
DAK-Gesundheitsreport 2019

DAK Forschung

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

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

IGES Institut GmbH

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

Autoren:

Jörg Marschall, Susanne Hildebrandt, Hans-Dieter Nolting,
unter Mitarbeit von Elena Burgart, Katrin Lea Heil, Thorsten Tisch, Tobias Woköck

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 2019

Vorwort

Der Schwerpunkt des DAK-Gesundheitsreports 2019 beschäftigt sich erstmals mit dem Thema Sucht und Abhängigkeit. Er konzentriert sich dabei einerseits auf solche Suchterkrankungen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer seit vielen Jahren von Bedeutung sind, andererseits auf mögliche neue Abhängigkeiten, von denen in jüngerer Zeit angenommen wird, dass sie für Beschäftigte relevant sind bzw. relevanter werden.

Zur ersten Themengruppe gehören die „klassischen“ Suchterkrankungen Alkoholabhängigkeit und die Tabak- bzw. Nikotinsucht. Zur zweiten Gruppe gehören die Abhängigkeit von Computerspielen und die Abhängigkeit von Sozialen Medien.

Für eine aktuelle Bewertung der Bedeutung der klassischen Süchte Alkohol- und Tabaksucht in der heutigen Arbeitswelt wird ermittelt, welche Rolle sie für Beschäftigte spielen. Hierzu wurden die Arbeitsunfähigkeitsdaten sowie die ambulanten und stationären Versorgungsdaten aller erwerbstätigen DAK- Versicherten ausgewertet. Eine tiefergehende Vergleichsanalyse macht darüber hinaus auch die vordergründig nicht in den Daten erkennbaren Folgen von Suchterkrankungen für die Arbeitswelt sichtbar.

Der DAK-Gesundheitsreport basiert neben diesen Sekundärauswertungen von Versichertendaten auch auf einer repräsentativen Befragung von 5.614 abhängig Beschäftigten. Auf Basis dieser Erhebung wurden verschiedene Prävalenzstudien durchgeführt.

Eingang in unsere aktuelle Bestandsaufnahme hat neben der Verbreitung der Tabak- bzw. Nikotinsucht auch die Verbreitung der E-Zigarette gefunden, durch die zwar kein Tabak verbrannt, durch die jedoch in der Regel Nikotin konsumiert wird. Analysen zur Verbreitung des Rauchens und der E-Zigarettenverwendung, zu den Gründen für das Rauchen und der Verwendung der E-Zigarette sowie zu den Folgen für die Arbeitswelt ergänzen die Prävalenzstudie zur Tabak- bzw. Nikotinsucht.

Die möglichen Abhängigkeiten von Computerspielen und von sozialen Medien werden erst in jüngster Zeit erforscht und in Begriffen der Suchtmedizin zu verstehen versucht. Der DAK-Gesundheitsreport leistet zur weiteren Erforschung dieser neuen Süchte einen Beitrag, indem die Verbreitung unter Erwerbstätigen genauer untersucht wird. Die meisten Studien dazu konzentrierten sich bisher auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.

Komplettiert wird DAK-Gesundheitsreport seit langem durch die Befragung von Expertinnen und Experten, deren Kernaussagen in Form von Zitaten an vielen Stellen in diesen Report eingearbeitet sind. Insofern ergänzen und illustrieren die Zitate Aspekte, die durch die Analysen bearbeitet werden.

Wir hoffen, dass wir den Praktikern in der betrieblichen Suchtprävention mit unserer aktuellen Bewertung und Analyse alter und neuer Süchte im Betrieb anregende und nutzbringende Hinweise für ihre wichtige Arbeit geben können.

A handwritten signature in black ink, reading 'Andreas Storm'. The signature is fluid and cursive, with the first name 'Andreas' and the last name 'Storm' clearly distinguishable.

Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK Gesundheit

Hamburg, April 2019

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung der Ergebnisse	VII
Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport	IX
1. Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2018	1
2. Arbeitsunfähigkeiten im Überblick	3
3. Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten	18
4. Schwerpunktthema 2019: Alte und neue Süchte im Betrieb	32
5. Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	191
6. Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern	196
7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	205
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen	208
Anhang II: Tabellen	212
Abbildungsverzeichnis	227
Literaturverzeichnis	236

Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Jahr 2018 ist der Krankenstand nach einem Anstieg im Vorjahr abermals um 0,1 Prozentpunkte gestiegen. Der Krankenstand im Jahr 2018 lag damit bei 4,2 Prozent (2017: 4,1 Prozent).

Gesamtkrankenstand leicht gestiegen

Die Betroffenenquote lag 2018 bei 48,6 Prozent. Dies bedeutet, dass für weniger als jeden Zweiten eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Im Jahr 2018 ist die Betroffenenquote somit konstant geblieben (2017: 48,6 Prozent).

Betroffenenquote

Die Erkrankungshäufigkeit ist mit 122,7 Fällen pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr gestiegen (2017: 120,7 Arbeitsunfähigkeitsfälle). Die durchschnittliche Falldauer ist ebenfalls leicht gestiegen. Sie beträgt im Jahr 2018 12,6 Tage (2017: 12,4 Tage).

Fallhäufigkeit und -dauer

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie psychische Erkrankungen entfielen 2018 mehr als die Hälfte (52,1 Prozent) aller Krankheitstage:

Wichtigste Krankheitsarten

- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lagen mit 324,8 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versichertenjahre nach wie vor an der Spitze aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit rund 326,9 Tagen etwas mehr Fehltage auf diese Diagnose.
- Atemwegserkrankungen verursachten 16 Prozent des Krankenstandes. 2018 gab es aufgrund von Atemwegserkrankungen 36,2 Erkrankungsfälle und 247,9 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre. Das ist deutlich mehr als noch im Vorjahr (2017: 230,4 AU-Tage).
- Psychische Erkrankungen lagen mit einem Anteil von rund 15,2 Prozent hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an dritter Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr gab es hier einen leichten Rückgang bei der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage (von 249,9 auf 236,0 Tage pro 100 Versichertenjahre). Die Fallhäufigkeit blieb im Vergleich zum Vorjahr unverändert (jeweils 7,0 Fälle pro 100 Versichertenjahre).

Muskel-Skelett-Erkrankungen

Atemwegserkrankungen

Psychische Erkrankungen

Die Branche „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ lag mit einem Krankenstandswert von 4,9 Prozent an der Spitze und somit eindeutig über dem Durchschnitt aller Branchen. Am niedrigsten unter den Branchen mit hohem Anteil DAK-Versicherter war der Krankenstand in der Branche „Rechtsberatung und andere Unternehmensdienstleistungen“ mit einem Krankenstand von 3,3 Prozent (2017: 3,3 Prozent).

Branche „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ an der Spitze beim Krankenstand

**Unterschiede
zwischen den
Bundesländern**

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern stellen sich folgendermaßen dar: In den westlichen Bundesländern (mit Berlin) betrug der Krankenstand durchschnittlich 4,1 Prozent, in den östlichen Bundesländern 5,3 Prozent. In den westlichen Bundesländern streute der Krankenstand zwischen dem niedrigsten Wert in Höhe von 3,7 Prozent in Baden-Württemberg und Bayern und dem höchsten im Saarland mit 5,0 Prozent. Sachsen-Anhalt stand 2018 mit einem Wert von 5,5 Prozent an der Spitze des Krankenstandsgeschehens der Bundesländer.

Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport

Was Sie auf den folgenden Seiten erwartet

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

Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der Jahre 2010 bis 2018 im Überblick dar. Diesen Kennziffern ist zu entnehmen, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungsfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die Mitglieder der DAK-Gesundheit überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.

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

In Kapitel 4 wird das diesjährige Schwerpunktthema behandelt: Substanzstörungen bzw. Sucht einschließlich der neuen Verhaltensstörungen Social Media Disorder und Internet Gaming Disorder. Die Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens zeigen, dass Sucht zwar selten als Diagnose auf Krankschreibungen kodiert wird, dass jedoch die von Sucht Betroffenen vielfach auffällig und multimorbid arbeitsunfähig sind. Befragungsdaten zeigen, dass eine Alkoholgebrauchsstörung bei 1,3 Prozent der Beschäftigten vorliegt, die Social Media Disorder bei 0,4 Prozent und die Internetgaming Disorder bei 1,0 Prozent der Beschäftigten vorliegt.

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

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

Der DAK-Gesundheitsreports 2019 schließt mit einer übergreifenden Zusammenfassung und wesentlichen Schlussfolgerungen der DAK-Gesundheit zum Schwerpunktthema.

**Kapitel 1:
Datenbasis**

**Kapitel 2:
Arbeits-
unfähigkeiten im
Überblick**

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

**Kapitel 4:
Schwerpunkt-
thema Sucht**

**Kapitel 5:
Analyse nach
Wirtschafts-
gruppen**

**Kapitel 6:
Regionale
Analysen**

**Kapitel 7:
Schluss-
folgerungen**

Weitere Informationen, Erläuterungen und Tabellen

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

**Anhang II:
Tabellen** Detaillierte Zahlenmaterialien zu den Arbeitsunfähigkeiten nach Regionen, Krankheitsarten und Wirtschaftsgruppen finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang II). Eine Übersicht über die aufgeführten Tabellen findet sich auf Seite 208.

Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet.

Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen

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

**Gesundheits-
berichte der
Ersatzkassen
beruhen auf
gemeinsamen
Standard** Zumindest auf der Ebene der Ersatzkassen sind aber einheitliche Standards für die Gesundheitsberichterstattung festgelegt worden: Die direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht.

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

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

Umstellung im Berechnungs- verfahren

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

1. Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2018

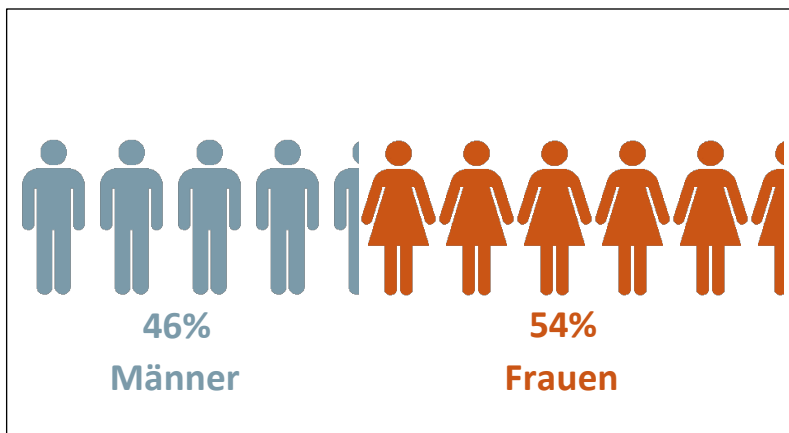
Der DAK-Gesundheitsreport 2019 berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2018 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK-Gesundheit waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK-Gesundheit hatten.

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

Die gesamte Datenbasis für das Berichtsjahr 2018 umfasst knapp 2,5 Mio. Mitglieder der DAK-Gesundheit, die sich zu 54 Prozent aus Frauen und zu 46 Prozent aus Männern zusammensetzen. Der Anteil der Männer ist in den letzten Jahren stetig gestiegen.

Datenbasis 2018:
knapp 2,5 Mio.
Mitglieder der
DAK-Gesundheit

Abbildung 1: Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2018 nach Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

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

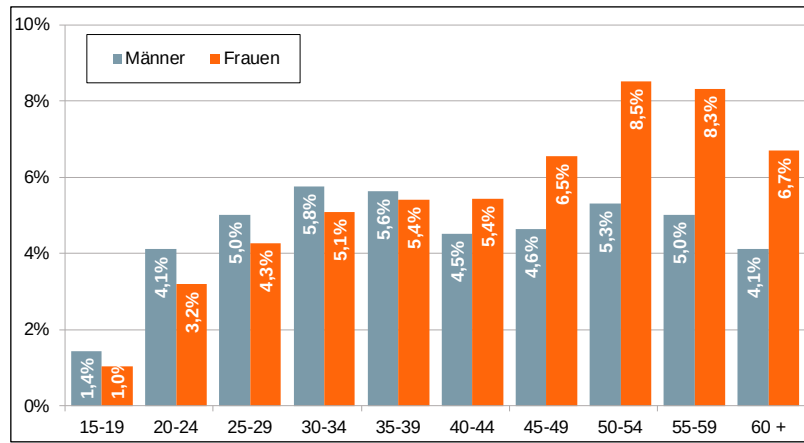
Hinsichtlich der Datenbasis ist zu beachten, dass nicht alle erwerbstätigen Mitglieder über das ganze Jahr bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Daher werden die knapp 2,5 Mio. Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ umgerechnet. Für

**2,5 Mio. Mitglieder
entsprechen in
etwa 2,2 Mio.
Versichertenjahren**

das Jahr 2018 umfasst die Datenbasis rund 2,2 Mio. Versichertenjahre.

Alle in diesem Gesundheitsreport dargestellten Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten schließen nur diejenigen Erkrankungsfälle ein, für die der DAK-Gesundheit im Jahr 2018 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Abbildung 2: Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2018



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

In den Altersgruppen ab der Gruppe der 40- bis 44-Jährigen ist der Anteil der Frauen höher als der der Männer, zunächst nur geringfügig, ab der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen dann deutlich. In den unteren Altersgruppen stellen Männer einen geringfügig größeren Anteil der erwerbstätigen Mitglieder dar.

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

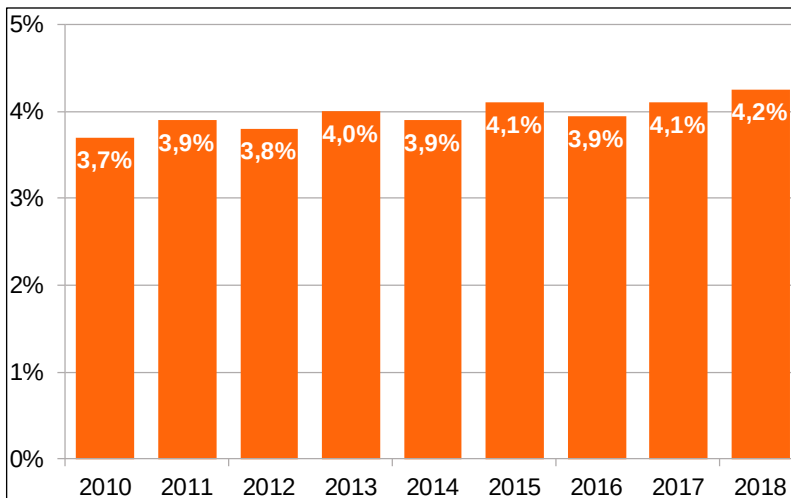
Zugleich sichert diese Vorgehensweise die Vergleichbarkeit der Krankenstandswerte mit den Zahlen anderer Ersatzkassen.

2. Arbeitsunfähigkeiten im Überblick

2.1 Der Krankenstand

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

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2018.

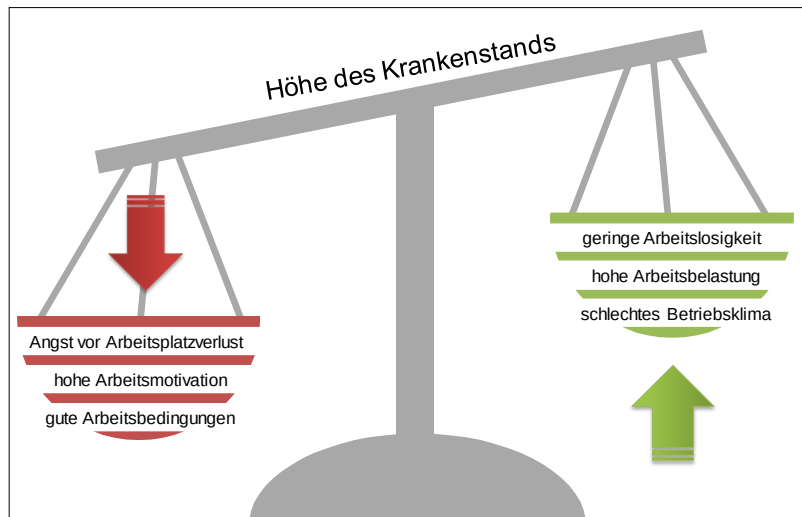
Der Krankenstand bewegt sich in den letzten Jahren insgesamt auf einem relativ niedrigen Niveau. Nach einem Anstieg im vergangenen Jahr ist der Wert des Krankenstands im Jahr 2018 erneut um 0,1 Prozentpunkte auf ein Niveau von 4,2 Prozent gestiegen.

**Krankenstand
2018 leicht
gestiegen**

Einflussfaktoren auf den Krankenstand

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

Abbildung 4: Einflussfaktoren auf den Krankenstand



Quelle: DAK-Gesundheit 2018.

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

Faktoren auf der volkswirtschaftlichen Ebene:

Konjunktur und Situation am Arbeitsmarkt

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

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

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

² vgl. (Kohler 2002).

Weitere volkswirtschaftliche Faktoren sind:

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

**Wandel der
Beschäftigten-
struktur**

**Verlagerung von
Arbeitsplätzen
vom gewerb-
lichen in den
Dienstleistungs-
sektor**

Betriebliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand:

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

**Steigende
Stressbelastung
durch Arbeits-
verdichtung**

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

**Umsetzung von
betrieblicher
Gesundheits-
förderung**

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

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

Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens kann eine Änderung des Krankenstands niveaus begründen.

Alles in allem lässt sich nicht allein ein Mechanismus identifizieren, der eine starke Absenkung des Krankenstandes bewirken könnte. Es ist daher schwierig, eine zuverlässige Prognose für die zukünftige Entwicklung des Krankenstandes abzugeben.

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

Strukturmerkmale des Krankenstandes

Vertiefte Analyse des Krankenstands

Der Krankenstand ist eine komplexe Kennziffer, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Eine Betrachtung der einzelnen Faktoren ermöglicht ein weitergehendes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für das Jahr 2018 dargestellt werden, werden diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert:

AU-Tage pro 100 ganzjährig versicherte Mitglieder

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

Krankenstand in Prozent

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

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

Die Höhe des Krankenstandes wird u. a. davon beeinflusst, wie viele Mitglieder überhaupt – wenigstens einmal – arbeitsunfähig erkrankt waren. Der Prozentsatz derjenigen, die wenigstens eine

³ Für Schaltjahre steht im Nenner die Zahl 366.

Arbeitsunfähigkeit im Bezugsjahr hatten, wird als „Betroffenenquote“ bezeichnet.

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

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

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

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

Für Schaltjahre erfolgt die Division durch 366 Tage.

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

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

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

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

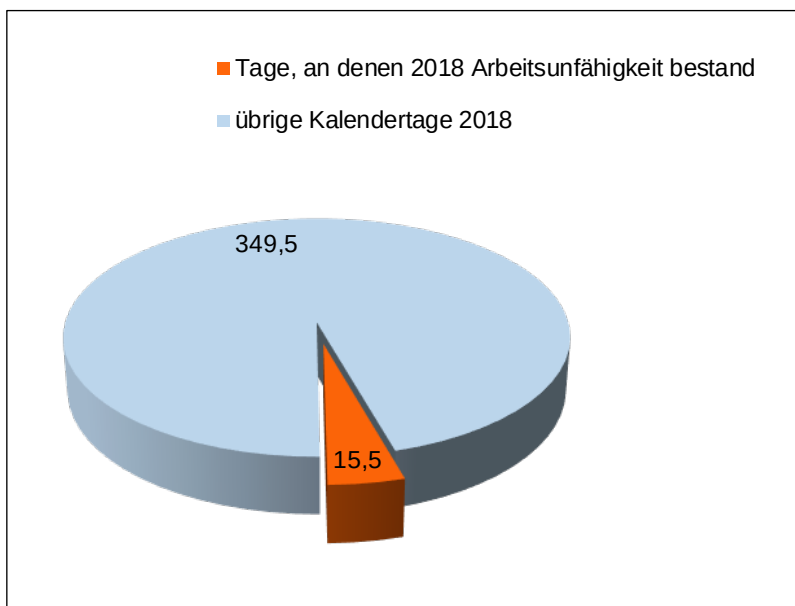
**AU-Fälle pro 100
Versichertenjahre
bzw. ganzjährig
Versicherte und
durchschnittliche
Falldauer**

**AU-Fälle bis zu 6
Wochen und
... über 6 Wochen
Dauer**

Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

Bei 100 ganzjährig versicherten Mitgliedern der DAK-Gesundheit wurden 2018 im Durchschnitt 1.551 Fehltagstage wegen Arbeitsunfähigkeit (AU) registriert. Der Krankenstand von 4,2 Prozent in 2018 wird aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnet: Verteilt man die im Jahr 2018 je 100 Versicherte angefallenen 1.551 Arbeitsunfähigkeitstage auf die 365 Kalendertage des Jahres 2018, so waren an jedem Tag 4,2 Prozent der bei der DAK-Gesundheit versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.

Abbildung 5: AU-Tage eines durchschnittlichen Mitglieds der DAK-Gesundheit 2018 (Basis: 365 Kalendertage in 2018)



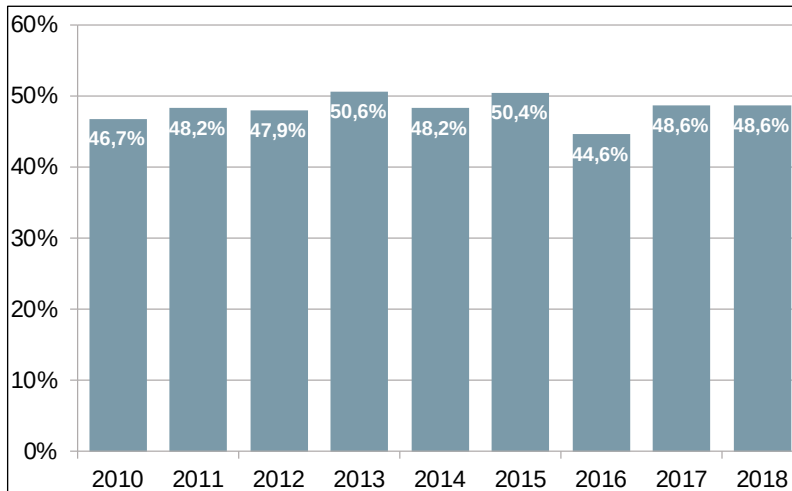
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

2.2 Betroffenenquote

2018 hatten 48,6 Prozent der Mitglieder der DAK-Gesundheit mindestens eine Arbeitsunfähigkeit. Das bedeutet, dass weniger als die Hälfte eine Arbeitsunfähigkeit in 2018 hatte.

Abbildung 6 zeigt die Betroffenenquoten für die Jahre 2010 bis 2018.

Abbildung 6: Betroffenenquote 2018 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2018.

Gegenüber dem Vorjahr ist die Betroffenenquote im Jahr 2018 konstant geblieben und liegt wie im Vorjahr noch immer knapp unterhalb der 50 Prozent-Marke.

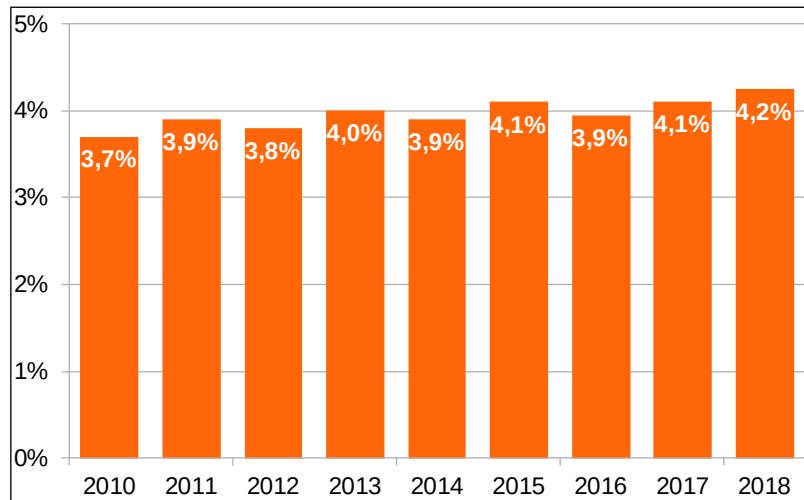
2.3 Häufigkeiten von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle ist im Jahr 2018 leicht gestiegen, die Häufigkeit stieg ebenfalls leicht an, sodass das Krankenstandsniveau 2018 etwas über dem des Vorjahres liegt.

Die Erkrankungshäufigkeit lag 2018 mit 122,7 Erkrankungsfällen je 100 Versicherte über der im Vorjahr (2017: 120,7 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2018 durchschnittlich mit 1,23 Fällen (122,7 dividiert durch 100) mehr als einmal arbeitsunfähig.

122,7
Erkrankungsfälle
pro 100 ganzjährig
Versicherte

Abbildung 7: AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2018



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2018.

In den Jahren 2010 bis 2012 war der Wert für die Erkrankungshäufigkeit nahezu unverändert. In den Jahren ab 2013 war der Wert mit Ausnahme des Wertes für 2016 etwas höher. Der Wert für 2018 ist gegenüber dem des Vorjahres wieder etwas gestiegen.

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

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

Gründe für Untererfassung von AU-Fällen bei den Krankenkassen

Einerseits reichen nicht alle Mitglieder der DAK-Gesundheit die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihres Arztes bei der DAK-Gesundheit ein. Andererseits ist eine Bescheinigung für den Arbeitgeber in der Regel erst ab dem vierten Kalendertag erforderlich. Kurzzeit-Erkrankungen von ein bis drei Tagen Dauer werden durch die Krankenkassen folglich nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Als Konsequenz dieser Umstände können sowohl die tatsächliche Betroffenenquote als auch die tatsächliche Fallhäufigkeit und damit verbunden die tatsächlich angefallenen AU-Tage in einem Berichtsjahr über den erfassten Werten liegen.

Um diese „Dunkelziffer“ zu quantifizieren, hat die DAK-Gesundheit im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt: Berücksichtigt man z. B. auch die AU-Fälle, die den Krankenkassen nicht bekannt werden – entweder, weil die Betroffenen gar nicht beim Arzt waren oder weil die ärztliche Bescheinigung nicht bei der Krankenkasse eingereicht wurde – so ergibt sich eine im Durchschnitt um etwa 19 Prozent höhere Fallhäufigkeit. Übertragen auf die Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2018 bedeutet dieser Befund, dass die „wahre“ Häufigkeit von AU-Fällen geschätzt bei etwa 146 Fällen pro 100 Versicherte liegt.

**Untersuchung
zur AU-
„Dunkelziffer“**

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

Aufgrund der geringen Dauer der nicht registrierten Fälle wird der „wahre“ Krankenstand dagegen nur um 5 Prozent unterschätzt. Korrigiert man den ermittelten DAK-Gesundheit-Krankenstand 2018 von 4,25 Prozent um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer Krankenstand“ von etwa 4,46 Prozent.

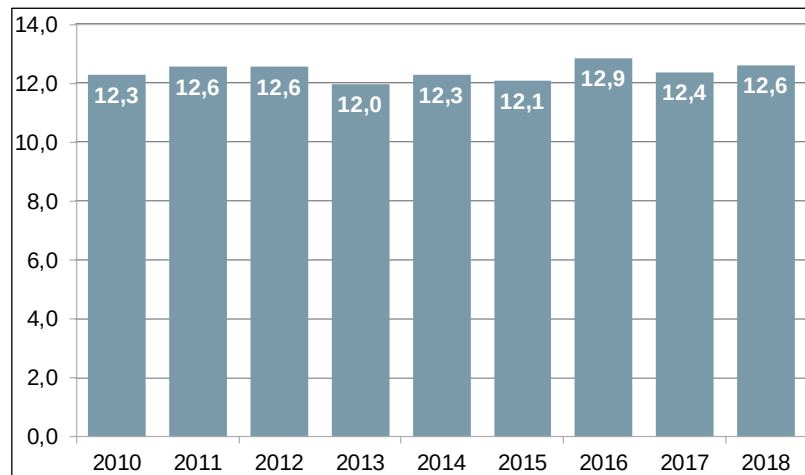
**„Wahrer“
Krankenstand um
5 Prozent höher**

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

2.4 Durchschnittliche Falldauer

Innerhalb der letzten vier Jahre hat sich die durchschnittliche Erkrankungsdauer nur unwesentlich verändert. Ein AU-Fall in 2018 dauerte im Durchschnitt 12,6 Tage. Der Wert liegt damit über dem des Vorjahres.

Abbildung 8: Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2018 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2018.

Bedeutung der Arbeitsunfähigkeitsfälle unterschiedlicher Dauer

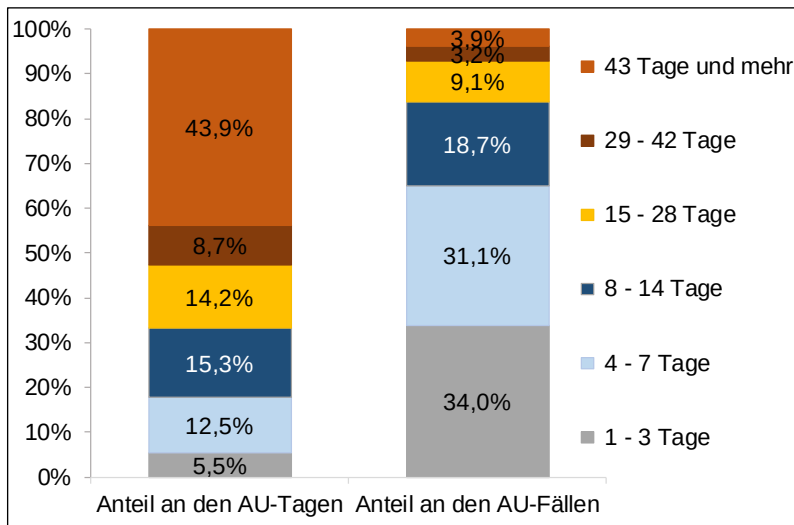
Hinter der Kennziffer „Krankenstand“ verbirgt sich ein sehr heterogenes Geschehen: Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt durch eine große Zahl von kurz dauernden und eine erheblich kleinere Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 9 veranschaulicht diesen Zusammenhang für das Berichtsjahr 2018:

AU von kurzer Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand

- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machen 65,1 Prozent aller AU-Fälle aus (1 bis 3-Tages-Fälle 34,0 Prozent und 4 bis 7-Tages-Fälle 31,1 Prozent).
- Andererseits sind diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 18,0 Prozent der AU-Tage – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu drei Tagen Dauer verursachen nur 5,5 Prozent der Ausfalltage.

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

Abbildung 9: Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2018 insgesamt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

- 43,9 Prozent der AU-Tage entfielen auf nur 3,9 Prozent der Fälle, und zwar auf die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer. Damit ist im Vergleich zum Vorjahr der Anteil der Langzeitarbeitsunfähigkeiten an den AU-Fällen konstant geblieben (2017: 3,9 Prozent). Ihr Anteil an den AU-Tagen blieb ebenfalls konstant (2017: 43,9 Prozent).

2018 machen Langzeitarbeitsunfähigkeiten 43,9 Prozent des Krankenstandes aus

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

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

Langzeitarbeitsunfähigkeiten durch betriebliches Eingliederungsmanagement überwinden

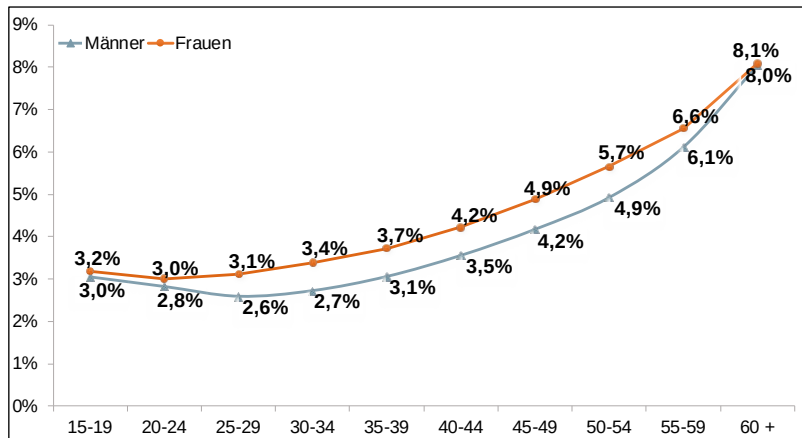
Zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gehören alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderung nachhaltig zu sichern.

Rehabilitations- träger und Integrationsämter bieten Betrieben Unterstützung

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

2.5 Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 10: Krankenstand 2018 nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

Krankenstand bei Frauen höher als bei Männern

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten ist mit durchschnittlich 4,5 Prozent – wie auch in den Vorjahren – höher als der der männlichen Versicherten (4,0 Prozent). Wie der Altersverlauf zeigt, liegt der Krankenstand der Frauen in allen Altersgruppen über dem der Männer.

Der höhere Krankenstand von Frauen ist im Wesentlichen auf eine höhere Fallhäufigkeit (133,0 Fälle bei Frauen gegenüber 113,9 Fällen bei Männern je 100 Versichertenjahre) zurückzuführen.

Schwerpunkt „Gender und Gesundheit“ 2016

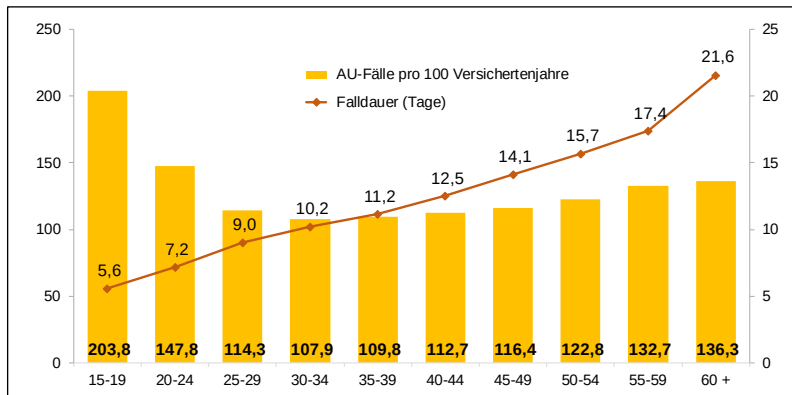
Im Schwerpunktthema 2016 „Gender und Gesundheit“ wurde der Frage nachgegangen, warum Frauen häufiger als Männer krankgeschrieben sind. Aspekte waren das Morbiditätsgeschehen, das sich zwischen den Geschlechtern deutlich unterscheidet, Einstellungen und Praktiken im Zusammenhang mit Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und Krankschreibung sowie mögliche weitere Einflussfaktoren wie die Branchenzugehörigkeit.

Der Altersverlauf der beiden Kurven in Abbildung 10 zeigt abgesehen vom Niveau insgesamt einen ähnlichen Verlauf. Zu Beginn, in der Altersspanne der 15- bis 24-Jährigen, fallen die Werte zunächst ab und erreichen ihr Minimum bei Männern etwa im Alter

von 30 Jahren, bei Frauen etwas früher etwa bei einem Alter von 25 Jahren. Von da an nehmen die im weiteren Altersverlauf deutlich zu.

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

Abbildung 11: Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2018



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

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

In den jüngeren Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Abstand am häufigsten. Bei den unter 20-Jährigen ist im Vergleich zu den Mitgliedern in den mittleren Altersgruppen die Fallzahl mit 204 Fällen pro 100 Versicherte fast doppelt so hoch.

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

Mit anderen Worten: Jüngere Arbeitnehmer werden in der Regel zwar häufiger, allerdings meist nur wenige Tage krank. Eine durchschnittliche Erkrankung eines 15- bis 19-Jährigen dauerte beispielsweise nur 5,6 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 17,4 Tage.

Wegen der kurzen Falldauer wirkte sich die sehr viel größere Fallhäufigkeit der jüngsten Mitglieder nur in einem etwas höheren

Höchste Zahl von AU-Fällen bei den jüngsten Mitgliedern

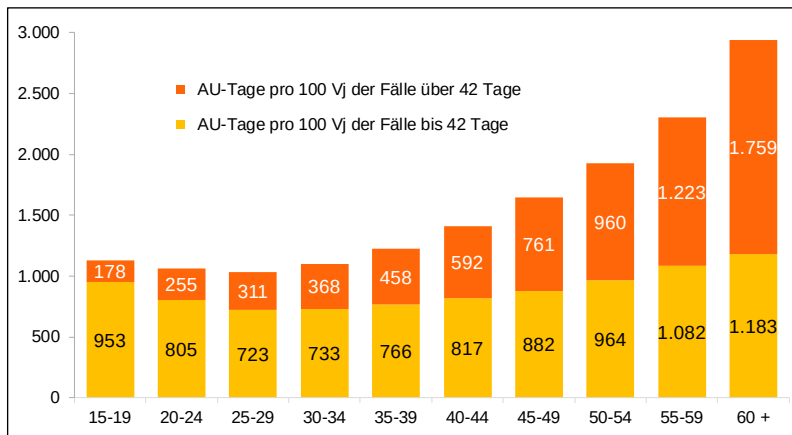
Schwerpunktthema 2011: „Gesundheit junger Arbeitnehmer“

Mit zunehmendem Alter dauern Arbeitsunfähigkeiten länger

Krankenstand aus (vgl. Abbildung 10). Die längere durchschnittliche Falldauer der älteren Mitglieder ist darauf zurückzuführen, dass Langzeitarbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer im Altersverlauf zunehmen und einen erheblich größeren Anteil am Krankheitsgeschehen haben.

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

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

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

Während bei den 15- bis 19-Jährigen lediglich ein Anteil von 15,7 Prozent (178 von (178+953)) des Krankenstandes auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, beträgt dieser Wert in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 59,8 Prozent (1.759 von (1.759+1.183)). Mit anderen Worten: Bei den über 60-Jährigen werden knapp 60 Prozent des Krankenstandes durch Erkrankungen von über sechs Wochen Dauer verursacht.

3. Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Auswertung der medizinischen Diagnosen

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

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

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

3.1 Die wichtigsten Krankheitsarten

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Erkrankungstagen und damit am Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit sind in Abbildung 13 dargestellt.

Abbildung 14 zeigt die Anteile dieser Krankheitsarten an den Erkrankungsfällen.

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie psychische Erkrankungen entfallen 2018 mehr als die Hälfte aller Fehltage (52,1 Prozent)⁵:

Muskel-Skelett-Erkrankungen auch 2018 an der Spitze

Im Jahr 2018 hatten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems einen Anteil von 20,9 Prozent am Krankenstand. Mit 324,8 AU-Tagen je 100 Versicherte lag diese Krankheitsart – wie schon in den Vorjahren – beim Tagevolumen an der Spitze. Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit lagen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 17,3 Erkrankungsfällen pro 100 Versicherte an zweiter Stelle.

Die Fehltage wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind 2018 im Vergleich zum Vorjahr (2017: 326,9 AU-Tage pro 100 Versicherte) gesunken.

Gesundheitsreport 2017

In der Hauptgruppe der Muskel-Skelett-Erkrankungen stellen die Rückenerkrankungen den größten Teilkomplex dar. Mehr Informationen hierzu bieten Sonderauswertungen innerhalb des DAK-Gesundheitsreports 2017.

Atemwegserkrankungen weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: 2018 entfielen 29,5 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitsfälle auf derartige Diagnosen. 100 ganzjährig Versicherte waren im Durchschnitt 36,2 Mal wegen Diagnosen aus dieser Krankheitsart arbeitsunfähig.

⁴ Vgl. (DIMDI 2015a).

⁵ Abweichungen in der Summenbildung können rundungsbedingt auftreten.

Bei den meisten Erkrankungen des Atmungssystems handelt es sich um eher leichte Erkrankungen, denn die durchschnittliche Falldauer von 6,9 Tagen ist vergleichsweise kurz. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dauern durchschnittlich 18,7 Tage. Noch länger dauern psychische Erkrankungen (durchschnittlich 33,7 Tage).

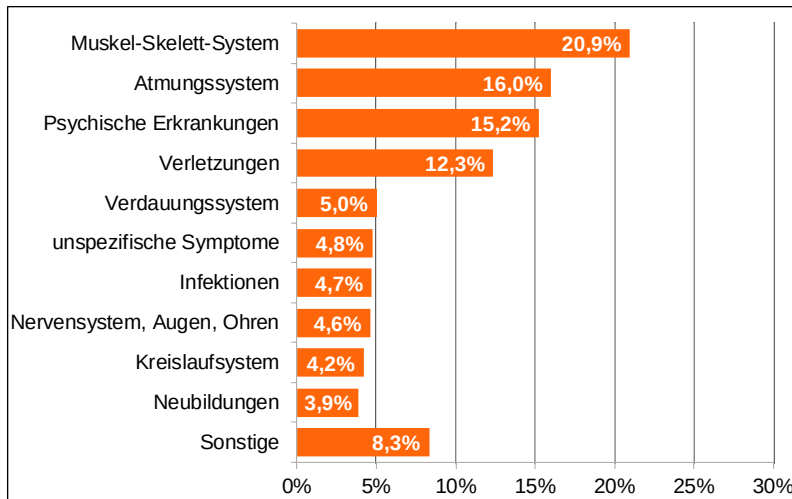
An dritter Stelle hinsichtlich des AU-Tage-Volumens stehen die psychischen Erkrankungen mit 15,2 Prozent der Ausfalltage. Im Vergleich zum Vorjahr ist mit 236,0 AU-Tagen pro 100 Versicherte ein Rückgang der Fehltage festzustellen (2017: 249,9 AU-Tag).

Nach epidemiologischen Studien gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen. Die gestiegene Bedeutung von psychischen Erkrankungen hat die DAK-Gesundheit bereits mit Sonderanalysen in den Gesundheitsreporten 2002, 2005 und 2013 berücksichtigt. Die aktuellen Entwicklungen dazu finden Sie im nachfolgenden Abschnitt.

Rückgang der AU-Tage wegen Psychischen Erkrankungen

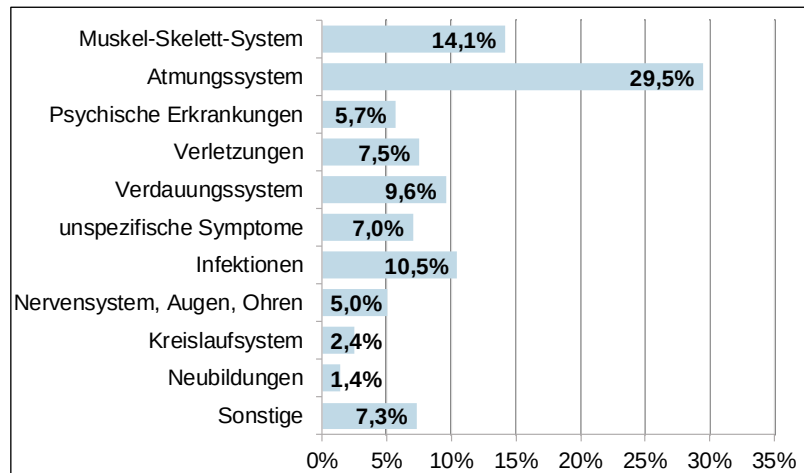
Psychische Erkrankungen Schwerpunkt in den Jahren 2002, 2005 und 2012

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

Leichter Anstieg der AU-Tage wegen Verletzungen

Verletzungen weisen mit 191,4 AU-Tagen pro 100 Versicherte einen Anteil von 12,3 Prozent am Krankenstand auf. Der Anteil der Fehltage durch Verletzungen am Gesamtkrankenstand ist damit leicht gestiegen (2017: 11,9 Prozent). Der einzelne Fall dauerte im Durchschnitt 20,8 Tage und es traten 2018 insgesamt 9,2 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte auf. Im Vergleich zum Vorjahr stieg das AU-Volumen (2017: 177,6 AU-Tage pro 100 Versicherte) an, die Fallzahl stieg ebenfalls etwas an (2017: 8,8 AU-Fälle pro 100 Versicherte).

Krankheiten des Verdauungssystems hatten 2018 einen Anteil von 5,0 Prozent am Krankenstand. Damit ist ihr Anteil am Krankenstand konstant geblieben (2017: Anteil von 5,0 Prozent). Generell sind Erkrankungen dieses Diagnosespektrums von vergleichsweise kurzer Falldauer, dafür eher von größerer Häufigkeit. In 2018 traten 11,7 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte mit einer durchschnittlichen Falldauer von 6,6 Tagen auf. Daraus resultiert ein Fehltagevolumen von 78,0 Tagen pro 100 Versicherte.

Unter den zehn wichtigsten Krankheitsarten befinden sich über die genannten hinaus Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, Infektionen und parasitäre Krankheiten, Erkrankungen des Nervensystems, der Augen und der Ohren, Kreislauferkrankungen sowie Neubildungen (u. a. Krebserkrankungen). Unter die Diagnosegruppe „unspezifische Symptome“ fallen Krankheitssymptome oder (Labor-) Befunde, deren Ursache (bisher) nicht festgestellt werden kann. Dies können u. a. körperliche Beschwerden ohne zugrundeliegende bzw. feststellbare krankhafte Organveränderungen sein (z. B. Schmerzen, für die keine Grunderkrankung gefunden werden kann).

Aktuelle Entwicklungen bei psychischen Erkrankungen

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

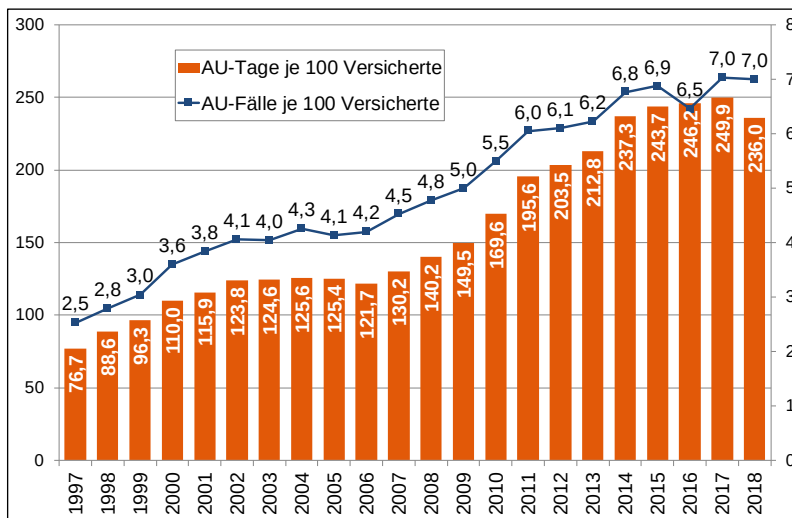
Im DAK-Gesundheitsreport 2013 finden sich zahlreiche Sonderanalysen zu diesem Thema. Die nachfolgenden beiden Abbildungen fassen die aktuellen Entwicklungen zusammen.

Es zeigt sich in Abbildung 15, dass im Jahr 2018 erstmals seit 2006 die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen zurückgegangen ist. Mit 236,0 Fehltagen bezogen auf 100 Versichertenjahre sind es 5,6 Prozent weniger als im Vorjahr. Die Zahl der Krankschreibungsfälle blieb konstant bei 7,0 Fällen je 100 Versichertenjahre im Jahr 2018.

Der in den vergangenen Jahren beobachtete Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen setzt sich im Jahr 2018 nicht fort.

Erstmaliger Rückgang der AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen; Fallzahl auf konstantem Niveau

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

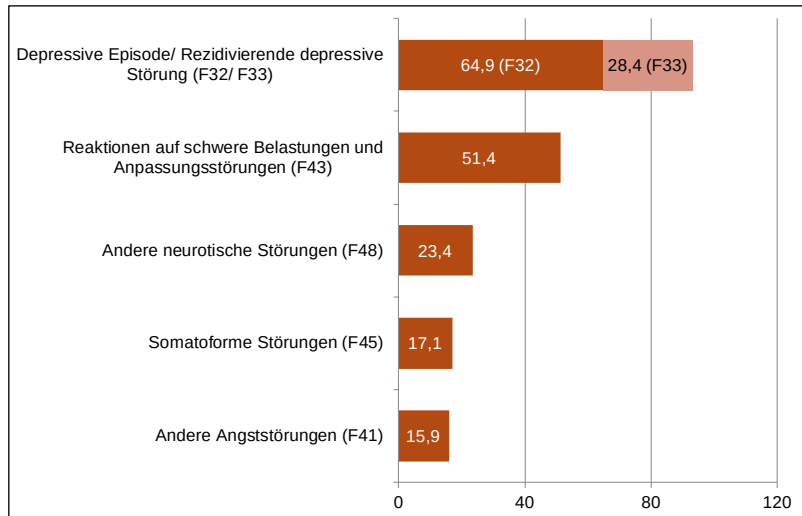


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997–2018.

Welche Einzeldiagnose sich in welchem Umfang hinter den psychischen Erkrankungen (ICD 10 F00-F99) im Einzelnen verbirgt, zeigt

Abbildung 16, in der die Fehltage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen dargestellt sind. Die weitaus meisten Fehltage werden demnach durch Depressionen verursacht.

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

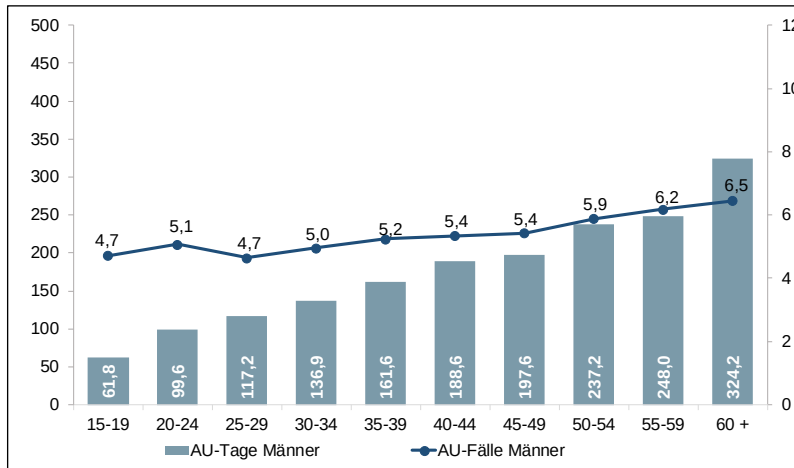


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

Frauen verzeichnen bei psychischen Erkrankungen deutlich mehr Fehltage als Männer.

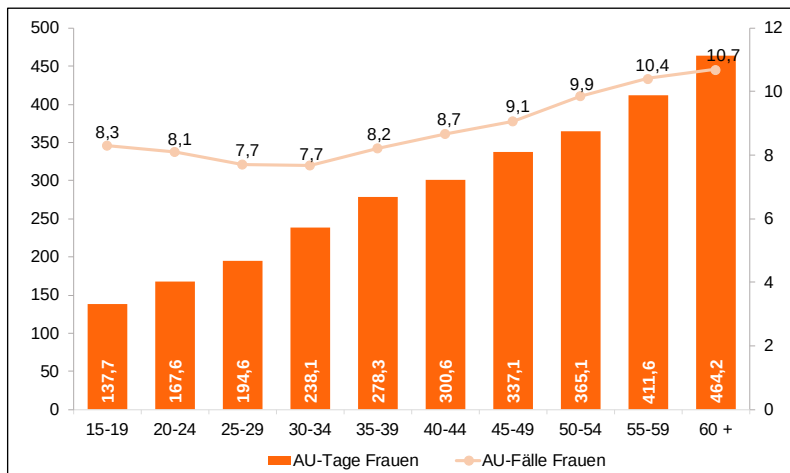
Die Zahl der AU-Tage für psychische Erkrankungen nehmen bei beiden Geschlechtern mit dem Alter kontinuierlich zu. Insgesamt liegt die Zahl der Fehltage für psychische Erkrankungen bei Frauen über denen der Männer (Frauen 298,1 Fehltage je 100 Versicherte gegenüber 183,0 bei Männern). Die Veränderung der durchschnittlichen Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle mit dem Altersgang fällt bei Männern deutlich moderater aus als bei Frauen.

Abbildung 17: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Männer



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2018.

Abbildung 18: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Frauen



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2018.

3.2 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

**Muskel-Skelett-
Erkrankungen:
Auf Platz eins bei
Männern und
Frauen**

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems haben bei Männern mit einem Anteil von 23,0 Prozent an den AU-Tagen eine größere Bedeutung als bei Frauen (18,8 Prozent). Somit liegen die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems bei Frauen und Männern an erster Stelle. Die psychischen Erkrankungen nehmen bei den Frauen den zweitgrößten Anteil am Gesamtkrankenstand ein (18,0 Prozent).

**Verletzungen:
Größere
Bedeutung bei
Männern**

Auf Platz zwei folgen bei Männern Verletzungen und Vergiftungen. Hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand haben diese bei den Frauen eine deutlich geringere Bedeutung als bei den Männern (15,1 Prozent bei den Männern gegenüber 9,5 Prozent bei den Frauen). Bei Frauen steht diese Erkrankungsgruppe erst an vierter Stelle.

An dritter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten stehen bei den Männern Atemwegserkrankungen mit einem Anteil von 15,0 Prozent.

Bei den Frauen stehen Atemwegserkrankungen ebenfalls an dritter Stelle mit einem Anteil von 17,0 Prozent an den AU-Tagen.

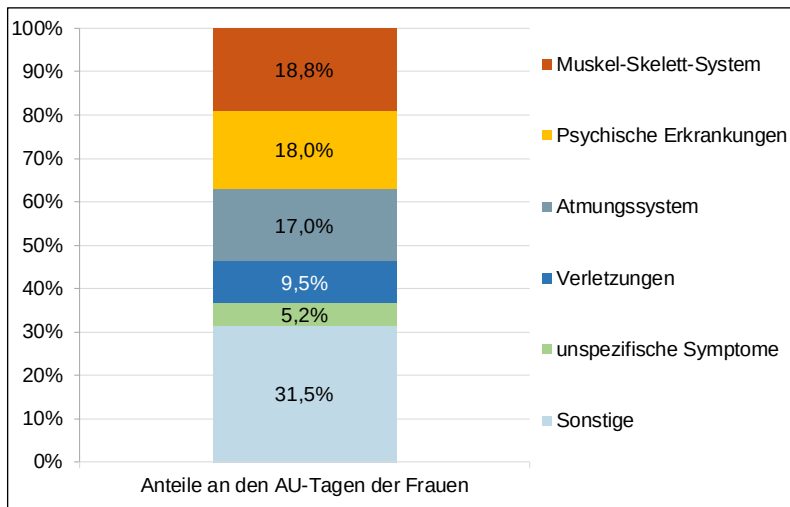
An vierter Stelle stehen bei den Männern die psychischen Erkrankungen mit einem Anteil von 12,5 Prozent am Gesamtkrankenstand.

**Erkrankungen
des Verdauungs-
systems Platz
fünf bei Männern**

An fünfter Stelle stehen bei Männern die Erkrankungen des Verdauungssystems mit einem Anteil von 5,5 Prozent am Krankenstand. Mit einem Anteil von 4,5 Prozent nehmen diese Erkrankungen bei Frauen keinen der vorderen fünf Plätze ein.

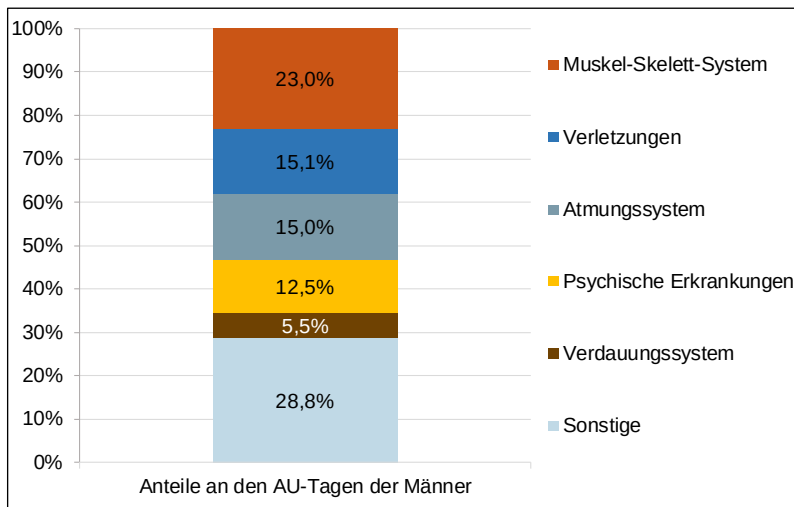
Bei Frauen stehen an fünfter Stelle mit einem Anteil von 5,2 Prozent an den AU-Tagen unspezifische Symptome, die bei Männern nur einen Anteil von 2,5 Prozent am Krankenstand haben.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

Ferner wird aus Abbildung 19 und Abbildung 20 deutlich, dass bei Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (31,5 Prozent) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei Männern (28,8 Prozent). Dies ist besonders auf den bei Frauen im Vergleich zu den Männern hohen Anteil an Erkrankungen des Urogenitalsystems (2,3 Prozent im Vergleich zu 1,2 Prozent) und Schwangerschaftskomplikationen (1,7 Prozent) zurückzuführen.

3.3 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Erkrankungen des Muskel- Skelett-Systems im Alter

Abbildung 21 zeigt die Bedeutung der fünf wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 22 in den fünf höheren Altersgruppen. Wie aus den Abbildungen ersichtlich wird, steigt die Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, und zwar von 7,3 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen auf 26,7 Prozent bei den über 60-Jährigen.

Ursächlich für diesen Anstieg sind verstärkt langwierige chronisch-degenerative Erkrankungen im Alter (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2003 und 2017: „Rückenerkrankungen“).

Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Atmungs- systems bei den Jüngsten am höchsten

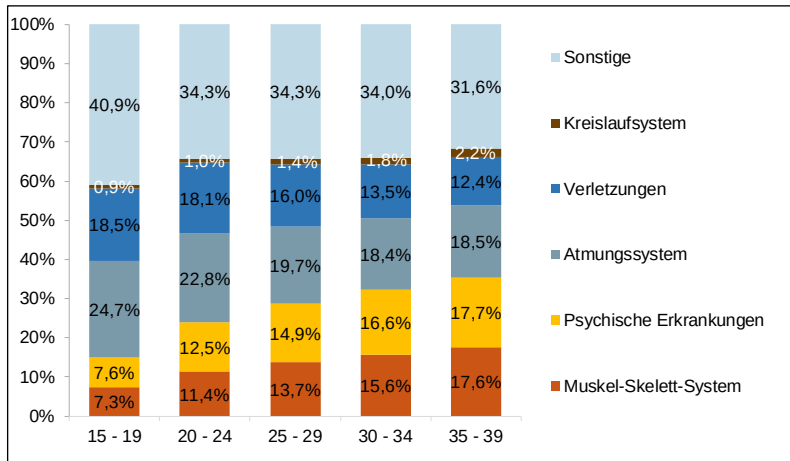
Bei den Erkrankungen des Atmungssystems verhält es sich genau umgekehrt: Ihr Anteil am Krankenstand ist in der jüngsten Altersgruppe mit 24,7 Prozent am höchsten. Mit den Jahren nimmt ihre Bedeutung für den Gesamt Krankenstand jedoch ab. Bei den über 60-Jährigen entfallen nur noch 11,6 Prozent aller Ausfalltage auf Erkrankungen mit dieser Diagnose (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2011: „Wie gesund sind junge Arbeitnehmer?“).

Fehltage aufgrund von Verletzungen sind mit zunehmendem Alter rückläufig

Auf die Krankheitsart Verletzungen entfallen bei den jüngsten Mitgliedern der DAK-Gesundheit 18,5 Prozent aller Krankheitstage. In der obersten Altersgruppe liegt ihr Anteilswert nur noch bei 10 Prozent. Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursache, was u. a. auf ein anderes Freizeitverhalten und eine größere Risikobereitschaft zurückgeführt werden kann.

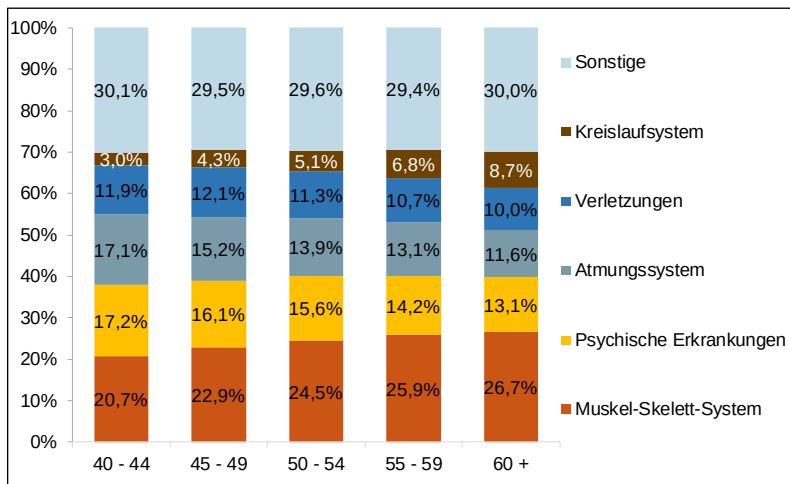
Der Anteil der psychischen Störungen am Gesamt Krankenstand steigt von 7,6 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 17,7 Prozent bei den 35- bis 39-Jährigen an. Ab dem 40. Lebensjahr nimmt die relative Bedeutung psychischer Erkrankungen (bei insgesamt steigendem Krankenstandsniveau) dann wieder ab. Ihr Anteil liegt bei den über 60-Jährigen nur noch bei 13,1 Prozent.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

Erkrankungen des Kreislaufsystems haben hinsichtlich ihrer Altersverteilung eine mit zunehmendem Alter ansteigende Bedeutung für den Krankenstand. Erkrankungen mit dieser Diagnose sind bei den 15- bis 19-Jährigen für 0,9 Prozent des Krankenstands verantwortlich, bei den über 60-Jährigen ist der Anteil mit 8,7 Prozent deutlich höher.

**Erkrankungen
des Kreislauf-
systems**

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

3.4 Die wichtigsten Einzeldiagnosen

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

Um Geschlechts- unterschiede erweiterte Tabelle im Anhang II

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

Rang 1: Infektion der Atemwege

An der Spitze der AU-Tage stehen aus der Gruppe der Atemwegserkrankungen die „Akuten Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (J06). An zehnter und sechzehnter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen zwei weitere wichtige Diagnosen aus dem Bereich der Atemwegserkrankungen, die zu den insgesamt 20 wichtigsten Einzeldiagnosen zählen: „Akute Bronchitis“ (J20) sowie „Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet“ (J40).

Rang 2: Rücken- beschwerden

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems „Rückenschmerzen“ (M54) finden sich als zweitwichtigste Einzeldiagnose. Weitere wichtige Einzeldiagnosen dieser Erkrankungsgruppe waren „sonstige Bandscheibenschäden“ (M51) sowie „Schulterläsionen“ (M75) und Binnenschädigung des Kniegelenkes (M23).

Rang 3: Depressive Episoden

Auf Rang 3 stehen „Depressive Episoden“ (F32). Weitere wichtige Einzeldiagnosen, die unter die psychischen Erkrankungen fallen, sind „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) sowie „Rezidivierende depressive Störungen“ auf Platz 5 (F33), „andere neurotische Störungen“ (F48), „andere Angststörungen“ (F41) und „Somatoforme Störungen“ (F45). Für alle psychischen Diagnosen gilt, dass ihr Anteil an den AU-Fällen erheblich geringer ist als ihr Anteil an den AU-Tagen. Das bedeutet, dass es sich hier zumeist um längerfristige Krankheitsfälle handelt.

Allgemeine Verletzungen auf Platz 14

Erst an vierzehnter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen 2018 die „Verletzungen einer nicht näher bezeichneten Körperregion“ (T14). Luxation, Verstauchungen und Zerrungen des

Knies (S83) und der Gelenke (S93) finden sich ebenfalls unter den 20 wichtigsten Diagnosen.

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fallen außerdem die so genannten Magen-Darm-Infektionen „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs“ (A09).

Darüber hinaus sind sonstige Viruserkrankungen zu finden, „Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation“ (B34). Ebenfalls unter den 20 wichtigsten Einzeldiagnosen findet sich der Brustkrebs „Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“ (C50).

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr:

Gegenüber dem Vorjahr sind nur wenige signifikante Veränderungen aufgetreten, die 0,5 Prozentpunkte oder mehr ausmachen.

Die Diagnose „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ stieg von 6,8 Prozent auf 7,3 Prozent.

Der Anteil der Diagnose „Depressive Episode“ fiel von 5,3 Prozent auf 4,2 Prozent in ihrer Bedeutung.

Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2018

ICD 10	Diagnose	Anteil AU-Tag	Anteil AU-Fälle
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	7,3%	15,0%
M54	Rückenschmerzen	5,3%	5,5%
F32	Depressive Episode	4,2%	1,1%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3,3%	1,8%
F33	Rezidivierende depressive Störung	1,8%	0,3%
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	1,8%	5,2%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,7%	0,6%
M75	Schulterläsionen	1,6%	0,6%
F48	Andere neurotische Störungen	1,5%	0,8%
J20	Akute Bronchitis	1,4%	2,3%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,3%	0,5%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,2%	2,6%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,1%	0,4%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,1%	1,1%
F45	Somatoforme Störungen	1,1%	0,6%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,1%	1,8%
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	1,0%	0,8%
F41	Andere Angststörungen	1,0%	0,3%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	0,9%	0,7%
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0,9%	0,1%
Summe		40,9%	42,3%

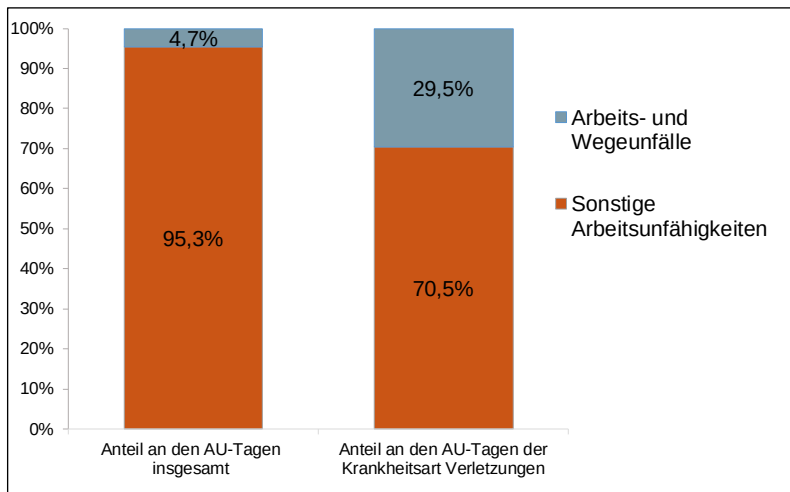
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

3.5 Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen

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

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

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

2018 wurden je 100 ganzjährig versicherter Mitglieder der DAK-Gesundheit 72,8 AU-Tage und 3,0 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamtankenstand betrug 4,7 Prozent.

Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier knapp 30 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr hat sich der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle am Gesamtankenstand (2017: 4,4 Prozent) leicht erhöht. Als Anteil an der Krankheitsart „Verletzungen“ sind Arbeits- und Wegeunfälle gegenüber dem Vorjahr (2017: 30,9 Prozent) auch geringfügig zurückgegangen.

4. Schwerpunktthema 2019: Alte und neue Süchte im Betrieb

4.1 Einleitung

Sucht und Abhängigkeit ist erstmals Thema eines Schwerpunkts des DAK-Gesundheitsreports. Der Schwerpunkt 2019 konzentriert sich dabei einerseits auf solche Suchterkrankungen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer seit vielen Jahren von Bedeutung sind, andererseits auf mögliche neue Abhängigkeiten, von denen in jüngerer Zeit behauptet wird, dass sie für Beschäftigte relevant sind bzw. relevanter werden.

