



Schumann / Marschall / Hildebrandt / Nolting

Gesundheitsreport 2022.

Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten.

Risiko Psyche: Wie Depressionen, Ängste
und Stress das Herz belasten.

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 39)
Andreas Storm (Herausgeber)

Gesundheitsreport 2022

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 39)

Gesundheitsreport 2022

Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten

Risiko Psyche: Wie Depressionen, Ängste und Stress das Herz belasten

Herausgeber:

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit

DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg

Autoren:

Maria Schumann, Jörg Marschall, Susanne Hildebrandt, Hans-Dieter Nolting

unter Mitarbeit von

Elena Burgart

Santiago Celorio Galán

Ariane Höer

Tobias Woköck

IGES Institut GmbH

Friedrichstr. 180, D-10117 Berlin

Redaktion

Martin Kordt

DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27–31, D-20097 Hamburg

E-Mail: martin.kordt@dak.de

Hamburg

April 2022

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2022 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-86216-919-1

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

eBook: Strassner ComputerSatz, Heidelberg
Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn
Titelbilder: Mann: © istockphoto/filadendron; Herz: © istockphoto/MarsBars
Titelbildgestaltung: Natalia Degenhardt
Printed in Germany

Vorwort

Der Herzinfarkt, die koronare Herzkrankheit und andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind nach wie vor die häufigste Todesursache bei Frauen und Männern in Deutschland. Auch wenn sich das Krankheitsgeschehen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorwiegend nach dem Erwerbsleben abspielt, ist das Thema für alle jüngeren Altersgruppen relevant, weil sich die koronare Herzkrankheit über viele Jahre entwickelt und diese Entwicklung stark abhängig vom individuellen Risiko ist.

Die frühzeitige Kontrolle von Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, hohe LDL-Cholesterinwerte oder starkes Übergewicht macht die Herzgesundheit zu einem Thema der Prävention und Gesundheitsförderung – insbesondere in der Gruppe der Erwerbstätigen. Auch wenn sie mehrheitlich noch nicht von Herzproblemen betroffen sind, so trägt doch die Mehrheit der Erwerbstätigen mindestens einen dieser klassischen Risikofaktoren.

Vermeehrt finden heute auch psychische Risikofaktoren Aufmerksamkeit. Sie erscheinen in einer sich wandelnden Arbeitswelt mit Digitalisierung und hochspezialisiertem Arbeiten unter Pandemie-Bedingungen relevanter als je zuvor: Wir betrachten deshalb in diesem Report Depressionen, Angst- und Panikstörungen einmal genauer und analysieren mit der sogenannten Gratifikationskrise auch eine besondere Form von negativem Arbeitsstress. Als Gratifikationskrise wird ein Ungleichgewicht von Verausgabung bei der beruflichen Tätigkeit und Belohnung in Form von Gehalt, Anerkennung und Arbeitsplatzsicherheit bezeichnet. Ein Fünftel der Beschäftigten in Deutschland hat mindestens einen dieser psychischen Risikofaktoren. Depressionen, Ängste und chronischer Arbeitsstress sind bereits für sich genommen für die Betroffenen eine große Belastung, aber sie können buchstäblich ans Herz gehen! Psychische Probleme dürfen deshalb in der Arbeitswelt kein Tabu bleiben.

Durch das frühzeitige Erkennen der individuellen Risikofaktoren kann viel für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen getan werden. Neben den Angeboten der Krankenkassen zur Primärprävention und den Gesundheitsuntersuchungen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sind die Angebote im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements von Bedeutung. In Zeiten hoher Arbeitsverdichtung und Effizienzsteigerung hat jedoch weniger als die Hälfte der Beschäftigten über ihre Firma einen Zugang zu gesundheitsfördernden Maßnahmen.

Angesichts der Bedeutung psychischer Risikofaktoren wird umso klarer, wie sehr es auf ein gesundes Miteinander auch in Betrieben ankommt. Um dafür zu sorgen, sind zuerst Arbeitgeber und betriebliche Akteure in der Verantwortung, einen gesundheitsförderlichen Rahmen für die Arbeit zu schaffen: Komplexe Themen wie Fehler-

und Führungskultur, chronischer Zeitdruck, Überforderung und andere psychosoziale Belastungen sollten sie noch bewusster angehen und bekämpfen. Wir präsentieren diesen Gesundheitsreport verknüpft mit dem Appell an die Arbeitgeber, ihre Bemühungen um die Förderung insbesondere der psychischen Gesundheit ihrer Beschäftigten weiter zu verstärken.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Andreas Storm', with a stylized, cursive script.

Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Hamburg, April 2022

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Zusammenfassung der Ergebnisse	IX
Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport	XI
1. Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2021	1
2. Arbeitsunfähigkeiten im Überblick	3
2.1 Der Krankenstand	3
2.2 Betroffenenquote	8
2.3 Häufigkeiten von Arbeitsunfähigkeiten	9
2.4 Durchschnittliche Falldauer	10
2.5 Krankenstand nach Alter und Geschlecht	12
3. Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten	15
3.1 Die wichtigsten Krankheitsarten	15
3.2 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht	19
3.3 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen	21
3.4 Die wichtigsten Einzeldiagnosen	23
3.5 Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen	27
4. Schwerpunktthema 2022 – Risiko Psyche: Wie Depressionen, Ängste und Stress das Herz belasten	28
4.1 Hintergrund und Aufbau des Schwerpunktthemas	28
4.2 Epidemiologie ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland	34
4.3 Herz-Kreislauf-Geschehen bei Erwerbstätigen	54
4.4 Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	68
4.5 Prävention und Gesundheitsförderung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	96
4.6 Zusammenfassung	133
5. Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	136
6. Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern	140
7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	148
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen	150
Anhang II: Tabellen	152
Anhang III: Fragebogen für Expertinnen und Experten	168
Abbildungsverzeichnis	172
Literaturverzeichnis	181

Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Jahr 2021 ist der Krankenstand, nach einem leichten Rückgang im Vorjahr, erneut leicht gesunken. Der Krankenstand im Jahr 2021 lag damit bei 4,0 Prozent (2020: 4,1 Prozent).

Gesamtkrankenstand weiter leicht gesunken

Die Betroffenenquote lag 2021 bei 42,7 Prozent. Dies bedeutet, dass für weniger als jeden Zweiten eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Im Jahr 2021 ist die Betroffenenquote etwas gesunken (2020: 44,5 Prozent).

Betroffenenquote

Die Erkrankungshäufigkeit ist mit 102,8 Fällen pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr gesunken (2020: 104,6 Arbeitsunfähigkeitsfälle). Die durchschnittliche Falldauer ist ebenfalls leicht gesunken. Sie beträgt im Jahr 2021 14,1 Tage (2020: 14,4 Tage).

Fallhäufigkeit und -dauer

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Erkrankungen sowie Verletzungen entfielen 2021 mehr als die Hälfte (54,6 Prozent) aller Krankheitstage:

Wichtigste Krankheitsarten

- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lagen mit 336,8 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versichertenjahre nach wie vor an der Spitze aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit rund 331,5 Tagen etwas weniger Fehltage auf diese Diagnose.

Muskel-Skelett-Erkrankungen

- Psychische Erkrankungen lagen mit einem Anteil von rund 19,0 Prozent hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an zweiter Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr gab es hier erneut einen Zuwachs bei der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage (von 264,6 auf 275,9 Tage pro 100 Versichertenjahre). Die Fallhäufigkeit stieg im Vergleich zum Vorjahr auf 7,0 Fälle an (6,8 Fälle pro 100 Versichertenjahre in 2020).

Psychische Erkrankungen

- Verletzungen verursachten 12,4 Prozent des Krankenstandes und liegen somit erstmalig auf Platz drei. 2021 gab es aufgrund von Verletzungen 10,0 Erkrankungsfälle und 180,1 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre. Das ist etwas mehr als noch im Vorjahr (2020: 174,4 AU-Tage).

Verletzungen

- Die mit Abstand deutlichste Veränderung ergab sich 2021 bei den Atemwegserkrankungen. Durch einen Rückgang von 212,6 Fehltagen pro 100 Versichertenjahre in 2020 auf nur noch 146,3 in 2021 liegen Atemwegserkrankungen mit einem Anteil von 10,1 Prozent nur noch auf dem vierten Platz.

