

Das Wichtigste im Überblick

1. BKK Umfrage „Gesundheit und Arbeit“

Allgemein

- Mehr als drei Viertel der Umfrageteilnehmer weisen eine gute oder sehr gute Arbeitsfähigkeit auf, bei 5,2% ist diese hingegen schlecht. 7,5% sehen durch die Arbeit ihre körperliche Gesundheit stark bzw. sehr stark gefährdet, (sehr) stark psychisch gefährdet sehen sich 12,2%. Bei 4,4% besteht gleichzeitig in beiden Bereichen eine Gefährdung.
- Rund neun von zehn Befragten sehen Gesundheitsförderung bei der Arbeit als wichtig oder sehr wichtig an. 43,8% geben an, dass es im Unternehmen Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung gibt, davon nutzen 61,3% solche Angebote auch persönlich.

Wirtschaftsgruppen

- Nur 61,3% der Beschäftigten in der Wirtschaftsgruppe Heime weisen eine gute bzw. sehr gute Arbeitsfähigkeit auf. Entgegengesetzt die Wirtschaftsgruppe Information und Kommunikation: Bei fast 80% ist die Arbeitsfähigkeit gut bis sehr gut. Beschäftigte in Heimen sehen außerdem häufiger sowohl ihre körperliche als auch psychische Gesundheit gefährdet: 14% geben gleichzeitig in beiden Bereichen eine (sehr) starke Gefährdung an.
- Starke Unterschiede bestehen beim Angebot von und der Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF): Über 60% der Beschäftigten in der Informations- und Kommunikationsbranche geben an, dass BGF-Maßnahmen angeboten werden, aber nur etwa jeder Zweite nimmt diese auch wahr. Andersherum bei den Wirtschaftsgruppen Gesundheitswesen und Heime, wo bei 50% der Arbeitgeber ein Angebot existiert, woran dann aber rund zwei Drittel der Beschäftigten teilnehmen.

Berufsgruppen

- Überdurchschnittlich hohe Anteile mit schlechter Arbeitsfähigkeit weisen die Beschäftigten der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege auf. Zusätzlich zeigt sich ein Alters- und Teilzeitbeschäftigungseffekt in den Pflegeberufen mit nochmals niedrigeren Arbeitsfähigkeitswerten bei den über 49-Jährigen in der Altenpflege sowie den Teilzeitkräften in der Gesundheits- und Krankenpflege.
- Mehr als jeder Fünfte in der Altenpflege (21,4%) sieht sich sowohl physisch als auch psychisch durch die Arbeit gefährdet, gegenüber dem Gesamtdurchschnitt (4,4%) sind dies fast fünfmal so viele Beschäftigte.
- Entsprechend ist die Teilnahmebereitschaft an BGF-Maßnahmen hoch, fast 80% in der Altenpflege nehmen an solchen Angeboten teil – sofern überhaupt ein solches Angebot vorhanden ist: Nur bei rund 43% der Befragten ist dies der Fall.

2. Arbeitsunfähigkeit

Allgemein

- Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten war gar nicht (38,3%) bzw. nur einmalig (26,6%) krankheitsbedingt arbeitsunfähig. Von den AUFällen wiederum sind nahezu zwei Drittel (66,5%) mit Kurzeiterkrankungen von maximal 7 Kalendertagen Dauer verbunden.
- Bei jungen Beschäftigten treten häufiger Kurzeiterkrankungen auf, während bei den älteren Beschäftigten krankheitsbedingte Arbeitsausfälle seltener, dafür aber langwieriger sind.
- Die Fehltagelänge der Beschäftigten haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Erfreulich ist, dass bei den Verletzungen und Vergiftungen seit 2011 ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist.

- Mehr als die Hälfte aller AU-Tage (56,0%) wird durch Muskel- und Skeletterkrankungen, Atemwegserkrankungen und psychische Störungen verursacht. Auch geht mehr als jeder zweite Krankengeldtag (55,6%) der Beschäftigten auf eine Muskel- und Skeletterkrankung bzw. psychische Störung zurück.
- Am langwierigsten sind die krankheitsbedingten Fehlzeiten der Beschäftigten bei psychischen Störungen mit einer durchschnittlichen Falldauer von 34,3 Tagen.
- Im Regionalvergleich zeigt sich ein deutliches Ost-West-Gefälle mit fast einer Kalenderwoche Unterschied zwischen den Fehltagen in Baden-Württemberg (13,7 AU-Tage) und Sachsen-Anhalt (21,2 AU-Tage).