**Alkohol- und
Tabakabhängigkeit
sind klassische
Beispiele für
Sucht**

Zur ersten Themengruppe gehören die „klassischen“ Suchterkrankungen Alkoholabhängigkeit und die Tabak- bzw. Nikotinsucht. Zur zweiten Gruppe gehört die Abhängigkeit von Computerspielen und die Abhängigkeit von sozialen Medien.⁶

Zu jeder der klassischen Süchte Alkohol- und Tabaksucht wird ermittelt, welche Rolle sie für Beschäftigte spielt bzw. welche Bedeutung ihr in der Arbeitswelt zukommt. Im Einzelnen:

- Welche Rolle spielen diese Suchterkrankungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, in der ambulanten Versorgung und in der stationären Versorgung?
- Welche Arzneimittel werden zur Behandlung dieser Süchte verordnet?
- Als wie verbreitet erweisen diese Süchte sich im Rahmen einer Prävalenzstudie in der Erwerbsbevölkerung?

4.1.1 Aufbau des Schwerpunktthemas

**Abschnitt 4.2:
Was ist Sucht
und
Abhängigkeit?**

Im Anschluss an diese Einleitung wird in Abschnitt 4.2 eine Einführung in das Thema Sucht und Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch von Substanzen, Substanzstörungen sowie Verhaltenssüchten gegeben. Insbesondere die Symptome bzw. Kriterien von Sucht und die Definitionen, wie sie durch die beiden weltweit wichtigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5⁷ gefasst sind, werden dargestellt.

⁶ Ein Anhang des Schwerpunkts Sucht stellt über diese beiden Gruppen von Abhängigkeit hinausgehend Daten zum Thema Opiode bereit, um der Frage nachzugehen, welche Anzeichen es gibt, dass die so genannte Opioid-Krise aus den USA auch in Deutschland stattfindet oder stattfinden könnte.

⁷ ICD-10: International Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter

In welchem Ausmaß sind Beschäftigte von Sucht und Abhängigkeit bzw. Substanzstörungen betroffen? Eine erste Aussage hierzu macht der Gesundheitsreport durch die Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten, von Daten zur ambulanten Versorgung sowie von Daten zur stationären Versorgung der DAK-Gesundheit. Hinzu kommt eine Analyse der Verordnungen bestimmter Medikamente, die im Rahmen der Suchttherapie verschrieben werden können. Diese Analysen ermöglichen Angaben zur administrativen Prävalenz von Sucht.

Eine besondere Analyse nutzt den Vergleich von Versicherten, die eine Diagnose aus dem Bereich der Sucht aufweisen⁸ mit solchen, die keine Anzeichen einer Suchterkrankung zeigen. Für beide Gruppen wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen dargestellt – diese Analyse erlaubt es, die vordergründig nicht in den Daten sichtbaren Folgen von Suchterkrankungen für die Arbeitswelt sichtbar zu machen.

Der DAK-Gesundheitsreport basiert neben diesen Sekundärauswertungen von Versichertendaten auch auf einer eigens für den Report durchgeführten repräsentativen Erhebung: Eine Befragung von 5.614 abhängig Beschäftigten. Auf Basis dieser Erhebung werden verschiedene Prävalenzstudien durchgeführt.

In Abschnitt 4.4 geht es um die Verbreitung der Tabak- bzw. Nikotinsucht. Hierbei wird auch die E-Zigarette berücksichtigt, durch die zwar kein Tabak verbrannt, durch die jedoch in der Regel Nikotin konsumiert wird. Analysen zur Verbreitung des Rauchens und der E-Zigarettenverwendung, zu den Gründen für das Rauchen und der Verwendung der E-Zigarette sowie zu den Folgen für die Arbeitswelt ergänzen die Prävalenzstudie zur Tabak- bzw. Nikotinsucht.

Abschnitt 4.5 ermittelt auf Basis der Beschäftigtenbefragung die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit und des schädlichen Alkoholgebrauchs bei abhängig Beschäftigten. Analog zur Studie zur Tabak- bzw. Nikotinsucht werden daneben die Verbreitung des Alkoholkonsums, Folgen für die Arbeitswelt und Gründe des Alkoholkonsums thematisiert.

Die (möglichen) Abhängigkeiten von Computerspielen und von sozialen Medien werden erst in jüngster Zeit erforscht und in Begriffen der Suchtmedizin zu verstehen versucht. Der DAK-Gesundheitsreport leistet in den Abschnitten 4.6 und 4.7 zu hiermit in Zusammenhang stehenden Fragen einen Beitrag, der insbesondere nützlich insofern ist, als dass er die Verbreitung dieser (behaupteten) Süchte unter Erwerbstätigen untersucht (während sich die meisten Studien dazu auf Kinder, Jugendliche und junge

Abschnitt 4.3: Substanz- störungen in den Daten der DAK- Gesundheit

Abschnitt 4.4: Prävalenzstudie zur Tabak- und Nikotinsucht unter Berücksichtigung der E-Zigarette

Abschnitt 4.5: Prävalenzstudie zur Alkoholabhängig- keit

Abschnitt 4.6 und 4.7: Prävalenz- studie zur Computerspiele- sucht und zur Abhängigkeit von neuen Medien

Gesundheitsprobleme), 10. Überarbeitung. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage.

⁸ Genauer: Eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Erwachsene konzentrieren). Auch in diesem Teil des Schwerpunkts werden die Verbreitung dieser Abhängigkeiten sowie verschiedene damit thematisch verwandte Aspekte untersucht.

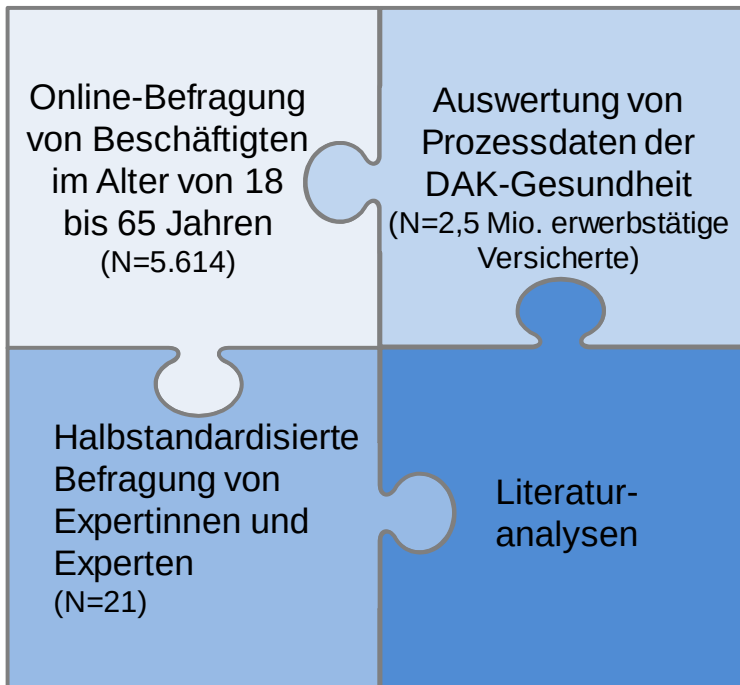
Abschnitt 4.8: Zusammenfassung und Fazit Eine Gesamtschau der Ergebnisse, eine Zusammenfassung sowie Schlussfolgerungen mit Blick auf die Arbeitswelt erfolgt in Abschnitt 4.8.

4.1.2 Datenquellen des Schwerpunkts

Datenquellen Die Ergebnisse dieses Reports stützen sich auf verschiedene Datenquellen (Abbildung 24). Hierbei handelt es sich zum einen um die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit, die durch weitere Daten der DAK-Gesundheit zu Arzneiverordnungen sowie zu ambulanten und stationären Behandlungen ergänzt werden. Darüber hinaus wurde eine standardisierte Online-Befragung von 5.614 abhängig beschäftigten Erwerbstätigen im Alter von 18–65 Jahren durchgeführt.

Eine weitere Datenquelle stellt eine halbstandardisierte Befragung von Expertinnen und Experten aus der suchtmmedizinischen Forschung und Praxis und dem Suchthilfesystem dar. Sie wurden u. a. zu Aspekten befragt, wie ein typischer Patient bzw. eine typische Patientin aussieht, der oder die wegen Computerspielesucht in der Praxis oder Klinik vorstellig wird; welche Rolle die Tabak-, welche Rolle die Alkoholsucht in der Arbeitswelt spielen; welche weiteren Süchte in der Arbeitswelt von Bedeutung sind. Der Experten-Fragebogen ist im Anhang dem Report beigelegt.

Abbildung 24: Dem Schwerpunktthema zugrunde liegende Datenquellen



4.1.3 Bevölkerungsbefragung: Methodik und Soziodemografie der Stichprobe

Die standardisierte Befragung von 5.614 Erwerbstätigen, d. h. abhängig Beschäftigte, sind die Basis für die Prävalenzstudien im Rahmen dieses Reports. Im Zentrum der Befragung stehen Instrumente zur Identifikation von Beschäftigten, die von den in Frage stehenden Abhängigkeiten betroffen sind:

- Der Alcohol Use Disorder Test (AUDIT)
- Der Penn State Cigarette Dependence Index
- Der Penn State E-Cigarette Dependence Index
- Die Social Media Disorder Scale
- Die Internet Gaming Disorder Scale

Die Instrumente werden im jeweiligen Abschnitt beschrieben.

Weiter werden mögliche Risiko- und Schutzfaktoren für Abhängigkeiten erfragt, darunter Arbeitsbedingungen und Soziodemografika sowie Gründe für den jeweiligen Konsum.

Die Befragung wurde im Dezember 2018 und Januar 2019 durch die forsa Politik- und Sozialforschung GmbH als Online-Befragung realisiert. Das von ForSa verwendete Panel befragt auch Personen ohne Internetanschluss (diese Gruppe nimmt mittels einer Box am Fernsehgerät an Befragungen teil), sodass es hier nicht zu einer

Die Befragung ist repräsentativ für die abhängig Beschäftigten in Deutschland.

Verzerrung dahingehend kommt, dass nur Personen mit Internetanschluss beteiligt wären. Die Rücklaufquote wird von Forsa mit 47 Prozent angegeben. Alle hier dargestellten Auszählungen und Analysen wurden durch das IGES Institut auf Basis des von forsa übernommenen Rohdatensatzes erstellt.

Die Befragten wurden auf Basis der Daten des Mikrozensus nach Alter, Geschlecht, Bildung und Bundesland gewichtet, so dass der Datensatz repräsentativ für die abhängig beschäftigte Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren in Deutschland ist. Tabelle 2 zeigt die Demografie der Befragten ohne Verwendung der Gewichtung. Tabelle 3 zeigt die Befragten nach Alter und Geschlecht mit verwendetem Gewicht. Alle weiteren Auswertungen basieren auf dem gewichteten Datensatz.

Tabelle 2: Befragte nach Alter und Geschlecht (ungewichtet)

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
18-29	190	3,4%	226	4,0%	416	7,4%
30-39	645	11,5%	590	10,5%	1.235	22,0%
40-49	942	16,8%	735	13,1%	1.677	29,9%
50-59	924	16,5%	741	13,2%	1.665	29,7%
60-65	371	6,6%	250	4,5%	621	11,1%
Gesamt	3.072	54,7%	2.542	45,3%	5.614	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019.

Tabelle 3: Befragte nach Alter und Geschlecht (gewichtet)

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
18-29	323	5,7%	320	5,7%	643	11,4%
30-39	791	14,1%	697	12,4%	1488	26,5%
40-49	811	14,4%	736	13,1%	1547	27,6%
50-59	689	12,3%	682	12,1%	1370	24,4%
60-65	295	5,3%	271	4,8%	566	10,1%
Gesamt	2908	51,8%	2706	48,2%	5614	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019.

Tabelle 4 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe nach Geschlecht und Schulabschluss. Hier ist zu konstatieren, dass die

Stichprobe keine Befragte ohne Schulabschluss enthält, sodass von einem gewissen Selektionsbias in Richtung zu hoher Bildung der Befragten auszugehen ist. Jeweils ein gutes Drittel der Männer haben einen mittleren Schulabschluss wie Abitur bzw. Fachabitur. Unter den Frauen haben 40 Prozent einen mittleren Abschluss und 43 Prozent Abitur oder Fachabitur.

Die Stichprobe setzt sich aus Arbeitern, Angestellten und Beamten zusammen. In beiden Geschlechtern stellen die Angestellten die Mehrheit – insbesondere bei den Frauen, die zu 85 Prozent Angestellte sind (Tabelle 5).

Tabelle 4: Befragte nach Geschlecht und höchstem Schulabschluss⁹

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Haupt- schule	740	26,9%	428	16,7%	1.168	22,0%
mittl. Abschluss	1.004	36,4%	1.025	40,1%	2.028	38,2%
(Fach-) Abitur	1.011	36,7%	1.104	43,2%	2.115	39,8%
Gesamt	2.755	100,0%	2.557	100,0%	5.312	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019.

Tabelle 5: Befragte nach Geschlecht und beruflicher Statusgruppe

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Arbeiter	651	22,4%	156	5,8%	807	14,4%
Ange- stellte	1.960	67,4%	2.310	85,4%	4.271	76,1%
Beamte	297	10,2%	240	8,9%	537	9,6%
Gesamt	2.908	100,0%	2.706	100,0%	5.614	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019.

Tabelle 6: Hinweise zur Darstellung der Befragungsergebnis bei fehlenden Werten und Teilgruppenauswertungen

Hinweis: Nicht alle Befragte antworteten auf alle Fragen. Dadurch gibt es bei den meisten Fragen fehlende Antworten. Der Anteil fehlender Angaben bewegt sich in der Regel in der Größenordnung von 1 Prozent oder weniger. Sie werden daher in

⁹ Bei den zu 5.614 fehlenden Befragten handelt es sich um Personen ohne Schulabschluss und um Befragte, die keine Angabe zu ihrem Schulabschluss gemacht haben.

den Tabellen und Grafiken nicht berichtet und ausgewiesen. Generell gilt also: auf zu 5.614 Fehlende kommen durch „keine Angabe“ bzw. die Antwort „weiß nicht“ zustande.

Einige Auswertungen beziehen sich nur auf einen Teil der Befragten, z. B. auf den Teil der Befragten, der Alkohol konsumiert. In diesen Fällen verringert sich die Anzahl der Befragten („N“) auf diese jeweilige Gruppe. Auch hier kann es wiederum „keine Angabe“ oder „weiß nicht“-Antworten geben, die diese Zahl verringert.

In vielen Fällen werden innerhalb einer Darstellung die Antworten zu mehreren Fragen dargestellt. In diesen Fällen kann die Zahl der Befragten, die auf diese Fragen geantwortet haben, unterschiedlich sind (i. d. R. sind diese Unterschiede gering). Hier wird für die Zahl der Befragten ein Bereich angegeben (z. B. N=3.861–3.917).

4.2 Was ist Sucht und Abhängigkeit?

4.2.1 Verhaltenssüchte: „Jede Richtung des menschlichen Interesses vermag süchtig zu entarten“¹⁰

„Bislang erscheinen diese Verhaltenssüchte (Computerspiele- und soziale Mediensucht) zahlenmäßig deutlich geringer zu sein als die ‚klassischen‘ Süchte und haben entsprechend eine geringere Bedeutung für die Arbeitswelt. Man muss hier immer wieder deutlich machen, dass ein Verhaltensexzess ja noch nicht automatisch eine Sucht ist. Erst wenn sich ein Leidensdruck wegen des Verhaltens aufbaut und das Verhalten zu Lasten beruflicher und sozialer Aktivitäten geht, ergibt sich ein Suchtcharakter. Dies ist weit seltener. Wie beim sozialen Trinken, welches durchaus schädlich sein kann, werden auch diese Verhaltensexzesse von vielen ‚schädlich‘ betrieben ohne die Kriterien einer Abhängigkeit zu erfüllen.“

Prof. Dr. Klaus Junghanns, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck

Suchtwissenschaftler beschränkten die Begriffe der Sucht und der Abhängigkeit traditionell auf Substanzen, insbesondere Alkohol und andere Drogen, die ganz klar eine körperliche Abhängigkeit fördern. In den letzten Jahrzehnten werden jedoch zunehmend auch problematische Verhaltensweisen mit dem Suchtbegriff beschrieben und als Verhaltenssüchte oder stoffungebundene Süchte beschrieben (Holden 2001: 980). Die idealtypische und am längsten anerkannte Verhaltenssucht ist die Glücksspielsucht. „Der Begriff [Verhaltenssucht] bezieht sich auf die Tatsache, dass sich zunächst normale, angenehme Tätigkeiten in unangepasste, immer wiederkehrende Verhaltensweisen verwandeln“ (DGPPN 2016: 3).

Was spricht dafür, Verhaltensweisen als Sucht verstehen zu wollen? Dafür spricht, dass das Belohnungszentrum im Gehirn in gleicher Weise wie bei stoffgebundenen Süchten aktiviert wird (DGPPN 2016: 2). „Es lässt sich vermuten, dass im Wesentlichen das verhaltensverstärkende Belohnungssystem mit seinem Botenstoff Dopamin involviert ist – ebenso wie es bei der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen angenommen wird“ (Grüsser-Sinopoli 2003¹¹). Auch Holden (2001: 980, eigene Übersetzung) betont die Rolle der Erkenntnisse der Hirnforschung für die Ausweitung des Suchtbegriffs auf Verhaltensweisen: „Neues Wissen über das Belohnungssystem des Gehirns, gewonnen v. a. durch hochentwickelte bildgebende Verfahren, legt nahe: eine Belohnung

**Eine stoff-
ungebundene
Sucht ist z. B. die
Glücksspielsucht**

**Bei Verhaltens-
süchten wird das
Belohnungs-
zentrum in
gleicher Weise
wie bei stoff-
gebundenen
Süchten aktiviert**

¹⁰ von Gebattel (1954, zitiert nach Mörsen (2011)).

¹¹ Zit. nach Interview in Dlubis-Mertens (2003: 514).

Die Kriterien des Abhängigkeits-syndroms lassen sich auf Verhaltenssüchte anwenden

ist eine Belohnung, ob sie von einer Chemikalie oder einer Erfahrung kommt“.

Für die Beschreibung bestimmter Verhaltensweisen als Sucht spricht weiter, dass die Kriterien des Abhängigkeitssyndroms sehr gut zu funktionieren scheinen: Craving, Kontrollverlust und Toleranzentwicklung sind auch bei Verhaltenssüchten gegeben. Selbst psychische und körperliche Entzugserscheinungen berichten Patienten, darunter depressive Verstimmungen. Gereiztheit und Ängste, als auch Zittern, innere Unruhe, Verdauungs- und Sexualstörungen (Dlubis-Mertens 2003: 513).

Schädliche Folgen treten bei Verhaltenssüchte ebenfalls ein: der finanzielle Ruin und die Zerrüttung der Familienverhältnisse bei abhängigen Glücksspielern steht hier wieder paradigmatisch für Verhaltenssucht (Dlubis-Mertens 2003: 513).

Die Ausweitung des Suchtbegriffs auf exzessive Verhaltensweisen ist nicht unumstritten

Die Ausweitung des Suchtbegriffs auf (exzessive) Verhaltensweisen ist nicht unumstritten. So argumentiert beispielsweise Hand (Hand 2018: 6f.), dass die klassische Suchtdefinition nur auf die wenigsten Menschen mit exzessivem Verhalten passt. Es sei falsch, diesen Betroffenen durch den Suchtbegriff zu verstehen zu geben, dass sie ihrem Suchtdruck hilflos ausgeliefert sind. Auch verlaufe exzessives Verhalten keinesfalls immer chronisch, so wie dies bei einer manifesten Sucht der Fall ist. Exzessives Verhalten sei ein ätiologisch sehr heterogenes Gebilde und keine übergeordnete Diagnose. Betroffene, so Hand, sollten eine Psychotherapie erhalten, die prüft, welche eigentliche Problematik hinter dem exzessiven Verhalten steht, statt in der Suchthilfe zu landen.

Im Zuge der Anerkennung der Computerspielesucht (Internet Gaming Disorder, IGD) äußern Kritiker die Sorge, dass die mehr oder weniger beliebige Ausweitung des Suchtbegriffs auf alle möglichen Verhaltensweisen dazu führt, dass der Suchtbegriff seine beschreibende und erklärende Kraft verliert (Király et al. 2015: 255). „Wenn jedes befriedigte Verlangen von Heroin bis hin zu Designerhandtaschen ein Abhängigkeitssymptom ist, dann erklärt der Begriff Alles und Nichts“ (Pies 2009: 31, eigene Übersetzung).¹²

Anerkennung der Verhaltenssüchte im DSM-5

Trotz der Kritik scheinen Suchtexperten der Ausweitung des Suchtbegriffs mittlerweile überwiegend positiv gegenüber zu stehen – was aber selbstverständlich nicht heißt, dass sich jede denkbare Verhaltensweise für den Suchtbegriff qualifiziert oder dass es in jedem Falle unumstritten wäre, welche Verhaltensweisen zu einer Abhängigkeit führen können. Die prinzipielle Anerkennung von nicht-stoffgebundenen bzw. Verhaltenssüchten drückt sich auch darin aus, dass das DSM-5 – im Unterschied zur Vorgängerversion DSM-4 – unter der Kategorie der „Substanzbezogenen und Abhängigkeitsstörungen“ sowohl stoffgebundene Süchte als auch

¹² Pies bedient sich hier eines Zitats von Amanda Heller.

die Glücksspielsucht als (bisher einzige) Verhaltenssucht umfasst (APA 2013: 481ff.).

Das Klassifikationssystem ICD wird dagegen erst in seiner elften Überarbeitung den Verhaltenssüchten Rechnung tragen: Die so genannte Gaming Disorder (6C51) wird in der Kategorie „Disorders due to substance use or addictive behaviours“ als „disorder due to addictive behaviours“ eingeordnet, gemeinsam (nur) mit der Glücksspielsucht (Gambling Disorder) (<https://icd.who.int/>).

Anerkennung der Verhaltenssüchte erst im ICD-11

„Die Parallelen zu anderen Suchterkrankungen sind verblüffend. Als ich vor 11 Jahren anfang, in diesem Bereich zu arbeiten, dachte ich auch erst an eine ‚Modeerscheinung‘, was sich aber bald ändern sollte. Die Patienten sind erheblich beeinträchtigt durch die Sucht, nehmen oftmals kaum noch am sozialen Leben teil, haben ein deutlich vermindertes Selbstwertgefühl, sind oft sozial isoliert und weisen vergleichsweise deutliche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit auf. Oftmals ist der Antrieb gemindert, außer hinsichtlich der Nutzung von Computerspielen. Die Lebensqualität ist erheblich eingeschränkt, Perspektivlosigkeit bestimmt die subjektive Wahrnehmung. Noch ein eher persönlicher Eindruck: Man merkt diesen Menschen an, dass sie sehr viele Entwicklungsschritte auf Grund der Sucht verpasst haben und das Aufholen ist ein sehr, sehr mühseliger Prozess, der oftmals ins Scheitern führt. Leider spielt auch unter diesen Patienten Suizidalität eine Rolle.

Computer-spielesucht

Auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind von Computerspielesucht betroffen, auch wenn die vorliegenden Zahlen eher andeuten, dass es viele Betroffene auf Grund der Sucht gar nicht in den Arbeitsmarkt schaffen. Viele der Patienten in den mittleren 20er oder auch 30er Lebensjahre haben so gut wie keine Berufserfahrung, haben sich eher minimalistisch durch ihr vom Spiel bestimmtes Leben geschlagen.

Natürlich gibt es aber auch Berufstätige unter den Betroffenen. Diese halten die Sucht meist geheim und schaffen es sehr gut, eine Fassade des Normalen aufrechtzuerhalten; zumindest bis zu einem gewissen Punkt. Also ja: auch unter Arbeitnehmern halte ich dieses Gesundheitsproblem für sehr relevant.“

Dr. Kai Müller, Ambulanz für Spielsucht, Universitätsmedizin Mainz

4.2.2 Sucht und schädlicher Gebrauch

Hier normaler Konsum, dort Sucht – diese landläufige dichotomisierende Vorstellung ist Suchtexperten zufolge

irreführend. Vielmehr gibt es „eine Vielzahl individuell ausgeprägter Suchtprobleme, die zu ganz unterschiedlichen sozialen und psychischen Folgeschäden führen können“ (Lindenmeyer 2013: 21). Zu den Konsummustern zählt Lindenmeyer häufige Rausche bzw. Konsumexzesse, Toleranzsteigerung, Toleranzminderung, Suchtmittelvergiftung, morgendlicher Konsum, Umsteigen auf härtere Substanzen, heimlicher Konsum, Konsum in „Gesellschaft unter Niveau“ und erfolglose Abstinenzversuche.

Dem trägt auch die Einordnung von Sucht und Abhängigkeit in der ICD-10 Rechnung. Das Abhängigkeitssyndrom ist dort nur eine unter mehreren Ausprägungen der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Zu den weiteren Ausprägungen der substanzbezogenen Störungen gehört die akute Intoxikation (z. B. „Komasaufen“), der Alkoholmissbrauch, der (noch) keine Sucht ist und Entzugerscheinungen (Tabelle 7).

Tabelle 7: Ausprägungen der Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10-F19) (Vierte Stelle der Kodierung)

4. Stelle ICD-10	Ausprägung
.0	Akute Intoxikation
.1	Schädlicher Gebrauch
.2	Abhängigkeitsyndrom
.3	Entzugssyndrom
.4	Entzugssyndrom mit Delir
.5	Psychotische Störung
.6	Amnestisches Syndrom
.7	Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
.9	Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

Quelle: DIMDI (2015b: 180f.). Beispiel: F10.2 ist die Alkoholabhängigkeit, F10.1 der schädliche Gebrauch von Alkohol.

Schädlicher Substanzgebrauch

Die Kategorie des schädlichen Gebrauchs ist in diesem Report vor allem für Alkohol relevant, weil im Zusammenhang mit Alkoholkonsum mehr als bei anderen Substanzen ein Kontinuum von risikoarmen über riskanten Konsum hin zu schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit angenommen wird. In den Ergebnissen der Beschäftigtenbefragung wird teilweise der schädliche Gebrauch

mit der Abhängigkeit zusammengefasst betrachtet. Das DSM-5 fasst unter der Bezeichnung Alcohol Use Disorder ebenfalls den schädlichen und den abhängigen Gebrauch zusammen.¹³

4.2.3 Definition und Kriterien des Abhängigkeitssyndroms

Ein Abhängigkeitssyndrom ist „eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln“ (DIMDI 2015b: 180). Eine Abhängigkeit ist von einem starken Wunsch geprägt, die Substanz, z.B. Alkohol, Opiode oder Nikotin einzunehmen. Hinzu kommen typischerweise Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, sowie ein anhaltender Substanzgebrauch selbst dann, wenn Betroffene das Auftreten schädlicher Folgen an sich selbst beobachten.

Abhängigkeits-syndrom

Zur Abhängigkeit gehört häufig auch, dass dem Konsum des jeweiligen Suchtmittels Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen eingeräumt wird. Toleranzentwicklung und ein körperliches Entzugssyndrom können hinzukommen (DIMDI 2015b: 180).

Gemäß ICD-10 liegt ein Abhängigkeitssyndrom genau dann vor, wenn mindestens drei der folgenden sechs Kriterien erfüllt sind (Dilling et al. 2011: 115, Lindenmeyer 2013: 22).

1. **Starkes Verlangen (Craving)**
2. **Kontrollverlust**
3. **Körperliches Entzugssyndrom**
4. **Toleranzentwicklung**
5. **Einengung auf den Suchtmittelkonsum**
6. **Anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen**

Kriterien von Abhängigkeit

Craving ist der starke Wunsch oder Zwang, das jeweilige Suchtmittel zu konsumieren.

Der **Kontrollverlust** bezieht sich auf den Beginn, das Ende und/oder die Menge des Konsums.

Ein körperliches **Entzugssyndrom** tritt auf, wenn der Konsum des jeweiligen Suchtmittels beendet oder reduziert wird. Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn (1) durch Beendigung oder Reduktion des Suchtmittelkonsums ein Entzugssyndrom tatsächlich erlitten wird oder (2) wenn eine gleiche oder ähnliche Substanz konsumiert wird, um ein Entzugssyndrom zu mildern oder zu vermeiden.

¹³ Das DSM-5 reagiert damit auf die Forschungslage, die die Differenzierbarkeit von Missbrauch und Abhängigkeit in Frage stellt und statt einer kategorialen Differenzierung ein dimensionales Störungsmodell mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden nahe legt (Rumpf et al. 2011: 45f.).

Toleranzentwicklung bedeutet, dass zunehmend höhere Dosen des jeweiligen Suchtmittels erforderlich sind, um die Wirkung zu erzielen, die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreicht wurde.

Das Kriterium der **Einengung auf den Suchtmittelkonsum** beschreibt die fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen, Aktivitäten, Interessen und Verpflichtungen zugunsten des Substanzkonsums und einen erhöhten Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.

Anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen liegt vor, wenn der Konsum trotz körperlicher, psychischer und/oder sozialer Schäden fortgesetzt wird. Genau genommen, ist das Kriterium nur dann erfüllt, wenn der Konsument sich dabei dieser Schädigungen wenigstens zu einem gewissen Grad bewusst ist.

Tabelle 8: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
F16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F18	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Quelle: DIMDI 2015: 181f.

Folgen von Suchtproblemen

Die Folgen von Suchtproblemen sind oder können sein: **körperliche Folgeschäden** wie Entzugerscheinungen und verschiedene Krankheiten; **soziale Folgeschäden** wie Partnerschaftskonflikte, Schulden und Konflikte am Arbeitsplatz; **psychische**

Folgeschäden wie verringertes Selbstwertgefühl, Gefühlsschwankungen, soziale Ängste (Lindenmeyer 2013: 22).

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z. B. Nikotin, Alkohol oder das Benzodiazepin Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z. B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen (DIMDI 2015b: 180).

Die hier dargelegte Definition des Abhängigkeitssyndroms und die Kriterien der Abhängigkeit beziehen sich (nur) auf die Abhängigkeit von einem stofflichen Suchtmittel, genauer: von einer psychotropen Substanz. Die ICD-10 ermöglicht es, die in Tabelle 7 genannten Substanzstörungen zu kodieren.

Stoffgebundene Süchte beziehen sich auf ein stoffliches Suchtmittel: auf eine psychotrope Substanz

4.2.4 Ursachen von Suchterkrankungen

Eine Suchterkrankung entwickelt sich in der Regel im Verlauf mehrerer Jahre schleichend und ist daher den Betroffenen als auch seinen Bezugspersonen lange Zeit nicht bewusst. Es ist in der Regel auch nicht festzustellen, ab welchem Moment ein Betroffener abhängig wurde (Lindenmeyer 2013: 22). Die Entstehung der Sucht verläuft in der Regel über die drei folgenden Schritte:

Eine Suchterkrankung entwickelt sich in der Regel im Verlauf mehrerer Jahre schleichend

1. Modelllernen und soziale Verstärkung sind für den ersten Konsum eines Suchtmittels von Bedeutung. Schon Kinder lernen am Vorbild der Erwachsenen beispielsweise, dass Alkohol eine angenehme Wirkung hat und dass Alkohol in bestimmten Situationen dazu gehört. In der Gleichaltrigengruppe machen sie dann als Jugendliche die Erfahrung, dass Suchtmittelkonsum angenehm enthemmt und zu Anerkennung der Peers führt. Risikofaktoren für einen exzessiven Suchtmittelkonsum sind ein sozial unangepasster Freundeskreis, Risikofreude, geringe Frustrationstoleranz und Impulsivität sowie geringe Kontrolle durch das Elternhaus des Jugendlichen (Lindenmeyer 2013: 24).
2. Der Suchtmittelkonsum wird mit der Zeit zur Gewohnheit und es ist in (vielen) bestimmten Situationen normal, zu konsumieren – so normal, dass, wenn doch auf das Suchtmittel verzichtet werden muss, der Verzicht ungewöhnlich und lästig ist. „Entscheidend ist aber, dass die Bildung jeder Gewohnheit automatisch dazu führt, dass alternative Verhaltensweisen seltener und damit immer ungewohnter und unangenehmer werden.“ (Lindenmeyer 2013: 24). Betroffene entwickeln für diese Situationen keine Sozialkompetenzen ohne Suchtmittel und sind in der Folge immer stärker auf die angenehme Wirkung des Suchtmittels angewiesen. In dieser Phase findet auch die Toleranzentwicklung des Körpers statt (Lindenmeyer 2013: 24).

**Aus Gewohnheit
kann u. U. eine
Sucht werden**

3. Wie wird nun aus der Gewohnheit eine Abhängigkeit? Zwei Faktoren führen gemäß Lindenmeyer (2013: 24) dazu: Der erste Faktor sind die unangenehmen Nachwirkungen des Suchtmittelkonsums, die bei jedem Suchtmittel auf die Phase der erwünschten angenehmen Hauptwirkung folgen. Sie sind zwar weniger ausgeprägt als die Hauptwirkung, dauern aber länger an. Eine allmähliche „Auftürmung“ der unangenehmen Nachwirkungen kann auftreten und dann die Form von Entzugserscheinungen annehmen. Diese wiederum üben einen starken Druck auf den Betroffenen aus, erneut das Suchtmittel zu konsumieren, um im Alltag funktionieren zu können. Außerdem verändern sich Neurotransmittersysteme im Gehirn, die zu einer mangelnden Selbstaktivierung des Belohnungssystems führen und die erst durch erneute Suchtmittelaufnahme ausgeglichen werden (Lindenmeyer 2013: 25, vgl. auch Redecker 2012).

Suchtgedächtnis

Der zweite Faktor, der dazu führt, dass aus einer Gewohnheit eine Sucht wird, wird mit der Metapher des „Suchtgedächtnisses“ beschrieben. Die neuronalen Aktivitäten im Belohnungszentrum konzentrieren sich auf jene Stimuli, die Belohnung ankündigen. „Eine Suchtmittelabhängigkeit wird somit als ein antizipatorischer Lerneffekt verstanden, der nur schwer zu überwinden bzw. zu vergessen ist. Da es sich bei der Anreizfunktion um unterschwellige Wahrnehmungs-, Assoziations- und Annäherungstendenzen handelt, haben die Betroffenen mitunter wenig Bewusstheit darüber, warum sie ihr Suchtmittel konsumieren (Lindenmeyer 2013: 25).

**Vereinfachende
Erklärungs-
versuche der
Suchtentstehung
sind oft falsch**

Vereinfachende Erklärungsversuche der Suchtentstehung weist Lindenmeyer (2013: 22) dagegen als Vorurteile zurück. Im Einzelnen sind die folgenden Erklärungsversuche unzulässig:

- Abhängigkeit ist keine Charakterfrage: Suchtmittelabhängige sind nicht besonders labile, willensschwache oder unbeherrschte Personen. (Lindenmeyer 2013: 23).
- Vererbung: Zwar gibt es genetisch bedingte Unterschiede, wie unser Körper auf Suchtmittel reagiert. Solche Unterschiede begünstigen die Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit jedoch nur, wenn Betroffene über einen langen Zeitraum größere Mengen des Suchtmittels konsumieren (Lindenmeyer 2013: 23).
- Das Leben von Suchtmittelabhängigen ist nicht zwangsläufig schwieriger oder unglücklicher verlaufen als das von nicht-Betroffenen. Weder eine schwere Kindheit noch dauernde Überlastung noch Schicksalsschläge können die Entstehung einer Sucht erklären (Lindenmeyer 2013: 23).

4.2.5 Sucht als Ursache für Erwerbsminderungsrente

Sucht ist eine wichtige Ursache für Erwerbsminderungsrenten. 5 Prozent der Neuzugänge in Erwerbsminderung unter Männern sind für das Jahr 2016 mit Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol begründet (Frauen: 1 Prozent). Auch Substanzstörungen durch Medikamente und Drogen führen zu Erwerbsminderung: 1 Prozent der EM-Renten-Zugänge unter den Männern und 0,4 Prozent unter den Frauen sind durch diese Diagnose begründet.

Tabelle 9: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI, Jahr 2016

Geschlecht versicherte Person	Männlich	Weiblich	Summe
Diagnosengrundgruppen (ab Berichtsjahr 2016 verwendbar)	Anteil	Anteil	
Krankheiten des Muskel-, Skelettsystems und des Bindegewebes	13%	13%	13%
Zerebrovaskuläre Krankheiten	5%	3%	4%
Ischämische Herzkrankheiten	3%	1%	2%
Krankheiten des Kreislaufsystems ohne zerebrovaskuläre u. ischämische (Herz-)Krankheiten	5%	2%	3%
Krankheiten des Verdauungssystems / Endokrine/Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	4%	3%	4%
Krankheiten des Atmungssystems	4%	3%	3%
Neubildungen	13%	13%	13%
Krankheiten des Urogenitalsystems	1%	1%	1%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	5%	2%	3%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Medikamente/Drogen	1%	0,4%	1%
Psychische Erkrankungen ohne Sucht	30%	47%	39%
Krankheiten des Nervensystems	7%	7%	7%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	0%	0%	0%

Quelle: DRV Bund: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI.

4.3 Administrative Prävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Suchterkrankungen können Ursache für krankheitsbedingte Fehltag sein, wenn Betroffene Angst haben, intoxiniert in den Dienst zu gehen, Zusammenbrüche, Entzugerscheinungen oder depressive Verstimmungen zu erleiden.“

Dr. Hubert Buschmann, Vorstandsvorsitzender des Fachverbandes Sucht (FVS e.V.)

4.3.1 Substanzstörungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

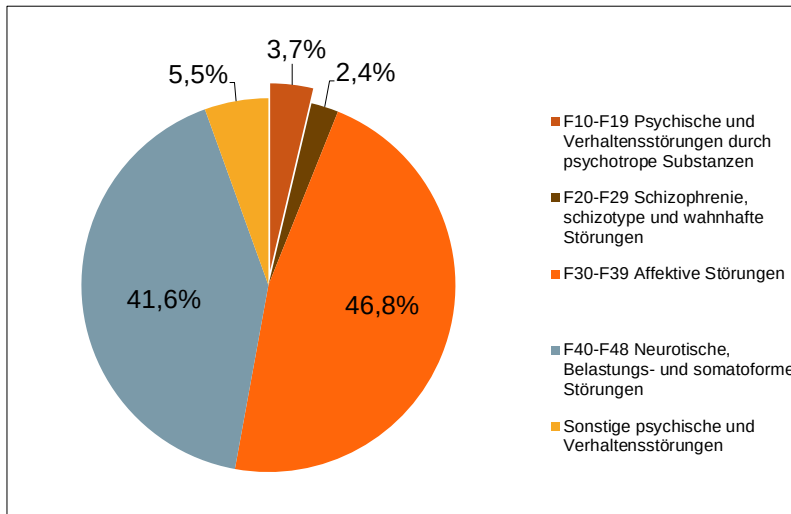
Dieser Abschnitt befasst sich zunächst mit der Frage, inwieweit sich Sucht im dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen niederschlägt, konkret also, wie viele Fehlzeiten den Krankschreibungen zuzuschreiben sind, für die auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eine oder mehrere Diagnosen aus der ICD-10 Gruppe Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) notiert sind. Darüber hinaus soll untersucht werden, welche strukturellen Auffälligkeiten es dabei für einzelne Beschäftigtengruppen gibt und wie sich das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Zeitverlauf entwickelt hat. Basis für diese Analyse bilden die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit der Jahre 2012 bis 2017.

Sucht innerhalb des Kapitels Psychische Erkrankungen

Mit der Bedeutung von psychischen Erkrankungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen befasst sich der DAK-Gesundheitsreport seit vielen Jahren. Die aktuelle Entwicklung ist in Kapitel 3.4 dargestellt. Danach machten im Jahr 2017 durch psychische Erkrankungen verursachte Fehlzeiten mit 249,9 AU-Tagen je 100 Versicherteng Jahre einen Anteil von 16,7 Prozent an allen Fehltagen aus.

In Abbildung 25 ist dargestellt, welchen Anteil Fehlzeiten durch Krankschreibungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen innerhalb des Kapitels psychische Erkrankungen ausmachen. Mit 9,3 AU-Tagen je 100 Versicherteng Jahre stellt die Diagnosegruppe F10–F19 einen Anteil von 3,7 Prozent an allen Fehltagen – verursacht durch psychische Erkrankungen – dar. Bezogen auf die Fehltag für alle Diagnosegruppen zusammen, haben diese Krankschreibungen einen Anteil von 0,62 Prozent (vgl. Tabelle 25). Neurotische und affektive Störungen dominieren die Anzahl an Fehltagen aufgrund von psychischen Erkrankungen

Abbildung 25: Anteil der AU-Tage der Erkrankungsgruppe psychische Erkrankungen



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

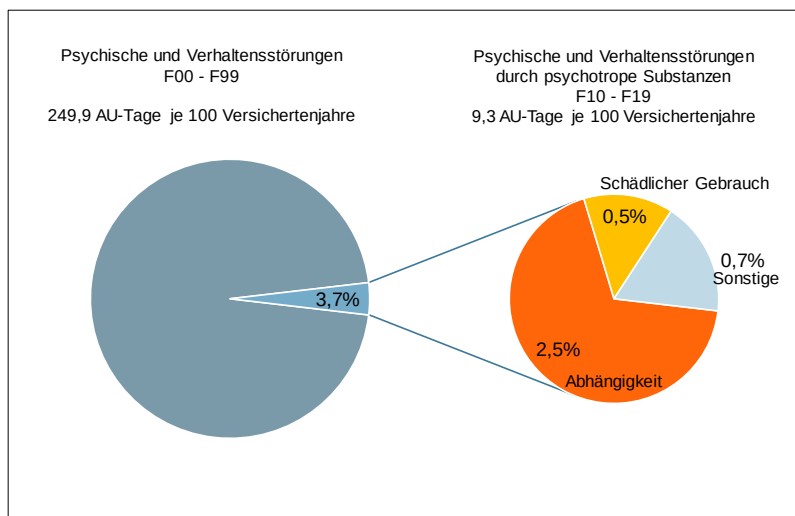
Von den 9,3 AU-Tagen je 100 Versichertenjahre entfallen 6,3 AU-Tage auf Krankschreibungen, in denen an der 4. Stelle der Diagnose ein Abhängigkeitssyndrom kodiert wurde, also eine Diagnose aus dem Spektrum F10.2–F19.2 (vgl. Abbildung 26). Bezogen auf alle Fehltage aufgrund einer Krankschreibung wegen psychischer Erkrankungen stellen diese einen Anteil von 2,5 Prozent dar. Auf die Notation schädlicher Gebrauch der Substanzen entfallen 1,3 AU-Tage je 100 Versichertenjahre und damit ein Anteil von 0,5 Prozent der Fehltage im Bereich der psychischen Erkrankungen. Alle anderen Notationen in der vierten Stelle der Diagnose spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Innerhalb der psychischen Erkrankungen stellt die Diagnosegruppe F10–F19 nur einen geringen Anteil dar. Wenn eine dieser Diagnosen auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung notiert wird, dann handelt es sich zum überwiegenden Teil (gemessen an den entstandenen Fehlzeiten) um ein Abhängigkeitssyndrom.

Das Abhängigkeits-syndrom dominiert im AU-Geschehen

3,7 Prozent der Fehltage psychische Erkrankungen entfällt auf die Gruppe F10–F19

Abbildung 26: Anteil der AU-Tage der Erkrankungsgruppe an allen AU-Tagen für psychische Erkrankungen

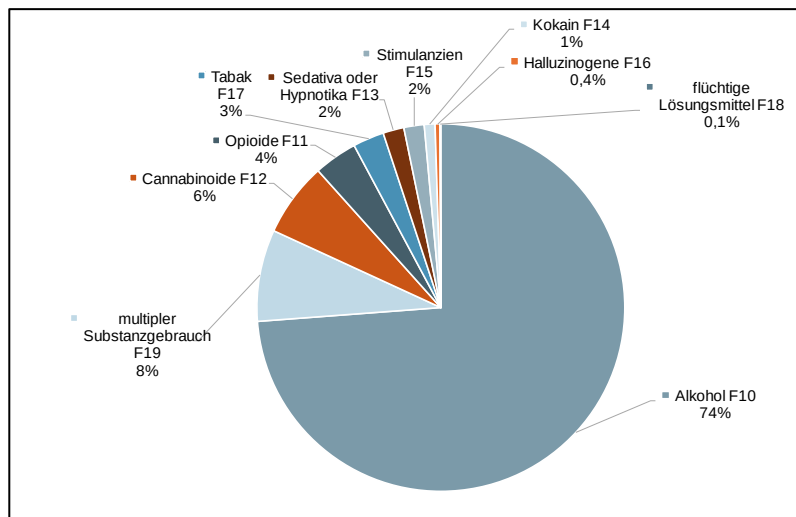


Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Die meisten Fehltag entfallen auf Alkohol

Die Verteilung der Fehltag auf die unterschiedlichen Substanzen, wie in Abbildung 27 dargestellt, zeigt, dass die Fehltag aufgrund der Diagnosegruppe F10–F19 dominiert werden durch psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10; 74 %). Mit deutlich geringeren Anteilen folgen Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (F19; 8 %) und Cannabinoide (F12; 6 %) an vierter Stelle folgen Opioide (F11; 4 %) und danach Tabak (F17; 3 %). Mit Blick auf Krankschreibungen spielt demnach der Alkohol die größte Rolle unter den Substanzen, alle anderen Substanzen werden im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen praktisch nicht sichtbar.

Abbildung 27: Anteil der Fehltag für einzelne Substanzgruppen an allen Fehltagen der Gruppe psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19)



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

4.3.1.1 Substanzstörungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Alter und Geschlecht

Auch wenn psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Substanzstörungen) im dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen eine deutlich untergeordnete Rolle spielen, lassen sich aufgrund der insgesamt sehr großen Datenbasis aller krankengeldberechtigten Mitglieder der DAK-Gesundheit (2,6 Mio. Versicherte) dennoch einige strukturelle Merkmale untersuchen.

In Tabelle 11 sind die wichtigsten Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen für die Diagnosegruppe F10–F19 und die Untergruppe F10.2–F19.2 (Abhängigkeitssyndrom) dargestellt. Bezogen auf 100 Versichertenjahre entfallen in der Diagnosegruppe insgesamt – so zeigt die Tabelle – auf Männer etwa doppelt so viele Fehltag wie auf Frauen (12,1 je 100 VSJ gegenüber 5,9 je 100 VSJ). Mit einem Anteil von 0,87 Prozent am Krankenstand ist der Anteil der Fehlzeiten, die durch die Diagnosegruppe F10–F19 verursacht werden, bei Männern zwar gering aber deutlich höher als bei Frauen (0,36 %).

Männer haben doppelt so viele Fehltag wie Frauen durch Substanzstörungen

**Substanz-
störungen im
Arbeitsunfähig-
keitsgeschehen
nur selten
dokumentiert**

Der Blick auf die Fallzahlen verdeutlicht nochmal die geringe Rolle im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Bezogen auf 100 Versichertenjahre sind es in der Diagnosegruppe F10-F19 0,3 AU-Fälle, also etwa drei Fälle pro 1.000 Beschäftigte, bei Männern etwa vier, bei Frauen weniger als zwei (1,7). Der Blick auf die durchschnittliche Falldauer einer Krankschreibung macht aber deutlich, dass es im Fall einer Krankschreibung zu sehr hohen Ausfallzeiten von rund 30 Tagen und in der Gruppe mit notiertem Abhängigkeitssyndrom sogar zu rund 48 Tagen kommt.

„Die reale Bedeutung von Suchterkrankungen wird aus der Arbeitsunfähigkeitsstatistik nicht deutlich. Sucht wird selten behandelt und ist hoch schambelastet. Häufig wird sie auch von Hausärzten nicht erkannt und nicht benannt.

Ein Problem ist, dass eine Psychotherapie bei Abhängigkeit von Gutachter erst bei Abstinenz genehmigt wird. Außerdem sind komorbide Störungen häufig. Der Konsum als Selbstmedikation, steht dann eventuell auch bei einer Krankschreibung nicht im Vordergrund.“

Dr. Eva-Maria Kraft, Psychotherapiepraxis Dr. Kraft

Tabelle 10: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen je 100 Versichertenjahre

		AU-Tage	AU-Fälle	Falldauer	Anteil am Krankenst and
F10–F19	Gesamt	9,3	0,30	30,5	0,62%
	Männer	12,1	0,42	29,2	0,87%
	Frauen	5,9	0,17	34,0	0,36%
F10.2– F19.2	Gesamt	6,3	0,13	47,9	0,42%
	Männer	8,3	0,18	44,8	0,59%
	Frauen	4,1	0,07	57,5	0,25%

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Der differenzierte Blick auf die Zahl der Fehltage für die Diagnosegruppe F10–F19 nach Altersgruppen, jeweils für Männer und Frauen in Abbildung 28 dargestellt, zeigt für beide Geschlechter einen mit zunehmendem Alter steigenden Verlauf. Um trotz der relativ geringen Fallzahlen eine möglichst robuste Darstellung der Altersprofile zu erhalten, wurden die Zahlen der Jahre 2015 bis 2017 im Mittelwert dargestellt.

Bei Männern zeigt sich ein erster Höhepunkt der Fehlzeiten in der Altersspanne zwischen 30 und 44 Jahren, im weiteren Verlauf dann eine stärkere Zunahme bis zur Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen. Bei Frauen steigt die Zahl der Fehltage bis zur Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen zunächst quasi linear an und entwickelt sich danach ebenfalls stärker zunehmend bis zur Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen. In den oberen Altersgruppen entwickelt sich die Zahl der Fehltage wieder deutlich rückläufig, bei Frauen früher als bei Männern.

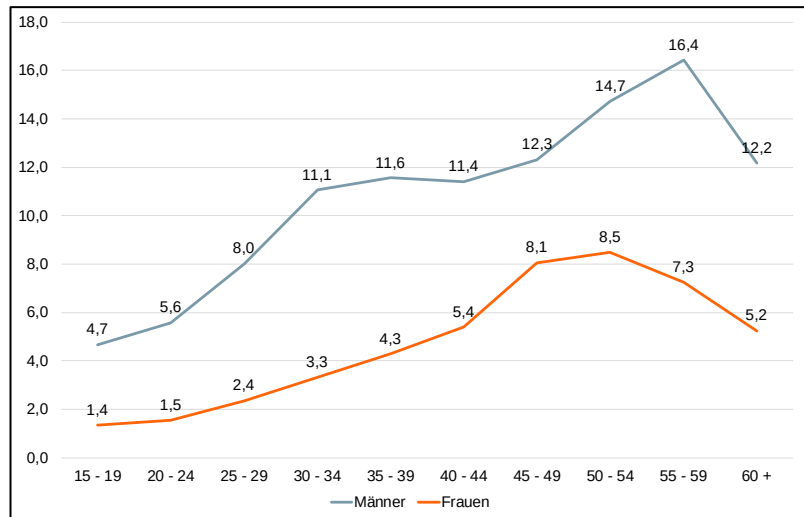
Dieser Effekt deutet darauf hin, dass die betroffenen Beschäftigten schon vor Erreichen des Rentenalters aus der Erwerbstätigkeit ausscheiden und die verbleibende Gruppe dann weniger betroffen ist von Krankschreibungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Healthy-Worker-Effekt). Das ist insofern eine Besonderheit in dieser Diagnosegruppe, weil es sich im Kapitel der Psychischen Erkrankungen insgesamt (F00–F99) anders darstellt. Hier steigt die Zahl der Fehltage bis hin zur obersten Altersgruppe kontinuierlich an, ein Healthy-Worker-Effekt ist dort nicht zu erkennen.

Dass psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, die den größten Anteil in der Diagnosegruppe F10-F19 darstellen, eine nennenswerte Rolle beim Zugang zur Erwerbsminderungsrente nach SGB VI spielen, zeigt auch die Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund, die diese Diagnosegruppe als eine der wichtigsten Einzeldiagnosen aufzählt (vgl. dazu Abschnitt 4.2.5 Tabelle 9).

Zahl der Fehltage durch Substanzstörungen steigt mit dem Alter

Hinweise zu vorzeitigem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben bei Substanzstörungen

Abbildung 28: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Fehltage je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen und Geschlecht



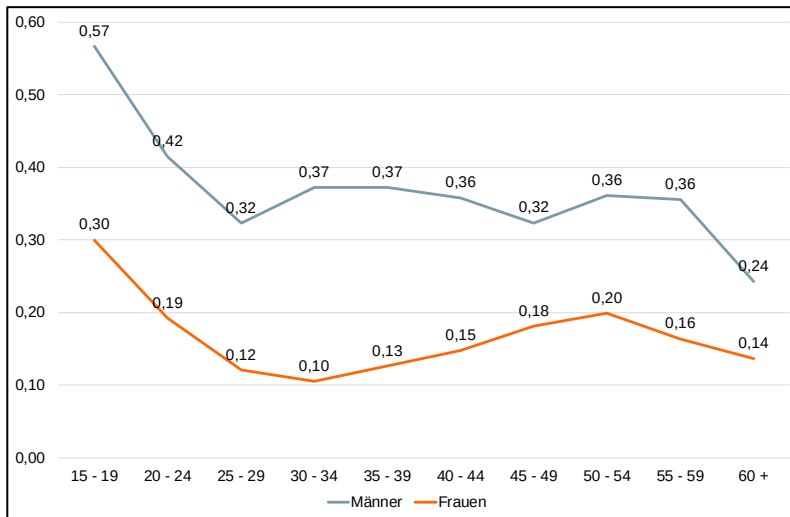
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2015–2017 (Mittelwert).

Der Blick auf die Häufigkeit von Krankschreibungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Altersverlauf zeigt, dass es am häufigsten in den unteren Altersgruppen zu Krankschreibungen mit diesen Diagnosen kommt. Dargestellt sind auch hier die Werte im Jahresmittel 2015 bis 2017. So entfallen, bezogen auf 100 Versichertenjahre, 0,57 Fälle von Arbeitsunfähigkeit auf Männer in der Altersgruppe bis 19 Jahren.

Hohe Fallhäufigkeit bei jungen Erwerbstätigen

Im weiteren Altersverlauf pendelt sich der Wert auf etwa 0,36 Fälle ein, danach sinkt der Wert auf 0,24 Fälle. Auch bei Frauen findet man die größte Fallhäufigkeit in der untersten Altersgruppe, danach fällt der Wert ab bis zur Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen, wo es auf 1.000 Beschäftigte gerade mal zu einem Fall pro Jahr kommt. Danach steigt die Fallzahl wieder langsam an und sinkt ebenfalls in den oberen Altersgruppen wieder ab.

Abbildung 29: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): AU-Fälle je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2015–2017 (Mittelwert)

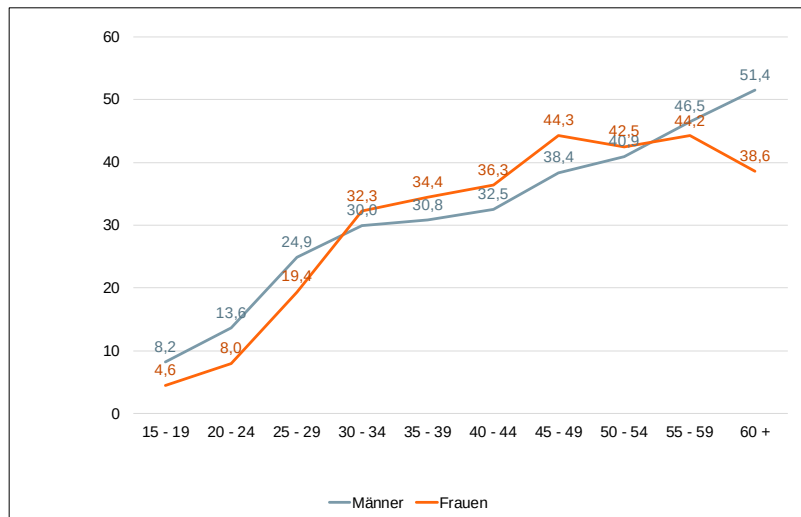
Dass es trotz der relativ hohen Fallzahlen in den unteren Altersgruppen hier nicht zu den meisten Fehltagen kommt, liegt an der relativ kurzen Falldauer bei Krankschreibungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen in dieser Altersgruppe.

Abbildung 30 zeigt, dass eine Krankschreibung der Diagnosegruppe im Jahresmittel 2015 bis 2017 für die 15- bis 19-jährigen Beschäftigten durchschnittliche 8,2 Kalendertage bei Männern und 4,6 bei Frauen dauert.¹⁴ Die Falldauer steigt dann im Altersverlauf allerdings deutlich an und nimmt zumindest bei Männern dann auch in der oberen Altersgruppe nicht mehr ab. In der Altersgruppe der über 60-jährigen Männer dauert eine Krankschreibung in der Diagnosegruppe dann über 50 Tage im Jahresmittel 2015 bis 2017 und stellt damit zwar ein sehr seltenes aber dennoch schwerwiegendes Ereignis dar, dass wahrscheinlich dann auch häufig zum frühzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben führt.

Falldauer der Krankschreibungen steigt mit dem Alter sehr deutlich

¹⁴ Zur Interpretation dieser Falldauern sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass das dokumentierte Arbeitsunfähigkeitsgeschehen die Fälle von Krankmeldungen ohne ärztliche Krankschreibung nicht berücksichtigen kann, da dafür den Krankenkassen keine „Meldungen“ vorliegen. Nicht mitgezählt werden also insbesondere solche Krankmeldungen, für die Arbeitgeber aufgrund von kurzer Dauer (in aller Regel bis zu drei Tagen) keine Vorlage einer Krankschreibung verlangt.

Abbildung 30: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Falldauer in Tagen nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2015–2017 (Mittelwert).

4.3.1.2 Substanzstörungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Branchen

Die Differenzierung der Fehlzeiten verursacht durch Substanzstörungen nach Branchen zeigt überdurchschnittlich viele Fehltage insbesondere in den Branchen, die auch bezogen auf alle Erkrankungsgruppen einen hohen Krankenstand aufweisen. In Abbildung 31 sind die Fehltage pro 100 Versichertenjahre für die einzelnen Branchen dargestellt.

Die meisten Fehltage durch Substanzstörungen im Gesundheitswesen

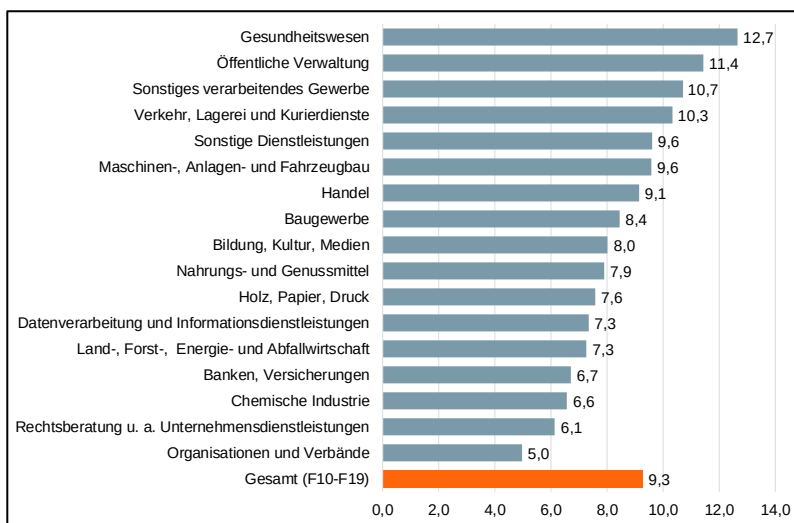
Deutlich über dem Durchschnittswert von 9,3 AU-Tagen pro 100 Versichertentage liegt das Gesundheitswesen mit einem Wert von 12,7 Fehltagen, die Branche öffentliche Verwaltung (11,4 Fehltage je 100 Versichertenjahre), das verarbeitende Gewerbe und auch die Branche Verkehr, Lagerei und Kurierdienste verzeichnen ähnlich viele Fehltage.

Viele Fehltage durch Sucht in Branchen mit insgesamt hohen Krankenständen

Abbildung 32 stellt für die Branchen dar, welchen Anteil die Diagnosegruppe psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen am Krankenstand insgesamt hat. Dargestellt sind die Branchen in der gleichen Reihenfolge wie in Abbildung 31, also sortiert nach dem Fehltagevolumen. Es wird deutlich, dass für die drei Branchen, die auf den ersten drei Plätzen genannt sind, der Anteil am Gesamt Krankenstand in etwa gleich groß ist (0,72 %–0,74 %). Die Bedeutung für den Krankenstand insgesamt ist also in etwa gleich groß. Weiter unten folgen

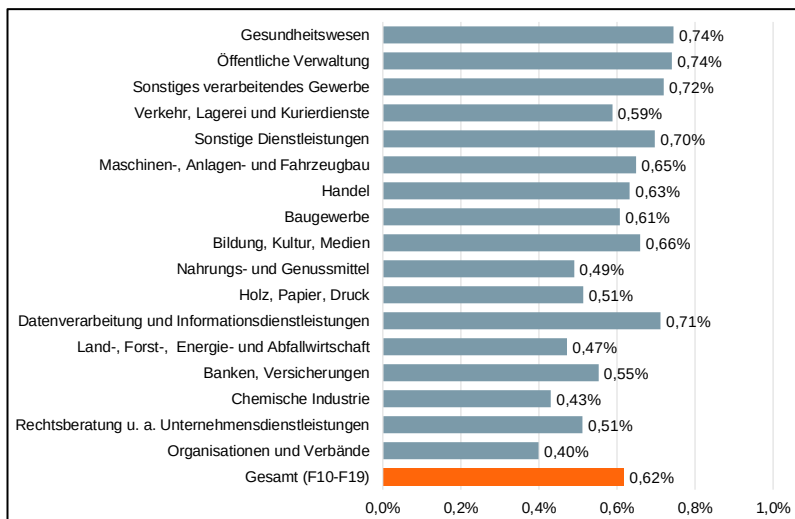
Branchen, für die die Bedeutung am Gesamtkrankenstand ähnlich groß ist, wie die Branche Datenverarbeitung (0,71 %), aber gemessen an den Fehltagen folgt diese Branche sehr viel weiter hinten. Umgekehrt findet sich die Branche Verkehr, Lagerei und Kurierdienste zwar auf dem vierten Platz gemessen an den Fehltagen. Aufgrund des in dieser Branche hohen Gesamtkrankenstandes ist die Bedeutung von Fehlzeiten durch psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit 0,59 Prozent relativ gering.

Abbildung 31: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Fehltag je 100 Versichertenjahre nach Branchen



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Abbildung 32: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Anteil am Krankenstand nach Branchen



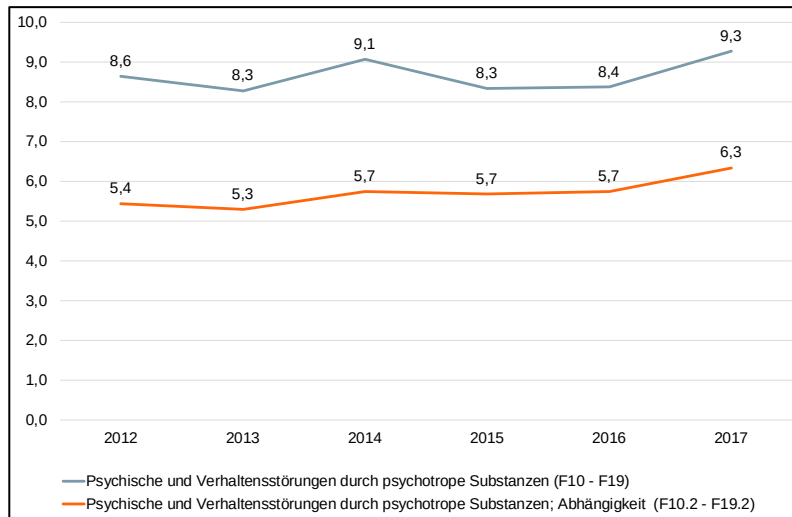
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

4.3.1.3 Substanzstörungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Zeitverlauf

Fehltage durch Substanzstörungen im Zeitverlauf stabil

Die Entwicklung der Fehltage für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zeigt in den Jahren 2012 bis 2017 keine Auffälligkeiten im Zeitverlauf. Das gilt für die gesamte Gruppe und auch die Untergruppe von Krankschreibungen, für die ein Abhängigkeitssyndrom dokumentiert wurde. Die zeitliche Entwicklung ist in Abbildung 33 dargestellt.

Abbildung 33: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Fehltage je 100 Versichertenjahre 2012–2017



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2012–2017.

4.3.1.4 Versteckte Fehltage durch Substanzstörungen? Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Suchtbetroffenen

Die bisher dargestellten Ergebnisse zur Sucht im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen stellen lediglich eine Analyse aller der DAK-Gesundheit vorgelegten Krankschreibungen dar, auf denen eine Diagnose aus der Gruppe F10–F19 notiert wurde. Die nachfolgende Analyse geht ergänzend dazu der Frage nach, ob Beschäftigte, die von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen betroffen sind, ein anderes „Arbeitsunfähigkeitsprofil“ aufweisen als Beschäftigte, für die das nicht zutrifft. Verkürzt gesagt soll die Hypothese geprüft werden, ob Beschäftigte, die eine dokumentierte Symptomatik in dieser Gruppe aufweisen, insgesamt häufiger oder für längere Zeiträume krankgeschrieben sind als alle anderen Beschäftigten.

Um für eine solche Analyse die Aufteilung der Beschäftigten in zwei Gruppen (mit/ohne Symptomatik) zu operationalisieren, wurden Daten zur Arbeitsunfähigkeit, Daten zu ambulanten Behandlungsfällen und Krankenhausdaten der DAK-Gesundheit miteinander über ein Versichertenpseudonym verknüpft.

Die krankengeldberechtigten Mitglieder der DAK-Gesundheit wurden dazu in zwei Gruppen eingeteilt.

- Gruppe 1: Alle Personen, die in 2017
 - o keinen AU-Fall mit einer Diagnose F10–F19 und

Fehltagenspektrum von Betroffenen mit Substanzstörungen

Zusammen-schau aller Datenquellen

- o keinen ambulanten Behandlungsfall mit der Diagnose F10-F19 und
- o keinen Krankenhaus-Fall mit Hauptdiagnose oder Nebendiagnose F10-F19 hatten.
- Gruppe 2: Alle Personen, die in 2017
 - o mindestens einen AU-Fall mit einer Diagnose F10-F19 oder/und
 - o mindestens einen ambulanten Behandlungsfall mit einer der Diagnosen F10-F19 oder/und
 - o mindestens einen Krankenhaus-Fall mit Hauptdiagnose oder Nebendiagnose F10-F19 hatten.

Die Gruppe der krankengeldberechtigten Mitglieder zerfällt durch diese Aufteilung in zwei disjunkte Gruppen, ein Beschäftigter ist also entweder in Gruppe 1 oder Gruppe 2 und nicht in beiden Gruppen. In Gruppe 2 sind alle Mitglieder zusammengefasst, für die es innerhalb des Jahres 2017 in einer der betrachteten Datenquellen eine dokumentierte Diagnose zu finden ist. Es sind also auch Personen enthalten, die keine Arbeitsunfähigkeit in dieser Diagnosegruppe hatten, sondern nur in einer der anderen Datenquellen „auffällig“ waren. In Gruppe 1 sind auch Personen mit Arbeitsunfähigkeitsfällen, ambulanten Behandlungsfällen oder Krankenhausaufenthalten enthalten, aber eben nicht aus der Diagnosegruppe F10–F19.

Auf Gruppe 1 entfallen 2.290.418 Versicherte und auf Gruppe 2 191.373 Versicherte.

**Substanz-
störungen gehen
mit einem
insgesamt
deutlich höheren
Krankenstand
einher**

Der Vergleich der beiden Gruppen zeigt in Gruppe 2 mit 7,6 Prozent einen deutlich höheren Krankenstand als in Gruppe 1 (3,8 Prozent). Dieser höhere Krankenstand wird verursacht durch eine deutlich höhere Zahl von Krankschreibungen und eine höhere Falldauer (vgl. Tabelle 11). Die Analyse zeigt weiter, dass nur 2,6 Prozent der Versicherten in Gruppe 2 eine Arbeitsunfähigkeit mit Ursache aus der Gruppe F10–F19 hatten. Das bestätigt die Annahme, dass es selbst bei Vorhandensein der entsprechenden Symptomatik häufig nicht zu Krankschreibungen mit dieser Ursache kommt bzw. diese nicht als vordergründige Ursache auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung genannt wird.