Atemwegserkrankungen

Die Branche „Gesundheitswesen“ lag mit einem Krankenstandswert von 4,7 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 3,0 Prozent.

Branche „Gesundheitswesen“ an der Spitze beim Krankenstand

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern stellen sich folgendermaßen dar: In den westlichen Bundesländern (mit Berlin) betrug

Unterschiede zwischen den Bundesländern der Krankenstand durchschnittlich 3,8 Prozent, in den östlichen Bundesländern 5,0 Prozent. In den westlichen Bundesländern streute der Krankenstand zwischen dem niedrigsten Wert in Höhe von 3,3 Prozent in Baden-Württemberg und dem höchsten im Saarland mit 4,7 Prozent. Sachsen-Anhalt stand 2021 mit einem Wert von 5,3 Prozent an der Spitze des Krankenstandsgeschehens der Bundesländer insgesamt und in den östlichen Bundesländern. Hier erzielte Sachsen mit einem Krankenstand von 4,5 Prozent den niedrigsten Wert.

Zusammenfassung Schwerpunkt

Die Analysen der ambulanten und stationären Behandlungsdaten zeigen, dass Erwerbstätige eher selten von der koronaren Herzkrankheit, dem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall betroffen sind. Von 2015 bis 2020 ist ein rückläufiger Trend im Herz-Kreislauf-Geschehen bei Erwerbstätigen zu beobachten. Analysen der Beschäftigtenbefragung zeigen, dass Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Erwerbsbevölkerung weit verbreitet sind. Dazu zählen neben den körperlichen Risikofaktoren und solchen des Gesundheitsverhaltens auch psychische Risikofaktoren. Im Erkrankungs-geschehen und auch in der Verbreitung der Risikofaktoren sind Unterschiede nach Alter, Geschlecht und dem Sozialstatus zu beobachten: So steigen die Prävalenzen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit dem Alter an, Männer sind häufiger betroffen als Frauen, und Erwerbstätige mit einem niedrigen Sozialstatus (gemessen über das Tätigkeitsniveau, den schulischen oder beruflichen Abschluss) weisen höhere ambulante und stationäre Behandlungsquoten sowie ein gefährlicheres Risikoprofil auf, im Vergleich zu denen der höheren Sozialstatusgruppen. Mit Blick auf die Gesundheitsförderung und Prävention zeigt sich, dass nicht alle Beschäftigte Zugang zu betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) haben (39 Prozent der Frauen, 48 Prozent der Männer). Ist ein solcher vorhanden, nehmen immerhin 42 Prozent der Beschäftigten Angebote der BGF wahr. Durch Präventionsangebote der Krankenkassen wurden 20 Prozent der Frauen und 11 Prozent der Männer innerhalb der letzten zwei Jahre erreicht. Die höchsten Teilnahmequoten erzielten Angebote zu Bewegung und Fitness und – unter Frauen – Angebote zur Stressbewältigung und Entspannung. Die Gesundheitsuntersuchung („Check-up“) wurde von Frauen im Alter ab 40 zwischen 50 und 60 Prozent und bei den gleichaltrigen Männern zwischen 39 und 49 Prozent innerhalb der letzten drei Jahre in Anspruch genommen. Vielen ist der Check-up unbekannt.

Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport

Was Sie auf den folgenden Seiten erwartet

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

**Kapitel 1:
Datenbasis**

Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der Jahre 2010 bis 2021 im Überblick dar. Diesen Kennziffern ist zu entnehmen, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungensfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die Mitglieder der DAK-Gesundheit überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.

**Kapitel 2:
Arbeitsunfähig-
keiten im Überblick**

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

**Kapitel 3:
Ursachen von Ar-
beitsunfähigkeiten**

In Kapitel 4 wird das diesjährige Schwerpunktthema behandelt: Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Erwerbstätigen. Hier wird zunächst die Epidemiologie ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen dargestellt. Daran anschließend wird das Herz-Kreislauf-Geschehen für die Gruppe der Erwerbstätigen auf Basis der Routinedaten der DAK-Gesundheit für die Jahre 2015 bis 2021 dargestellt. Es folgt ein Überblick über die Verbreitung verschiedener Risikofaktoren sowie den Zugang und die Inanspruchnahme von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung mithilfe der Daten der Beschäftigtenbefragung

**Kapitel 4:
Schwerpunktthema**

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

**Kapitel 5:
Analyse nach
Wirtschaftsgruppen**

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

**Kapitel 6:
Regionale Analysen**

Der DAK-Gesundheitsreport 2022 schließt mit einer übergreifenden Zusammenfassung und wesentlichen Schlussfolgerungen der DAK-Gesundheit zum Schwerpunktthema.

**Kapitel 7:
Schlussfolgerungen**

Weitere Informationen, Erläuterungen und Tabellen

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 I:
Erläuterungen**

Detaillierte Zahlenmaterialien zu den Arbeitsunfähigkeiten nach Regionen, Krankheitsarten und Wirtschaftsgruppen finden interessier-

**Anhang II:
Tabellen**

te Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang II). Eine Übersicht über die aufgeführten Tabellen findet sich auf Seite 152.

Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen

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

Gesundheitsberichte der Ersatzkassen beruhen auf gemeinsamen Standard

Zumindest auf der Ebene der Ersatzkassen sind aber einheitliche Standards für die Gesundheitsberichterstattung festgelegt worden: Die direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht. Einzelheiten dazu können dem Anhang entnommen werden.¹

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

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

1. Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2021

Der DAK-Gesundheitsreport 2022 berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2021 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 Krankschreibung aufgrund von Krankheit erfolgt. Fehlzeiten im Zusammenhang mit Schwangerschaften (außer bei Komplikationen) und Kuren werden nicht einbezogen.

Die gesamte Datenbasis für das Berichtsjahr 2021 umfasst rund 2,4 Mio. Mitglieder der DAK-Gesundheit, die sich zu 53 Prozent aus Frauen und zu 47 Prozent aus Männern zusammensetzen.

Abbildung 1: Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2021 nach Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

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

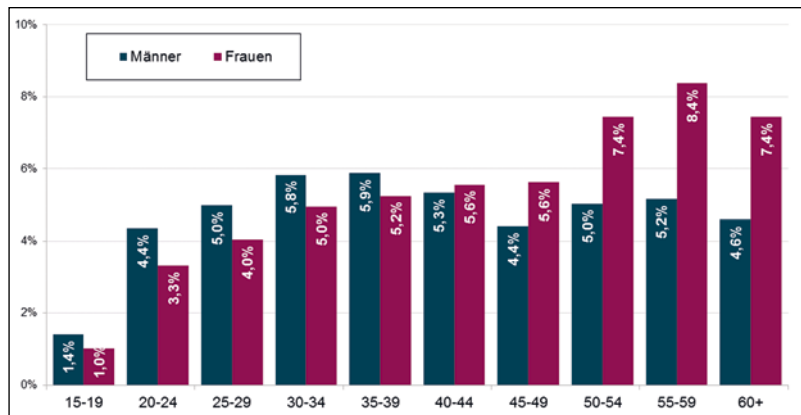
Hinsichtlich der Datenbasis ist zu beachten, dass nicht alle erwerbstätigen Mitglieder über das ganze Jahr bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Daher werden die rund 2,4 Mio. Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ umgerechnet. Für das Jahr 2021 umfasst die Datenbasis knapp 2,2 Mio. Versichertenjahre.

Alle in diesem Gesundheitsreport dargestellten Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten schließen nur diejenigen Erkrankungsfälle ein, für die der DAK-Gesundheit im Jahr 2021 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

**Datenbasis 2021:
rund 2,4 Mio.
Mitglieder der
DAK-Gesundheit**

**2,4 Mio. Mitglieder
entsprechen rund
2,2 Mio. Versicherten-
jahren**

Abbildung 2: Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2021



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

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 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.