Wirtschaftsgruppen

- Weibliche Beschäftigte in Heimen und im Sozialwesen weisen überdurchschnittlich viele Fehltag auf. In der Wirtschaftsgruppe Gesundheitswesen sind es die weiblichen Beschäftigten in den Krankenhäusern, welche die meisten Fehltag (18,2 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) aufweisen.
- AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen treten am häufigsten bei den weiblichen Beschäftigten in Pflegeheimen, in Altenheimen sowie in der sozialen Betreuung auf und zwar nahezu doppelt so häufig wie bei den beschäftigten Frauen insgesamt.
- Rückenschmerzen (M54) sind für Beschäftigten in Pflegeheimen, in Altenheimen und in der sozialen Betreuung die Hauptursache für Fehltag. Bei den Beschäftigten insgesamt ist diese Erkrankungsart erst auf Platz 2 nach den akuten Atemwegsinfektionen (J06) zu finden.
- Auch bei den psychischen Störungen sind überdurchschnittlich viele AU-Tage in den drei genannten Wirtschaftsgruppen vor allem bei den weiblichen Beschäftigten zu finden – fast doppelt so viele wie bei den weiblichen Beschäftigten insgesamt. Dies gilt auch für die depressive Episode (F32) und das Burn-out-Syndrom (Z73).

Berufsgruppen

- Im Mittel fallen 19,3 AU-Tage in den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen an – dieser Wert liegt mehr als 3 Fehltag über denen der Beschäftigten insgesamt. Über alle Altersgruppen hinweg liegen die Fehltag der Beschäftigten in den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen über dem Durchschnitt aller Berufstätigen. Mit stei-

gendem Alter nimmt dieser Unterschied sogar noch zu.

- Beschäftigte in der Altenpflege haben mit durchschnittlich 24,1 AU-Tagen mehr als eine Kalenderwoche höhere Fehlzeiten als alle Beschäftigten insgesamt (16,1 AU-Tage je Beschäftigten). Auch die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege liegen mit 19,3 AU-Tagen deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Dabei fallen Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenpflege im Mittel pro AU-Fall deutlich länger aus (13,7 bzw. 15,6 AU-Tage je Fall), als die Beschäftigten insgesamt (11,7 AU-Tage je Fall), und sind deutlich häufiger von Langzeiterkrankungen (Dauer > 6 Wochen) betroffen, als alle Beschäftigten insgesamt.
- Bei den Muskel- und Skeletterkrankungen sind in den Pflegeberufen die höchsten Fehlzeiten bei den Beschäftigten in der Altenpflege (6,6 AU-Tage) sowie der Gesundheits- und Krankenpflege (4,7 AU-Tage) zu finden. Beide Werte liegen deutlich über dem Bundesdurchschnitt (4,0 AU-Tage). Auch bei den psychischen Störungen haben die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege (3,4 AU-Tage) und der Altenpflege (4,5 AU-Tage) die meisten Fehltag, die ebenfalls deutlich über dem Wert aller Beschäftigten (2,3 AU-Tage) liegen.
- Mit mehr als 10 Kalendertagen zeigen sich die größten regionalen Variationen bei den Beschäftigten der Altenpflege zwischen Hamburg (19,1 AU-Tage) und Berlin (30,1 AU-Tage). Immerhin mehr als eine Kalenderwoche beträgt der regionale Unterschied zwischen den Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege in Baden-Württemberg (17,2 AU-Tage) und Brandenburg (24,6 AU-Tage). Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für die Krankheitsarten psychische Störungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen.
- Mit 4,7 AU-Tagen haben die Altenpflegerinnen mit deutlichem Abstand zu den Beschäftigten insgesamt (3,0 AU-Tage) die meisten Fehltag aufgrund psychischer Störungen. Bei den Muskel- und Skeletterkrankungen sind es die weiblichen Beschäftigten in den Pflegeberufen und auch hier wiederum die Altenpflegerinnen, die mit 7,0 AU-Tagen deutlich über dem Bundesdurchschnitt (3,7 AU-Tage) liegen.
- Im Altersgruppenvergleich zeigt sich für beide Pflegeberufe, dass zum einen deren Fehltag in nahezu allen Altersklassen über denen der Beschäftigten insgesamt liegt und sich zum anderen dieser Abstand mit zunehmendem Alter noch

vergrößert. Die Beschäftigten in der Altenpflege weisen über alle Altersgruppen die höchsten Werte auf. Bei den Über-65-Jährigen sind es sogar weit mehr als doppelt so viele AU-Tage wie bei den Beschäftigten insgesamt (43,4 AU-Tage vs. 16,3 AU-Tage).

