Bildung eines Steuerkreises ein („Arbeitskreis Gesundheit"). Maßnahmen werden häufig partizipativ durch so genannte Gesundheitszirkel entworfen und geplant.

Man stelle sich vor, in einem Gesundheitszirkel sind überwiegend Frauen oder überwiegend Männer vertreten, und dieser entwickelt Maßnahmen, die für das jeweils andere Geschlecht unpassend sind (z.B. entspannungs- und reflexionsorientierte Angebote, die dann von Männern unzureichend angenommen werden oder stark wettbewerblich-sportliche Angebote, die von Frauen nicht gut bewertet werden).

Demnach ist bereits der Steuerkreis im Rahmen des BGF-Prozesses möglichst mit Frauen und Männern gleichermaßen zu besetzen und dieser im Hinblick auf Genderaspekte in der Gesundheitsförderung zu qualifizieren. Der Steuerkreis sollte prüfen, ob sich für Frauen und Männer unterschiedliche oder gemeinsame Projektziele definieren lassen und ob das Projekt einen Beitrag zu einer ggf. vorhandenen geschlechterbezogenen Ungleichheit leisten kann (Ducki 2011: 442). Zum Beispiel stellte sich in einer von Ducki aufgeführten Untersuchung heraus, dass Frauen bei gleichen Bürotätigkeiten über weniger Handlungsspielraum als Männer verfügten. Diese ungleiche Ressourcenverteilung galt es dann in einem entsprechenden Projekt abzubauen.

Eine geschlechtersensible Interventionsgestaltung führt dabei keineswegs zwangsläufig zu geschlechtergetrennten BGF-Maßnahmen: Wo sich herausstellt, dass beide Geschlechter die gleichen Bedürfnisse haben, sollten Männern und Frauen auch die gleichen Angebote unterbreitet werden. Dennoch kommt Ducki (2011: 491) zu dem Schluss, dass es „häufig die beste Lösung [ist], verschiedene Angebote zu machen und die Betroffenen selber wählen zu lassen."

Geschlechtersensible betriebliche Gesundheitsförderung aus Expertensicht

Die Expertinnen und Experten, die an der halbstandardisierten schriftlichen Befragung teilnahmen, wurden um Einschätzung gebeten, welche Angebote sich bei der betrieblichen Gesundheitsförderung jeweils für Männer und Frauen eignen, welche sich jeweils für Männer und Frauen nicht eignen und in Bezug auf welche Aspekte kein Geschlechterunterschied gemacht werden sollte.

Die Antworten hierzu sind in Tabelle 22 zusammengefasst.

Tabelle 22: Aspekte geschlechtergerechter betrieblicher Gesundheitsförderung gemäß Befragung von Expertinnen und Experten

Männer	Frauen
• Ansprache über körperlich orientierte Maßnahmen • Sport, Training, Leistung	• Ansprache über Entspannung und Entlastung
Themen: • Organisationsmanagement • Ernährung und Trinken • Sucht: Alkohol • Sport • Anti-Aggressionstraining • Umgang mit Konflikten	Themen: • Regeneration und Entspannung • Zeit-Management • Belastungsmanagement • Umgang mit Doppelbelastungen • Emotionale Bearbeitung von Belastungen • Stress- und Regenerationstechniken • Sucht: Medikamentenmissbrauch • Empowerment • Selbstsicherheitstraining • seelische/körperliche Ausgeglichenheit
Soziale Situation soll in den Blick genommen werden: • Männer tragen oft die Hauptverantwortung für das häusliche Einkommen.	Häusliche Situation muss in den Blick genommen werden: • Für Frauen sind Kleinigkeiten existentiell, wie z.B. Parkplätze beim Kindergarten.
	Bedürfnis von erwerbstätigen Müttern (zunehmend auch erwerbstätiger Väter): • Flexible Arbeitszeiten als Voraussetzung für Work-Life Balance
• Vorsorge muss bei Männern lustbetonten und spielerischen Charakter haben • Kurse, die Technik einschließen, Fitness, „Waschbrettfigur“, Wettbewerbe, Fahrradfahren, Bootfahren	• Für durch Mehrfach-Belastungen beanspruchte Frauen dürfen nicht neue anstrengende Aufgaben hinzukommen • Gesunde Ernährung, Fitness, Gymnastik, Yoga, Stressabbau

Didaktisch geschickt aufbereitete Gesundheitsinformationen, insbesondere zu • den Risiken männertypischen „Gesundheitsverhaltens“, • zu effektiveren Stressverarbeitungsstrategien sowie • zu männertypischen Krankheiten wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebserkrankungen, Alkoholismus und Depression.	Die spezifischen Belastungen von Frauen müssen im Einzelnen noch identifiziert werden: • Frauenberufe werden aus Sicht des Arbeitsschutzes im Vergleich zu Männerberufen nach wie vor als weniger gefährlich und belastend eingeschätzt.
Nicht geeignet für Männer: • Angebote, die mit hohem Maß an Selbstinspektion • moralisierende Vorträge • Kochkurse • Gruppenangebote mit Schwerpunkt Gespräch	Nicht geeignet für Frauen: • Angebote mit hohem kompetitiven Charakter
Für beide Geschlechter gleichermaßen: • Ansprechpartner für psychische Probleme (unabhängig vom normalen Betriebsarztgeschehen) Themen Mobbing, Bossing, Burnout, Boreout • Für beide Geschlechter: Edukation über Work-Life-Balance • Alle Angebote zum Umgang mit Stress. • Angebote außerhalb der Arbeitszeit schließen strukturell alle Personen aus, die nach Betriebsschluss Angehörige pflegen, Kinder versorgen etc.	

Quelle: Halbstandardisierte Befragung von Expertinnen und Experten

In einem Beitrag im Männergesundheitsbericht 2013 (Weißbach und Stiehler 2013) bespricht Stiehler (2013: 251f.) eine Reihe von Gesundheitsförderungsprojekten für Männer und kommt auf dieser Basis zu dem Schluss, dass erfolgreiche Projekte für Männer auf konkrete Problemlagen fokussieren sollten („keine von der Lebenswirklichkeit der angesprochenen Männer abgehobenen Angebote“) „Kurse, die sich ‚an den Mann an sich‘ wenden, haben wenig Chancen, akzeptiert zu werden.“

Auch Angebote an Männer, die eigentlich psychische Gesundheit im Fokus haben und zu fördern beabsichtigen, sollten zugleich Bereiche allgemeiner Gesundheit umfassen. Umgekehrt kreisen Projekte um körperliche Gesundheit zugleich um Themen wie Entspannung, Balance, Zufriedenheit. „Allein Themen psychischen Wohlbefindes entsprechen zu wenig dem Selbstverständnis der Männer“, so eine Expertenaussage. Die oben zusammengefasste Meinung der Expertinnen und Experten zu der „Körperlichkeit“, die Angebote an Männer aufweisen sollte, zielt in die gleiche Richtung, umso mehr als dass zumindest vereinzelt darauf hingewiesen wurde, dass auch körperliche Ansätze wie Bewegung geeignet sein könnten, auch die psychische Gesundheit zu verbessern.

Es kommt bei Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Männern darauf an, sie in ihrem Selbstverständnis zu bestätigen und die darin enthaltenen gesundheitsfördernden Ressourcen zu stärken. „Es

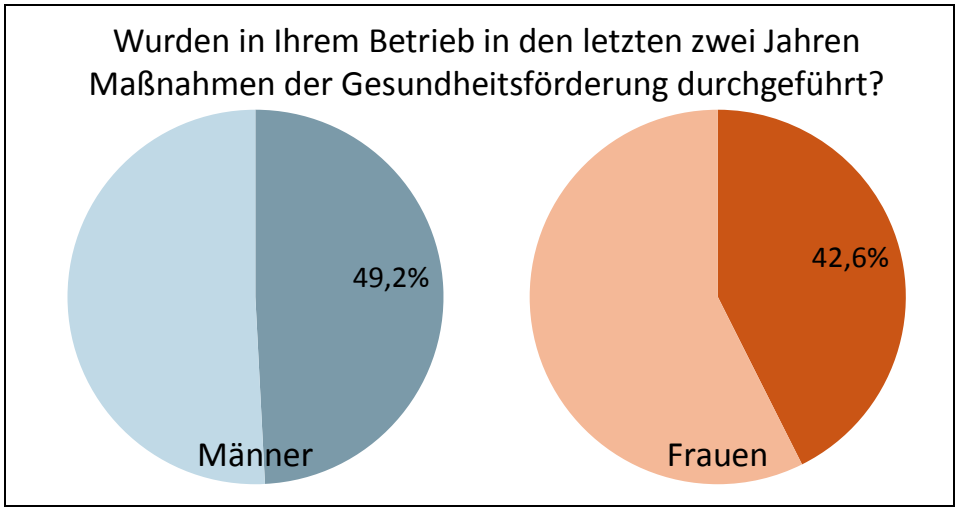
geht nicht um eine grundlegende Veränderung der Männer, sondern um die Erweiterung ihres Handlungsspielraums auf der Grundlage der bestehenden Möglichkeiten (Stiehler 2013: 251).

Geschlechtersensible betriebliche Gesundheitsförderung im Spiegel der Beschäftigtenbefragung

Eine Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), die in Hinblick auf die Kategorie Geschlecht zielgruppengerecht ist, müsste beide Geschlechter erreichen, solange feststeht, dass sowohl Männer als auch Frauen Bedarf an BGF haben und von der betriebliche Gesundheitsförderung profitieren können.

BGF war daher ein Gegenstand der standardisierten Beschäftigtenbefragung. Ermittelt wurde, wie hoch der Anteil der Beschäftigten ist, deren Betrieb in den letzten zwei Jahren Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt hat. Diese Anteile sind in Abbildung 51 dargestellt. Demnach arbeiten Männer zu etwas höheren Anteilen als Frauen bei Arbeitgebern, die in den letzten 2 Jahren BGF angeboten hatten (49,2 Prozent zu 42,6 Prozent).

Abbildung 51: Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Geschlecht

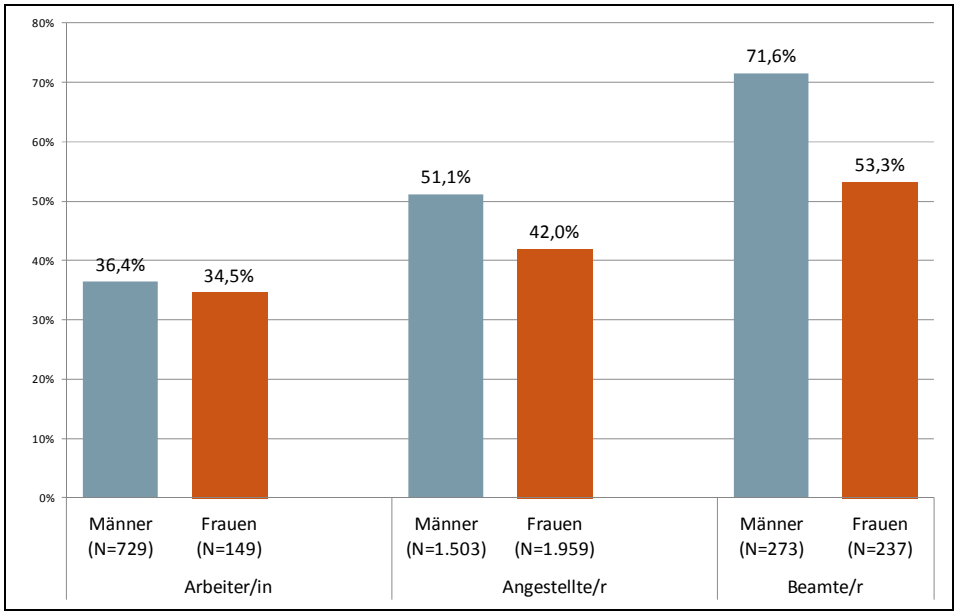


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N (Männer/Frauen) = 2.536/2.380

Frauen geben seltener als Männer an, dass ihr Arbeitgeber in den letzten zwei Jahren Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten hat.

Da Männer zu höheren Anteilen zu den Arbeitern, Frauen dagegen eher zu den Angestellten gehören (vgl. die soziodemografischen Angaben u.a. in Abbildung 32), ist dieser Befund nach beruflichen Statusgruppen zu stratifizieren, d.h. nach Arbeitern, Angestellten und Beamten getrennt auszuweisen (Abbildung 52). Demnach haben Arbeiterinnen fast so häufig wie Arbeiter einen Arbeitgeber, der BGF-Maßnahmen anbietet. Unter den Angestellten ist jedoch ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern zu konstatieren: Gut die Hälfte der männlichen Angestellten, aber nur etwas mehr als 42 Prozent der weiblichen Angestellten arbeiten bei einem Betrieb, der BGF-Maßnahmen anbietet. Unter den Beamten ist die Differenz nochmal deutlich größer: 71,6 Prozent der Beamten, aber nur 53,3 Prozent der Beamtinnen geben an, dass ihr Arbeitgeber Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den letzten zwei Jahren angeboten hat.