Tabelle 11: Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen je 100 Versichertenjahre nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10–F19 in den Routinedaten

	AU-Fälle	AU-Tage	Falldauer	Krankenstand
Gruppe 1 Nicht auffällig	116,2	1.388,3	11,9	3,8 %
Gruppe 2 Auffällig	177,8	2.770,7	15,6	7,6 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

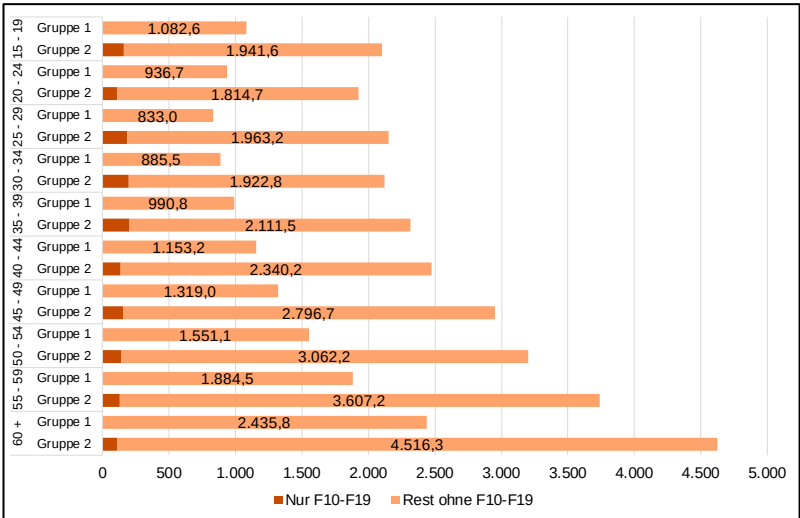
„Die dokumentierten Krankschreibungen entsprechen sicherlich nicht der realen Bedeutung von Suchterkrankungen. Die Zahl der Krankschreibungen und die Fehltage, die Alkoholfolge sind, dürften deutlich höher liegen. Da Suchterkrankungen gerade von den Betroffenen meist schamvoll verheimlicht werden, auch dem Arzt gegenüber, dürften andere akzeptiertere Diagnosen von den Betroffenen genannt werden, wie etwa Grippe, Kopfschmerzen, Depression, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall, die ja auch allesamt aus dem Konsum erwachsen können.“

Prof. Dr. Klaus Junghanns, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck

Für Gruppe 2 muss man in Rechnung stellen, dass durch die Gruppenbildung alle Fehltage für Krankschreibung der Diagnosegruppe F10–F19 auf Gruppe 2 entfallen. Die beiden nachfolgenden Abbildungen zeigen aber sehr eindrücklich, dass das deutlich höhere Fehltagevolumen in Gruppe 2 nicht vollständig dadurch erklärt wird. Dargestellt ist für beide Gruppen die Zahl der Fehltage pro 100 Versichertenjahre und zwar differenziert nach der Ursache F10–F19 und andere Diagnosen. Auf Männer der Gruppe 1 in der Altersgruppe 20- bis 24 Jahre entfallen z. B. 936,7 Fehltage je 100 Versichertenjahre und laut Definition betrifft das nicht die Diagnosegruppe F10–F19. Auf Männer im gleichen Alter in Gruppe 2 entfallen 1.814,7 Fehltage je 100 Versichertenjahre ohne die Fehltage verursacht durch die Diagnosegruppe F10–F19.

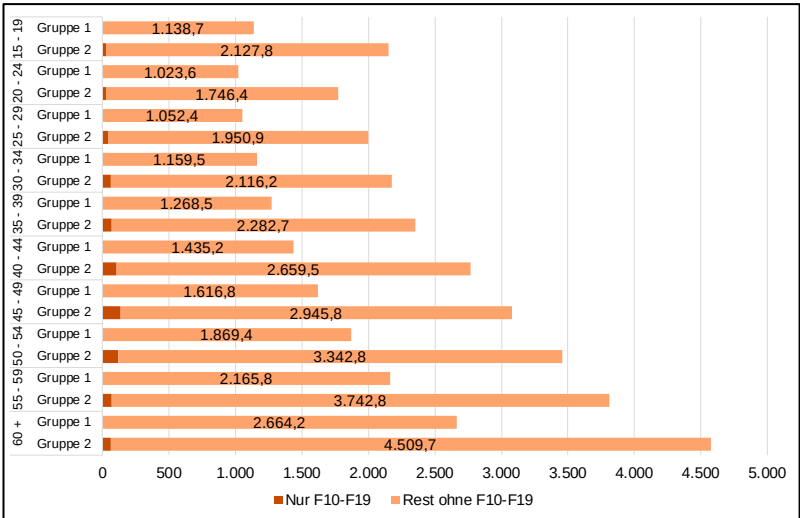
Es wird also sehr deutlich, dass die Diagnosegruppe F10–F19 im dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen kaum sichtbar wird, die Gruppe der Erwerbstätigen, die von einer dokumentierten Symptomatik in dieser Diagnosegruppe betroffen sind, aber einen deutlich überdurchschnittlichen Krankenstand aufweisen.

Abbildung 34: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10–F19 in den Routinedaten und Altersgruppen; Männer



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2012–2017.

Abbildung 35: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10–F19 in den Routinedaten und Altersgruppen; Frauen



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2012–2017.

In Tabelle 12 ist das Diagnosespektrum der Fehltagel für die beiden Gruppen dargestellt, absteigend sortiert nach dem Anteil am Krankenstand in Gruppe 2. Den größten Anteil am Krankenstand haben in Gruppe 2 psychische Erkrankungen. In dieser Erkrankungsgruppe ist der Unterschied in der Zahl der Fehltagel in den beiden Gruppen auch am größten. Aber auch in allen anderen Erkrankungsgruppen sind es in Gruppe 2 deutlich mehr Fehltagel.

**Starke
Komorbidität bei
Substanz-
störungen**

Tabelle 12: Fehltagel je 100 Versichertenjahre nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10–F19 in den Routinedaten nach Diagnosegruppen

	Gruppe 1 nicht auffällig	Gruppe 2 auffällig
Gesamt	1.388,3	2.770,7
Psychische Erkrankungen	214,1	694,8
davon: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F10-F19	0,0	120,9
davon: Übrige F; Nicht F10-F19	214,1	573,9
Muskel-Skelett-System	304,4	573,8
Atmungssystem	221,3	335,6
Verletzungen	170,9	259,9
Kreislaufsystem	52,2	150,1
Verdauungssystem	70,8	130,8
Symptome	56,3	115,3
Nervensystem, Augen, Ohren	62,7	115,2
Neubildungen	62,2	105,4
Infektionen	67,8	99,6
Sonstige	105,7	190,2

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

„Suchterkrankungen können Ursache für krankheitsbedingte Fehltagel sein, häufig ‚getarnt‘ unter anderen psychischen Diagnosen (z.B. Depression), häufig auch im Rahmen einer sekundären Abhängigkeit als komorbide psychische Störung.“

**Prof. Dr. Thomas Hillemacher, Leiter der Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik der
Paracelsus Medizinischen Privatuniversität**

4.3.2 Substanzstörungen in der ambulanten Behandlung

Welche Rolle spielt die Behandlung der Erkrankungsgruppe psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Rahmen der ambulanten Versorgung für die Gruppe der Erwerbstätigen? Dieser Frage wird auf Basis der ambulanten Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit nachgegangen. Welche Substanzgruppen stehen hier im Vordergrund und welche Rolle spielt dabei das Abhängigkeitssyndrom?

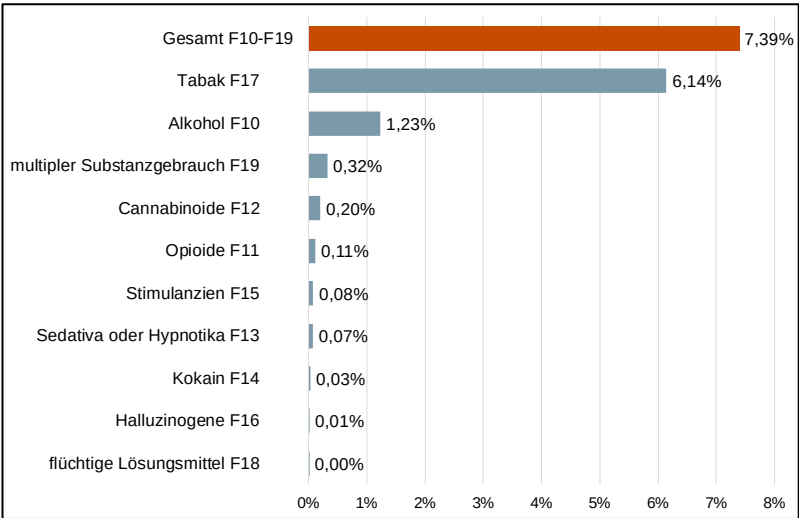
7,4 Prozent mit Substanzstörungen in ambulanter Behandlung

In Abbildung 36 ist der Anteil der krankengeldberechtigten Mitglieder dargestellt, der 2017 einen ambulanten Behandlungsfall mit einer oder mehreren der dargestellten Diagnosen hatte (Behandlungsprävalenz). Eine Behandlung zu irgendeiner der Diagnosen aus der Gruppe F10–F19, oder auch zu mehreren davon, hatten 7,4 Prozent der Versicherten.

Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak dominiert die ambulante Versorgung

Die größte Bedeutung hat dabei der Tabak, hier liegt die Behandlungsprävalenz bei 6,1 Prozent. Das Thema Alkohol, das das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in der Gruppe dominiert, folgt an zweiter Stelle mit deutlichem Abstand und einer Behandlungsprävalenz von 1,2 Prozent. Der multiple Substanzgebrauch und alle weiteren Substanzgruppen folgen danach mit Behandlungsprävalenzen von unter einem Prozent.

Abbildung 36: Behandlungsprävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F19) in der ambulanten Versorgung



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

„Die reale Bedeutung von Suchterkrankungen wird im dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen vermutlich nicht sichtbar. Kodiert wird häufig die Komorbidität oder aber die Alkoholabhängigkeit lässt sich lange verbergen oder wird toleriert.“

Olaf Szakinnis, Therapeutischer Leiter der Fachklinik Klosterwald

Tabelle 13 stellt für psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak und durch Alkohol dar, zu welchen Anteilen für Versicherte, die einen ambulanten Behandlungsfall mit der Diagnose hatten, die jeweilige Ausprägung in der vierten Stelle der Diagnose kodiert wurde.

So wurde für 84 Prozent aller Versicherten, die wegen psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak in Behandlung waren ein schädlicher Gebrauch (F17.1) und für knapp 20 Prozent ein Abhängigkeitssyndrom (F17.2) notiert. Für den Alkohol halten sich diese beiden Anteile in etwa die Waage, 49 Prozent schädlicher Gebrauch und 57 Prozent Abhängigkeitssyndrom.

Bei Tabak steht schädlicher Gebrauch im Vordergrund, bei Alkohol ein Abhängigkeitssyndrom

Tabelle 13: Behandlungsprävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der ambulanten Versorgung

Psychische und Verhaltensstörungen durch ...	Tabak F17.*	Alkohol F10.*
Akute Intoxikation	0,06%	5,62%
Schädlicher Gebrauch	84,32%	48,63%
Abhängigkeitssyndrom	19,67%	57,04%
Entzugssyndrom	0,43%	5,38%
Entzugssyndrom mit Delir	< 0,01%	0,45%
Psychotische Störung	0,03%	0,43%
Amnestisches Syndrom	0,01%	0,41%
Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	0,01%	0,31%
Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	0,02%	0,59%
Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	0,21%	1,31%

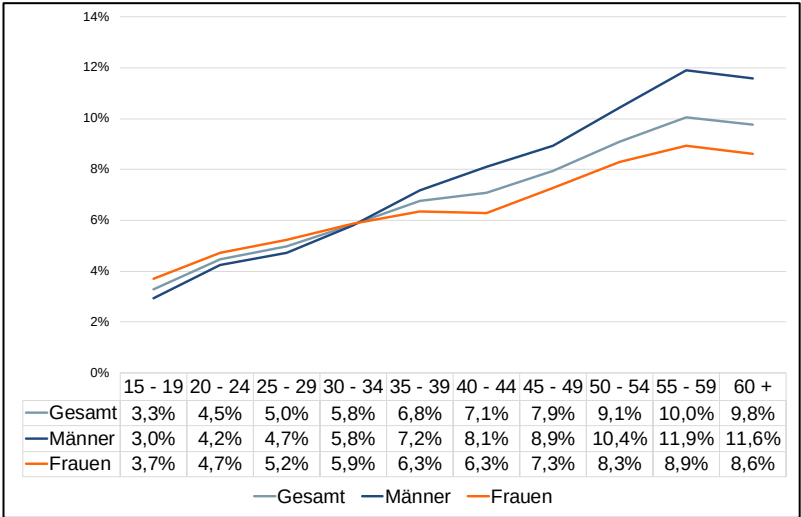
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017; beobachtete Werte.

4.3.2.1 Substanzstörungen in der ambulanten Behandlung nach Alter und Geschlecht

Mit zunehmendem Alter deutlich häufiger Diagnosen zu Substanzstörungen

Wie sich die Behandlungsprävalenz im Altersverlauf entwickelt, ist in Abbildung 37 dargestellt. Insgesamt ist ein mit dem Alter deutlich zunehmender Verlauf zu erkennen, der für Männer deutlich steiler verläuft als für Frauen. Im Altersbereich bis Anfang 30 ist die Behandlungsprävalenz bei den Männern niedriger als bei Frauen, danach ist sie deutlich höher.

Abbildung 37: Behandlungsprävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der ambulanten Versorgung nach Altersgruppen und Geschlecht



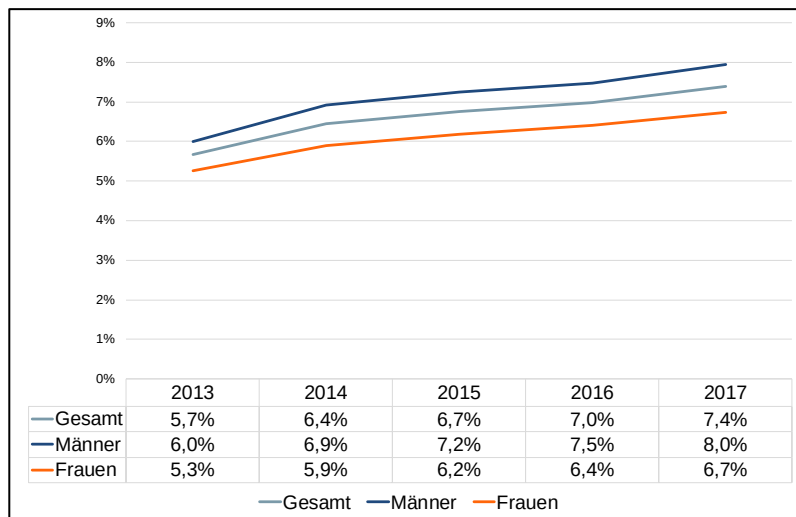
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

4.3.2.2 Substanzstörungen in der ambulanten Behandlung im Zeitverlauf

Leichter Anstieg im Zeitverlauf

Der in Abbildung 38 dargestellte Zeitverlauf der Behandlungsprävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zeigt in den Zahlen 2013 bis 2017 eine leicht ansteigende Tendenz. Die Werte der Männer liegen im gesamten Zeitverlauf über denen der Frauen.

Abbildung 38: Behandlungsprävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der ambulanten Versorgung nach Geschlecht 2013–2017



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

4.3.3 Substanzstörungen in den stationären Behandlungsdaten

Wie häufig es bei Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen in der Gruppe der krankengeldberechtigten Mitglieder der DAK-Gesundheit zu Krankenhausaufenthalten kommt, soll in diesem Abschnitt berichtet werden. Auch hier stellt sich die Frage, welche Substanzgruppe in der stationären Versorgung der Versicherten die größte Rolle spielt.

Tabelle 14 stellt dazu dar, welcher Anteil der Versicherten in 2017 einen Krankenhausaufenthalt mit einer Hauptdiagnose aus der Gruppe F10 bis F19 hatte. Berücksichtigt wurden dabei die Krankenhausfälle mit der entsprechenden Entlassungsdiagnose. Darüber hinaus ist die Zahl dieser Krankenhausfälle bezogen auf 100 Versichertenjahre dargestellt.

Krankensausfälle aus der Gruppe psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) kommen offenbar sehr selten vor. Nur 0,59 Prozent aller Versicherten hatten einen entsprechenden Krankensausaufenthalt. Bezogen auf 100 Versichertenjahre waren es 2017 insgesamt 0,803 Krankensausfälle. Männer sind dabei vergleichsweise häufiger betroffen als Frauen. Männer hatten zu 0,83 Prozent einen Krankensausfall und Frauen zu 0,32 Prozent.

Krankensausaufenthalte aufgrund von Substanzstörungen

0,8 Krankensausfälle je 100 Versichertenjahre

Tabelle 14: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der stationären Versorgung

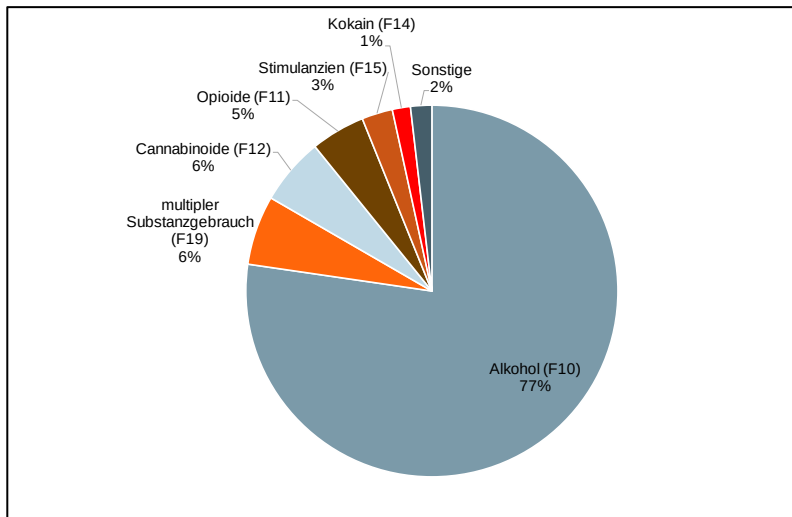
		Anteil Versicherte mit einem KH-Fall	Anzahl KH-Fälle je 100 Versichertenjahre
Alkohol (F10)	Gesamt	0,45%	0,621
	Männer	0,62%	0,838
	Frauen	0,25%	0,367
Opioide (F11)	Gesamt	0,03%	0,038
	Männer	0,05%	0,056
	Frauen	0,01%	0,017
Cannabinoide (F12)	Gesamt	0,05%	0,047
	Männer	0,07%	0,071
	Frauen	0,02%	0,019
Gesamt (F10-F19)	Gesamt	0,59%	0,803
	Männer	0,83%	1,101
	Frauen	0,32%	0,455

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol bei 77 Prozent der KH-Fälle der Grund

Der überwiegende Teil der Krankenhausfälle (77 %) entfällt dabei auf psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol. Alle anderen Substanzen spielen in der Gruppe der Erwerbstätigen im Rahmen der stationären Versorgung jeweils für sich betrachtet keine nennenswerte Rolle. Die Verteilung der insgesamt 0,803 Krankenhausfälle je 100 Versichertenjahre ist in Abbildung 39 dargestellt.

Abbildung 39: Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Anteil der KH-Fälle je 100 Versichertenjahre mit Hauptdiagnose nach Substanzen



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Die hier dargestellten Krankenhaufälle basieren, wie oben dargestellt, auf den Hauptdiagnosen der Krankenhaufälle. Es handelt sich also um Krankenhaufälle, für die eine Diagnose aus der Gruppe psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F19) hauptsächlich verantwortlich für den Krankenhausaufenthalt war. Darüber hinaus werden relevante Komorbiditäten, Komplikation oder Beschwerden als Nebendiagnosen dokumentiert¹⁵. Eine Auszählung aller Krankenhaufälle, in denen eine Diagnose aus der Gruppe F10–F19 als Haupt- oder Nebendiagnose dokumentiert wurde zeigt, dass diese Diagnosegruppe so gefasst in der stationären Versorgung eine größere Rolle spielt.

Substanzstörungen werden häufig als Nebendiagnose dokumentiert

„Herz-Kreislauferkrankungen, Erkrankungen des Verdauungstraktes, Krebserkrankungen und erhöhtes Unfallrisiko im Haushalt, bei der Arbeit, im Straßenverkehr und beim Sport führen zu erheblichen Arbeitsausfällen, die häufig anders deklariert werden (z. B. Gastritis) ohne Nennung der Ursache wie z. B. erhöhter und regelmäßiger Alkoholkonsum.“

¹⁵ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FI_D&p_sprache=D&p_suchstring=11115; Abruf 21.02.2019

**Conrad Tönsing, Geschäftsbereichsleitung Suchtprävention
und Rehabilitation des Caritasverbandes für die Diözese
Osnabrück e.V.**

Tabelle 15: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der stationären Versorgung (Hauptdiagnose oder Nebendiagnose)

	Anzahl KH-Fälle je 100 Versichertenjahre Hauptdiagnose F10-F19	Anzahl KH-Fälle je 100 Versichertenjahre Hauptdiagnose oder Nebendiagnose F10-F19
Gesamt	0,803	2,109
Männer	1,101	2,735
Frauen	0,455	1,377

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

**Abhängigkeits-
syndrom Grund
für 51 Prozent der
Krankenhaufälle**

Ein Abhängigkeitssyndrom der Substanzen war in 51 Prozent aller Krankenhaufälle die Hauptdiagnose, eine akute Intoxikation in 25 Prozent der Fälle. Ein Entzugssyndrom war in 17 Prozent der Fälle der Hauptgrund für den Krankenhaufenthalt, ein schädlicher Gebrauch der Substanzen in 2 Prozent der Fälle. Letzterer wurde aber in 40 Prozent der Krankenhaufälle, in denen eine Diagnose aus der Gruppe F10 bis F19 als Nebendiagnose notiert war, angegeben. Das Abhängigkeitssyndrom wird in 71 Prozent der Fälle mit entsprechenden Nebendiagnosen kodiert.

Tabelle 16: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der stationären Versorgung (Hauptdiagnose oder Nebendiagnose)

	Anteil KH-Fälle je 100 Versichertenjahre Hauptdiagnose F10– F19	Anteil KH-Fälle je 100 Versichertenjahre Hauptdiagnose oder Nebendiagnose F10–F19
Akute Intoxikation	25%	26%
Schädlicher Gebrauch	2%	40%
Abhängigkeitssyndrom	51%	71%
Entzugssyndrom	17%	20%
Sonstige	5%	k.a.

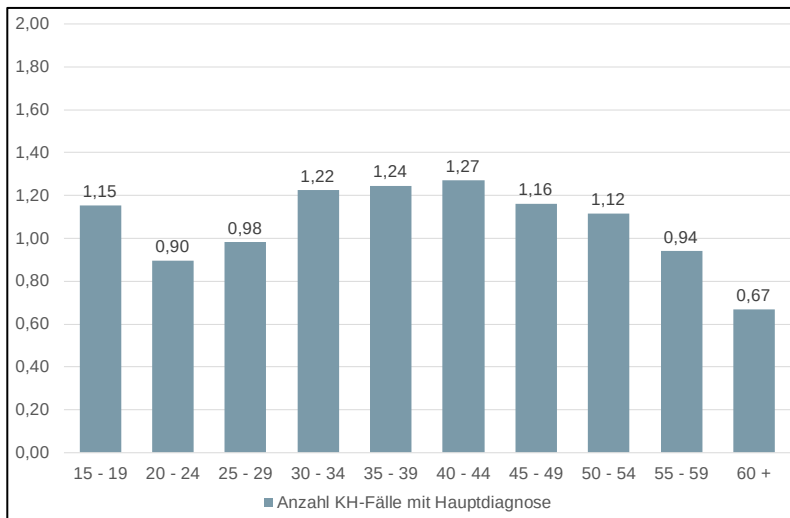
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017; Doppelzählungen bei Nebendiagnosen.

4.3.3.1 Substanzstörungen in der stationären Behandlung nach Alter und Geschlecht

Das Altersprofil der Krankenhausfälle mit Hauptdiagnose psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, in Abbildung 40 für Männer und in Abbildung 41 für Frauen, zeigt nur eine sehr geringe Altersabhängigkeit. Frauen haben in allen Altersgruppen deutlich weniger Krankenhausfälle mit der Diagnosegruppe, besonders wenige in der Altersspanne zwischen 20- und 44 Jahren. Bei Männern ist die Fallzahl im Altersbereich 30 bis 44 Jahre dagegen am höchsten.

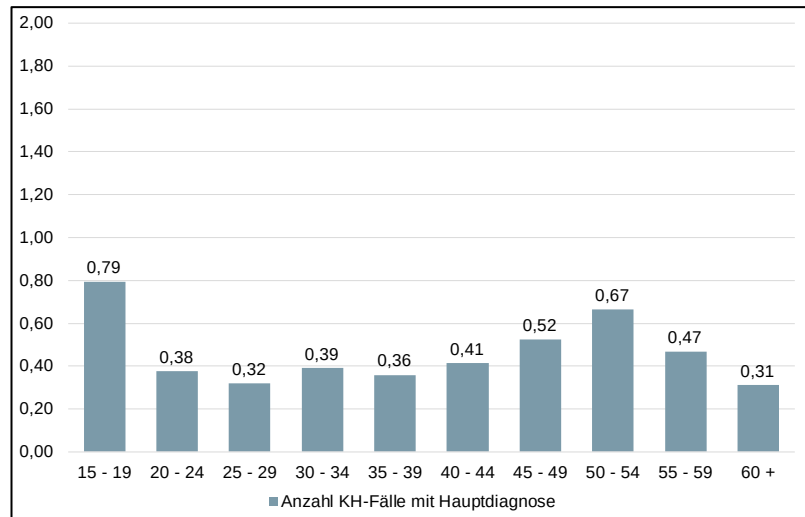
**Zahl der
Krankenhausfälle
wegen
Substanzstörun-
gen zeigen keinen
auffälligen
Altersverlauf**

Abbildung 40: Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): KH-Fälle je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen (Männer)



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Abbildung 41: Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): KH-Fälle je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen (Frauen)



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

4.3.4 Medikamentenverordnungen im Rahmen von pharmakologischen Ansätzen der Suchttherapie

Die Therapie von Suchterkrankungen kann auch pharmakologische Ansätze enthalten. Dies gilt nicht nur im Rahmen von Substitutionsprogrammen, sondern auch im Rahmen der Behandlung der Nikotinabhängigkeit. Hier können (neben Nikotinersatzstoffen in Form von Pflastern, Kaugummis oder Sprays, die hier nicht betrachtet werden) Vareniclin und Buprion eingesetzt werden.

Im Folgenden werden Analysen zur Verordnung von „Mitteln zur Behandlung von Suchterkrankungen“ (ATC: N07B*) dargestellt. Diese Analyse gibt Hinweise darauf, ob und inwieweit Medikamente in der Suchttherapie eingesetzt werden

4.3.4.1 Mittel zur Behandlung von Suchterkrankungen (ATC: N07B*)

Aus den Arzneimitteldaten lässt sich nicht nur ablesen, welche Medikamente ein Versicherter verordnet bekommen hat, es kann darüber hinaus auch das Verordnungsvolumen bestimmt werden. Das Verordnungsvolumen wird in sogenannten „Defined Daily Doses“ (DDD) gemessen. Diese definierte Tagesdosis gibt an, wieviel Wirkstoff ein Erwachsener zur Behandlung der

Hauptindikation über den Zeitraum von einem Tag benötigt. Die Anzahl der DDD gibt an, wie viele Tagesdosen verordnet wurden.

In Tabelle 17 sind die Ergebnisse zu den Verordnungen der Versicherten, die wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in ambulanter Behandlung waren. Zu rund 0,5 Prozent wurde diesen Versicherten ein Medikament zur Behandlung von Sucht verordnet (ATC-Code N07B*). Im Durchschnitt lag die Zahl der Verordnungen 2013 pro 100 Versicherte bei 4,01, 2017 kamen auf 100 Versicherte mit Behandlungsfall 4,67 Verordnungen. Bezogen auf 100 Versicherte mit Behandlungsfall stieg die Zahl der verordneten Tagesdosen von 120,3 in 2013 auf 182,5 in 2017. 2013 erhielten Versicherte mit ambulantem Behandlungsfall durchschnittlich 236 DDD, 2017 351.

Tabelle 17: Verordnung der Medikamente gegen Sucht (N07B*) von Versicherten mit Behandlungsfall F10–F19

	Anteil Versicherte mit Verordnung	Anzahl Verordnungen pro 100 Versicherte	Summe DDD pro 100 Versicherte	Summe DDD pro Versicherte mit Verordnung
2013	0,51%	4,01	120,3	236,0
2014	0,51%	3,95	151,8	299,8
2015	0,49%	4,53	169,5	347,8
2016	0,44%	4,41	159,8	362,0
2017	0,52%	4,67	182,5	351,1

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2013–2017

Anmerkung: Basis bilden im jeweiligen Jahr die Versicherten, die einen ambulanten Behandlungsfall mit Diagnose F10 –F19 hatten.

4.4 Tabak- und Nikotinabhängigkeit

4.4.1 Einleitung

Zigaretten sind stark abhängigkeits-erzeugend

Zigaretten sind abhängigkeits-erzeugend im gleichen Sinne wie Heroin oder Kokain. Zu diesem Ergebnis kommt der Report des Surgeon General von 1988 (Davis et al. 1988), Leiter der Gesundheitsbehörde PHSCC¹⁶ und Sprecher der US-Regierung in Fragen der Public-Health. Nach Sichtung der wissenschaftlichen Studienlage stellte er fest, dass Zigaretten und andere Darreichungsformen von Tabak suchterzeugend sind, wobei Nikotin der wesentliche suchterzeugende Wirkstoff im Tabak ist. Die pharmakologischen und Verhaltensprozesse, so der Report, sind jenen ähnlich, die eine Heroin- oder Kokainabhängigkeit verursachen und aufrechterhalten.

Dieser Report gilt als Meilenstein in der Anerkennung der Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit (DKFZ 2015: 1, Fagerström 2012: 75). Zwar hatte bereits 1979 ein Vorgängerreport Rauchen als die „prototypische stoffgebundene Abhängigkeit“ bezeichnet.¹⁷ Die deutliche Anerkennung des Rauchens als Sucht erfolgte jedoch erst mit großer Verzögerung im Vergleich zur Anerkennung der gesundheitlichen Folgen des Rauchens.

Rauchen wurde vergleichsweise spät als Sucht-erkrankung anerkannt

1964, zu einer Zeit also als die kausale Rolle des Rauchens für die Entstehung von Lungenkrebs, weiteren Krebsarten sowie kardiovaskulären Erkrankungen wissenschaftlich weitgehend unstrittig war, bezeichnete das Advisory Committee to the Surgeon General (1964: 351) Rauchen noch als eine „Drug Habituation“, also einen „gewöhnheitsmäßigen Gebrauch“. Im Unterschied zu einer Drogenabhängigkeit ist der gewöhnheitsmäßige Gebrauch zwar mit einem Wunsch verbunden, das Rauchen für ein verbessertes Wohlbefinden fortzusetzen, dieser ist jedoch nicht zwanghaft und es liegt nicht das überwältigende Verlangen nach der Zigarette vor. Es gebe, so das Komitee, keine Dosissteigerung, wie sie eine Drogensucht charakterisiert, keine Entzugssymptome bzw. körperliche Abhängigkeit und nur eine geringe psychische Abhängigkeit.

Bis in die 1980er Jahre blieb auch in Deutschland der Begriff der Abhängigkeit harten Drogen wie Heroin und Kokain vorbehalten, Rauchen dagegen galt als Gewohnheit. Das lag übrigens auch daran, dass körperliche Entzugssymptome in Folge des Verzichts auf Tabakkonsum noch nicht erforscht waren (DKFZ 2015: 1).

Heute ist es weitgehend Konsens, „dass der Konsum von Nikotin im Tabak zu einer Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit führen kann und

¹⁶ U.S. Public Health Service Commissioned Corps

¹⁷ Im Wortlaut: „the prototypical substance-abuse dependency“ (Pinney 1979: 1–32).

die Entscheidung für eine Beendigung des Rauchens nicht allein als eine Frage der Motivation und Willensbildung zu betrachten ist.“ (Seitz 2013: 8f.). Der erwähnte einflussreiche 1988er Report des Surgeon General (1988: iv) zeigt, dass eine Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit die Kriterien für eine Sucht erfüllt: zwanghafter fortgesetzter Konsum des Suchtstoffs trotz Schädigung, eine hohe Priorität des Konsums im Vergleich zu anderen Aktivitäten, Toleranzentwicklung, Entzugssymptome und die Gefahr des Rückfalls bei Abstinenzversuchen.

Warum ist Nikotin abhängigkeiterzeugend? Was passiert körperlich beim Rauchen? Raucher inhalieren den Tabakrauch und nehmen Nikotin (sowie zahlreiche weitere Tabakrauchbestandteile) über die Lungenschleimhaut auf.¹⁸ Das Nikotin erreicht über den Blutkreislauf die nikotinergen Acetylcholin-Rezeptoren des Gehirns und beeinflusst hierdurch diverse neuronale Transmittersysteme. Es kommt zu einer erhöhten zerebralen Verfügbarkeit von Dopamin, Serotonin, Noradrenalin und Beta-Endorphinen, Acetylcholin und Vasopressin. Die Wirkung ist je nach Dosis und Kontext sedierend, anxiolytisch, konzentrationsfördernd, antidepressiv oder stimulierend, auch weitere psychische Auswirkungen treten auf. Je schneller Nikotin das Gehirn erreicht, umso größer ist das dort ausgelöste Wohlbefinden und umso schneller macht Nikotin abhängig. (Batra et al. 2019: 240f., DKFZ 2015: 1).

Wirkung des Nikotins im Körper

Einem neueren Forschungsstand zufolge spielen neben dem Nikotin auch andere Stoffe im Zigarettenrauch eine Rolle für das Suchtpotential der Zigarette. Als Tabakzusatzstoffe verstärken sie direkt oder indirekt das Abhängigkeitspotential des Nikotins. Die vom DKFZ in diesem Zusammenhang genannten Stoffe stellen nur eine Auswahl von im Tabakrauch vorkommenden Stoffen dar, die die durch Nikotin ausgelöste Abhängigkeit verstärken (DKFZ 2015: 4, vgl. auch Fagerström 2012: 76f.):

Zusatzstoffe im Tabak erhöhen das Suchtpotential der Zigarette

- Ammoniak, das den pH-Wert des Tabaks und des Rauchs erhöht, so dass Nikotin besser verfügbar ist und leichter von den Zellen aufgenommen werden kann.
- Zucker, dessen Verbrennungsprodukt Acetaldehyd ein Enzym hemmt, das Botenstoffe abbaut, die mit Abhängigkeit zu tun haben. In der Folge bleiben die durch Nikotin erhöhten Mengen bestimmter Botenstoffe im Gehirn länger erhalten, da die Botenstoffe weniger effektiv abgebaut werden.
- Typtophan, das mit Aldehyden im Tabakrauch reagiert und dabei Beta-Carboline formt, die ein Enzym hemmen, das Botenstoffe abbaut, die mit Abhängigkeit zusammenhängen. Dadurch bleiben die durch Nikotin erhöhten Mengen bestimmter Botenstoffe im Gehirn länger

¹⁸ Bei anderen Tabakprodukten wie Kau- oder Schnupftabak wird das Nikotin auf anderem Wege aufgenommen.

erhalten, da die Botenstoffe weniger effektiv abgebaut werden.

- Ätherische Öle, wie Menthol oder Thymol, die den Rachenraum leicht betäuben und dadurch den Tabakgeschmack überdecken. Dies hat zur Folge, dass das Kratzen des Tabakrauchs im Rachen abgemildert wird. Raucher können den Rauch tiefer, in größeren Mengen und häufiger inhalieren, sodass sie mehr Nikotin aufnehmen können. Ätherische Öle sind nicht nur Menthol-Zigaretten zugesetzt, sondern – in geringeren Mengen – auch anderen Zigaretten.
- Pyrazine, die den Rachenraum leicht betäuben. Auch dies führt dazu, dass mehr Rauch tiefer und häufiger inhaled werden kann, sodass mehr Nikotin aufgenommen wird.
- Theobromine, die die Bronchien erweitern. Tabakrauch kann so tiefer und in größeren Mengen inhaled werden – es wird mehr Nikotin aufgenommen.

Entzugserscheinungen

Raucher mit körperlicher Abhängigkeit berichten bei einem Rauchstopp über folgende Entzugserscheinungen: zunächst leichte vegetative Entzugserscheinungen wie Reizbarkeit und Ruhelosigkeit sowie ein starkes Verlangen zu Rauchen (Craving). Bei anhaltender Abstinenz erleben abhängige Raucher über mehrere Tage bis zu 6 Wochen Konzentrationsstörungen, Angstsymptome, Appetitsteigerung und/oder Schlafstörungen. Auch depressive Symptome bis zu einem depressiven Syndrom einschließlich Gefahr der Suizidalität können (in extremen Fällen) auftreten (Batra et al. 2019: 13).

Nikotin bestimmt nicht alleine das Suchtpotenzial von Zigaretten

Nikotin macht – darauf deuten Studien hin – nicht alleine das Suchtpotential der Zigarette aus – und die dort vorgebrachten Argumente dürften der Erfahrung vieler Raucher entsprechen: Raucher ziehen eine (stark) nikotin-reduzierte Zigarette nikotinhaltigen Ersatzprodukten wie Kaugummis vor. Auch nikotinreduzierte Zigaretten reduzieren das Verlangen (Craving). Das Kratzen im Hals beim Inhalieren des Zigarettenrauchs scheint Teil des belohnenden Vergnügens des Rauchens zu sein. Zudem gibt es keine Hinweise auf den Missbrauch reinen Nikotins (Fagerström 2012: 75).

Psychosoziale Faktoren der Tabakabhängigkeit

Hinzu kommen psychosoziale Faktoren, die mit ursächlich für eine Tabakabhängigkeit sind (Batra et al. 2019, Fagerström 2012). Dazu gehören sozialkommunikative Aspekte wie das Anbieten einer Zigarette, das Fragen nach einer Zigarette als Mittel der Kontaktaufnahme; den Anlass oder die Rechtfertigung, (gemeinsam) eine Pause zu machen; etwas in der Hand zu haben, wenn man nicht recht weiß, was man mit den Händen tun soll.

Auch der Rauchvorgang selbst ist stark gewohnheitsbildend und damit ein Baustein der Tabakabhängigkeit, d. h. das Entnehmen der Zigarette aus der Packung, das Anzünden, das Halten während des

Rauchens. Der Sinneseindruck des Inhalierens im Mund, dann im Hals, daraufhin das Ausatmen durch die Nase oder den Mund. „Die ganze Prozedur kann an sich entspannend sein (...) Es ist nicht unvorstellbar dass alle diese Verhaltensweisen an sich schwer zu durchbrechen sind“ (Fagerström 2012: 76, eigene Übersetzung).

4.4.2 Tabakabhängigkeit in der ICD-10

Gemäß ICD-10 wird eine Abhängigkeit von Tabak als „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom“ bezeichnet (F17.2). Die Tabakabhängigkeit ist gemeinsam mit neun weiteren stoffgebundenen Süchten im Kapitel der psychischen und Verhaltensstörungen eingeordnet.

Mindestens drei von sechs Diagnosekriterien müssen innerhalb der letzten 12 Monate erfüllt worden sein, damit von einer Tabakabhängigkeit gesprochen werden kann (Tabelle 18):

Tabelle 18: Kriterien der Tabakabhängigkeit (F17.2) nach ICD-10

1. Ein starker Wunsch oder Zwang, Tabak zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
4. Toleranzentwicklung: Um eine gleichbleibende Wirkung zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Konsums.
6. Anhaltender Konsum trotz Folgeschäden. Der Konsument (Raucher) ist sich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren.

Quelle: Dilling et al. (2011: 115), DIMDI (2015b: 179–182). Für eine Tabakabhängigkeit müssen mindestens drei von sechs Diagnosekriterien innerhalb der letzten 12 Monate erfüllt worden sein.

Die ICD-10 spricht von Tabakabhängigkeit, nicht von Nikotinabhängigkeit, mit dem Argument, dass eine Abhängigkeit von Nikotin ohne Tabakkonsum nicht auftritt.¹⁹ Zudem berücksichtigt die Bezeichnung die Möglichkeit, dass Nikotin nicht die einzige abhängig machende Substanz beim Rauchen ist.

Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom

Kriterien der Tabakabhängigkeit nach ICD-10

¹⁹ Hier ist offenbar die Möglichkeit des Nikotinkonsums mittels E-Zigaretten (noch) nicht in Betracht gezogen.

Tabelle 19: Kriterien des DSM-5 einer Tabakkonsumstörung

-
1. Tabak wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.
 2. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Tabakkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
 3. Hoher Zeitaufwand, um Tabak zu beschaffen oder zu konsumieren.
 4. Craving, d. h. ein starkes Verlangen, Tabak zu konsumieren.
 5. Wiederholter Tabakkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (z. B. Behinderung der Arbeit).
 6. Fortgesetzter Tabakkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen des Tabaks verursacht oder verstärkt werden (z. B. Streit mit anderen über den Tabakkonsum).
 7. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Tabakkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
 8. Wiederholter Tabakkonsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt (z. B. Rauchen im Bett).
 9. Fortgesetzter Tabakkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch Tabak verursacht wurde oder verstärkt wird
 10. Toleranzentwicklung definiert durch eines der folgenden Kriterien:
 - a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen erwünschten Effekt herbeizuführen.
 - b. Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an Tabak.
 11. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - a. Charakteristisches Entzugssymptom in Bezug auf Tabak (siehe Kriterium A und B der Kriterien für Tabakentzug).
 - b. Tabak (oder eine sehr ähnliche Substanz wie etwa Nikotin) wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
-

Quelle: Falkai et al. (2015: 784f.) Für eine Tabakkonsumstörung müssen mindestens zwei der 11 Diagnosekriterien innerhalb der letzten 12 Monate erfüllt worden sein. Bestimmung des aktuellen Schweregrades: F10.10 Leicht: 2 bis 3 Symptomkriterien sind erfüllt. F10.20 Mittel: 4 bis 5 Symptomkriterien sind erfüllt. F10.20 Schwer: 6 oder mehr Symptomkriterien sind erfüllt.

Analog zu psychischen und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (bspw. Alkohol, Opioide, Cannabinoide) ermöglicht die ICD-10 auch die Diagnose einer akuten Tabakintoxikation (F17.0), eines schädlichen Gebrauchs von Tabak (F17.1), eines Entzugssyndroms (F17.3) usw.

Das aktuelle Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-5), das in den USA zur Diagnose psychischer Erkrankungen eingesetzt wird, ordnet tabakbezogene Störungen in die „Substance-Related and Addictive Disorders“ ein, gemeinsam mit bspw. Alkohol, Cannabis, Koffein, Phencyclidin und andere Halluzinogene. Eine Tabakkonsumstörung (Tobacco Use Disorder) ist charakterisiert durch die folgenden Kriterien, von denen mindestens zwei erfüllt sein müssen, um eine Tabakgebrauchsstörung zu diagnostizieren.

DSM-5: Tabakgebrauchs- störung

4.4.3 Exkurs: Verbreitung des Rauchens unter Erwerbstätigen nach Mikrozensus

Auch wenn Rauchen nicht mit Tabakabhängigkeit gleichzusetzen ist, soll als Hintergrund zunächst die Prävalenz des Rauchens, insbesondere unter Erwerbstätigen dargestellt werden. Gute Informationen zur Raucherquote liefert der Mikrozensus, der es auch erlaubt, zwischen Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen zu unterscheiden.²⁰

23 Prozent der Erwerbstätigen rauchen täglich, sie gelten dem Mikrozensus zufolge als regelmäßige Raucher. Hinzu kommen 5 Prozent Gelegenheitsraucher, d. h. Raucher, die seltener als täglich rauchen. Insgesamt rauchen somit 28 Prozent der Erwerbstätigen. Die Angaben zeigen auch: Der überwiegende Teil der Raucher raucht regelmäßig, nur ein deutlich kleinerer Teil der Raucher raucht (nur) gelegentlich (Abbildung 42).

Knapp jeder vierte Erwerbstätige raucht täglich

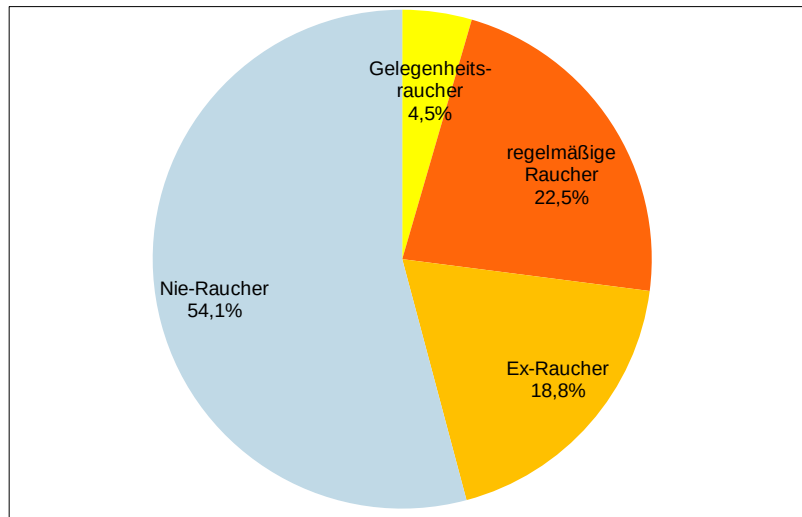
²⁰ Damit stehen Vergleichsdaten zu den im Rahmen dieses Gesundheitsreports erhobenen Raucherquoten zur Verfügung. Limitation haben diese Daten jedoch für den Vergleich: Sie erlauben es nicht, zwischen abhängig Beschäftigten und selbständigen Erwerbstätigen zu unterscheiden. Die Mikrozensusdaten umfassen alle Erwerbstätige, also auch die Selbständigen. Die Beschäftigten der Befragung für den Gesundheitsreport umfassen dagegen nur abhängig Beschäftigte. Die zweite Limitation betrifft die Altersspanne und die Definition von „erwerbstätig“: Erwerbstätige sind im Mikrozensus alle Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, die „im Berichtszeitraum wenigstens 1 Stunde für Lohn oder sonstiges Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldaten und Soldatinnen sowie mithelfender Familienangehöriger), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben“. In der Erhebung für den DAK-Gesundheitsreport wurden dagegen nur Erwerbstätige mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 10 Stunden oder mehr ab einem Alter von 18 Jahren befragt.

Mehr als die Hälfte der Erwerbstätigen hat nie geraucht

Der Mikrozensus unterscheidet weiterhin die „starken Raucher“, also Raucher, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchen. In diese Gruppe fallen 2,2 Prozent der Erwerbstätigen (ohne Abbildung).

Eine größere Gruppe unter den Erwerbstätigen sind die Ex-Raucher, in die 19 Prozent der Erwerbstätigen fallen. Gut die Hälfte (54 Prozent) hat niemals geraucht.

Abbildung 42: Erwerbstätige nach Raucherstatus im Jahr 2017

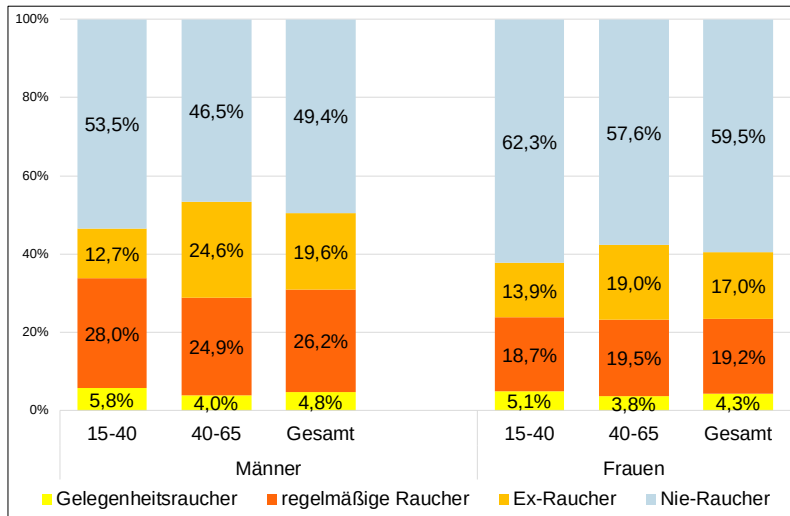


Quelle: Mikrozensus 2017. Eigene Berechnungen. Erwerbstätige im Alter von 15–65 Jahren. Regelmäßiges Rauchen = tägliches Rauchen, unabhängig von der Menge.

Unter den Erwerbstätigen rauchen Männer zwischen 15-40 Jahren am häufigsten

Die höchste Quote regelmäßiger Raucher gibt es unter den jüngeren Männern (15 bis 40 Jahre) mit 28 Prozent. Demgegenüber rauchen ältere Männer (40 bis 65 Jahre) mit 25 Prozent etwas seltener. Unter den Frauen rauchen beide Altersgruppen zu einem geringeren Anteil als die jeweils gleichaltrigen Männer (19 Prozent und 20 Prozent). Frauen sind auch zu einem höheren Anteil Nie-Raucher.

Abbildung 43: Erwerbstätige nach Raucherstatus, Alter und Geschlecht im Jahr 2017

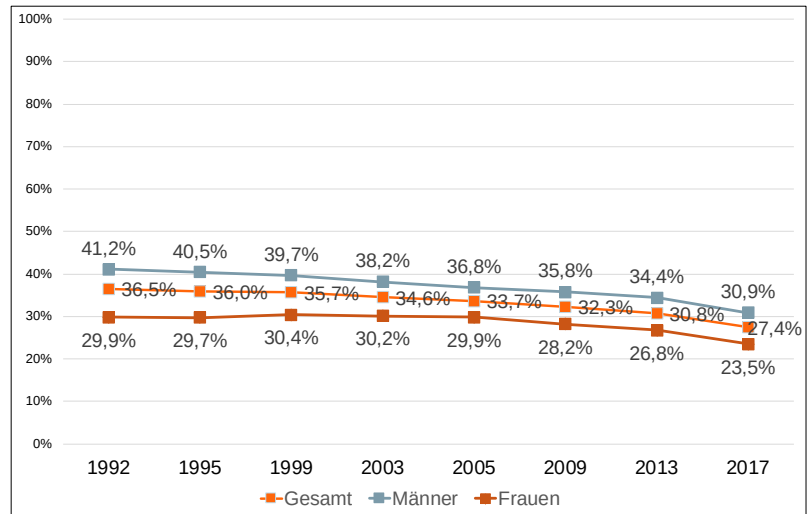


Quelle: Mikrozensus 2017. Eigene Berechnungen. Erwerbstätige im Alter von 15–65 Jahren. Regelmäßiges Rauchen = tägliches Rauchen, unabhängig von der Menge.

Die Verbreitung des Rauchens unter Erwerbstätigen nimmt in den letzten 15 Jahren langsam, aber stetig ab, von 37 Prozent auf 27 Prozent. Der Rückgang der Raucherquoten zeigt sich in beiden Geschlechtern (Abbildung 44).

Internationalen Studien beträgt die Punktprävalenz der Tabakabhängigkeit 14 Prozent

Abbildung 44: Entwicklung der Raucherquoten bei Erwerbstätigen nach Geschlecht 1992–2017



Quelle: Mikrozensus 1992–2017. Eigene Berechnungen. Erwerbstätige im Alter von 15–65 Jahren.

„Die Tabak bzw. Nikotinsucht hat eine deutlich geringere Bedeutung in der Arbeitswelt als noch etwa vor 10 Jahren.“

Hans Joachim Abstein, Referatsleiter Suchthilfe beim AGJ-Fachverband Freiburg

Wie hoch ist die Prävalenz der Tabakabhängigkeit? Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Seitz 2013: 20f.) gibt an, dass die Angaben dazu aufgrund einer uneinheitlichen Auslegung der diagnostischen Kriterien stark schwanken: zwischen 20 bis 80 Prozent der Raucher sind demnach abhängig. Internationale Studien, die durch die DHS ausgewertet wurden, geben die Lebenszeitprävalenz mit 25 Prozent und die Punktprävalenz mit 14 Prozent in der Bevölkerung an (also nicht nur in der Gruppe der Raucher). Der Anteil der Abhängigen unter den regelmäßigen Rauchern wird mit 50 bis 60 Prozent angegeben. Die DHS merkt dazu an, dass auch „leichtere Gelegenheitsraucher“ Merkmale der Abhängigkeit aufweisen und von therapeutischen Maßnahmen profitieren könnten. Der Anteil abhängiger Raucher steigt mit dem Lebensalter.²¹

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zur Prävalenz des Rauchens, zur Prävalenz der Tabak- bzw.

²¹ SAMHSA 2005, zit. nach Seitz (2013)

Nikotinabhängigkeit sowie zu Aspekten des Rauchens am Arbeitsplatz berichtet. Im Anschluss wird die Verbreitung der E-Zigaretten-Verwendung („Dampfen“) und die Prävalenz der Abhängigkeit von der E-Zigarette berichtet. Abschließend wird die Kombination von Rauchen und Dampfen betrachtet.

4.4.4 Verbreitung des Rauchens unter Beschäftigten²²

Wie verbreitet ist das Rauchen unter Erwerbstätigen? Abbildung 45 zeigt die Befragten nach Raucherstatus, wobei zwischen aktuellen Rauchern, ehemaligen (Ex-) Rauchern und Nie-Raucher unterschieden wird. Als Raucher gilt, wer die Frage „Rauchen Sie, wenn auch nur gelegentlich?“ bejaht. Als Ex-Raucher gilt, wer die Frage mit „Nein, nicht mehr“ beantwortet. Nie-Raucher sind Befragte, die angeben, noch nie geraucht zu haben.

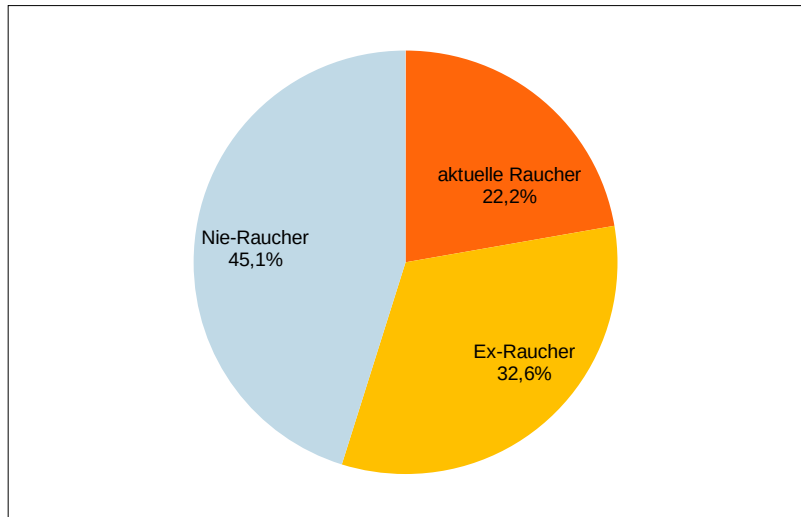
**Gut jeder fünfte
Beschäftigte
raucht,
zumindest
gelegentlich**

Gut jeder fünfte Beschäftigte raucht, zumindest gelegentlich (22,2 Prozent). Etwa ein Drittel der Beschäftigten rauchen nicht mehr, haben aber früher geraucht (32,6 Prozent). Nicht ganz die Hälfte (45,1 Prozent) haben noch nie geraucht.

Die Verwendung der E-Zigarette („Dampfen“) wird hier übrigens explizit nicht als Rauchen aufgefasst. Hierauf wurden die Befragten hingewiesen. Wer also nur E-Zigarette verwendet, jedoch nicht raucht, zählt nicht als Raucher.

²² Zur Methodik der Beschäftigtenbefragung, zur Soziodemografie der Stichprobe und zu Hinweisen zur Darstellung der Ergebnisse vgl. Abschnitt 4.1.3.

Abbildung 45: Verbreitung des Rauchens: Beschäftigte nach Raucherstatus

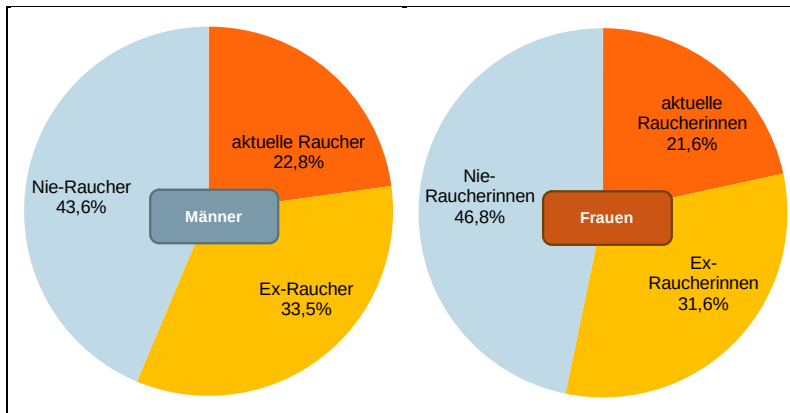


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N=5.597.

**Männer und
Frauen im
Erwerbsleben
rauchen etwa
gleich häufig**

Sowohl unter den Männern als auch unter den Frauen raucht etwa jeder Fünfte. Auch die Ex-Raucher und Nie-Raucher sind unter beiden Geschlechtern in etwa gleich repräsentiert.²³

²³ Damit unterscheiden sich die hier erzielten Ergebnisse in gewissem Maße von den Angaben des Mikrozensus, denen zufolge erwerbstätige Männer zu höheren Anteilen rauchen als Frauen. Dies könnte u. a. daran liegen, dass im DAK-Report nur abhängig Beschäftigte befragt wurden und dass die Altersspanne sich zumindest leicht unterscheidet (15 bis 65 Jahre im Mikrozensus statt 18 bis 65 Jahre im DAK-Report).

Abbildung 46: Beschäftigte nach Raucherstatus und Geschlecht²⁴

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N (Männer/Frauen) = 2.900/2.697.

Die Raucherprävalenz zeigt keinen klaren Altersgang: Zumindest ab dem Alter von 30 Jahren gibt es keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Lediglich Beschäftigte in der jüngsten Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren rauchen deutlich seltener als alle anderen Altersgruppen (16,3 Prozent). Hier könnte sich der deutliche Rückgang der Verbreitung des Rauchens unter Jugendlichen zeigen.

Einen klaren Altersgang zeigt dagegen der Anteil der Ex-Raucher (und korrespondierend der Anteil der Nie-Raucher): Er steigt von Altersgruppe zu Altersgruppe an. Unter den unter 30-jährigen Erwerbstätigen sind 20 Prozent Ex-Raucher, unter den 60 bis 65-Jährigen 47 Prozent. Korrespondierend dazu der Anteil der Nie-Raucher: Fast zwei Drittel (64,0 Prozent) sind es bei den unter 30-Jährigen, weniger als ein Drittel (29,3 Prozent) bei den unter den 60- bis 65-Jährigen (Abbildung 47).

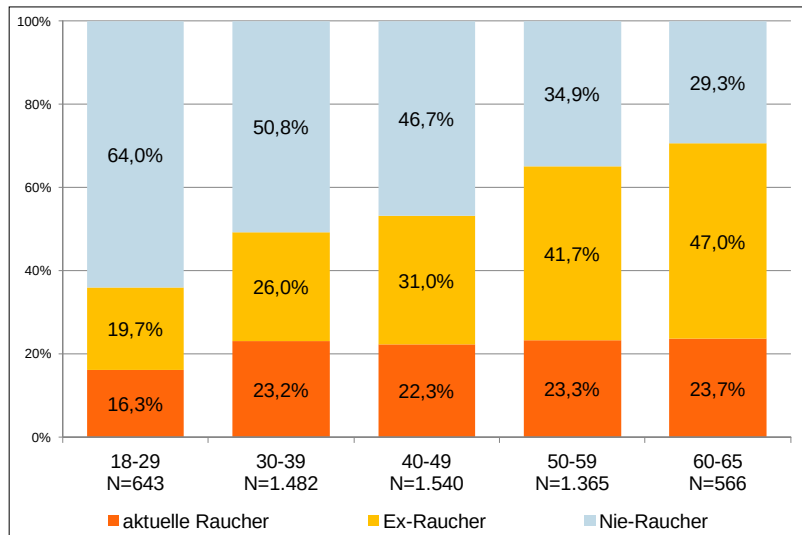
Der Altersgang des Ex-Rauchens ist natürlich auch darin begründet, dass mit zunehmendem Alter mehr Gelegenheiten bzw. Zeit zu Verfügung stand, um mit dem Rauchen anzufangen, und es wieder aufzugeben. Es ist aber davon auszugehen, dass die übergroße Mehrheit der Raucher im jugendlichen bzw. jungen Erwachsenenalter mit dem Rauchen beginnt: Der Mikrozensus gibt als Durchschnittsalter bei Rauchbeginn 17,7 Jahre an. Nur in Ausnahmefällen werden die Nie-Raucher also noch zu Rauchern werden.

Die 18-bis 29-jährigen Erwerbstätigen rauchen deutlich seltener als die Altersgruppen ab 30 Jahren

²⁴ Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich ihres Raucherstatus (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=5,694$, $p=0,127$). Vergleicht man nur den Anteil der Nie-Raucher, ist ein signifikanter Unterschied festzustellen (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=5,478$; $p=0,019$).

Insofern könnte dieses Ergebnis ein Erfolg der Tabak-Eindämmung folgendermaßen anzeigen: jüngere Erwerbstätige fangen gar nicht erst mit dem Rauchen an, ältere Erwerbstätige geben immer häufiger das Rauchen auf.

Abbildung 47: Verbreitung des Rauchens im Altersgang: Beschäftigte nach Raucherstatus und Alter²⁵



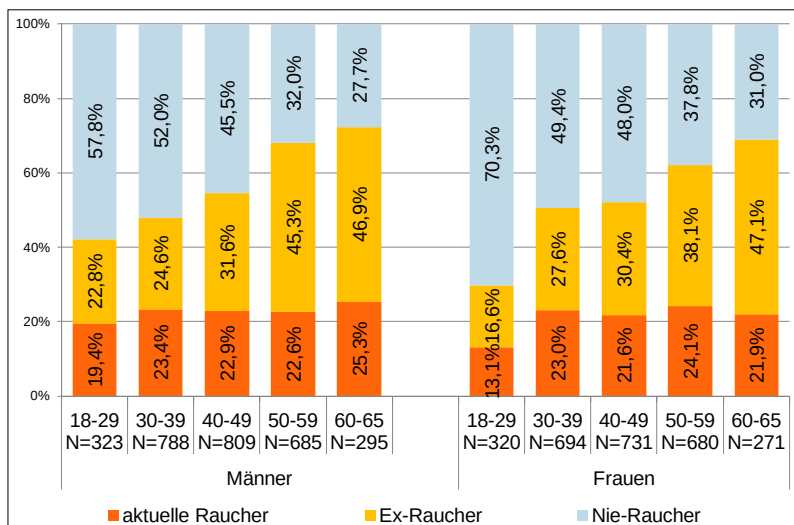
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Unter den unter 30-Jährigen Beschäftigten rauchen Frauen deutlich seltener als Männer

Der beschriebene Altersgang beim Raucherstatus zeigt sich bei den beschäftigten Frauen deutlicher als bei den Männern: Die jüngste Altersgruppe der beschäftigten Frauen, die der unter 30-Jährigen, raucht nur noch zu 13 Prozent, im Unterschied zu den gleichaltrigen Männern, die noch zu 19 Prozent rauchen. Ab dem Alter von 30 Jahren gilt jedoch das zuvor festgestellte: Der Raucheranteil unterscheidet sich nicht oder kaum zwischen den Altersgruppen, der Anteil der Ex-Raucher nimmt jedoch mit dem Alter deutlich zu (Abbildung 48).

²⁵ Scheffé-Prozedur: Hinsichtlich des Anteils aktueller Raucher unterscheiden sich die 18- bis 29-Jährigen signifikant von den restlichen Altersgruppen. Bezüglich des Anteils der Ex-Raucher und der Nie-Raucher besteht ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter.

Abbildung 48: Verbreitung des Rauchens im Altersgang bei Männern und Frauen: Beschäftigte nach Raucherstatus, Geschlecht und Alter²⁶



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

4.4.5 Prävalenz der Tabak-Abhängigkeit unter Beschäftigten

4.4.5.1 Der Penn State Cigarette Dependence Index (PSCDI) zur Ermittlung der Tabakabhängigkeit

Foulds et al. (2015) verwenden ein 10-Item-Instrument zur Messung des Grades der Abhängigkeit von Zigaretten und eine Variante davon zur Messung des Grades der Abhängigkeit von E-Zigaretten (Penn State Cigarette Dependence Index sowie Penn State Electronic Cigarette Dependence Index). Das Instrument erhebt u. a. die Zahl der Zigaretten pro Tag; die Zeit, die zwischen Aufstehen am Morgen und der ersten Zigarette vergeht; Ob man Craving erlebt und wie stark dieses ist etc. Tabelle 20 stellt das Instrument im Fragewortlaut dar. Unter den Frauen unterscheiden sich die 18- bis 29-Jährigen hinsichtlich des Anteils der aktuellen Raucher signifikant von den älteren Altersgruppen. Hinsichtlich des Anteils der Ex-Raucher und der Nie-Raucher zeigt sich bei den Frauen ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter.

Mit Befragungs-instrumenten kann eine Tabakabhängigkeit festgestellt werden

²⁶ Scheffé-Prozedur: Hinsichtlich des Anteils der aktuellen Raucher unterscheiden sich die Männer nicht nach Altersgruppen. Hinsichtlich des Anteils der Ex-Raucher unterscheiden sich die Männer unter 50 Jahren und die ab 50 Jahren signifikant. Der Anteil der Nie-Raucher unter den Männern zeigt einen signifikanten Altersgang.

Tabelle 20: Penn State Cigarette Dependence Index (Foulds et al. 2015, eigene Übersetzung)

Frage	Antwortmöglichkeiten
1 Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?	• 0 bis 4 Zigaretten pro Tag (1) • 5 bis 9 Zigaretten pro Tag (2) • 10 bis 14 Zigaretten pro Tag (3) • 15 bis 19 Zigaretten pro Tag (4) • 20 bis 29 Zigaretten pro Tag (5) • 30 und mehr Zigaretten pro Tag (6)
2 Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	• Innerhalb von 5 Minuten nach dem Aufstehen (5) • 6 bis 15 Minuten nach dem Aufstehen (4) • 16 bis 30 Minuten nach dem Aufstehen (3) • 31 bis 60 Minuten nach dem Aufstehen (2) • 61 bis 120 Minuten nach dem Aufstehen (1) • 121 Minuten oder später nach dem Aufstehen (0)
3 Wachen Sie manchmal nachts auf, um eine Zigarette zu rauchen?	• Ja (1) • Nein (0)
4 (falls ja) An wie vielen Nächten pro Woche wachen Sie üblicherweise auf, um zu rauchen?	• an 0 bis einer Nacht pro Woche (0) • an 2 bis 3 Nächten pro Woche (1) • an 4 und mehr Nächten pro Woche (2)
5 Rauchen Sie noch, weil Ihnen das Aufhören so schwer fällt?	• Ja (1) • Nein (0)
6 Haben Sie jemals ein starkes Verlangen zu rauchen? Kennen Sie das Gefühl, dass Sie jetzt unbedingt rauchen müssen?	• Ja (1) • Nein (0)
7 Wie stark war Ihr Verlangen zu rauchen in den letzten 7 Tagen?	• gar nicht bis leicht (0) • mittel bis stark (1) • sehr stark bis extrem stark (2)
8 Fällt es Ihnen schwer, an Orten nicht zu rauchen, an denen man nicht rauchen sollte?	• Ja (1) • Nein (0)
9 Wenn Sie eine Zeit lang nicht geraucht haben, oder Sie versucht haben, das Rauchen aufzugeben: Fühlten Sie sich reizbarer als sonst, weil Sie nicht rauchen konnten?	• Ja (1) • Nein (0)
10 Wenn Sie eine Zeit lang nicht geraucht haben, oder Sie versucht haben, das Rauchen aufzugeben: Fühlen Sie sich nervös, ruhelos	• Ja (1) • Nein (0)

oder ängstlich, weil Sie nicht
rauchen konnten?