- Spitzenreiter bei den Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen ist Berlin mit 8,5 AU-Tagen bei den Beschäftigten der Altenpflege und Thüringen mit 6,2 AU-Tagen bei den Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege. Insbesondere in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin haben die Beschäftigten der Altenpflege jeweils deutlich mehr (+2,7 bis +3,3) AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart, als die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege. Die wenigsten AU-Tage aufgrund dieser Diagnosehauptgruppe finden sich für die Gesundheits- und Krankenpflege in Hamburg (3,3 AU-Tage) und für die Altenpflege in Hessen (5,4 AU-Tage).
- Fehltag aufgrund psychischer Störungen zeigen bei den Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege ein deutliches Ost-West-Gefälle: Für in diesem Beruf Beschäftigte in Brandenburg sind doppelt so viele AU-Tage zu verzeichnen, wie für im gleichen Beruf Beschäftigte in Baden-Württemberg (5,4 vs. 2,6 AU-Tage). Bei den Beschäftigten der Altenpflege zeigt sich kein solches Ost-West-Gefälle, für diese Berufsgruppe findet man in Schleswig-Holstein die meisten Fehltag (7,4 AU-Tage), während die in Sachsen-Anhalt Beschäftigten am wenigsten wegen psychischer Störungen arbeitsunfähig sind (3,3 AU-Tage).

Berufsgruppen – weitere arbeitsweltliche Indikatoren

- Frauen in den Pflegeberufen weisen über alle Anforderungsniveaustufen hinweg deutlich höhere Fehltag auf als die weiblichen Beschäftigten insgesamt. Während bei den männlichen Altenpflegekräften, wie auch bei den Beschäftigten insgesamt, die AU-Tage mit zunehmendem Anforderungsniveau zurückgehen, bleiben sie bei den männlichen Gesundheits- und Krankenpflegern nahezu gleich hoch.
- Fehltag aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen treten besonders häufig bei den weiblichen Beschäftigten in den Pflegeberufen auf, wobei der Abstand zu den Beschäftigten insgesamt mit zunehmendem Anforderungsniveau immer größer wird. Altenpflegerinnen mit hoch komplexen Tätigkeiten haben sogar 3-mal so viele Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart, wie

alle Beschäftigten mit hoch komplexen Tätigkeiten insgesamt (4,8 vs. 1,6 AU-Tage).

- AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen liegen bei den Pflegeberufen für Männer und Frauen über alle Anforderungsniveaustufen zum Teil deutlich über den Fehltagen aller Beschäftigten insgesamt. Spitzenreiter sind mit durchschnittlich 6,2 AU-Tagen die weiblichen Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege mit hoch komplexen Tätigkeiten, ein Wert der mehr als doppelt so hoch ist, wie in der Vergleichsgruppe aller Beschäftigten mit gleichem Anforderungsniveau (2,3 AU-Tage).
- Gesundheits- und Krankenpfleger mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion haben gleich viele bzw. sogar mehr Fehltag als die sonstigen Fachkräfte.
- Bei den männlichen Führungskräften der Gesundheits- und Krankenpflege kommen im Vergleich zu allen Beschäftigten besonders häufig Fehltag aufgrund von Herz- und Kreislauf-erkrankungen vor (180 vs. 66 AU-Tage je 100 Beschäftigte), seltener hingegen bei den Führungskräften in der Altenpflege (41 AU-Tage je 100 Beschäftigte).
- Mehr als jeder fünfte Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege (22,9%) und nahezu jeder dritte Beschäftigte in der Altenpflege (32,9%) hat ein befristetes Arbeitsverhältnis, wesentlich mehr als bei den Beschäftigten insgesamt (14,6%).
- Bis auf die befristet in Vollzeit Beschäftigten, zeigen sich für alle anderen Vertragsformen annähernd die gleichen zum Teil weit über den Werten aller Beschäftigten liegenden Fehltag.
- Die hohen Fehlzeiten der (vorrangig) weiblichen befristet in Teilzeit Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege (20,8 AU-Tage) bzw. in der Altenpflege (26,5 AU-Tage) können als Indikator für die gesundheitlichen Auswirkungen prekärer Beschäftigung gewertet werden.
- Beschäftigte in den Pflegeberufen, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, weisen mehr Fehltag auf als solche mit einer regulären Anstellung.
- Bei weiblichen Gesundheits- und Krankenpflegern ist der Unterschied bei den Fehltagen zwischen beiden Anstellungsformen mit fast 5 Kalendertagen am größten (24,6 vs. 19,9 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Differenzen in gleicher Richtung sind auch für AU-Tage aufgrund Muskel- und Skeletterkrankungen, psychischen Störungen und Verletzungen/Vergiftungen feststellbar.