Abbildung 52: Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Geschlecht und beruflicher Statusgruppe

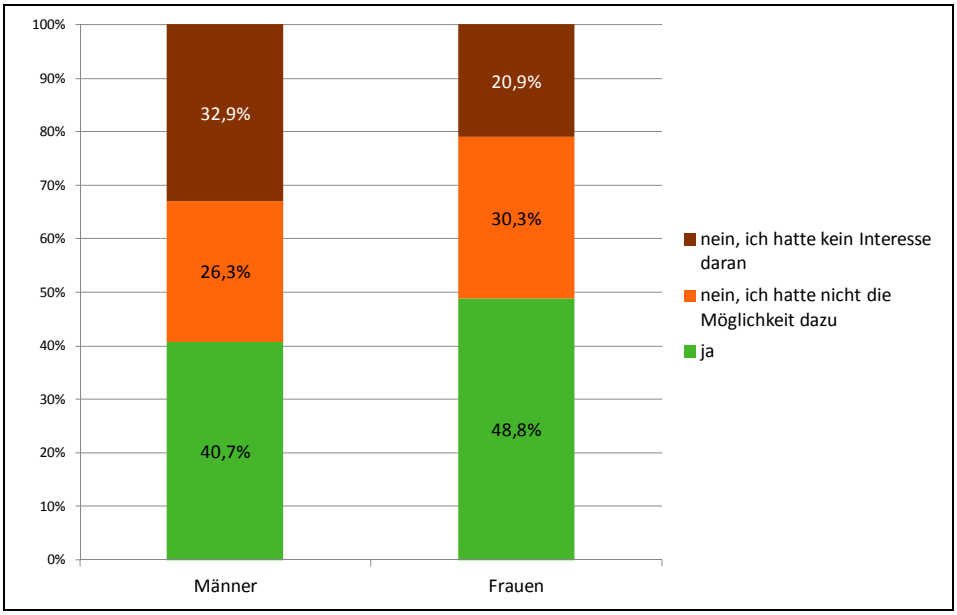


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Frauen nehmen häufiger an angebotenen BGF-Maßnahmen teil als Männer.

Befragte, deren Arbeitgeber BGF anbot, wurden gefragt, ob sie an diesen Maßnahmen teilnahmen. Es zeigt sich, dass Frauen häufiger an diesen Maßnahmen teilnehmen als Männer: 48,8 zu 40,7 Prozent (Abbildung 53). Sie geben aber ebenfalls häufiger an, dass sie nicht teilnehmen konnten (30,3 zu 26,3 Prozent). Dementsprechend geringer ist der Anteil der Frauen, die aus mangelndem eigenem Interesse nicht teilnahmen (20,9 Prozent gegenüber 32,9 Prozent bei Männern).

Abbildung 53: Teilnahme an im Betrieb vorhandenen BGF-Maßnahmen nach Geschlecht

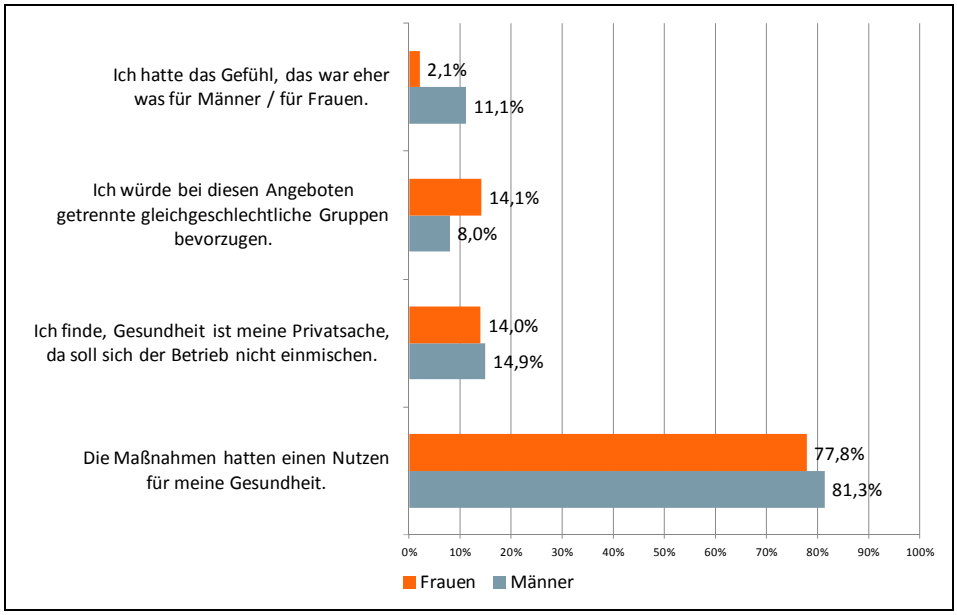


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Basis dieser Auswertung sind Befragte, in deren Betrieb BGF-Maßnahmen innerhalb der letzten zwei Jahre durchgeführt wurden. N (Männer/Frauen) = 1.238/1.000

Wie bewerten Beschäftigte solche Angebote? Die große Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist der Ansicht, dass diese Maßnahmen einen Nutzen für die eigene Gesundheit haben (81,3 Prozent der Männer und 77,8 Prozent der Frauen). Männer und Frauen unterscheiden sich bei dieser Bewertung kaum. Etwa jeder siebte Mann und jede siebte Frau ist der Ansicht, dass Gesundheit Privatsache ist und der Betrieb sich diesbezüglich nicht einmischen soll. Auch hinsichtlich dieser Bewertung haben Männer und Frauen demnach keine unterschiedlichen Ansichten (Abbildung 54).

In einer nicht zielgruppengerechten Maßnahme (zumindest hinsichtlich Geschlecht) sehen sich Frauen fast nicht: nur 2,1 Prozent der Frauen sagen über die in ihrem Betrieb angebotenen BGF-Maßnahmen, dass diese „eher was für Männer“ waren. Unter den Männern dagegen ist gut jeder Zehnte zu der Ansicht gekommen, dass die Angebote „eher was für Frauen“ waren. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch auch für die Männer, dass die große Mehrheit sich in einer zielgruppengerechten Maßnahme wiederfanden. Ein gewisser Teil der Männer und Frauen, deren Betriebe BGF-Angebote machen, wünschen sich getrennte gleichgeschlechtliche Gruppen: 14,1 Prozent der Frauen und 8,0 Prozent der Männer (Abbildung 54).

Abbildung 54: Bewertung von BGF-Maßnahmen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Basis der Auswertung der Aussage „Maßnahmen hatten Nutzen für meine Gesundheit“ sind Teilnehmerinnen und Teilnehmer von BGF-Maßnahmen. N (Männer/Frauen) = 495/473. Basis der anderen Aussagen sind Befragte, deren Betrieb BGF-Maßnahmen innerhalb der letzten zwei Jahre durchgeführt wurden. N (Männer/Frauen) ≥ 1.149/945.

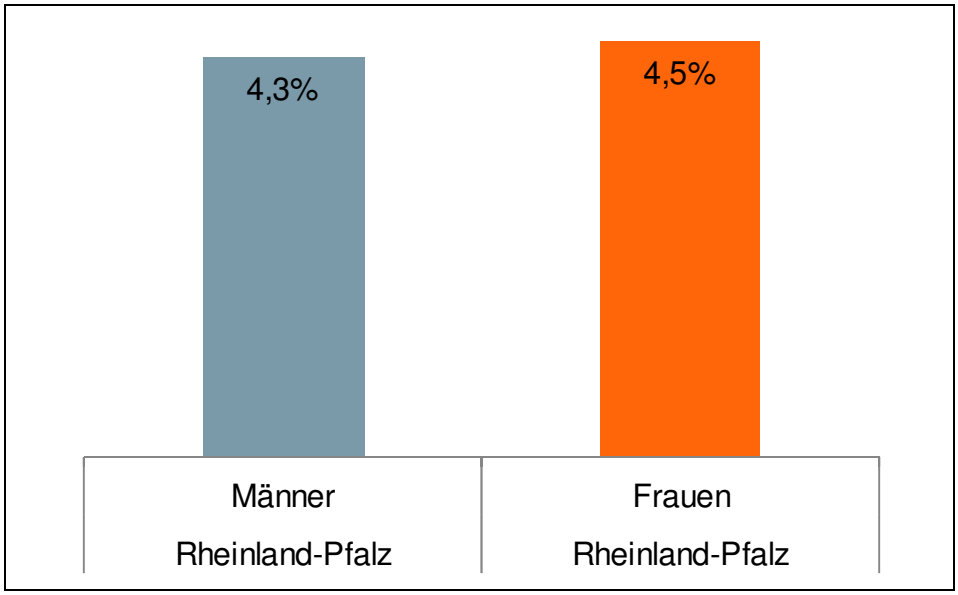
3.8 Schwerpunktthema für Rheinland-Pfalz

Vertiefende Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten für Männer und Frauen in Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz haben Frauen einen um 4 Prozent höheren Krankenstand als Männer

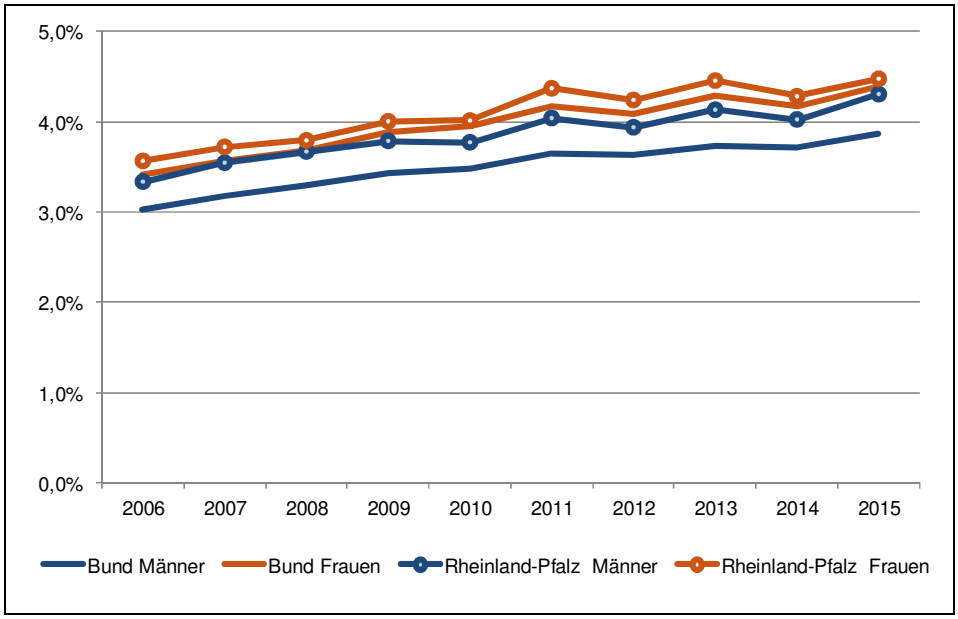
Das geschlechterdifferente Arbeitsunfähigkeitsgeschehen lässt sich auch für Rheinland-Pfalz konstatieren. Auch hier sind Frauen öfter (jedoch nicht länger) krankgeschrieben als Männer und haben daher mit 4,5 Prozent einen höheren Krankenstand als Männer (4,3 Prozent, vgl. Abbildung 55 und Tabelle 23). Die Analyse für die zurückliegenden 10 Jahre zeigt weiter: Wie im Bund gilt auch für Rheinland-Pfalz, dass es sich beim höheren Krankenstand der Frauen um ein zeitlich stabiles Phänomen handelt (Abbildung 56).

Abbildung 55: Krankenstand nach Geschlecht in Rheinland-Pfalz 2015



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 56: Krankenstand nach Geschlecht in Rheinland-Pfalz im Zeitverlauf



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2006 - 2015

Tabelle 23 können weitere Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in Rheinland-Pfalz aus Perspektive des Geschlechterunterschieds entnommen werden. Demnach beträgt der Geschlechterunterschied im Krankenstand in Rheinland-Pfalz 4 Prozent, ist somit also niedriger als im Bundesdurchschnitt (14 Prozent). Der Unterschied ist auf die Fallzahl zurückzuführen: Frauen sind in Rheinland-Pfalz um 10 Prozent häufiger krankgeschrieben als Männer.