Der Penn State Cigarette Dependence Index hat eine Punktzahl zwischen 1 und 20 als Ergebnis, die sich wie folgt in Grade der Abhängigkeit übersetzt:

- 0–3 Punkte: keine Abhängigkeit,
- 4–8 Punkte: leichte Abhängigkeit,
- 9–12 Punkte: mittlere Abhängigkeit und
- 13–20 Punkte: hohe Abhängigkeit.

Weitere Instrumente

Für den Einsatz in der Befragung Beschäftigter im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports zur Ermittlung der Prävalenz der Tabakabhängigkeit wurden verschiedene Instrumente in Erwägung gezogen, jedoch aus unterschiedlichen Gründen verworfen:

- Der **Fagerström-Test** for Nicotine Dependence (FTND) (Heatherton et al. 1991: 1125). Die 6 Items des Tests sind: Zeit bis zur ersten Zigarette nach dem Aufwachen; Schwierigkeit, an Orten mit Rauchverbot auf Zigaretten zu verzichten; die Zigarette, auf die man nicht verzichten wollen würde (die Zigarette am Morgen vs. andere); die Zahl der Zigaretten pro Tag; ob mehr am Morgen geraucht wird als später am Tag sowie Rauchen bei Krankheit.
- Der **Heaviness of Smoking Index** (HIS) (Heatherton et al. 1989): Der HIS verwendet zwei Fragen um die „Schwere“ des Rauchens zu ermitteln: die Zahl der Zigaretten pro Tag sowie die Zeit bis zur ersten Zigarette nach dem Aufwachen. Diese beiden Fragen, die ein Auszug aus dem Fagerström-Test sind, wurden bereits vor Heathertons Studie verwendet, es fehlte jedoch an einer einheitlichen Cut-Off Setzung.
- Die **Nicotine Dependence Syndrom Scale** (NDSS) (Shiffman et al. 2004, zit. nach Etter et al. 2015: 4), die einen Gesamt-Score sowie Scores für fünf Subskalen ermittelt und insgesamt 19 Items umfasst. Die Subskalen sind (1) Drive (Craving & Withdrawal, subjective compulsion to smoke); (2) Priority (preference for smoking over other reinforcers), (3) Tolerance (reduced sensitivity to the effects of smoking); (4) Continuity (regularity of smoking rate) und Stereotypy (invariance of smoking)
- Die **Cigarette Dependence Scale** (CDS) (Etter und Eissenberg 2015) (Etter 2008, Courvoisier und Etter 2010, beide zit. nach Etter und Eissenberg 2015:4) umfasst 12 Items, durch die DSM-IV- und ICD-10-Kriterien der Nikotin- bzw. Tabak-Abhängigkeit erfasst werden.

Das eingesetzte Instrument wurde aus einer größeren Zahl alternativer Instrumente ausgewählt

Für die Befragung im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports wird der Penn State (Electronic) Cigarette Index verwendet. Für ihn spricht, dass mit dem gleichen Maßstab die Sucht nach Zigaretten und die Sucht nach E-Zigarette beurteilt werden kann. Wenngleich er als Ganzes nicht validiert ist, setzt er sich doch aus Instrumenten zusammen, die vergleichsweise gut erforscht sind.

Der Index wurde für diesen Report ins Deutsche übersetzt. Sofern einzelne Items als Bestandteil bereits übersetzter Instrumente schon in einer deutschen Fassung vorlagen, wurden diese übernommen (z. B. Item 1 und 2 aus dem deutschen FTND gemäß DKFZ²⁷).

4.4.5.2 Prävalenz der Tabakabhängigkeit gemäß PSCDI

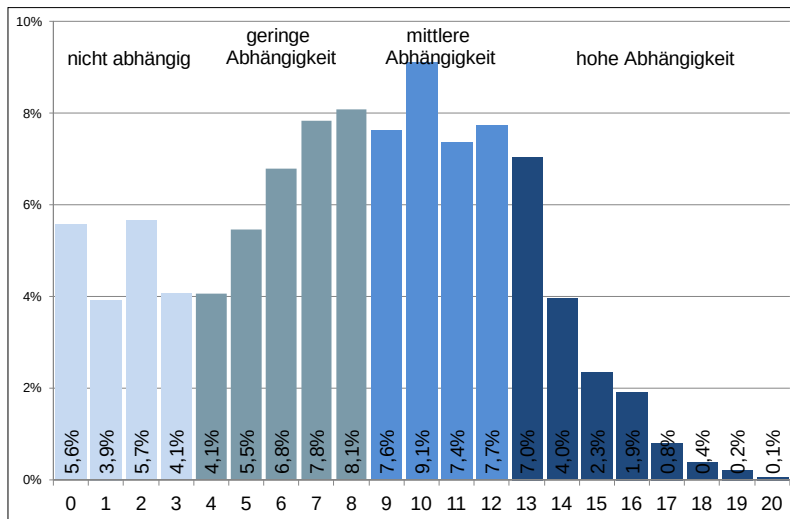
Da Rauchen auch schon bei niedriger Dosis gesundheitsschädliche Folgen zeigt, ist es eines der großen Public Health Themen. Aus der Perspektive der gesundheitsschädlichen Folgen des Rauchens ist (auch) Gelegenheitsrauchen, Ex-Rauchen und nicht-abhängiges Rauchen relevant. Aus der Perspektive dieses Reports jedoch, die Perspektive der Sucht, ist das abhängige Rauchen, die Tabak- und Nikotinsucht das eigentliche Thema.

**Nicht jeder
Raucher erfüllt
die Kriterien einer
Tabaksucht**

Die Verbreitung des Rauchens ist nicht gleichzusetzen mit der Verbreitung der Tabakabhängigkeit, da nicht jeder Raucher die Kriterien für eine Tabaksucht erfüllt. Der Anteil der Tabakabhängigen wurde mit dem oben beschriebenen Penn State Cigarette Dependence Index (PSCDI) ermittelt. Befragte erreichen auf diesem Index einen Punktwert, der wiederum in Grade der Abhängigkeit kategorisiert wird. Abbildung 49 zeigt die Verteilung der Punktwerte und die korrespondierenden Grade der Abhängigkeit.

²⁷ www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Fagerstroem.html

Abbildung 49: Raucher nach PSCDI-Punktwert



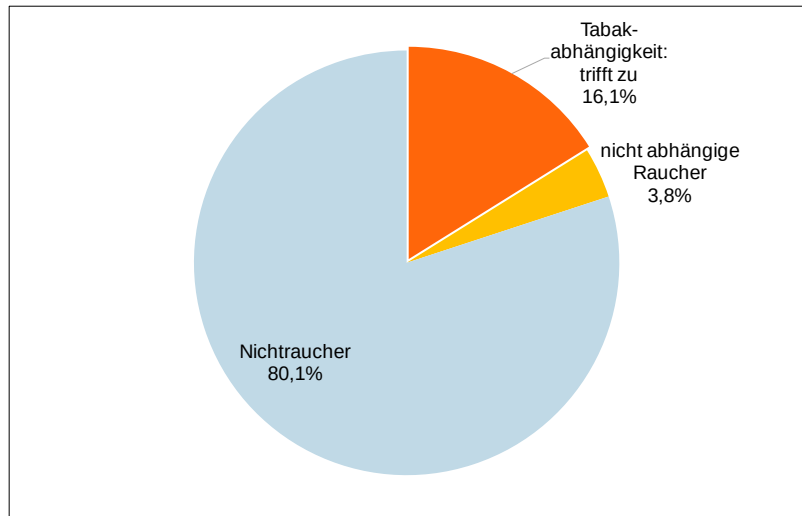
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: aktuelle Raucher. N=1.085.

Bezogen auf alle Befragte gilt: 16 Prozent der Befragten sind tabakabhängig. Diese Gruppe ist gleichzusetzen mit den abhängigen Rauchern. Die Nicht-Tabakabhängigen setzen sich vor allem aus den Nichtraucher zusammen, aber auch aus jenen Rauchern, die gemäß dem PSCDI nicht die Anzeichen einer Abhängigkeit zeigen, m. a. W. aus nichtabhängigen Rauchern (Abbildung 50).

Es mag ungewohnt erscheinen, den Anteil der Tabakabhängigen auf alle Beschäftigte zu beziehen, die ja mehrheitlich Nichtraucher sind. Die Kategorie der nicht abhängigen Raucher ist ebenfalls ungewohnt. Dennoch wird die Prävalenz einer Sucht üblicherweise nicht in Bezug auf diejenigen angegeben, welche die jeweilige Substanz gebrauchen (hier Tabak bzw. Nikotin), sondern mit Bezug auf die jeweilige Population insgesamt. Man denke an die Prävalenzangaben zur Alkoholsucht, die ja auch nicht mit Bezug nur auf die Alkoholkonsumierenden, sondern auf „Alle“, d. h. mit Bezug auf die interessierende Population.

**Die
Punktprävalenz
der Tabaksucht
in der Population
der abhängig
Beschäftigten
beträgt
16 Prozent**

Abbildung 50: Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Tabakabhängigkeit gemäß Penn State Cigarette Dependence Index

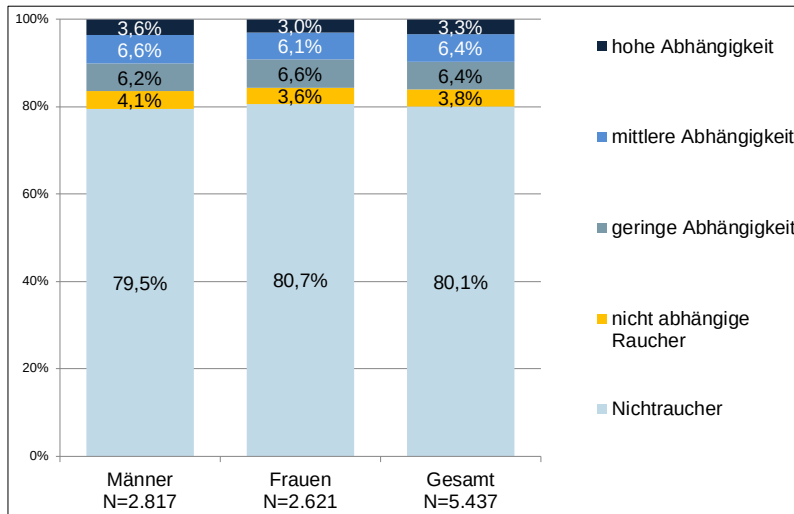


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte. N=5.437.

3 Prozent der Beschäftigten weisen eine starke Tabakabhängigkeit auf

Abbildung 51 weist die Grade der Abhängigkeit mit Bezug auf alle Befragten, also wiederum einschließlich der Nichtraucher, aus. Die nicht von Tabak-Abhängigkeit Betroffenen setzen sich wieder aus den Nichtrauchern sowie den nicht abhängigen Rauchern zusammen und stellen 84 Prozent der Erwerbstätigen dar. Umgekehrt sind 16 Prozent der Erwerbstätigen tabakabhängig, d. h. (mindestens zu einem geringen Grad) abhängige Raucher. 3 Prozent sind sogar zu einem hohen Grad abhängig, weitere 6 Prozent zu einem mittleren Grad abhängig. Abbildung 51 zeigt auch: Hinsichtlich der Tabakabhängigkeit bestehen keine oder nur sehr geringfügige Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Abbildung 51: Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Grad der Tabakabhängigkeit und Geschlecht²⁸



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

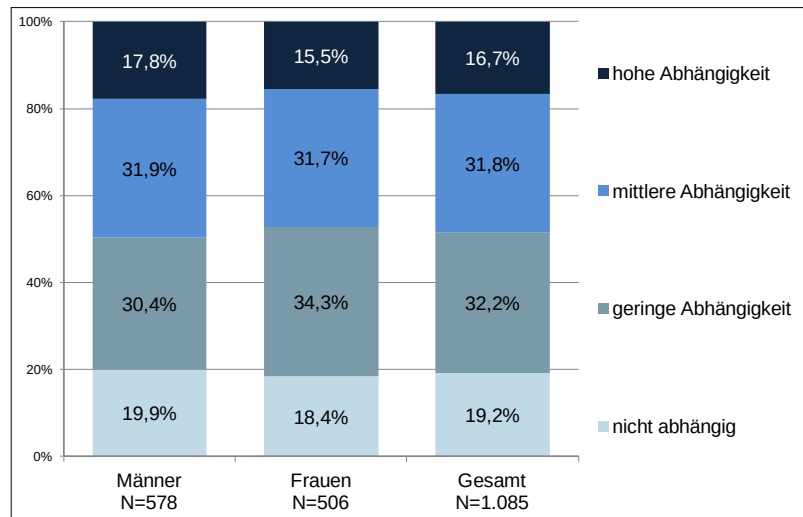
Abbildung 52 zeigt die Verteilung der Raucher auf diese Grade der Abhängigkeit und weist sie nach Geschlecht aus – hier wird der Bezug also auf die Raucher eingeschränkt.

Nur knapp jeder fünfte Raucher (19,2 Prozent) ist gemäß der Kriterien des PSCDI nicht abhängig vom Rauchen (bzw. vom Tabak oder Nikotin). Dementsprechend sind vier Fünftel der Raucher (80,8 Prozent) tabakabhängig.

32 Prozent der Raucher weisen einen geringen Grad und 32 Prozent einen mittleren Grad der Tabakabhängigkeit auf. 17 Prozent sind in hohem Maße abhängig.

Vier Fünftel der Raucher sind tabakabhängig

²⁸ Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich des Nicht-Raucher-Status bzw. des Grades der Abhängigkeit nicht signifikant voneinander (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=3,627$, $p=0,459$)

Abbildung 52: Raucher nach Grad der Abhängigkeit^{29 30}

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Aktuelle Raucher.

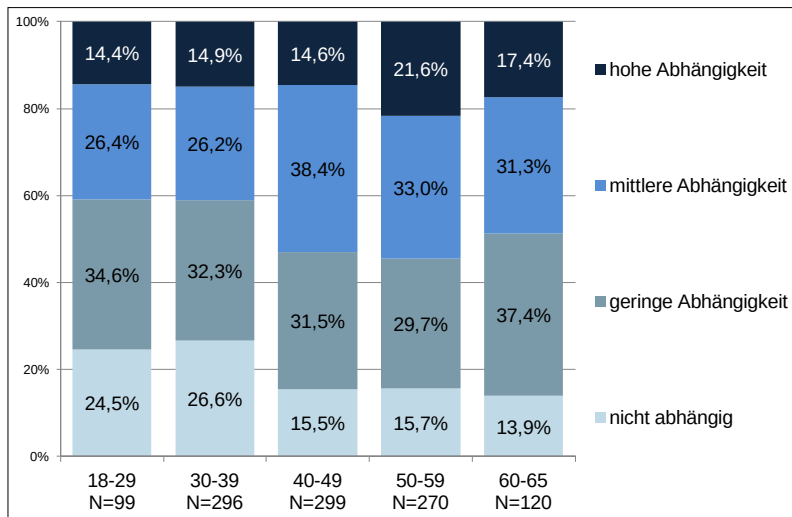
Ältere Raucher zeigen einen etwas höheren Grad der Abhängigkeit als jüngere Raucher

Abbildung 53 stellt den Grad der Abhängigkeit der Raucher nach Alter dar. Sie zeigt eine Tendenz dahingehend, dass ältere Raucher einen höheren Grad der Abhängigkeit zeigen als jüngere Raucher. So ist der Anteil der nicht Abhängigen in den Altersgruppen ab 40 Jahren niedriger als in den Altersgruppen unter 40 Jahren. Gleichzeitig ist der Anteil mit hoch- und mittelgradiger Abhängigkeit in den Altersgruppen über 40 höher als in jenen unter 40 Jahren. Ein Grund für den höheren Grad der Abhängigkeit könnte ein Selektionseffekt derart sein, dass Raucher mit stärkerer Abhängigkeit seltener das Rauchen aufgeben als Raucher mit schwächerer Abhängigkeit, und sich daher in den älteren Altersgruppen mehr Raucher mit höherer Abhängigkeit finden.

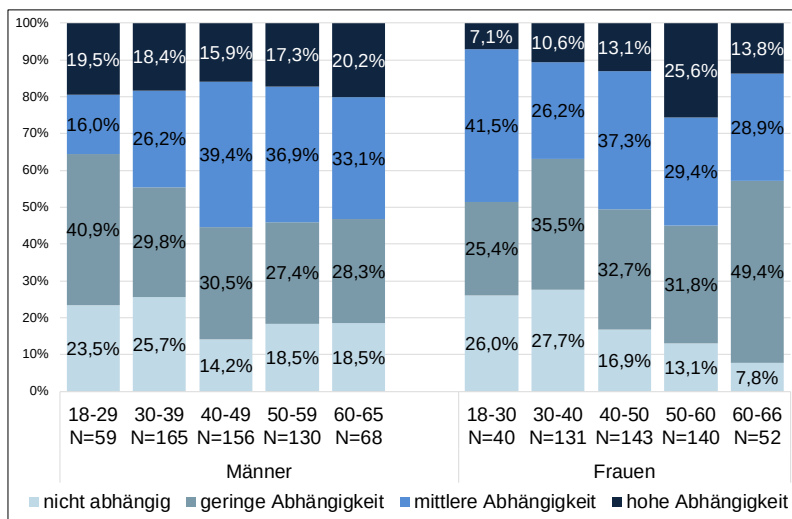
Eine genauere Analyse, die auch das Geschlecht berücksichtigt, zeigt, dass diese Unterschiede zwischen den über- und unter-40-Jährigen nur bei den Männern bestehen (Abbildung 54). Bei den Frauen gibt es keine eindeutige Tendenz über die Altersgruppen. Zwar nimmt auch hier der Anteil der nicht abhängigen Raucher mit dem Alter ab, jedoch folgt der Anteil der geringfügig Abhängigen keiner Regelmäßigkeit.

²⁹ Eine Berechnung der Tabakabhängigkeitsprävalenz für alle Befragte aus diesen Angaben und dem Anteil der Raucher ergibt leicht abweichende Ergebnisse von den in Abbildung 50 ausgewiesenen Angaben. Dies ist in der vergleichsweise hohen Zahl von Missings bei der Summenbildung des PSCDI begründet.

³⁰ Männliche und weibliche Raucher unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich ihres Grades der Abhängigkeit voneinander (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=2,405$, $p=0,493$)

Abbildung 53: Raucher nach Grad der Abhängigkeit und Alter³¹

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Aktuelle Raucher.

Abbildung 54: Raucher nach Grad der Abhängigkeit, Geschlecht und Alter³²

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Raucher.

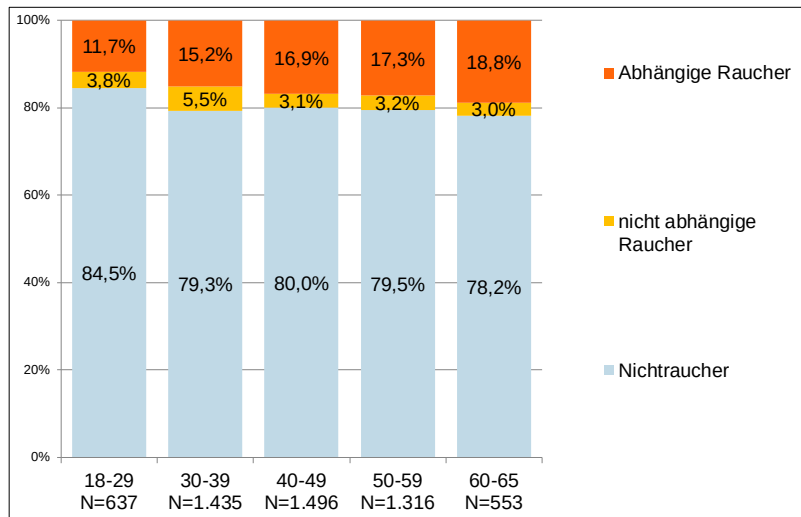
³¹ Scheffé-Prozedur: Die Altersgruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihres Grades der Abhängigkeit.

³² Scheffé-Prozedur: Weder männliche noch weibliche Raucher zeigen hinsichtlich des Grades der Abhängigkeit einen signifikanten Altersgang.

Die Prävalenz der Tabakabhängigkeit nimmt mit dem Alter leicht zu

Im Folgenden wird die Prävalenz der Tabakabhängigkeit erneut auf alle Befragte bezogen. Abbildung 55 zeigt, dass die Prävalenz der Tabakabhängigkeit mit dem Alter zunimmt, von 12 Prozent in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen über 17 Prozent in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen bis zu 19 Prozent in der Gruppe der 60- bis 65-Jährigen. Dieser – nur schwach ausgeprägte – Altersgang der Tabaksucht liegt einerseits darin, dass der Anteil der Nichtraucher mit dem Alter leicht abnimmt. Andererseits am Anteil der nicht abhängigen Raucher, der mit dem Alter tendenziell abnimmt.

Abbildung 55: Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Tabakabhängigkeit und Alter³³



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: alle Beschäftigten.

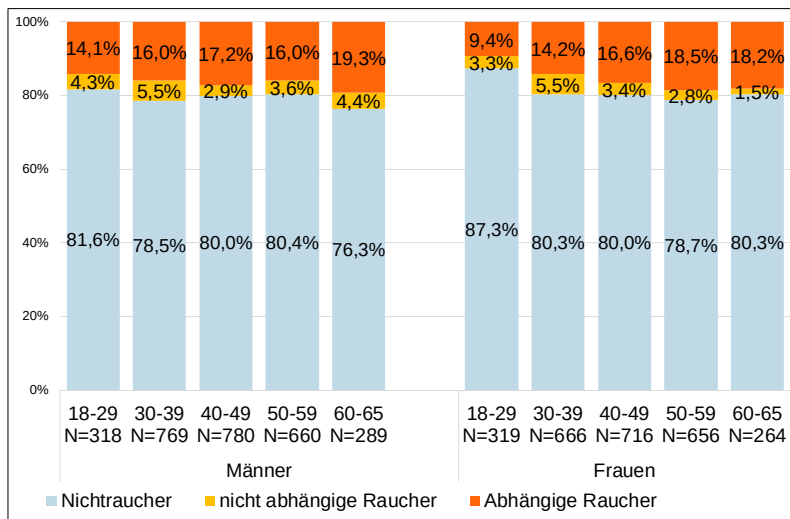
Der Altersgang der Tabakabhängigkeit ist nicht in beiden Geschlechtern eindeutig gegeben (Abbildung 56). Für die männlichen Beschäftigten gilt: In der jüngste Altersgruppe (die unter 30-Jährigen) ist die Tabakabhängigkeit mit 14 Prozent am wenigsten verbreitet, bei den über 60- bis 65-Jährigen dagegen ist die Prävalenz der Tabakabhängigkeit mit 19 Prozent am höchsten.

Bei den weiblichen Beschäftigten ist ein eher kontinuierlicher Anstieg der Tabakabhängigkeit mit dem Alter zu beobachten. Lediglich von der zweitältesten auf die älteste Altersgruppe steigt der Anteil tabakabhängiger Arbeitnehmerinnen nicht weiter an.

³³ Scheffé-Prozedur: Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang des Anteils Tabakabhängiger mit dem Alter.

Der Vergleich von Männern und Frauen nach Altersgruppen zeigt bzgl. der Tabakabhängigkeit auch, dass jüngere Frauen am wenigsten von der Tabakabhängigkeit betroffen sind, und dass Männer und Frauen mit zunehmendem Alter tendenziell immer ähnlichere Quoten Tabakabhängiger aufweisen.

Abbildung 56: Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Tabakabhängigkeit, Geschlecht und Alter³⁴



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: alle Beschäftigten.

Steht die Tabakabhängigkeit mit Bedingungen der Arbeit und des Arbeitsverhältnisses in Zusammenhang? Dies soll im Folgenden mit Bezug zu Belastungen und Ressourcen geprüft werden. Unter Belastungen sind dabei im Sinne der Arbeitswissenschaft und Arbeitspsychologie „objektive, von außen her auf den Menschen einwirkende Größen und Faktoren“ zu verstehen (Rohmert und Rutenfranz 1975, zit. nach Ulich 2011: 471). Zur Belastung gehört theoretisch die so genannte Beanspruchung, d. h. die Auswirkung einer Belastung im Menschen und auf den Menschen.

Der Begriff der Belastung ist – im Unterschied zum Alltagsverständnis – nicht prinzipiell negativ gemeint. Vielmehr kann eine Belastung sowohl eine angenehme Herausforderung sein, deren Bewältigung förderliche Effekte auf einen Beschäftigten hat. Sie kann aber auch bei zu intensiver oder zu langer Belastung überfordernd sein und zu einer Fehlbeanspruchung führen

Die 18-bis 29-jährigen Frauen sind die am wenigsten von Tabaksucht betroffene Alters- und Geschlechtsgruppe

Arbeitsbedingungen und Tabakabhängigkeit

Begriff Belastung

³⁴ Scheffé-Prozedur: Bei den Männern zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang des Anteils der Tabakabhängigen mit dem Alter. Bei den Frauen zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang des Anteils der Tabakabhängigen mit dem Alter.

(Marschall und Barthelmes 2016: 2, Normenausschuss Ergonomie (FNERG) im DIN 2000: 5). Ein häufiges Erleben negativer Beanspruchungsfolgen kann zu Beschwerden, Erkrankungen, Fehlzeiten oder auch vermehrtem Tabak- und Alkoholkonsum führen (Ulich 2011: 472).

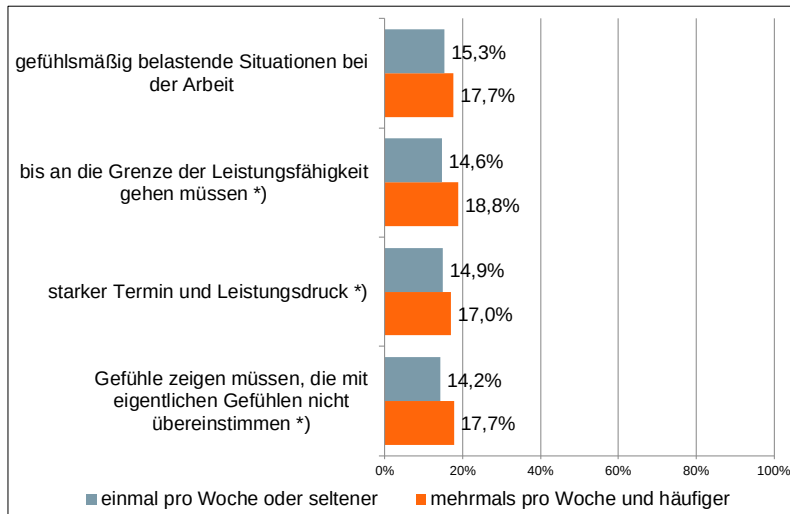
**Begriff
Ressourcen**

Ressourcen tragen durch Minderung von Fehlbeanspruchung und durch Reduktion von Belastungen zur Gesundheit bei. Sie können außerdem negative Wirkungen von Belastungen „abpuffern“ und stimulieren einen motivationalen Prozess, der zu positiven Beanspruchungsfolgen, wie z. B. erhöhte Motivation, persönliche Entwicklung und Förderung der Gesundheit führt (Göpfert 2012: 16, Marschall und Barthelmes 2016: 3f.). Es wird angenommen, dass Ressourcen Einfluss sowohl auf das Ausmaß unmittelbarer Beanspruchungsfolgen (z. B. Stress) als auch auf langfristige Beanspruchungsfolgen wie z. B. gesundheitliche Beschwerden nehmen (z. B. Lohmann-Haislah 2012: 68). Untersuchungen wie z. B. der Stressreport der BAUA, aber auch die Analysen der DAK-Gesundheitsreporte können vielfach Assoziationen zwischen Ressourcen und Belastungen einerseits und Beanspruchungsfolgen andererseits zeigen.³⁵ Diese Vorüberlegungen legen nahe, den Zusammenhang von Belastungen und Ressourcen mit Tabakabhängigkeit zu prüfen. Abbildung 57 zeigt den Anteil der Tabakabhängigen an allen Beschäftigten, und unterscheidet dabei nach Beschäftigten mit stärkerer Belastung im Unterschied zu Beschäftigten mit geringerer Belastung bei der Arbeit. Stärkere bzw. geringere Belastung meint: Beschäftigte erleben die Belastung häufig (mindestens mehrmals pro Woche) oder selten (einmal pro Woche oder seltener).

**Eine stärkere
Belastung geht
mit einer höheren
Tabaksuchtprävalenz einher**

Stärker belastete Beschäftigte haben entlang aller hier abgefragten Belastungen zu höheren Anteilen eine Tabakabhängigkeit. Zum Beispiel sind Beschäftigte, die häufiger bis an die Grenze der Leistungsfähigkeit gehen müssen, zu 19 Prozent tabakabhängig, Beschäftigte, die seltener an die Grenze gehen, nur zu 15 Prozent. Beschäftigte, die häufiger Gefühle zeigen müssen, die mit den tatsächlichen Gefühlen nicht übereinstimmen, sind zu 18 Prozent tabakabhängig, Beschäftigte, die dies seltener müssen, zu nur 14 Prozent. Diese Belastung haben typischerweise Beschäftigte, die mit Kunden zu tun haben.

³⁵ Zuletzt wurde der Zusammenhang zwischen Rückenschmerzen und Arbeitsbedingungen wie Arbeiten in unbequemer Körperhaltung, Termin- und Leistungsdruck oder Arbeiten an der Grenze der Leistungsfähigkeit gezeigt (Marschall et al. 2018: 92ff.). Im Gesundheitsreport 2017 konnte die Assoziation zwischen Schlafstörungen und Merkmalen der Arbeit (z. B. Samstagsarbeit) sowie zwischen Schlafstörungen und Arbeitsbelastungen (z. B. Termin- und Leistungsdruck, Arbeit mit Kunden, Arbeiten an der Grenze der Leistungsfähigkeit) gezeigt werden (z. B. Marschall et al. 2017: 87ff.).

Abbildung 57: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Belastungen bei der Arbeit³⁶

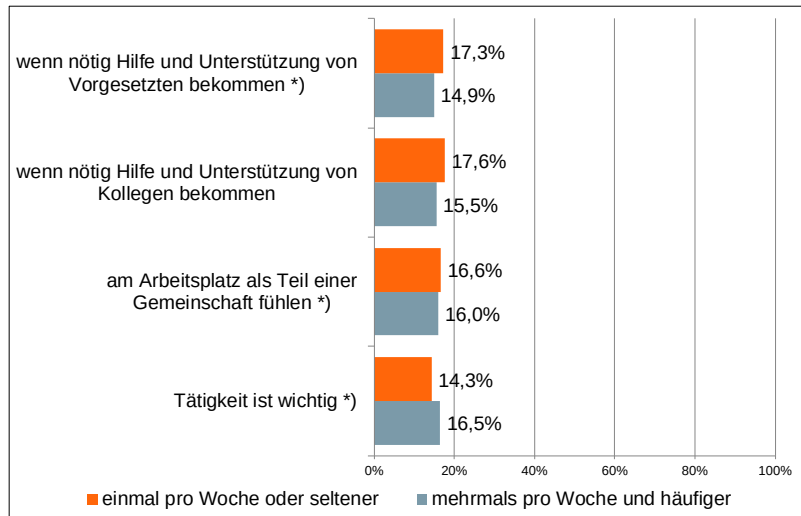
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. *) markiert signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat-Test auf 5 % Niveau). N=5.344–5.412.

Auch das Vorhandensein bzw. Fehlen von Ressourcen hängt mit der Tabaksuchtprävalenz zusammen, wie Abbildung 58 zeigt. Wer z. B. häufig Unterstützung vom Vorgesetzten erhält oder wer seine Tätigkeit als wichtig empfindet, ist im Durchschnitt seltener tabakabhängig, als jemand, der seltener Unterstützung durch Vorgesetzte erhält bzw. seine Tätigkeit seltener als wichtig ansieht.

Das Fehlen von Ressourcen geht mit einer höheren Tabaksuchtprävalenz einher

³⁶ Tabakabhängige Beschäftigte sind gering, mittelgradig oder stark abhängige Raucher. Nicht tabakabhängige Beschäftigte setzen sich aus Nichtraucherinnen sowie nicht abhängigen Rauchern zusammen.

Abbildung 58: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Ressourcen bei der Arbeit³⁷

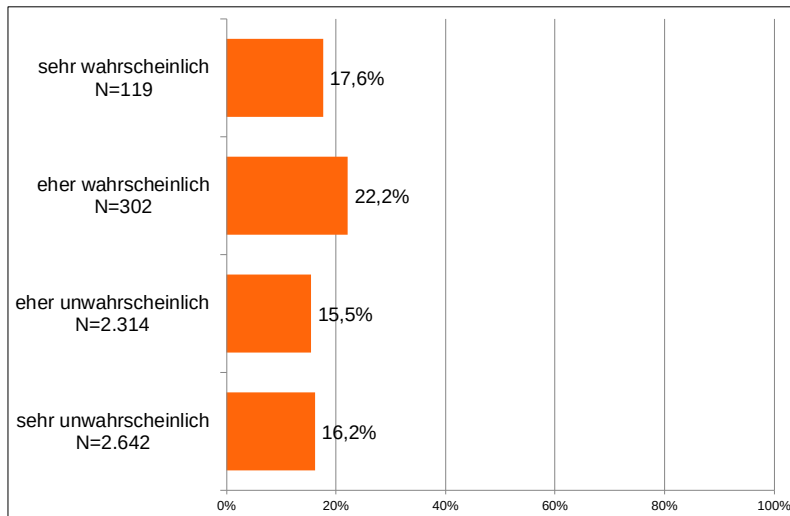


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N=5.344–5.412.

Assoziationen zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Tabakabhängigkeit (Abbildung 59) sowie zwischen der Anzahl Überstunden pro Woche und Tabakabhängigkeit (Abbildung 60) sind dagegen entweder schwach ausgeprägt oder schwer zu interpretieren. So sind zwar Beschäftigte, die es für eher wahrscheinlich halten, dass sie gegen ihren Willen ihren Arbeitsplatz verlieren, zu einem größeren Anteil tabakabhängig als Beschäftigte, die dies für unwahrscheinlich halten (22 Prozent zu 16 Prozent). Jedoch zeigt die Gruppe mit der höchsten Arbeitsplatzunsicherheit wieder eine kaum erhöhte Tabaksuchtprävalenz (18 Prozent). Der Zusammenhang zwischen Überstunden und Tabaksucht verläuft eher U-förmig, d. h. Beschäftigte mit keinen oder wenigen Überstunden und Beschäftigte mit vielen oder sehr vielen Überstunden zeigen eine höhere Suchtprävalenz als Beschäftigte mit einem mittleren Ausmaß an Überstunden (Abbildung 60).

³⁷ Tabakabhängige Beschäftigte sind gering, mittelgradig oder stark abhängige Raucher. Nicht tabakabhängige Beschäftigte setzen sich aus Nichtraucher sowie nicht abhängigen Rauchern zusammen.

Abbildung 59: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Arbeitsplatzsicherheit (Wahrscheinlichkeit, den Arbeitsplatz zu verlieren)^{38 39}

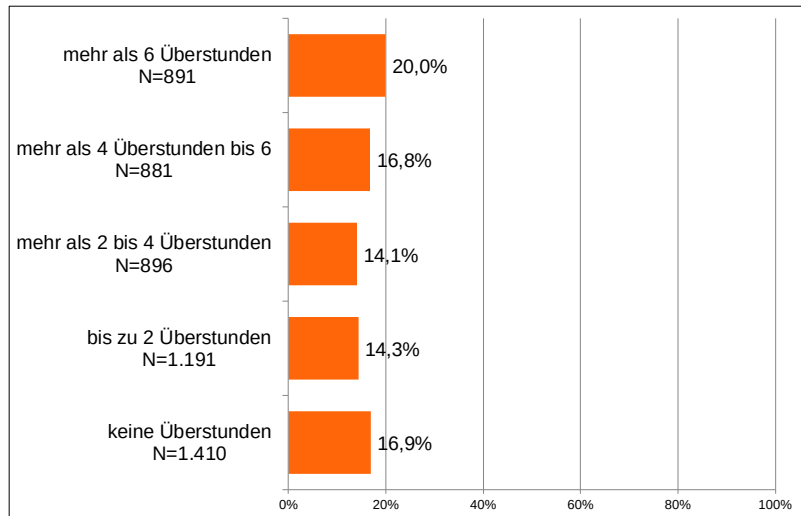


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte. Fragewortlaut der Frage nach der Arbeitsplatzsicherheit: „Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie gegen Ihren Willen Ihren jetzigen Arbeitsplatz verlieren?“

³⁸ Tabakabhängige Beschäftigte sind gering, mittelgradig oder stark abhängige Raucher. Nicht tabakabhängige Beschäftigte setzen sich aus Nichtraucher sowie nicht abhängigen Rauchern zusammen.

³⁹ Die Unterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=9,041$, $p=0,029$).

Abbildung 60: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Überstunden (pro Woche)^{40 41}



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

„Die Tabak- bzw. Nikotinsucht hat vor allem in den manuellen Berufen (wie Baugewerbe, Gastronomie oder Pflegeberufen) nach wie vor eine Bedeutung – also in den Berufen mit der höchsten Raucherquote“

Dr. Martina Pötschke-Langer, Vorsitzende des Aktionsbündnis Nichtraucher sowie Mitglied und stellvertretende Sprecherin des Wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen

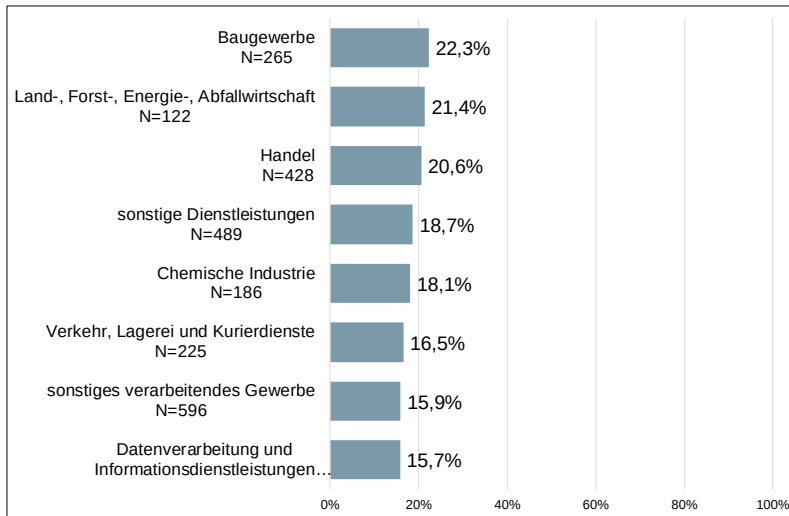
Die Tabakabhängigkeitsprävalenz nach Branchen zeigen Abbildung 61 und Abbildung 62. Trotz der großen Gesamtstichprobe ist die Unsicherheit dieser Analyse wegen der geringen Fallzahl für die meisten Branchen groß, was sich an weiten Konfidenzintervallen um die Branchen-Anteilswerte zeigt. Sehr deutlich stechen dennoch zwei Branchen heraus: Das Baugewerbe, das einen signifikant höheren Anteil von Tabakabhängigen beschäftigt als der Durchschnitt über alle Wirtschaftszweige (22 zu 16 Prozent). Zudem die Banken und Versicherungen, deren Beschäftigte signifikant

⁴⁰ Tabakabhängige Beschäftigte sind gering, mittelgradig oder stark abhängige Raucher. Nicht tabakabhängige Beschäftigte setzen sich aus Nichtrauchern sowie nicht abhängigen Rauchern zusammen.

⁴¹ Die Unterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=23,667$, $p=0,000$).

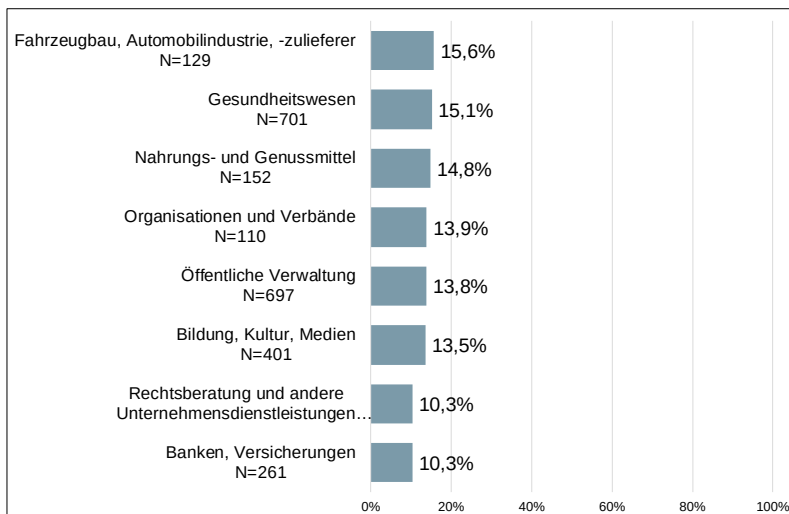
deutlich unterdurchschnittlich tabakabhängig sind (10 Prozent zu 16 Prozent).

Abbildung 61: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Branche (1/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Abbildung 62: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Branche (2/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

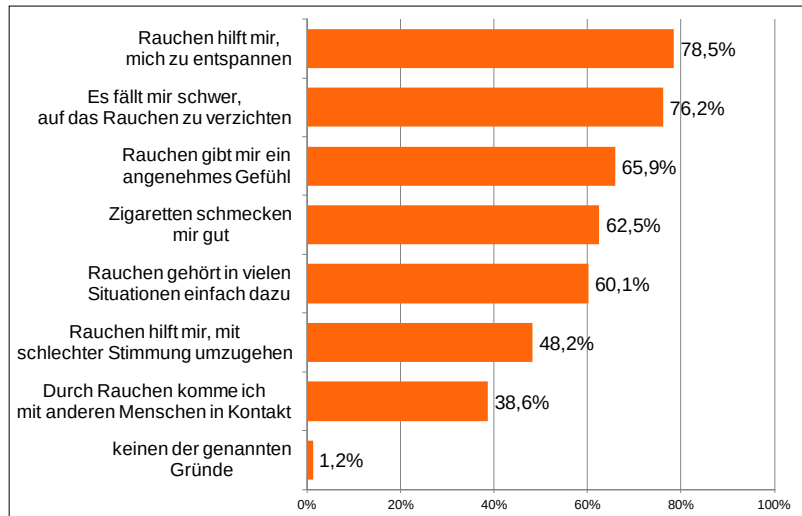
4.4.6 Gründe für das Rauchen

Grund Nr. 1: Hilfe zur Entspannung

Grund Nr. 2: nicht auf das Rauchen verzichten können

Welche Gründe geben Raucher dafür an, dass sie rauchen? Gemessen am Anteil der „trifft-zu“-Antworten stehen zwei Gründe an erster und zweiter Stelle: Hilfe zur Entspannung (79 Prozent) sowie Schwierigkeiten, auf das Rauchen zu verzichten (76 Prozent). Demnach wissen viele Raucher zumindest zu einem Grad von ihrer Abhängigkeit. Zwei Drittel der Raucher geben als Grund an, dass das Rauchen ihnen ein angenehmes Gefühl gibt, 63 Prozent geben an, dass Zigaretten ihnen gut schmecken. Dass Rauchen in vielen Situationen „einfach dazu gehört“, ist für 60 Prozent der Raucher ein Grund. Die vorgegebene Liste der Gründe enthielt offenbar für fast alle Raucher mindestens einen für sie zutreffenden Grund, das zeigt der Anteil von nur einem Prozent, der keinen der Gründe als zutreffend angibt.

Abbildung 63: Gründe für das Rauchen



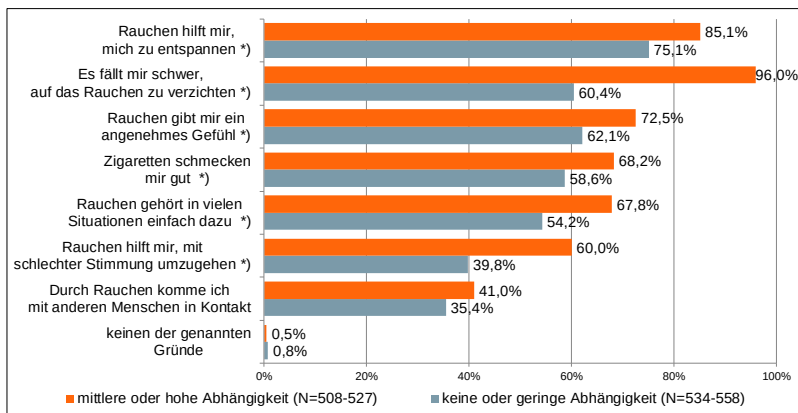
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: aktuelle Raucher. N=1.185–1.244.

Je abhängiger Raucher sind, umso eher wissen sie, dass sie nicht ohne Weiteres auf das Rauchen verzichten können

Je abhängiger Raucher sind, umso mehr Gründe geben sie für das Rauchen an und umso mehr ist ihnen selbst bewusst, dass sie nicht ohne Weiteres auf das Rauchen verzichten können. Abbildung 64 unterscheidet nicht oder geringgradig abhängige Raucher von mittelgradig oder stark abhängigen Rauchern und stellt die Gründe dieser beiden Gruppen im Vergleich dar. Nur für die nicht oder wenig abhängigen Raucher steht der Grund der Entspannung an erster Stelle. Die mittelgradig oder stark abhängigen Raucher geben am häufigsten als Grund an: „Es fällt mir schwer, auf das Rauchen zu verzichten“. Fast alle (96 Prozent) dieser Gruppe geben diesen Grund an.

Stärker abhängige Raucher geben alle Gründe häufiger an als nicht oder schwach abhängige Raucher. Bei zwei Gründen ist diese Differenz besonders groß: „Es fällt mir schwer, auf das Rauchen zu verzichten“ und „Rauchen hilft mir mit schlechter Stimmung umzugehen“.

Abbildung 64: Gründe für das Rauchen. Vergleich zwischen stärker und schwächer abhängigen Rauchern



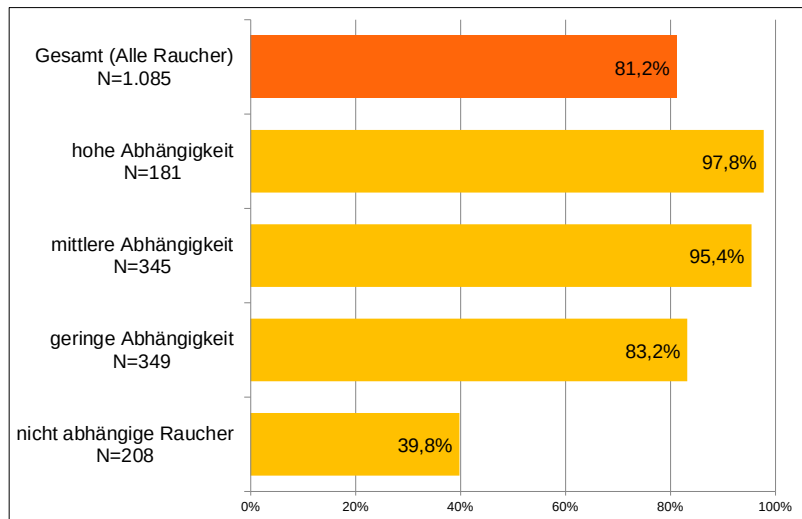
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Aktuelle Raucher. Signifikante Unterschiede sind durch *) markiert.

4.4.7 Rauchen und Arbeitswelt

Rauchen am Arbeitsplatz, d. h. in Büros, Werkshallen, Geschäften etc. ist in den letzten Jahren stark zurückgedrängt worden. Lediglich in bestimmten Gaststätten in einigen Bundesländern wird noch in stärkerem Ausmaß am Arbeitsplatz geraucht. In welchem Ausmaß rauchen Beschäftigte in Arbeitspausen und während der Arbeit und wie steht dies mit der Tabakabhängigkeit in Zusammenhang?

81 Prozent der Raucher rauchen in Arbeitspausen. Dabei gilt: je höher der Grad der Abhängigkeit der Raucher, umso mehr rauchen sie in Arbeitspausen. Nicht abhängige Raucher rauchen nur zu 40 Prozent in Arbeitspausen – dieser Anteil nimmt mit dem Grad der Abhängigkeit zu. Schon Raucher mit einem geringen Grad der Abhängigkeit rauchen zu 83 Prozent in Arbeitspausen. Raucher mit einer mittelgradigen Abhängigkeit und stark abhängige Raucher rauchen praktisch alle in Arbeitspausen (95 bzw. 98 Prozent) (Abbildung 65).

Raucher mit einer mittleren und starken Abhängigkeit rauchen praktisch alle in Arbeitspausen

Abbildung 65: Rauchen in Arbeitspausen nach Grad der Tabakabhängigkeit⁴²

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: aktuelle Raucher. Fragewortlaut: „Rauchen Sie in Arbeitspausen, z. B. in der Mittagspause?“

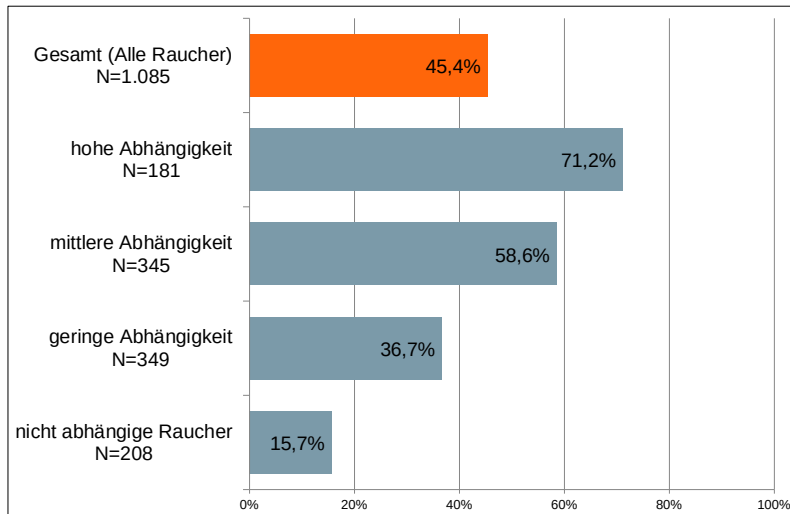
„Die Bedeutung der Tabaksucht im Arbeitsleben schätze ich als mittelhoch ein. Sie führt zum Ausfall von Arbeitszeit durch Rauchpausen (wo dies betrieblich möglich ist), zu einem höheren Krankenstand und zu geringerer Arbeitsleistung zwangsabstinenter Raucher.“

Dr. Dieter Geyer, Präsident der Deutschen Suchtmedizinischen Gesellschaft

Nicht ganz die Hälfte der Raucher (45 Prozent) raucht nicht nur während der Arbeitspausen, sondern auch während der Arbeitszeit (also explizit außerhalb von Pausen). Auch dieser Anteil steigt mit dem Grad der Abhängigkeit: Schon geringgradig abhängige Raucher rauchen bereits zu 37 Prozent auch während der Arbeitszeit, mittelgradig abhängige Raucher zu 59 Prozent und stark abhängige Raucher zu 71 Prozent (Abbildung 66).

⁴² Die Unterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=313,705$, $p=0,000$).

Abbildung 66: Rauchen während der Arbeitszeit nach Grad der Tabakabhängigkeit⁴³



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: aktuelle Raucher. Fragewortlaut: „Rauchen Sie während der Arbeit (also außerhalb von Pausen)?“

Mit dem Grad der Tabakabhängigkeit steigt die Anzahl der Krankmeldungen. Während Nichtraucher im Schnitt 1,4 Krankmeldungen pro Jahr angeben, geben stark abhängige Raucher 1,9 Krankmeldungen pro Jahr an. Auch mittelgradig abhängige Raucher haben eine überdurchschnittliche Zahl von Krankmeldungen: 1,6 pro Jahr. Raucher, die nur geringgradig tabakabhängig sind, weisen nur eine geringfügig erhöhte Anzahl Krankmeldungen im Vergleich zu Nichtrauchern auf (1,5).

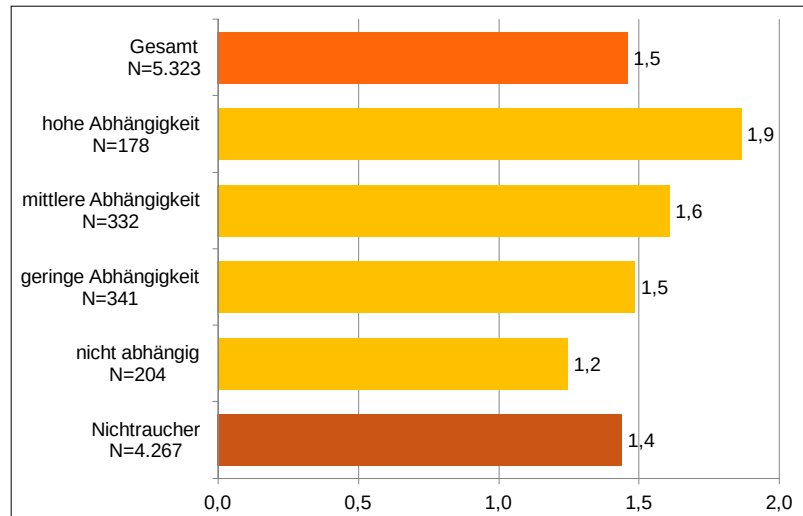
Eine besondere Gruppe scheinen die nicht abhängigen Raucher zu sein, sie geben nur 1,2 Krankmeldungen pro Jahr an. Hieraus kann nicht geschlossen werden, dass nicht abhängiges (Gelegenheits-) Rauchen die Gesundheit fördert. Vielmehr ist anzunehmen, dass diese Gruppe bestimmte Eigenschaften hat, die zu weniger Krankmeldungen führen.

Generell ist hier darauf hinzuweisen, dass weder das querschnittliche Studiendesign noch die bivariate Analyse eine kausale Zuschreibung erlauben. Insbesondere wird es hier gelten, dass ein höherer Grad der Abhängigkeit mit einem erhöhten Konsum an Zigaretten einhergeht und dies zu einer schlechteren Gesundheit der mittelgradig und stärker abhängigen Raucher führt.

Je höher der Grad der Tabakabhängigkeit, umso mehr Krankmeldungen

⁴³ Die Unterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=157,587$, $p=0,000$).

Abbildung 67: Durchschnittliche Anzahl Krankmeldungen in den letzten 12 Monaten nach Raucherstatus bzw. Grad der Abhängigkeit⁴⁴



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte.

„Nikotinabhängigkeit bleibt ein maßgeblicher Faktor für erhöhte Morbidität und damit indirekt für Fehltag, ist aber im Gegensatz zu Alkohol aufgrund der fehlenden konsumbedingten unmittelbaren Beeinträchtigungen primär bedeutsam im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.“

Dr. Gallus Bischof, Psychologischer Psychotherapeut am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck

4.4.8 E-Zigarette („Dampfen“): Prävalenz der der Verwendung und der Abhängigkeit bei Beschäftigten sowie Folgen für die Arbeitswelt

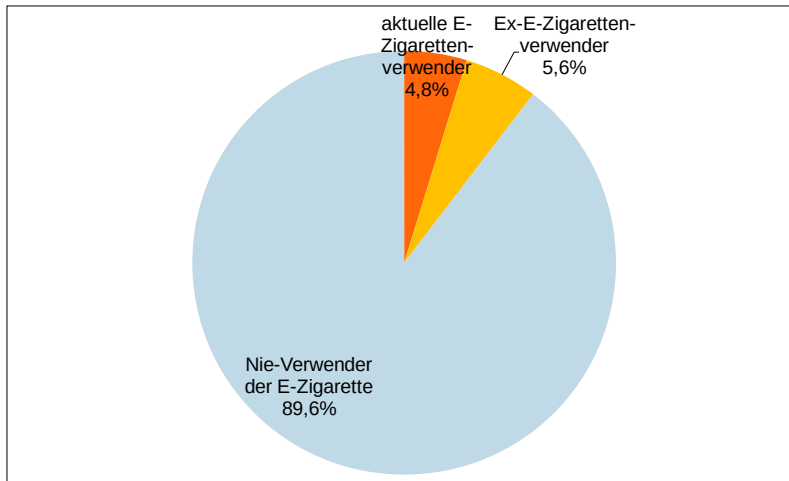
4.4.8.1 Verbreitung der E-Zigarette

Unter den befragten Beschäftigten verwenden 4,8 Prozent aktuell eine E-Zigarette, entweder regelmäßig oder gelegentlich. Sie sind „Dampfer“, wie sich E-Zigaretten-Verwender häufig selbst bezeichnen. Weitere 5,6 Prozent dampften in der Vergangenheit, haben aber mittlerweile aufgehört. Die große Mehrheit von

⁴⁴ Die Unterschiede sind nicht signifikant (Varianzanalyse mit $\alpha=5\%$: $F=1,587$; $p=0,175$).

90 Prozent hat dagegen keine Erfahrung mit der E-Zigarette. (Abbildung 68).

Abbildung 68: Beschäftigte nach Verwendung E-Zigarette



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N=5.600.

Die aktuellen E-Zigaretten-Verwender sind fast ausschließlich entweder aktuelle Raucher oder ehemalige Raucher: 56 Prozent der E-Zigaretten-Verwender („Dampfer“) rauchen – diese Gruppe wird auch Dual-Konsumierende genannt. 41 Prozent der Dampfer sind ehemalige Raucher. Bei dieser Gruppe könnte es sich um Umsteiger handeln, die zwar nicht gänzlich auf Nikotin verzichten wollen oder können, sich aber einen gesundheitlichen Nutzen durch den Umstieg versprechen. Näheres hierzu werden die Gründe zeigen, aus denen die Dampfer zur E-Zigarette greifen⁴⁵ (Abbildung 69).

Dampfer sind entweder Raucher oder Ex-Raucher

Die Gruppe der ehemaligen E-Zigaretten-Verwender (E-Dampfer) besteht zu einem noch größeren Anteil aus aktuellen Rauchern: 68 Prozent der Ex-Dampfer sind aktuelle Raucher. Möglicherweise befinden sich hier viele Raucher darunter, die erfolglos einen Umstieg versucht haben. Die zweitgrößte Gruppe unter den Ex-Dampfern ist die der Ex-Raucher. Bei dieser Gruppe könnte es sich einerseits um Erwerbstätige handeln, die das Rauchen komplett aufgegeben haben und im Übergang zur vollständigen Abstinenz auf die E-Zigarette umgestiegen sind. Auch könnten sich in dieser Gruppe ehemalige Dual-Konsumierende befinden, die mittlerweile beides aufgegeben haben (Abbildung 69).

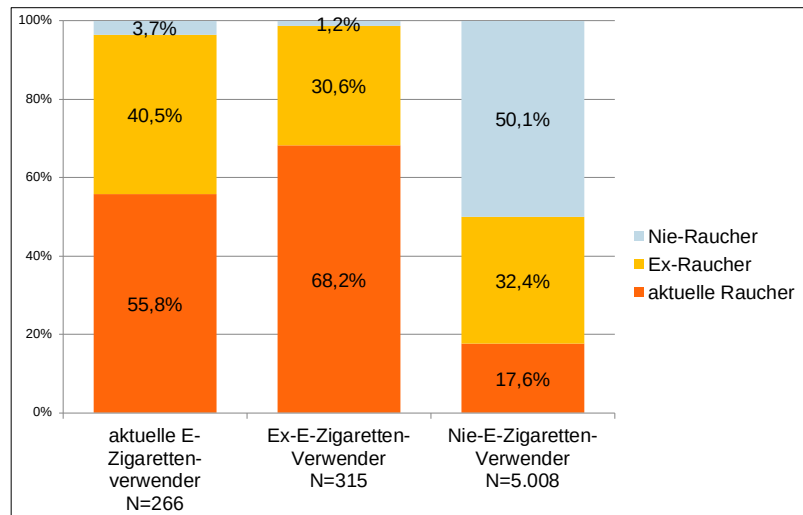
Mehr als zwei Drittel der Ex-Dampfer sind Raucher

⁴⁵ Diese werden in Abbildung 79 berichtet.

Nur sehr wenige Dampfer haben niemals geraucht

Nur vereinzelt finden sich unter den Dampfern Erwerbstätige, die niemals geraucht haben, und somit ohne eine Vorgeschichte des Rauchens bzw. des Nikotinkonsums zu Dampfern wurden: Knapp 4 Prozent der Dampfer hat noch nie geraucht (Abbildung 69). Diese Gruppe näher zu beleuchten wäre interessant, u. a. dahingehend, ob sie überhaupt Nikotin mit ihrem Liquid konsumieren (bzw. Tabak verdampfen) und aus welchen Gründen sie dampfen. Eine solche Betrachtung ist jedoch wegen der geringen Größe dieser Gruppe in der Stichprobe nicht möglich. Zwar liegt dem DAK-Gesundheitsreport eine sehr große Gesamtstichprobe zugrunde, hierin finden sich jedoch wegen der immer noch geringen Verbreitung des Dampfens nur vergleichsweise wenig Dampfer (N=267). Der sehr kleine Teil der Nie-Raucher in dieser Gruppe macht dann nur N=10 Befragte aus.

Abbildung 69: Beschäftigte nach Verwendung E-Zigarette und Raucherstatus⁴⁶



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Dual-Konsumierende: 12 Prozent der Raucher dampfen

Wie sieht der Duale Konsum aus, wenn nicht die Dampfer, sondern die Raucher (sowie Ex- und Nie-Raucher) betrachtet werden? Zwar sind – wie zuvor gezeigt – viele Dampfer gleichzeitig Raucher, das Umgekehrte gilt jedoch nicht: Nur 12 Prozent der Raucher dampfen auch, sind also somit Dual-Konsumierende. Weitere 17 Prozent der Raucher sind ehemaliger Verwender der E-Zigarette. Unter den Ex-Rauchern sind die Anteile der aktuellen und ehemaligen Verwender der E-Zigarette noch geringer: 6 Prozent der Ex-Raucher dampfen,

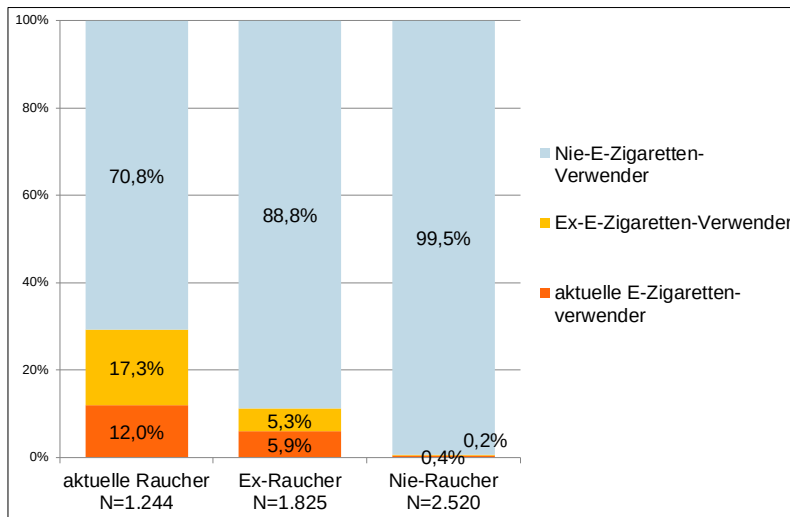
⁴⁶ Chi-Quadrat Test mit $\alpha = 5\%$: $\chi^2 = 751,974$, $p = 0,000$.

weitere 5 Prozent der Ex-Raucher sind gleichzeitig ehemalige Dampfer.

Wer nie geraucht hat, dampft auch nicht: In der Gruppe der Nie-Raucher sind nur 0,4 Prozent Dampfer und 0,2 Prozent Ex-Dampfer (Abbildung 70).⁴⁷

Wer nie geraucht hat, dampft auch nicht

Abbildung 70: Beschäftigte nach Raucherstatus und Verwendung E-Zigarette⁴⁸

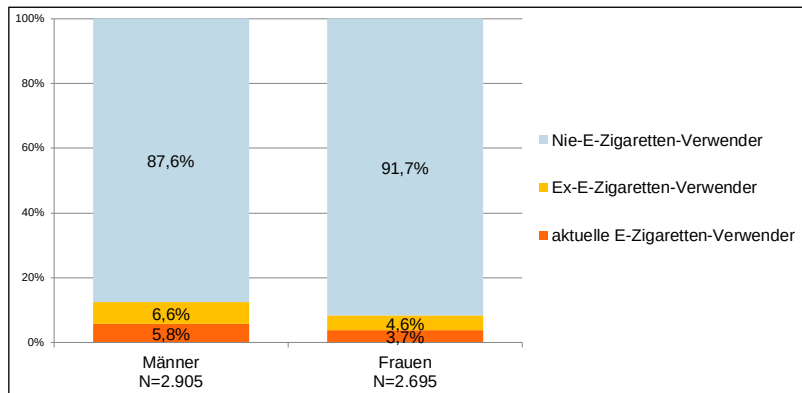


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

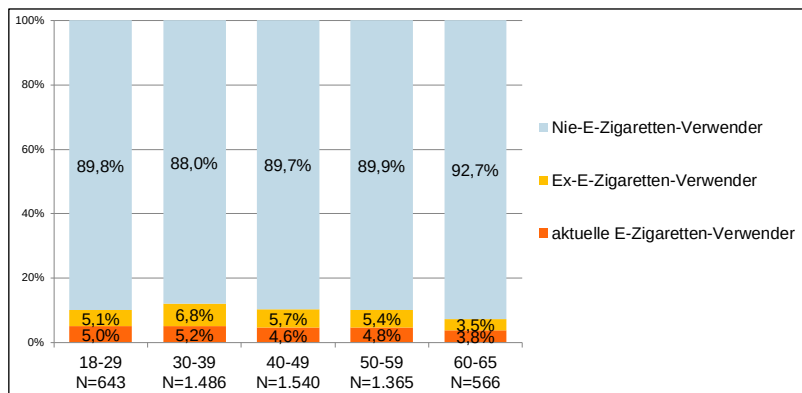
Männer dampfen zu einem etwas höheren Anteil als Frauen (6 zu 4 Prozent) und sind zu einem etwas höheren Anteil Ex-Dampfer (7 zu 5 Prozent). Dementsprechend ist der Anteil der Nie-Dampferinnen größer (92 zu 88 Prozent) (Abbildung 71).

⁴⁷ Unter den aktuellen Dampfern unter den Nie-Rauchern dampfen 2 (auch) Tabak und 7 nur ein Liquid (also niemals Tabak). Von den 7 nur-Liquid Konsumenten konsumieren 5 niemals Nikotin, 2 gelegentlich (d. h. nicht täglich).