3. Ergebnisse aus anderen Leistungsbereichen

Ambulante Versorgung

- Fast jedes zweite beschäftigte Mitglied war im Jahr 2015 wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt, fast genauso viele waren es aufgrund von Atemwegserkrankungen.
- Muskel-Skelett-Erkrankungen nehmen mit höherem Alter deutlich zu, rund 7 von 10 Frauen und mehr als 6 von 10 Männern zwischen 60 und 64 Jahren bekamen solche Diagnosen gestellt.
- Alters- und Geschlechtseffekt bei psychischen Störungen: Diese werden mit steigendem Alter häufiger diagnostiziert, über alle Altersgruppen hinweg sind Frauen häufiger betroffen als Männer.
- Die Inanspruchnahme bei den Beschäftigten des Gesundheitswesens schwankt regional sehr stark, zwischen 78,5% (Sachsen) und 93,1% (Bremen).
- Der Anteil der Beschäftigten in Pflege- und Altenheimen älter als 49 Jahre, die aufgrund psychischer Störung Ärzte oder Therapeuten konsultieren, ist gegenüber dem Durchschnitt aller Beschäftigten um rund 10 Prozentpunkte höher.
- Beschäftigte in medizinischen Gesundheitsberufen weisen die höchste Inanspruchnahme ambulanter Versorgung auf, fast 92% haben mindestens einmal einen Arzt oder Therapeuten konsultiert.
- Den größten Anteil Beschäftigter, die eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben, weisen die Altenpfleger/-innen auf – fast 41% haben eine solche Diagnose gestellt bekommen.
- Ähnlich wie im AU-Geschehen sind es die Frauen in der Altenpflege, von denen überdurchschnittlich viele aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in Behandlung sind.
- Bei den Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege nehmen diejenigen, die hoch komplexe Tätigkeiten verrichten, ambulante Versorgung häufiger als Beschäftigte mit anderen Anforderungsniveaus aufgrund psychischer Störungen (36%) bzw. Muskel-Skelett-Erkrankungen (51%) in Anspruch.
- In Vollzeit beschäftigte Altenpflegekräfte – befristet genauso wie unbefristet – sind häufiger aufgrund psychischer Störungen in ambulanter Behandlung, die Differenz zu allen Beschäftigten in gleichem Arbeitsverhältnis beträgt mehr als 12 Prozentpunkte.

Stationäre Versorgung

- Die weitaus meisten Tage in stationärer Behandlung werden aufgrund psychischer Störungen verursacht. Bei berufstätigen Frauen sind mehr Behandlungstage aufgrund dieser Krankheitsart als bei Männern zu verzeichnen.
- Bei 50- bis 54-jährigen ist die Anzahl der Krankenhaustage pro Kopf aufgrund psychischer Störungen am höchsten, wohingegen diese Zahl bei Beschäftigten ab 60 Jahren sehr deutlich abnimmt. Es ist zu vermuten, dass dies daher rührt, dass in letztgenannten Altersgruppen die besonders stark Betroffenen vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Jenseits der 60 Jahre sind Muskel-Skelett-Erkrankungen häufiger als psychische Störungen als Behandlungsdiagnose bei Beschäftigten zu finden. Hiervon sind beide Geschlechter etwa gleichermaßen betroffen.
- Die Beschäftigten in Heimen weisen hohe Fallzahlen stationärer Behandlung auf, entsprechend ist auch die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen hoch, diese ist zum Beispiel fast um drei Viertel höher als bei Beschäftigten der IT- Dienstleistungsbranche (1.219 vs. 701 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Besonders viele Behandlungstage sind bei Beschäftigten in Heimen im Saarland erfolgt (1.612 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), demgegenüber waren es rund ein Drittel weniger in Sachsen und Schleswig-Holstein.
- Bei den unter 25-jährigen Beschäftigten sind in Pflege- und Altenheimen pro Kopf mehr als doppelt so viele Behandlungstage im Vergleich zum Durchschnitt aller Beschäftigten dieses Alters erfolgt (622 bzw. 573 vs. 237 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe weisen überdurchschnittlich viele Tage in stationärer Behandlung je Beschäftigte auf (1.113 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Besonders hoch ist für diese Berufsgruppe die durchschnittliche Anzahl an Krankenhaustagen im Saarland (1.577 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), nur halb so viele sind es dagegen in Berlin (798 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Beschäftigte in den Pflegeberufen weisen insgesamt deutlich überdurchschnittlich viele Krankenhaustage wegen psychischen Störungen auf (Gesundheits- und Krankenpflege: 458 KH-Tage bzw. Altenpflege: 523 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte vs. Beschäftigte insgesamt: 261 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Männliche Pflegekräfte sind – anders als Männer insgesamt – mehr Tage

(etwa +15%) in stationärer Behandlung gewesen als Pflegerinnen.