Tabelle 23: Struktur des Krankenstands bei Männer und Frauen in Rheinland-Pfalz

	AU-Tage je 100 VS	**AU-Fälle** je 100 VS	**Betroffenenquote**	**Falldauer**
Männer Rheinland-Pfalz	1.571,1	122,9	50,0%	12,8
Frauen Rheinland-Pfalz	1.633,1	135,0	55,1%	12,1
Abweichung in Prozent (Frauen/Männer) Rheinland-Pfalz	**4%**	**10%**	**10%**	**-5%**
Männer (Bund)	1.410,7	115,8	47,5%	12,2
Frauen (Bund)	1.604,5	134,4	53,9%	11,9
Abweichung in Prozent (Frauen/Männer) (Bund)	**14%**	**16%**	**14%**	**-2%**

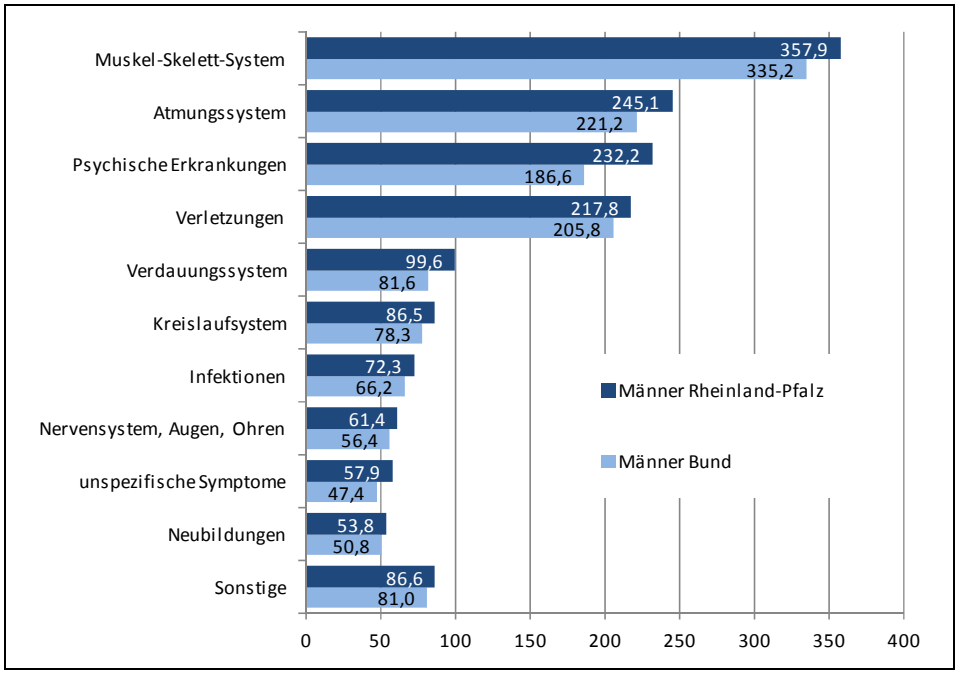
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Welche Arbeitsunfähigkeitsursachen erklären den Geschlechterunterschied im Krankenstand?

Abbildung 57 und Abbildung 58 zeigen, auf welche Arbeitsunfähigkeitsursachen sich der geschlechterdifferente Krankenstand in Rheinland-Pfalz zurückführen lässt. Demnach spielen Muskel-Skelett-Erkrankungen und Verletzungen bei Männern eine deutlich größere Rolle als bei Frauen. Jedoch, die meisten Diagnosen verursachen bei Frauen mehr Fehltage als bei Männern. In besonderem Maße gilt dies für Neubildungen und psychische Erkrankungen.

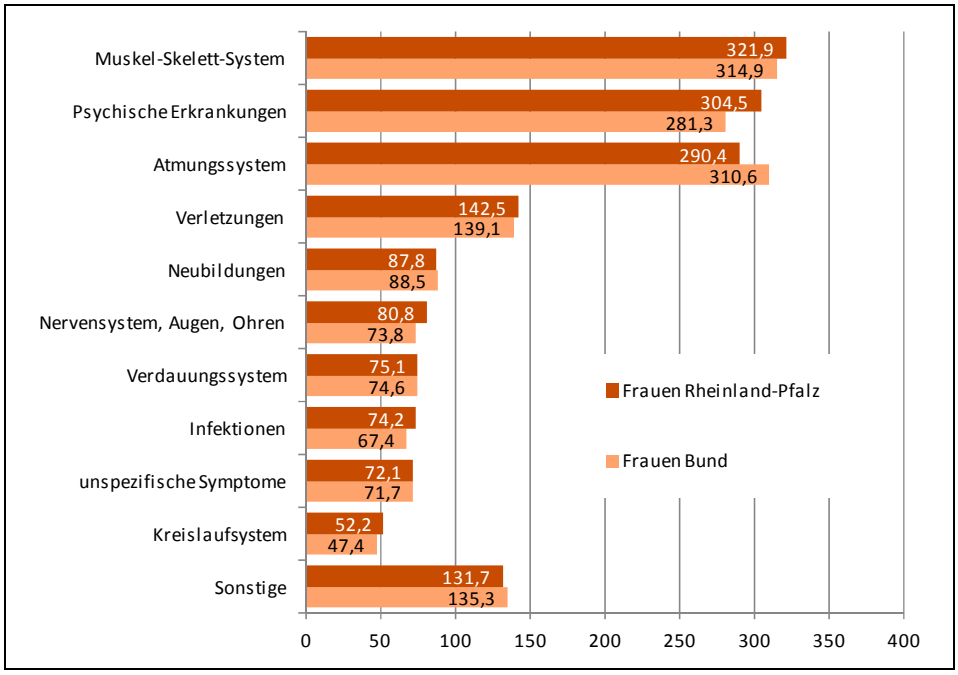
Die prozentualen Abweichungen für die genannten (und weitere Diagnosen) stellt Abbildung 59 dar.

Abbildung 57: Fehltage je 100 versicherte Männer nach Erkrankungsgruppen



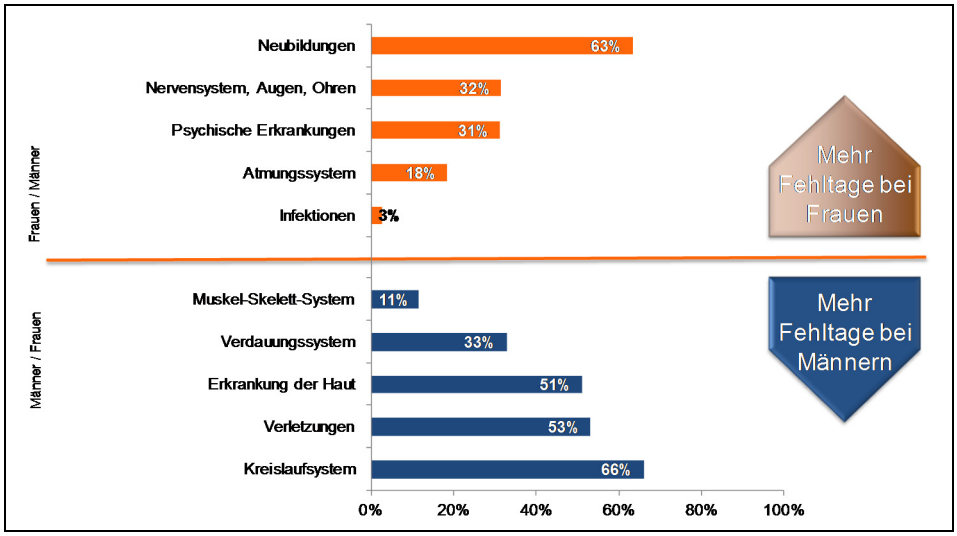
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 58: Fehltage je 100 versicherte Frauen nach Erkrankungsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 59: Prozentuale Abweichung im Krankenstand



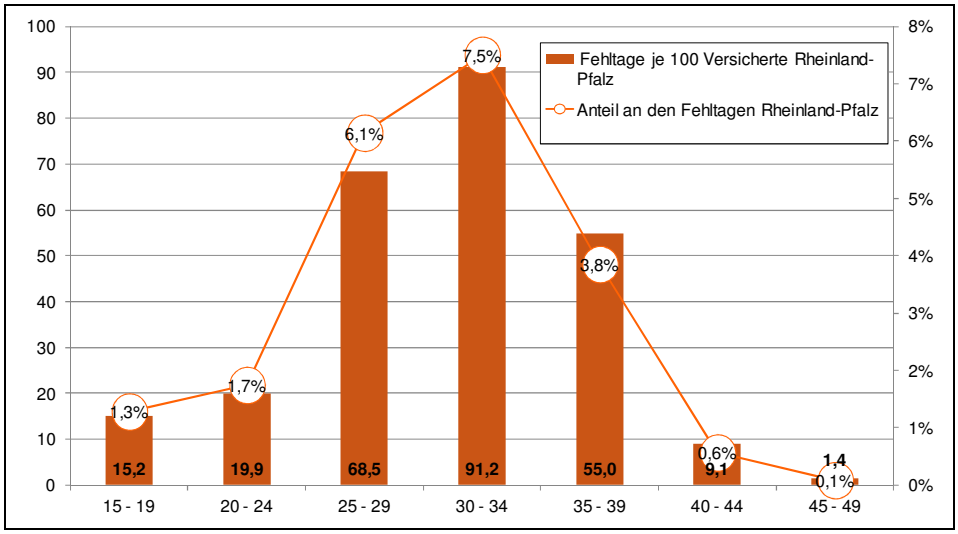
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Anteil von Schwangerschaftskomplikationen am Unterschied im Krankenstand von Männern und Frauen in Rheinland-Pfalz

Schwangerschaftskomplikationen erklären in jüngeren Altersgruppen einen großen Teil des Krankenstandsunter-schieds von Männern und Frauen

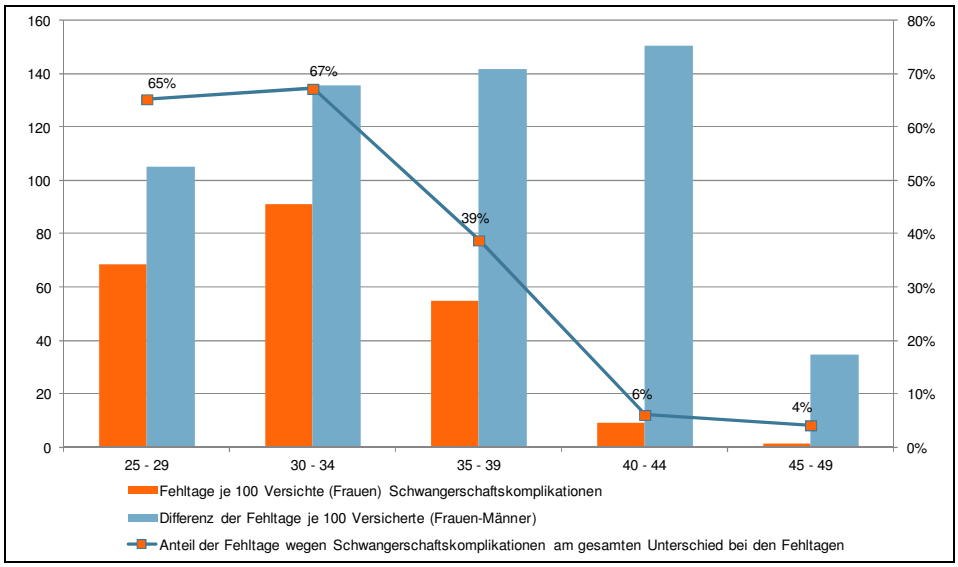
Für DAK-Versicherte im Bund konnte gezeigt werden, dass Schwangerschaftskomplikationen in jüngeren Altersgruppen einen gewissen Anteil am Krankenstand haben und einen großen Anteil der Geschlechterdifferenz erklären. Dies gilt auch für Rheinland-Pfalz. In der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen haben Schwangerschaftskomplikationen einen Anteil von 7,5 Prozent am Krankenstand, bei den 25- bis 29-Jährigen einen Anteil von 6,1 Prozent (Abbildung 60). Dementsprechend erklären Schwangerschaftskomplikationen in diesen Altersgruppen einen großen Teil des Unterschieds im Krankenstand zwischen Männern und Frauen. Bei den 25- bis 29-Jährigen und 30- bis 34-Jährigen erklären Schwangerschaftskomplikationen etwa 65 Prozent des Unterschieds (Abbildung 61).

Abbildung 60: Fehltage je 100 versicherte Frauen wegen Schwangerschaftskomplikationen in Rheinland-Pfalz



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 61: Anteil der Fehltage wegen Schwangerschaftskomplikationen am gesamten Unterschied im Krankenstand in Rheinland-Pfalz



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Verhalten im Krankheitsfall, Umgang mit und Einstellungen zur Krankmeldung bei Männer und Frauen in Rheinland-Pfalz

Männer suchen seltener einen Arzt auf als Frauen. Dies lässt sich den Behandlungsquoten und der durchschnittlichen Behandlungsfallzahl entnehmen, die für Rheinland-Pfalz in Tabelle 24 ausgewiesen sind. Selbst wenn Vorsorgeuntersuchungen, die bei Frauen mehr als bei Männern bereits in jüngeren Lebensaltern eine Rolle spielen, herausgerechnet werden, bleibt dieser Befund bestehen. Demnach suchen – Vorsorgeuntersuchungen und schwangerschaftsbedingte Behandlungen nicht berücksichtigt – pro Jahr etwa 86 Prozent der Männer, jedoch 94 Prozent der Frauen in Rheinland-Pfalz einmal oder öfter einen Arzt auf.

Tabelle 24: Behandlungsquote bei Männer und Frauen in Rheinland-Pfalz und im Bund

	Männer Rheinland-Pfalz	Frauen Rheinland-Pfalz	Männer Bund	Frauen Bund
Behandlungsquote	**85,7%**	**95,1%**	**84,1%**	**94,7%**
Behandlungsquote ohne Vorsorgeuntersuchungen	85,6%	94,6%	84,0%	94,1%
Behandlungsquote ohne Vorsorgeuntersuchungen und schwangerschaftsbedingte Behandlungen	85,6%	94,4%	84,0%	93,9%
Durchschn. Behandlungsfallzahl	**4,3**	**7,1**	**4,2**	**7,0**
Durchschn. Behandlungsfallzahl ohne Vorsorgeuntersuchungen	4,3	6,7	4,2	6,6
Durchschn. Behandlungsfallzahl ohne Vorsorgeuntersuchungen und schwangerschaftsbedingte Behandlungen	4,3	6,6	4,2	6,5

Quelle: Daten zur ambulaten Behandlung der DAK-Gesundheit 2015

Tabelle 25 zeigt die Behandlungsquoten für Rheinland-Pfalz nach Erkrankungsgruppen. Für alle hier ausgewiesenen Erkrankungen gehen Frauen zu einem höheren Anteil pro Jahr zum Arzt als Männer. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei Erkrankungen des Urogenitalsystems, Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie bei der Diagnose „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“. Z.B. gehen 14 Prozent der erwerbstätigen DAK-versicherten Männer, aber 64 Prozent der Frauen in Rheinland-Pfalz wegen einer Erkrankung des Urogenitalsystems zum Arzt.