⁴⁸ Chi-Quadrat Test mit $\alpha = 5\%$: $\chi^2 = 751,974$, $p = 0,000$

Abbildung 71: Beschäftigte nach Geschlecht und Verwendung E-Zigarette⁴⁹

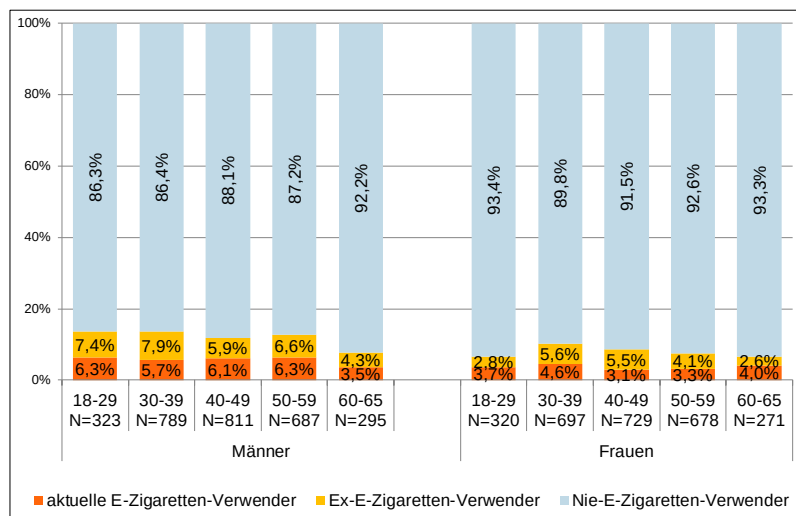
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Abbildung 72: Beschäftigte nach Alter und Verwendung E-Zigarette⁵⁰

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

⁴⁹ Männer verwenden zu signifikant höheren Anteilen als Frauen E-Zigarette (Vgl. aktuelle E-Zigaretten-Verwender nach Geschlecht: Chi-Quadrat Test mit $\alpha = 5\%$: $\chi^2 = 12,811$, $p = 0,000$).

⁵⁰ Scheffé-Prozedur: kein signifikanter Zusammenhang zwischen aktueller Verwendung E-Zigarette und Alter.

Abbildung 73: Beschäftigte nach Alter, Geschlecht und Verwendung E-Zigarette⁵¹

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Nicht alle E-Zigaretten-Konsumenten nehmen durch das Dampfen Nikotin auf, vielmehr gibt es Konsumenten, die lediglich ein Liquid mit Aroma dampfen.⁵² Zudem fällt unter den Begriff der E-Zigarette auch der Tabakverdampfer, durch den nicht ein Liquid, sondern Tabak verdampft wird. Dieser enthält Nikotin.

Aus Sicht des Nikotinkonsums lassen sich die E-Zigarettenverwender wie folgt einteilen (Abbildung 74): Insgesamt konsumieren 85 Prozent der E-Zigaretten-Verwender Nikotin. Die große Mehrheit der Dampfer konsumiert ein Nikotinhaltiges Liquid (72 Prozent). 10 Prozent verdampfen Tabak und 4 Prozent konsumieren sowohl (nikotinhaltiges) Liquid als auch Tabak. Demgegenüber konsumieren 15 Prozent der Dampfer ausschließlich Nikotin-freies Liquid.⁵³

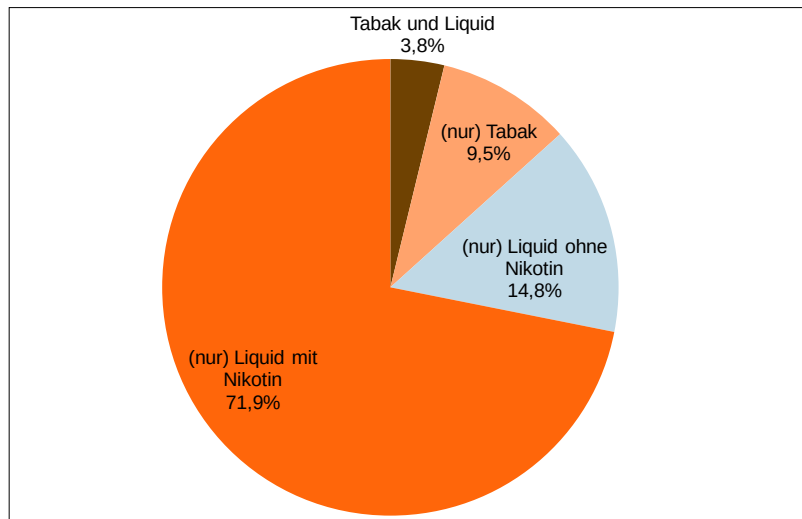
85 Prozent der E-Zigaretten-Verwender konsumieren Nikotin

⁵¹ Scheffé-Prozedur: Weder bei Männern noch Frauen zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem E-Zigaretten-Verwender-Anteil und dem Alter.

⁵² In diesen Fällen wird auch von E-Shisha gesprochen, also das elektronische Pendant zu einer Wasserpfeife, in der auch häufig Tabak ohne Nikotin konsumiert wird.

⁵³ Die Summe der Nikotin konsumierenden Dampfer wird auf Basis der Angaben in Abbildung 74 gebildet, nicht auf Basis der (gerundeten) Angaben im Text.

Abbildung 74: E-Zigarettenverwender nach Nikotinkonsum



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle E-Zigarettenverwender. N=263.

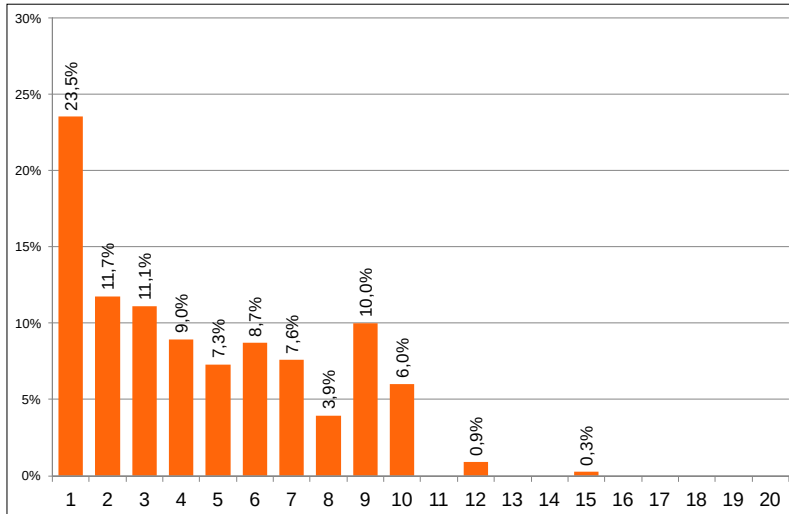
4.4.8.2 Prävalenz der Abhängigkeit von der E-Zigarette

Penn State Electronic Cigarette Dependence Index (PSECDI)

Wie stark sind die Dampfer von ihrer E-Zigarette abhängig? Analog zur Tabaksucht wurde auch für die E-Zigarettenverwender ein Befragungsinstrument eingesetzt, das den Grad der Abhängigkeit ermittelt: Der Penn State E-Cigarette Dependence Index, der analog zum Penn State Cigarette Dependence Index aufgebaut ist.

Abbildung 75 zeigt die Verteilung der Punktwerte, die der Einsatz des Instruments bei den E-Zigaretten-Verwendern ermittelt hat.

Abbildung 75: E-Zigaretten-Verwender nach Punktwert im Penn State E-Cigarette Dependence Index



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle E-Zigaretten-Verwender. N=216.

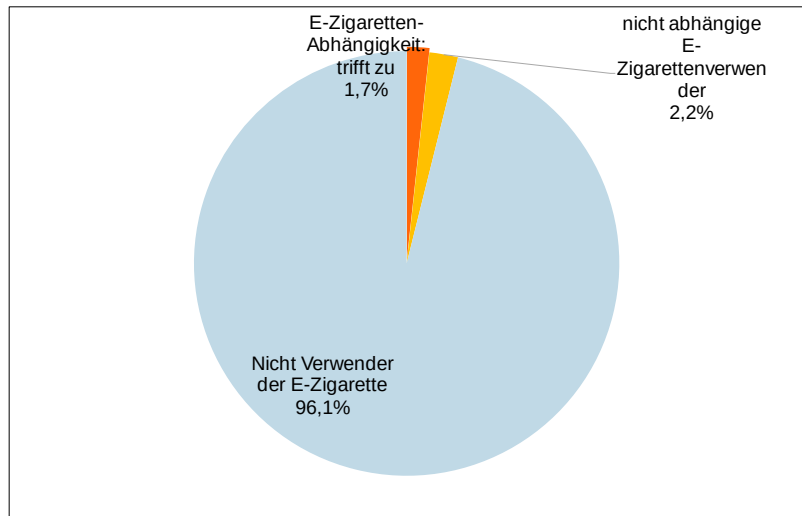
Wie auch der Penn State Cigarette Dependence Index hat auch der Penn State E-Cigarette Index eine Punktzahl zwischen 1 und 20 als Ergebnis, die sich wie folgt in Grade der Abhängigkeit übersetzt:

- 0–3 Punkte: keine Abhängigkeit,
- 4–8 Punkte: leichte Abhängigkeit,
- 9–12 Punkte: mittlere Abhängigkeit und
- 13–20 Punkte: hohe Abhängigkeit.

Die Verbreitung der Nikotinsucht, soweit sie durch die E-Zigarette getragen wird, zeigt in Abbildung 76. 1,7 Prozent der Beschäftigten sind abhängig von der E-Zigarette. 2,2 Prozent der Beschäftigten sind nicht-abhängige E-Zigarettenverwender. Bei letzter Gruppe handelt es sich, wie weiter unten gezeigt wird, zum Teil um Raucher, die ggf. von der Zigarette abhängig sind. Gleiches gilt für die Nicht-Verwender der E-Zigarette, die zum Teil rauchen und dementsprechend zum Teil tabakabhängig sind.

1,7 Prozent der Beschäftigten sind abhängig von der E-Zigarette

Abbildung 76: Beschäftigte nach Verwenderstatus E-Zigarette bzw. Nikotinabhängigkeit gemäß Penn State E-Cigarette Dependence Index



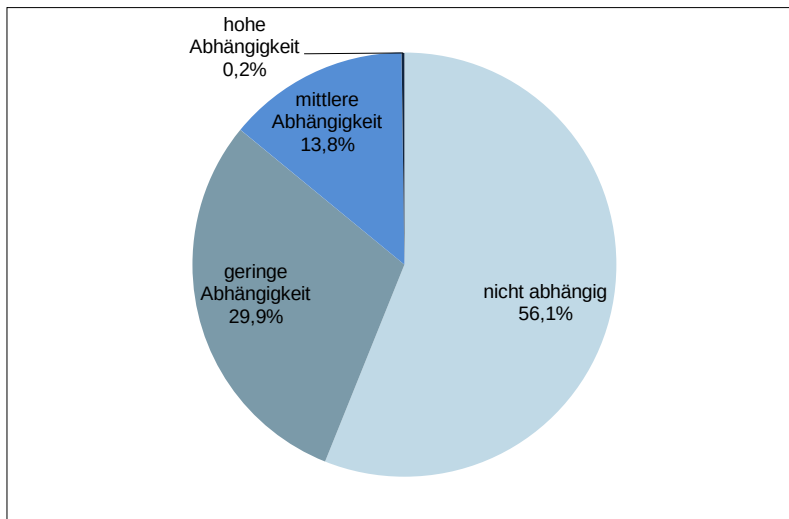
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N= 5.549.

44 Prozent der E-Zigaretten-Verwender sind von ihr abhängig

Ergänzend hierzu werden (nur) die Dampfer in Grade der Abhängigkeit eingeteilt, die jeweiligen Anteile beziehen sich also nur auf die E-Zigaretten-Verwender (Abbildung 77): Demnach ist gut die Hälfte der Dampfer (56,1 Prozent) nicht abhängig von der E-Zigarette. Für 30 Prozent ermittelt der Penn State-Index eine geringe Abhängigkeit, für weitere 13,8 Prozent eine mittlere Abhängigkeit. Eine hohe Abhängigkeit von der E-Zigarette zeigt dagegen praktisch keiner der befragten Dampfer.

Insgesamt sind also 44 Prozent der Dampfer zu einem wenigstens geringen Grad von der E-Zigarette abhängig.

Abbildung 77: E-Zigaretten-Verwender nach Grad der Abhängigkeit

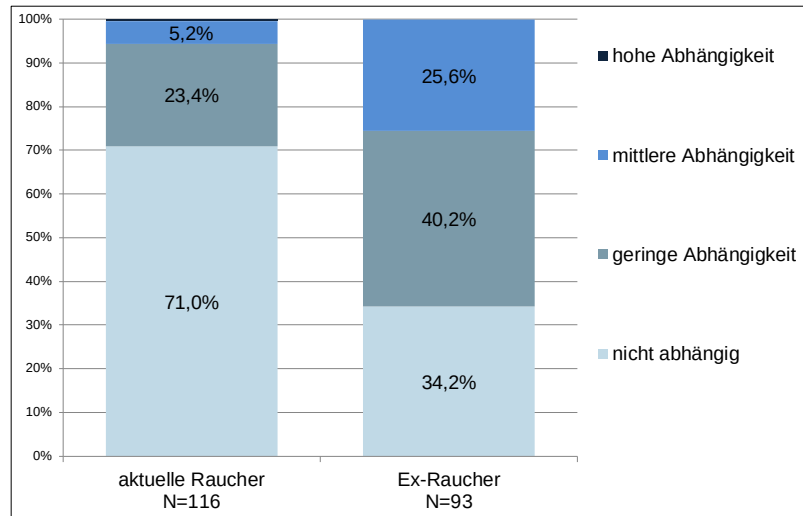


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle E-Zigaretten-Verwender. N=216.

Eine gewisse Problematik bei der Interpretation dieses Ergebnis stellt der Umstand dar, dass ein großer Teil der Dampfer gleichzeitig Raucher ist. Wenn diese „Dual-Konsumierenden“ ein Craving verspüren, bezieht sich das auf die Zigarette oder die E-Zigarette? Ebenso gilt für Entzugserscheinungen, dass unklar bleibt, ob diese durch den Verzicht auf die Zigarette oder die E-Zigarette verursacht werden und auch, wie die Befragten beim Ausfüllen des hiermit umgegangen sind. Es kann vermutet werden, dass Dual-Konsumierende Craving und Entzugserscheinungen in erster Linie auf die Zigarette beziehen und weniger oder gar nicht auf die E-Zigarette, weil letztere in ihrer eigenen Rauchergeschichte als auch in ihrem Abhängigkeitspotential sekundär zur Zigarette sein dürfte.

Im Folgenden wird daher der Grad der Abhängigkeit vom Dampfen nach Raucherstatus ausgewiesen (Abbildung 78). Tatsächlich zeigt sich, dass die Raucher unter den Dampfern weniger von der E-Zigarette abhängig sind als die Ex-Raucher – was darauf hindeutet, dass sich ihre Abhängigkeit in erster Linie auf die Zigarette bezieht. Bei 66 Prozent der ehemaligen Raucher, aber nur bei 29 Prozent der aktuellen Raucher, ermittelt der PSECDI einen wenigstens geringen Grad der Abhängigkeit.

Abbildung 78: Grad der Abhängigkeit von der E-Zigarette nach Raucherstatus^{54 55}



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle E-Zigaretten-Verwender.

„Das Aufkommen der E-Zigarette verändert in unterschiedlicher Weise Erscheinungsform, Folgen und den betrieblichen Umgang mit der Nikotinsucht. Zum Teil findet ein Umstieg auf E-Zigarette bei Einstellung des Zigarettenkonsums statt, zum Teil reduzieren Beschäftigte den Zigarettenkonsum bei zusätzlichem Konsum der E-Zigarette. Der betriebliche Umgang mit E-Zigaretten einschließlich des Umgangs in therapeutischen Einrichtungen ist uneinheitlich, überwiegend bisher analog dem Umgang mit Zigarettenkonsum.“

Dr. Thomas Kuhlmann, Chefarzt der psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach, Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen

26 Prozent der Dual-Konsumierenden sind von Zigarette und E-Zigarette abhängig

Betrachtet man nur die Dualkonsumierenden, zeigt sich, dass diese vorrangig von der Zigarette abhängig sind. Die tabakabhängigen Dualkonsumierenden sind weit überwiegend nicht abhängig von der E-Zigarette, umgekehrt ist nur ein kleiner Teil der nicht tabakabhängigen Dualkonsumierenden abhängig von der E-Zigarette. 26 Prozent der Dualkonsumierenden zeigen eine Abhängigkeit mit Bezug auf Zigarette und E-Zigarette.

⁵⁴ Nie-Rauchende E-Zigaretten-Verwender werden nicht in die Analyse einbezogen, da ihre Zahl in der Stichprobe zu gering ist.

⁵⁵ Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=32,327$, $p=0,000$

Tabelle 21: Dualkonsumierende nach Abhängigkeit von Zigarette und E-Zigarette

		E-Zigarette	
		nicht abhängig	abhängig
Zigarette	nicht abhängig	9%	2%
	abhängig	63%	26%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Dual-Konsumierende. N=102. Als abhängig wurden alle zusammengefasst, die einen wenigstens geringen Grad der Abhängigkeit aufweisen.

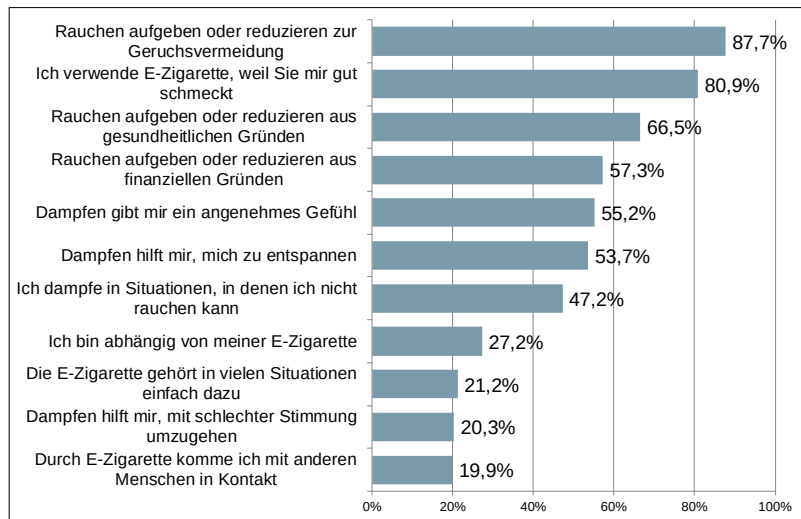
Werden abhängige Raucher und abhängige Dampfer gemeinsam betrachtet, um die Prävalenz der Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit anzugeben, ergibt sich ein Anteil von 17,0 Prozent, der entweder von der Zigarette oder von der E-Zigaretten abhängig ist, oder auf den beides zutrifft (ohne Abbildung).

17,0 Prozent der Beschäftigten sind tabak- bzw. nikotinabhängig

4.4.8.3 Gründe der E-Zigarettenverwender

Abbildung 79 zeigt mögliche Gründe für die Verwendung der E-Zigarette. Angegeben ist der Anteil der Dampfer, der den jeweiligen Grund als zutreffend angegeben hat. Die Frage ließ Mehrfachnennungen zu, so dass sich die Anteile auf weit mehr als 100 Prozent aufsummieren. Häufigster Grund für die E-Zigaretten-Verwendung ist die Aufgabe oder Reduktion des Rauchens zur Geruchsvermeidung. 88 Prozent der „Dampfer“ geben diesen Grund als für sie zutreffend an. 81 Prozent der Dampfer geben an, dass sie aus geschmacklichen Gründen E-Zigarette verwenden. Gesundheitliche Gründe kommen erst an dritter Stelle: 67 Prozent verwenden die E-Zigarette, um einen gesundheitliche Vorteil gegenüber dem Rauchen zu erreichen. Weitere Gründe zeigt die Abbildung.

Abbildung 79: Gründe der E-Zigaretten-Verwender für die Verwendung

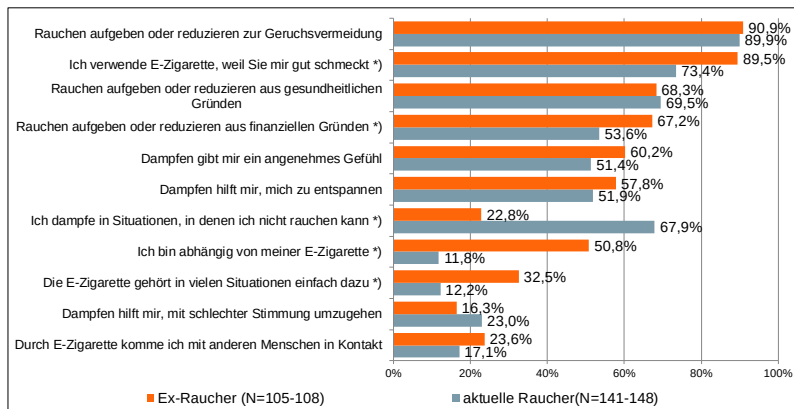


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle E-Zigaretten-Verwender. N=258–265. Angegeben ist je Grund der Anteil der Dampfer, der den jeweiligen Grund als zutreffend angegeben hat.

Die in Abbildung 80 gezeigte Analyse geht von der Annahme aus, dass sich die Gründe für die E-Zigaretten-Verwendung zwischen Rauchern, die dampfen (Dual-Konsumierende) und ehemaligen Rauchern, die (wahrscheinlich) auf die E-Zigarette umgestiegen sind, unterscheiden. Die Analyse gibt Hinweise, warum Raucher gleichzeitig auch dampfen: Erstens geht es ihnen mehrheitlich genau wie den Umsteigern um eine Alternative zum Rauchen: Sie möchten genauso häufig wie die nicht mehr rauchenden Dampfer eine Geruchsvermeidung erreichen und eine gesundheitliche Verbesserung erzielen. Es wird aber auch deutlich, dass sie die E-Zigarette als Ergänzung zur Zigarette sehen: 68 Prozent nutzen die E-Zigarette in Situationen, in denen sie nicht rauchen können. Sie geben kaum an, dass sie abhängig von der E-Zigarette sind, was die weiter oben herausgearbeitete Vermutung stützt, dass sich die Abhängigkeit der Raucher auf die Zigarette bezieht.

Die Ex-Raucher unter den Dampfern dagegen geben zu 51 Prozent an, dass sie abhängig von der E-Zigarette sind. Wahrscheinlich haben sie das Rauchen zwar aufgeben können, sind aber noch abhängig vom Nikotin. Weitere Gründe können Abbildung 80 entnommen werden.

Abbildung 80: Gründe der E-Zigaretten-Verwender für die Verwendung.
Rauchende und Ex-Rauchende E-Zigaretten-Verwender im Vergleich



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle E-Zigaretten-Verwender, die Raucher oder Ex-Raucher sind (d. h. exklusive der Nie-Raucher unter den E-Zigaretten-Verwendern). Signifikante Unterschiede sind durch *) markiert.

„Die Tabak- bzw. Nikotinsucht hat in der Arbeitswelt weiterhin eine große Bedeutung. Die Bedeutung der Alkoholabhängigkeit in der Arbeitswelt hat sich leichtgradig verringert, aber weiterhin hohes Niveau.“

Prof. Dr. Thomas Redecker, Psychosomatischer Chefarzt der Median-Klinik am Park Bad Oeynhausen

4.5 Alkohol: Prävalenz des Konsums und der Abhängigkeit bei Beschäftigten sowie Folgen für die Arbeitswelt

Dass heute von Alkoholsucht gesprochen wird und es entsprechende Therapieangebote gibt, war lange nicht selbstverständlich. Nur als Folge einer Gerichtsentscheidung wurde 1968 Alkoholabhängigkeit in Deutschland als Krankheit anerkannt (AWMF 2016:1). Zuvor war bereits im Jahr 1952 der „Alkoholismus“ als eine Form der „Süchtigkeit“ in die internationale Klassifikation der Krankheiten aufgenommen worden. Eine wichtige Rolle beim Verstehen von Alkoholismus als Krankheit („Disease Concept of alcoholism“) spielte der Biostatistiker Elvin Mortin Jellinek, dessen Alkoholismuskonzept von der WHO übernommen wurde (Spode 2008:5).

Das Verständnis der Alkoholsucht läuft aber nicht geradlinig auf ein modernes Verständnis hin, sondern hat eine wechselhafte Geschichte, wie Spode (2005: 3f.) anhand der Einträge von

Alkoholsucht wurde lange Zeit nicht als Krankheit verstanden

Alkoholismus in verschiedenen Bänden der Brockhaus-Enzyklopädie zeigt:

- 1894: Alkoholismus als Inbegriff der körperlichen, geistigen und sittlichen Schäden und Nachteile des Missbrauchs geistiger Getränke, dessen unheilvolle Wirkungen sich nicht nur auf das einzelne Individuum, sondern auf die ganze Gesellschaft erstrecken.
- 1953: Das Stichwort Alkoholismus fehlt, stattdessen gibt es den Begriff ‚Alkoholgenuss‘, der „tief im Volksleben verwurzelt“ sei.
- 1966: Das Stichwort ‚Alkoholismus‘ taucht wieder auf, jedoch nur als Hinweis auf sozial bedingten Missbrauch.
- 1975: (Nur) im Ergänzungsband wird eine entscheidende“ Revision vollzogen: „Heute gilt der Alkoholismus als Krankheit und wird als solche von den Krankenkassen (...) anerkannt“ (zit. nach Spode 2008:4).

Die moderne epidemiologische Forschung geht davon aus, dass regelmäßiger Alkoholkonsum zu den wichtigsten Gesundheitsrisiken gehört (Lim et al. 2012, zit. n. AWMF 2016:1). Plass (2014; zit. n. AWMF 2016:1) geht davon aus, dass in Deutschland bei Männern der Alkoholkonsum den fünften Platz der Hauptrisiken für die Entstehung von Krankheiten einnimmt.

Am Arbeitsplatz ist Alkoholkonsum aus verschiedenen Perspektiven ein Problem. Neben den Gefahren, die von alkoholisierten Beschäftigten ausgehen, wird im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention versucht, Beschäftigte anzusprechen, die durch Alkoholkonsum am Arbeitsplatz auffallen. Lindenmeyer (2013: 21) geht davon aus, dass etwa 9 Prozent der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer regelmäßig Alkohol am Arbeitsplatz konsumieren und etwa 5 Prozent zu Arbeitsbeginn noch unter der Wirkung von Alkohol stehen. Alkoholabhängige fehlen etwa siebenmal häufiger am Arbeitsplatz.⁵⁶

„Es ist in der Regel weder im Interesse der Süchtigen noch ihrer Arbeitgeber oder Behandler, Probleme mit Suchterkrankungen an die große Glocke zu hängen. Treten gravierende Probleme am Arbeitsplatz auf, so kommt es meist früher oder später zur Kündigung. Mit den Programmen zu ‚Sucht am Arbeitsplatz‘ gibt es seit einiger Zeit allerdings interessante Ansätze, um die Situation für Alkohol missbrauchende und süchtige Beschäftigte zu verbessern. Haben wichtige Entscheidungsträger das Thema für sich entdeckt – z. B. für Publikationen, Vorträge oder Maßnahmenforderungen –, nimmt die Berichtsrate in deren Zuständigkeitsbereich plötzlich zu (siehe z. B. die Zunahme der

⁵⁶ Die weiter unten dargestellten Ergebnisse ermitteln zu diesen Sachverhalten deutlich niedrigere Angaben.

dokumentierten stationär behandelten Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich seit 1990⁵⁷). Der tatsächliche Stellenwert von Alkoholproblemen am Arbeitsplatz ist höchstwahrscheinlich viel größer, als man anhand der offiziellen Statistiken vermuten würde.“

Dr. Alfred Uhl, Abteilungsleiter Stv. des Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich, Wien

4.5.1 Definition und Kriterien der Alkoholabhängigkeit, des schädlichen Alkoholgebrauchs und des riskanten Konsums

Selbstverständlich setzen weder das Alltagsverständnis noch die Wissenschaft den Konsum von Alkohol mit Alkoholabhängigkeit gleich. Vielmehr geht die Forschung von verschiedenen Konsumklassen aus, unter denen der „normale“ Alkoholkonsum und der „abhängige Alkoholkonsum“ zwei Extrempole sind (Darstellung nach AWMF et al. 2016:4–7)⁵⁸:

Der so genannte **risikoarme Konsum** ist der Konsum von höchstens 24 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Männern und höchstens 12 Gramm pro Tag bei Frauen. Diese Angabe bezieht sich auf gesunde Erwachsene, nicht auf Kinder und Jugendliche und nicht auf Schwangere. Die genannte Menge entspricht ungefähr zwei kleinen Gläsern Bier (von 0,3 Liter Fassungsvermögen) bei Männern und einem kleinen Glas Bier bei Frauen. Zwei Tage in der Woche sollte auch bei dieser Dosis ganz auf Alkohol verzichtet werden. Der Begriff risikoarm (an Stelle von etwa risikolos) trägt der Tatsache Rechnung, dass schon kleine Mengen Alkohol – je nach körperlichen Voraussetzungen des einzelnen Menschen – das Risiko für bestimmte Krankheiten erhöhen.

**Risikoarmer
Alkoholkonsum**

Riskanter Alkoholkonsum liegt bei einer Konsummenge von mehr als 24 Gramm bei Männern bzw. mehr als 12 Gramm bei Frauen. Auch diese Angabe bezieht sich auf gesunde Erwachsene, nicht auf Kinder und Jugendliche und nicht auf Schwangere. Riskant heißt diese Konsumform, weil das Risiko für alkoholbedingte Folgeschäden ab dieser Trinkmenge relevant steigt.

**Riskanter
Alkoholkonsum**

Der **schädliche Alkoholgebrauch** ist ein Konsummuster, das bereits krankheitswertig ist und mit der ICD-10-Diagnose F10.1 kodiert werden kann. Durch dieses Konsummuster hat ein Betroffener bereits körperliche, psychische und/oder soziale Folgeschäden erlitten. Eine Abhängigkeit liegt jedoch (noch) nicht vor.

**Schädlicher
Alkoholgebrauch
(F10.1)**

⁵⁷ Vgl. Uhl und Kobra (2012).

⁵⁸ Vgl. zusätzlich Seitz/Bühlinger (o.J.:2f.); Lindenmeyer (2016:13); Barbor et al. (2001:5).

**Alkohol-
abhängigkeit
(F10.2)**

Ein **Alkoholabhängigkeitssyndrom** (ICD-10: F10.2) ist ein Bündel von Verhaltens-, kognitiven und physiologischen Phänomenen, das nach wiederholtem Alkoholkonsum auftreten kann. Typischerweise gehört zu diesen Phänomenen ein starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren, eingeschränkte Kontrolle über den Konsum, fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen, eine hohe Priorität des Alkoholkonsums gegenüber anderen Aktivitäten und Verpflichtungen, Toleranzentwicklung und ein körperliches Entzugssymptom (Barbor et al. 2001:5). Es werden hier also die Kriterien der Sucht bzw. des Abhängigkeitssyndroms auf die Substanz Alkohol angewendet (vgl. Abschnitt 4.2).

Rauschtrinken

Ein weiteres Alkoholkonsummuster ist das des **Rauschtrinkens**, das in den Medien in jüngerer Zeit immer wieder unter dem Stichwort „Komasaufen“ bei Jugendlichen thematisiert wurde. Es meint die Einnahme großer Alkoholmengen innerhalb von kurzer Zeit. Konkret sind damit fünf oder mehr Standarddrinks bei einer Gelegenheit (Männer) bzw. vier oder mehr Standarddrinks (Frauen) gemeint. Im Zusammenhang mit dem AUDIT-Instrument (s. weiter unten in diesem Abschnitt) geht man auch von 6 bzw. 5 Getränken aus.

**Akute
Intoxikation**

Kein Konsummuster, aber eine akute Folge des Konsums größerer Mengen Alkohol, ist die **Akute Intoxikation** (ICD-10: F10.0), worunter ein vorübergehendes Zustandsbild nach Aufnahme von Alkohol mit Störungen des Bewusstseins, der kognitiven Funktionen, der Wahrnehmung, des Affekts, des Verhaltens oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen verstanden wird.

**Alkohol-
gebrauchs-
störung**

Die **Alkoholgebrauchsstörung** (Alcohol Use Disorder) ist ein Störungsbild, zu dem der schädliche Gebrauch und die Abhängigkeit im DSM-5 zusammengefasst werden.

4.5.2 Prävalenz des Alkoholkonsums unter Beschäftigten⁵⁹**80 Prozent der
Beschäftigten
trinken Alkohol**

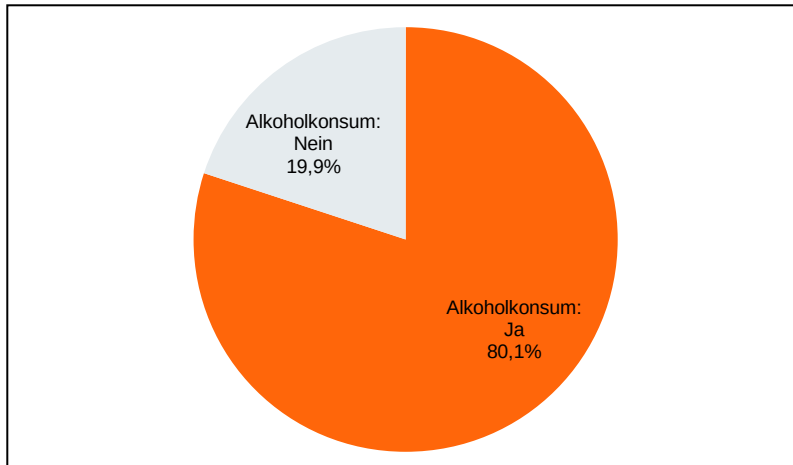
Bevor der Anteil der Alkoholabhängigen unter den Beschäftigten ermittelt wird, soll zunächst die Verbreitung des Alkoholkonsums unter Erwerbstätigen berichtet werden. Dies ist auf Basis der Beschäftigtenbefragung möglich. Demnach trinken 80 Prozent der Befragten (zumindest gelegentlich) Alkohol. Umgekehrt bedeutet dies, dass 20 Prozent der Befragten abstinent leben, also niemals Alkohol trinken (Abbildung 81).

Mehr Männer als Frauen unter den Erwerbstätigen trinken Alkohol: 83 Prozent der männlichen Erwerbstätigen gegenüber 77 Prozent der weiblichen Erwerbstätigen trinken zumindest gelegentlich Alkohol. Trotz dieses Geschlechterunterschieds ist aber

⁵⁹ Zur Methodik der Beschäftigtenbefragung, zur Soziodemografie der Stichprobe und zu Hinweisen zur Darstellung der Ergebnisse vergleiche Abschnitt 4.1.3.

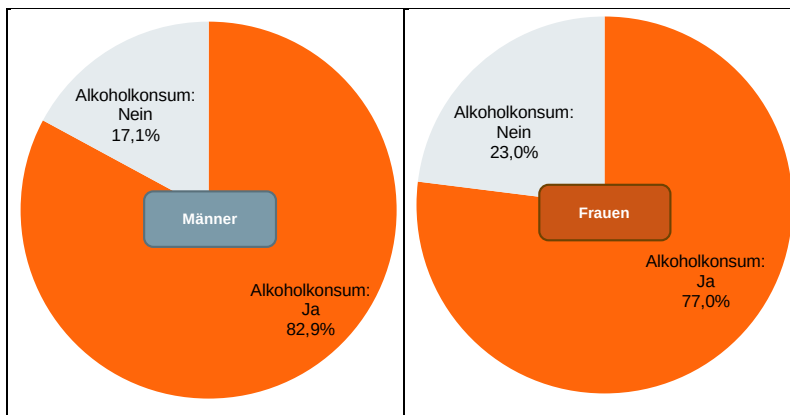
festzuhalten: Für die große Mehrheit der Beschäftigten – Männer wie Frauen – ist es ‚normal‘, Alkohol zu konsumieren (Abbildung 82).

Abbildung 81: Alkoholkonsumstatus der Befragten



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Fragewortlaut: „Trinken sie Alkohol, wenn auch nur gelegentlich?“ Basis: Alle Befragten. N=5.597.

Abbildung 82: Alkoholkonsumstatus nach Geschlecht⁶⁰



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N (Männer/Frauen) = 2.903/2.694.

⁶⁰ Die Unterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=30,386$, $p=0,000$).

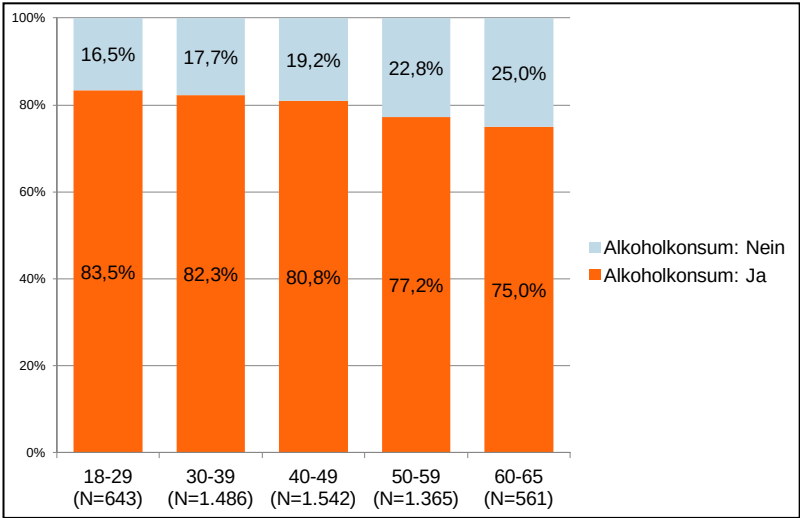
In allen Altersgruppen trinkt die große Mehrheit Alkohol

20 Prozent der Beschäftigten sind abstinent in Bezug auf Alkohol

Normal ist Alkoholkonsum auch in allen Altersgruppen (Abbildung 83). Gleichwohl nimmt der Alkoholkonsum mit dem Alter leicht, aber kontinuierlich ab, von 84 Prozent bei den unter 29-Jährigen, über 81 Prozent bei den 40- bis 49-Jährigen bis zu 75 Prozent bei den 60- bis 65-Jährigen. Der Altersgang beim Alkoholkonsum gilt für beide Geschlechter, auch wenn sich bei der nach Geschlecht stratifizierten Betrachtung des Altersgangs keine ganz kontinuierliche Abnahme zeigt (Abbildung 84).

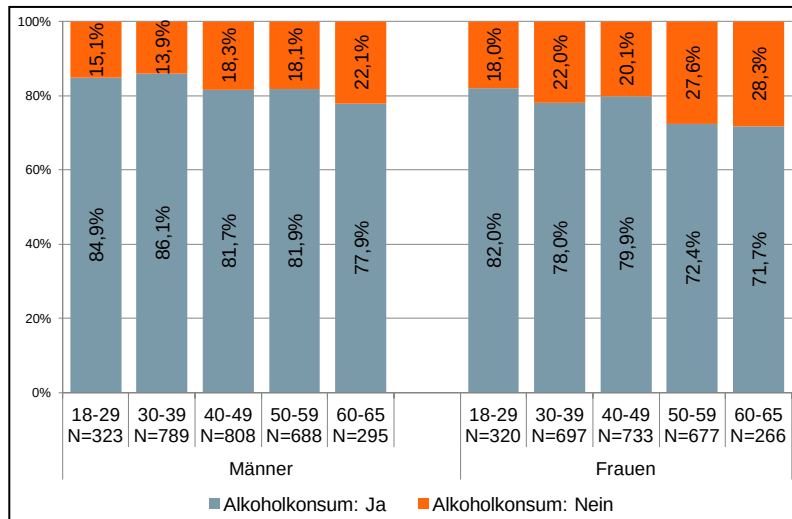
Die andere Seite des Alkoholkonsums ist die Abstinenz: 20 Prozent der Beschäftigten sind abstinent in Bezug auf Alkohol. Frauen häufiger als Männer, Ältere eher als Jüngere.

Abbildung 83: Alkoholkonsumstatus nach Alter⁶¹



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

⁶¹ Scheffé-Prozedur: Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang des Alkoholkonsum mit dem Alter.

Abbildung 84: Alkoholkonsumstatus nach Geschlecht und Alter⁶²

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

4.5.3 Prävalenz von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Gebrauch und Alkoholabhängigkeit bei Beschäftigten

Mit welchem Anteil alkoholabhängiger Beschäftigter sowie Beschäftigter mit schädlichem Alkoholkonsum muss in der Arbeitswelt gerechnet werden? Zur Beantwortung dieser Frage wurde der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) eingesetzt. Der AUDIT ist ein etabliertes Instrument zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch und Alkoholabhängigkeit, der übrigens auch von der Leitlinie Alkoholbezogenen Störungen (AWMF et al. 2016: 10f.) empfohlen wird und der konsistent mit den Kriterien der ICD-10-Diagnosen für schädlichen Alkoholgebrauch und -abhängigkeit ist.

4.5.3.1 Der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Der AUDIT wurde in den 1980er Jahren als Screening-Instrument in der ärztlichen Grundversorgung von der WHO entwickelt (Babor et al. 1989, zit. nach Babor et al. 2001). Er identifiziert Personen mit gefährlichem oder schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit, um diese entweder einer Kurzintervention

**Alcohol Use
Disorder Test
(AUDIT)**

⁶² Die Scheffé-Prozedur legt für Männer keinen signifikanten Altersgang nahe. Das gleiche gilt für Frauen.

zuzuführen oder – bei Alkoholabhängigkeit – eine spezialisierte Therapie zu empfehlen (Babor 2001:4).

Der AUDIT besteht aus 10 Items, die von der betreffenden Person selbst auszufüllen sind. Drei Bereiche sind durch den AUDIT abgedeckt: Erstens riskanter Alkoholkonsum, der anhand der Häufigkeit des Trinkens, konsumierter Mengen sowie der Häufigkeit von Rauschtrinken operationalisiert wird. Zweitens Abhängigkeitssymptome wie Kontrollverlust, und drittens Schäden, die durch den Alkoholkonsum auftreten oder bereits aufgetreten sind (Tabelle 22). Tabelle 23 stellt den AUDIT im deutschsprachigen Wortlaut dar sowie die Punktwerte, die den entsprechenden Antworten zugeordnet sind.

Jeder Antwortmöglichkeit wird ein Punktwert zugeordnet, so dass über alle Antworten hinweg eine Summe gebildet werden kann, die zwischen 0 und 40 Punkten liegt. aus der Summe der Punktwerte über alle Items (0 bis 40 Punkte) ergibt sich ein Gesamtpunktwert, der in die genannten Konsumklassen kategorisiert werden kann.⁶³

„Die Alkoholabhängigkeit hat heute in der Arbeitswelt eine sehr große Bedeutung. Sie führt zu vielen Ausfallzeiten und hat besondere Bedeutung als sekundäre Abhängigkeit bei zugrundeliegender anderer psychischer Störung (z. B. Depression). Hier erfolgt häufig eine Chronifizierung.“

Prof. Dr. Thomas Hillemacher, Leiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität

Bereiche des AUDIT

Tabelle 22: Bereiche des AUDIT und Inhalte der AUDIT-Items

Bereich	Item-Nummer	Inhalt des Items
Riskanter Alkoholkonsum	1	Häufigkeit des Trinkens
	2	Übliche Mengen
	3	Häufigkeit Rauschtrinken
Abhängigkeits-symptome	4	Eingeschränkte Kontrolle über das Trinken

⁶³ Der Vollständigkeit halber sei noch der AUDIT-C („Audit-Consumption Questions“) erwähnt, der aus den ersten 3 Fragen des AUDIT besteht, der in Studien eine sehr gute Sensitivität, jedoch nur eine sehr schlechte Spezifität erreicht (Dybek, S. 26). Für das Screening von Alkoholabhängigkeit und –missbrauch, nicht jedoch für Risikokonsum, ist die längere Fassung AUDIT dem kurzen AUDIT-C überlegen.

Schädlicher Alkoholkonsum	5	Erhöhte Auffälligkeit des Trinkens
	6	Trinken am Morgen
	7	Schuldgefühle nach dem Trinken
	8	Blackouts
	9	Alkoholbezogene Verletzungen
	10	Beunruhigung von Bezugspersonen wegen des Trinkens

Quelle: Babor et al. (2001: 11), eigene Übersetzung.

Tabelle 23: Items des AUDIT-Instruments

Der AUDIT im deutschsprachig en Wortlaut

	Frage	Antwortmöglichkeiten
Trinkmenge und -frequenz	1 Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?	• niemals (0) • einmal im Monat oder seltener (1) • zwei- bis viermal im Monat (2) • zwei- bis dreimal pro Woche (3) • viermal oder mehrmals pro Woche (4)
	2 Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag? Als ein alkoholhaltiges Getränk zählt z. B. ein kleines Glas oder eine kleine Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.	• 1–2 (0) • 3–4 (1) • 5–6 (2) • 7–9 (3) • 10 oder mehr (4)
	3 Wie oft trinken Sie [Männer: 6, Frauen: 5] oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?	• niemals (0) • seltener als einmal im Monat (1) • einmal im Monat (2) • einmal pro Woche (3) • täglich oder fast täglich (4)
Kriterien der Alkoholabhängigkeit	4 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?	• Niemals (0) • seltener als einmal im Monat (1) • einmal im Monat (2) • einmal pro Woche (3) • täglich oder fast täglich (4)
	5 Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man an Sie in der Familie, im Freundeskreis und im Berufsleben hat, nicht mehr erfüllen konnten?	• Niemals (0) • seltener als einmal im Monat (1) • einmal im Monat (2) • einmal pro Woche (3) • täglich oder fast täglich (4)

Mögliche Probleme im Zusammenhang mit Alkoholkonsum	6	Wie oft brauchten Sie während der letzten 12 Monate am Morgen ein alkoholisches Getränk, um sich nach einem Abend mit viel Alkoholenuss wieder fit zu fühlen?	• Niemals (0) • seltener als einmal im Monat (1) • einmal im Monat (2) • einmal pro Woche (3) • täglich oder fast täglich (4)
	7	Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?	• Niemals (0) • seltener als einmal im Monat (1) • einmal im Monat (2) • einmal pro Woche (3) • täglich oder fast täglich (4)
	8	Wie oft haben Sie sich während der letzten 12 Monate nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?	• Niemals (0) • seltener als einmal im Monat (1) • einmal im Monat (2) • einmal pro Woche (3) • täglich oder fast täglich (4)
	9	Haben Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon mal verletzt?	• Nein (0) • ja, aber nicht im letzten Jahr (2) • ja, im letzten Jahr (4)
	10	Hat ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen Ihres Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie Ihren Alkoholkonsum einschränken?	• Nein (0) • ja, aber nicht im letzten Jahr (2) • ja, im letzten Jahr (4)

Quelle: Dybek (2008: 91), die mit Ausnahme kleinerer Abweichungen bei Item Nr. 5 die Lübecker Fassung des AUDIT übernimmt; eigene Darstellung.⁶⁴

Babor et al. (2001:22, 2016:17) schlagen Punktwert-Bereiche zur Identifikation der jeweiligen Konsummuster vor:

Tabelle 24: Punktbereiche („Zonen“) des AUDIT mit zugehörigen Screening-Diagnosen

AUDIT-Punktwert	Zone	Risikolevel
0–7	Zone I	Abstinenz und risikoarmer Konsum
8–15	Zone II	Riskanter Konsum
16–19	Zone III	Schädlicher Gebrauch
20–40	Zone IV	Mögliche Alkoholabhängigkeit

Quelle: Babor et al. 2016:17.

⁶⁴ Der Wortlaut von Items und Antwortmöglichkeiten sowie die zuzuordnenden Punktwerte sind (mit Ausnahme von Item 3) von Dybek (2008: 91) übernommen. Dybek gibt keine Quelle für die deutsche Fassung des AUDIT an. In Item 3 wurde für Frauen die Anzahl Gläser Alkohol von 5 eingeführt.

„Die Alkoholabhängigkeit ist in der Arbeitswelt immer noch sehr verbreitet. Es wird geduldet und weggeschaut. Aber Interventionsprogramme werden besser. Alkoholabhängigkeit verursacht immer noch viele Fehltag.“

Dr. Hubert Buschmann, Vorstandsvorsitzender des Fachverbandes Sucht (FVS e.V.)

Die WHO empfiehlt einen Grenzwert von 8, ab dem von einem riskanten Alkoholkonsum auszugehen ist. Ab einem Grenzwert von 16 weist der AUDIT auf einen schädlichen Alkoholkonsum hin. Beginnend bei 20 Punkten zeigt der AUDIT eine mögliche Alkoholabhängigkeit an.

Im Idealfall eines Einsatzes im klinischen Setting würde ein Arzt das Ergebnis des AUDIT nach allen diesen Erwägungen interpretieren: „Der Gesamtpunktwert, die Menge des Konsums, Anzeichen der Abhängigkeit und die bereits eingetretene Schädigung sollten im Gesamten eine Rolle für die Entscheidung spielen, wie dem Patient geholfen werden soll“. ⁶⁵ (Babor et al. 2001:19).

Die Testentwickler fordern, dass Grenzwerte an nationale und kulturelle Standards des Alkoholkonsums angepasst werden. Gleichzeitig gilt, dass insbesondere für Populationen in Deutschland derzeit nur mühsam Empfehlungen für Grenzwerte des AUDITs zu erhalten sind. Dybek (2008: 32) konstatiert: „Obgleich die Literatur zum AUDIT belegt, dass das Verfahren damit über gute psychometrische Qualitäten verfügt, weichen die jeweils empfohlenen Cut-Off-Werte jedoch deutlich voneinander ab (...). Im deutschsprachigen Raum liegen derzeit nur wenige Daten über die Validität dieser beiden Screening-Verfahren [AUDIT, AUDIT-C] vor, so dass allgemeingültige Aussagen zum optimalen Cut-Off-Wert fehlen“.

Für Überlegungen zu national und kulturell angepassten Grenzwerten für Populationen in Deutschland ist die Studie von Dybek et al. (2006) sowie die von Rumpf et al. (2002) einschlägig. Beide Studien sind Validierungsstudien, die anhand eines weiteren „Goldstandard“-Verfahrens zur Feststellung von alkoholbezogenen Störungen Sensitivität und Spezifität des AUDIT für verschiedene Grenzwerte ermitteln. ⁶⁶

Die Studie von Dybek et al. (2006:474) hat zum Ziel, einen AUDIT-Grenzwert für Risikokonsum zu definieren, und damit auch den von der WHO (Babor et al. 2001) vorgeschlagenen Grenzwert von 8 neu zu bewerten. Die Studie ermittelt die Sensitivität und Spezifität für verschiedene Grenzwerte zu den folgenden Diagnosen:

Ab einem AUDIT-Punktwert von 20 geht die WHO von einer möglichen Alkoholabhängigkeit aus

Zwei Studien schlagen für Deutschland Grenzwerte für den AUDIT vor

Dybek et al. 2006

⁶⁵ Eigene Übersetzung.

⁶⁶ In beiden Studien diente dazu das Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), mit dem Diagnosen nach DSM-IV gestellt werden können.

(a) Alkoholabhängigkeit, (b) Alcohol Use Disorder (AUD)⁶⁷ und (c) AUD und/oder Risikokonsum.

- Als „gute“ Kombination von Sensitivität und Spezifität für AUD und/oder Risikokonsum dieser Diagnosen ermittelt die Studie den Grenzwert 5 (Dybek et al. 2006: 479). Für den Kontext Sucht muss bei der Bewertung und Auswahl eines Cut-Offs jedoch geprüft werden, ob dieser Cut-Off auch dann optimal ist, wenn der AUDIT nicht zur Detektion irgendeiner dieser Diagnosen verwendet werden soll, sondern (nur) für die Alkoholabhängigkeit. Dies ist mit dem Grenzwert von 5 nicht der Fall: „Die Untersuchung zur Leistung des AUDIT bei verschiedenen Grenzwerten zeigt, dass fünf Punkte der optimale Grenzwert zur Detektion einer Alkoholgebrauchsstörung und/oder eines riskanten Konsums sind. Ausnahme: Alkoholabhängigkeit“⁶⁸ (Dybek et al. 2006: 479, vgl.
- Tabelle 25).
- Demnach wäre auf Basis der Studie von Dybek et al. 2006 ein anderer Grenzwert anzusetzen, wenn man sich nur oder in erster Linie für Alkoholabhängigkeit interessiert (die Autoren geben jedoch keine Empfehlung ab). Die Sensitivität und Spezifität des AUDIT bei der Feststellung von Alkoholabhängigkeit zeigt
- Tabelle 25.

Rumpf et al. 2002 Die zweite in diesem Zusammenhang einschlägige Studie ist die von Rumpf et al. (2002), die auf einem explizit nicht-klinischen Setting basiert, sondern auf einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren in Lübeck und Umgebung. Den Autoren zufolge ist ihre Studie die erste Anwendung des AUDIT in einer Allgemeinbevölkerung.⁶⁹

- Einerseits stellen sie fest, dass der AUDIT für Alkoholabhängigkeit eine „befriedigende“ Sensitivität mit den Grenzwerten der WHO aufweist (0,78). Andererseits ist die Sensitivität des AUDIT für die Diagnosen Risikokonsum und Alkoholmissbrauch schlecht (0,33 bzw. 0,37) (Rumpf et al. 2002:264, vgl.
- Tabelle 25).

Sie schlagen alternativ folgende Grenzwerte für den AUDIT (je nach Diagnose, auf die gescreent werden soll) wie folgt vor (Rumpf et al. 2002: 264).

⁶⁷ Alcohol Use Disorder ist die im DSM-V eingeführte Diagnose, die Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit zu einem gemeinsamen Störungsbild zusammenführt und drei verschiedene Schweregrade vorsieht (Rumpf et al. 2011: 45f.).

⁶⁸ Eigene Übersetzung.

⁶⁹ Zuvor, so Rumpf et al. (2002: 261), gab es allerdings Anwendungen in besonderen Subgruppen wie beispielsweise Arbeitslose.

- ≥ 5 Punkte für Risikokonsum und/oder Alkoholmissbrauch
- **≥ 6 Punkte für Alkoholabhängigkeit**

Tabelle 25: Sensitivität und Spezifität des AUDIT bei der Feststellung von Alkoholabhängigkeit

Cut-off	Dybek et al. 2006		Rumpf et al. 2002	
	Sensitivität	Spezifität	Sensitivität	Spezifität
4	0,995	0,705	1,00	0,60
5	0,974	0,876	0,96	0,78
6	0,948	0,910	0,92	0,88
7	0,897	0,935	0,88	0,92
8	0,856	0,952	0,78	0,94

Quelle: Dybek et al. 2006: 479; Rumpf et al. 2002: 264.

Den Empfehlungen von Dybek et al. sowie Rumpf et al. für Grenzwerte, die spezifisch für eine deutsche Population von Patienten (Dybek) bzw. die Allgemeinbevölkerung (Rumpf) optimiert sind, wird in diesem Report nicht gefolgt und stattdessen die Empfehlungen der WHO übernommen. Der folgende Grund ist dabei ausschlaggebend:

Die Anwendung eines Screening-Instruments in einer Prävalenzstudie erzeugt bei einer Spezifität kleiner 1 immer eine bestimmte Anzahl falsch Positive⁷⁰. Bei einer geringen Prävalenz der betreffenden Erkrankung (hier: Alkoholabhängigkeit) ist die Zahl (sowie der Anteil) der falsch Positiven erheblich, selbst dann wenn das Screening-Instrument eine vergleichsweise hohe Spezifität aufweist. Zwar gibt es umgekehrt (bei einer Sensitivität kleiner 1) eine gewisse Zahl (und einen gewissen Anteil) falsch Negativer – jedoch in weit geringerem Maße als falsch Positive.

Die folgende Modellrechnung soll verdeutlichen, dass es sich hierbei nicht nur um eine vertretbare Ungenauigkeit handelt, sondern zu einer extremen Überschätzung der tatsächlichen Prävalenz der betreffenden Erkrankung (hier: Alkoholabhängigkeit) führt.

Tabelle 26 weist die Zahl der falsch Positiven und der falsch Negativen für die verschiedenen diskutierten Grenzwerte aus. Zum Beispiel weist der AUDIT mit einem Grenzwert von 6 zur Detektion von Alkoholabhängigkeit – also der von Rumpf et al. empfohlene Grenzwert – eine Sensitivität von 0,92 und eine Spezifität von 0,88 auf. Demnach erhalten 92 Prozent der Alkoholabhängigen ein

Beim Einsatz des AUDIT werden im Folgenden die von der WHO empfohlenen Grenzwerte verwendet

⁷⁰ Falsch Positive sind solche Fälle, die durch den Test (hier: den AUDIT) als positiv klassifiziert werden, tatsächlich jedoch frei von der betreffenden Krankheit sind (hier: Alkoholabhängigkeit). Falsch Negative sind Fälle, die durch den Test als negativ klassifiziert werden, tatsächlich jedoch die betreffende Krankheit haben.

positives Screeningergebnis (sie werden also als alkoholabhängig erkannt) und 88 Prozent der nicht Alkoholabhängigen gehen zu Recht als negativ aus dem Screening hervor.

Gleichzeitig erhalten jedoch 12 Prozent der nicht Alkoholabhängigen ein positives Screening (werden also falsch Positive) und 8 Prozent der Abhängigen werden nicht als solche erkannt (werden also falsch Negative). Das große Problem für eine Prävalenzstudie sind die 12 Prozent falsch Positive: Da es ungleich mehr nicht-Abhängige als Abhängige gibt, sind 12 Prozent falsch klassifizierte Nicht-Abhängige ein sehr großer Anteil der Stichprobe: 580 falsch Negative sind fast 12 Prozent der Stichprobe. Dies wird keinesfalls durch den Anteil falsch Negativer (also nicht erkannte Alkoholabhängige) wieder „ausgeglichen“, vielmehr entsprechen 8 Prozent nicht erkannte Alkoholabhängige wegen der geringen Prävalenz der Alkoholabhängigkeit nur 14 Befragten.

Daraus folgt erstens, dass die Screening-Positiven sich zu 79 Prozent aus nicht Alkoholabhängigen zusammensetzen. Zweitens folgt daraus eine Überschätzung der realen Prävalenz um 11 Prozentpunkte oder um den Faktor 4,3.

Auch beim ‚strengsten‘ Grenzwert von 8, der von Dybek et al. und Rumpf et al. noch ausgewiesen wird, sind nur 31 Prozent der Screening-Positiven tatsächlich alkoholabhängig und die Screening-Prävalenz überschätzt die reale Prävalenz um 5 Prozentpunkte oder um den Faktor 2,5.

Tabelle 26: Modellrechnung zur Abschätzung der Falsch-Positiv Rate und Screening-Prävalenz bei Einsatz des AUDIT nach verschiedenen Grenzwerten (1/2)

Werte nach Rumpf et al. 2002			Daraus folgt beim Einsatz des AUDIT in einer Bevölkerungsbefragung mit N=5.000 und einer Prävalenz von 3,4 Prozent:			
Cut-off	Sensitivität	Spezifität	Falsch Negative	Falsch Positive	Richtig Positive	Richtig Negative
4	1,00	0,60	0	1.932	170	2.898
5	0,96	0,78	7	1.063	163	3.767
6	0,92	0,88	14	580	156	4.250
7	0,88	0,92	20	386	150	4.444
8	0,78	0,94	37	290	133	4.540

Quelle: eigene Berechnungen unter Verwendung von Werten von Rumpf et al. 2002: 264. Die Prävalenzangabe wurde nach Lindenmeyer 2016: 9 zugrunde gelegt, die Stichprobengröße ist modellhaft, orientiert sich aber an der Stichprobengröße dieser Studie.

Tabelle 27: Modellrechnung zur Abschätzung der Falsch-Positiv Rate und Screening-Prävalenz bei Einsatz des AUDIT nach verschiedenen Grenzwerten (2/2)

<i>Daraus folgt folgende „Screening-Prävalenz“ je nach Cut-Off:</i>	
Cut-off	Screening-Prävalenz der Alkoholabhängigkeit
4	42%
5	25%
6	15%
7	11%
8	8%

Quelle: Eigene Berechnungen.

Während also in einem klinischen Setting gut mit einer hohen Zahl falsch Positiver umgegangen werden kann, da diesen in der Regel eine zweite, eingehendere, Untersuchung zuteilwird, in der das falsch positive Ergebnis wieder korrigiert werden kann, führt eine hohe Zahl falsch Positiver in einer Prävalenzstudie zu einer extremen Überschätzung der Prävalenz, sofern es sich nicht um sehr weit verbreitete Erkrankungen handelt.

Im Folgenden werden daher – trotz Kenntnisnahme der Diskussion über Grenzwerte des AUDIT für deutsche Patienten- oder Allgemeinbevölkerungspopulationen – die von der WHO (Babor et al. 2001; Babor et al. 2016) verwendeten Grenzwerte verwendet.

Alkoholkonsummuster werden auf Basis des AUDIT und der WHO-Grenzwerte identifiziert

4.5.3.2 Ergebnisse des Einsatzes der AUDIT-Items in der Beschäftigtenbefragung

Bevor auf die Verteilung der Punktwerte des AUDITS und die sich daraus ergebende Verteilung auf die Alkoholkonsumkategorien eingegangen wird, stellt Tabelle 28 die Antworten auf die einzelnen AUDIT Fragen dar.

Tabelle 28: Häufigkeitsauszählung der einzelnen AUDIT-Fragen

Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?		
	Häufigkeit	Gültige Prozente
einmal im Monat oder seltener	1.096	24,6%

zwei- bis viermal im Monat	1.769	39,8%
zwei- bis dreimal pro Woche	1.099	24,7%
viermal oder mehrmals pro Woche	486	10,9%
Gesamt	4.450	100,0%

Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
1–2	2.972	67,5%
3–4	1.061	24,1%
5–6	246	5,6%
7–9	80	1,8%
10 oder mehr	45	1,0%
Gesamt	4.404	100,0%

Wie oft trinken Sie [Männer: 6, Frauen: 5] oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
niemals	1.497	33,6%
seltener als einmal im Monat	2.226	49,9%
einmal im Monat	497	11,2%
einmal pro Woche	221	5,0%
täglich oder fast täglich	17	0,4%
Gesamt	4.458	100,0%

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
niemals	3.897	87,4%
seltener als einmal im Monat	427	9,6%
einmal im Monat	95	2,1%
einmal pro Woche	32	0,7%
täglich oder fast täglich	6	0,1%
Gesamt	4.458	100,0%

Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen (...) nicht mehr erfüllen konnten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
niemals	4.236	94,8%
seltener als einmal im Monat	200	4,5%
einmal im Monat	25	0,6%
einmal pro Woche	6	0,1%
täglich oder fast täglich	2	0,0%
Gesamt	4.469	100,0%

Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie am Morgen ein alkoholisches Getränk gebraucht haben, um sich nach einem Abend mit viel Alkohol wieder fit zu fühlen?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
niemals	4.344	97,2%
seltener als einmal im Monat	93	2,1%
einmal im Monat	21	0,5%
einmal pro Woche	6	0,1%
täglich oder fast täglich	4	0,1%
Gesamt	4.467	100,0%

Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
niemals	3.827	85,8%
seltener als einmal im Monat	452	10,1%
einmal im Monat	115	2,6%
einmal pro Woche	46	1,0%
täglich oder fast täglich	22	0,5%
Gesamt	4.461	100,0%

Wie oft haben Sie sich in den letzten 12 Monaten nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
niemals	3.963	88,7%

seltener als einmal im Monat	451	10,1%
einmal im Monat	42	0,9%
einmal pro Woche	7	0,2%
täglich oder fast täglich	5	0,1%
Gesamt	4.469	100,0%

Haben Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon mal verletzt?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
nein	4.100	91,8%
ja, aber nicht im letzten Jahr	321	7,2%
ja, im letzten Jahr	46	1,0%
Gesamt	4.467	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten, die Alkohol konsumieren.

4.5.3.3 Einteilung der Befragten in Konsumklassen, einschließlich des abhängigen Konsums und des gefährlichen Gebrauchs gemäß AUDIT

Verteilung der AUDIT- Punktwerte

Die Verteilung des AUDIT-Punktwertes zeigt Abbildung 85. Die durch den AUDIT definierten Typen des Alkoholkonsums verteilen sich in der Stichprobe wie in Abbildung 86 dargestellt⁷¹.

Demnach trinken 89 Prozent der Befragten entweder keinen Alkohol, oder pflegen einen risikoarmen Konsum.

1,3 Prozent der Beschäftigten weisen eine Alkoholge- brauchsstörung auf (Punkt- prävalenz)

10 Prozent trinken in riskanter Weise Alkohol, das heißt sie konsumieren in einer Weise oder in einem Maße, das ein Risiko für körperliche, psychische oder soziale Folgeschäden mit sich bringt. 1 Prozent konsumieren in einer bereits schädlichen Weise, d. h. bei dieser Gruppe ist davon auszugehen, dass solche Folgeschäden bereits eingetreten sind oder sich derzeit einstellen.

⁷¹ In dieser und den folgenden Angaben können sich geringfügig abweichende Angaben zu den in Abbildung 81 und folgenden berichteten Daten ergeben. Grund hierfür ist, dass sich die Bezugsgröße durch fehlende Angaben der Befragten ändern kann.

Eine mögliche Alkoholabhängigkeit stellt der AUDIT bei 0,4 Prozent der Befragten fest. Das entspricht in etwa jedem zweihundertsten Beschäftigten. Im Lichte der durch die Literatur berichteten Verbreitung von Alkoholabhängigkeit mag dies sehr gering erscheinen. Das Lehrbuch von Lindenmeyer (2016: 9) beispielsweise geht von 3,4 Prozent in der Bevölkerung ab 18 Jahren aus, Rumpf et al. (2002:262) ermitteln für Lübeck und Umgebung eine Prävalenz von 1,4 Prozent für die Bevölkerung von 18 bis 64 Jahren. Auch die Bedeutung von Sucht in der Arbeitswelt, insbesondere Alkoholsucht, scheint mit dieser Angabe zur Verbreitung der Alkoholabhängigkeit erst einmal nicht zusammenzupassen.

0,4 Prozent der Beschäftigten sind gemäß AUDIT-Screening alkoholabhängig (Punktprevalenz)

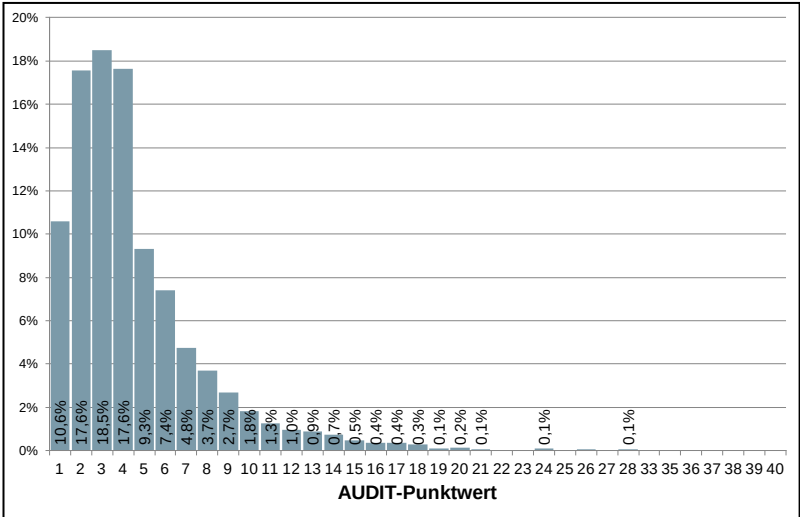
Mindestens drei Aspekte müssen jedoch zur Einordnung dieses Wertes beachtet werden. Erstens hat man es bei einer Population von Erwerbstätigen immer mit einer besonders gesunden Gruppe im Vergleich zu Populationen aus der Allgemeinbevölkerung zu tun, die auch arbeitslose und/oder nicht erwerbsfähige Menschen umfassen. Insofern ist es erwartbar, dass die hier ermittelte Prävalenz der Alkoholabhängigkeit unterhalb der liegt, die aus einer allgemeinen Bevölkerungsstichprobe ermittelt wurde. Zu beachten ist auch, dass Alkoholabhängigkeit bei vielen Betroffenen früher oder später zu einem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben führt, wenn sie nicht behandelt wird.

Zweitens steht der Befund, dass jeder zweihundertste Beschäftigte alkoholabhängig ist, nicht im Widerspruch zu einer größeren Bedeutung, die Sucht in der Arbeitswelt hat. Statistisch gesehen ist aufgrund dieses Ergebnisses in jedem Unternehmen mit 200 Mitarbeitern mit einem Beschäftigten zu rechnen, der alkoholabhängig ist, zusätzlich zu etwa 1 bis 2 Beschäftigten, die in einer schädlichen Art und Menge Alkohol konsumieren. Dass schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum bedeutsam sind, zeigen auch die Analysen weiter unten in diesem Abschnitt.