- Altenpflegerinnen sind außerdem überdurchschnittlich viele Tage wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen im Krankenhaus (143 vs. 101 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
 - Helfer sind gegenüber Fachkräften häufiger in stationärer Behandlung, besonders groß ist die Differenz bei den psychischen Störungen (332 vs. 269 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
 - Bei Fachkräften in der Altenpflege treten etwa drei Viertel mehr Krankenhaustage aufgrund psychischer Störungen auf (477 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) als beim Durchschnitt aller Fachkräfte. Die Werte liegen somit sogar über denen der Helfer in der Altenpflege.
 - Anders als in der ambulanten Versorgung treten in der stationären Versorgung bei Pflegekräften mit befristender Vollzeitstellung erheblich mehr Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen auf – rund doppelt so viele Krankenhaustage wie bei allen Beschäftigten in einem solchen Arbeitsverhältnis (> 570 vs. 289 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Hohe Verordnungsmengen von Arzneimitteln mit Wirkung auf das Nervensystem für Beschäftigten in Pflegeheimen sowie in Altenheimen (jeweils 37 DDD je Beschäftigten): Dabei sind diese 50% über den durchschnittlichen Mengen für alle Beschäftigten der jeweiligen Altersgruppe.
 - Bei Muskel-Skelett-Medikamenten sind bei den Beschäftigten in Pflegeheimen und Altenheimen ebenfalls die Verordnungsmengen kontinuierlich über dem jeweiligen Gesamtdurchschnitt je Altersgruppe, allerdings in einem deutlich geringeren Ausmaß (im Mittel 20%).
 - Die Beschäftigten in medizinischen Gesundheitsberufen allgemein sowie insbesondere die in Gesundheits- und Krankenpflegeberufen erhalten insgesamt weniger Arzneimittelverordnungen als der Durchschnitt aller Beschäftigten.
 - Allerdings werden bei den Beschäftigten Kranken- und Altenpflegekräften überdurchschnittlich viele Arzneimittel mit Wirkung auf das Nervensystem verordnet, am meisten bei den Altenpflegerinnen im Alter von 50 Jahren und älter mit rund 51 Tagesdosen je beschäftigtes Mitglied.
 - Männer beider Pflegeberufsgruppen bekommen mehr Nervensystem-Medikamente verordnet, Gesundheits- und Krankenpfleger dagegen weniger Muskel-Skelett-Medikamente als der Gesamtdurchschnitt der Männer.

Arzneimittelverordnungen

- Rund 27% der Beschäftigten haben Antiinfektiva verordnet bekommen, damit ist diese Arzneimittelart am verbreitetsten. Aber auch fast ein Viertel hat Medikamente mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem verschrieben bekommen.
- Die Verordnungsmengen der Muskel-Skelett-Medikamente steigen kontinuierlich mit zunehmendem Alter. Dies gilt für beide Geschlechter, wobei Männer jenseits des 55. Lebensjahrs gegenüber gleichaltrigen Frauen größere Mengen verordnet bekommen.
- Weibliche Beschäftigte bekommen mehr Tagesdosen von Arzneimitteln mit Wirkung auf das Nervensystem verordnet im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen. Die Verordnungsmengen steigen bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter, ab 60 Jahre werden diese aber wieder geringer.
- Beschäftigte in Heimen bekommen rund 16% mehr Tagesdosen als der Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten (273 DDD je Beschäftigten) verordnet, Beschäftigte des Gesundheitswesens hingegen rund 10% weniger Tagesdosen als der Gesamtdurchschnitt.
- Auch in den Pflegeberufen sind die Verordnungsmengen bei Beschäftigten mit Helfertätigkeiten am größten (Gesundheits- und Krankenpflege 35 DDD bzw. Altenpflege 37 DDD je Beschäftigten). Aber auch bei den Pflegekräften mit hoch komplexen Tätigkeiten (jeweils rund 32 DDD je Beschäftigten) sind im Vergleich zu allen Beschäftigten mit gleichem Anforderungsniveau die Tagesdosis mengen besonders hoch.
- Teilzeitkräfte – befristet genauso wie unbefristet – bekommen auffallend viele Arzneimittel verordnet. Das gilt auch für die Pflegeberufe.
- Eine große Differenz ist aber bei den unbefristet in Vollzeit arbeitenden Gesundheits- und Krankenpflegekräften gegenüber allen in solchem Arbeitsverhältnis Arbeitenden zu finden: Über 80% mehr Tagesdosen von Medikamenten mit Wirkung auf das Nervensystem werden diesen verordnet (37 vs. 20 DDD je beschäftigtes Mitglied).

4. Schlussfolgerung und Ausblick

Vor dem Hintergrund der großen Bedeutung des Gesundheitswesens und insbesondere der Pflegeberufe – zusammen rund 1,5 Mio. Beschäftigte in der Gesundheits- und Kranken- bzw. Altenpflege, hohe Wachstumsquoten gerade in diesen Bereichen – wird Handlungsbedarf sichtbar. So braucht es mehr Anerkennung für diese anspruchsvolle Arbeit, nicht zuletzt auch auf Ebene der grundlegenden Rahmenbedingungen der Pflegearbeit – hin zu gut ausgebildeten, mit Kompetenzen ausgestatteten, angemessen bezahlten Pflegemitarbeitern (siehe dazu auch **III** Fazit von Franz Knieps). Aber auch in der alltäglichen Arbeit bedarf es der Erkenntnis, dass die Förderung der Mitarbeitergesundheit zu allererst Führungsauf-