Tabelle 25: Behandlungsquote nach Erkrankungsgruppen je Versichertem in 2014 Rheinland-Pfalz

Diagnosegruppe	Gesamt	Männer	Frauen	Differenz (Frauen-Männer) *)
Muskel-Skelett-System	55%	48%	59%	10,4
Atmungssystem	49%	45%	51%	6,3
Urogenitalsystem	44%	14%	64%	50,3
Nervensystem, Augen, Ohren	43%	35%	48%	12,8
Endokrine	43%	32%	50%	18,9
unspezifische Symptome	41%	31%	48%	16,3
Kreislaufsystem	37%	32%	40%	8,6
Psychische Erkrankungen	33%	25%	38%	13,5
Verdauungssystem	32%	30%	33%	3,6
Verletzungen	28%	26%	29%	2,5

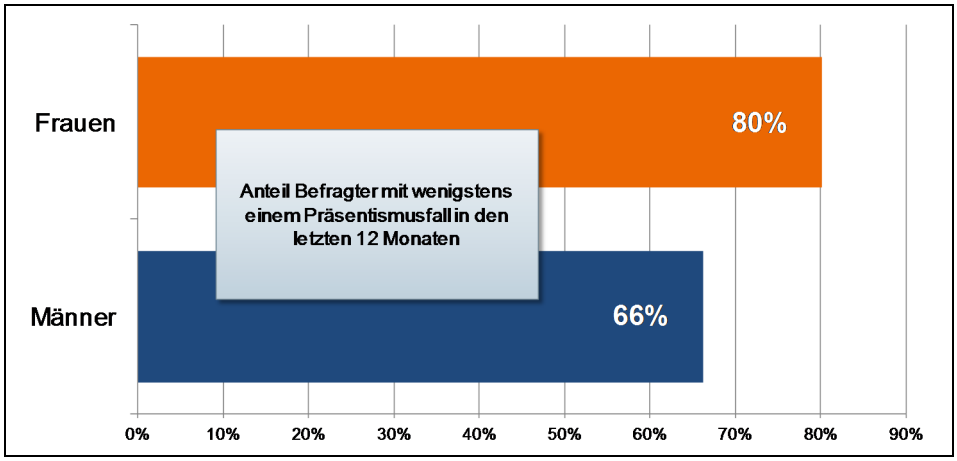
Quelle: Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2014. *) Prozentpunkte

Im Rahmen des DAK-Reports wurden neben den Routinedaten der DAK-Gesundheit auch eine standardisierte Befragung zum Thema Geschlechterunterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen analysiert (vgl. Abschnitt 3.6). Aus Rheinland-Pfalz liegen N=261 Befragte vor.

Ein Thema der Befragung war Präsentismus, der Fachbegriff für das Verhalten trotz Krankheit, die eine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würde, zur Arbeit zu gehen. In Rheinland-Pfalz ist (wie auch im Bund) Präsentismus verbreitet und wird von Frauen noch häufiger als von Männern betrieben. 80 Prozent der Frauen berichten von wenigstens einem Fall von Präsentismus (dass sie also wenigstens einmal krank zur Arbeit gegangen sind), Männer zu 66 Prozent (Abbildung 62).

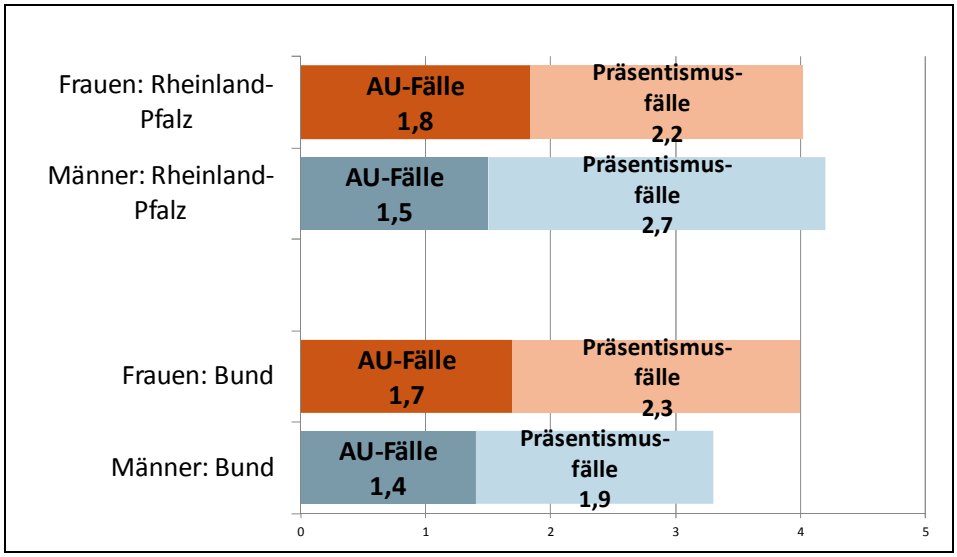
Während im Bundesdurchschnitt Frauen nicht nur häufiger arbeitsunfähig gemeldet sind, sondern auch häufiger krank zur Arbeit gehen („Präsentismusfälle“), gilt für Rheinland-Pfalz lediglich, dass Frauen zu einem höheren Anteil Präsentismus betreiben, nicht jedoch dass sie mehr Präsentismus-Fälle haben (Abbildung 63).

Abbildung 62: Anteil Befragter mit mindestens einem Fall von Präsentismus in Rheinland-Pfalz



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2015. N=261

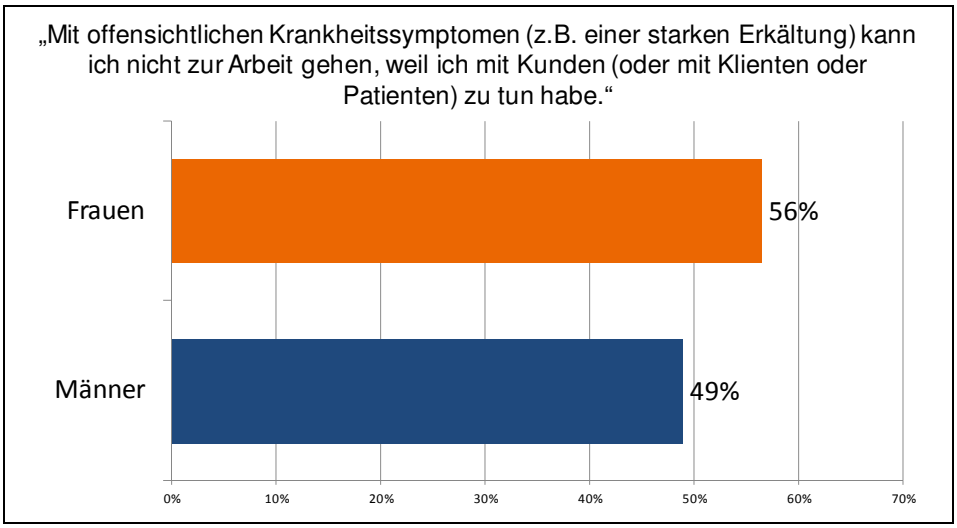
Abbildung 63: Zahl der Präsentismusfälle und der selbstberichteten AU-Fälle innerhalb eines Jahres



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2015. N = 261

Arbeiten Frauen häufiger in Berufen, in denen sie Kontakt mit Kunden, Klienten oder Patienten haben, und können deswegen nicht mit offensichtlichen Krankheitssymptomen zur Arbeit gehen? Dies konnte für die Beschäftigten auf Bundesebene festgestellt werden, der Unterschied in Rheinland-Pfalz ist diesbezüglich jedoch nur eher gering[18]: 56 Prozent der Frauen und 49 Prozent der Männer geben an, dass sie wegen Kunden- (oder Klienten-, Patientenkontakt) nicht mit offensichtlichen Krankheitssymptomen zur Arbeit gehen können. Zumindest in Rheinland-Pfalz leistet dieser Aspekt also keinen größeren Beitrag zur Erklärung des geschlechterdifferenten Arbeitsunfähigkeitsgeschehens.

Abbildung 64: Situation bei offensichtlichen Krankheitssymptomen für Männer und Frauen in Rheinland-Pfalz

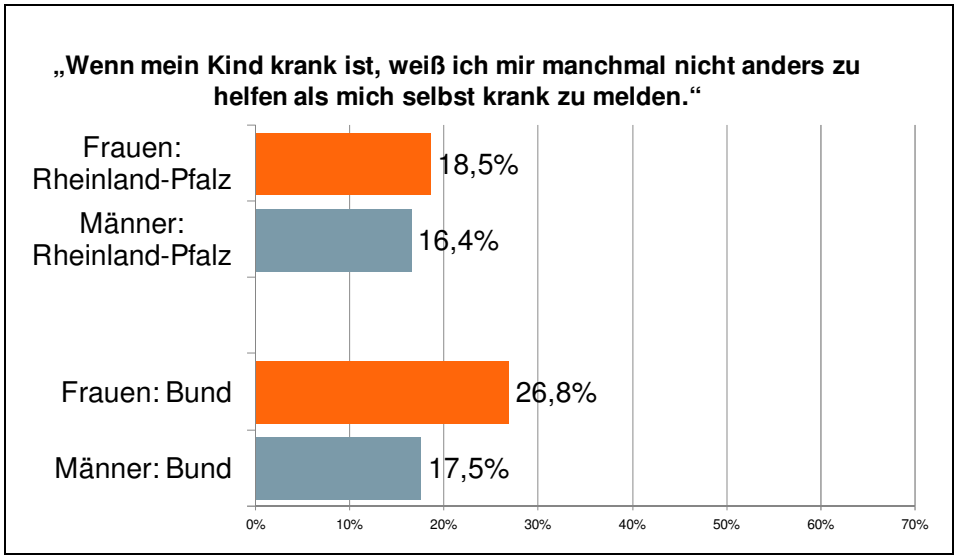


Quelle: Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N=261

Als weiterer Aspekt wurde geprüft, ob Frauen in Rheinland-Pfalz zu einem höheren Anteil als Männer angeben, dass sie sich im Falle der Krankheit ihrer Kinder nicht anders zu helfen wissen, als sich selbst krankzumelden. Wie Abbildung 65 zeigt, ist dies der Fall. Etwa 19 Prozent der Frauen (aber nur knapp 16 Prozent der Männer) stimmen der Aussage zu: Wenn mein Kind krank ist, weiß ich mir manchmal nicht anders zu helfen, als mich selbst krankzumelden". Dieser Befund kann ein Teil der Erklärung sein, warum Frauen einen höheren Krankenstand als Männer haben. Da die Datenbasis bei dieser Frage sehr klein ist (Basis sind nur Befragte, die mit Kindern unter 18 Jahren im Haushalt leben), sollte an dieser Stelle eher das Bundesergebnis auf Rheinland-Pfalz übertragen werden. Dieses unterstreicht den Befund deutlicher, dass Frauen sich bei Krankheit der Kinder häufiger als Männer nicht anders zu helfen wissen, als sich selbst krank zu melden.

[18] Und erweist sich im Chi Quadrat Test als nicht signifikant.

Abbildung 65: Eigene Krankmeldung bei Erkrankung des Kindes; Männer und Frauen in Rheinland-Pfalz



Quelle: Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Nur Befragte mit Kindern unter 18 Jahren im Haushalt. N=75

In Tabelle 26 bis Tabelle 29 sind weitere Daten im Zusammenhang gesundheitlicher Unterschiede von Männern und Frauen ausgewiesen.