„Die Bedeutung der Alkoholabhängigkeit in der Arbeitswelt ist deutlich zurückgegangen. Präventions- und Interventionskonzepte greifen, insbesondere in mittleren und größeren Betrieben.“

Hans Joachim Abstein, Referatsleiter Suchthilfe beim AGJ-Fachverband Freiburg

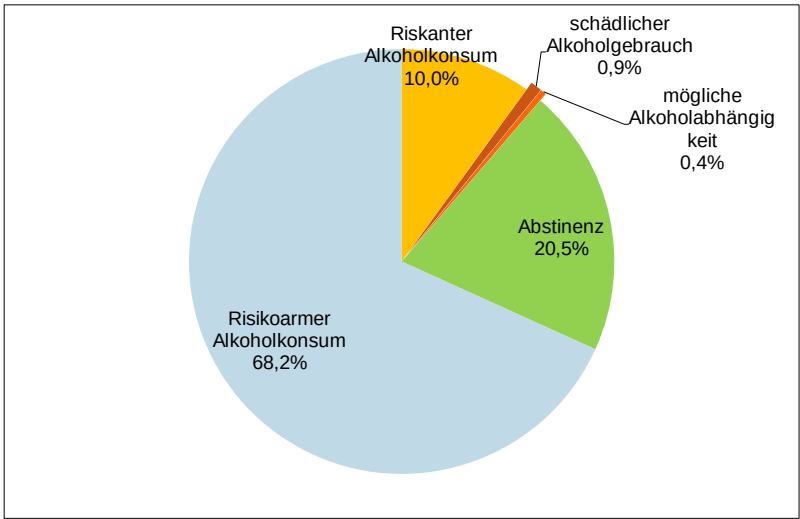
Abbildung 85: Alkohol konsumierende Beschäftigte nach AUDIT-Punktwert



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: alle Befragten, die Alkohol konsumieren. N=4.336.

**Beschäftigte
nach Typen des
Alkoholkonsums**

Abbildung 86: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT

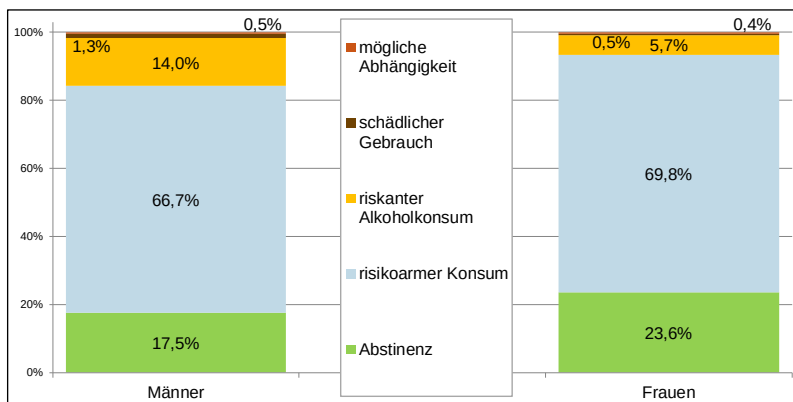


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: alle Befragten. N=5.452.

Die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit unterscheidet sich nicht signifikant zwischen Männern und Frauen. Der schädliche Gebrauch ist bei Männern dagegen deutlich höher als bei Frauen, 1,3 zu 0,5 Prozent⁷². Mehr als zweimal so viele Männer wie Frauen konsumieren in riskanter Weise Alkohol⁷³ (14 zu 6 Prozent) (Abbildung 87).

Schädlicher Alkoholgebrauch ist unter Männern deutlich mehr verbreitet als bei Frauen

Abbildung 87: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT und Geschlecht⁷⁴



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: alle Befragten. N (Männer/Frauen) = 2.831/2.621.

„Der Alkoholkonsum ist leicht rückläufig, der Alkoholkonsum unmittelbar am Arbeitsplatz ist deutlich rückläufig, die Anzahl der Alkoholabhängigen aber leider nicht. Nach wie vor, gelangen Arbeitnehmer mit Alkoholproblemen zu spät in Behandlung.“

Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer, Direktor der Salus Klinik Lindow

Im Folgenden werden die Alkoholabhängigkeit und der schädliche Gebrauch von Alkohol gemeinsam betrachtet. Die beiden Konsumformen bilden im DSM-5 die Kategorie der Alkoholgebrauchsstörung (Alcohol Use Disorder). Eine Alkoholgebrauchsstörung liegt tendenziell umso weniger wahrscheinlich vor, je älter Beschäftigte sind. Auch ein riskanter

Alkoholgebrauchsstörung (Alcohol Use Disorder)

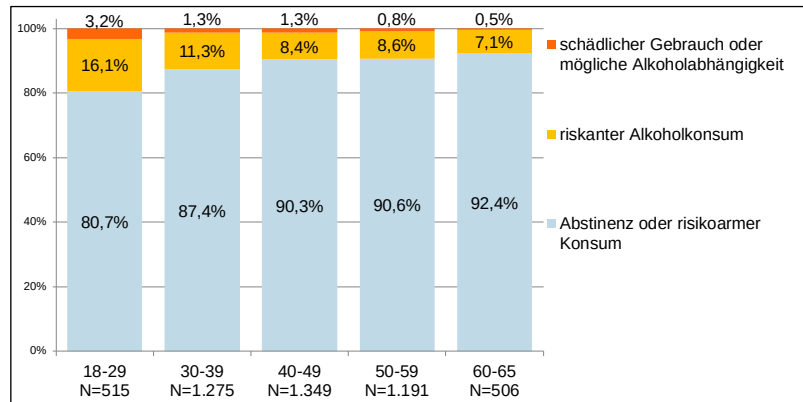
⁷² Männer: 1,3 Prozent [95 %, KI:0,9–1,8]. Frauen: 0,5 [95 %, KI:0,2–0,8].

⁷³ Männer: 14,0 Prozent [95 %, KI:12,7–15,3]. Frauen: 5,7 Prozent [95 %KI:4,8–6,6].

⁷⁴ Bezüglich der Alkoholabhängigkeit zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=0,048$, $p=0,862$). Bezüglich der Alkoholgebrauchsstörung (d.h. schädlicher und abhängiger Gebrauch) zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=7,604$, $p=0,006$). Auch bezüglich des riskanten Alkoholkonsums unterscheiden sich Männer und Frauen signifikant (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=105,331$, $p=0,000$).

Alkoholkonsum ist mit zunehmendem Alter tendenziell weniger verbreitet – signifikant unterscheidet sich allerdings nur die jüngste Altersgruppe von allen anderen, und zwar hinsichtlich der Alkoholgebrauchsstörung und hinsichtlich des riskanten Alkoholkonsums (Abbildung 88). Der (tendenzielle) Altersgang gilt für beide Geschlechter (Abbildung 89).

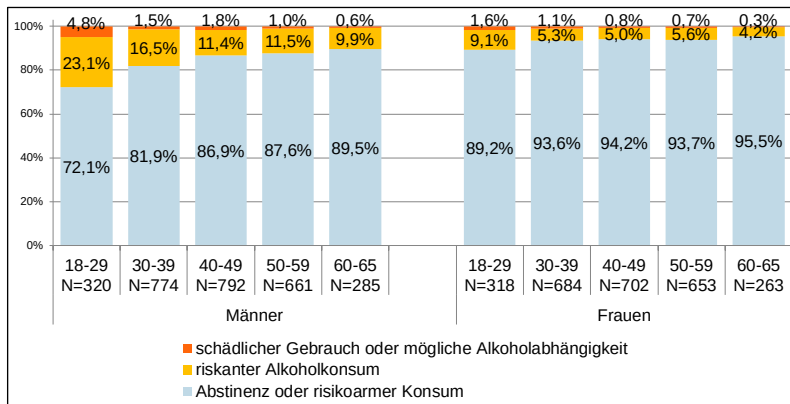
Abbildung 88: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT und Alter⁷⁵



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

⁷⁵ Scheffé-Prozedur: Die Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen unterscheidet sich hinsichtlich der Alkoholgebrauchsstörung (schädlicher und abhängiger Gebrauch) und hinsichtlich des riskanten Alkoholkonsums signifikant von den anderen Altersgruppen.

Abbildung 89: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT nach Geschlecht und Alter⁷⁶



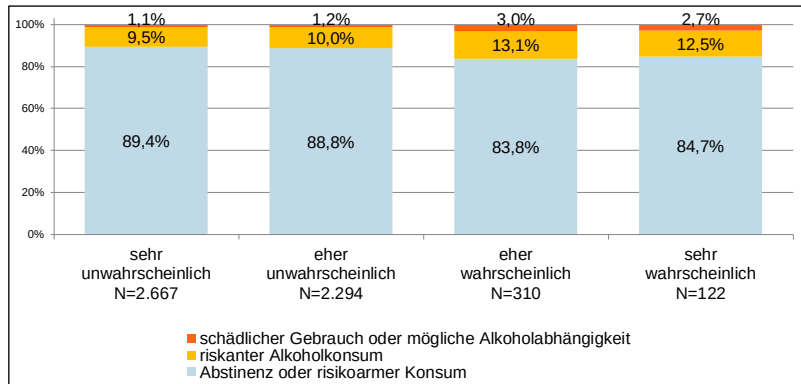
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Liegt eine Alkoholgebrauchsstörung umso eher vor, je unsicherer der Arbeitsplatz ist? Die Analyse in Abbildung 90 zeigt zwar eine gewisse Tendenz dahingehend, dass Beschäftigte mit einem sicheren Arbeitsplatz (dessen Verlust sie als sehr unwahrscheinlich angeben), zu einem geringeren Anteil unter einer Alkoholgebrauchsstörung leiden als Beschäftigte, die einen Verlust ihres Arbeitsplatzes für wahrscheinlich oder sogar sehr wahrscheinlich halten. Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

Die Arbeitsplatzsicherheit ist nicht signifikant mit einer Alkoholgebrauchsstörung assoziiert

⁷⁶ Scheffé-Prozedur: Weder bei Männern noch bei Frauen zeigt sich hinsichtlich der Alkoholabhängigkeit ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter. Bezüglich der Alkoholgebrauchsstörung unterscheidet sich bei Männern, nicht jedoch bei Frauen die Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen signifikant von den restlichen Altersgruppen. Beim Risikokonsum sind ebenfalls die männlichen 18- bis 29-Jährigen unterschiedlich von den restlichen Altersgruppen betroffen, während sich bei Frauen kein Unterschied und nur ein schwacher Zusammenhang mit dem Alter zeigt.

Abbildung 90: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT nach Wahrscheinlichkeit, den Arbeitsplatz gegen den eigenen Willen zu verlieren⁷⁷



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Gehen bestimmte Arbeitsbedingungen mit einer erhöhten Prävalenz der Alkoholgebrauchsstörung einher? Zur Beantwortung dieser Frage werden analoge Auswertungen wie im Abschnitt zur Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit unternommen (Abschnitt 4.4.5.2).

Abbildung 91 unterscheidet zwei Gruppen von Beschäftigten: solche mit höheren Arbeitsbelastungen und solche mit geringeren Belastungen. Höhere Arbeitsbelastung ist hier operationalisiert als „mehrmals pro Woche oder häufiger“, geringe Arbeitsbelastung meint „einmal pro Woche oder seltener“. Für jede Gruppe ist die Verbreitung der Alkoholgebrauchsstörung angegeben (also schädlicher oder abhängiger Alkoholkonsum).

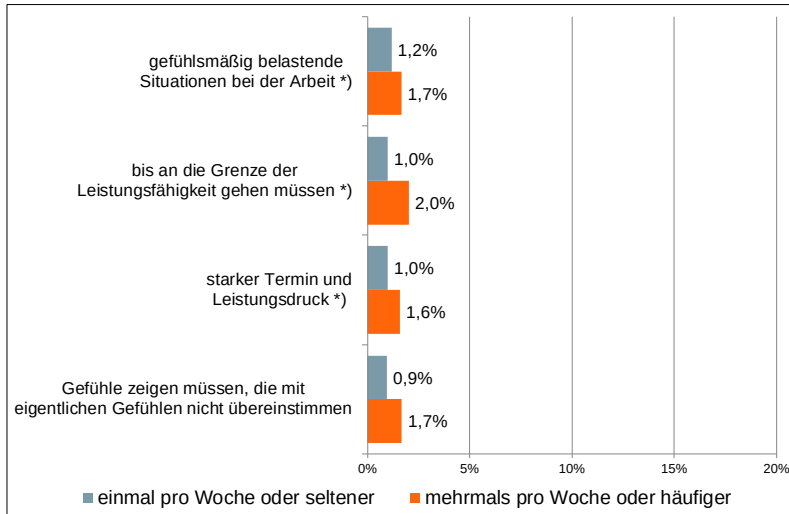
Beispielsweise zeigen Beschäftigte, die häufiger „gefühlsmäßig belastende Situationen bei der Arbeit“ erleben, zu 1,7 Prozent eine Alkoholgebrauchsstörung, jedoch nur 1,2 Prozent der Beschäftigten, die diese Belastung seltener erleben. Eine solche Belastung erleben z. B. Beschäftigte im Handel, wenn Konflikte mit Kunden ausgetragen werden müssen oder Pflegekräfte, die mit belastenden Schicksalen konfrontiert sind.

Auch die Belastung „bis an die Grenze der Leistungsfähigkeit gehen müssen“ steht in Zusammenhang mit der Alkoholgebrauchsstörung: 2,0 Prozent der Beschäftigten, die häufiger an die Grenze der Leistungsfähigkeit gehen müssen, aber nur 1,0 Prozent der Beschäftigten, von denen dies seltener gefordert ist, zeigen eine

⁷⁷ Die Unterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=14,585$, $p=0,006$).

Alkoholgebrauchsstörung. Auch starker Termin- und Leistungsdruck ist mit der Alkoholgebrauchsstörung assoziiert.

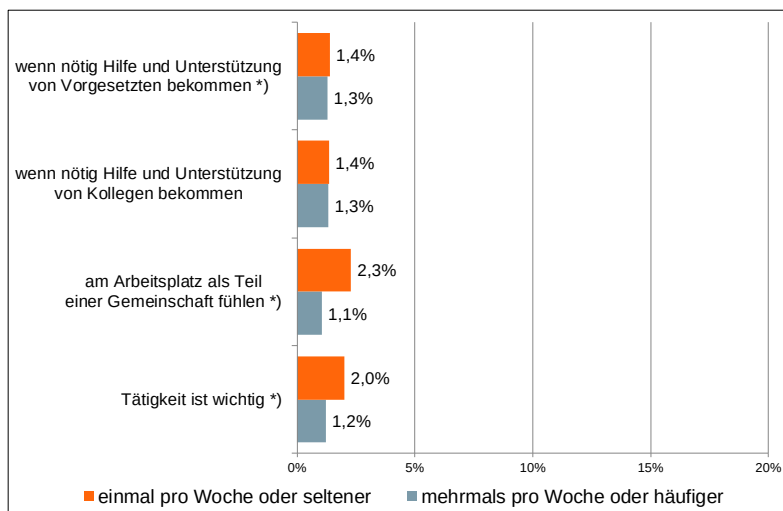
Abbildung 91: Anteil Beschäftigter mit schädlichem oder abhängigem Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Arbeitsbelastungen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: alle Befragten. *) markiert signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat-Test auf 5 % Niveau). N=5.364–5.433.

Nicht nur Belastungen, auch einige Ressourcen bei der Arbeit stehen signifikant mit der Alkoholgebrauchsstörung in Zusammenhang (Abbildung 92). Wer seltener Unterstützung durch Vorgesetzte bekommt, seltener das Gefühl hat, dass die eigene Tätigkeit wichtig ist und v. a. sich seltener als Teil einer Gemeinschaft am Arbeitsplatz fühlt, zeigt mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Alkoholgebrauchsstörung als jemand, der diese Ressourcen öfter erlebt.

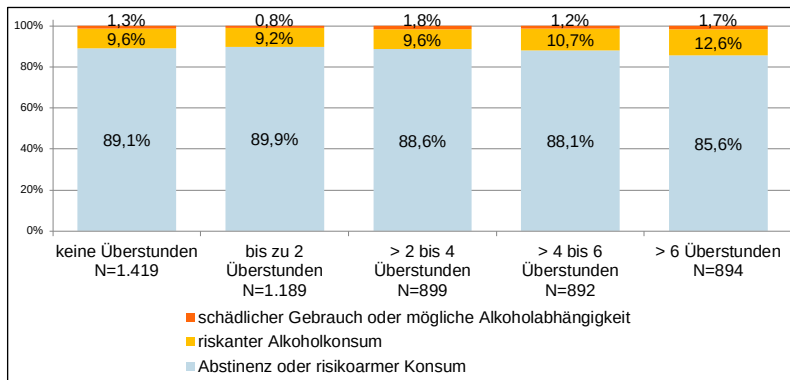
Abbildung 92: Anteil Beschäftigter mit schädlichem oder abhängigem Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Arbeitsbelastungen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. *) markiert signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat-Test auf 5 % Niveau). N=5.364–5.433.

Die Anzahl der Überstunden, die Beschäftigte leisten (müssen) ist nicht signifikant mit einer Alkoholgebrauchsstörung assoziiert.

Abbildung 93: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT nach Anzahl Überstunden⁷⁸



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: alle Befragten. Die Unterschiede erweisen sich im Chi-Quadrat-Test auf dem 5 % Niveau als nicht signifikant (Chi-Quadrat=13,4, df=8, p=0,099).

Eine Analyse nach Branchen ist in

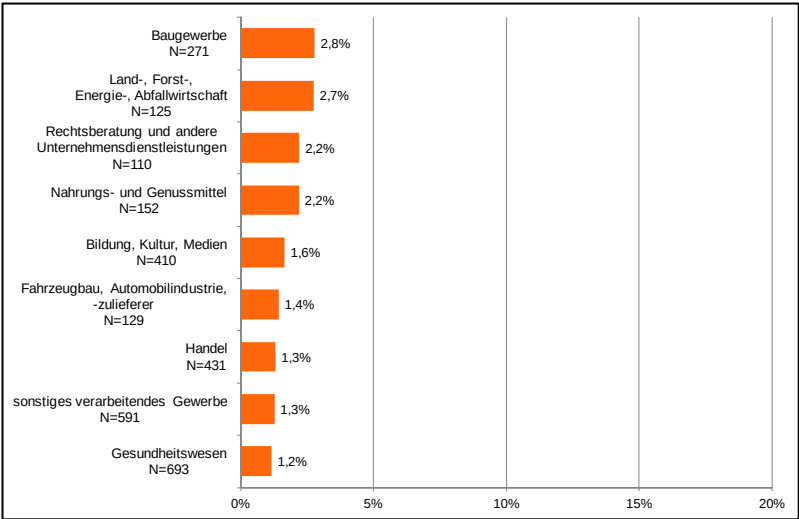
Abbildung 94 und Abbildung 95 dargestellt. Die Analyse der Konfidenzintervalle deutet darauf hin, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den Branchen bestehen. Dies könnte entweder einen methodischen Grund haben: Die Fallzahl je Branche ist trotz der großen Gesamtstichprobe relativ klein. Es könnte aber auch an der geringen Prävalenz der Alkoholgebrauchsstörung liegen. Dafür spricht, dass selbst bei Branchen, die mit einer größeren Fallzahl in der Stichprobe vertreten sind, die Konfidenzintervalle weit sind.⁷⁹ Oder die Unterschiede zwischen Branchen sind tatsächlich sehr gering – dafür spricht, dass Branchen sehr breite „Container“ für eine Vielzahl von Berufen und Tätigkeiten sind.

Eine Analyse nach Branchen konnte keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Verbreitung einer Alkoholgebrauchsstörung feststellen.

⁷⁸ Die Unterschiede erweisen sich im Chi-Quadrat-Test auf dem 5 % Niveau als nicht signifikant (Chi-Quadrat=13,4, p=0,099).

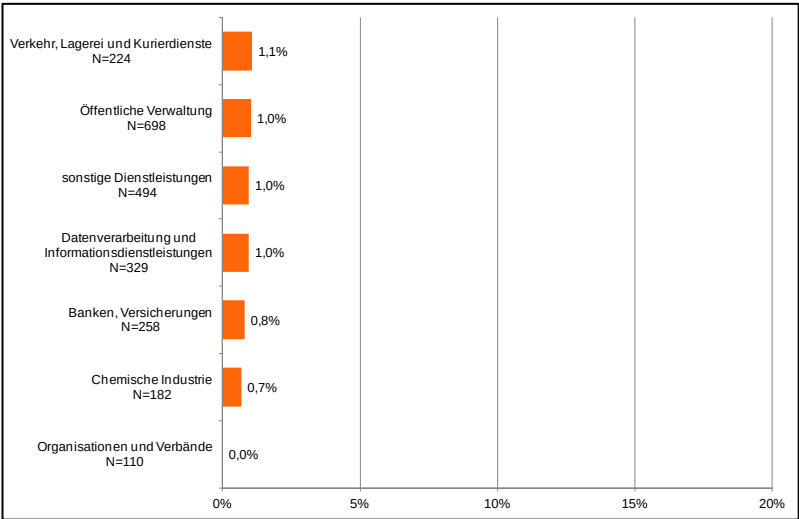
⁷⁹ Z.B. die öffentliche Verwaltung mit N=698: 1,0 Prozent [95%KI: 0,4-2,1 Prozent]

Abbildung 94: Schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Branche (1/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Abbildung 95: Schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Branche (2/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

4.5.4 Selbst berichtete Gründe des Alkoholkonsums

Warum trinken Beschäftigte Alkohol? Zur Beantwortung dieser Frage wurden den (Alkohol konsumierenden) Befragten neun mögliche Gründe vorgelegt. Die Zusammenstellung dieser Gründe erfolgte in loser Anlehnung an die Forschungsliteratur⁸⁰, die sich motivationalen Theorien des Alkoholgebrauchs bedient und dabei zwischen „Enhancement-“ und „Coping-Motiven“ unterscheidet. Ein Enhancement-Motiv ist z. B. ein angenehmes Gefühl durch Alkoholkonsum erzielen zu wollen. Ein Coping-Motiv ist demgegenüber z. B. Alkoholkonsum zum besseren Umgang mit schlechter Stimmung.

Der wichtigste Grund für den Alkoholkonsum ist der, dass (zumindest einige) alkoholische Getränke gut schmecken. 95 Prozent geben dies als Grund an. 55 Prozent der Konsumenten trinken Alkohol, weil er ihnen ein gutes Gefühl gibt, 50 Prozent weil Alkohol in vielen Situationen „einfach dazu gehört“.

Deutlich weniger verbreitet als diese drei meistgenannten Gründe, ist der Einsatz von Alkohol zu bestimmten Zwecken: Zur Entspannung (36 Prozent), um mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen (24 Prozent) (Stichwort: Soziales Schmiermittel), um eine schlechte Stimmung zu vertreiben (15 Prozent). 15 Prozent stärken ihr Selbstbewusstsein mit Alkohol, 14 Prozent geben an, dass Alkohol den Umgang mit sozialen Situationen erleichtert.

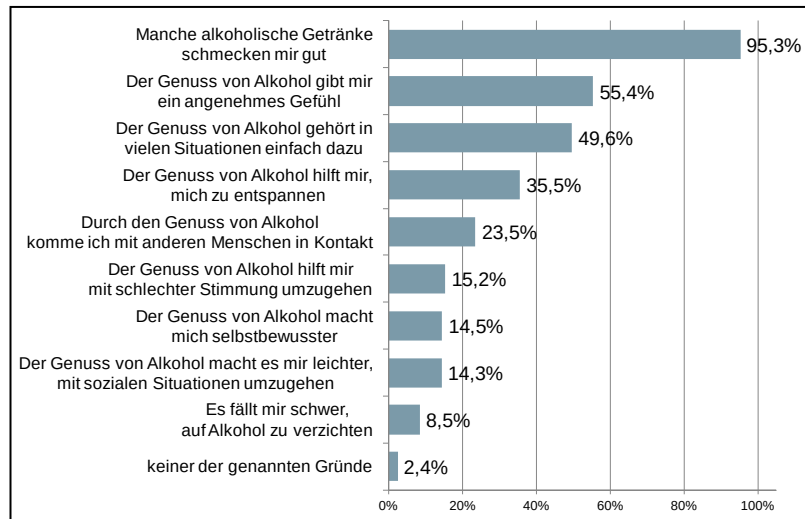
Im Kontext Sucht ist ein Grund besonders von Interesse: 9 Prozent der Konsumenten sagen von sich selbst, sie trinken Alkohol, weil es ihnen schwer falle, darauf zu verzichten.

**Wichtigster
Konsumgrund:
Geschmack**

**9 Prozent der
Alkoholkon-
sumenten fällt es
schwer, darauf zu
verzichten**

⁸⁰ Wardell et al. (2016); McDevitt-Murphy et al. (2017); Cooper (1994); Loose/Acier (2017); Gilson (2013).

Abbildung 96: Selbst berichtete Gründe des Alkoholkonsums



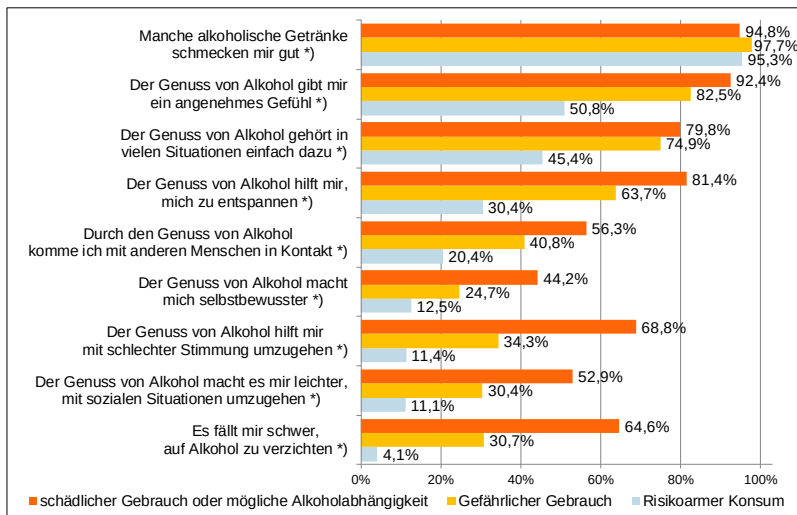
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019.
 Fragewortlaut: „Warum trinken Sie Alkohol? Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen jeweils an, ob diese auf Sie zutreffen oder nicht.“ Basis: Alle Befragten, die Alkohol konsumieren. N=4.339–4.480.

Dabei geben übrigens 22 Prozent der Alkoholkonsumenten nur einen einzigen Grund an, davon zu 95 Prozent den Grund „Manche alkoholische Getränke schmecken mir gut“ (ohne Abbildung).

Die Gründe für Alkoholkonsum sind umso vielfältiger, je riskanter der Typus des Alkoholkonsums ist. Jeden Grund, mit Ausnahme des Geschmacks, geben Befragte mit riskantem bzw. mit schädlichem/abhängigen Konsum häufiger an als Befragte mit einem risikoarmen Konsum. Wer einen gefährlichen oder schädlichen/abhängigen Konsum von Alkohol pflegt, trinkt Alkohol häufig (auch), weil er ein angenehmes Gefühl gibt, weil er in vielen Situationen einfach dazu gehört und weil er bei der Entspannung hilft. Das „Coping-Motiv“ ‚mit schlechter Stimmung umgehen‘ spielt für die schädlich bzw. abhängig-Konsumierenden ebenfalls eine große Rolle.

Wer einen schädlichen/abhängigen Konsum pflegt, weiß dies offenbar auch: 65 Prozent der schädlich/abhängig Konsumierenden geben an, dass sie Alkohol (auch) deswegen trinken, weil es ihnen schwer fällt, auf Alkohol zu verzichten.

Abbildung 97: Selbst berichtete Gründe des Alkoholkonsums nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019.

Fragewortlaut: „Warum trinken Sie Alkohol? Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen jeweils an, ob diese auf Sie zutreffen oder nicht.“

Basis: Alle Befragten, die Alkohol konsumieren. N (risikoarmer Konsum) = 3.612–3.705; N (gefährlicher Gebrauch) = 532–544; N (schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit) = 72–73. *) markiert signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat-Test auf 5 % Niveau).

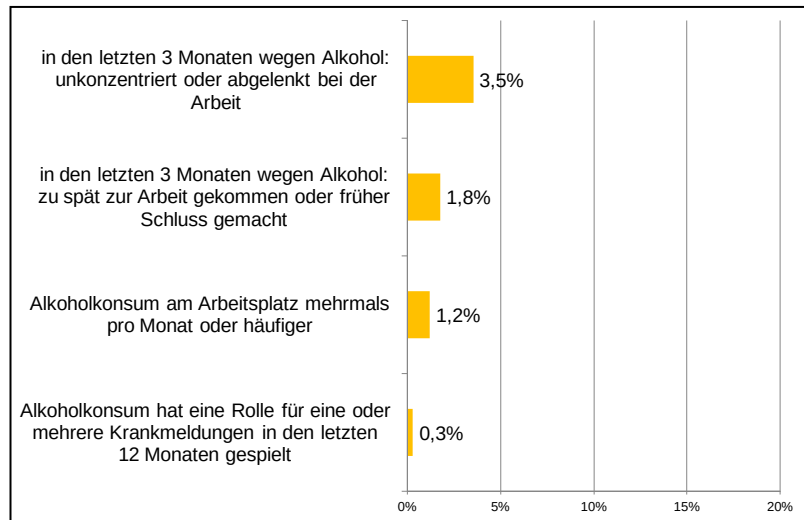
4.5.5 Folgen von Alkoholkonsum für die Arbeitswelt

Die in Abbildung 98 dargestellte Analyse betrachtet alle Beschäftigten, also ohne Einschränkung auf Konsumenten oder gar Konsumenten mit riskanten, schädlichen oder abhängigen Konsum. Aus Sicht der Arbeitswelt ist das zunächst die Basis, die von Interesse ist. Es zeigt sich, dass bei Betrachtung der Beschäftigten insgesamt Alkoholkonsum nur geringfügig Folgen für die Arbeit hat: 4 Prozent geben an, dass sie in den letzten drei Monaten unkonzentriert oder abgelenkt bei der Arbeit als Folge des Alkoholkonsums waren.

Zwei Prozent kamen wegen Alkohol zu spät zur Arbeit oder machten früher Schluss. Ein Prozent konsumiert mehrmals pro Monat Alkohol am Arbeitsplatz. Für eine Krankmeldung spielt Alkohol praktisch keine Rolle: Unter den Beschäftigten, die wenigstens eine Krankmeldung in den letzten 12 Monaten hatten, geben nur 0,3 Prozent an, dass Alkoholkonsum bei einer Krankmeldung eine Rolle gespielt hat.

Fast niemand gibt an, dass Alkoholkonsum für eine Krankmeldung eine Rolle gespielt hat

Abbildung 98: Folgen von Alkoholkonsum bei der Arbeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019.
Fragewortlaut⁸¹. Basis: Alle Befragten. N= 5.561–5.614.

**Beschäftigte mit
schädlichem oder
abhängigem
Alkoholgebrauch
berichten zu
einem hohen
Anteil über
Unkonzentriert-
heit am
Arbeitsplatz**

Je problematischer jedoch das Alkoholkonsummuster, umso wahrscheinlicher werden Folgen dieser Art für die Arbeit (Abbildung 99). Beschäftigte mit schädlichem/abhängigem Gebrauch waren in den letzten drei Monaten fast zur Hälfte wegen Alkoholkonsum unkonzentriert oder abgelenkt gewesen. 27 Prozent dieser Gruppe sind in den letzten drei Monaten zu spät zur Arbeit gekommen oder haben früher Schluss gemacht. Für 7 Prozent der Beschäftigten mit schädlichem/abhängigem Gebrauch, die wenigstens eine Krankmeldung in den letzten 12 Monaten hatten, spielte Alkoholkonsum eine Rolle für eine Krankmeldung.

⁸¹ Fragewortlaut der in Abbildung 98 dargestellten Items:

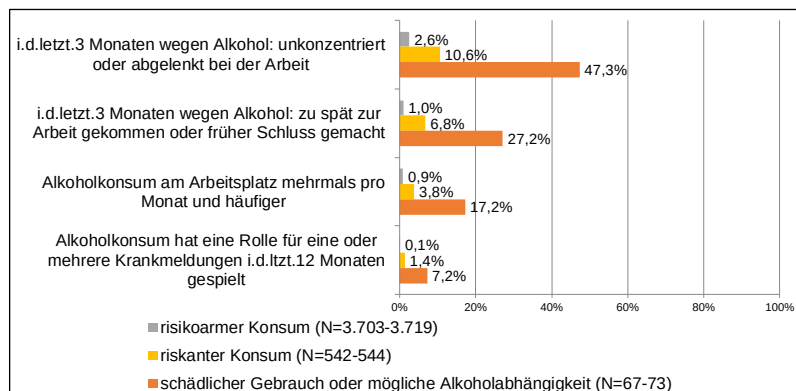
Kam es in den letzten 3 Monaten vor, dass Sie durch den Genuss von Alkohol (außerhalb oder während der Arbeitszeit) bei der Arbeit unkonzentriert oder abgelenkt waren?

Kam es in den letzten 3 Monaten vor, dass Sie durch den Genuss von Alkohol zu spät zur Arbeit kamen oder früher Schluss gemacht haben?

Trinken Sie während der Arbeit Alkohol?

Haben die folgenden Aspekte für eine oder mehrere der Krankmeldungen eine Rolle gespielt?: Alkoholkonsum

Abbildung 99: Folgen von Alkoholkonsum bei der Arbeit nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT⁸²



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten, die Alkohol konsumieren.

Unter den Beschäftigten, die Alkohol trinken, trinken 91 Prozent niemals Alkohol am Arbeitsplatz. Das bedeutet umgekehrt: Es ist keineswegs so, dass Alkoholkonsum am Arbeitsplatz völlig verschwunden wäre. 9 Prozent der Beschäftigten trinken – den Daten zu Folge bei seltenen Gelegenheiten – Alkohol am Arbeitsplatz. In den meisten Fällen dürfte das eine kurze Geburtstagsfeier während der Arbeitszeit sein. 8 Prozent der Befragten geben an, dass sie Alkohol am Arbeitsplatz trinken, jedoch einmal pro Monat und seltener (Abbildung 100, siehe dort die gestapelte Säule „Gesamt“). Ein kleiner Teil der Beschäftigten trinkt öfter am Arbeitsplatz: Ein Prozent mehrmals pro Monat und 0,6 Prozent sogar mehrmals die Woche. Selbst Beschäftigte mit riskantem Alkoholkonsum trinken nur geringfügig häufiger Alkohol am Arbeitsplatz.

Jedoch: Beschäftigte mit schädlichem/abhängigem Gebrauch, also solche mit einer Alkoholgebrauchsstörung gemäß AUDIT-Screening-Diagnose, trinken zu größeren Anteilen während der Arbeitszeit. 14 Prozent dieser Gruppe trinken mehrmals pro Woche und häufiger. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass selbst diese Gruppe weit mehrheitlich – zu 78 Prozent – nie Alkohol am Arbeitsplatz konsumiert. Das deutet darauf hin, dass die (noch) in Arbeit stehenden Alkoholiker es schaffen, ihrer Sucht außerhalb der Arbeitszeit nachgehen. Möglicherweise sind die hier identifizierten Beschäftigten mit einer Alkoholgebrauchsstörung noch vergleichsweise weniger schwere Fälle, die sich noch gut ins Arbeitsleben integrieren – umgekehrt sind die schweren Fälle wahrscheinlich zu größeren Teilen aus dem Erwerbsleben

9 Prozent der Alkoholkonsumierenden trinken Alkohol am Arbeitsplatz – die meisten davon selten

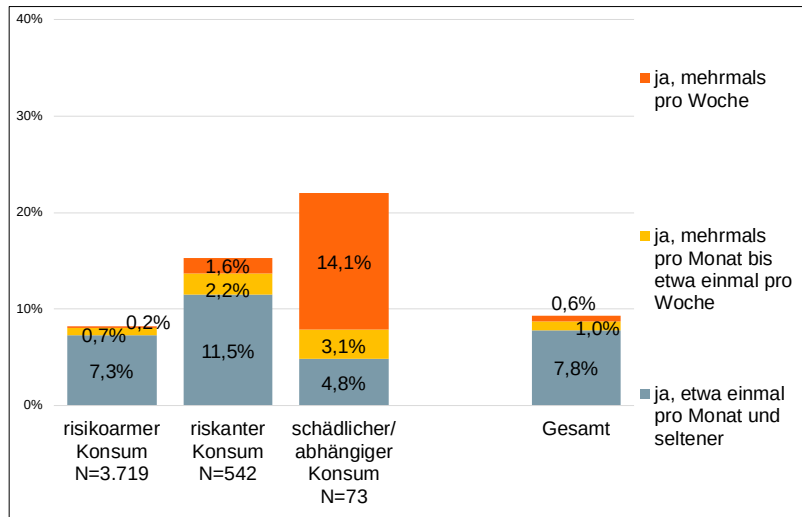
14 Prozent der Beschäftigten mit einer Alkoholgebrauchsstörung trinken mehrmals pro Woche Alkohol am Arbeitsplatz

⁸² Alle Unterschiede sind nach Chi-Quadrat Test auf dem 5% Niveau signifikant.

ausgeschieden. Diese Interpretation soll nicht die Folgen verharmlosen, die von den nicht am Arbeitsplatz trinkenden Alkoholikern ausgehen kann. Sie könnten von Restalkohol während der Arbeitszeit betroffen sein, sie könnten unter starkem Verlangen und/oder Entzugserscheinungen leiden, und deswegen in ihrer Leistungsfähigkeit gemindert sein oder – je nach Arbeitsplatz – unter erhöhtem Unfallrisiko stehen.

Alkoholkonsum am Arbeitsplatz

Abbildung 100: Alkoholkonsum am Arbeitsplatz nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT⁸³



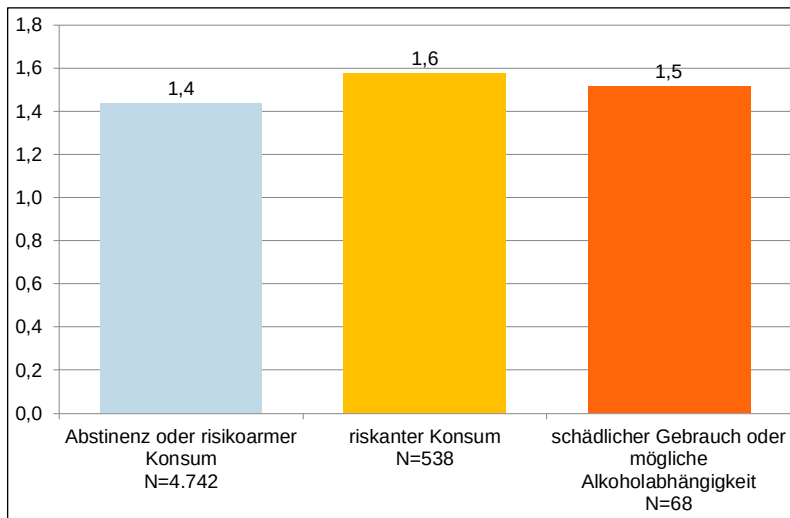
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis sind alle Befragten, die Alkohol konsumieren. Fragewortlaut: „Trinken Sie während der Arbeit Alkohol“?

Alkoholkonsum und Krankmeldungen

Ein widersprüchliches Bild ergibt sich jedoch bei der Betrachtung der Anzahl der selbstberichteten Krankmeldungen nach Alkoholkonsumtypus. Beschäftigte, die entweder alkoholabstinente leben oder einen risikoarmen Konsum pflegen, meldeten sich gemäß Selbstangabe durchschnittlich 1,4 Mal krank in den letzten 12 Monaten. Beschäftigte mit riskantem Alkoholkonsum geben 1,6 Krankmeldung für diesen Zeitraum an, Alkoholabhängige 1,5. Die Unterschiede sind nicht signifikant.

⁸³ Chi-Quadrat=278,902, p=0,000

Abbildung 101: Anzahl Krankmeldungen in den letzten 12 Monaten nach Alkoholkonsumtypus gemäß AUDIT⁸⁴



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

4.6 Soziale Medien: Nutzung und Prävalenz der Abhängigkeit bei Beschäftigten sowie Folgen für die Arbeitswelt

„Neben Alkohol- und Tabakabhängigkeit haben internetbezogene Störungen eine große Bedeutung für die Arbeitswelt. Sie zeigen deutliche negative Folgen, insbesondere psychischer Natur, aber auch in psychosomatischer Hinsicht. Zudem zeigt sich, dass Betroffene durch die Sucht oftmals gar nicht den Schritt in die Arbeitswelt vollziehen (Stichwort sozialer Rückzug).“

Dr. Kai Müller, Ambulanz für Spielsucht, Universitätsmedizin Mainz

„Waren Sie schon mal länger online, als sie ursprünglich vorhatten?“ „Haben Sie schon erfolglos versucht, ihren Internetgebrauch zu reduzieren?“ Es war scherzhaft gemeint, als das erste Mal von Internetsucht gesprochen wurde. Ivan Goldberg, Psychiater in New York, veröffentlichte 1995 einen ernsthaft wirkenden, jedoch satirisch gemeinten Beitrag, in dem er eine fiktive Störung erfand und diese im Stile des Diagnostischen und statistischen Manuals

Die Debatte um „Internetsucht“ kam in den 1990er Jahren auf

⁸⁴ Gemäß Varianzanalyse sind die Unterschiede zwischen den dargestellten Gruppen nicht signifikant.

psychischer Störungen an Kriterien knüpfte: Die Internet Addiction Disorder (IAD) (Dalal und Basu 2016: 6, Uhl 2014: 66).

Daraufhin wurde das Forum, auf dem Goldberg seinen Beitrag publizierte, überflutet mit Antworten. Leserinnen und Leser hatten die Kriterien an sich selbst überprüft und waren nun überzeugt, an einer solchen Störung zu leiden (Srinivasan 2014:1). Es folgte ein einflussreicher Artikel der New York Times, in dem das Thema aufgegriffen wurde. Während Goldberg selbst das Interesse verlor, wurde Kimberley Young zur „Pionierin auf dem Forschungsgebiet der Internetabhängigkeit“ (te Wildt o.J.) und publizierte 1998 das Buch „Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction“ (Young 1998).

Frühe Studien konnten nur ein geringes Abhängigkeitspotential nachweisen

Zu diesem Zeitpunkt schrieb man Computerspielen bereits ein Abhängigkeitspotential zu, allerdings konnten frühe Studien nur ein geringes Abhängigkeitspotential nachweisen (Soper & Miller, 1983; Shotton, 1989, beide zitiert nach te Wildt o.J.).

Mit immer mehr Aktivitäten, die im Internet möglich wurden, differenzierte sich auch die Forschung zum Abhängigkeitspotential von Online-Aktivitäten aus: „Individuen scheinen nicht vom Internet selbst abhängig zu sein, sondern von bestimmten Online-Aktivitäten“ (van den Eijnden et al. 2016: 478, eigene Übersetzung). Eine Online-Aktivität, die in den letzten Jahren in vielfacher Hinsicht problematisiert wird, ist die Beschäftigung mit sozialen Medien. Neben Problemen der Sicherheit (Kinder und Jugendliche verraten zu viel über sich selbst), der Qualität sozialer Beziehungen (virtuelle, oberflächliche Online-Beziehungen ersetzen echte „real-life“-Beziehungen), des Kommunikationsstress und der Schlafhygiene (Nutzer sind ständig online und müssen auf Aktivitäten anderer reagieren, selbst nachts) wird auch die Möglichkeit diskutiert, dass soziale Medien abhängig bzw. süchtig machen.

„Ich habe viele Menschen mit Mediensucht behandelt, oft auch als Komorbidität bei Persönlichkeitsstörungen (F60). Klares Ja zur Anerkennung der Computerspielesucht.“

Klares Ja auch zur Anerkennung der Abhängigkeit von sozialen Medien als Sucht. Second life als Fluchtrealität bei Ängsten und Depressionen. Betroffene unternehmen zunächst einen ineffektiven Selbstheilungsversuch. Daraus wird eine eigenständige Suchterkrankung mit neurobiologischen Folgen.“

Prof. Dr. Thomas Redecker, Psychosomatischer Chefarzt der Median-Klinik am Park Bad Oeynhausen

Nicht nur die Omnipräsenz von Smartphones und das Verhalten der Nutzer lassen den Verdacht aufkommen, dass Aspekte von Sucht

und Abhängigkeit eine Rolle spielen. Auch die Technik selbst ist vorsätzlich darauf hin entwickelt, Nutzer möglichst lange auf den entsprechenden Plattformen oder Apps zu halten. In seinem Beitrag „am Haken“ stellt Giesler (2018) dar, wie soziale Medien, z. B. Instagram, gezielt verhaltenswissenschaftliche Konzepte übernehmen und einsetzen, „um Nutzer so oft wie möglich an[zu]locken und dann so lang wie möglich [zu] fesseln“.

„Ein Großteil des Sogs der Social-Media-Apps wird durch kleine Design-Elemente erzeugt. Hier ein roter Knubbel am App-Symbol, der anzeigt, dass etwas Neues und potenziell Spannendes passiert ist (Was? Schnell die App öffnen!). Dort eine Push-Mitteilung mit Vibrationsalarm, die anzeigt, dass ein Freund etwas auf Facebook gepostet hat – oder jemand auf das eigene Posting reagiert hat (Wie? Gleich mal nachsehen!).

Manchmal ist es auch nur ein kleiner Zeitstempel neben einer Whatsapp-Nachricht, der anzeigt, dass man seit zwei Stunden nicht darauf reagiert hat (Zu lang? Besser schnell antworten!). Die App Snapchat hat sogenannte Streaks eingeführt, die anzeigen, wie oft man es geschafft hat, eine Konversation mit einem bestimmten Freund nicht abreißen zu lassen. Egal, ob es noch etwas zu sagen gibt – wie beim Ballspielen will man nicht derjenige sein, der den Ball fallen lässt“ (Giesler 2018: 83).

Giesler (2018:84) zitiert weiter einen ehemaligen Berater von Facebook, der berichtet, bei Facebook habe sich von Anfang an alles um die Frage gedreht, wie so viel Zeit und Aufmerksamkeit wie möglich gebunden werden kann. Der Like-Button und andere Mechaniken seien letztlich nichts anderes als ein kleiner Dopamin-Schuss, der einen dazu bringe, noch mehr Beiträge zu posten.

„Was die Anerkennung der Abhängigkeit von sozialen Medien als Sucht angeht, bin ich ein Stück weit kritischer. Auch wenn ich ein gewisses Risikopotenzial sehe, das von Facebook und Co ausgeht, bedarf es noch einer solideren Forschungsbasis in Bezug auf eine einheitliche Definition und Operationalisierung dieses vermeintlichen Störungsbildes, der Klärung seiner klinischen Bedeutsamkeit und Eigenständigkeit, die Bestimmung handlungsrelevanter Risikofaktoren sowie die Erfassung der auftretenden individuellen respektive sozialen Folgekosten. Zum jetzigen Zeitpunkt halte ich es daher für verfrüht, von einer ‚sozialen Mediensucht‘ zu sprechen.“

Dr. Tobias Hayer, Universität Bremen, Institut für Psychologie

**Memorandum der
DG Sucht zu
internetbe-
zogenen
Störungen**

Bisher hat die Abhängigkeit von sozialen Medien keine Anerkennung als Krankheit gefunden. Dies drückt sich u. a. auch darin aus, dass sie in Klassifikationssystemen wie dem DSM-5 oder der ICD-10 nicht aufgeführt ist. Es scheint aber eine klare Tendenz unter Suchtexperten zu geben, die Möglichkeit ernst zu nehmen, dass exzessive Online-Aktivitäten mindestens ähnlich einer Abhängigkeit sein können. Ein Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) (Rumpf et al. 2016:2) stellt fest: „Die extensive Nutzung von Computerspielen oder Internetanwendungen kann zu einem Verhalten führen, das in vielen Aspekten an Sucht oder Abhängigkeit denken lässt. Tatsächlich suchen Menschen mit ausgeprägten suchtartigen Symptomen auch von sich aus therapeutische Hilfe auf.“ Und an anderer Stelle: „Die Autoren sehen es auf Basis von Forschungsstand und mehrheitlichem Konsens sowie vorbehaltlich neuer Erkenntnisse als derzeit gerechtfertigt an, diese Störung – zumindest vorläufig – im Bereich der Suchterkrankungen einzuordnen. Neben der suchthaften Nutzung von Internetanwendungen beinhaltet der Begriff Internetbezogene Störung auch eine fortgesetzte schädliche oder missbräuchliche Nutzung, die mit negativen Folgen verbunden ist, aber (noch) nicht die Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllt.“

**In diesem Report
werden zwei
spezifische
Online-
Aktivitäten
untersucht:
Social Media
Disorder und
Computerspiele-
sucht**

Vom umfassenden Konstrukt Internetbezogene Störungen wird im Rahmen dieses Reports jedoch Abstand genommen und – neben der Computerspielesucht – die spezifischere Abhängigkeit von sozialen Medien untersucht. Dabei wird auf das Erhebungsinstrument von van den Eijnden et al. (2016) zurückgegriffen: die Social Media Disorder Scale. Van den Eijnden et al. greifen bei der Entwicklung dieser Skala auf die DSM-5-Kriterien für Computerspielesucht (Internet Gaming Disorder) zurück. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass die Abhängigkeit von sozialen Medien und die Computerspielesucht zwei Ausprägungen des übergeordneten Konstrukts Internetabhängigkeit sind und deswegen in gleicher Weise definiert und mit diagnostischen Kriterien hinterlegt sein sollten.⁸⁵

Demnach setzt sich diese Skala aus Items zusammen, die denen der Internet Gaming Disorder Scale analog formuliert sind. Als abhängig von sozialen Medien gilt, wer bezogen auf die letzten 12 Monate mindestens fünf der folgenden neun Kriterien erfüllt:

⁸⁵ Anderer Ansicht sind Király et al. (2015: 256), die den (eigentlich offensichtlichen) Umstand hervorheben, dass durch das Internet sehr verschiedene Aktivitäten verfolgt werden können und daher das Spielen einerseits, Internetaktivitäten andererseits zwei sehr verschiedene Konstrukte sind. Das gilt auch dann, wenn Online-Spiele als Internetaktivität angesehen werden.

Tabelle 29: Kriterien der Abhängigkeit von sozialen Medien (Social Media Disorder)

1. Gedankliche Vereinnahmung (Preoccupation): Betroffene, auf die dieses Kriterium zutrifft, können regelmäßig an kaum etwas anderes denken als an den Moment, wenn sie soziale Medien nutzen können.
2. Toleranzentwicklung (Tolerance): Betroffene, die dieses Kriterium erfüllen, sind regelmäßig enttäuscht, wenn sie nicht noch mehr Zeit mit sozialen Medien verbringen können.
3. Entzugerscheinungen (Withdrawal): Betroffene fühlen sich schlecht, wenn sie soziale Medien nicht nutzen können.
4. Fortgesetzter Gebrauch trotz Einsicht in die schädlichen psychosozialen Folgen (Persistence): Betroffene haben erfolglose Versuche unternommen, den Gebrauch sozialer Medien einzuschränken.
5. Interessenverlust an früheren Hobbies, Interessen, Freizeitbeschäftigungen (Displacement): Betroffene vernachlässigen regelmäßig andere Interessen, um sich mit sozialen Medien beschäftigen zu können.
6. Konflikte aufgrund des Gebrauchs sozialer Medien (Problem): Betroffene haben regelmäßig Streit wegen ihrer Nutzung sozialer Medien.
7. Verheimlichung des tatsächlichen Gebrauchs (Deception): Betroffene belügen Eltern, Freunde und andere nahestehende Personen über den Gebrauch sozialer Medien.
8. Flüchten in soziale Medien (Escape): Betroffene nutzen soziale Medien, um negativen Gefühlen zu entfliehen.
9. Konflikte (Conflict): Betroffene haben ernsthafte Konflikte mit Eltern, Geschwistern und anderen nahestehenden Personen wegen der Nutzung sozialer Medien.

Kriterien der Abhängigkeit von sozialen Medien (Social Media Disorder)

Quelle: van den Eijnden (2016: 483).

Die Sorge einer Abhängigkeit oder eines problematischen Gebrauchs sozialer Medien bezieht sich meist auf Kinder und Jugendliche. Eine repräsentative Befragung von 12- bis 17-Jährigen, die u. a. das Ziel hatte, die Prävalenz des „problematischen Gebrauchs“ sozialer Medien festzustellen, kam zu dem Ergebnis, dass 2,6 Prozent der Jugendlichen unter einer „Social Media Disorder“, einer Sozialen-Medien-Gebrauchsstörung leiden, wobei keine signifikanten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen gefunden wurden (DAK-Gesundheit 2018: 30).⁸⁶

Da die Prävalenz der Abhängigkeit von sozialen Medien unter Jugendlichen vergleichsweise gering ausfällt, und die Prävalenz der Studie zufolge mit steigendem Alter abnimmt, ist nicht zu vermuten,

⁸⁶ In dieser Studie wurde – so wie für die Erhebung des DAK-Gesundheitsreports – die Social Media Disorder scale von van den Eijnden (2016) verwendet.

dass unter Erwerbstätigen die Abhängigkeit von sozialen Medien eine relevante Rolle spielt. Da die oben angedeutete Problematisierung von Internet, Smartphones und sozialen Medien natürlich auch mit Bezug auf Erwachsene und/oder Erwerbstätige geführt wird, soll für diesen Report die Verbreitung der „Social Media Disorder“ (vereinfacht: Abhängigkeit von sozialen Medien) ermittelt werden.

„Um einschätzen zu können, inwiefern auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von einer Abhängigkeit von sozialen Medien betroffen sind, stellt sich zunächst die Frage, ob es dieses Krankheitsbild überhaupt gibt. Erst nach dieser Klärung kann eine valide Bestimmung des Problemausmaßes erfolgen. Daher ist diese Frage derzeit aus meiner Sicht nicht beantwortbar.“

Dr. Tobias Hayer, Universität Bremen, Institut für Psychologie

Was sind soziale Medien?

Was genau soziale Medien sind, ist in den Debatten häufig nicht klar. Die meisten dürften sich einig sein, dass Facebook, Instagram und Twitter soziale Medien sind, weil es sich hier um digitale Austauschplattformen handelt, auf denen Nutzer und Nutzerinnen durch ein Profil eine Art Identität darstellen und pflegen, Inhalte wie Fotos, Videos und Texte austauschen („teilen“) und natürlich darüber kommunizieren, sei es durch bilaterale Chats oder Nachrichten, sowie durch das öffentliche Hinterlassen von Kommentaren, Likes oder ähnlichem.

Schwieriger ist die Einordnung von Instant-Messaging-Diensten wie WhatsApp: Ist ein bilateraler Austausch von Nachrichten eine Social Media Nutzung? Was unterscheidet dann diese Nutzung vom gegenseitigen Hinterlassen von Nachrichten auf einem Anrufbeantworter, der diese ebenfalls digital speichert und die häufig über IP-Telefonie übertragen wurde?

Ebenso ist die Videoplattform Youtube ein Grenzfall: Zwar sind hier viele Funktionen sozialer Medien verfügbar (Teilen von Inhalten, Nutzerprofile, Kommunikation über Kommentarspalten etc.), jedoch dürfte die sehr große Mehrheit der Konsumenten schlicht Videos konsumieren, ohne zu kommentieren, sich auszutauschen oder selbst Videos hochzuladen oder gar selbst welche zu produzieren.

Der DAK-Gesundheitsreport geht in Anlehnung an Kietzmann et al. (2011) davon aus, dass es sich bei sozialen Medien um digitale Medien (Dienste, Plattformen) handelt, die sich durch die folgenden sieben Funktionen auszeichnen:

1. Inhalte austauschen
2. Kommunikation
3. Identität, also die Bereitstellung von Informationen wie Namen, Alter, Geschlecht, aber auch viele weitere
4. Präsenz, d. h. die Anzeige, ob jemand gerade zur Verfügung steht
5. Beziehungen
6. Indikatoren für Reputation, wie z. B. die Anzahl der Follower auf Twitter
7. Gruppen, d. h. die Möglichkeit, (Teil-)Gemeinschaften zu bilden.

Mit Bezug auf diese sieben Funktionen geht der Gesundheitsreport davon aus, dass ein digitales Medium nicht alle in Gänze bereitstellen muss, um als soziales Medium zu gelten. Um das Beispiel WhatsApp noch einmal aufzunehmen: Die Indikation für Reputation fehlt bei diesem Medium, alle anderen Funktionen werden jedoch durch WhatsApp bereitgestellt. Auch wenn gilt, dass sich soziale Medien nicht sinnvoll durch eine Liste von konkreten Medien definieren lassen (die wäre sehr bald veraltet), war es für die Beschäftigtenbefragung erforderlich, einzelne soziale Medien beispielhaft zu nennen: In der Studie der DAK-Gesundheit wurden unter sozialen Medien verstanden: Messenger wie WhatsApp oder SnapChat, soziale Netzwerke wie Facebook, Microblogging-Dienste wie Twitter sowie Foren, Blogs und Weblogs.

Übrigens impliziert der Begriffsbestandteil „sozial“ keineswegs eine emphatische Bedeutung von „sozial“ im Sinne von „dem Gemeinwohl dienend“ oder „den Schwächeren schützend“. Ob soziale Medien zum Austausch von Babyfotos in der WhatsApp-Familiengruppe, zur Organisation einer Nachbarschaftsgruppe, zum Mobbing unter Schülerinnen und Schülern oder für die Verabredung eines Verbrechens genutzt werden, ist für die Begriffsdefinition unerheblich.

Die folgenden Analysen zeigen, dass trotz der Schwierigkeiten der Begriffsdefinition die Befragten im Sinne der hier zugrunde gelegten Definition geantwortet haben.

Soziale Medien zeichnen sich durch sieben Funktionen aus, darunter Austausch von Inhalten und Gemeinschaftsbildung

„Im Gegensatz zur Computerspielsucht sind andere internetbezogene Störungen noch nicht hinreichend beforscht. Gerade zur suchartigen Nutzung sozialer Medien wissen wir leider noch sehr wenig, in der klinischen Versorgung kommen Betroffene zudem seltener vor (verglichen mit Patienten mit Computerspielsucht oder suchartiger Nutzung von

Onlinepornographie). Das muss aber nicht am fehlenden Krankheitswert liegen, sondern kann mit einer ‚funktionaleren‘ Einbindung der Sucht in das Alltagsleben in Zusammenhang stehen. Die Patienten, die ich bislang erlebt habe, waren berufstätig, nutzten Social Media vom Arbeitsplatz aus, wiesen deutliche Leistungsdefizite auf und dennoch fiel die Sucht niemandem der Kollegen oder Vorgesetzten auf“

Dr. Kai Müller, Ambulanz für Spielsucht, Universitätsmedizin Mainz

4.6.1 Nutzung sozialer Medien⁸⁷

Wie verbreitet ist die Social-Media-Nutzung?

Analog zur Bearbeitung der anderen Abhängigkeitserkrankungen (Tabak, Alkohol, Internet Gaming Disorder) soll auch im Falle der sozialen Medien zunächst dargestellt werden, wie verbreitet ihre Nutzung unter Erwerbstätigen ist und wie sich der Gebrauch nach Alter, Geschlecht und anderen Merkmalen (ggf.) unterschiedlich darstellt.

Den Befragten wurde die Frage gestellt, ob sie soziale Medien nutzen, wobei dieser Frage die folgende Erläuterung beigelegt wurde, um den Begriff soziale Medien einzugrenzen und zu definieren:

„Damit sind digitale Medien und Plattformen gemeint, durch die Sie mit anderen Nutzerinnen und Nutzern in Austausch treten und/oder Inhalte erstellen und austauschen können.

Das sind unter anderem soziale Netzwerke wie Facebook, Instagram oder LinkedIn, Blogs und Internetforen, sogenannte Mikroblogs wie z. B. Twitter. Auch Messaging-Dienste wie WhatsApp oder Snapchat gehören dazu.

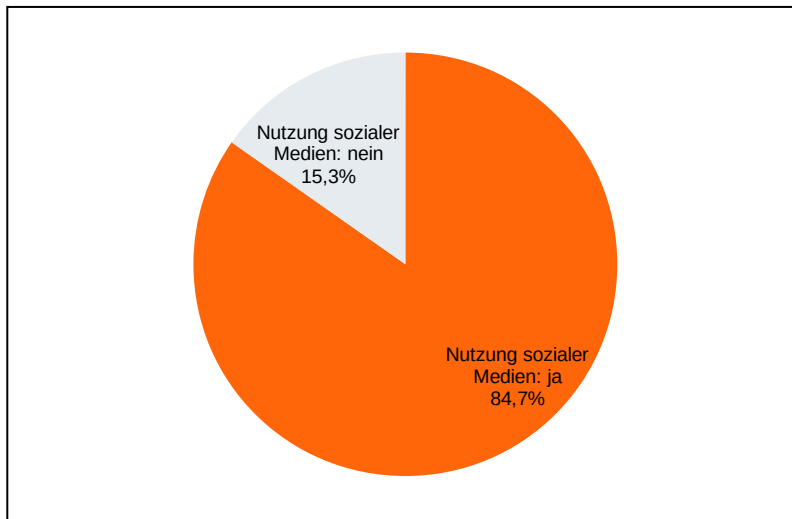
Die Nutzung von E-Mail oder Web-Seiten gehört dagegen nicht dazu.

Soziale Medien werden mit dem Computer oder dem Smartphone genutzt.“

Die große Mehrheit der Erwerbstätigen nutzt soziale Medien: 85 Prozent der Befragten geben an, dass sie soziale Medien nutzen (Abbildung 102). Dementsprechend nutzen 15 Prozent keine sozialen Medien. Diese Angaben gelten nicht für die Internetnutzung insgesamt. Es ist denkbar und wahrscheinlich, dass auch die Nicht-Nutzer sozialer Medien Webseiten, E-Mail und andere Internetanwendungen nutzen.

⁸⁷ Zur Methodik der Beschäftigtenbefragung, zur Soziodemografie der Stichprobe und zu Hinweisen zur Darstellung der Ergebnisse vergleiche Abschnitt 4.1.3.

Abbildung 102: Nutzung sozialer Medien



85 Prozent der Beschäftigten nutzen soziale Medien

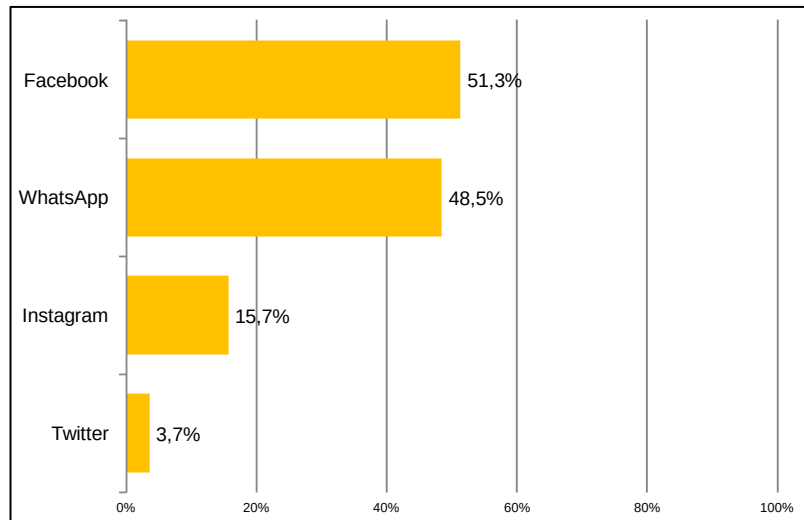
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019.
Fragewortlaut: „Nutzen Sie ‚soziale Medien‘?“ Basis: Alle Befragten. N=5.607.

Gefragt nach den zwei wichtigsten sozialen Medien, die sie in den letzten 12 Monaten genutzt haben, geben die Befragten vor allem Facebook (51 Prozent) und WhatsApp (49 Prozent) an. Ein kleinerer Teil der Befragten zählt noch den Foto- und Video-Sharing Dienst Instagram (18 Prozent) und Twitter (3,7 Prozent) zu den zwei subjektiv wichtigsten sozialen Medien.

Alle anderen sozialen Medien werden in nur sehr geringem Umfang genannt, dazu gehören professionelle Netzwerke wie LinkedIn oder Xing sowie weitere Messenger wie Threema oder Telegram. Dies bedeutet nicht, dass diese sozialen Medien nicht von deutlich höheren Anteilen von Erwerbstätigen genutzt werden, sie werden jedoch nicht zu den zwei wichtigsten gezählt (Abbildung 103).

Vor allem Facebook und WhatsApp werden zu den wichtigsten genutzten sozialen Medien durch die Befragten genannt

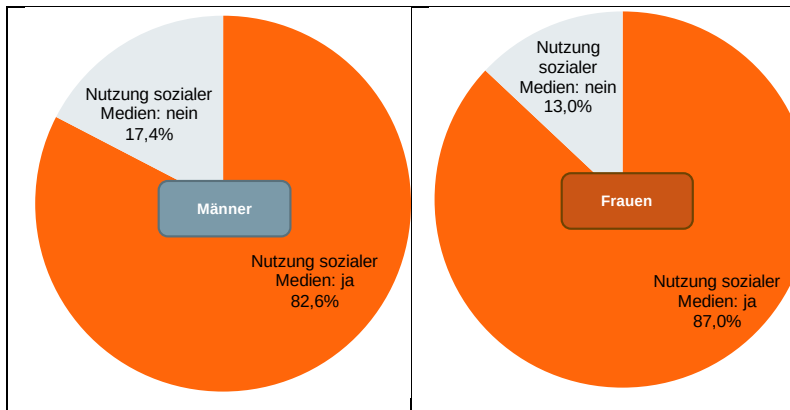
Abbildung 103: Die subjektiv wichtigsten genutzten sozialen Medien



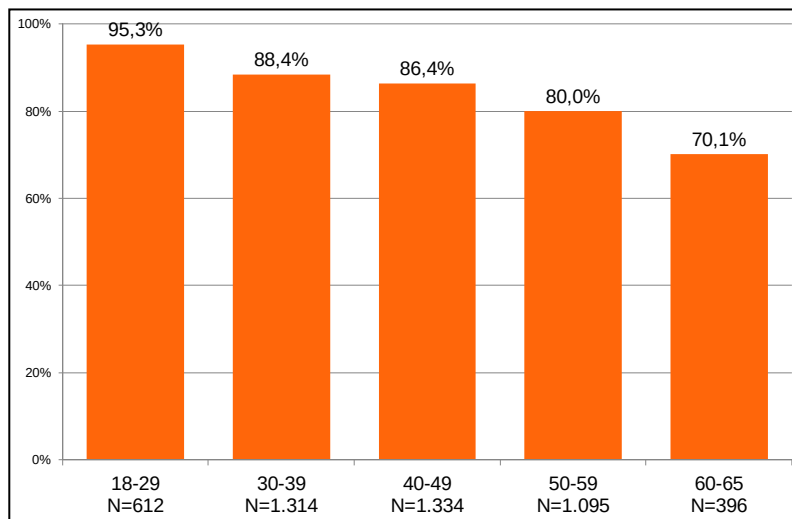
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Nutzer sozialer Medien. N=4.751. Wortlaut der Frage: „Welche sozialen Medien haben Sie in den letzten 12 Monaten genutzt? Bitte geben Sie bis zu zwei für Sie am wichtigsten sozialen Medien an, die sie genutzt haben.“

Der Anteil der Nutzer sozialer Medien nimmt mit dem Alter ab, ist aber in allen Altersgruppen hoch

Weibliche Beschäftigte nutzen soziale Medien zu einem etwas höheren Anteil als männliche Beschäftigte (87 zu 83 Prozent) (Abbildung 104). Dies gilt in allen Altersgruppen (Abbildung 105). Generell nimmt der Anteil der Nutzer sozialer Medien mit dem Alter ab. Unter den 28-bis 29-Jährigen nutzen nahezu alle Erwerbstätigen soziale Medien, der Anteil geht dann kontinuierlich zurück. In der Gruppe der 60- bis 65-Jährigen nutzen allerdings immer noch 70 Prozent soziale Medien (vgl. auch Abbildung 106).