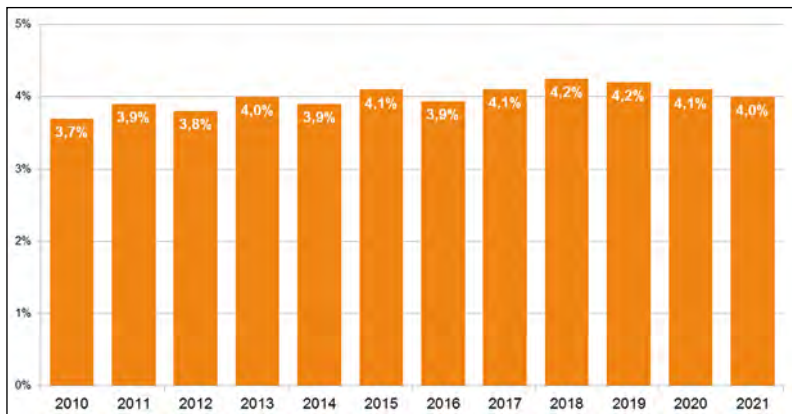
Zugleich sichert diese Vorgehensweise die Vergleichbarkeit der Krankenstandswerte mit den Zahlen anderer Ersatzkassen.

2. Arbeitsunfähigkeiten im Überblick

2.1 Der Krankenstand

In welchem Maße eine Volkswirtschaft, eine Wirtschaftsgruppe oder ein Betrieb von Fehlzeiten aufgrund 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 2010–2021

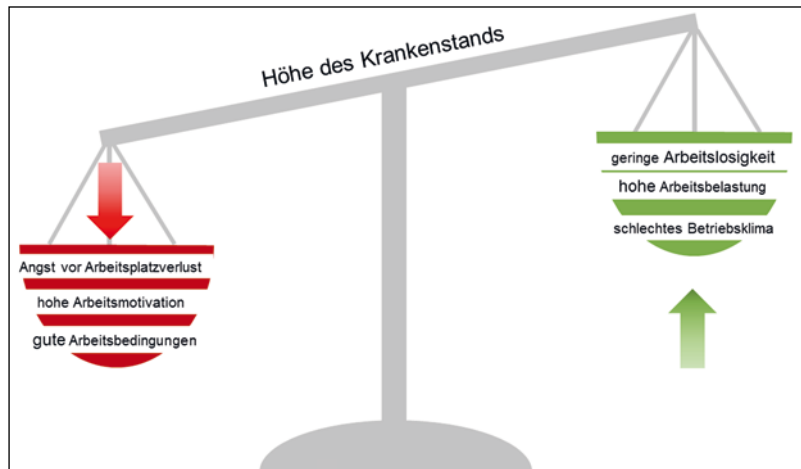
Der Krankenstand bewegt sich in den letzten Jahren insgesamt auf einem relativ niedrigen Niveau. Nach einem leichten Rückgang im vergangenen Jahr von 4,2 Prozent auf 4,1 Prozent ist der Wert des Krankenstands im Jahr 2021 erneut etwas gesunken auf einen Wert von 4,0 Prozent.

Krankenstand 2021 leicht gesunken

Einflussfaktoren auf den Krankenstand

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

Abbildung 4: Einflussfaktoren auf den Krankenstand



Quelle: DAK-Gesundheit 2021

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:

- Sind 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 (vgl. Kohler 2002).

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.

Weitere volkswirtschaftliche Faktoren sind:

- Wandel der Beschäftigtenstruktur**
- 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 krankstandsenkenden 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.

Verlagerung von Arbeitsplätzen vom gewerblichen in den Dienstleistungssektor

Betriebliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand:

- Viele Dienstleistungsunternehmen einschließlich der öffentlichen Verwaltungen stehen verstärkt unter Wettbewerbsdruck bei fortschreitender Verknappung der Ressourcen. In der Folge kommt es zu Arbeitsverdichtungen und „Rationalisierungen“ und vielfach auch zu Personalabbau. Daraus können belastende und 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 dem Thema „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 Arbeitsverdichtung

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

Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung

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

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

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

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

beitsbedingungen 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 2021 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 100 Mitglieder der DAK-Gesundheit durchschnittlich arbeitsunfähig waren. Um diese Kennziffer ausweisen zu können, ohne mit mehreren Stellen hinter dem Komma arbeiten zu müssen, berechnet man sie zumeist als „AU-Tage pro 100 Versichertenjahre“ bzw. „AU-Tage pro 100 ganzjährig Versicherte“. Aus Gründen der einfachen Lesbarkeit wird nachfolgend im Allgemeinen nur von „100 Versicherten“ bzw. „100 Mitgliedern“ gesprochen.

Krankenstand in Prozent

Der Krankenstand (KS) lässt sich berechnen, indem man die AU-Tage je 100 Versichertenjahre (Vj) durch die Kalendertage des Jahres teilt:²

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

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

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

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

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

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

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

² Für Schaltjahre steht im Nenner die Zahl 366.

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 hinaus gehen und bei denen ab der siebten Woche Krankengeldleistungen durch die DAK-Gesundheit erfolgen (AU-Fälle über sechs Wochen Dauer).

**AU-Fälle bis zu
6 Wochen und**

**... über 6 Wochen
Dauer**

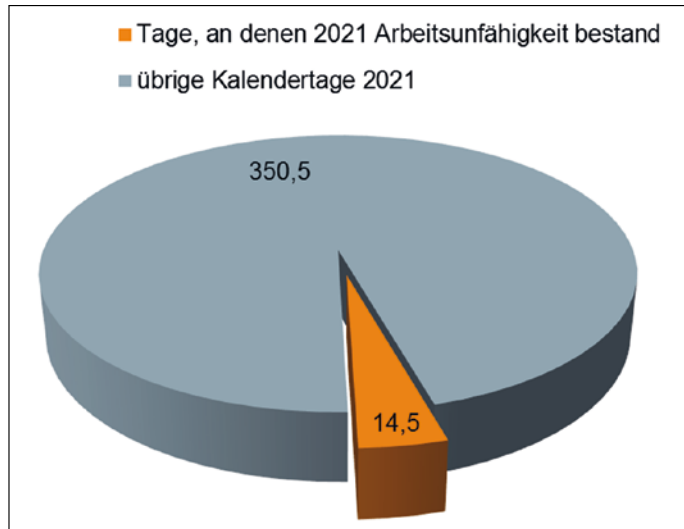
In der öffentlichen Diskussion über den Krankenstand genießen häufig die besonders kurzen Arbeitsunfähigkeiten größere Aufmerksamkeit. Solche Kurzfälle können in einem Unternehmen die Arbeitsabläufe erheblich stören – für die Krankenstandshöhe haben sie jedoch nur geringe Bedeutung.

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

Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

Bei 100 ganzjährig versicherten Mitgliedern der DAK-Gesundheit wurden 2021 im Durchschnitt 1.450 Fehltage wegen Arbeitsunfähigkeit (AU) registriert. Der Krankenstand von 4,0 Prozent in 2021 wird aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnet: Verteilt man die im Jahr 2021 je 100 Versicherte angefallenen 1.450 Arbeitsunfähigkeitstage auf die 365 Kalendertage des Jahres 2021, so waren an jedem Tag 4,0 Prozent der bei der DAK-Gesundheit versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.

Abbildung 5: AU-Tage eines durchschnittlichen Mitglieds der DAK-Gesundheit 2021 (Basis: 365 Kalendertage in 2021)



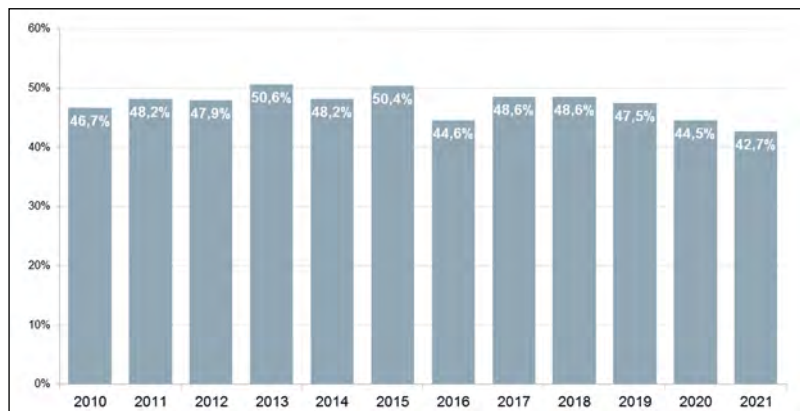
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

2.2 Betroffenenquote

2021 hatten 42,7 Prozent der Mitglieder der DAK-Gesundheit mindestens eine Arbeitsunfähigkeit. Das bedeutet, dass weniger als die Hälfte der Beschäftigten überhaupt eine Arbeitsunfähigkeit in 2021 hatte.