gabe ist. Dadurch bekommt das Thema einen Stellenwert, der nach innen (Führung vermittelt Anerkennung und Wertschätzung, höhere Mitarbeiterbindung an das Unternehmen, höhere Qualität etc.) wie nach außen (z.B. bei der Personalsuche und allgemein in der Außendarstellung, höhere Zufriedenheit von Patienten/Bewohnern/Angehörigen) wirkt. Hierzu führen die Gastautoren- und Interviewbeiträge (**III** Kapitel 4) sehr gut und praktisch vor Augen, dass es sich lohnt, Gesundheitsförderung – auch in kleinen Betrieben – zu betreiben. Zudem wird darin auch die Vielfältigkeit der Möglichkeiten deutlich, die von einfachen, schnellen Änderungsansätzen bis zur umfassenden Unterstützung durch Unfall- und Betriebskrankenkassen reicht.

Methodische Hinweise

Datenbasis

Für den BKK Gesundheitsatlas 2017 wurden primär die Daten aus dem Berichtsjahr 2015 verwendet. Insgesamt wurden die Daten von 4,4 Mio. beschäftigten Mitgliedern ausgewertet, dies entspricht einem Anteil von 14,3% an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland.

Versichertendaten

Die für den Gesundheitsatlas verwendeten Versichertendaten stammen aus dem sogenannten Versichertenkurzsatz, der quartalsweise von den Kassen übermittelt wird und für die notwendigen Versichertenmerkmale die zugehörigen Versichertenzeiten abbildet.

Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten

Die für den Gesundheitsatlas verwendeten Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten basieren auf den quartalsweisen Datenlieferungen der Kassen im Rahmen der Erstellung der Leistungsstatistiken (KG2, KG8).

Arzneimitteldaten und Daten der ambulanten Versorgung

Die Arzneimitteldaten basieren auf Datenlieferungen der Apothekenrechenzentren gemäß den Vereinbarungen zum Datenaustausch mit den Leistungserbringern (DALE). Analog werden die Daten der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt.

Weitere Datenquellen

Als weitere Quellen wurden herangezogen:

- Klassifikationen, veröffentlichte Daten und Auswertungen des Statistischen Bundesamtes
- amtliche Statistiken der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- Daten und Schlüsselverzeichnisse der Bundesagentur für Arbeit

- aktuelle Klassifikationsverzeichnisse des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Methodik

Datenselektion/betrachteter Zeitraum

Für den BKK Gesundheitsatlas werden alle im Jahr 2015 beendeten Leistungsfälle der teilnehmenden Betriebskrankenkassen selektiert und mit den für 2015 ermittelten Versichertendaten ins Verhältnis gesetzt.

- Die Versichertendaten werden aus den im Versichertenkurzsatz angegebenen Versichertenzeiträumen ermittelt und bilden für jeden Versicherten die Versichertenzeiten für das betrachtete Datenjahr, differenziert nach unterschiedlichen Versichertenmerkmalen wie z.B. Versicherten-Gruppe, Wohnort, Berufs- oder Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit, ab.
- Das Auswahlkriterium bei den Arbeitsunfähigkeits- sowie bei den Krankenhausdaten ist ein Fallabschluss im Jahr 2015, also das Ende der Arbeitsunfähigkeit (AU) bzw. des Krankenhausaufenthaltes (KH) im Untersuchungszeitraum. Für beide Leistungsfallarten gelten die inhaltlichen Bestimmungen der amtlichen KG2 bzw. KG8 Statistiken in denen die Falldauer über den angegebenen Zeitraum zwischen Fall-Beginn und Fall-Ende (in Kalendertagen) ermittelt wird. Für die Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage im Gesundheitsatlas gilt es zusätzlich zu beachten: Es wird stets die volle Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Kalendertagen berücksichtigt, d.h., die Meldefälle enthalten sowohl den Zeitraum der Entgeltfortzahlung als auch Krankengeldzeiten. Ebenso werden Arbeitsunfälle in dieser Statistik berücksichtigt, obwohl hier die Unfallversicherung leistungspflichtig ist. Zu den AU-Zeiten ist

einschränkend zu erwähnen, dass Kurzzeiterkrankungen bis zu drei Tagen nur teilweise enthalten sind, da sie nicht immer mit einer ärztlichen Bescheinigung nachgewiesen und somit in den Leistungsdaten dokumentiert werden.

Für die Krankenhausfälle und -tage im Gesundheitsatlas gilt zusätzlich zu beachten: Hier werden nur die stationären bzw. teilstationären KH-Fälle berücksichtigt. Fälle von stationären Entbindungen werden erst ab dem 7. Tag als KH-Fall mit den zugehörigen KH-Tagen einbezogen. KH-Tage werden bei den vorliegenden Auswertungen stets inklusive der Aufnahme- und Entlassungstage gezählt. Insofern weichen die hier berichteten Kennwerte von der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes aufgrund der unterschiedlichen Methodik ab und sind nur eingeschränkt miteinander vergleichbar.