Tabelle 26: Top 20 Behandlungsdiagnosen der Männer in Rheinland-Pfalz

Rang	Diagnose	Behand-lungsquote	Rang bei Frauen
1	Rückenschmerzen (M54)	24,3%	2
2	Essentielle (primäre) Hypertonie (I10)	23,3%	3
3	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atem-wege (J06)	16,6%	5
4	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78)	16,6%	9
5	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52)	12,2%	4
6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroen-teritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs (A09)	9,7%	25
7	Biomechanische Funktionsstörungen, anderen-orts nicht klassifiziert (M99)	8,7%	13
8	Vasomotorische und allergische Rhinopathie (J30)	8,3%	16
9	Akute Bronchitis (J20)	7,9%	29
10	Sonstige Bandscheibenschäden (M51)	7,7%	24
11	Adipositas (E66)	7,2%	18
12	Depressive Episode (F32)	7,1%	10
13	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert (M53)	6,9%	15
14	Asthma bronchiale (J45)	6,8%	27
15	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion (T14)	6,6%	42
16	Gastroösophageale Refluxkrankheit (K21)	6,6%	39
17	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeich-net (J40)	6,6%	36
18	Gastritis und Duodenitis (K29)	6,5%	32
19	Sonstige Krankheiten der Leber (K76)	6,5%	58
20	Spondylose (M47)	6,5%	21

Quelle: Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2014

Tabelle 27: Top 20 Behandlungsdiagnosen der Frauen in Rheinland-Pfalz

Rang	Diagnose	Behand-lungsquote	Rang bei Männern
1	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89)	34,3%	*
2	Rückenschmerzen (M54)	32,1%	1
3	Essentielle (primäre) Hypertonie (I10)	22,9%	2
4	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52)	19,2%	5
5	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (J06)	18,4%	3
6	Klimakterische Störungen (N95)	18,1%	*
7	Sonstige nichttoxische Struma (E04)	16,4%	37
8	Bauch- und Beckenschmerzen (R10)	16,0%	23
9	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78)	15,3%	4
10	Depressive Episode (F32)	14,4%	12
11	Somatoforme Störungen (F45)	13,4%	22
12	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus (N94)	13,2%	*
13	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert (M99)	12,3%	7
14	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation (N92)	12,1%	*
15	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert (M53)	12,0%	13
16	Vasomotorische und allergische Rhinopathie (J30)	11,2%	8
17	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	11,0%	31
18	Adipositas (E66)	10,6%	11
19	Sonstige Hypothyreose (E03)	10,2%	75
20	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva (N76)	10,0%	*

Quelle: Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2014; Anmerkung: * Diese Diagnosen sind bei Männern nicht vorhanden.

Tabelle 28 : Die 20 häufigsten Verordnungen bei Männern in Rheinland-Pfalz

	ATC	Bezeichnung	Verord.-quote Männer	Rang Frauen
1	J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	29,7%	1
2	M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	26,0%	2
3	C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	16,4%	6
4	A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	14,0%	4
5	C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	9,8%	7
6	N02	Analgetika	9,6%	5
7	R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	7,2%	10
8	C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	6,6%	19
9	H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	6,4%	12
10	N06	Psychoanaleptika	5,7%	9
11	S01	Ophthalmika*	5,6%	13
12	D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	5,5%	11
13	B01	Antithrombotische Mittel	5,5%	17
14	C08	Calciumkanalblocker	4,4%	21
15	H03	Schilddrüsentherapie	4,4%	3
16	A10	Antidiabetika	4,4%	25
17	R01	Rhinologika	3,7%	14
18	M04	Gichtmittel	3,0%	47
19	A03	Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen	2,9%	15
20	R05	Husten- und Erkältungspräparate	2,8%	18

Quelle: Verordnungsdaten DAK-Gesundheit 2014

Tabelle 29 : Die 20 häufigsten Verordnungen bei Frauen in Rheinland-Pfalz

	ATC	Bezeichnung	Verord.-quote Frauen	Rang Männer
1	J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	37,8%	1
2	M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	27,8%	2
3	H03	Schilddrüsentherapie	20,4%	15
4	A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	17,0%	4
5	N02	Analgetika	13,9%	7
6	C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	13,5%	3
7	C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	11,3%	5
8	G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	11,2%	46
9	N06	Psychoanaleptika	10,3%	10
10	R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	9,5%	8
11	D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	8,7%	12
12	H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	8,7%	9
13	S01	Ophthalmika*	8,0%	11
14	R01	Rhinologika	4,9%	17
15	A03	Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen	4,8%	18
16	N05	Psycholeptika	4,0%	22
17	B01	Antithrombotische Mittel	3,9%	13
18	R05	Husten- und Erkältungspräparate	3,9%	20
19	C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	3,6%	8
20	M03	Muskelrelaxanzien	3,4%	24

Quelle: Verordnungsdaten DAK-Gesundheit 2014

3.9 Zusammenfassung: Thesen zum Geschlechterunterschied im AU-Geschehen

Frauen sind häufiger krankgeschrieben als Männer. Oder umgekehrt formuliert: Männer sind seltener krankgeschrieben und mehr Männer als Frauen sind im Jahr kein einziges Mal krankgeschrieben. Insgesamt weisen Frauen deswegen mehr Arbeitsunfähigkeitstage auf als Männer. Der Krankenstandsunterschied ist vor allem auf die Krankheitsgruppen der psychischen Erkrankungen, der Erkrankungen des Atmungssystems, Neubildungen und Schwangerschaftskomplikationen zurückzuführen.

Keinesfalls ist es jedoch so, dass Männer über alle Krankheitsgruppen hinweg weniger Fehltage hätten. Sie weisen vielmehr mehr Fehltage als Frauen wegen Verletzungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems auf.

Den Analysen, die für die Fragestellungen bezüglich des geschlechterdifferenten AU-Geschehens unternommen wurden, lagen eine Reihe von Thesen zugrunde (vgl. Abschnitt 0). Während manche dieser Thesen sehr gut mit den vorhandenen Datenquellen geprüft werden konnten, ließen sich andere lediglich mit Hinweisen versehen. Entlang dieser Thesen werden im Folgenden die Ergebnisse des Gesundheitsreports zusammengefasst:

These 1: Frauen tragen eine höhere Morbiditätslast als Männer

Diese These ist selbstverständlich zu pauschal und verlangt nach Differenzierung: Dafür, dass ein Teil des Krankenstandsunterschieds zwischen Männern und Frauen auf tatsächlichen Morbiditätsunterschieden zwischen Männern und Frauen basiert, spricht die Betrachtung ausgewählter Krankheiten: Dass Frauen häufiger unter psychischen Erkrankungen leiden, wird durch bevölkerungsepidemiologische Untersuchungen bestätigt. Vor allem leiden sie häufiger unter (für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen höchst relevanten) Depressionen. Auch Neubildungen sind für Frauen im Erwerbsalter stärker von Bedeutung als für Männer, weil die für Frauen häufigste Krebserkrankung Brustkrebs in jüngeren Jahren auftritt als die für Männer relevanten Krebserkrankungen. Auch die Diagnose Schwangerschaftskomplikationen bildet offensichtliche geschlechterdifferente Beschwerden ab und spielt im AU-Geschehen in bestimmten Altersgruppen eine relevante Rolle. Zwar tragen bei bestimmten Diagnosen wie Verletzungen oder Herz-Kreislauferkrankungen Männer die größere Morbiditätslast, bei den meisten für das AU-Geschehen relevanten Krankheiten sind es dennoch die Frauen, die zu größeren Anteilen darunter leiden.

These 2: Frauen arbeiten häufiger als Männer in Branchen oder Berufen mit hohem Krankenstand

Es trifft zwar zunächst zu, dass Frauen häufig in Branchen mit einem hohen Krankenstand arbeiten, jedoch konnte dies als Ursache für den höheren Krankenstand der Frauen weitgehend ausgeschlossen werden. Erstens haben Frauen in den meisten Branchen und Berufen einen höheren Krankenstand als Männer, zweitens konnte mittels einer multivariaten Analyse unter Kontrolle von Branche (und weiteren Tätigkeitsmerkmalen) das Geschlecht als von anderen Merkmalen unabhängiger Einflussfaktor auf den Krankenstand bestätigt werden.

These 3: Frauen arbeiten häufiger in Branchen und Berufsgruppen mit hohem Krankenstand, d.h. in belastenderen Branchen und Berufen. Dies ist die eigentliche Ursache ihres höheren Krankenstands

Die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung, die für diesen Gesundheitsreport durchgeführt wurde zeigen für den Bund, dass es tatsächlich Frauen häufiger als Männern unmöglich ist, mit Krankheitssymptomen zur Arbeit zu gehen, weil sie Kundenkontakt haben. Gleichzeit gilt: Wer angibt, wegen Kundenkontakt nicht mit Krankheitssymptomen zur Arbeit gehen zu können, berichtet auch über mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle. Dies kann als eine gewisse Evidenz dafür gelten, dass Frauen mehr als Männer Tätigkeiten ausüben, in denen auch leichte Beschwerden eine Arbeitsunfähigkeit bedeuten.

These 4: Schwangerschaftskomplikationen tragen zum höheren Krankenstand der Frauen bei

Diese These konnte durch die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit klar bestätigt werden. Je nach Altersgruppe machen Schwangerschaftskompikationen fast sieben Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage aus und erklären bis zu 73 Prozent des Geschlechterunterschieds im Krankenstand. Über alle Altersgruppen hinweg erklären Schwangerschaftskomplikationen etwa 12 Prozent des Krankenstandsunterschieds zwischen Männern und Frauen.

These 5: Frauen gehen eher zum Arzt, Männer dagegen zögern den Arztbesuch eher heraus, m.a.W.: Frauen sorgen sich mehr um ihre Gesundheit

Die geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Männer im Vergleich zu Frauen ist in der Literatur vielfach beschrieben (vgl. die Ausführung in Abschnitt 3.5). Auch die Analyse der Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit im Rahmen dieses Reports unterstreicht dies. Ob dies allerdings ursächlich für einen höheren Krankenstand der Frauen ist, kann durch die Analysen nicht belegt werden. Es ist allerdings plausibel dies anzunehmen, zudem wird diese Annahme durch die Befragung der Expertinnen und Experten gestützt.

These 6: Männer haben einen niedrigeren Krankenstand als Frauen, weil sie häufiger krank zur Arbeit gehen, also so genannten Präsentismus betreiben.

Diese These trifft nicht zu. Es sind vielmehr die Frauen, die häufiger Präsentismus betreiben, also krank zur Arbeit gehen. Sie sind insgesamt mit mehr Krankheitsfällen konfrontiert, von denen ein Teil zu einer Krankmeldung führt, ein anderer Teil zu Präsentismusfällen.

These 7: Frauen melden sich häufiger krank als Männer, weil sie sich im Falle der Krankheit ihrer Kinder nicht anders zu helfen wissen

Zwar gibt es für den Fall der Krankheit der Kinder so genannte Kind-Krank-Tage (Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V), diese sind aber zum einen begrenzt, zweitens bedeutet es für Eltern u.U. zusätzlichen Aufwand, das entsprechende ärztliche Attest einzuholen. Tatsächlich geben Männer (rund 18 Prozent) wie Frauen (rund 27 Prozent) an, dass sie sich gelegentlich nicht anders zu helfen zu wissen, als sich im Falle der Krankheit des Kindes selbst krank zu melden – Frauen geben dies also deutlich häufiger an als Männer.

4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede

Der Krankenstand in Rheinland-Pfalz lag 2015 mit 4,4 Prozent über dem Niveau des bundesweiten Krankenstandes der DAK-Gesundheit von 4,1 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 (Abbildung 4) sind teilweise deutliche regionale Abweichungen zum Bundesdurchschnitt erkennbar: Insbesondere Brandenburg und Sachsen-Anhalt liegen im Jahr 2015 mit einem Krankenstand von 5,2 Prozent bzw. 5,1 Prozent deutlich über dem Wert von Baden-Württemberg der mit nur 3,5 Prozent deutlich unter dem Bundesdurchschnitt der DAK-Gesundheit 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 Versicherten in einem Bundesland deutlich von der Zusammensetzung der Versicherten bundesweit abweichen kann. Dies gilt zum einen für die Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht. Diese beiden Faktoren werden jedoch in allen DAK-Gesundheitsreporten 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 Krankenstandsniveau haben

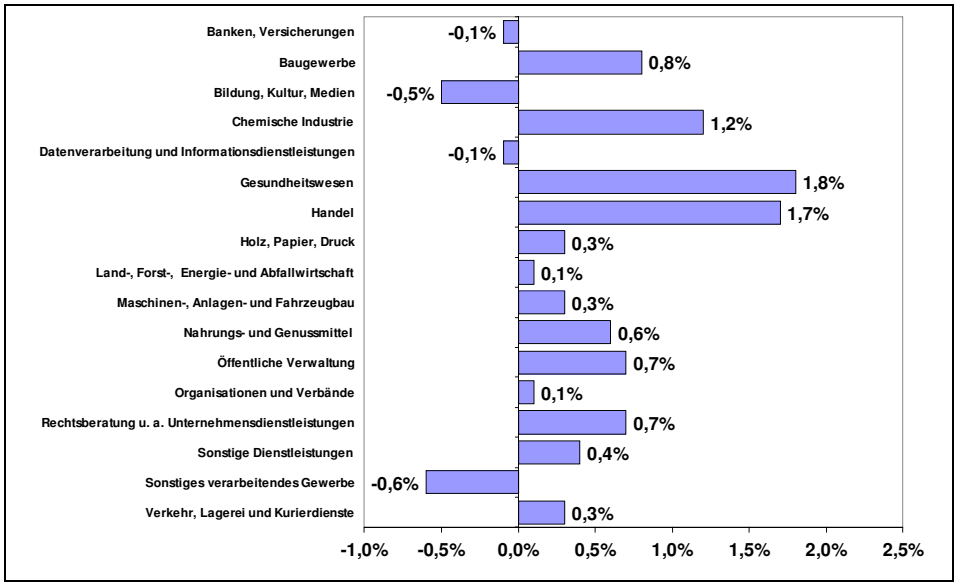
Beispielsweise zeigen die bundesweiten Zahlen der DAK-Gesundheit, dass Beschäftigte in Wirtschaftszweigen, wie etwa den Öffentlichen Verwaltungen oder dem Gesundheitswesen erheblich höhere Krankenstände haben als Beschäftigte, die bei Banken und Versicherungen oder in der Rechts- und Wirtschaftsberatung 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 Rheinland-Pfalz im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Zunächst stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Zusammensetzung der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Rheinland-Pfalz nach Wirtschaftsgruppen überhaupt nennenswert vom DAK-Gesundheit Bundesdurchschnitt abweicht. Abbildung 66 zeigt, welche Unterschiede zum Bundesdurchschnitt beim Anteil von Mitgliedern aus unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen bestehen.