Abbildung 6 zeigt die Betroffenenquoten für die Jahre 2010 bis 2021.

Abbildung 6: Betroffenenquote 2021 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2021

Gegenüber dem Vorjahr ist die Betroffenenquote im Jahr 2021 gesunken und liegt damit deutlich unterhalb der 50 Prozent-Marke.

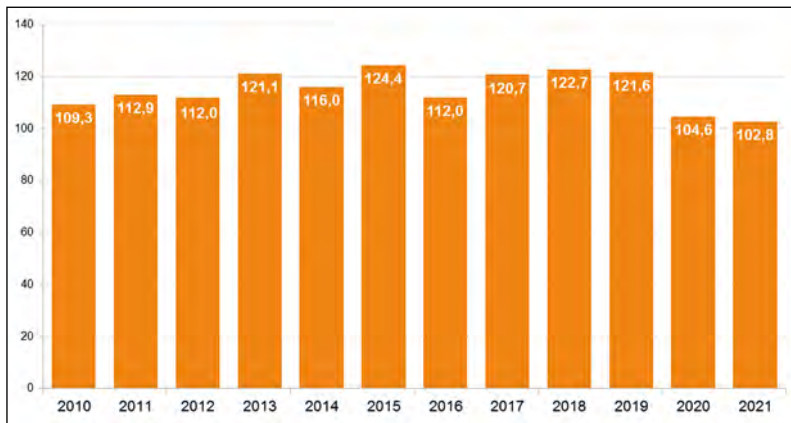
2.3 Häufigkeiten von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle ist im Jahr 2021 etwas gesunken, die Häufigkeit ebenso, so dass das Krankenstandsniveau 2021 etwas unter dem des Vorjahres liegt.

Die Erkrankungshäufigkeit lag 2021 mit 102,8 Erkrankungsfällen je 100 Versicherte knapp unter der im Vorjahr (2020: 104,6 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2021 durchschnittlich mit 1,02 Fällen (102,8 dividiert durch 100) etwas mehr als einmal arbeitsunfähig.

102,8 Erkrankungsfälle pro 100 ganzjährig Versicherte

Abbildung 7: AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2021



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2021

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 2021 ist gegenüber dem des Vorjahres knapp gesunken.

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

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

Einerseits reichen nicht alle 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 Kran-

Gründe für Unterfassung von AU-Fällen bei den Krankenkassen

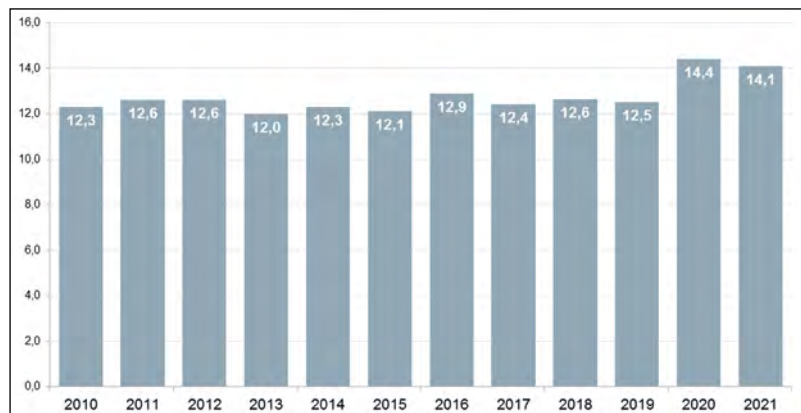
kenkassen folglich nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Als Konsequenz dieser Umstände können sowohl die tatsächliche Betroffenenquote als auch die tatsächliche Fallhäufigkeit und damit verbunden die tatsächlich angefallenen AU-Tage in einem Berichtsjahr über den erfassten Werten liegen.

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

In den zurückliegenden Jahren bis 2019 hatte sich die durchschnittliche Erkrankungsdauer nur unwesentlich von Jahr zu Jahr verändert. Im Jahr 2020 war die Falldauer dann sprunghaft gestiegen auf 14,4 Tage. Die durchschnittliche Falldauer bleibt 2021 auf diesem hohen Niveau und ist mit durchschnittlich 14,1 Tagen nur unwesentlich kürzer als im Vorjahr.

Abbildung 8: Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2021 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2021

Bedeutung der Arbeitsunfähigkeitsfälle unterschiedlicher Dauer

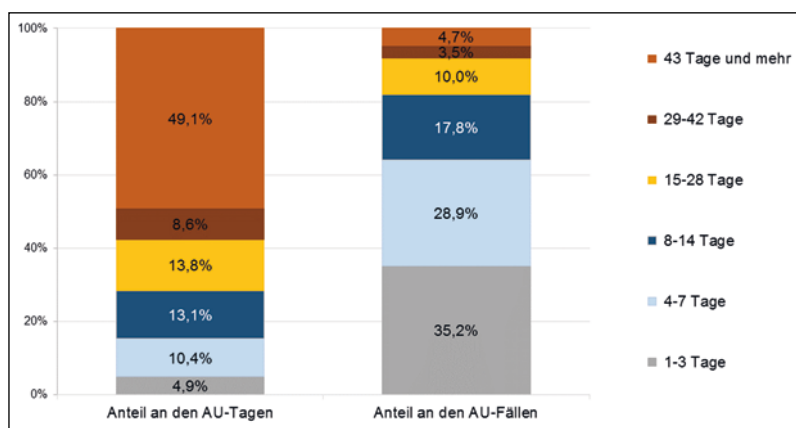
Hinter der Kennziffer „Krankenstand“ verbirgt sich ein sehr heterogenes Geschehen: Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt durch eine große Zahl von kurz dauernden und eine erheblich kleinere Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 9 veranschaulicht diesen Zusammenhang für das Berichtsjahr 2021:

- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machen 64,1 Prozent aller AU-Fälle aus (1- bis 3-Tages-Fälle 35,2 Prozent und 4- bis 7-Tages-Fälle 28,9 Prozent).
- Andererseits sind diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 15,3 Prozent der AU-Tage – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu drei Tagen Dauer verursachen nur 4,9 Prozent der Ausfalltage.

AU von kurzer Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand

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 2021 insgesamt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

- 49,1 Prozent der AU-Tage entfielen auf nur 4,7 Prozent der Fälle, und zwar auf die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer. Damit ist im Vergleich zum Vorjahr der Anteil der Langzeitarbeitsunfähigkeiten an den AU-Fällen konstant geblieben (2020: 4,7 Prozent). Ihr Anteil an den AU-Tagen stieg jedoch (2020: 46,7 Prozent).

2021 machen Langzeitarbeitsunfähigkeiten 49,1 Prozent des Krankenstandes aus

Um einen Rückgang von Langzeitarbeitsunfähigkeiten zu erreichen, bedarf es der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung, Rehabilitationsmaßnahmen sowie eines Wiedereingliederungsmanagements 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 IX) fordert in § 167 Abs. 2 SGB IX 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

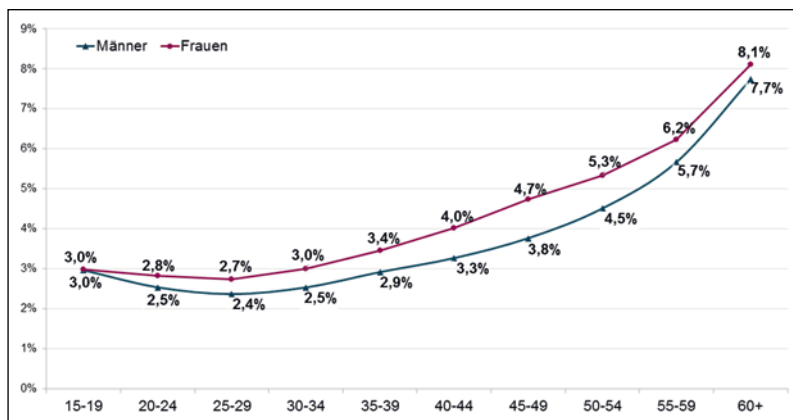
Zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gehören alle Maßnahmen, die geeignet sind die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderung nachhaltig zu sichern.