Generell sind in den Arbeitsunfähigkeits- bzw. Krankenhausdaten Mutterschaft, Heilverfahren (Kuren) oder Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes nicht enthalten.

- Bei den Arzneimitteldaten werden alle Einzelverordnungen von apothekenpflichtigen Arzneimitteln – (ausgenommen Hilfsmittel) – berücksichtigt, deren Verordnungsdatum im Jahr 2015 gelegen hat. Ausgeschlossen werden dabei Zahnarztverordnungen. Die hier berichteten Kennzahlen basieren ausschließlich auf Verordnungen aus dem ambulanten Sektor, da im stationären Bereich aufgrund der Abrechnung über Fallpauschalen in der Regel keine gesonderten Daten für Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen vorliegen.
- Bei den ambulanten Diagnosen fließen alle Einzelfallnachweise aus dem Jahr 2015 mit einer gültigen Diagnose in die Auswertungen ein. Sowohl für die Arzneimitteldaten als auch für die ambulanten Diagnosen gilt es zu beachten, dass Aufgrund der Einführung eines neuen Versicherten-Pseudonyms im Datenjahr 2012 und einer damit einhergehenden verbesserten Zuordnung der Leistungsdaten zu den entsprechenden Versichertenmerkmalen ein Vergleich der aktuellen Ergebnisse nicht mehr uneingeschränkt mit denen in vorherigen Berichtsjahren möglich ist.

Darstellungsmerkmale, Kenngrößen und verwendete Datenschlüssel

Es werden die vorliegenden Versicherten- und Leistungsdaten nach verschiedenen Darstellungsmerkmalen wie z.B. ICD-Diagnosegruppen, Alter, Ge-

schlecht, Bundesland, aber auch nach arbeitsweltbezogenen Merkmalen wie Wirtschaftsgruppe, Berufsgruppe oder Betriebsgröße zusammengefasst. Hierbei sind einige Besonderheiten zu beachten:

- Die Ergebnisdarstellung nach Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen erfolgt entsprechend der ICD-10 GM 2015 (DIMDI) nach Kapiteln, Gruppen oder Einzeldiagnosen. Die Diagnosen liegen dafür in den entsprechenden Leistungsdaten nach der internationalen Diagnoseklassifikation ICD-10 GM (siehe aktuelles Klassifikationsverzeichnis des DIMDI) verschlüsselt vor. Bei den AU-Daten wird zu jedem Arbeitsunfähigkeitsfall nur eine Haupt- oder erstgenannte Diagnose der AU-Bescheinigung ausgewertet. Bei den KH-Daten findet entsprechend die jeweils erstgenannte Entlassungsdiagnose Verwendung und für die ambulante Versorgung werden nur gesicherte Diagnosen berücksichtigt.
- Eine Darstellung der Arzneimittelergbnisse erfolgt entsprechend der Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC; DIMDI) nach anatomischen Hauptgruppen sowie nach therapeutischen Untergruppen.
- Für die regionale Gliederung der Daten wird der aktuelle Kreis-Gemeindeschlüssel (Statistisches Bundesamt) genutzt.
- Zur Darstellung der arbeitgeberbezogenen Merkmale wie Wirtschaftsgruppen und Betriebsgrößenklassen wird auf entsprechende Daten des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen. Der Einteilung der Wirtschaftsgruppen liegt die in der amtlichen Arbeitsmarktstatistik seit 2008 gebräuchliche Systematik der Wirtschaftszweige (WZ 2008; Statistisches Bundesamt) zugrunde.
- Die berufsbezogenen Informationen ergeben sich aus den im Meldeverfahren nach der Datenerfassungs- und Datenübermittlungsverordnung (DEÜV) an die Krankenkassen weitergeleiteten Tätigkeitsschlüsseln. Die Zusammenfassung der Berufsgruppen erfolgt entsprechend der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) der Agentur für Arbeit nach Berufssektoren, -segmenten und Berufsgruppen. Neben der ausgeübten Tätigkeit des Beschäftigten, enthält der KldB-Schlüssel noch weitere relevante Information, z.B. zum höchsten schulischen bzw. beruflichen Abschluss, zum Anforderungsniveau der Tätigkeit, zur Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung und zur Vertragsform.

Für insgesamt 1,3% der beschäftigten BKK Mitglieder liegen im Berichtsjahr 2015 keine validen Angaben zum Tätigkeitsschlüssel vor. In den

arbeitsweltlichen Analysen wird diese Gruppe deshalb nicht separat betrachtet, geht aber grundsätzlich in die Berechnungen zu den jeweiligen Gesamtwerten für die Beschäftigten ein.