Abbildung 66: Abweichungen in der Verteilung der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Rheinland-Pfalz auf Wirtschaftsgruppen 2015 vom DAK-Gesundheit Bundesdurchschnitt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

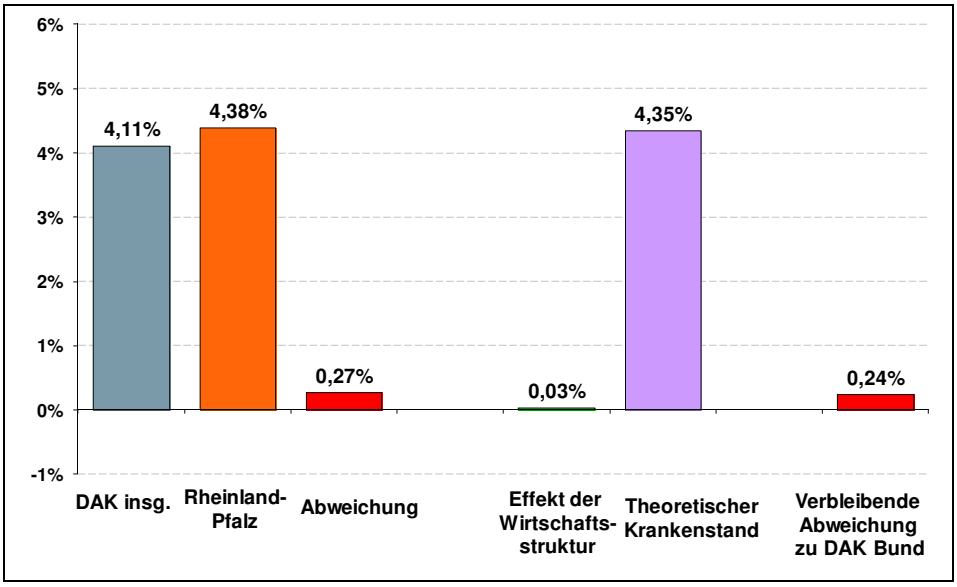
Die Zusammensetzung der Wirtschaftszweige, in denen die Mitglieder der DAK-Gesundheit in Rheinland-Pfalz beschäftigt waren, zeigt eine gegenüber der DAK-Gesundheit deutlich abweichende Struktur. Die Mitglieder der DAK-Gesundheit in Rheinland-Pfalz waren im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weniger häufig in den Wirtschaftsgruppen „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“, „Bildung, Kultur, Medien“ und „Banken, Versicherungen“ beschäftigt. Nennenswert häufiger waren sie demgegenüber in den Wirtschaftsgruppen „Gesundheitswesen“, „Handel“ und „Chemische Industrie“ tätig.

Angesichts der Vielzahl kleinerer und größerer Abweichungen in der Wirtschaftsstruktur des Bundeslandes Rheinland-Pfalz gegenüber dem DAK-Gesundheit 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 Rheinland-Pfalz

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

Abbildung 67: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Rheinland-Pfalz



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 67 zeigt den Krankenstandsunterschied zwischen Rheinland-Pfalz und dem Bund gesamt:

Der Krankenstand in Rheinland-Pfalz wird durch die Wirtschaftsstruktur beeinflusst

Der Krankenstand in Rheinland-Pfalz liegt um 0,27 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt. Der Effekt der Wirtschaftsstruktur in Rheinland-Pfalz beträgt 0,03 Prozentpunkte. Das bedeutet, dass 0,03 Prozentpunkte des Krankenstandes in Rheinland-Pfalz, durch eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ungünstigere Wirtschaftsstruktur bedingt sind.

Für einen fairen Vergleich muss der bereinigte Krankenstand in Höhe von 4,35 Prozent herangezogen werden

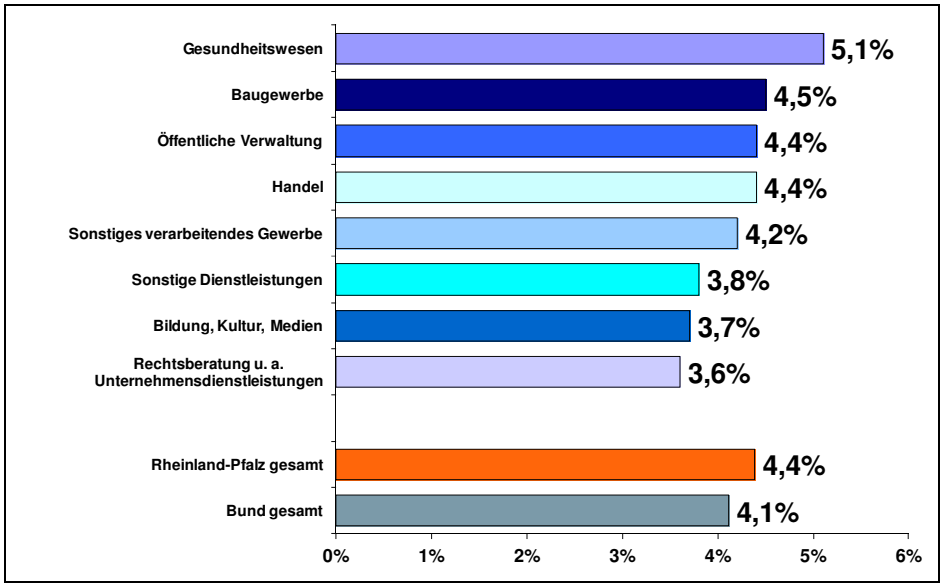
Dem Bundesdurchschnitt müsste man also den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur in Rheinland-Pfalz auf den Krankenstand in Rechnung stellen. Abbildung 67 zeigt den theoretischen Krankenstand, der sich ergibt, wenn man den Krankenstandswert um den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur bereinigt. Beim Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt wären theoretisch also 4,35 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 Rheinland-Pfalz dargestellt werden.

Abbildung 68 zeigt die Krankenstände der Branchen, in denen Mitglieder der DAK-Gesundheit in Rheinland-Pfalz wie auch bundesweit besonders stark vertreten sind. Abbildung 69 zeigt die Zahlen für die übrigen Wirtschaftsgruppen.

Abbildung 68: Krankenstandswerte 2015 in den Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von Mitgliedern der DAK-Gesundheit in Rheinland-Pfalz



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

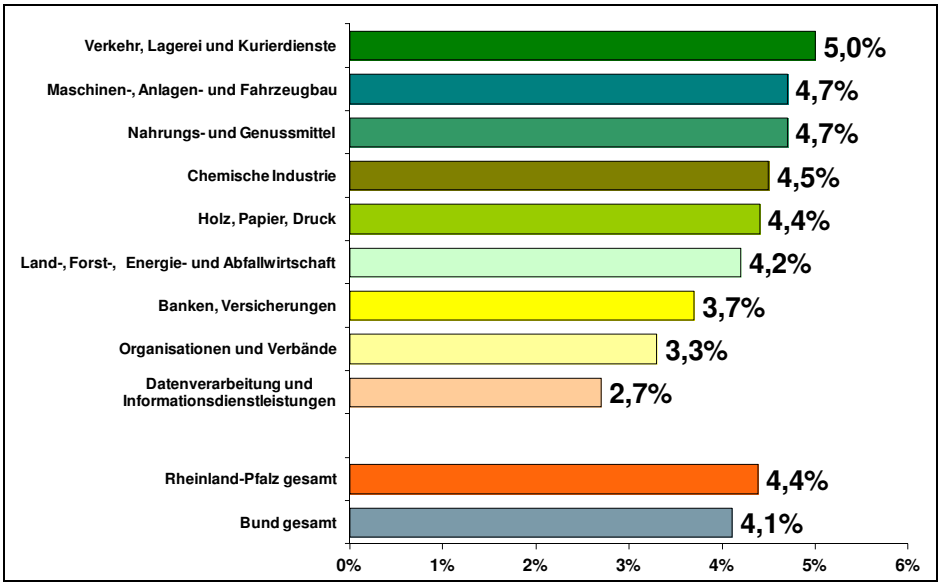
Wirtschaftsgruppe „Gesundheitswesen“ weist in Rheinland-Pfalz den höchsten Krankenstand auf

In Rheinland-Pfalz wies die Wirtschaftsgruppe „Gesundheitswesen“ mit 5,1 Prozent den höchsten Krankenstand unter den wichtigen Branchen auf, gefolgt von „Baugewerbe“ mit 4,5 Prozent. Beide Krankenstände lagen über dem Durchschnitt in Rheinland-Pfalz.

Unter dem Durchschnitt in Rheinland-Pfalz liegen dagegen die Branchen „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ mit 4,2 Prozent, „Sonstige Dienstleistungen“ mit 3,8 Prozent sowie „Bildung, Kultur und Medien“ und „Rechtsberatung u.a. Unternehmensdienstleistungen“ mit 3,7 Prozent bzw. 3,6 Prozent.

Der hohe Krankenstand in der Branche „Gesundheitswesen“ ist vor allem durch die erhöhte Falldauer verursacht; sie beträgt 14,4 Tage, während der Gesamtwert für Rheinland-Pfalz bei 12,5 Tagen liegt. Die Fallzahl in dieser Wirtschaftsgruppe liegt mit 129,8 AU-Fällen pro 100 Versicherte ebenfalls über dem Durchschnitt in Rheinland-Pfalz (128,5 AU-Fälle pro 100 Versicherte).

Abbildung 69: Krankenstandswerte 2015 in den übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Bei den übrigen Wirtschaftsgruppen lagen „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste", „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau", „Nahrungs- und Genussmittel“ und „Chemische Industrie“ über dem durchschnittlichen Krankenstand in Rheinland-Pfalz. 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 2016 für Rheinland-Pfalz setzt die DAK-Gesundheit ihre jährliche Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit fort. Insgesamt kann die Entwicklung des Krankheitsgeschehens der Versicherten der DAK-Gesundheit von über 15 Jahren betrachtet werden. Für das Jahr 2015 wird folgende Bilanz gezogen:

Der für Rheinland-Pfalz registrierte Krankenstand liegt mit 4,4 Prozent über dem Bundesdurchschnitt

- Rheinland-Pfalz liegt mit 4,4 Prozent über dem bundesweit von der DAK-Gesundheit beobachteten Wert. 2015 ist der Krankenstand gegenüber dem Vorjahr gestiegen.
- Bereinigt man diesen Wert um den Effekt der Wirtschaftsstruktur, ergibt sich ein Krankenstand in Höhe von 4,35 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 2016 für das Bundesland Rheinland-Pfalz 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.

Fokus „Gender und Gesundheit“

Unter dem Titel „Gender und Gesundheit“ betrachtete das diesjährige Schwerpunktthema das unterschiedliche Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen. Aspekte hierbei waren unterschiedliche Diagnosen, die bei Männern und Frauen zu einer unterschiedlichen Zahl von Fehltagen führen, aber auch ein geschlechterdifferenter Umgang mit Krankheit, Krankmeldung und Präsentismus. Hierzu findet sich die Zusammenfassung am Ende des Schwerpunktthemas in Abschnitt 3.7.

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit in Rheinland-Pfalz 2015

Datenbasis: alle in Rheinland-Pfalz lebenden erwerbstätigen Personen, die 2015 Mitglied der DAK-Gesundheit waren.

Der Gesundheitsreport berücksichtigt in Rheinland-Pfalz lebende Personen, die im Jahr 2015 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 Rheinland-Pfalz umfasst rund 158.900 DAK-Mitglieder, die sich zu 57,6 Prozent aus Frauen und zu 42,4 Prozent aus Männern zusammensetzen. Die DAK-Gesundheit versichert auch in Rheinland-Pfalz 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 Rheinland-Pfalz waren das ganze Jahr über bei der DAK-Gesundheit versichert. Rechnet man die rund 158.900 Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder” um, ergeben sich für das Jahr 2015 etwa 143.200 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 2015 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 Ergebnissen der DAK-Gesundheit 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.