Rehabilitationsträger und Integrationsämter bieten Betrieben Unterstützung

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

2.5 Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 10: Krankenstand 2021 nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

Krankenstand bei Frauen höher als bei Männern

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

Der höhere Krankenstand von Frauen ist im Wesentlichen auf eine höhere Fallhäufigkeit (110,0 Fälle bei Frauen gegenüber 96,7 Fällen bei Männern je 100 Versichertenjahre) zurückzuführen.

Schwerpunktthema 2015: „Männer und Frauen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen“

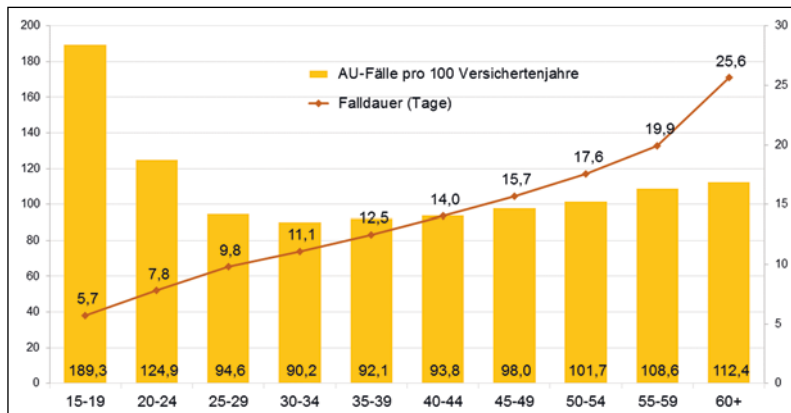
Im Schwerpunktthema 2015 „Männer und Frauen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen“ wurde der Frage nachgegangen, warum Frauen häufiger als Männer krankgeschrieben sind. Aspekte waren das Morbiditätsgeschehen, das sich zwischen den Geschlechtern deutlich unterscheidet, Einstellungen und Praktiken im Zusammenhang 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 und Frauen etwa im Alter von 30 Jahren. Von da an nimmt der Krankenstand 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 2021



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

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 189 Fällen pro 100 Versicherte mehr als 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 Krankschreibung eines 15- bis 19-Jährigen dauerte beispielsweise nur 5,7 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 19,9 Tage.

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

Höchste Zahl von AU-Fällen bei den jüngsten Mitgliedern

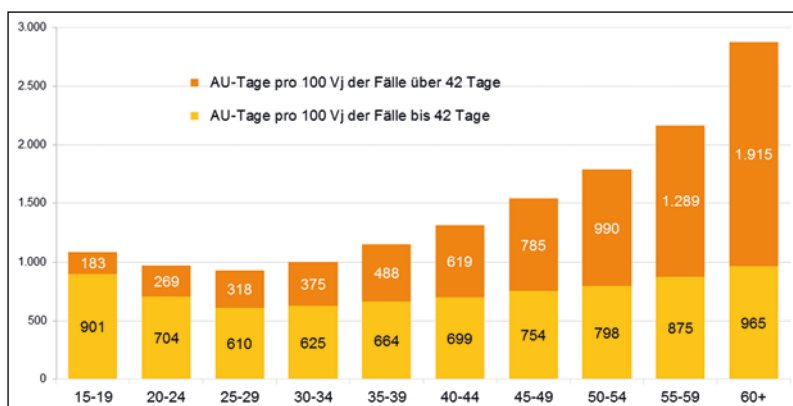
Schwerpunktthema 2011: „Gesundheit junger Arbeitnehmer“

Mit zunehmendem Alter dauern Arbeitsunfähigkeiten länger

kenstand 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 2021

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 16,9 Prozent (183 von (183+901)) des Krankenstandes auf die Langzeitarbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, beträgt dieser Wert in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 66,5 Prozent (1.915 von (1.915+965)). Mit anderen Worten: Bei den über 60-Jährigen werden mehr als 60,0 Prozent des Krankenstandes durch Erkrankungen von über sechs Wochen Dauer verursacht.

3. Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

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.³

**Auswertung der
medizinischen
Diagnosen**

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, psychische Erkrankungen sowie Verletzungen entfallen 2021 mehr als die Hälfte aller Fehltage (54,6 Prozent)⁴.

Im Jahr 2021 hatten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems einen Anteil von 23,2 Prozent am Krankenstand. Mit 336,8 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. Im Durchschnitt dauerte eine Krankschreibung wegen einer Muskel-Skelett-Erkrankung 19,5 Tage.

Die Fehltage wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind 2021 im Vergleich zum Vorjahr (2020: 331,5 AU-Tage pro 100 Versicherte) etwas gestiegen.

In der Hauptgruppe der Muskel-Skelett-Erkrankungen stellen die Rückenerkrankungen den größten Teilkomplex dar. Mehr Informationen hierzu bieten Sonderauswertungen innerhalb des DAK-Gesundheitsreports 2018.

**Muskel-Skelett-
Erkrankungen auch
2021 an der Spitze**

**Gesundheitsreport
2018**

An zweiter Stelle in Bezug auf den Anteil an allen Fehltagen stehen psychische Erkrankungen mit 19,0 Prozent der Ausfalltage. Im Vergleich zum Vorjahr ist mit 275,9 AU-Tagen pro 100 Versicherte ein erneut deutlicher Anstieg der Fehltage festzustellen (2020: 264,6 AU-Tage). Psychische Erkrankungen führen zu deutlich überdurch-

**Zuwachs der AU-
Tage wegen psychi-
schen Erkrankungen**

³ Vgl. (DIMDI 2015)

⁴ Abweichungen in der Summenbildung können rundungsbedingt auftreten.

schnittlich langen Krankschreibungen, 2021 dauerte eine Krankschreibung 39,2 Tage.

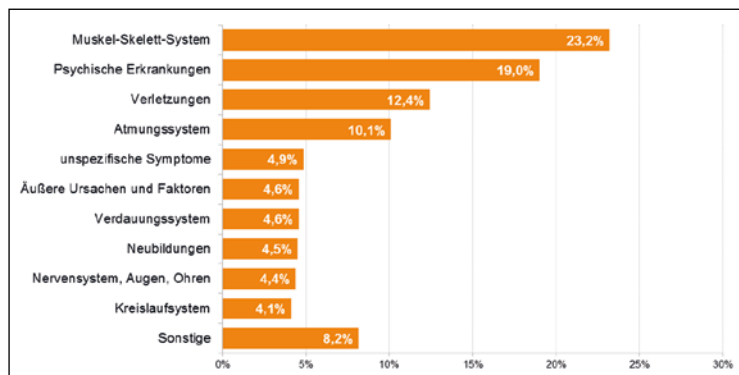
Psychische Erkrankungen Schwerpunkt in den Jahren 2002, 2005 und 2013

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 Gesundheitsberichten 2002, 2005 und 2013 berücksichtigt. Die aktuellen Entwicklungen dazu finden Sie im nachfolgenden Abschnitt.

Verletzungen auf Platz 3

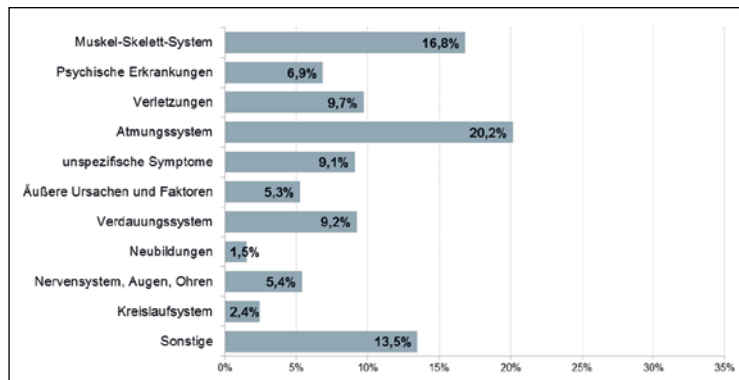
Krankschreibungen aufgrund einer Verletzung liegen 2021 erstmals an dritter Stelle im Fehlzeitengeschehen. Auf Verletzungen entfallen 2021 12,4 Prozent aller Fehltage. Mit einer durchschnittlichen Krankschreibungsdauer von 18 Tagen gehören diese Krankschreibungen zu denen mit einer deutlich überdurchschnittlichen Krankschreibungsdauer. In Bezug auf die Fallhäufigkeit liegen Krankschreibungen wegen Verletzungen 2021 ebenfalls an dritter Stelle.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

Atemwegserkrankungen sind nach wie vor die häufigste Ursache für Krankschreibungen. 2021 sind 20,2 aller AU-Fälle mit einer Atemwegserkrankung begründet. In Bezug auf ihren Anteil an den Fehltagen liegen Atemwegserkrankungen mit 146,3 AU-Tagen pro 100 Versicherte nur an vierter Stelle. Der Anteil der Fehltag durch Atemwegserkrankungen am Gesamtkrankenstand ist damit deutlich gesunken (2020: 14,2 Prozent). Der einzelne Fall dauerte im Durchschnitt 7,1 Tage. Im Vergleich zum Vorjahr sank die Zahl der Fehltag deutlich (2020: 212,6 AU-Tage pro 100 Versicherte), die Fallzahl sank ebenfalls (2020: 27,1 AU-Fälle pro 100 Versicherte).