Bei den ermittelten Kenngrößen ist Folgendes anzumerken:

- Bei den berichteten Arbeitsunfähigkeitstagen handelt es sich stets um Kalendertage und nicht um betriebliche Ausfall-/Arbeitstage. In einer Annäherung können die betrieblichen Fehlzeiten durch einen Gewichtungsfaktor (bei einer Richt-

größe von 220 Arbeitstagen pro Kalenderjahr: 220 dividiert durch 365) bestimmt werden.

- Bei dem Krankenstand handelt es sich um eine berechnete Kenngröße aus der Zahl der AU-Tage je BKK Mitglied in Bezug auf den betrachteten Zeitraum. So erhält man den Krankenstand eines Jahres rechnerisch aus der Anzahl der AU-Tage je Mitglied im Jahr 2015 dividiert durch 365 Kalendertage (als Prozentwert: $\times 100$).

Die Kenngrößen AU-/KH-Fälle oder AU-/KH-Tage je Mitglied werden in Bezug zu den Versichertenzeiten berechnet, bezeichnen also die AU-/KH-Häufigkeit und die AU-/KH-Dauer pro Versichertenjahr.

Das Gesundheitswesen – Branchen und Beschäftigte

Gesundheitswesen als Teil der Gesundheitswirtschaft

- Jeder sechste Beschäftigte in Deutschland ist aktuell in der Gesundheitswirtschaft tätig, mehr als Dreiviertel davon (5,3 Mio.) sind dem Gesundheitswesen im engeren Sinne zuzuordnen.
- Zwischen den Jahren 2000 und 2015 ist die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen um 27% gestiegen. Das Gesundheitswesen zählt somit zu den stärksten Wachstumsbranchen in Deutschland.

Mit Gesundheit befassen sich viele verschiedene Bereiche und Unternehmen in Deutschland, wobei die Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen einen wichtigen Teil darstellt. Der erweiterte Bereich der sogenannten Gesundheitswirtschaft ist wie folgt definiert: „Gesundheitswirtschaft umfasst die Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen.“ [1]. Hierzu zählen neben dem Kernbereich des Gesundheitswesens viele weitere Wirtschaftsgruppen, wie zum Beispiel die Herstellung von Medizinprodukten und Arzneimitteln aber auch der Fitness- und Wellnessbereich, der Gesundheitstourismus sowie auch die Sozialversicherungsträger und deren Verbände (»» Abbildung 1).

Insgesamt waren im Jahr 2015 ca. 7 Millionen Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft tätig, d.h. nahezu jeder sechste Berufstätige in Deutschland ist in einer der oben genannten Wirtschaftsgruppen beschäftigt. Allein davon sind 5,3 Millionen Beschäftigte dem Gesundheitswesen zuzuordnen, was in etwa jedem achten Beschäftigten in Deutschland insgesamt entspricht. Die Mehrzahl (4,1 Mio.) hiervon ist in ambulanten bzw. stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zu finden. In den vergangenen Jahren hat es allein im Gesundheitswesen einen rasanten Anstieg der Beschäftigungszahlen gegeben, der zwischen den Jahren 2000 und 2015 mehr als 27% beträgt. Die Gesundheitswirtschaft ins-

gesamt sowie im Speziellen auch das Gesundheitswesen zählen somit zu den wichtigsten Wachstumsbranchen in Deutschland.

Eine Gesamtbetrachtung der Gesundheitswirtschaft, wie oben dargestellt, würde aufgrund der Mannigfaltigkeit und Komplexität den Rahmen dieser Publikation bei Weitem sprengen. Deshalb fokussieren sich die folgenden Ausführungen vor allem auf die Unternehmen bzw. die Beschäftigten, die dem Gesundheitswesen im engeren Sinne zuzuordnen sind und somit den Hauptteil der Berufstätigen in der Gesundheitswirtschaft abbilden.

Das Gesundheitswesen und dessen Beschäftigte

- Mit insgesamt 3,2 Mio. sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bilden die medizinischen und die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe insgesamt die zweitgrößte Beschäftigtengruppe in Deutschland.
- Jeweils mehr als jeder Zehnte davon ist bei einer Betriebskrankenkasse versichert.

Im Folgenden soll nun das Gesundheitswesen mit seinen Wirtschaftsgruppen und Beschäftigten betrachtet werden. Die hier berichteten Kennzahlen beziehen sich ausschließlich auf sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (im Weiteren Beschäftigte genannt) und können dadurch von den im vorherigen Abschnitt genannten Angaben abweichen (bestimmte Personengruppen wie z.B. Selbstständige, Beamte, geringfügig Beschäftigte usw. sind nachfolgend nicht enthalten). Dies gilt auch und insbesondere in den Auswertungen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»» Kapitel 2) als auch für die ausgewählten anderen Leistungsbereiche (»» Kapitel 3).

Ende 2015 gab es in Deutschland 31,1 Mio. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Davon ist jeder siebte Beschäftigte (14,1%) bei einer BKK versichert,