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 Rheinland-Pfalz für die Berichtsjahre 2014 und 2015 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 2015: DAK-Bund und Rheinland-Pfalz 120

Tabelle A2: Die wichtigsten Krankheitsarten 2014: DAK-Bund und Rheinland-Pfalz 121

Tabelle A3: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2015: DAK-Bund und Rheinland-Pfalz 122

Tabelle A4: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2014: DAK-Bund und Rheinland-Pfalz 123

Tabelle A1: Die wichtigsten Krankheitsarten 2015: DAK-Gesundheit bundesweit und Rheinland-Pfalz

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre AU-Tage	AU-Fälle	∅ Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken-stand
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Bund	69,7	13,0	5,4	4,6%
		Rheinland-Pfalz	73,2	13,8	5,3	4,6%
C00-D48	Neubildungen	Bund	68,2	1,8	38,8	4,5%
		Rheinland-Pfalz	69,4	1,7	40,6	4,3%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Bund	243,7	6,9	35,5	16,2%
		Rheinland-Pfalz	265,5	7,1	37,3	16,6%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Bund	63,5	5,9	10,8	4,2%
		Rheinland-Pfalz	70,3	6,0	11,7	4,4%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Bund	64,1	3,0	21,2	4,3%
		Rheinland-Pfalz	70,7	3,1	22,7	4,4%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Bund	248,9	38,3	6,5	16,6%
		Rheinland-Pfalz	266,0	40,2	6,6	16,6%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Bund	78,4	12,9	6,1	5,2%
		Rheinland-Pfalz	88,3	12,6	7,0	5,5%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Bund	325,9	17,8	18,3	21,7%
		Rheinland-Pfalz	341,3	18,1	18,8	21,3%
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	Bund	24,8	2,8	8,8	1,7%
		Rheinland-Pfalz	28,2	2,9	9,8	1,8%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Bund	56,6	7,7	7,4	3,8%
		Rheinland-Pfalz	64,5	8,2	7,9	4,0%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Bund	175,1	9,1	19,3	11,7%
		Rheinland-Pfalz	183,1	9,5	19,3	11,4%
A00-Z99	Gesamt	Bund	1.500,0	124,4	12,1	100,0%
		Rheinland-Pfalz	1.599,6	128,5	12,5	100,0%

Tabelle A2: Die wichtigsten Krankheitsarten 2014: DAK-Gesundheit bundesweit und Rheinland-Pfalz

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre AU-Tage	AU-Fälle	∅ Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken-stand
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Bund	61,3	11,6	5,3	4,3%
		Rheinland-Pfalz	66,7	12,3	5,4	4,4%
C00-D48	Neubildungen	Bund	68,4	1,8	38,4	4,8%
		Rheinland-Pfalz	73,6	1,7	42,7	4,9%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Bund	237,3	6,8	35,1	16,6%
		Rheinland-Pfalz	256,8	7,1	36,3	17,0%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Bund	61,9	5,9	10,5	4,3%
		Rheinland-Pfalz	66,5	6,0	11,1	4,4%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Bund	63,4	3,0	20,9	4,4%
		Rheinland-Pfalz	73,2	3,1	23,5	4,8%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Bund	195,7	31,3	6,3	13,7%
		Rheinland-Pfalz	207,2	32,9	6,3	13,7%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Bund	79,0	12,9	6,1	5,5%
		Rheinland-Pfalz	85,9	12,4	6,9	5,7%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Bund	324,9	18,1	18,0	22,7%
		Rheinland-Pfalz	339,6	18,7	18,1	22,5%
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	Bund	24,8	2,8	8,9	1,7%
		Rheinland-Pfalz	28,7	2,8	10,2	1,9%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Bund	54,5	7,3	7,5	3,8%
		Rheinland-Pfalz	57,9	7,6	7,6	3,8%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Bund	174,9	9,2	19,0	12,2%
		Rheinland-Pfalz	175,5	9,3	18,9	11,6%
A00-Z99	Gesamt	Bund	1.431,4	116,0	12,3	100,0%
		Rheinland-Pfalz	1.511,9	119,3	12,7	100,0%

Tabelle A3: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2015: DAK-Gesundheit bundesweit und Rheinland-Pfalz

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		∅ Tage je AU-Fall	Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (64 - 66)	Bund	1.224,4	117,0	10,5	3,4%
	Rheinland-Pfalz	1.358,7	125,5	10,8	3,7%
Baugewerbe (41 - 43)	Bund	1.434,8	111,8	12,8	3,9%
	Rheinland-Pfalz	1.646,5	113,5	14,5	4,5%
Bildung, Kultur, Medien (58 - 60, 72, 73, 85, 90 - 93)	Bund	1.244,4	117,1	10,6	3,4%
	Rheinland-Pfalz	1.356,3	124,4	10,9	3,7%
Chemische Industrie (19 - 22)	Bund	1.555,0	139,2	11,2	4,3%
	Rheinland-Pfalz	1.657,2	135,6	12,2	4,5%
Datenverarbeitung, Informationsdienstleistungen (61 - 63)	Bund	1.070,8	106,9	10,0	2,9%
	Rheinland-Pfalz	981,5	104,3	9,4	2,7%
Gesundheitswesen (75, 86 - 88)	Bund	1.697,9	129,5	13,1	4,7%
	Rheinland-Pfalz	1.863,2	129,8	14,4	5,1%
Handel (45 - 47)	Bund	1.443,2	113,0	12,8	4,0%
	Rheinland-Pfalz	1.589,5	116,3	13,7	4,4%
Holz, Papier, Druck (16 - 18)	Bund	1.522,1	129,1	11,8	4,2%
	Rheinland-Pfalz	1.613,5	122,8	13,1	4,4%
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01 - 03, 05 - 09, 35 - 39)	Bund	1.514,5	125,6	12,1	4,1%
	Rheinland-Pfalz	1.524,6	121,8	12,5	4,2%
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28 - 30)	Bund	1.444,3	133,4	10,8	4,0%
	Rheinland-Pfalz	1.712,7	137,1	12,5	4,7%
Nahrungs- und Genussmittel (10 - 12)	Bund	1.605,1	114,2	14,1	4,4%
	Rheinland-Pfalz	1.700,5	111,0	15,3	4,7%
Öffentliche Verwaltung (84)	Bund	1.575,1	135,0	11,7	4,3%
	Rheinland-Pfalz	1.617,8	136,2	11,9	4,4%
Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen (94, 97)	Bund	1.239,8	114,8	10,8	3,4%
	Rheinland-Pfalz	1.205,5	129,7	9,3	3,3%
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleitungen (69 - 71, 74, 78, 80)	Bund	1.221,0	116,4	10,5	3,3%
	Rheinland-Pfalz	1.313,1	123,2	10,7	3,6%
Sonst. Dienstleistungen (37 - 39, 55, 56, 68, 77, 79, 81, 82, 96)	Bund	1.400,5	107,3	13,0	3,8%
	Rheinland-Pfalz	1.392,9	103,9	13,4	3,8%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13 - 15, 23 - 27, 31 - 33, 95)	Bund	1.486,1	132,8	11,2	4,1%
	Rheinland-Pfalz	1.540,3	129,8	11,9	4,2%
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49 - 53)	Bund	1.711,2	126,9	13,5	4,7%
	Rheinland-Pfalz	1.809,0	122,9	14,7	5,0%

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

Tabelle A4: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2014: DAK-Gesundheit bundesweit und Rheinland-Pfalz

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		∅ Tage je AU-Fall	Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (64 - 66)	Bund	1.141,0	108,5	10,5	3,1%
	Rheinland-Pfalz	1.240,5	112,5	11,0	3,4%
Baugewerbe (41 - 43)	Bund	1.384,3	107,1	12,9	3,8%
	Rheinland-Pfalz	1.464,3	107,7	13,6	4,0%
Bildung, Kultur, Medien (58 - 60, 72, 73, 85, 90 - 93)	Bund	1.091,1	101,2	10,8	3,0%
	Rheinland-Pfalz	1.243,4	108,0	11,5	3,4%
Chemische Industrie (19 - 22)	Bund	1.442,6	128,0	11,3	4,0%
	Rheinland-Pfalz	1.456,9	122,0	11,9	4,0%
Datenverarbeitung, Informationsdienstleistungen (61 - 63)	Bund	1.080,5	100,2	10,8	3,0%
	Rheinland-Pfalz	1.119,2	96,9	11,6	3,1%
Gesundheitswesen (75, 86 - 88)	Bund	1.642,1	120,2	13,7	4,5%
	Rheinland-Pfalz	1.746,7	122,1	14,3	4,8%
Handel (45 - 47)	Bund	1.371,4	104,8	13,1	3,8%
	Rheinland-Pfalz	1.531,0	105,5	14,5	4,2%
Holz, Papier, Druck (16 - 18)	Bund	1.419,3	117,8	12,0	3,9%
	Rheinland-Pfalz	1.330,2	115,2	11,5	3,6%
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01 - 03, 05 - 09, 35 - 39)	Bund	1.495,1	116,6	12,8	4,1%
	Rheinland-Pfalz	1.316,2	109,1	12,1	3,6%
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28 - 30)	Bund	1.330,8	122,3	10,9	3,6%
	Rheinland-Pfalz	1.480,2	124,3	11,9	4,1%
Nahrungs- und Genussmittel (10 - 12)	Bund	1.577,2	109,4	14,4	4,3%
	Rheinland-Pfalz	1.379,8	98,8	14,0	3,8%
Öffentliche Verwaltung (84)	Bund	1.628,7	136,6	11,9	4,5%
	Rheinland-Pfalz	1.624,4	135,4	12,0	4,5%
Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen (94, 97)	Bund	1.202,7	108,9	11,0	3,3%
	Rheinland-Pfalz	1.251,2	118,3	10,6	3,4%
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleitungen (69 - 71, 74, 78, 80)	Bund	1.142,6	109,1	10,5	3,1%
	Rheinland-Pfalz	1.156,4	112,9	10,2	3,2%
Sonst. Dienstleistungen (37 - 39, 55, 56, 68, 77, 79, 81, 82, 96)	Bund	1.349,8	103,0	13,1	3,7%
	Rheinland-Pfalz	1.285,0	100,1	12,8	3,5%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13 - 15, 23 - 27, 31 - 33, 95)	Bund	1.402,2	122,2	11,5	3,8%
	Rheinland-Pfalz	1.454,3	119,1	12,2	4,0%
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49 - 53)	Bund	1.660,3	119,8	13,9	4,5%
	Rheinland-Pfalz	1.813,0	113,4	16,0	5,0%

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

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Krankenstand: Rheinland-Pfalz im Vergleich zum Bund 8
Abbildung 2: Anzahl der Erkrankungsfälle: Rheinland-Pfalz im Vergleich zum Bund 9
Abbildung 3: Dauer einer durchschnittlichen Erkrankung: Rheinland-Pfalz im Vergleich zum Bund 9
Abbildung 4: Krankenstandswerte 2014 - 2015 nach Bundesländern 10
Abbildung 5: Krankenstand 2015 nach Geschlecht und zehn Altersgruppen in Rheinland-Pfalz 11
Abbildung 6: Anteile der 10 wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen 12
Abbildung 7: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Krankheitsarten 13
Abbildung 8: Dem Schwerpunktthema zugrunde liegende Datenquellen 17
Abbildung 9: Krankenstand und AU-Fälle je 100 Versicherte nach Geschlecht (2000 bis 2015) 20
Abbildung 10: Betroffenenquote und durchschnittliche Falldauer nach Geschlecht (2000 bis 2015) 21
Abbildung 11: Krankenstand und AU-Fälle nach Geschlecht und Alter (2015) 22
Abbildung 12: Betroffenenquote und Falldauer nach Geschlecht und Alter (2015) 23
Abbildung 13: AU-Tage je 100 Versicherte nach Krankheitsart und Geschlecht (2015) .. 24
Abbildung 14: Differenz der AU-Tage je 100 Versicherte nach Krankheitsart und Geschlecht (2015) 25
Abbildung 15: Top 10 Einzeldiagnosen der AU-Tage je 100 versicherte Frauen (2015) . 26
Abbildung 16: Top 10 Einzeldiagnosen der AU-Tage je 100 versicherte Männer (2015) . 27
Abbildung 17: AU-Volumen und Anteil am AU-Volumen von Schwangerschaftskomplikationen (ICD-Kapitel O). Nur Frauen. Jahr 2015 30
Abbildung 18: Fehltage getrennt nach Schwangerschaftskomplikationen (ICD-Kapitel O) und Gesamt; Männer und Frauen nach Altersgruppen (2015) 31
Abbildung 19: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte mit Ursache Koronare Herzerkrankung (ICD: I20-I25) nach Alter und Geschlecht 33
Abbildung 20: AU-Tage je 100 Versicherte wegen Prostatakrebs bei Männern bzw. Brustkrebs bei Frauen 35
Abbildung 21: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte wegen Verletzungen und Vergiftungen (ICD Kapitel S und T) 37
Abbildung 22: Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherte wegen Verletzungen und Vergiftungen (ICD Kapitel S und T) 37
Abbildung 23: Psychische Erkrankungen, ausgewählte Einzeldiagnosen nach Geschlecht 39
Abbildung 24: Betroffenenquote Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen nach Geschlecht 40
Abbildung 25: Gesundheitsrelevante Aspekte des Lebensstils nach Geschlecht 41
Abbildung 26: Differenz im Fehltagevolumen je 100 Versicherte zwischen Männern und Frauen nach Branchen (2015) 44