Starker Rückgang der AU-Tage wegen Atemwegserkrankungen

Unspezifische Symptome hatten 2021 einen Anteil von 4,9 Prozent am Krankenstand. Damit ist ihr Anteil am Krankenstand gestiegen (2020: Anteil von 4,4 Prozent). Generell sind Erkrankungen dieses Diagnosespektrums von vergleichsweise kurzer Falldauer, dafür eher von größerer Häufigkeit. In 2021 traten 9,4 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte mit einer durchschnittlichen Falldauer von 7,5 Tagen auf. Daraus resultiert ein Fehltagvolumen von 70,6 Tagen pro 100 Versicherte.

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).

Unter den zehn wichtigsten Krankheitsarten befinden sich über die genannten hinaus auch Erkrankungen durch äußere Ursachen und Faktoren, Erkrankungen des Verdauungssystems, Neubildungen (u. a. Krebserkrankungen), Erkrankungen des Nervensystems, der Augen und der Ohren sowie Kreislauferkrankungen.

Aktuelle Entwicklungen bei psychischen Erkrankungen

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

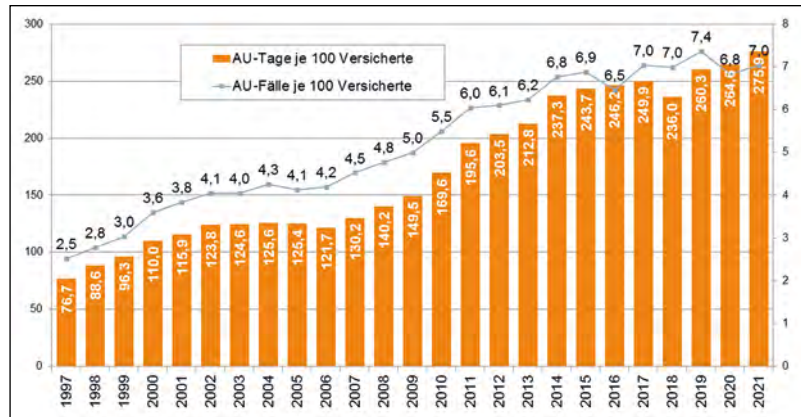
Im DAK-Gesundheitsreport 2013 finden sich zahlreiche Sonderanalysen zu diesem Thema. Die nachfolgenden beiden Abbildungen fassen die aktuellen Entwicklungen zusammen.

Es zeigt sich in Abbildung 15, dass die Zahl der Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen 2021 weiter angestiegen ist. Mit 275,9 Fehltagen bezogen auf 100 Versichertenjahre sind es 4,3 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Zahl der Krankschreibungsfälle stieg leicht von 6,8 Fällen je 100 Versichertenjahre in 2020 auf 7,0 Fälle in 2021.

Weiterer Anstieg der AU-Tage und der Fallzahl wegen psychischer Erkrankungen

Auch die Zahl der der Krankschreibungen (AU-Fälle) steigt 2021 wieder an auf nunmehr 7,0 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre.

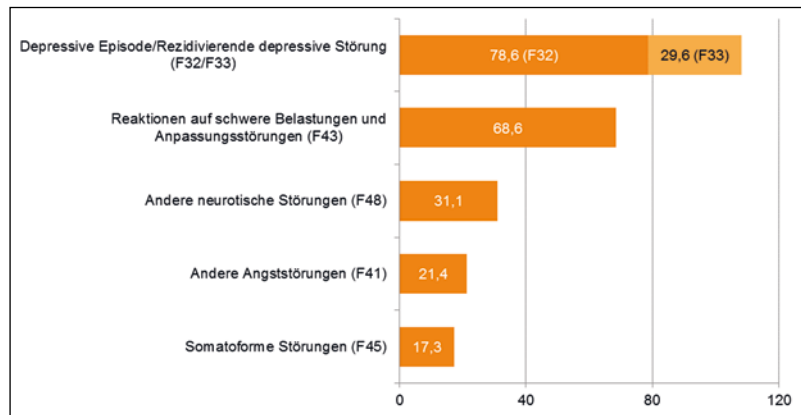
Abbildung 15: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997–2021

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

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



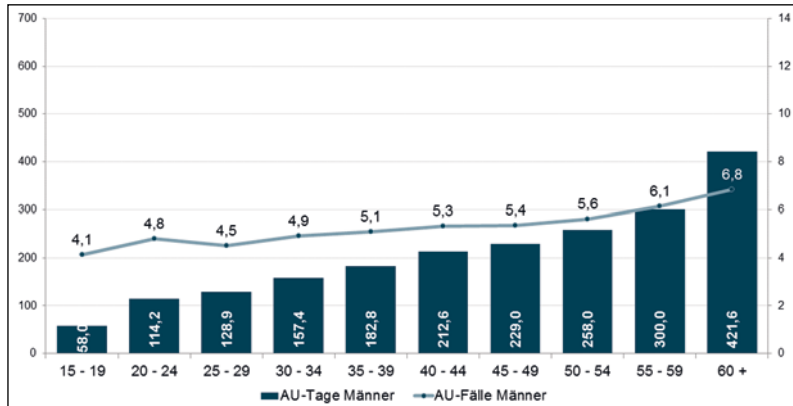
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

Frauen verzeichnen bei psychischen Erkrankungen deutlich mehr Fehltag als Männer

Die Zahl der AU-Tage für psychische Erkrankungen nehmen bei beiden Geschlechtern mit dem Alter kontinuierlich zu. Insgesamt liegt die Zahl der Fehltag für psychische Erkrankungen bei Frauen über denen der Männer (Frauen 351,9 Fehltag je 100 Versicherte gegenüber 210,9 bei Männern). Die Veränderung der durchschnittlichen Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle mit dem Altersgang fällt bei

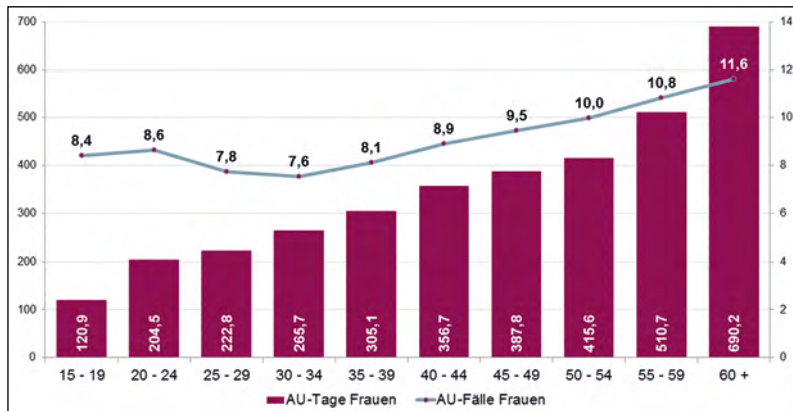
Männern deutlich moderater aus als bei Frauen (vgl. Abbildung 17 und Abbildung 18).

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



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2021

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



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2021

3.2 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems begründen bei Männern die meisten Fehltage und liegen mit einem Anteil von 25,7 Prozent am Gesamtkrankenstand auf Platz eins. Für den Krankenstand der Frauen haben sie eine etwas geringere Bedeutung. Bei Frauen liegt ihr Anteil am Krankenstand bei 20,8 Prozent.

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

Bei Frauen stehen psychische Erkrankungen an erster Stelle, sie begründen 22,5 Prozent der Fehltage, bei Männern stehen sie an zweiter Stelle (15,6 Prozent).