Abbildung 104: Nutzung sozialer Medien nach Geschlecht⁸⁸

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N (Männer/Frauen) = 2.399/2.352.

Abbildung 105: Nutzung sozialer Medien nach Alter⁸⁹

Nutzung sozialer Medien nach Alter

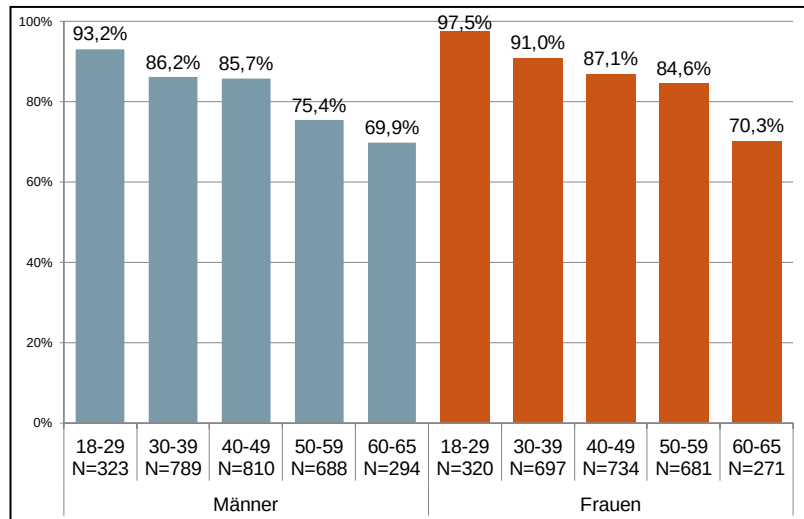
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

⁸⁸ Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich der Nutzung sozialer Medien signifikant voneinander (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=20,992$, $p=0,000$).

⁸⁹ Scheffé-Prozedur: Die soziale Medien-Nutzung zeigt einen signifikanten Zusammenhang mit dem Alter.

Abbildung 106: Nutzung sozialer Medien nach Geschlecht und Alter⁹⁰

Bei beiden Geschlechtern nimmt die Social-Media-Nutzung mit dem Alter ab



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

4.6.2 Social Media Disorder

„Mir sind bereits von sozialen Medien Abhängige begegnet. Die Betroffenen werden mit stundenlangem Konsum bzw. Nutzung sozialer Medien in der Klinik vorstellig. Sie nutzen sie auch nachts. Depressive Entwicklung, Schlafstörungen etc. können die Folgen sein. Betroffene erhalten eine Kognitive Verhaltenstherapie, Ziel ist das Erlernen eines normalen Umgangs mit sozialen Medien.“

Prof. Dr. Thomas Hillemacher, Leiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität

Die große Mehrheit der Beschäftigten nutzt soziale Medien. Wie verbreitet ist aber der gestörte Gebrauch einschließlich der Abhängigkeit von sozialen Medien (Social Media Disorder) in der Arbeitswelt?

Hierzu wurde, wie oben ausgeführt, die Social Media Disorder Scale eingesetzt. Abbildung 107 zeigt den Anteil der zustimmenden Antworten zu den einzelnen Items der Skala.

⁹⁰ Scheffé-Prozedur: Bei den Frauen kann von einer kontinuierlichen Abnahme der soziale Medien-Nutzung von Altersgruppe zu Altersgruppe ausgegangen werden. Bei den Männern zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den bis 49-Jährigen einerseits und den ab 50-Jährigen andererseits.

Die größte Verbreitung unter den abgefragten Kriterien hat demnach der fortgesetzte Gebrauch „wider Willen“ bzw. der Kontrollverlust: 9 Prozent geben an, dass sie in den letzten 12 Monaten versucht haben, weniger Zeit mit sozialen Medien zu verbringen, dies aber nicht geschafft haben. 8 Prozent haben oft soziale Medien genutzt, um nicht an unangenehme Dinge denken zu müssen – sie erfüllen das Kriterium der Flucht in soziale Medien (in der Studie der DAK-Gesundheit auch als dysfunktionale Stressbewältigung bezeichnet).

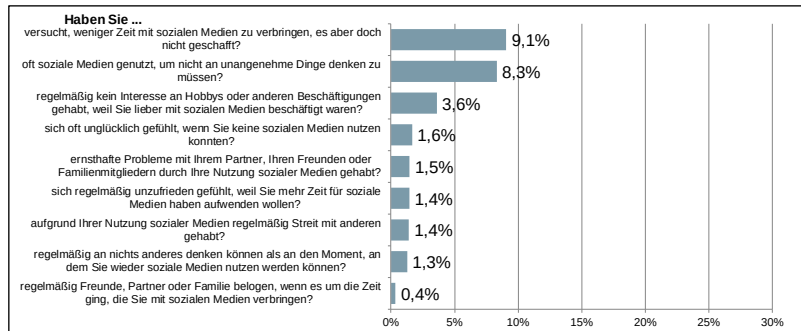
Ein Interessenverlust an Hobbies und Interessen durch die Nutzung sozialer Medien geben knapp 4 Prozent an. Alle anderen Kriterien werden gemäß Selbstangabe nur von einem sehr geringen Anteil kleiner zwei Prozent erfüllt (Abbildung 107).

9 Prozent der Befragten geben einen (gewissen) Kontrollverlust bei der Nutzung soziale Medien an

„Mir sind bereits Betroffene der Abhängigkeit von sozialen Medien in meiner Tätigkeit als Suchtforscher und Psychotherapeut begegnet. Sie stellen sich in der Klinik typischerweise aufgrund komorbiden Störungen wie Essstörungen und Depressionen vor, wobei die Abhängigkeit von sozialen Netzwerken zu einem weitergehenden Rückgang an „real-life-Kontakten“ und zu, Beeinträchtigung des beruflichen, schulischen oder ausbildungsbezogenen Leistungsvermögens führt. Die Behandlungsmotivation hinsichtlich der Mediennutzung ist meist ambivalent. Da Betroffene meist weiblich sind, liegen insgesamt eher internalisierende Folgeprobleme vor. Schweregrad und Folgeprobleme sind meist geringer als bei der Computerspielsucht ausgeprägt“

Dr. Gallus Bischof, Psychologischer Psychotherapeut am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck

Abbildung 107: Fragen der Social Media Disorder Scale (Anteil Ja-Antworten)



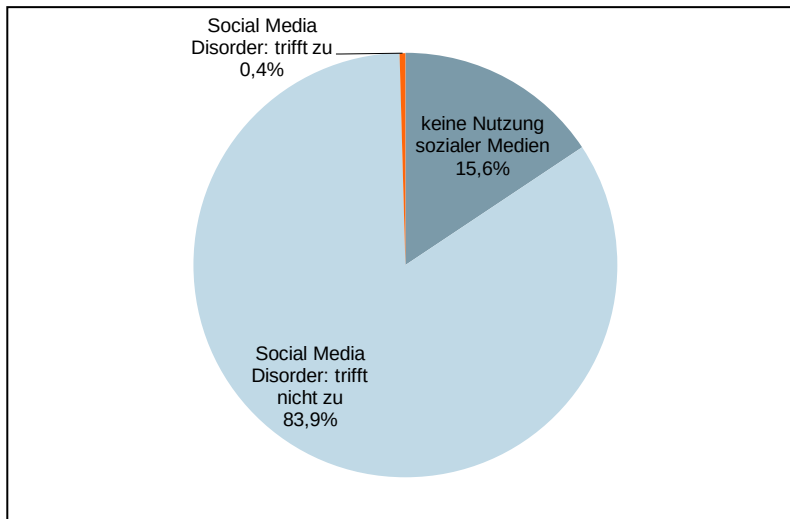
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten, die soziale Medien nutzen. N=4.669–4.737.⁹¹

0,4 Prozent der Beschäftigten erfüllen die Kriterien einer Social Media Disorder (12-Monats-Prävalenz)

Aus diesen einzelnen Kriterien ergibt sich nun wie folgt die „Screening-Diagnose“ Social Media Disorder: Analog zu den Kriterien der Internet Gaming Disorder geht die Social Media Disorder Scale davon aus, dass bei Erfüllen von mindestens 5 Kriterien eine Social Media Disorder vorliegt. Dies ist bei 0,4 Prozent der befragten Beschäftigten der Fall. 0,4 Prozent der Beschäftigten weisen demnach eine Social Media Disorder auf. Bezieht man diese „Screening-Positiven“ nur auf die Nutzer von sozialen Medien, lässt sich konstatieren, dass 0,5 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer sozialer Medien einen gestörten Gebrauch zeigen. M.a.W.: mit Ausnahme von Einzelfällen gibt es den Ergebnissen dieses Reports zufolge keine Abhängigkeit von sozialen Medien unter Erwerbstätigen (Abbildung 108).

⁹¹ Das Item „regelmäßig Freunde, Partner oder Familie belogen, wenn es um die Zeit ging, die Sie mit sozialen Medien verbringen“, wurde aus technischen Gründen nur einem Teil der Befragten vorgelegt (N=511). Für die Social Media Disorder Scale wurden die fehlenden Werte dieses Items auf Basis der anderen 8 Items imputiert (N für Item mit imputierten Werten: 4.669).

Abbildung 108: Social Media Disorder („Abhängigkeit von sozialen Medien“): Beschäftigte nach Screening Diagnose gemäß Social Media Disorder Scale) [56]



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N=5.520.

Da die Nutzung von sozialen Medien sowie (fälschlicherweise häufig synonym gebraucht) die Nutzung von Smartphones aus verschiedenen Perspektiven problematisiert wird, mag der geringe Anteil von Beschäftigten mit einem gestörten Gebrauch überraschen. Wie oben jedoch dargelegt, war eine solch geringe Prävalenz unter Beschäftigten zu erwarten, wurde doch bereits unter Jugendlichen nur eine vergleichsweise geringe Prävalenz von 2,6 Prozent ermittelt, die mit steigendem Alter abnimmt.

Unter Gesichtspunkten der Sucht besteht diesem Ergebnis zufolge wenig Handlungsbedarf in der Arbeitswelt. Dies bedeutet nicht, dass nicht aus anderen Gesichtspunkten heraus Handlungsbedarf gegeben sein könnte, etwa unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes, der Aufrechterhaltung der Konzentration oder Fragen der Lebensqualität. Diese und andere Gesichtspunkte können jedoch nicht Thema dieses Schwerpunktthemas Sucht sein.

Auch ist durch die Ergebnisse nicht ausgeschlossen, dass bestimmte Gruppen unter den Erwerbstätigen zu einem größeren Anteil von Social Media Disorder betroffen sind. Die geringe Zahl der in dieser Stichprobe gefundenen Screening-Positiven (N=24) lässt jedoch keine tiefer gehenden Analysen zu.

Mögliche Probleme der Social-Media-Nutzung, die nicht mit Sucht zu tun haben, sind nicht Thema dieses Gesundheits-reports

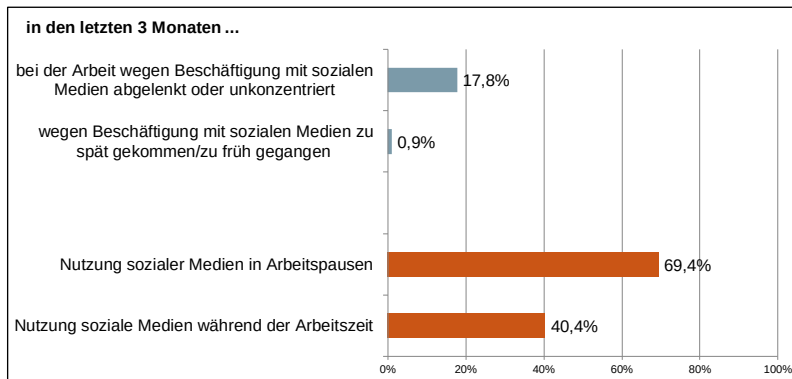
„Die Patienten, oftmals sind es Frauen, sind grundsätzlich sehr belastet, was auf die Sucht zurückzuführen ist. Sie berichten von einer fortwährenden gedanklichen Eingenommenheit vom Verhalten, von der Angst, etwas zu verpassen, wenn sie nicht online sind, von Schamgefühlen auf Grund der Nutzung, der Vernachlässigung anderer Lebensbereiche (sozial wie beruflich), sowie Gefühlen der inneren Getriebenheit und Stressbelastung. Ziemlich übereinstimmend schildern sie, dass niemand von ihrer Sucht Kenntnis besitzt, was ihnen das Leben bzw. die Veränderung des Verhaltens nicht wirklich leichter macht. Sie suchen definitiv Hilfe, haben grundsätzlich das Ziel, wieder ein normales Leben zu führen, Freude zu empfinden, nicht mehr abhängig zu sein, anderen Menschen nah zu sein (ohne Bildschirm dazwischen). Der Leidensdruck ist demnach durchaus gegeben.“

Dr. Kai Müller, Ambulanz für Spielsucht, Universitätsmedizin Mainz

4.6.3 Soziale Medien am Arbeitsplatz

Die Nutzung sozialer Medien am Arbeitsplatz ist weit verbreitet: 69 Prozent der Nutzer sozialer Medien machen in Arbeitspausen Gebrauch von sozialen Medien, 40 Prozent auch während der Arbeitszeit. Für einen kleineren Teil der Nutzer könnte sich das auf die Arbeitsleistung auswirken: 18 Prozent geben an, dass sie in den letzten 3 Monaten wegen der Beschäftigung mit sozialen Medien abgelenkt oder unkonzentriert waren. Die Beschäftigung mit sozialen Medien führt nur in seltenen Ausnahmefällen dazu, dass Nutzer deswegen zu spät zur Arbeit kommen oder früher Feierabend machen. Nur ein Prozent der Befragten berichten, dass dies in den letzten 3 Monaten vorgekommen ist (Abbildung 109).

Abbildung 109: Soziale Medien am Arbeitsplatz



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Nutzer sozialer Medien. N=4.724–4.745.

„Ich gehe davon aus, dass eine echte ‚Abhängigkeit‘ von sozialen Medien nur in Ausnahmefällen auftritt, eine zu intensive Nutzung mit schädlichen Folgen deutlich häufiger.“

Dr. Dieter Geyer, Präsident der Deutschen Suchtmedizinischen Gesellschaft

„Im Zusammenhang mit sozialen Medien ist der Begriff ‚Sucht‘ für mich in den meisten Fällen nicht gerechtfertigt. Dies gehört meist in den Bereich problematischen Sozial- und Kommunikationsverhaltens.“

Hans Joachim Abstein, Referatsleiter Suchthilfe beim AGJ-Fachverband Freiburg

„Meine Einschätzung, inwiefern auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von einer Abhängigkeit von sozialen Medien betroffen sind: Dass diese sich viel in sozialen Medien bewegen und dass es ein Zuviel davon häufig gibt, steht meines Erachtens außer Frage.“

Dass es aber die Suchtkriterien erfüllt, indem es beispielsweise auch während der Arbeitszeit intensiv und aus einem starken Verlangen heraus betrieben wird und mit vegetativen Symptomen verbunden ist, wenn ihm nicht sogleich nachgegeben werden kann, erscheint mir eher selten.“

Prof. Dr. Klaus Junghanns, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck

4.7 Videospiele: Prävalenz der Nutzung und der Abhängigkeit bei Beschäftigten sowie Folgen für die Arbeitswelt

Computerspiele werden auf PCs (sowohl Laptop als auch Desktop-PC), auf Spielekonsolen, auf Smartphones und Tablets gespielt.⁹² Um jedoch zu vermeiden, dass bei Computerspielen nur an Spiele auf Laptops und Desktop-PCs gedacht wird und um eine Unterscheidung zu den engeren Begriffen Konsolenspielen, Handy-Spielen, mobile Games, etc. herzustellen, wird im Folgenden von Videospielen gesprochen.

Einige Videospiele können oder müssen sogar online gespielt werden, in aller Regel um gemeinsam mit anderen Spielern zu spielen. Dazu gehören so genannte MMORPG – die Abkürzung steht für Massively Multiplayer Online Role-Playing Game, also in etwa Mehrspieler-Rollenspiele für extrem viele Spieler, deren beliebtester Vertreter das Spiel „World of Warcraft“ ist. Andere Genres, die in besonderem Maße online gespielt werden sind Echtzeitstrategiespiele wie die Spiele der StarCraft-Reihe oder DOTA 2.

Weil Videospiele besondere psychologisch-belohnende Eigenschaften haben, tauchten Berichte über exzessives Spielen schon in den 1990er Jahren in der psychologischen und medizinischen Forschungsliteratur auf (Király et al. 2015:254 sowie die dort zitierte Literatur). Im Vergleich zu nicht online gespielten Spielen scheinen Online-Videospiele ein erhöhtes Abhängigkeitspotential zu haben.

Eine Arbeitsgruppe für das DSM-5 nahm die „Internet Gaming Disorder“ als Forschungsdiagnose auf

Als eine Arbeitsgruppe für die Entwicklung der fünften Auflage des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-5) damit beauftragt wurde, die Aufnahme von Verhaltenssüchten zu erwägen, gehörten dazu die folgenden Aktivitäten: Glücksspiel, Internet Gaming, Internet Gebrauch (im Allgemeinen), Arbeitssucht, Shopping, Sex und Sport. Die Arbeitsgruppe beschloss, das Glücksspiel mit den substanzbezogenen Störungen zusammenzufassen, weil es deutliche Gemeinsamkeiten bezüglich Ätiologie, Biologie, Komorbiditäten und Behandlung mit diesen aufweist.

Von den verbleibenden „Kandidaten“ für konkrete Verhaltenssüchte wurde nur die so genannte Internet Gaming Disorder (IGD) als Forschungsdiagnose aufgenommen, weil sie als einzige unter den genannten ausreichend Evidenz bezüglich einer klinisch bedeutsamen Schädigung aufwies. Zudem zeigten Studien, dass sich exzessives Videospielen von anderen Internetaktivitäten

⁹² Daneben gibt es weitere Geräte, auf denen Videospiele gespielt werden, die aber entweder eine seltene Sonderform darstellen oder nur noch historisch eine Rolle spielten, darunter Spielautomaten (Arcade-Automaten, die zu unterscheiden sind von Glücksspielautomaten) und Handheld-Konsolen ohne austauschbare Spielmodule.

unterscheidet und besonders dazu beiträgt, ernsthafte Konsequenzen nach sich zu ziehen (Petry 2015: 71f.). Als Forschungsdiagnose („condition for further study“) soll sie weitere Forschung anregen und wird u. U. in späteren Ausgaben des DSM-5 als „offiziell anerkannte“ Diagnose aufgenommen (APA 2013:783).

Auch die internationale Klassifikation der Krankheiten ICD wird in ihrer elften Überarbeitung die so genannte Gaming Disorder (6C51) aufnehmen (<https://icd.who.int/>).

„Ob man Verhaltensweisen wie exzessives Computerspielen unter bestimmten Bedingungen als ‚Sucht‘ bezeichnen sollte oder nicht, ist angesichts der unzähligen, höchst unterschiedlichen Suchtkonzepte ohne Präzisierung nicht sinnvoll beantwortbar und auch kaum praxisrelevant. Es geht hier ja nicht um Worte, sondern um Inhalte. Dass bei einer Reihe von Personen im Zusammenhang mit Computerspielen ernste Probleme auftreten, steht für mich außer Frage. Dass man in diesen Fällen professionelle Behandlung anbieten sollte, ebenfalls. Dass manche Menschen aus einer generellen Fortschrittsfeindlichkeit dazu neigen, das Problem zu übertreiben und auch völlig unproblematische Verhaltensweisen systematisch zu pathologisieren, erscheint mir aber ebenfalls unbestreitbar.“⁹³

Dr. Alfred Uhl, Abteilungsleiter Stv. des Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich, Wien

Die Aufnahme der Internet Gaming Disorder (IGD) in das DSM-5 bzw. generell die Anerkennung einer solchen Störung als Sucht ist nicht unumstritten. Die vorgebrachten Argumente entsprechen dabei zum Teil denen der Kritik an Verhaltenssüchten im Allgemeinen, zum Teil beziehen sie sich spezifisch auf die IGD (Király et al. 2015:255).

Kritik an der IGD-Diagnose

Die Auffassung von IGD als Sucht, so lautet ein Argument, spricht den Betroffenen die Selbstwirksamkeit ab und erschwert den Heilungsprozess, weil ihnen durch das Suchtmodell suggeriert wird, sie hätten keine Kontrolle über ihr Verhalten. Eine weitere Kritik bezieht sich auf die Folgen, die die Aufnahme von IGD als Forschungsdiagnose in das DSM-5 hat. Die dort vorgeschlagenen Kriterien werden häufig von der Forschung als „wahre“ Kriterien der IGD übernommen und in der Folge bloß affirmative Forschung dazu durchgeführt. Alternative Kriterien oder alternative Modelle der Störung werden so gar nicht erst vorgeschlagen und untersucht.

Auch die Kriterien selbst werden kritisiert. Das Pathologisieren der gedanklichen Eingenommenheit von Videospielen zum Beispiel ist

⁹³ Vgl. Uhl und Kobra (2012).

**Der Vergleich mit
substanz-
bezogenen
Störungen und
mit der
Glücksspielsucht
ist umstritten**

möglicherweise unangemessen angesichts der Tatsache, dass Videospiele eine der populärsten Freizeitbeschäftigungen unter jungen Menschen sind. Das unterscheidet Videospiele sehr deutlich von Glücksspiel oder dem Konsum harter Drogen, mit dem nur eine kleine Minderheit ihre Freizeit verbringt (Király et al. 2015: 255).

Der Vergleich mit dem Glücksspiel bzw. der Glücksspielsucht, an dem sich die Formulierung der Kriterien der IGD orientierten, ruft ebenfalls Widerspruch hervor. Gray (2012) weist auf das förderliche Potential von Videospielen für Kognition und soziales Miteinander hin. Während die meisten Glücksspiele, insbesondere die, nach denen Betroffene süchtig werden, ziemlich stumpfsinnig sind und nur auf dem Zufall basieren, erfordern Videospiele Fertigkeiten, um erfolgreich gespielt zu werden. Sie sind eher mit Schach als mit Glücksspiel zu vergleichen. Belohnungen sind nicht zufällig, sondern verdient. Sie sind reine „In-Game Auszeichnungen“, die Meisterschaft signalisieren.

„Computerspielsucht“, „pathologischer Mediengebrauch“, „Online-Sucht“, „Gaming“ stellen nach meiner Erfahrung und Auffassung zumeist Anpassungsstörungen dar. Es gibt allerdings eindeutige Verläufe, die den Charakter einer Sucht haben.“

Dr. Dieter Geyer, Präsident der Deutschen Suchtmedizinischen Gesellschaft

Im Zusammenhang mit der Aufnahme der Gaming Disorder in die ICD-11 sprechen sich Aarseth et al. (2017: 268) entschieden dagegen aus, eine solche Diagnose aufzunehmen. Zwar sehen sie es auch als erforderlich an, problematischen Videospielegebrauch die volle Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Auch nehmen sie die ernstesten Konsequenzen zur Kenntnis, die manche Videospieler zu tragen haben, dadurch dass sie zu viel Zeit mit Videospielen verbringen. Jedoch sehen sie es als völlig unklar an, ob diese Probleme einer neuen Störung zugeschrieben werden können oder sollen. Der Vorschlag einer formalen Diagnose und Kriterien aufzustellen, sei voreilig. Erstens, so die Kritiker, fehle eine qualitätsvolle empirische Basis, nicht einmal ein Konsens unter Wissenschaftlern sei gegeben. Zweitens lehnen sich die Kriterien selbst viel zu stark an denen der Substanzstörungen und der Glücksspielsucht an. Drittens ist unklar, welche Symptome bei Betroffenen zu erwarten sind. Die Diagnose IGD führt außerdem zu einem unangemessenen Alarmismus bezüglich der Gefahren von Videospielen, und zu einer Stigmatisierung der großen gesunden Mehrheit der Videospieler.

Ein besonderer Aspekt von Videospielen, der in jüngster Zeit verstärkt Beachtung findet und der die Grenze zwischen Videospiel und Glücksspiel verwischt, sind so genannte Loot Boxen, die mit echtem Geld bezahlt werden. Dabei handelt es sich um virtuelle Kisten, Truhen oder andere Container mit einem zufälligen Inhalt, den der Spieler erst nach dem Kauf sieht. Beim Inhalt handelt es sich beispielsweise um Waffen, Rüstungen oder Ausrüstungsgegenstände. Diese können rein optischer Natur und ohne Bedeutung für die Spielmechanik sein oder aber den Erfolg im Spiel erleichtern. In manchen Fällen sind sie sogar für den Erfolg im Spiel unentbehrlich.

Die Gemeinsamkeit zwischen Loot Boxen und Glücksspiel ist, dass in der Hoffnung auf eine wertvolle Belohnung (echtes) Geld auf ein zukünftiges Ereignis gesetzt wird, dessen Ausgang mindestens teilweise vom Zufall abhängt. Das Eindringen von Elementen des Glücksspiels in Videospiele durch Loot Boxen hat bereits zu regulatorischen Eingriffen in verschiedenen Ländern, darunter Belgien und den Niederlanden geführt (Zendle und Cairns 2018: 1).

**„Loot Boxen“
verwischen die
Grenze von
Video- und
Glücksspiel**

4.7.1 Definition und Kriterien der Internet Gaming Disorder (IGD)

Wer unter einer Internet Gaming Disorder leidet, spielt zwanghaft, unter Vernachlässigung anderer Interessen mit der Folge von klinisch relevanten Beeinträchtigungen und Leiden (American Psychiatric Association 2013b:1). Die genauen Kriterien, von denen mindestens fünf für die Diagnose vorliegen müssen, sind in Tabelle 30 dargestellt.

Die Störung kann leicht, mittelgradig oder schwer ausgeprägt sein. Betroffene mit einer weniger schweren Störung durch das Spielen von Videospielen zeigen weniger Symptome und sind weniger in ihrer Lebensführung beeinträchtigt. Die Betroffenen mit einer schweren Störung durch das Spielen von Internetspielen verbringen mehr Zeit am Computer und erleben deutlichere Beeinträchtigungen in Beziehungen oder bezüglich Karriere- und Ausbildungsmöglichkeiten. Videospiele sind von Glücksspielen abzugrenzen – nur Videospiele, die keine Glücksspiele sind, werden diesem Störungsbild zugeordnet.

Trotz der Bezeichnung Internet-Gaming (Internetspiele) sind ausdrücklich auch Videospiele eingeschlossen, die nicht online gespielt werden. Die Bezeichnung wurde dennoch gewählt, weil die Evidenz zu online gespielten Videospielen deutlich besser ist als die zu offline gespielten (APA 2013: 796; Király et al. 2015: 256).

**IGD: zwanghaftes
Spielen, Vernach-
lässigung
anderer
Interessen,
klinisch relevante
Beeinträchti-
gungen und
Leiden**

**Die Diagnose IGD
bezieht sich auch
auf nicht online
gespielte
Videospiele**

Tabelle 30: Kriterien des DSM-5 einer Störung durch Spielen von Internetspielen

-
1. Übermäßige Beschäftigung mit Internetspielen (Der Betroffene denkt über vorhergehende Spielaktivitäten nach oder beabsichtigt, das nächste Spiel zu spielen; das Spielen von Internetspielen wird zur Haupttätigkeit des Tages.) Beachte: Diese Störung ist von Glücksspiel im Internet zu unterscheiden, das der Diagnose pathologisches Glücksspiel zuzuordnen ist.
 2. Entzugssymptomatik, wenn das Spielen von Internetspielen wegfällt. (Die Symptome werden typischerweise als Reizbarkeit, Ängstlichkeit oder Traurigkeit beschrieben, es finden sich jedoch keine körperlichen Zeichen eines pharmakologischen Entzugssymptoms.)
 3. Toleranzentwicklung – das Bedürfnis, zunehmend mehr Zeit mit dem Spielen von Internetspielen zu verbringen.
 4. Erfolgreiche Versuche, die Teilnahme an Internetspielen zu kontrollieren.
 5. Interessenverlust an früheren Hobbys und Freizeitbeschäftigungen als Ergebnis und mit Ausnahme des Spielens von Internetspielen.
 6. Fortgeführtes exzessives Spielen von Internetspielen trotz der Einsicht in die psychosozialen Folgen.
 7. Täuschen von Familienangehörigen, Therapeuten und anderen bezüglich des Umfangs des Spielens von Internetspielen.
 8. Nutzen von Internetspielen, um einer negativen Stimmungslage zu entfliehen oder sie abzuschwächen (z. B. Gefühl der Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Ängstlichkeit).
 9. Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, der Arbeitsstelle oder Ausbildungs-/Karrieremöglichkeit aufgrund der Teilnahme an Internetspielen.
-

Quelle: DSM-5, dt. Fassung (Falkai et al. 2015: 1088f).

4.7.2 Nutzung von Videospielen durch Beschäftigte

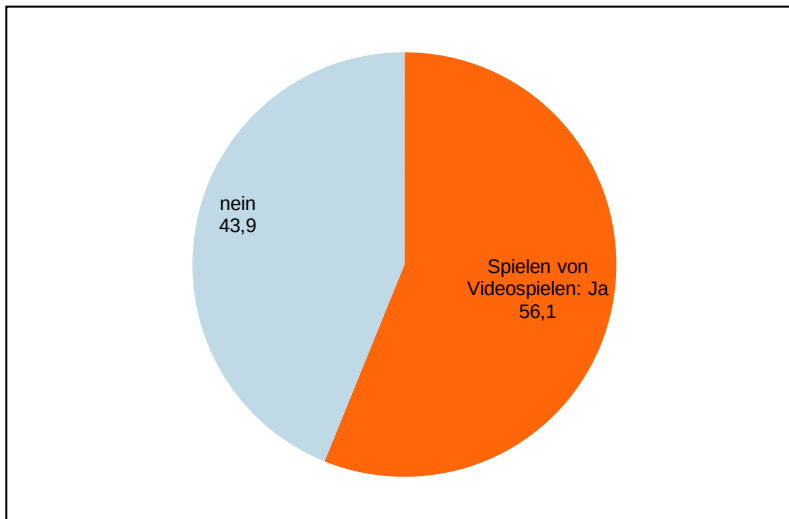
Analog zum Aufbau der Abschnitte zur Tabak-, zu Alkohol- und zur Social-Media-Sucht soll hier zunächst dargestellt werden, in welchem Umfang Beschäftigte Videospiele spielen (Abbildung 6)

56 Prozent spielen (mindestens „manchmal“) Videospiele auf dem Computer, dem Handy oder Tablet oder der Spielekonsole. 44 Prozent spielen demnach niemals Videospiele.

Um die Abgrenzung zu Glücksspielen sicherzustellen, die auch am Computer oder mobilen Endgeräten gespielt werden können, wurde gefragt, welches Spiel die Befragten in den letzten 12 Monaten am häufigsten und am zweithäufigsten gespielt haben. Die Liste dieser Nennungen enthält keine Glücksspiele, sondern definitionentsprechende PC- und Konsolenspiele sowie Casual Games für Handy und Tablet.

56 Prozent der Befragten spielen zumindest gelegentlich

Abbildung 110: Beschäftigte nach Nutzung von Videospielen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. Fragewortlaut: „Spielen Sie manchmal Videospiele?“⁹⁴ N=5.603.

„Die Bedeutung der Abhängigkeit von sozialen Medien und der Computerspielesucht nimmt wahrscheinlich zu – aufgrund zunehmender sozialer- und Chancenungleichheit (wachsende gesellschaftliche Spannungen infolge sozialer Ungleichheiten).

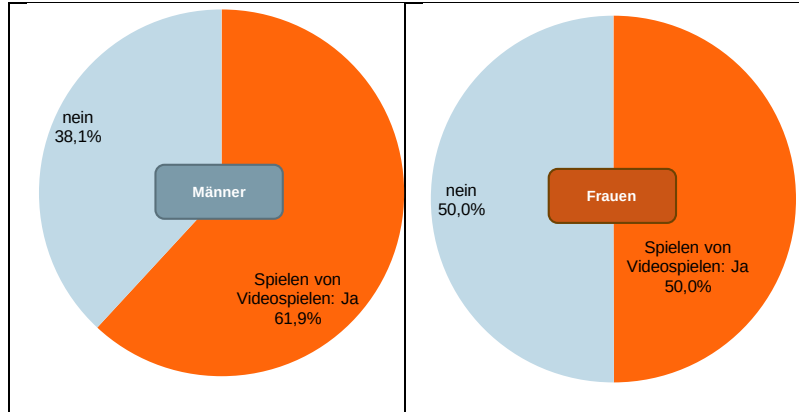
Bisher sind sie noch nicht mit den Dimensionen der stoffgebundenen Süchten vergleichbar, aber zunehmend bedeutsam in Kombination mit stoffgebundenen Süchten“

Dr. Thomas Kuhlmann, Chefarzt der psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach, Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen

⁹⁴ Der Frage wurde zusätzlich die Erläuterung beigelegt: „Damit sind Spiele gemeint, die auf dem Computer, Handy bzw. Smartphone, Tablet oder auf der Spielekonsole gespielt werden.“

Beide Geschlechter spielen zu einem großen Anteil Videospiele, Männer mit 62 Prozent häufiger als Frauen mit 50 Prozent (Abbildung 111).

Abbildung 111: Beschäftigte nach Geschlecht und Nutzung von Videospielen⁹⁵



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N (Männer/Frauen) = 2.904/2.699.

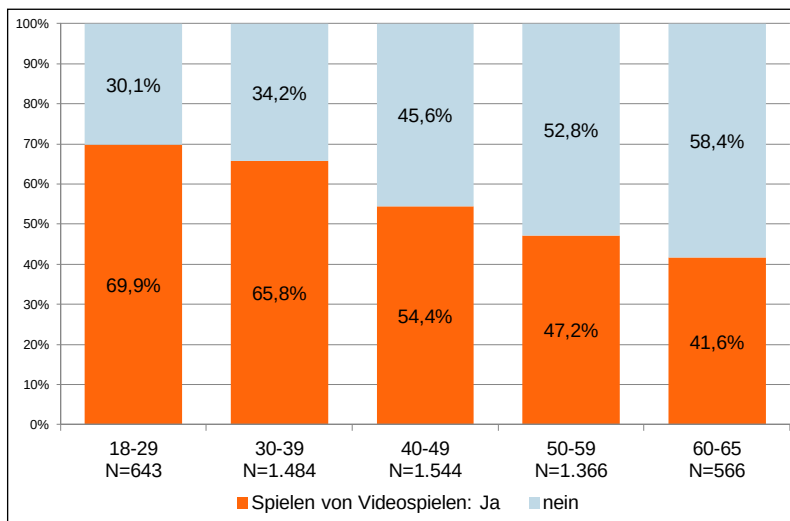
Je jünger die Beschäftigten sind, umso wahrscheinlicher spielen sie Videospiele

Je jünger die Beschäftigten sind, umso wahrscheinlicher spielen sie Videospiele. Die jüngste Altersgruppe (die 18- bis 29-Jährigen) spielen zu 70 Prozent, die älteste Altersgruppe (die 60- bis 65-Jährigen) spielen nur zu 42 Prozent (Abbildung 112).

Der Altersgang der Videospieldnutzung ist bei den Männern sehr stark ausgeprägt (Abbildung 113). Die Analyse zeigt gleichzeitig, dass unter den jüngeren männlichen Erwerbstätigen Videospiele sehr verbreitet sind: 85 Prozent der unter-30-Jährigen und 77 Prozent der 30- bis 39-Jährigen spielen wenigstens hin und wieder.

Die weiblichen Beschäftigten dagegen spielen in jedem Alter in etwa zu gleich großen Anteilen – etwas mehr als die Hälfte bei den unter-40-Jährigen, etwas weniger als die Hälfte bei den über 40-Jährigen.

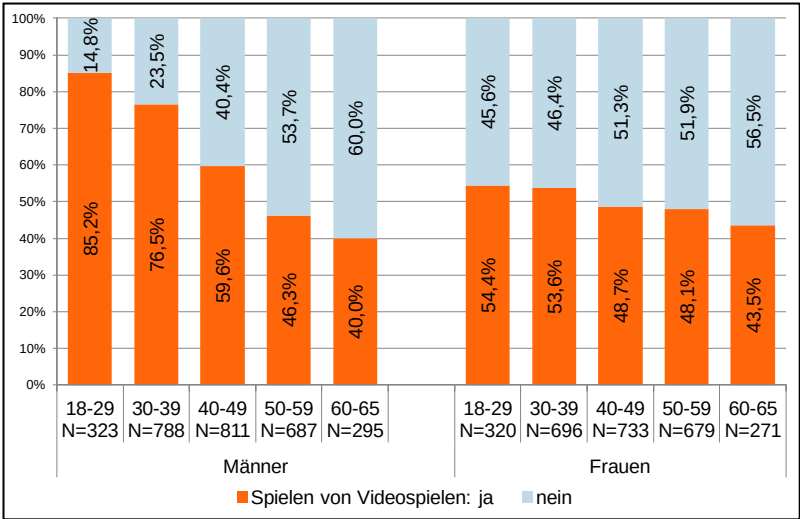
⁹⁵ Die gezeigten Geschlechterunterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=80,931$, $p=0,000$).

Abbildung 112: Beschäftigte nach Alter und Nutzung von Videospielen⁹⁶

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

⁹⁶ Scheffé-Prozedur: Die Videospiele-Nutzung hängt signifikant mit dem Alter zusammen.

Abbildung 113: Beschäftigte nach Alter, Geschlecht und Nutzung von Videospielen⁹⁷



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

4.7.3 Prävalenz der Abhängigkeit von Videospielen⁹⁸

„Betroffene der Computerspielesucht werden typischerweise so in der Klinik vorstellig: lange Spieldauer von mehr als 10 Stunden pro Tag, Verlust sozialer Kontakte, Arbeitsplatzverlust (häufig aufgrund von Fehlzeiten). Daraus folgen häufig Depressionen, Schlafstörungen und Suchtmittelkonsum.“

Prof. Dr. Thomas Hillemacher, Leiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität

5,7 Prozent der 12- bis 25-Jährigen in Deutschland zeigen eine „Internet Gaming Disorder“ (IGD)

Unter den 12- bis 25-Jährigen in Deutschland zeigt etwa jeder Achtzehnte einen gestörten Gebrauch von Computerspielen (genauer: leidet unter einer Internet Gaming Disorder, worunter auch die Abhängigkeit fällt). Bei Jungen bzw. Männern in dieser Altersgruppe zeigt sich sogar eine Prävalenz von 8 Prozent – dementsprechend weniger (3 Prozent) bei Mädchen bzw. Frauen (Wartberg et al. 2017: 424).

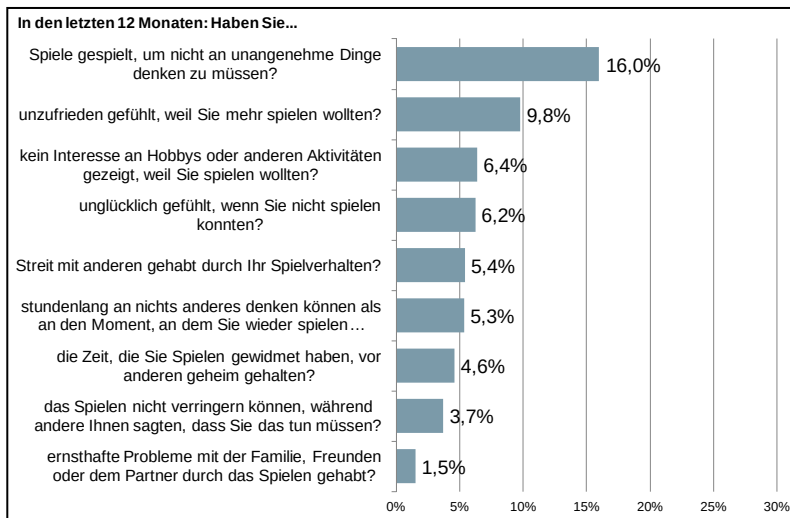
⁹⁷ Scheffé-Prozedur: Der Zusammenhang von Videospielenutzung mit dem Alter ist signifikant nur unter den Männern.

⁹⁸ Zur Methodik der Beschäftigtenbefragung, zur Soziodemografie der Stichprobe und zu Hinweisen zur Darstellung der Ergebnisse vergleiche Abschnitt 4.1.3.

Das von Wartberg et al. eingesetzte Instrument zur Erfassung der IGD wurde auch in dieser Studie eingesetzt. Die Internet Gaming Disorder Scale (IGDS) legt die Kriterien des DSM-5 zugrunde und fragt sie als „trifft-zu“/„trifft nicht zu“-Fragen ab. Wer fünf oder mehr der Kriterien erfüllt, erhält die Screening-Diagnose IGD (Für eine Validierungsstudie vgl. Lemmens et al. (2015)).

Die einzelnen Fragen und der Anteil der Beschäftigten, der diese Fragen mit „trifft-zu“ beantwortet hat, sind in Abbildung 114 ausgewiesen. Alle Fragen beziehen sich auf die letzten 12 Monate. Demnach nutzten 16 Prozent der Nutzer von Videospielen diese (auch), um nicht an unangenehme Dinge denken zu müssen. 10 Prozent fühlten sich unzufrieden, weil sie mehr spielen wollten. 6 Prozent geben an, kein Interesse an Hobbies oder anderen Aktivitäten gezeigt zu haben, weil sie spielen wollten. 6 Prozent unglücklich gefühlt, wenn Sie nicht spielen konnten? 5,4% Streit mit anderen gehabt durch Ihr Spielverhalten? 5,3% stundenlang an nichts anderes denken können als an den Moment, an dem Sie wieder spielen... 4,6% die Zeit, die Sie Spielen gewidmet haben, vor anderen geheim gehalten? 3,7% das Spielen nicht verringern können, während andere Ihnen sagten, dass Sie das tun müssen? 1,5% ernsthafte Probleme mit der Familie, Freunden oder dem Partner durch das Spielen gehabt?

Abbildung 114: Internet Gaming Disorder Scale: Anteil der „trifft zu“-Antworten auf die Items der Skala



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten, die Videospiele spielen. N=3.033–3.136.⁹⁹

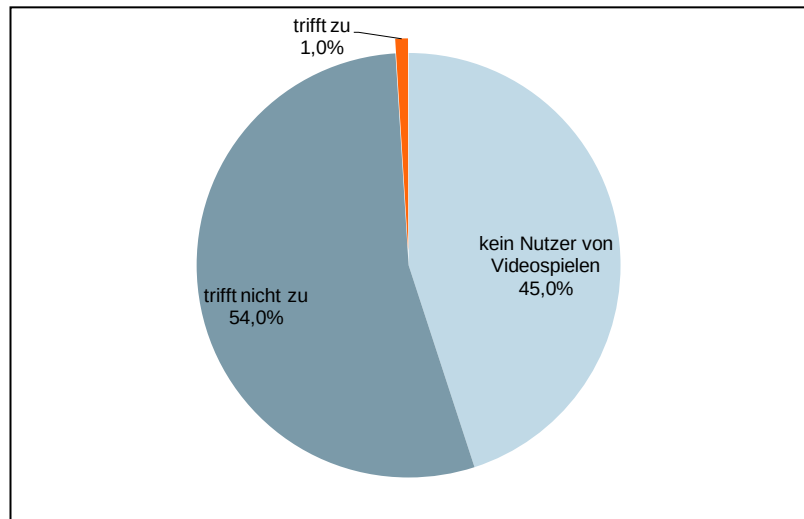
Keine dieser Fragen bzw. Aussagen deutet für sich alleine auf eine IGD hin. Vielmehr müssen gemäß DSM-5 und Lemmens et al. (2015) fünf Kriterien erfüllt sein, um von einem Vorliegen einer IGD auszugehen.

⁹⁹ Das Item „Spiele gespielt, um nicht an unangenehme Dinge denken zu müssen“, wurde aus technischen Gründen nur einem Teil der Befragten vorgelegt (N=511). Für die Internet Gaming Disorder Scale wurden die fehlenden Werte dieses Items auf Basis der anderen 8 Items imputiert (N für Item mit imputierten Werten: 3.033).

**12-Monats-
prävalenz der
Internet-Gaming-
Disorder:
1,0 Prozent**

Wie groß der Anteil der Beschäftigten ist, auf den diese Screening-Diagnose zutrifft, zeigt Abbildung 115. Für 1,0 Prozent ermittelt die IGDS eine Internet Gaming Disorder, also einen schädlichen oder abhängigen Gebrauch von (Online-)Videospielen. Dabei handelt es sich um die 12-Monats-Prävalenz. Im Vergleich zu den durch Wartberg et al. (2017) ermittelten Prävalenzen für die Population der 12- bis 25-Jährigen fällt die Prävalenz der IGD in der Gruppe der 18- bis 65-Jährigen Beschäftigten sehr gering aus. Dies ist erstens zu erwarten, weil in der Studie von Wartberg eine mit dem Alter abnehmende IGD-Prävalenz berichtet wird. Zweitens ist davon auszugehen, dass Betroffene mit einer schweren IGD den Eintritt ins Erwerbsleben oft nicht schaffen, sodass sich unter Erwerbstätigen entsprechend weniger Betroffene finden.

Abbildung 115: Anteil Beschäftigter mit Screening-Diagnose Internet Gaming Disorder



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N=5.489.

**Männer sind zu
deutlich höheren
Anteilen als
Frauen von IGD
betroffen**

Männer sind zu deutlich höheren Anteilen als Frauen von IGD betroffen: 1,3 Prozent der Männer, aber lediglich 0,7 Prozent der Frauen haben einen gestörten Videospielegebrauch (Abbildung 116) ¹⁰⁰.

„Natürlich gibt es Fälle von Computerspielesucht auch unter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, diese sind aber eher selten.“

¹⁰⁰ Der Chi-Quadrat Test zeigt einen signifikanten Unterschied: Chi-Quadrat: 5,4, df=1, p=0,020.

Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer, Direktor der Salus Klinik Lindow

„Auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind erheblich von Computerspielesucht betroffen. Bei ihnen führt sie zu einer Reduktion der Real-Arbeitszeit, zusätzlich zu Bewegungsmangel und Fehlernährung. Schlafmangel führt zu verminderter Arbeitsleistung.“

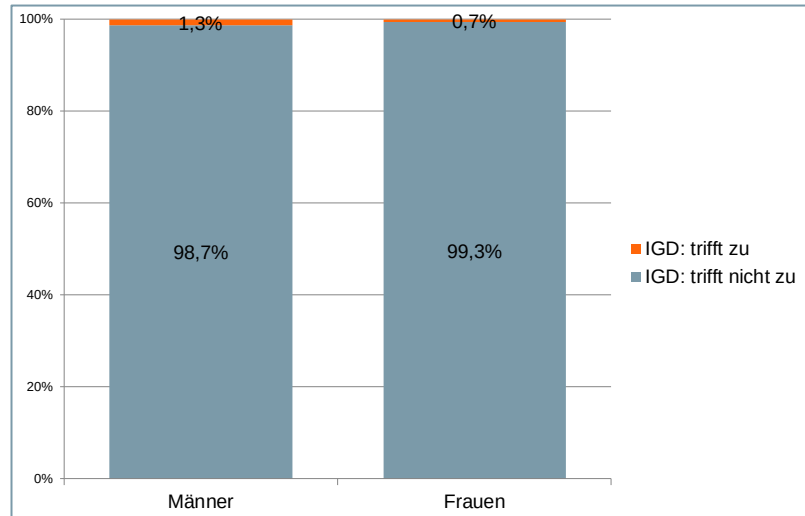
Stephan Walcher, Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

„Was die Anerkennung von Computerspielesucht und der Abhängigkeit von sozialen Medien angeht, bin ich teilweise skeptisch und sehe eine Pathologisierungsgefahr. Meine Erfahrung zeigt, dass die Anzahl der klinisch Erkrankten nicht so hoch ist wie die Medien verbreiten. Ich benutze eher die Begriffe PIU (problematical internet using) und POG (problematical online gaming). Davon ist eine breite Schicht der Bevölkerung betroffen.“

Ich halte mehr von Prävention, Psychoedukation, Information in Schulen und für Erwachsene“

Dr. Maria-Csilla Békés, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie am medizinischen Zentrum Geissberg, Zürich

Abbildung 116: Anteil Beschäftigter mit Screening-Diagnose Internet Gaming Disorder nach Geschlecht¹⁰¹



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte. N (Männer/Frauen) = 2.837/2.652.

4.7.4 Folgen von Internet Gaming Disorder für die Arbeitswelt

Sind Videospiele auch am Arbeitsplatz präsent? Oder hat – mit anderen Worten – die Videospieldnutzung Folgen für Arbeitsleistung oder gar die Arbeitsfähigkeit?

Mögliche Folgen des Spielens für Arbeitsleistung und Wohlbefinden

Um diese Fragen zu bearbeiten, wurden folgende Vorüberlegungen angestellt: Es ist denkbar, dass Beschäftigte am Arbeitsplatz Videospiele spielen. Die wenigsten dürften zwar die technischen Möglichkeiten haben, moderne PC-Spiele mit ihren hohen Hardware-Anforderungen zu spielen. Jedoch lassen sich Videospiele auch mit dem Smartphone oder – im Falle von einfachen Casual Games – auch am Arbeitsplatzrechner spielen.

Gedankliche Eingenommenheit von Videospiele könnte ebenfalls eine Rolle am Arbeitsplatz spielen, derart, dass Spieler sich gedanklich mit dem zuletzt gespielten Spiel oder der nächsten Gelegenheit, zu spielen, beschäftigen. Denkbar und prinzipiell an vielen Arbeitsplätzen mögliche Ablenkung wäre das Lesen (und ggf. auch Schreiben) zu Videospiele, sei es in Foren, Online-Computerspielmagazinen oder in Wikis, die es zu vielen Spielen gibt. Um sich auf diese Weise mit Videospiele zu beschäftigen bedarf es nur eines Browsers, sei es am Smartphone oder am Arbeitsplatzrechner. Ähnlich der Austausch mit anderen Spielern –

¹⁰¹ Der Unterschied ist signifikant (Chi-Quadrat Test mit $\alpha=5\%$: $\chi^2=5,400$, $p=0,020$)

bei vielen Spielen schließen sich Spieler zu Gruppen zusammen und verabreden sich oder koordinieren sich zu anderweitigen Aspekten des Spiels.

Vor dem Hintergrund der in Fallbeschreibungen immer wieder genannten Gefahr des Schlafmangels war eine weitere Hypothese für die Beschäftigtenbefragung, dass die Beschäftigung mit Videospielen dazu führt, dass Beschäftigte zu spät zur Arbeit kommen. Auch bei Spielern ohne IGD dürfte es vorkommen, dass sie durch die Sogwirkung eines Spiels später zu Bett gehen, als es ihrem Schlafbedürfnis entspricht. Ein früherer Feierabend könnte umgekehrt dadurch verursacht werden, dass man wegen Schlafmangel nicht leistungsfähig ist oder sich zum Spielen verabredet hat. Im äußersten Falle könnte es – so die Vorüberlegungen – auch dazu kommen, dass jemand gar nicht zur Arbeit geht und hierfür eine Krankmeldung einreicht.

„Bei der Frage, inwieweit auch Erwerbstätige von Computerspielesucht betroffen sind, ist zu beachten, dass die häufigsten Problemspiele (von World of Warcraft über League of Legends bis Fortnite) im Arbeitsumfeld nicht nutzbar sein dürften. Casual Games allerdings schon, damit könnte Arbeitszeit verschwendet werden.“

Dr. Kay Uwe Petersen, Sektion Suchtforschung an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

Die beschriebenen Hypothesen zu möglichen Folgen der Computerspielenutzung bestätigen sich kaum, wie die Analyse in Abbildung 117 zeigt: 3 Prozent geben an, dass sie innerhalb der letzten drei Monate abgelenkt oder unkonzentriert waren, weil sie gedanklich von Videospielen eingenommen waren. Beschäftigte sind fast nicht abgelenkt oder unkonzentriert durch das Lesen oder Schreiben über Videospiele, ebenso wenig dadurch, dass sie sich mit anderen über das Spielen austauschen. Kaum jemand kommt wegen Videospielen zu spät zur Arbeit oder macht früher Schluss und Videospiele spielen keine Rolle bei einer Krankmeldung.

Allerdings spielen 7 Prozent während der Arbeitszeit.

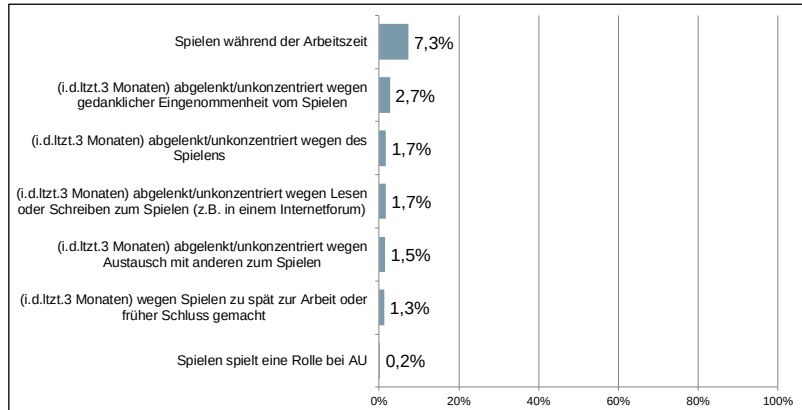
Die Analysen zu den möglichen Folgen von Videospielenutzung am Arbeitsplatz sind in Abbildung 118 getrennt nach Videospielenutzern einerseits und IGD-Betroffenen andererseits dargestellt. Die beschriebenen Folgen der Videospielenutzung kommen bei den Nutzern von Videospielen häufiger vor als unter den Beschäftigten insgesamt, wie sie in Abbildung 117 dargestellt sind, die ja auch Beschäftigte umfassen, die keine Videospiele spielen. Die meisten

**Videospiele-
nutzung hat (fast)
keine Folgen am
Arbeitsplatz**

**7 Prozent der
Beschäftigten
spielen
Videospiele
während der
Arbeitszeit**

dieser Folgen kommen aber auch in der Gruppe der (nicht-IGD-betroffenen) Videospieler nur selten vor.

Abbildung 117: Aspekte der Nutzung und Folgen von Videospielen für die Arbeitswelt



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N=5.598–5.614.

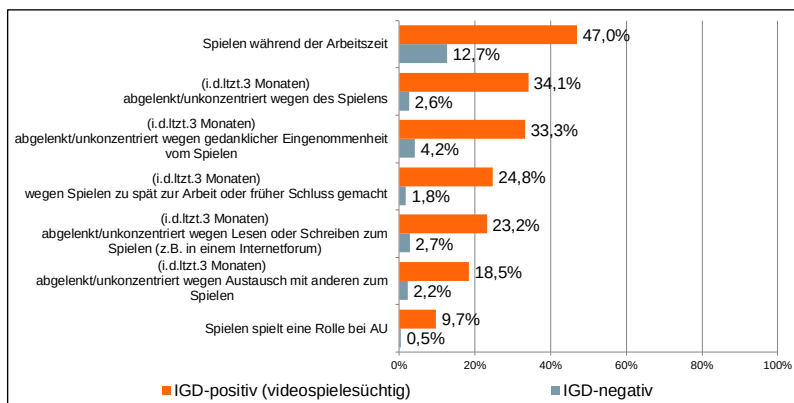
„Zur Bedeutung der Computerspielesucht und der Abhängigkeit von sozialen Medien ist zu sagen: Rauchen, Alkohol und Medikamente sind immer noch die Big Three, auf die sich die Prävention und Frühintervention am Arbeitsplatz konzentrieren sollten. Alles andere sind Spezialfälle: Im Einzelfall tragisch, aber eben selten.“

Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer, Direktor der Salus Klinik Lindow

Bei IGD-Betroffenen zeigen sich Folgen der Videospielenutzung deutlich

In der Gruppe der IGD-Betroffenen zeigen sich die Folgen der Videospielenutzung am Arbeitsplatz deutlich häufiger: Fast die Hälfte dieser Gruppe spielt auch während der Arbeitszeit. Ein größerer Teil ist am Arbeitsplatz unkonzentriert oder abgelenkt, wegen des Spielens (34 Prozent), wegen gedanklicher Eingenommenheit (33 Prozent), und/oder wegen des Lesens und Schreibens zu Spielen (23 Prozent). Ein Viertel der Videospieler mit einem gestörten Gebrauch ist in den letzten drei Monaten wegen des Spielens zu spät zur Arbeit gekommen oder hat früher Schluss gemacht. In dieser Gruppe spielt sogar die Videospielenutzung eine Rolle bei einer oder mehrerer Krankmeldungen: 10 Prozent geben dies an. Zu beachten ist, dass die Gruppe der IGD-Betroffenen sehr klein ist und die Ergebnisse daher mit einer größeren Unsicherheit behaftet sind.

Abbildung 118: Aspekte der Nutzung und Folgen von Videospielen für die Arbeitswelt bei Videospielern und IGD-Betroffenen im Vergleich



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten, die Videospiele spielen. N (IGD-negativ/IGD-positiv) = 2.960–2.966/54.¹⁰²

4.8 Zusammenfassung und Fazit

Der Schwerpunkt des DAK-Gesundheitsreports 2019 geht der Frage nach, welche Rolle gefährlicher und abhängiger Gebrauch von Substanzen in der Arbeitswelt spielt. Die Konzentration liegt dabei auf den Substanzen Alkohol und Tabak bzw. Nikotin. Zwei weitere „Gebrauchsstörungen“ aus dem Bereich der Online-Aktivitäten werden darüber hinaus thematisiert: Die so genannte Social Media Disorder (die man mit Gebrauchsstörung sozialer Medien übersetzen könnte) und die Internet Gaming Disorder (die sich auch auf nicht online gespielte Videospiele bezieht und die man mit Videospielegebrauchsstörung übersetzen könnte).

Beide Gebrauchsstörungen fassen – analog zu den Substanzstörungen im DSM-5 – den gefährlichen Gebrauch von sozialen Medien bzw. von Computerspielen mit einer Abhängigkeit von sozialen Medien bzw. Computerspielen zusammen.

1. Die Substanzstörungen (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ICD-10: F10 bis F19) verursachten im Jahr 2017 9,3 Fehltage je 100 Versichertenjahre. Sie machen damit einen Anteil am Krankenstand von 0,62 Prozent aus. Legt man alle Fehltage mit

Welche Rolle spielen Substanzstörungen, darunter Sucht, in der Arbeitswelt

¹⁰² Ausnahme: Das Item „Spielen spielt eine Rolle bei AU“ hat ein geringeres N, weil Befragte ohne Krankenschreibung in den letzten 12 Monaten ausgeschlossen sind. N (IGD-negativ/IGD-positiv) = 1.691/37. Alle Unterschiede sind im Chi-Quadrat-Test statistisch signifikant ($p=0,000$).

einer psychischen Erkrankung als Basis zugrunde, beträgt der Fehltag-Anteil der Substanzstörungen daran 3,7 Prozent.

2. Die Analysen des Reports zeigen weiter, dass die Fehltag, die gemäß ärztlicher Krankschreibung den Substanzstörungen zugeschrieben werden, nur die Spitze des Eisbergs sind. Tatsächlich gehen mit Substanzstörungen deutlich mehr Fehltag einher: Vergleicht man Versicherte, die in ihren Daten einen Hinweis auf eine Substanzstörung haben mit Versicherten, die keinen solchen Hinweis zeigen, so hat die erste Gruppe ein deutlich größeres Fehltagvolumen von 2.771 gegenüber 1.388 Fehltagen je 100 Versichertenjahre. Diese (erste) Gruppe ist also ausgesprochen multimorbid und im gesamten Krankheitsspektrum auffällig. Die Querschnittsbetrachtung, die hier erfolgte, erlaubt es jedoch nicht, die Substanzstörung als Ursache dieser Multimorbidität anzusehen. Vielmehr kann sie ebenso selbst Ausdruck dieser Multimorbidität sein.

Die Prävalenzstudien, die auf Basis einer Beschäftigtenbefragung von 5.614 Befragten durchgeführt wurden, zeigen die folgende Verbreitung der untersuchten Substanz- bzw. Gebrauchsstörungen:

1. 16 Prozent der befragten Beschäftigten sind tabakabhängig (Punktprävalenz) (Bezogen nur auf die Raucher: 32 Prozent leicht, 32 Prozent mittelgradig und 17 Prozent schwer tabakabhängig).
2. 1,7 Prozent der befragten Beschäftigten sind abhängig von der E-Zigarette, die meisten davon zeigen einen geringen Grade der Abhängigkeit (Punktprävalenz). Bezogen nur auf die E-Zigarettenverwender: 30 Prozent leicht, 14 Prozent mittelgradig und 0,2 Prozent stark abhängig von der E-Zigarette.
3. Als nikotinabhängig gelten Beschäftigte dann, wenn sie abhängig von der Zigarette (tabakabhängig) und/oder von der E-Zigarette sind. 17 Prozent der Beschäftigten sind nikotinabhängig (Punktprävalenz). Dieser Anteil ist kaum größer als der Anteil der Tabakabhängigen, weil sich die Gruppe der Raucher und der E-Zigarettenverwender stark überschneiden.
4. Die Punktprävalenz der Alkoholgebrauchsstörung beträgt 1,3 Prozent. Sie setzt sich zusammen aus 0,9 Prozent Prävalenz des schädlichen Alkoholgebrauchs und 0,4 Prozent der Alkoholabhängigkeit.
5. Die in Diskussion stehenden neuen Süchte bzw. Störungen Internet Gaming Disorder und Social Media Disorder sind noch wenig erforscht und noch nicht vollumfänglich als Sucht

anerkannt. Die Instrumente, die es dazu gibt, weisen auf eine sehr geringe Verbreitung unter Erwerbstätigen hin:

6. Eine Gebrauchsstörung von sozialen Medien (Social Media Disorder) zeigen mit Bezug auf die letzten 12 Monate nur 0,4 Prozent (ein unbekannter Teil davon ist abhängig von Sozialen Medien) (12-Monats-Prävalenz)
7. Videospielegebrauchsstörung (Internet Gaming Disorder) zeigen mit Bezug auf die letzten 12 Monate 1,0 Prozent der Erwerbstätigen, ein unbekannter Teil davon ist abhängig von Computerspielen (12-Monats-Prävalenz).
8. Die meisten Gebrauchsstörungen bzw. Süchte betreffen Männer mehr als Frauen: Insbesondere von Alkoholgebrauchsstörung bzw. -sucht sind Männer mehr betroffen. Gleiches gilt für die Internet Gaming Disorder.

Die hier ermittelten vergleichsweise niedrigen Suchtprävalenzen mögen überraschend sein angesichts der Thematisierung von Sucht im Erwerbsleben an anderer Stelle. Hierbei ist aber zu beachten, dass vieles dafür spricht, dass Beschäftigte mit Substanzstörungen (darunter Abhängige) vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Die Erwerbstätigen sind somit eine weniger von Sucht betroffene Selektion aus der Allgemeinbevölkerung. Erwerbstätigkeit und Sucht sind wahrscheinlich nur bis zu einem gewissen Schweregrad der Sucht zu vereinbaren (mit Ausnahme der Tabak-Sucht). Ein Indiz dafür ist der ausgeprägte „Healthy Worker-Effekt“ des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens mit Ursache Substanzstörung, der stärker als bei anderen psychischen Erkrankungen ist. Ein Indiz ist auch die Rolle der Sucht bei den Erwerbsminderungsrenten. Auch in den Befragungsdaten zeigt sich, dass die Alkoholabhängigen (bzw. Gebrauchsgestörten) ihre Störung vermutlich noch einigermaßen im Griff haben (Die Mehrheit der Alkoholiker trinkt z. B. keinen Alkohol am Arbeitsplatz). Auf Basis der Analysen kann vermutet werden, dass die Abhängigen, die noch im Arbeitsleben stehen, einen vergleichsweise geringeren Schweregrad der Sucht aufweise. Bezüglich der vergleichsweise geringen Prävalenz der Internet Gaming Disorder kann vermutet werden, dass es die Videospielesüchtigen zu einem Teil gar nicht den Einstieg ins Erwerbsleben schaffen.

„Suchterkrankungen können Ursache krankheitsbedingter Fehltag sein. Von der Häufigkeit her dürfte die Alkoholabhängigkeit die größte Bedeutung haben. Manifeste Drogenabhängigkeit aber auch Computerspielabhängigkeit scheint mir mit einer regulären Arbeitstätigkeit nicht vereinbar“ (Dr. Kay Uwe Petersen, Sektion Suchtforschung an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen).

„In der betrieblichen Lebenswelt sollten alle Personen möglichst durch qualifizierte Konzepte der Suchtprävention und der Frühintervention geschult werden – insbesondere auch in der Selbst- und Fremdbeobachtung. Führungskräfte sollten entsprechende Angebote und Leistungen von Präventionsfachstellen nutzen und für den Betrieb regelhaft einkaufen.“

Conrad Tönsing, Geschäftsbereichsleitung Suchtprävention und Rehabilitation des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück e.V.

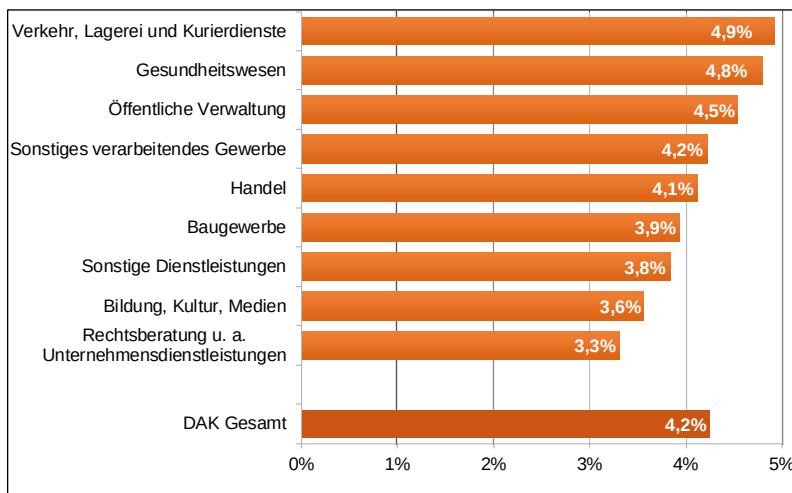
5. Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

Im fünften Kapitel wird die Krankenstandsentwicklung nach Branchen differenziert dargestellt. Grundlage der Auswertung ist die Zuordnung der Mitglieder der DAK-Gesundheit zu den Wirtschaftszweigen. Die Zuordnung nehmen die Arbeitgeber anhand des Schlüssels der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes vor.¹⁰³

Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von Mitgliedern der DAK-Gesundheit

Im Folgenden wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zunächst in den zehn Wirtschaftsgruppen, in denen besonders viele Mitglieder der DAK-Gesundheit beschäftigt sind, etwas detaillierter betrachtet (vgl. Abbildung 119). Abbildung 120 geht auf die übrigen Wirtschaftsgruppen ein.

Abbildung 119: Krankenstandswerte 2018 in den zehn Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

¹⁰³ Für die Auswertungen im Rahmen der DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüsselsystematik leicht verändert, um einige für die DAK-Gesundheit besonders charakteristische Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können.

**Branche
„Verkehr, Lagerei
und Kurier-
dienste“ an der
Spitze**

Die Branche „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ lag mit einem Krankenstandswert von 4,9 Prozent an der Spitze und somit eindeutig über dem Durchschnitt aller Branchen. Die Branchen „Gesundheitswesen“ und „Öffentliche Verwaltung“ folgen mit einem Krankenstand von 4,8 Prozent bzw. 4,5 Prozent auf den Plätzen zwei und drei. Unter dem Durchschnitt lagen die Branchen „Handel“ mit 4,1 Prozent sowie „Baugewerbe“ mit 3,9 Prozent, „Sonstige Dienstleistungen“ mit 3,8 Prozent. Am anderen Ende der Skala befinden sich die Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Rechtsberatung und andere Unternehmensdienstleistungen“ mit einem deutlich unterdurchschnittlichen Krankenstand in Höhe von jeweils 3,6 Prozent bzw. 3,3 Prozent.