Abbildung 27: Verteilung erwerbstätige Männer nach Vertragsform (2015) 45
Abbildung 28: Verteilung erwerbstätige Männer nach Vertragsform (2015) 45
Abbildung 29: AU-Tage je 100 Versicherte nach Vertragsform (2015) 46
Abbildung 30: AU-Fälle je 100 Versicherte nach Vertragsform (2015) 46
Abbildung 31: Differenz der AU-Tage je 100 Versicherte zwischen Frauen und Männern nach Berufsgruppen (2015) 48
Abbildung 32: Befragte nach Geschlecht und Beruflicher Statusgruppe 66
Abbildung 33: Selbstberichtete Anzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Geschlecht 67
Abbildung 34: Selbstberichtete Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage nach Geschlecht 67
Abbildung 35: Selbst berichtete AU-Tage und AU-Fälle nach Gesundheitszustand 70
Abbildung 36: Selbst berichtete AU-Tage und AU-Fälle nach PHQ2- Score 70
Abbildung 37: Selbst berichteter Gesundheitszustand nach Geschlecht 71
Abbildung 38: PHQ2-Score nach Geschlecht 72
Abbildung 39: AU-Fälle nach Geschlecht und nach selbst berichtetem Gesundheitszustand 73
Abbildung 40: AU-Fälle nach Geschlecht und nach PHQ2-Score 74
Abbildung 41: AU-Tage und AU-Fälle nach Möglichkeit, mit Krankheitssymptomen zur Arbeit zu gehen 75
Abbildung 42: Möglichkeit, auch mit Krankheitsymptomen zur Arbeit zu gehen nach Geschlecht 75
Abbildung 43: AU-Tage und AU-Fälle nach Adjustment Latitude 76
Abbildung 44: Adjustment Latitude nach Geschlecht 77
Abbildung 45: Präsentismus nach Geschlecht 78
Abbildung 46: Gründe für Präsentismus nach Geschlecht 79
Abbildung 47: Gründe für Präsentismus nach Geschlecht (ohne Befragte die angeben, dass sie trotz Beschwerden arbeitsfähig waren) 80
Abbildung 48: Präsentismus- und Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Geschlecht 81
Abbildung 49: Missbrauch von Krankmeldungen 82
Abbildung 50: Bei Krankheit der Kinder arbeitsunfähig melden nach Geschlecht 83
Abbildung 51: Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Geschlecht ... 88
Abbildung 52: Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Geschlecht und beruflicher Statusgruppe 89
Abbildung 53: Teilnahme an im Betrieb vorhandenen BGF-Maßnahmen nach Geschlecht 90
Abbildung 54: Bewertung von BGF-Maßnahmen 91
Abbildung 55: Krankenstand nach Geschlecht in Rheinland-Pfalz 2015 92
Abbildung 56: Krankenstand nach Geschlecht in Rheinland-Pfalz im Zeitverlauf 92
Abbildung 57: Fehltage je 100 versicherte Männer nach Erkrankungsgruppen 94
Abbildung 58: Fehltage je 100 versicherte Frauen nach Erkrankungsgruppen 94
Abbildung 59: Prozentuale Abweichung im Krankenstand 95

Abbildung 60: Fehltage je 100 versicherte Frauen wegen Schwangerschaftskomplikationen in Rheinland-Pfalz 96

Abbildung 61: Anteil der Fehltage wegen Schwangerschaftskomplikationen am gesamten Unterschied im Krankenstand in Rheinland-Pfalz 96

Abbildung 62: Anteil Befragter mit mindestens einem Fall von Präsentismus in Rheinland-Pfalz 99

Abbildung 63: Zahl der Präsentismusfälle und der selbstberichteten AU-Fälle innerhalb eines Jahres 99

Abbildung 64: Situation bei offensichtlichen Krankheitssymptomen für Männer und Frauen in Rheinland-Pfalz 100

Abbildung 65: Eigene Krankmeldung bei Erkrankung des Kindes; Männer und Frauen in Rheinland-Pfalz 101

Abbildung 66: Abweichungen in der Verteilung der Mitglieder der DAK- Gesundheit in Rheinland-Pfalz auf Wirtschaftsgrup- pen 2015 vom DAK-Gesundheit Bundesdurchschnitt 109

Abbildung 67: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Rheinland-Pfalz 110

Abbildung 68: Krankenstandswerte 2015 in den Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von Mitgliedern der DAK-Gesundheit in Rheinland-Pfalz. 111

Abbildung 69: Krankenstandswerte 2015 in den übrigen Wirtschaftsgruppen 112

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: AU-Kennzahlen im Geschlechtervergleich 2015 ... 19

Tabelle 2: Fehltage der wichtigsten Diagnosen aus dem Kapitel O: Schwangerschaft, geburt und Wochenbett. Nur Fauen (2015) ... 29

Tabelle 3: Anteil des AU-Volumens wegen Schwangerschaftskomplikationen am Krankenstandsunterschied Frauen zu Männern (Jahr 2015) ... 32

Tabelle 4: Erkrankungsrisiko nach Alter für Brust- (Frauen) bzw. Prostatakrebs (Männer) ... 34

Tabelle 5: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte aufgrund von Lungenkrebs (C34: Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge) ... 36

Tabelle 6: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Branchen und Geschlecht ... 43

Tabelle 7: Ausprägungen und Häufigkeiten der in der Regression verwendeten Variablen ... 51

Tabelle 8: Ergebnisse der logistischen Regression ... 52

Tabelle 9: Behandlungsquote und durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle je Versichertem 2014 ... 55

Tabelle 10: Behandlungsquote nach Erkrankungsgruppen je Versichertem in 2014 ... 56

Tabelle 11: Top 20 Behandlungsdiagnosen der Männer ... 57

Tabelle 12: Top 20 Behandlungsdiagnosen der Frauen ... 58

Tabelle 13: Anteil der Versicherten mit einem Behandlungsfall, die gleichzeitig einen AU-Fall der gleichen Diagnosegruppe hatten ... 59

Tabelle 14: Ebenen des ATC Klassifikationssystems ... 60

Tabelle 15 : Die 20 häufigsten Verordnungen bei Männern ... 62

Tabelle 16: Die 20 häufigsten Verordnungen bei Frauen ... 63

Tabelle 17: Befragte nach Alter und Geschlecht (ungewichtet) ... 64

Tabelle 18: Befragte nach Alter und Geschlecht (gewichtet) ... 65

Tabelle 19: Befragte nach Geschlecht und Schulabschluss ... 65

Tabelle 20: Selbstberichtete Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle (Mittelwerte) nach Geschlecht ... 68

Tabelle 21: Korrelation von selbstberichtetem Gesundheitszustand sowie PHQ2-Score mit AU-Tage und AU-Fällen ... 71

Tabelle 22: Aspekte geschlechtergerechter betrieblicher Gesundheitsförderung gemäß Befragung von Expertinnen und Experten ... 86

Tabelle 23: Struktur des Krankenstands bei Männer und Frauen in Rheinland-Pfalz ... 93

Tabelle 24: Behandlungsquote bei Männer und Frauen in Rheinland-Pfalz und im Bund ... 97

Tabelle 25: Behandlungsquote nach Erkrankungsgruppen je Versichertem in 2014 Rheinland-Pfalz ... 98

Tabelle 26: Top 20 Behandlungsdiagnosen der Männer in Rheinland-Pfalz ... 102

Tabelle 27: Top 20 Behandlungsdiagnosen der Frauen in Rheinland-Pfalz ... 103

Tabelle 28 : Die 20 häufigsten Verordnungen bei Männern in Rheinland-Pfalz ... 104

Tabelle 29 : Die 20 häufigsten Verordnungen bei Frauen in Rheinland-Pfalz..... 105

Literaturverzeichnis

Altgeld T, Maschewsky-Schneider U & Köster M (2010): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/geschlechtergerechte-gesundheitsfoerderung-und-gender-mainstreaming/.

Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, Falloon K & Hatcher S (2010): Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. Annals of familiy medicine 8(4), 348-353.

Bundesagentur für Arbeit (2014): Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 2010 – Stand: Juli 2014 Nürnberg. https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mdk5/~edisp/l6019022dstbai391191.pdf.

Deutscher Bundestag (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/141217_Gesetzentwurf_Praeventionsgesetz.pdf.

Dilling H, Mombour W & Schmidt MH (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Göttingen: Verlag Hans Huber.

DKFZ (o.J.): Krebsinzidenz in Deutschland. Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2010 nach Geschlecht. https://www.dkfz.de/de/krebsatlas/download/Inzidenz.pdf.

Ducki A (2011): Gendersensible betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bamberg E, Ducki A & Metz A-M: Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Göttingen u.a.: Hogrefe, 439-460.

Ducki A & Kalytta T (2014): Genderaspekte im Stress- und Ressourcenmanagement. In: Liedke BRDK: Stressmanagement für Teams. 35-51.

Eichler M, Fuchs J & Maschewski-Schneider U (2000): Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. . Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 8(4), 293-310.

Faltermaier T & Hübner I-M (2016): Psychosoziale Gesundheitstheorien aus Geschlechterperspektive. In: Kolip P & Hurrelmann K: Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hogrefe, 45-57.

Gerich J (2015): Krankenstand und Präsentismus als betriebliche Indikatoren. Zeitschrift für Personalforschung 29(1), 31-48.

GKV Spitzenverband (2014): Leitfaden Prävention. Berlin.

Hagen C & Starker A (2011): Epidemiologie - was fällt auf? Unterschiede in der Gesundheit von Männern und Frauen. Public Health Forum 19(71), 4.e1-4e2.

Häussler B, Höer A & Hempel E (Hrsg.) (2014): Arzneimittel-Atlas 2014: Der Arzneimittelverbrauch in der GKV. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. ISBN: 978-3-662-43446-8.

IGES Institut (2006): DAK Gesundheitsreport 2006. . Hamburg: DAK Versorgungsmanagement. http://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2006-1117002.pdf [Abruf am: 25. September 2014].

IGES Institut (2008): DAK Gesundheitsreport 2008: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Mann und Gesundheit. Hamburg: DAK [Deutsche Angestellten Krankenkasse]. https://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2008-1117014.pdf [Abruf am: 19. September 2014].

Johansson G & Lundberg I (2004): Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. Social Science & Medicine 58(10), 1857-1868. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603004076.

Kohler H (2003): Krankenstand - Ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz. Entwicklung, Struktur und Bestimmungsfaktoren krankheitsbedingter Fehlzeiten. IAB-Werkstattbericht (3), 3-10.

Kolip P & Hurrelmann K (2016): Geschlecht und Gesundheit: Eine Einführung. In: Kolip P & Hurrelmann K: Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hogrefe, 8-18.

Kurth B-M (2012): Erste Ergebnisse aus der "Studie zur Gesundheit Erwachseneer in Deutschland" (DEGS). Bundesgesundheitsblatt, 55, 980-990.

Lademann J & Kolip P (2008): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. In: Badura B, Schröder H & Vetter C: Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Heidelberg: Springer, 5-19.

Lademann J, Kolip P, Deitermann B, Bucksch J & Schwarze M (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Berlin: RKI. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/mittleres_lebensalter.pdf?__blob=publicationFile.

Latham K & Peek CW (2012): Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 68(1), 107-116.

Lohmann-Haislah A (2012): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Berlin: BAuA.

Marschall J, Nolting H-D & Hildebrandt S (2013): Gesundheitsreport 2013. Schwerpunktthema: Update psychische Erkrankungen - Sind wir heute anders krank? Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.

Marschall J, Nolting H-D, Hildebrandt S & Schmucker C (2014): Gesundheitsreport 2014. Die Rushhour des Lebens - Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Bd. 7. Heidelberg: medhochzwei Verlag. ISBN: 978-3-86216-144-7.

Merbach M & Brähler E (2010): Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Klotz T & Haisch J: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, 347-358.

Möller-Leimkühler AM, Bottlendera R, Strauß A & Rutz W (2004): Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? Journal of Affective Disorders 80, 87-93.

Müters S, Hoebel J & Lange C (2013): Diagnose Depression: Unterschiede bei Männern und Frauen. GBE Kompakt. Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.).

Pirolt E & Schauer G (2005): Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Geschlecht als Qualitätsmerkman der betrieblichen Gesundheitsförderung. Linz: ppm forschung + beratung.

Ritter M, Elsigan G & Kittel G (2008): Projekt "Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung". In: Badura B, Schröder H & Vetter C: Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Heidelberg: Springer, 193-210.

Robert Koch-Institut (2014): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". . Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile.

Robert Koch-Institut (2015a): Gesundheit in Deutschland. Berlin: RKI.

Robert Koch-Institut (2015b): Krebs in Deutschland 2011/2012. Berlin: RKI.

Saß A-C & Rommel A (2016): Geschlechterunterschiede bei Unfällen. In: Kolip P & Hurrelmann K: Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hogrefe, 275-286.

Statistisches Bundesamt (2012): Geburten in Deutschland. Ausgabe 2012. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2016): Gestorbene nach ausgewählten Todesursachen 2014. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/EckdatenTU.html.

Steinke M & Badura B (2011): Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA.

Stiehler M (2013): Förderung psychischer Gesundheit von Männern – eine Herausforderung für die Männer, die Medizin und die Gesellschaft. In: Weißbach L & Stiehler M: Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: psychische Gesundheit Bern: Verlag Hans-Huber.

van der Linde RM, Mavaddat N, Luben R, Brayne C, Simmons RK, Khaw KT & Kinmonth AL (2013): Self-Rated Health and Cardiovascular Disease Incidence: Results from a Longitudinal Population-Based Cohort in Norfolk, UK. PLOS One 8(6), 1-8.

Weißbach L & Stiehler M (2013): Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: psychische Gesundheit Bern: Verlag Hans-Huber.

Zok K (2008): Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. In: Badura B, Schröder H & Vetter C: Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Heidelberg.