**Verletzungen:
Größere Bedeutung
bei Männern**

Auf Platz drei folgen bei Männern Verletzungen. Hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand haben diese bei den Frauen eine deutlich geringere Bedeutung als bei den Männern (15,0 Prozent bei den Männern gegenüber 9,9 Prozent bei den Frauen). Bei Frauen steht diese Erkrankungsgruppe erst an vierter Stelle.

Bei Frauen stehen an dritter Stelle Atemwegserkrankungen mit einem Anteil von 10,5 Prozent an den AU-Tagen.

Atemwegserkrankungen stehen bei den Männern mit einem Anteil von 9,6 Prozent am Gesamt Krankenstand an vierter Stelle.

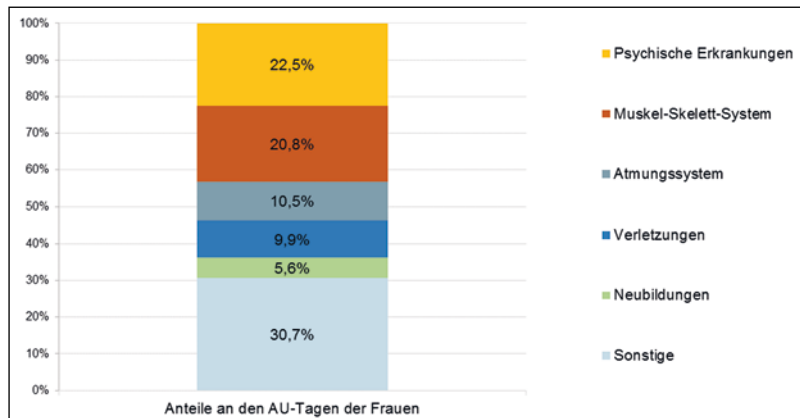
**Erkrankungen des
Kreislaufsystems
auf Platz fünf bei
Männern**

An fünfter Stelle stehen bei Männern die Erkrankungen des Kreislaufsystems mit einem Anteil von 5,4 Prozent am Krankenstand. Mit einem Anteil von 2,8 Prozent nehmen diese Erkrankungen bei Frauen keinen der vorderen fünf Plätze ein.

Bei Frauen stehen an fünfter Stelle, mit einem Anteil von 5,6 Prozent an den AU-Tagen, Neubildungen, die bei Männern nur einen Anteil von 3,4 Prozent am Krankenstand haben.

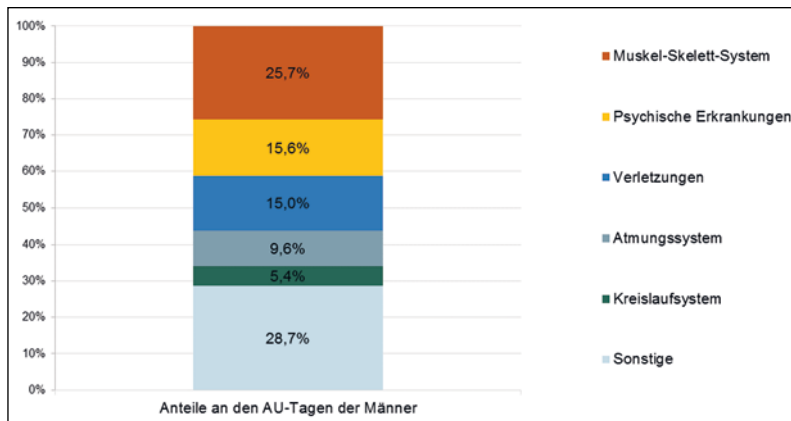
Ferner wird aus Abbildung 19 und Abbildung 20 deutlich, dass bei Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (30,7 Prozent) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei Männern (28,7 Prozent). Dies ist besonders auf den bei Frauen im Vergleich zu den Männern hohen Anteil an Erkrankungen des Urogenitalsystems (2,1 Prozent im Vergleich zu 1,1 Prozent) und Schwangerschaftskomplikationen (1,3 Prozent) zurückzuführen.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

3.3 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Abbildung 21 zeigt die Bedeutung der sechs 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 7,8 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen auf 29,5 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 2018: „Rückenerkrankungen“).

Bei den Verletzungen verhält es sich genau umgekehrt: Ihr Anteil am Krankenstand ist in der jüngsten Altersgruppe mit 19,6 Prozent am höchsten. Mit zunehmendem Alter nimmt ihre Bedeutung für den Gesamtkrankenstand jedoch ab. Bei den über 60-Jährigen entfallen nur noch 9,9 Prozent aller Ausfalltage auf Erkrankungen mit dieser Diagnose (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2011: „Wie gesund sind junge Arbeitnehmer?“).

Auf die Erkrankungen des Kreislaufsystems entfallen bei den jüngsten Mitgliedern der DAK-Gesundheit nur 0,9 Prozent aller Krankheitstage. In der obersten Altersgruppe liegt ihr Anteilswert dann bei 8,9 Prozent.

Der Anteil der psychischen Störungen am Gesamtkrankenstand steigt von 7,2 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 20,9 Prozent bei den 35- bis 39-Jährigen an. Ab dem 40. Lebensjahr nimmt die relative Bedeutung psychischer Erkrankungen (bei insgesamt steigendem Krankenstands-

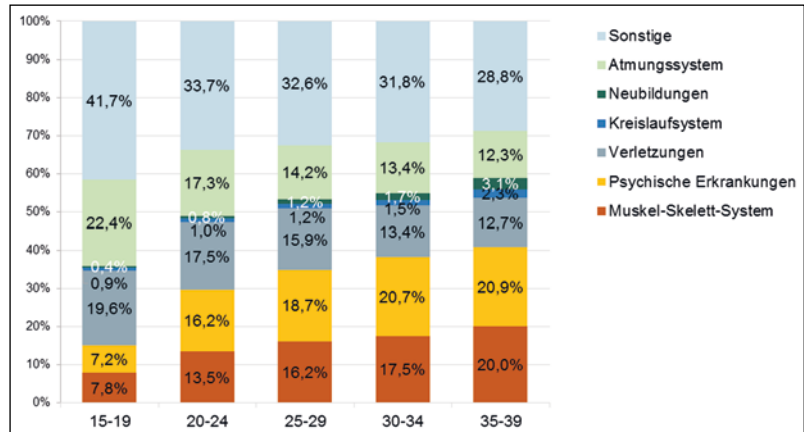
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems im Alter

Fehltage aufgrund von Verletzungen bei den Jüngsten am höchsten

Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems nehmen im Alter zu

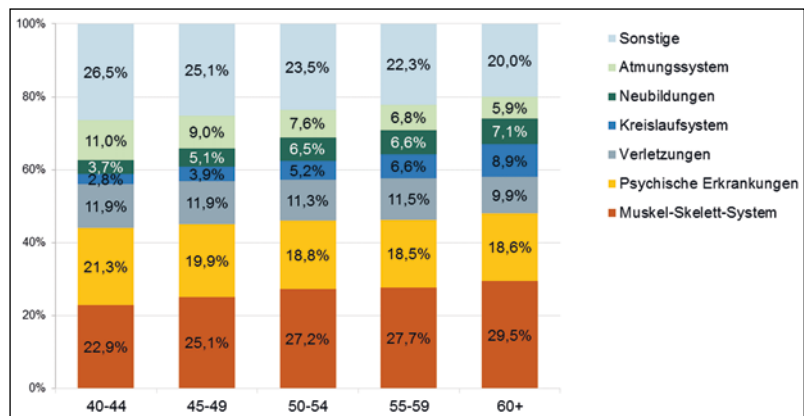
niveau) dann wieder ab. Ihr Anteil liegt bei den über 60-Jährigen dann noch bei 18,6 Prozent.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

Neubildungen Neubildungen 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 0,4 Prozent des Krankenstands verantwortlich, bei den über 60-Jährigen ist der Anteil mit 7,1 Prozent deutlich höher.

Atemwegserkrankungen Die Bedeutung von Atemwegserkrankungen ist in der unteren Altersgruppe am größten. 22,4 Prozent der Fehltage in dieser Altersgruppe sind damit begründet, mit zunehmendem Alter nimmt ihre Bedeutung für den Krankenstand deutlich ab.

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.

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.