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

- Verantwortlich für die hohen Ausfallzeiten in der Branche „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ ist vor allem die erhöhte Falldauer von durchschnittlich 13,9 Tagen pro Krankheitsfall. Die Fallhäufigkeit war mit 129,3 Fällen pro 100 VJ nur leicht erhöht gegenüber dem Gesamtdurchschnitt (122,7 Fälle pro 100 VJ).
- Die hohen Ausfallzeiten im „Gesundheitswesen“ sind ebenfalls auf eine überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit zurückzuführen: Je 100 ganzjährig Versicherter konnten 2018 126,4 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 13,8 Tage dauerten.

**DAK-BGW
Gesundheits-
report 2005 –
Stationäre
Krankenpflege
und im DAK-
BGW-
Gesundheits-
report 2006**

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

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

- In der „Öffentlichen Verwaltung“ beträgt die Fallhäufigkeit je 100 Versicherte 120,7 Erkrankungsfälle und liegt damit etwas unter dem Durchschnitt (122,7 AU-Fälle). Die Erkrankungsdauer lag in

der „Öffentlichen Verwaltung“ mit durchschnittlich 13,7 Tagen über dem Durchschnitt aller Branchen (12,6 Tage je AU-Fall).

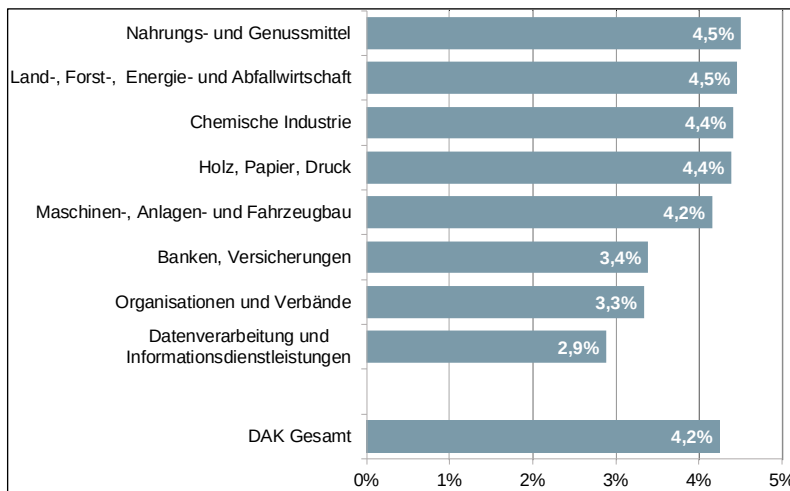
Der im Vergleich zur Privatwirtschaft hohe Krankenstand in den öffentlichen Verwaltungen wird in verschiedenen Studien zum Teil mit einem höheren Anteil an Schwerbehinderten im öffentlichen Sektor begründet.¹⁰⁴ Auch bieten öffentliche Verwaltungen gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbstätigen noch immer eher eine Beschäftigungsmöglichkeit als kleinbetrieblich strukturierte Branchen wie z. B. „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“.

Der niedrige Krankenstand in den Branchen „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ lässt sich zurückführen auf eine unterdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit sowie auch Erkrankungsdauer:

- 100 ganzjährig Beschäftigte im Wirtschaftszweig „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ waren 2018 nur 113,0 Mal arbeitsunfähig erkrankt. Eine Erkrankung dauerte hier im Durchschnitt nur 10,7 Tage.

Gründe für hohen Krankenstand in der öffentlichen Verwaltung

Abbildung 120: Krankenstandswerte 2018 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

Abbildung 120 zeigt die Krankenstände in den übrigen acht Wirtschaftsgruppen. Es zeigt sich, dass einige der Branchen, die dem verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen sind, wie z. B. „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“, auf dem DAK-Gesundheit-Durchschnitt liegende Krankenstandswerte aufweisen.

¹⁰⁴ Marstedt et al. (2002)

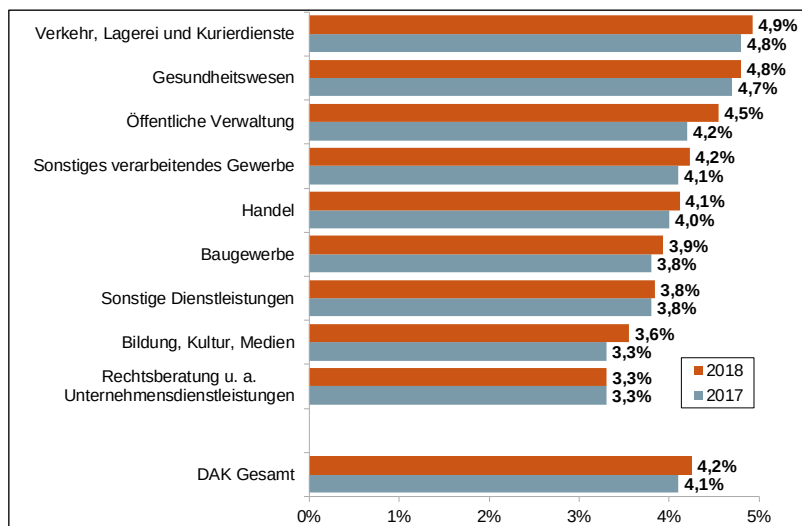
Einen besonders niedrigen Wert erzielte die Branche „Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen“, die über alle Branchen hinweg den niedrigsten Krankenstand aufweist.

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

In Abbildung 121 und Abbildung 122 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der Jahre 2017 und 2018 vergleichend gegenübergestellt.

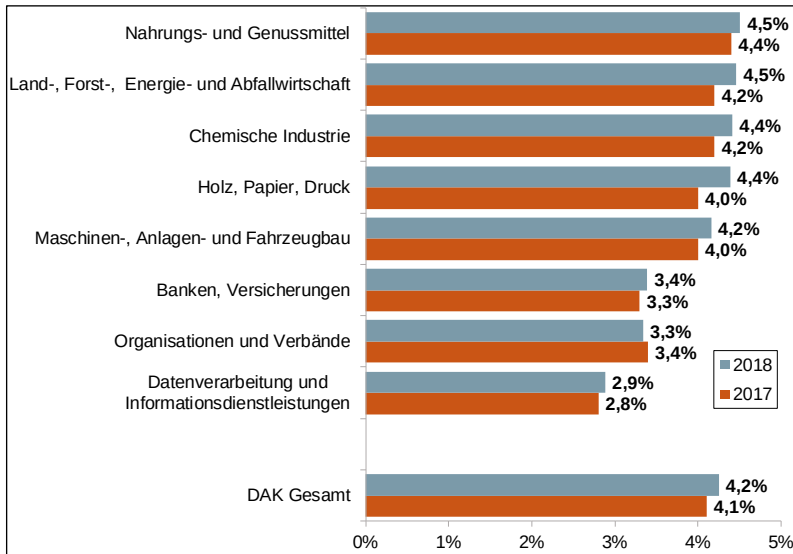
Es zeigt sich, dass die Krankenstände in allen Wirtschaftsgruppen um 0,1 bis 0,3 Prozentpunkte gestiegen sind.

Abbildung 121: Krankenstandswerte 2017–2018 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

Abbildung 122: Krankenstandswerte 2017–2018 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

Bei den sieben übrigen Wirtschaftsgruppen ist der Krankenstand ebenfalls in nahezu allen Wirtschaftsgruppen um 0,1 bis 0,4 Prozentpunkte gestiegen.

6. Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

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

Um Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Versicherten aufzuzeigen, werden neben Analysen für die einzelnen Bundesländer auch die Gesamtwerte für West- und Ostdeutschland ausgewiesen. Tabelle 31 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2018.

Tabelle 31: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2018

Bundesland	Kranken- stand	pro 100 Versichertenjahre		Ø Fall- dauer
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,7%	1.341,3	110,3	12,2
Bayern	3,7%	1.342,2	113,6	11,8
Berlin*	4,5%	1.651,2	123,0	13,4
Bremen	4,3%	1.566,0	115,1	13,6
Hamburg	3,8%	1.374,7	111,4	12,3
Hessen	4,3%	1.561,2	130,5	12,0
Niedersachsen	4,3%	1.553,4	121,8	12,7
Nordrhein-Westfalen	4,3%	1.553,6	119,0	13,1
Rheinland-Pfalz	4,5%	1.630,5	126,4	12,9
Saarland	5,0%	1.811,2	125,7	14,4
Schleswig-Holstein	4,1%	1.512,6	121,3	12,5
Westliche Bundesländer	4,1%	1.494,9	119,4	12,5
Brandenburg	5,4%	1.988,6	146,3	13,6
Mecklenburg-Vorpommern	5,2%	1.883,9	144,3	13,1
Sachsen	4,7%	1.721,2	137,9	12,5
Sachsen-Anhalt	5,5%	1.995,3	152,1	13,1
Thüringen	5,3%	1.936,6	152,1	12,7
Östliche Bundesländer	5,3%	1.918,6	146,4	13,1
Gesamt	4,2%	1.551,1	122,7	12,6

Quelle: AU Daten der DAK-Gesundheit 2018 * Berlin (Ost und West) gehört krankenversicherungsrechtlich zu den westlichen Bundesländern (Rechtskreis West).

Hinter dem Gesamtkrankenstand von 4,2 Prozent verbergen sich regionale Unterschiede: Wie auch in den Vorjahren sind 2018 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 123). Das südliche Bundesland Baden-Württemberg verzeichnet einen besonders günstigen Wert: Hier liegt das Krankenstandsniveau deutlich – d. h. mehr als 0,3 Prozentpunkte – unter dem DAK-Gesundheit-Bundesdurchschnitt. Bayern und Hamburg gehören ebenfalls zu dieser Gruppe.

Regionale Unterschiede bestehen auch im Jahr 2018 fort

Abbildung 123: Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Gesundheit Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

Günstigste Krankenstandswerte neben Baden-Württemberg und Bayern auch in Hamburg

Wie schon in den Vorjahren wiesen die Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg mit einem Krankenstand in Höhe von 3,7 Prozent die niedrigsten Werte auf. Dahinter folgt das Bundesland Hamburg mit einem ebenfalls deutlich unterdurchschnittlichen Krankenstand in Höhe von 3,8%.

Westliche Bundesländer liegen um den Durchschnitt

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

Saarland erneut über dem Durchschnitt

Hervorzuheben ist, dass 2018 der Krankenstand im Saarland, nach Annäherung an den Durchschnitt im Jahr 2008, auch dieses Jahr wieder mehr als 0,3 Prozentpunkte über dem Durchschnitt lag.

Alle östlichen Länder über dem DAK-Gesundheit Bundesdurchschnitt

In Ostdeutschland werden allgemein über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände beobachtet. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen dar, wo mit 4,7 Prozent der niedrigste Krankenstand der fünf östlichen Bundesländer festgestellt wurde. Hier liegt das Krankenstandsniveau 0,5 Prozentpunkte über dem DAK-Gesundheit Bundesdurchschnitt. Alle übrigen Werte liegen deutlich über dem Durchschnitt. Sachsen-Anhalt und Brandenburg lagen mit einem Krankenstand von 5,5 Prozent bzw. 5,4 Prozent an der Spitze.

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

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

Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versicherte in den westlichen Ländern zwischen 110,3 (Baden-Württemberg) und 130,45 (Hessen) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 137,9 (Sachsen) und 151,1 (Sachsen-Anhalt und Thüringen) auf. Die Falldauer bewegt sich zwischen 11,8 Tagen in Bayern und 14,4 Tagen im Saarland.

Entwicklung des Krankenstandes 2017–2018

Abbildung 124 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2018 im Vergleich zum Vorjahr. Ein Anstieg der Krankenstandswerte um 0,1 bis 0,4 Prozentpunkte ist in allen Bundesländern zu beobachten.

In den westlichen Bundesländern verzeichnet das Saarland den größten Zuwachs des Krankenstandes um 0,3 Prozentpunkte. In den restlichen westlichen Bundesländern ist der Wert ebenfalls gestiegen, am stärksten in Hamburg, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg mit einem Anstieg um 0,2 Prozentpunkte.

Auch in den östlichen Bundesländern ist ein Anstieg des Krankenstands zu beobachten. Der stärkste Zuwachs lässt sich in Thüringen um 0,4 Prozentpunkte beobachten.

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2017 und 2018 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A1 und A2 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

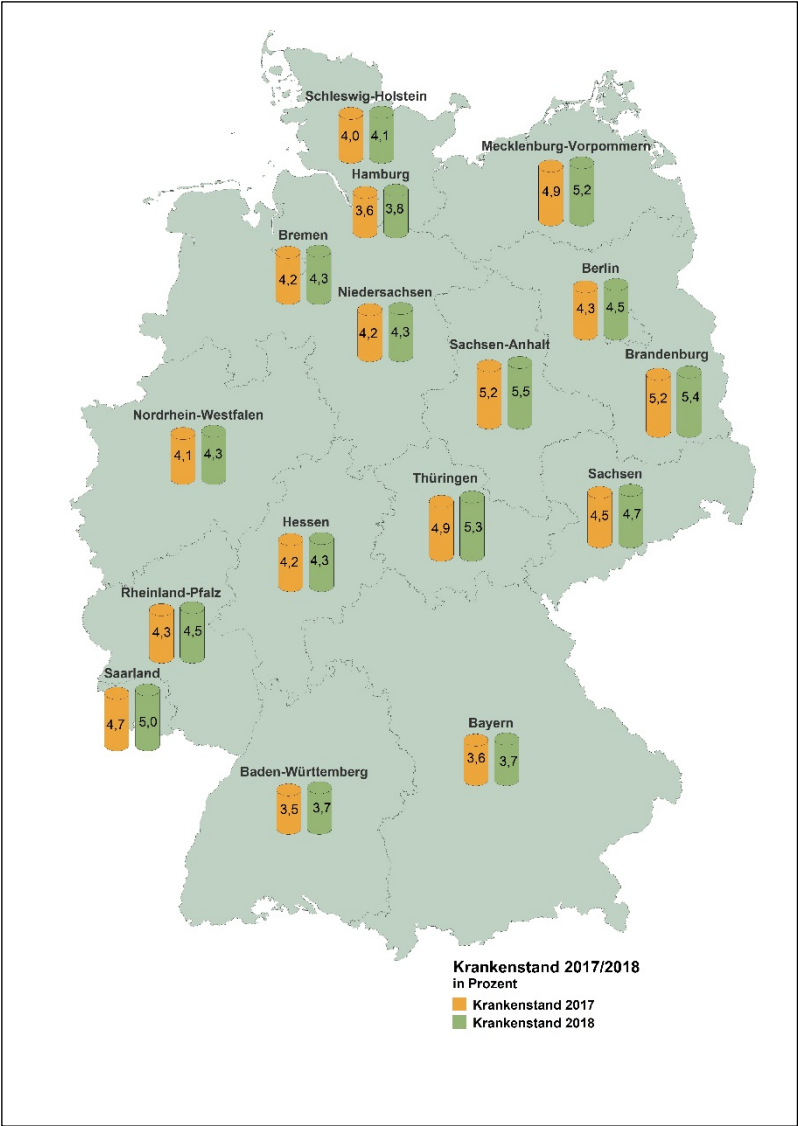
Anstieg des Krankenstands in allen Bundesländern

Westliche Bundesländer

Östliche Bundesländer

Übersichtstabellen im Anhang

Abbildung 124:Krankenstandswerte der Jahre 2017 und 2018 nach Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2017–2018.

Ursachen für die Unterschiede im Krankenstand zwischen Ost- und Westdeutschland

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

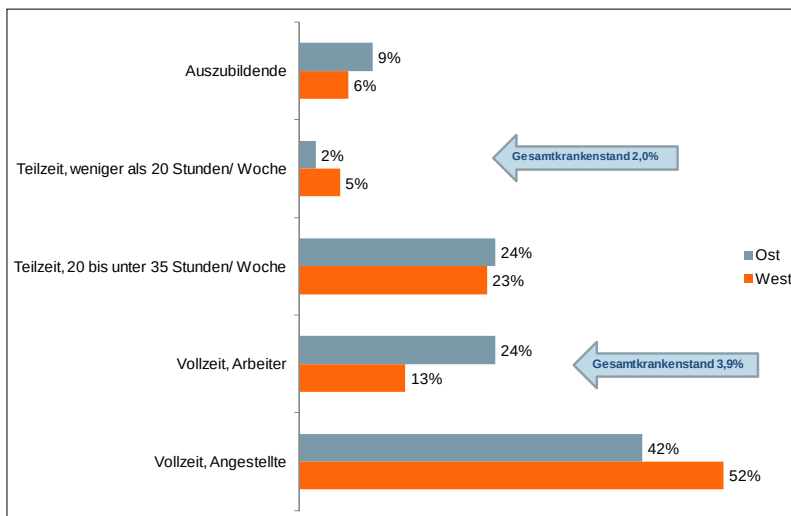
Um herauszufinden, was diesen Unterschied begründet, hat die DAK-Gesundheit im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt werden. Als zentrale Erkenntnisse dieser Kurzstudie sind hervorzuheben:

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

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

Zur Erklärung der Krankenstandsunterschiede wurde eine vertiefte Analyse der AU-Daten des Jahres 2006 durchgeführt. Wie die Abbildung 125 zeigt, sind im Osten gewerbliche Arbeitnehmer über- und Teilzeitkräfte mit einem Beschäftigungsumfang von weniger als 20 Wochenstunden unterrepräsentiert.

Abbildung 125: Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2006.

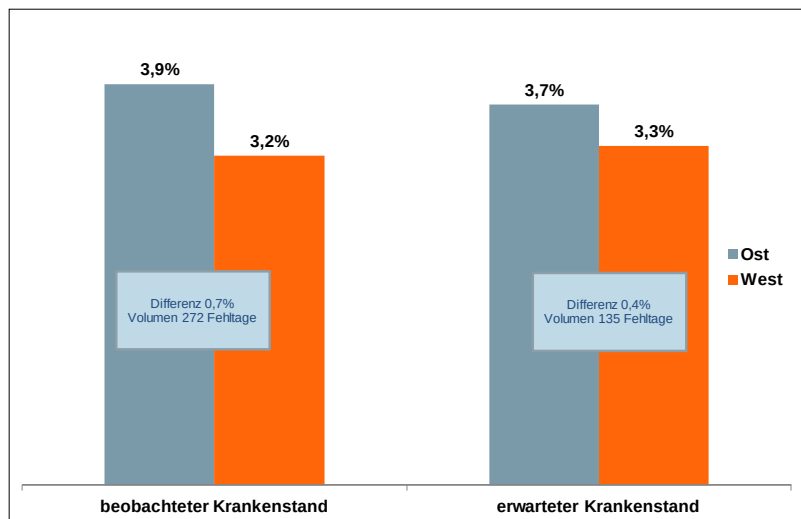
Für Arbeiter ist im Vergleich zu den Teilzeitbeschäftigten oder auch Angestellten ein überdurchschnittlich hoher Krankenstand in Höhe von

4,2 Prozent kennzeichnend, was sich aufgrund ihres höheren Anteils unter den Versicherten der DAK-Gesundheit in Ostdeutschland steigend auf den Krankenstand Ost im Vergleich zum Krankenstand West auswirkt.

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

Die folgende Abbildung 126 zeigt, wie groß der Einfluss der hier aufgezeigten Strukturunterschiede ist bzw. ein wie großer Unterschied bestehen würde, fände man die strukturellen Abweichungen in Bezug auf Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur so nicht vor.

Abbildung 126: Vergleich beobachteter und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) in 2006



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2006.

Beobachtet (Stand AU-Daten 2016) wird eine Differenz von 0,7 Prozentpunkten im Krankenstand. Das entspricht einem Volumen von 272 AU-Tagen. Daneben abgebildet ist der Krankenstand, den man bei gleicher Versichertenstruktur nach Alter, Geschlecht, Wirtschaftsstruktur und dem Merkmal Stellung im Beruf bzw. Beschäftigungsumfang in Ost und West erwarten würde: Die beobachtete Krankheitsdifferenz zwischen den

Rechtskreisen Ost und West ist zu rund 50 Prozent (135 AU-Tage) auf diese Strukturmerkmale zurückzuführen. Die Wirtschaftsstruktur spielt dabei die größte Rolle.

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

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

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

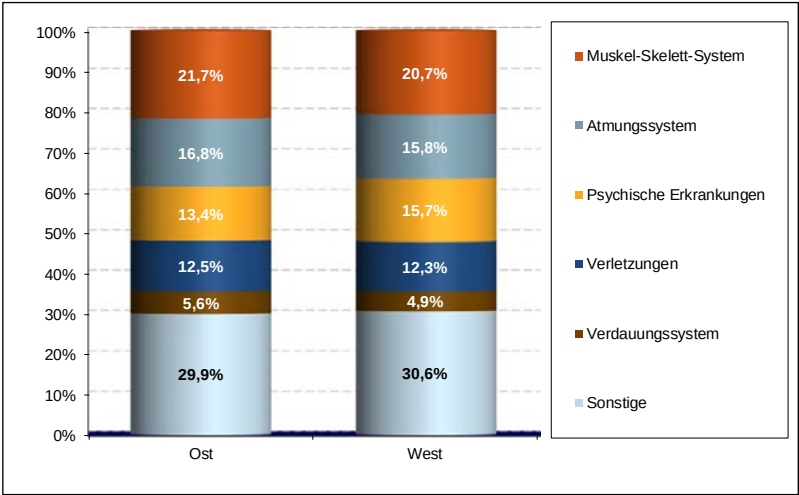
Korrigiert man nun die beobachteten Krankenstandswerte rechnerisch um die untererfassten AU-Fälle, so nähern sich die beobachteten Krankenstandswerte weiter an. Die „beobachtete“ Differenz entspräche dann angewandt auf die AU-Daten von 2006 nur noch einem Fehltagenvolumen von 209 Tagen (statt 272 Tagen)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

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

Bedeutung der Krankheitsarten in den östlichen und westlichen Bundesländern

In den vorangehenden DAK-Gesundheitsreporten wurden Unterschiede zwischen den westlichen und den östlichen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 127 zeigt die Anteile am Krankenstand 2018 der fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 127:Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018.

**Psychische
Erkrankungen
haben größere
Bedeutung im
Rechtskreis West**

In den westlichen Bundesländern spielen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems wie im Vorjahr eine etwas kleinere Rolle als in den östlichen Bundesländern. Das gleiche gilt für Erkrankungen des Atmungssystems, Verletzungen und Erkrankungen des Verdauungssystems. Einen höheren Anteil am Krankenstand als in Ostdeutschland haben dagegen psychische Erkrankungen.

Der Anteil lag in den westlichen Bundesländern über dem Wert der östlichen Bundesländer (15,7 Prozent gegenüber 13,4 Prozent Anteil am Krankenstand insgesamt).

7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mit dem Gesundheitsreport 2018 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 bereits mehr als zwanzig Jahren betrachtet werden. Für das Jahr 2018 wird folgende Bilanz gezogen:

- Der Krankenstand lag bei 4,2 Prozent. Nach dem Anstieg des Krankenstandes in 2017 um 0,2 Prozentpunkte stieg der Wert für das Jahr 2018 erneut um weitere 0,1 Prozentpunkte.

**Gesamt-
krankenstand
gestiegen**

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.

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

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

**Betriebliche
Gesundheits-
förderung
verhindert
deutlichen
Anstieg des
Krankenstandes**

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

- Das Gesamtvolumen an AU-Tagen ist 2018 gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Krankmeldungen bei Langzeitarbeitsunfähigkeiten mit 3,9 Prozent konstant geblieben (3,9 Prozent in 2017), ihr Anteil an den AU-Tagen blieb ebenfalls konstant bei 43,9 Prozent.
- Wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf der Ebene von Krankheitsarten betrachtet, zeigt sich im Vorjahresvergleich, dass Fehltage aufgrund von Atemwegserkrankungen deutlich gestiegen sind.

**AU bleibt bei
Langzeit-
erkrankungen
konstant**

**Anstieg bei
Atemwegs-
erkrankungen**

- Die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen sind erstmals seit 2006 zurückgegangen. Daher sollten Maßnahmen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung den Fokus u. a. auf den Abbau von psychosozialen Belastungen wie chronischer Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen, Überforderung etc. legen.

Die Auswertungen des DAK-Gesundheitsreports 2019 für das Berichtsjahr 2018 zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten.

2018 lag die Branche Verkehr, Lagerei und Kurierdienste erneut an der Spitze und verzeichnete den höchsten Krankenstand.

**Strukturelle
Aspekte, Kultur
und
Betriebsklima
können die
Krankheitsquote
beeinflussen**

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

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

Für das Fazit zum Schwerpunktthema siehe Abschnitt 4.8.

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

... pro 100 Versichertenjahre bzw. Mitglieder	An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße „100 Versicherte“ verwendet, dabei handelt es sich jedoch um „100 Versichertenjahre“ bzw. 100 ganzjährig versicherte Mitglieder. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2018 über bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten in Tagen wurden daher auf volle Jahre umgerechnet. Zur Berechnung bspw. der Fallhäufigkeit werden die Arbeitsunfähigkeitsfälle nicht auf 100 Mitglieder bezogen, sondern auf 100 ganze Versicherte.
Betroffenenquote	Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 Prozent ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.
AU-Fälle oder Fallhäufigkeit	Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Diagnose gezählt. Im Gesundheitsbericht finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versicherte. Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK-Gesundheit nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.
Krankenstand	Die Kennzahl „Krankenstand“ wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK-Gesundheit eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.
AU-Tage pro 100 Versicherte	Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365 (Schaltjahr Division durch 366), so erhält man den Krankenstandswert.
Durchschnittliche Falldauer	Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert wird.
AU-Diagnosen	Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Diagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher 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.

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

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

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

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

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

Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!

Eine Lösung: Altersgruppenweise Vergleiche

Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen

Standardisierung nach Geschlecht und Alter

Aktualisierte Bezugs- bevölkerung

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 2013 festgelegt, dass die Grundlage für das Standardisierungsverfahren zukünftig die Erwerbsbevölkerung von 2010 sein soll.

Mit dem Gesundheitsreport 2012 stellte die DAK-Gesundheit die Bezugsbevölkerung auf die Erwerbsbevölkerung aus dem Jahr 2010 um. Grundlage hierfür ist eine Vereinbarung auf Ebene der Ersatzkassen zum Standardisierungsverfahren.

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

Hinweise zur Umstellung von ICD 9 auf ICD 10

Zusammen- fassung 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 kodiert 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 wohlgerneht nur auf die Auswertungen nach Krankheitsarten und hier vor allem auf die Ebene der Einzeldiagnosen. Die übrigen Krankenstandsvergleiche sind davon nicht berührt.

Hinweise zur Umstellung von ICD 10 auf ICD 10 GM

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

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

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 2017 und 2018 analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Verzeichnis der in Anhang II aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2018	213
Tabelle A2:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2017	214
Tabelle A3:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2018	215
Tabelle A4:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2017	216
Tabelle A5:	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2018 ..	217
Tabelle A6:	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2018 ...	218
Tabelle A7:	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1) 2018	219
Tabelle A8:	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2) 2018	220
Tabelle A9:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2018	221
Tabelle A10:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2017	222
Tabelle A11:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 1) 2018.....	223
Tabelle A12:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 2) 2018.....	224
Tabelle A13:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 3) 2018.....	225
Tabelle A14:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 4) 2018.....	226

Tabelle A1: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2018

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		ØTage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,7%	1.341,3	110,3	12,2
Bayern	3,7%	1.342,2	113,6	11,8
Berlin*	4,5%	1.651,2	123,0	13,4
Bremen	4,3%	1.566,0	115,1	13,6
Hamburg	3,8%	1.374,7	111,4	12,3
Hessen	4,3%	1.561,2	130,5	12,0
Niedersachsen	4,3%	1.553,4	121,8	12,7
Nordrhein-Westfalen	4,3%	1.553,6	119,0	13,1
Rheinland-Pfalz	4,5%	1.630,5	126,4	12,9
Saarland	5,0%	1.811,2	125,7	14,4
Schleswig-Holstein	4,1%	1.512,6	121,3	12,5
Westliche Bundesländer	4,1%	1.494,9	119,4	12,5
Brandenburg	5,4%	1.988,6	146,3	13,6
Mecklenburg-Vorpommern	5,2%	1.883,9	144,3	13,1
Sachsen	4,7%	1.721,2	137,9	12,5
Sachsen-Anhalt	5,5%	1.995,3	152,1	13,1
Thüringen	5,3%	1.936,6	152,1	12,7
Östliche Bundesländer	5,3%	1.918,6	146,4	13,1
DAK Gesamt	4,2%	1.551,1	122,7	12,6

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A2: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2017

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,5%	1.267,0	107,7	11,8
Bayern	3,6%	1.297,8	109,7	11,8
Berlin*	4,3%	1.555,0	120,1	12,9
Bremen	4,2%	1.518,0	116,1	13,1
Hamburg	3,6%	1.314,2	109,0	12,1
Hessen	4,2%	1.547,8	129,4	12,0
Niedersachsen	4,2%	1.526,9	122,4	12,5
Nordrhein-Westfalen	4,1%	1.495,2	116,5	12,8
Rheinland-Pfalz	4,3%	1.580,4	122,7	12,9
Saarland	4,7%	1.705,3	118,3	14,4
Schleswig-Holstein	4,0%	1.472,1	120,2	12,2
Westliche Bundesländer	4,0%	1.443,7	117,1	12,3
Brandenburg	5,2%	1.888,8	143,1	13,2
Mecklenburg-Vorpommern	4,9%	1.804,0	143,2	12,6
Sachsen	4,5%	1.654,0	136,1	12,2
Sachsen-Anhalt	5,2%	1.889,9	149,2	12,7
Thüringen	4,9%	1.776,5	145,0	12,3
Östliche Bundesländer	5,0%	1.814,7	143,2	12,7
DAK Gesamt	4,1%	1.498,4	120,7	12,4

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A3: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2018

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU- Tage	AU- Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	73,2	12,8	5,7	4,7%
		Männer	69,6	12,3	5,7	4,8%
		Frauen	77,4	13,5	5,7	4,7%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	60,3	1,7	35,4	3,9%
		Männer	43,3	1,4	30,7	3,0%
		Frauen	80,2	2,1	39,1	4,8%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	236,0	7,0	33,7	15,2%
		Männer	183,0	5,4	33,8	12,5%
		Frauen	298,1	8,9	33,7	18,0%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	71,7	6,2	11,6	4,6%
		Männer	65,1	5,3	12,3	4,5%
		Frauen	79,3	7,2	11,0	4,8%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	65,0	3,0	21,8	4,2%
		Männer	79,2	3,1	25,6	5,4%
		Frauen	48,4	2,8	17,0	2,9%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	247,9	36,2	6,9	16,0%
		Männer	218,9	32,2	6,8	15,0%
		Frauen	281,8	40,8	6,9	17,0%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	78,0	11,7	6,6	5,0%
		Männer	80,8	11,6	7,0	5,5%
		Frauen	74,7	11,9	6,3	4,5%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	324,8	17,3	18,7	20,9%
		Männer	336,3	18,8	17,9	23,0%
		Frauen	311,4	15,6	19,9	18,8%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	73,8	8,6	8,5	4,8%
		Männer	63,2	7,3	8,7	4,3%
		Frauen	86,2	10,2	8,4	5,2%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	191,4	9,2	20,8	12,3%
		Männer	220,7	10,6	20,9	15,1%
		Frauen	157,2	7,7	20,5	9,5%
Gesamt¹⁰⁵		Gesamt	1.551,1	122,7	12,6	100,0%
		Männer	1.460,7	113,9	12,8	100,0%
		Frauen	1.656,9	133,0	12,5	100,0%

Tabelle A4: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2017

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU- Tage	AU- Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	70,1	12,6	5,6	4,7%
		Männer	66,8	12,1	5,5	4,8%
		Frauen	74,0	13,2	5,6	4,6%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	66,2	1,8	37,3	4,4%
		Männer	46,1	1,5	31,6	3,3%
		Frauen	89,6	2,1	41,9	5,6%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	249,9	7,0	35,5	16,7%
		Männer	190,9	5,3	35,8	13,6%
		Frauen	319,0	9,0	35,4	19,8%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	67,0	6,2	10,8	4,5%
		Männer	60,4	5,3	11,4	4,3%
		Frauen	74,6	7,2	10,3	4,6%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	61,5	2,9	20,9	4,1%
		Männer	75,7	3,1	24,5	5,4%
		Frauen	45,0	2,8	16,3	2,8%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	230,4	35,3	6,5	15,4%
		Männer	202,2	31,3	6,5	14,4%
		Frauen	263,3	40,0	6,6	16,3%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	75,6	12,1	6,2	5,0%
		Männer	78,2	11,9	6,6	5,6%
		Frauen	72,6	12,3	5,9	4,5%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	326,9	17,6	18,5	21,8%
		Männer	338,0	19,0	17,8	24,1%
		Frauen	314,0	16,0	19,6	19,5%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	60,9	7,9	7,7	4,1%
		Männer	50,8	6,6	7,6	3,6%
		Frauen	72,8	9,5	7,7	4,5%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	177,6	8,8	20,2	11,9%
		Männer	206,3	10,1	20,4	14,7%
		Frauen	144,1	7,3	19,8	8,9%
Gesamt		Gesamt	1.498,4	120,7	12,4	100,0%
		Männer	1.400,0	111,8	12,5	100,0%
		Frauen	1.613,5	131,2	12,3	100,0%

Tabelle A5: Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2018

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU- Tage	AU- Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	71,4	12,8	5,6	4,8%
		Männer	68,7	12,3	5,6	4,9%
		Frauen	74,5	13,3	5,6	4,7%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	59,2	1,6	36,3	4,0%
		Männer	42,7	1,4	31,3	3,0%
		Frauen	78,4	1,9	40,3	4,9%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	234,2	6,8	34,5	15,7%
		Männer	186,2	5,4	34,7	13,2%
		Frauen	290,3	8,5	34,3	18,2%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	69,3	6,0	11,6	4,6%
		Männer	63,1	5,2	12,2	4,5%
		Frauen	76,5	6,9	11,1	4,8%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	60,6	2,8	21,8	4,1%
		Männer	74,0	2,9	25,5	5,2%
		Frauen	45,0	2,6	17,1	2,8%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	236,7	35,6	6,7	15,8%
		Männer	211,5	32,0	6,6	15,0%
		Frauen	266,3	39,8	6,7	16,7%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	73,4	11,0	6,7	4,9%
		Männer	76,3	11,0	7,0	5,4%
		Frauen	70,0	11,1	6,3	4,4%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	310,2	16,7	18,6	20,7%
		Männer	320,2	18,2	17,6	22,7%
		Frauen	298,5	15,0	19,9	18,8%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	72,7	8,6	8,5	4,9%
		Männer	62,3	7,3	8,5	4,4%
		Frauen	84,8	10,1	8,4	5,3%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	183,4	8,9	20,5	12,3%
		Männer	210,3	10,2	20,7	14,9%
		Frauen	151,9	7,5	20,2	9,5%
Gesamt		Gesamt	1.494,9	119,4	12,5	100,0%
		Männer	1.413,0	111,6	12,7	100,0%
		Frauen	1.590,7	128,6	12,4	100,0%

Tabelle A6: Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2018

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU- Tage	AU- Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	87,4	13,9	6,3	4,6%
		Männer	79,4	12,9	6,1	4,1%
		Frauen	96,8	15,0	6,4	5,0%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	68,7	2,2	31,0	3,6%
		Männer	48,2	1,7	27,5	2,5%
		Frauen	92,6	2,8	33,6	4,8%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	256,8	8,5	30,1	13,4%
		Männer	175,5	6,0	29,0	9,1%
		Frauen	351,9	11,4	30,8	18,3%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	87,5	7,5	11,6	4,6%
		Männer	78,9	6,2	12,7	4,1%
		Frauen	97,5	9,0	10,8	5,1%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	89,7	4,2	21,2	4,7%
		Männer	106,8	4,3	24,8	5,6%
		Frauen	69,7	4,1	16,9	3,6%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	323,1	41,0	7,9	16,8%
		Männer	273,2	35,3	7,7	14,2%
		Frauen	381,5	47,7	8,0	19,9%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	107,3	16,5	6,5	5,6%
		Männer	109,4	15,8	6,9	5,7%
		Frauen	104,8	17,3	6,0	5,5%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	416,8	21,4	19,5	21,7%
		Männer	438,6	22,9	19,1	22,9%
		Frauen	391,3	19,6	19,9	20,4%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	78,2	8,8	8,9	4,1%
		Männer	64,6	7,2	9,0	3,4%
		Frauen	94,1	10,8	8,7	4,9%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	240,2	11,1	21,7	12,5%
		Männer	283,4	13,1	21,6	14,8%
		Frauen	189,7	8,7	21,8	9,9%
Gesamt		Gesamt	1.918,6	146,4	13,1	100,0%
		Männer	1.779,7	132,8	13,4	100,0%
		Frauen	2.081,0	162,4	12,8	100,0%

Tabelle A7: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1) 2018

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	Gesamt	112,7	18,5	6,1	7,3%
		Frauen	127,1	20,4	6,2	7,7%
		Männer	100,4	16,8	6,0	6,9%
M54	Rückenschmerzen	Gesamt	82,6	6,8	12,2	5,3%
		Frauen	74,2	5,8	12,8	4,5%
		Männer	89,9	7,6	11,9	6,2%
F32	Depressive Episode	Gesamt	64,9	1,4	47,7	4,2%
		Frauen	80,7	1,7	47,1	4,9%
		Männer	51,5	1,1	48,7	3,5%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Gesamt	51,4	2,3	22,8	3,3%
		Frauen	69,5	3,1	22,7	4,2%
		Männer	36,0	1,6	23,0	2,5%
F33	Rezidivierende depressive Störung	Gesamt	28,4	0,4	72,7	1,8%
		Frauen	37,7	0,5	76,1	2,3%
		Männer	20,5	0,3	67,9	1,4%
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	Gesamt	27,8	6,4	4,4	1,8%
		Frauen	28,3	6,4	4,4	1,7%
		Männer	27,3	6,3	4,3	1,9%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	Gesamt	26,4	0,7	37,3	1,7%
		Frauen	23,3	0,6	38,3	1,4%
		Männer	29,0	0,8	36,6	2,0%
M75	Schulterläsionen	Gesamt	25,5	0,8	32,1	1,6%
		Frauen	23,4	0,7	32,7	1,4%
		Männer	27,2	0,9	31,6	1,9%
F48	Andere neurotische Störungen	Gesamt	23,4	1,0	22,9	1,5%
		Frauen	31,5	1,4	22,8	1,9%
		Männer	16,6	0,7	23,0	1,1%
J20	Akute Bronchitis	Gesamt	21,8	2,8	7,8	1,4%
		Frauen	24,1	3,0	8,0	1,5%
		Männer	19,9	2,6	7,7	1,4%
		Gesamt	633,8	51,9	558,4	40,9%
		Frauen	706,4	54,8	568,8	42,6%
		Männer	571,8	49,3	473,9	39,2%

Tabelle A8: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2) 2018

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	Gesamt	20,0	0,6	32,2	1,3%
		Frauen	15,5	0,5	32,6	0,9%
		Männer	23,9	0,7	31,9	1,6%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	Gesamt	19,3	3,2	6,0	1,2%
		Frauen	21,9	3,6	6,2	1,3%
		Männer	17,1	2,9	5,8	1,2%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	Gesamt	17,6	0,5	35,0	1,1%
		Frauen	14,5	0,4	36,4	0,9%
		Männer	20,3	0,6	34,1	1,4%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	Gesamt	17,3	1,4	12,5	1,1%
		Frauen	13,3	1,1	12,1	0,8%
		Männer	20,6	1,6	12,7	1,4%
F45	Somatoforme Störungen	Gesamt	17,1	0,7	24,6	1,1%
		Frauen	22,6	0,9	24,8	1,4%
		Männer	12,5	0,5	24,2	0,9%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	Gesamt	16,7	2,2	7,7	1,1%
		Frauen	18,8	2,4	7,9	1,1%
		Männer	14,9	2,0	7,5	1,0%
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	Gesamt	16,0	1,0	15,8	1,0%
		Frauen	14,1	0,8	17,3	0,8%
		Männer	17,6	1,2	14,9	1,2%
F41	Andere Angststörungen	Gesamt	15,9	0,4	42,8	1,0%
		Frauen	21,2	0,5	43,7	1,3%
		Männer	11,4	0,3	41,4	0,8%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	Gesamt	14,4	0,9	16,2	0,9%
		Frauen	13,4	0,8	16,6	0,8%
		Männer	15,3	1,0	15,8	1,0%
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	Gesamt	14,4	0,1	99,7	0,9%
		Frauen	31,2	0,3	100,1	1,9%
		Männer	0,0	0,0	24,7	0,0%
		Gesamt	633,8	51,9	558,4	40,9%
		Frauen	706,4	54,8	568,8	42,6%
		Männer	571,8	49,3	473,9	39,2%

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2018

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Kranken- stand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU- Tage	AU- Fälle	
Banken, Versicherungen (64-66)	3,4%	1.237,2	115,5	10,7
Baugewerbe (41-43)	3,9%	1.435,3	111,5	12,9
Bildung, Kultur, Medien (58-93)	3,6%	1.298,2	117,9	11,0
Chemische Industrie (19-22)	4,4%	1.611,6	138,9	11,6
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen (61-63)	2,9%	1.052,5	100,2	10,5
Gesundheitswesen (75-88)	4,8%	1.750,0	126,4	13,8
Handel (45-47)	4,1%	1.502,4	114,8	13,1
Holz, Papier, Druck (16-18)	4,4%	1.601,5	128,3	12,5
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01-39)	4,5%	1.628,8	125,5	13,0
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28-30)	4,2%	1.517,3	132,6	11,4
Nahrungs- und Genussmittel (10-12)	4,5%	1.645,6	115,6	14,2
Öffentliche Verwaltung (84)	4,5%	1.659,3	120,7	13,7
Organisationen und Verbände (94-97)	3,3%	1.218,2	108,4	11,2
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69-80)	3,3%	1.206,3	113,0	10,7
Sonstige Dienstleistungen (55-96)	3,8%	1.400,6	106,1	13,2
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13-33; 95)	4,2%	1.542,5	133,0	11,6
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49-53)	4,9%	1.797,5	129,3	13,9
DAK Gesamt (00-95)	4,2%	1.551,1	122,7	12,6

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

Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2017

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Kranken- stand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU- Tage	AU- Fälle	
Banken, Versicherungen (64-66)	3,3%	1.213,3	113,6	10,7
Baugewerbe (41-43)	3,8%	1.390,6	108,2	12,9
Bildung, Kultur, Medien (58-93)	3,3%	1.215,9	114,4	10,6
Chemische Industrie (19-22)	4,2%	1.525,6	134,8	11,3
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen (61-63)	2,8%	1.030,4	99,8	10,3
Gesundheitswesen (75-88)	4,7%	1.698,6	126,1	13,5
Handel (45-47)	4,0%	1.442,2	111,1	13,0
Holz, Papier, Druck (16-18)	4,0%	1.474,9	124,8	11,8
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01-39)	4,2%	1.538,3	123,3	12,5
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28-30)	4,0%	1.474,3	129,7	11,4
Nahrungs- und Genussmittel (10-12)	4,4%	1.611,2	114,0	14,1
Öffentliche Verwaltung (84)	4,2%	1.544,3	125,1	12,3
Organisationen und Verbände (94-97)	3,4%	1.243,5	107,5	11,6
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69-80)	3,3%	1.198,3	111,9	10,7
Sonstige Dienstleistungen (55-96)	3,8%	1.375,3	104,1	13,2
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13-33; 95)	4,1%	1.485,5	129,2	11,5
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49-53)	4,8%	1.758,5	126,5	13,9
DAK Gesamt (00-95)	4,1%	1.498,4	120,7	12,4

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

Tabelle A11: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 1) 2018

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
01	Angehörige der regulären Streitkräfte	Gesamt	1.924,1	141,9
		Männer	2.228,7	146,5
		Frauen	1.567,7	136,4
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	Gesamt	1.677,1	102,3
		Männer	1.576,5	97,3
		Frauen	1.794,9	108,1
12	Gartenbauberufe und Floristik	Gesamt	1.681,7	135,0
		Männer	1.833,1	139,9
		Frauen	1.504,5	129,3
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung	Gesamt	1.975,2	155,0
		Männer	2.130,7	142,6
		Frauen	1.793,1	169,5
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung	Gesamt	1.980,1	154,7
		Männer	1.869,4	140,0
		Frauen	2.109,7	171,9
23	Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung	Gesamt	1.601,4	128,4
		Männer	1.574,2	122,4
		Frauen	1.633,3	135,5
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	Gesamt	2.046,4	166,3
		Männer	1.978,6	155,9
		Frauen	2.125,8	178,5
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	Gesamt	2.019,0	162,1
		Männer	1.809,2	142,4
		Frauen	2.264,6	185,2
26	Mechatronik-, Energie- und Elektroberufe	Gesamt	1.773,2	150,3
		Männer	1.608,0	131,3
		Frauen	1.966,6	172,7
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe	Gesamt	1.431,8	127,4
		Männer	1.399,8	119,4
		Frauen	1.469,3	136,8
28	Textil- und Lederberufe	Gesamt	1.827,0	142,3
		Männer	1.970,8	142,2
		Frauen	1.658,8	142,4

Tabelle A12: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 2) 2018

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	Gesamt	1.645,6	112,1
		Männer	1.443,8	96,2
		Frauen	1.881,8	130,7
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe	Gesamt	1.148,9	107,7
		Männer	1.113,3	100,4
		Frauen	1.190,6	116,2
32	Hoch- und Tiefbauberufe	Gesamt	1.742,7	118,5
		Männer	1.822,1	115,6
		Frauen	1.649,7	122,0
33	(Innen-)Ausbauberufe	Gesamt	1.903,0	132,0
		Männer	1.793,8	121,7
		Frauen	2.030,7	144,1
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	Gesamt	1.768,1	139,5
		Männer	1.837,8	135,6
		Frauen	1.686,6	143,9
41	Mathematik-, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	Gesamt	1.910,3	157,7
		Männer	2.027,0	157,9
		Frauen	1.773,7	157,4
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	Gesamt	1.592,6	116,4
		Männer	1.588,4	107,0
		Frauen	1.597,6	127,3
43	Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	Gesamt	1.159,4	108,8
		Männer	1.020,9	98,0
		Frauen	1.321,5	121,5
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	Gesamt	1.883,8	145,4
		Männer	1.807,3	140,5
		Frauen	1.973,4	151,1
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	Gesamt	2.086,4	126,2
		Männer	1.826,1	116,6
		Frauen	2.391,0	137,4
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	Gesamt	2.059,0	138,9
		Männer	1.924,1	129,4
		Frauen	2.217,0	150,1

Tabelle A13: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 3) 2018

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
54	Reinigungsberufe	Gesamt	1.711,0	123,4
		Männer	1.554,6	114,5
		Frauen	1.894,0	133,9
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe	Gesamt	1.185,0	108,7
		Männer	1.110,7	97,8
		Frauen	1.271,9	121,5
62	Verkaufsberufe	Gesamt	1.622,7	109,4
		Männer	1.429,3	98,6
		Frauen	1.849,1	122,1
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	Gesamt	1.293,4	93,8
		Männer	1.179,9	83,8
		Frauen	1.426,2	105,4
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	Gesamt	1.262,9	109,3
		Männer	1.210,4	99,3
		Frauen	1.324,3	120,9
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	Gesamt	1.248,3	115,1
		Männer	1.177,6	104,6
		Frauen	1.330,9	127,3
73	Berufe in Recht und Verwaltung	Gesamt	1.577,3	132,0
		Männer	1.521,0	120,6
		Frauen	1.643,2	145,3
81	Medizinische Gesundheitsberufe	Gesamt	1.805,6	125,8
		Männer	1.815,8	118,4
		Frauen	1.793,6	134,4
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	Gesamt	1.998,0	127,4
		Männer	1.762,9	115,8
		Frauen	2.273,2	141,1
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	Gesamt	1.737,1	143,5
		Männer	1.540,3	122,4
		Frauen	1.967,3	168,1
84	Lehrende und ausbildende Berufe	Gesamt	1.071,5	93,8
		Männer	907,4	79,0
		Frauen	1.263,6	111,1

Tabelle A14: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 4) 2018

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	Gesamt	1.340,0	115,1
		Männer	1.184,2	95,9
		Frauen	1.522,4	137,5
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	Gesamt	1.545,6	132,3
		Männer	1.428,4	120,3
		Frauen	1.682,7	146,3
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	Gesamt	1.385,7	118,7
		Männer	1.385,9	112,8
		Frauen	1.385,3	125,6
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	Gesamt	1.065,1	82,4
		Männer	1.076,8	77,7
		Frauen	1.051,4	87,9

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2018 nach Geschlecht	1
Abbildung 2:	Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2018	2
Abbildung 3:	Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit im Vergleich zu den Vorjahren ..	3
Abbildung 4:	Einflussfaktoren auf den Krankenstand	4
Abbildung 5:	AU-Tage eines durchschnittlichen Mitglieds der DAK-Gesundheit 2018 (Basis: 365 Kalendertage in 2018)	8
Abbildung 6:	Betroffenenquote 2018 im Vergleich zu den Vorjahren	9
Abbildung 7:	AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2018	10
Abbildung 8:	Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2018 im Vergleich zu den Vorjahren	12
Abbildung 9:	Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2018 insgesamt	13
Abbildung 10:	Krankenstand 2018 nach Geschlecht und Altersgruppen	14
Abbildung 11:	Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2018	15
Abbildung 12:	AU-Tage pro 100 Versicherte der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage Dauer nach Altersgruppen	17
Abbildung 13:	Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen	19
Abbildung 14:	Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen	20
Abbildung 15:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen	21
Abbildung 16:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen	22

Abbildung 17:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Männer	23
Abbildung 18:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Frauen	23
Abbildung 19:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Frauen.....	25
Abbildung 20:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Männern.....	25
Abbildung 21:	Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen	27
Abbildung 22:	Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen	27
Abbildung 23:	Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“	31
Abbildung 24:	Dem Schwerpunktthema zugrunde liegende Datenquellen	35
Abbildung 25:	Anteil der AU-Tage der Erkrankungsgruppe psychische Erkrankungen	49
Abbildung 26:	Anteil der AU-Tage der Erkrankungsgruppe an allen AU-Tagen für psychische Erkrankungen	50
Abbildung 27:	Anteil der Fehltage für einzelne Substanzgruppen an allen Fehltagen der Gruppe psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19).....	51
Abbildung 28:	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Fehltage je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen und Geschlecht.....	54
Abbildung 29:	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): AU- Fälle je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen und Geschlecht.....	55

Abbildung 30:	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Falldauer in Tagen nach Altersgruppen und Geschlecht	56
Abbildung 31:	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Fehltage je 100 Versichertenjahre nach Branchen	57
Abbildung 32:	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Anteil am Krankenstand nach Branchen.....	58
Abbildung 33:	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Fehltage je 100 Versichertenjahre 2012–2017	59
Abbildung 34:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10–F19 in den Routinedaten und Altersgruppen; Männer	62
Abbildung 35:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10–F19 in den Routinedaten und Altersgruppen; Frauen.....	62
Abbildung 36:	Behandlungsprävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F19) in der ambulanten Versorgung.....	64
Abbildung 37:	Behandlungsprävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der ambulanten Versorgung nach Altersgruppen und Geschlecht	66
Abbildung 38:	Behandlungsprävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der ambulanten Versorgung nach Geschlecht 2013–2017 .	67
Abbildung 39:	Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Anteil der KH-Fälle je 100 Versichertenjahre mit Hauptdiagnose nach Substanzen	69
Abbildung 40:	Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): KH-Fälle je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen (Männer)	71

Abbildung 41:	Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): KH-Fälle je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen (Frauen)	72
Abbildung 42:	Erwerbstätige nach Raucherstatus im Jahr 2017.....	80
Abbildung 43:	Erwerbstätige nach Raucherstatus, Alter und Geschlecht im Jahr 2017.....	81
Abbildung 44:	Entwicklung der Raucherquoten bei Erwerbstätigen nach Geschlecht 1992–2017.....	82
Abbildung 45:	Verbreitung des Rauchens: Beschäftigte nach Raucherstatus	84
Abbildung 46:	Beschäftigte nach Raucherstatus und Geschlecht	85
Abbildung 47:	Verbreitung des Rauchens im Altersgang: Beschäftigte nach Raucherstatus und Alter	86
Abbildung 48:	Verbreitung des Rauchens im Altersgang bei Männern und Frauen: Beschäftigte nach Raucherstatus, Geschlecht und Alter.....	87
Abbildung 49:	Raucher nach PSCDI-Punktwert.....	91
Abbildung 50:	Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Tabakabhängigkeit gemäß Penn State Cigarette Dependence Index	92
Abbildung 51:	Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Grad der Tabakabhängigkeit und Geschlecht....	93
Abbildung 52:	Raucher nach Grad der Abhängigkeit	94
Abbildung 53:	Raucher nach Grad der Abhängigkeit und Alter	95
Abbildung 54:	Raucher nach Grad der Abhängigkeit, Geschlecht und Alter	95
Abbildung 55:	Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Tabakabhängigkeit und Alter	96
Abbildung 56:	Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Tabakabhängigkeit, Geschlecht und Alter	97
Abbildung 57:	Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Belastungen bei der Arbeit.....	99
Abbildung 58:	Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Ressourcen bei der Arbeit.....	100

Abbildung 59:	Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Arbeitsplatzsicherheit (Wahrscheinlichkeit, den Arbeitsplatz zu verlieren)	101
Abbildung 60:	Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Überstunden (pro Woche)	102
Abbildung 61:	Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Branche (1/2)	103
Abbildung 62:	Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Branche (2/2)	103
Abbildung 63:	Gründe für das Rauchen.....	104
Abbildung 64:	Gründe für das Rauchen. Vergleich zwischen stärker und schwächer abhängigen Rauchern.....	105
Abbildung 65:	Rauchen in Arbeitspausen nach Grad der Tabakabhängigkeit.....	106
Abbildung 66:	Rauchen während der Arbeitszeit nach Grad der Tabakabhängigkeit	107
Abbildung 67:	Durchschnittliche Anzahl Krankmeldungen in den letzten 12 Monaten nach Raucherstatus bzw. Grad der Abhängigkeit.....	108
Abbildung 68:	Beschäftigte nach Verwendung E-Zigarette	109
Abbildung 69:	Beschäftigte nach Verwendung E-Zigarette und Raucherstatus	110
Abbildung 70:	Beschäftigte nach Raucherstatus und Verwendung E-Zigarette	111
Abbildung 71:	Beschäftigte nach Geschlecht und Verwendung E-Zigarette	112
Abbildung 72:	Beschäftigte nach Alter und Verwendung E-Zigarette	112
Abbildung 73:	Beschäftigte nach Alter, Geschlecht und Verwendung E-Zigarette	113
Abbildung 74:	E-Zigarettenverwender nach Nikotinkonsum.....	114
Abbildung 75:	E-Zigaretten-Verwender nach Punktwert im Penn State E-Cigarette Dependence Index	115
Abbildung 76:	Beschäftigte nach Verwenderstatus E-Zigarette bzw. Nikotinabhängigkeit gemäß	

Penn State E-Cigarette Dependence Index.....	116
Abbildung 77: E-Zigaretten-Verwender nach Grad der Abhängigkeit.....	117
Abbildung 78: Grad der Abhängigkeit von der E-Zigarette nach Raucherstatus	118
Abbildung 79: Gründe der E-Zigaretten-Verwender für die Verwendung	120
Abbildung 80: Gründe der E-Zigaretten-Verwender für die Verwendung. Rauchende und Ex-Rauchende E-Zigaretten-Verwender im Vergleich.....	121
Abbildung 81: Alkoholkonsumstatus der Befragten	125
Abbildung 82: Alkoholkonsumstatus nach Geschlecht ..	125
Abbildung 83: Alkoholkonsumstatus nach Alter	126
Abbildung 84: Alkoholkonsumstatus nach Geschlecht und Alter	127
Abbildung 85: Alkohol konsumierende Beschäftigte nach AUDIT-Punktwert	140
Abbildung 86: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT	140
Abbildung 87: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT und Geschlecht	141
Abbildung 88: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT und Alter	142
Abbildung 89: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT nach Geschlecht und Alter	143
Abbildung 90: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT nach Wahrscheinlichkeit, den Arbeitsplatz gegen den eigenen Willen zu verlieren.....	144

Abbildung 91:	Anteil Beschäftigter mit schädlichem oder abhängigem Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Arbeitsbelastungen	145
Abbildung 92:	Anteil Beschäftigter mit schädlichem oder abhängigem Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Arbeitsbelastungen	146
Abbildung 93:	Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT nach Anzahl Überstunden.....	147
Abbildung 94:	Schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Branche (1/2)	148
Abbildung 95:	Schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Branche (2/2)	148
Abbildung 96:	Selbst berichtete Gründe des Alkoholkonsums	150
Abbildung 97:	Selbst berichtete Gründe des Alkoholkonsums nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT	151
Abbildung 98:	Folgen von Alkoholkonsum bei der Arbeit.....	152
Abbildung 99:	Folgen von Alkoholkonsum bei der Arbeit nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT	153
Abbildung 100:	Alkoholkonsum am Arbeitsplatz nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT	154
Abbildung 101:	Anzahl Krankmeldungen in den letzten 12 Monaten nach Alkoholkonsumtypus gemäß AUDIT	155
Abbildung 102:	Nutzung sozialer Medien	163
Abbildung 103:	Die subjektiv wichtigsten genutzten sozialen Medien	164
Abbildung 104:	Nutzung sozialer Medien nach Geschlecht	165
Abbildung 105:	Nutzung sozialer Medien nach Alter.....	165

Abbildung 106: Nutzung sozialer Medien nach Geschlecht und Alter	166
Abbildung 107: Fragen der Social Media Disorder Scale (Anteil Ja-Antworten)	168
Abbildung 108: Social Media Disorder („Abhängigkeit von sozialen Medien“): Beschäftigte nach Screening Diagnose gemäß Social Media Disorder Scale) [56]	169
Abbildung 109: Soziale Medien am Arbeitsplatz	171
Abbildung 110: Beschäftigte nach Nutzung von Videospielen	177
Abbildung 111: Beschäftigte nach Geschlecht und Nutzung von Videospielen	178
Abbildung 112: Beschäftigte nach Alter und Nutzung von Videospielen	179
Abbildung 113: Beschäftigte nach Alter, Geschlecht und Nutzung von Videospielen	180
Abbildung 114: Internet Gaming Disorder Scale: Anteil der „trifft zu“-Antworten auf die Items der Skala	181
Abbildung 115: Anteil Beschäftigter mit Screening-Diagnose Internet Gaming Disorder	182
Abbildung 116: Anteil Beschäftigter mit Screening-Diagnose Internet Gaming Disorder nach Geschlecht	184
Abbildung 117: Aspekte der Nutzung und Folgen von Videospielen für die Arbeitswelt	186
Abbildung 118: Aspekte der Nutzung und Folgen von Videospielen für die Arbeitswelt bei Videospielern und IGD-Betroffenen im Vergleich	187
Abbildung 119: Krankenstandswerte 2018 in den zehn Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl	191
Abbildung 120: Krankenstandswerte 2018 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen	193
Abbildung 121: Krankenstandswerte 2017–2018 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl	194

Abbildung 122: Krankenstandswerte 2017–2018 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen	195
Abbildung 123: Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Gesundheit Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot) ...	197
Abbildung 124: Krankenstandswerte der Jahre 2017 und 2018 nach Bundesländern	200
Abbildung 125: Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West	201
Abbildung 126: Vergleich beobachteter und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) in 2006	202
Abbildung 127: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern	204

Literaturverzeichnis

- Aarseth E, Bean AM, Boonen H, Colder Carras M, Coulson M, Das D, Deleuze J, Dunkels E, Edman J, Ferguson CJ, Haagsma MC, Helmersson Bergmark K, Hussain Z, Jansz J, Kardefelt-Winther D, Kutner L, Markey P, Nielsen RKL, Prause N, Przybylski A, Quandt T, Schimmenti A, Starcevic V, Stutman G, Van Looy J & Van Rooij AJ (2017): Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *J Behav Addict* 6(3), 267-270. DOI: 10.1556/2006.5.2016.088.
- APA (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Batra A, Düerkop M, Gertzen M, Jähne A, Mühlig S & Rüther T (2019): Nikotin. 13. In: Soyka M, Batra A, Heinz A, Moggi F & Walter M: Suchtmedizin. München: Elsevier, 238-255.
- Bover MT, Foulds J, Steinberg MB, Richardson D & Marcella SW (2008): Waking at night to smoke as a marker for tobacco dependence: patient characteristics and relationship to treatment outcome. *Int J Clin Pract* 62(2), 182-190. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2007.01653.x.
- Dalal PK & Basu D (2016): Twenty years of Internet addiction ... Quo Vadis? *Indian J Psychiatry* 58(1), 6-11. DOI: 10.4103/0019-5545.174354.
- Davis RM, Novotny TE & Lynn WR (1988): The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General. The Reports of the Surgeon General. Rockville: Center for Health Promotion and Education. Office on Smoking and Health.
- DGPPN (2016): Verhaltenssuchte und ihre Folgen: Prävention, Diagnostik und Therapie. Berlin: DGPPN.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH & World Health Organization (WHO) (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011. Bern: Verlag Hans-Huber.
- DIMDI (2015a): ICD-10_GM. Version 2016. Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10.

- Revision - German Modification - Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- DIMDI (2015b): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification. Köln: DIMDI.
- DKFZ (2015): Fakten zum Rauchen: Gesundheitsrisiko Nikotin. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Dlubis-Mertens K (2003): Stoffungebundene Süchte: Verändertes Suchtverständnis. Dtsch Arztebl International 2(11), [513]. <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=39336>.
- Etter JF & Eissenberg T (2015): Dependence levels in users of electronic cigarettes, nicotine gums and tobacco cigarettes. Drug Alcohol Depend 147, 68-75. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2014.12.007.
- Fagerström K (2012): Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerstrom Test for Cigarette Dependence. Nicotine Tob Res 14(1), 75-78. DOI: 10.1093/ntr/ntr137.
- Falkai P, Wittchen H-U & American Psychiatric A (2015): Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5® / American Psychiatric Association
- Foulds J, Veldheer S, Yingst J, Hrabovsky S, Wilson SJ, Nichols TT & Eissenberg T (2015): Development of a questionnaire for assessing dependence on electronic cigarettes among a large sample of ex-smoking E-cigarette users. Nicotine Tob Res 17(2), 186-192. DOI: 10.1093/ntr/ntu204.
- Giesler M (2018): Am Haken. brand eins (1), 82-86.
- Göpfert A-L (2012): Wie beeinflusst die Führungskraft die Mitarbeitergesundheit? Ein integrativer Ansatz zur Identifikation der Einflusswege von Führung auf die psychische Gesundheit und der Bedeutung des Führungskontextes. Bochum: Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- Gray P (2012): Video Game Addiction: Does it occur? If so, why? . Psychology today 2012.
- Hand I (2018): Das Suchtmodell passt nicht auf exzessives Verhalten. InFo Neurologie & Psychiatrie 20(4), 6-7.
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC & Fagerström K-O (1991): The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction 86, 1119-1127.

- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W & Robinson J (1989): Measuring the Heaviness of Smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction* 84, 791-800.
- Holden C (2001): 'Behavioral' Addictions: Do They Exist? *Science* 294(5544), 980-982. DOI: 10.1126/science.294.5544.980. <http://science.sciencemag.org/content/294/5544/980.abstr>
- Király O, Griffiths MD & Demetrovics Z (2015): Internet Gaming Disorder and the DSM-5: Conceptualization, Debates, and Controversies. *Current Addiction Reports* 2(3), 254-262. DOI: 10.1007/s40429-015-0066-7. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0066-7>.
- Kohler H (2002): Krankenstand - Ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz. 01/2002. Nürnberg: IAB-Werkstattbericht.
- Lemmens J, Valkenburg P & Gentile D (2015): The Internet Gaming Disorder Scale. *Psychological Assessment* 27. DOI: 10.1037/pas0000062.
- Lindenmeyer J (2013): Warum werden Menschen süchtig? Psychologische Erklärungsmodelle. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J & Meyer M: Fehlzeiten-Report 2013. Berlin
- Heidelberg: Springer, 21-26.
- Lohmann-Haislah A (2012): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Berlin: BAuA.
- Marschall J & Barthelmes I (2016): Branchenreport Handel. Sicherheit und Gesundheit im Groß- und Einzelhandel - eine Frage der Unternehmenskultur? Heidelberg: medhochzwei.
- Marschall J, Hildebrandt S, Sydow H & Nolting H-D (2017): Gesundheitsreport 2017: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update: Schlafstörungen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Bd. 16. Heidelberg: medhochzwei Verlag. ISBN: 978-3-86216-345-8. <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2017-1885298.pdf> [Abruf am: 07. Dezember 2017].
- Marschall J, Hildebrandt S, Zich K, Tisch T, Sörensen J & Nolting H-D (2018): Gesundheitsreport 2018: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update: Rückenerkrankungen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und

- Versorgungsforschung, Bd. 21. Heidelberg: medhochzwei Verlag. ISBN: 978-3-86216-444-8. <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-1970354.pdf> [Abruf am: 15. März 2018].
- Normenausschuss Ergonomie (FNErg) im DIN (2000): Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Teil 1: Allgemeines und Begriffe. (EN ISO 10075-1:2000).
- Pies R (2009): Should DSM-V Designate "Internet Addiction" a Mental Disorder? *Psychiatry* (Edgmont (Pa. : Township)) 6(2), 31-37. ISSN: 1550-5952
1555-5194. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19724746>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/PMC2719452/>.
- Pinney JM (1979): Smoking and Health: A Report of the Surgeon General. The Reports of the Surgeon General. Rockville: United States. Public Health Service. Office on Smoking and Health.
- Redecker T (2012): Der süchtige Hirnstamm. Eine neurobiologische Betrachtung der Abhängigkeitserkrankung. Berlin: Deutsche Hauptstelle für Suchterkrankungen.
- Rohmert W & Rutenfranz J (1975): Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Forschungsbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Rumpf H-J, Kiefer F & Suchttherapie (2011): DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. *SUCHT* 57(1), 45-48. DOI: 10.1024/0939-5911.a000072. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000072> [Abruf am: 2019/02/18].
- Seitz HK (2013): Alkoholabhängigkeit. Neubearb., 5., vollst. überarb. und neugestaltete Aufl. Suchtmedizinische Reihe. Hamm: DHS. ISBN: 978-3-937587-01-1.
- Shiffman S, Waters A & Hickcox M (2004): The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine Tob Res* 6(2), 327-348. DOI: 10.1080/1462220042000202481.
- Uhl A (2014): Was ist "Internetsucht" und wie verbreitet ist das Phänomen? *rausch* 3(1), 66-72.
- Uhl A & Kobra U (2012): Rauschtrinken bei Jugendlichen – Medienhype oder bedenkliche Entwicklung?

- Ulich E (2011): Arbeitspsychologie. Stuttgart: Schäffer Poeschel.
- United States. Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health (1964): Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. The Reports of the Surgeon General. Rockville: United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General.
- van den Eijnden RJJM, Lemmens JS & Valkenburg PM (2016): The Social Media Disorder Scale. Computers in Human Behavior 61, 478-487. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.038>. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563216302059>.
- Wartberg L, Kriston L & Thomasius R (2017): Prävalenz und psychosoziale Korrelate von Internet Gaming Disorder. Dtsch Arztebl International 114(25), 419-424. <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=190789>.
- Zendle D & Cairns P (2018): Video game loot boxes are linked to problem gambling: Results of a large-scale survey. PLOS One 13(11).