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems „Rückenschmerzen“ (M54) finden sich als wichtigste Einzeldiagnose. Weitere wichtige Einzeldiagnosen dieser Erkrankungsgruppe waren „Schulterläsionen“ (M75), „sonstige Bandscheibenschäden“ (M51), „sonstige Gelenkrankheiten“ (M25), „Binnenschädigung des Kniegelenkes“ (M23) und „sonstige Enthesopathien“ (M77).

Auf dem zweiten Platz der AU-Tage stehen aus der Gruppe der Atemwegserkrankungen die „Akuten Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (J06).

Auf Rang 3 stehen „Depressive Episoden“ (F32). Auf den Rängen 4 bis 6 folgen weitere wichtige Einzeldiagnosen aus dem Kapitel der psychischen Erkrankungen: „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43), „andere neurotische Störungen“ (F48) und „Rezidivierende depressive Störungen“ (F33) auf Platz 6. Weiter hinten folgen noch, „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 Krankschreibungsfälle handelt.

Erst an 16. Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen 2021 die „Verletzungen einer nicht näher bezeichneten Körperregion“ (T14). Luxation, Verstauchungen und Zerrungen des Knies (S83) und der Gelenke (S93) sowie Frakturen des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes (S82) finden sich ebenfalls unter den 20 wichtigsten Diagnosen.

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fallen außerdem die sogenannten Magen-Darm-Infektionen „Sonstige und nicht näher be-

Um Geschlechtsunterschiede erweiterte Tabelle im Anhang II

**Rang 1:
Rückenbeschwerden**

**Rang 2:
Infektion der Atemwege**

**Rang 3:
Depressive Episoden**

Allgemeine Verletzungen auf Platz 16

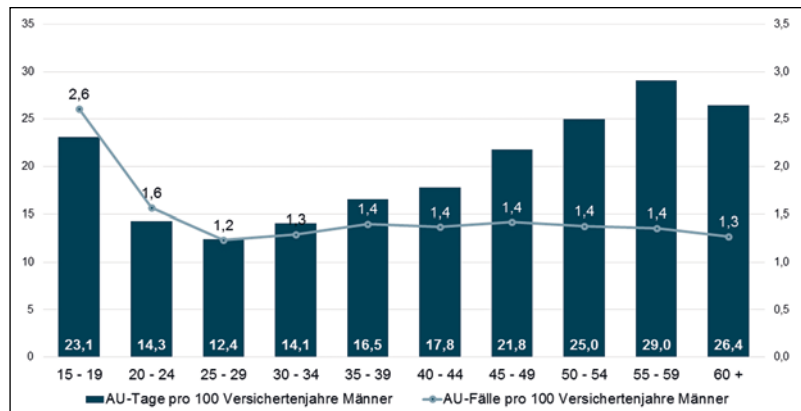
zeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs“ (A09) sowie der Brustkrebs „bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“ (C50).

Coronavirus-Erkrankung

Auf Platz 9 der wichtigsten Einzeldiagnosen befinden sich Krankenschreibungen, die unter der Schlüsselnummer U07 „Krankheiten mit unklarer Ätiologie und nicht belegte Schlüsselnummern“ erfasst werden. Bei diesen Krankenschreibungen handelt es sich praktisch ausschließlich (zu 99,4 Prozent) um Krankenschreibungen mit den Schlüsselnummern U07.1 und U07.2, mit denen Krankenschreibungen aufgrund einer Coronavirus-Erkrankung codiert werden. Auf diese beiden Schlüsselnummern entfallen 2021 insgesamt 22,6 Fehltag pro 100 Versichertenjahre bzw. 1,56 Krankenschreibungen pro 100 Versichertenjahre.

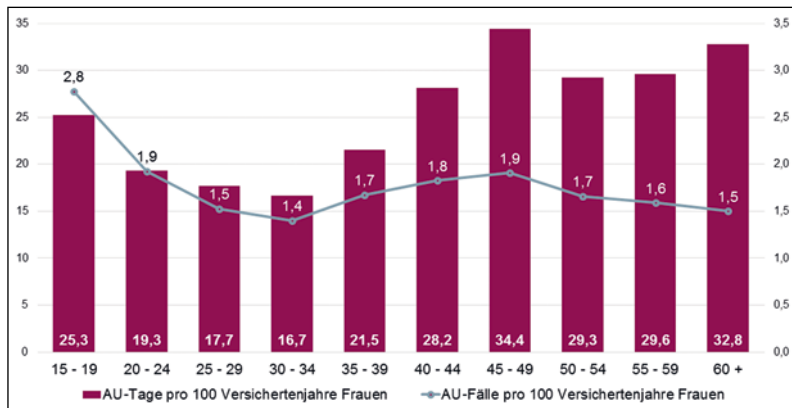
Die meisten Krankenschreibungen aufgrund einer Coronavirus-Erkrankung gab es demnach in den unteren Altersgruppen, hier kam es auch zu überdurchschnittlich vielen Fehltagen. Nach einem deutlichen Rückgang im Altersverlauf erkennt man bei Männern ab der Gruppe der 45- bis 49-Jährigen und bei den Frauen ab den 35- bis 39-Jährigen eine deutliche Zunahme der Fehltag.

Abbildung 23: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund einer Coronavirus-Erkrankung (U07.1 und U07.2) nach Altersgruppen – Männer



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2021

Abbildung 24: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund einer Coronavirus-Erkrankung (U07.1 und U07.2) nach Altersgruppen – Frauen



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2021

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr

Gegenüber dem Vorjahr gab es eine starke Veränderung bei der Diagnose „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“. Der Anteil am Krankenstand fiel von 7,7 Prozent auf 5,8 Prozent in 2021.

Bei den übrigen Einzeldiagnosen gab es keine signifikanten Veränderungen, die 0,4 Prozentpunkte oder mehr ausmachen.

Der Anteil der Rückenschmerzen am Krankenstand ist gestiegen von 6,2 Prozent am Gesamtkrankenstand in 2020 auf einen Anteil von 6,5 Prozent in 2021.

Der Anteil der Diagnose „Depressive Episode“ stieg von 5,1 Prozent auf 5,4 Prozent in ihrer Bedeutung.

Die Diagnose „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ stieg ebenfalls von 4,3 Prozent auf 4,7 Prozent.

Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2021

ICD 10	Diagnose	Anteil AU-Tagen	Anteil AU-Fälle
M54	Rückenschmerzen	6,5 %	6,9 %
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	5,8 %	12,6 %
F32	Depressive Episode	5,4 %	1,3 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4,7 %	2,4 %
F48	Andere neurotische Störungen	2,1 %	1,1 %
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,0 %	0,4 %
M75	Schulterläsionen	1,9 %	0,7 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,8 %	0,6 %
U07	Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07.-	1,6 %	1,5 %
F41	Andere Angststörungen	1,5 %	0,4 %
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	1,4 %	1,1 %
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	1,3 %	4,2 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,3 %	0,5 %
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1,2 %	0,1 %
F45	Somatoforme Störungen	1,2 %	0,6 %
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,0 %	1,0 %
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,0 %	0,4 %
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,0 %	0,7 %
M77	Sonstige Enthesopathien	1,0 %	0,7 %
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1,0 %	0,2 %
Summe		44,9 %	37,5 %

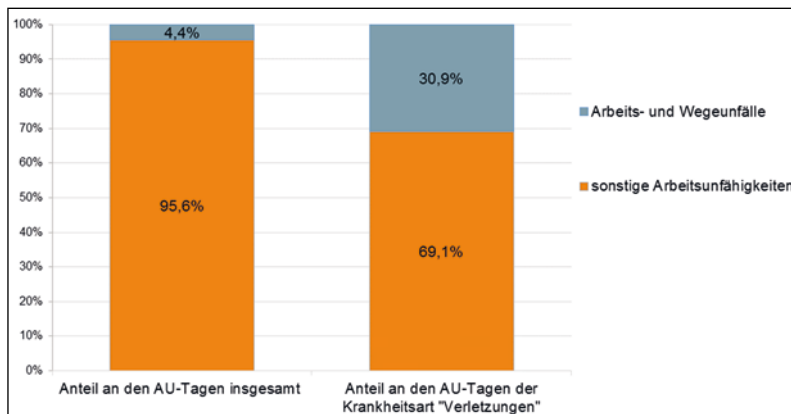
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

2021 wurden je 100 ganzjährig versicherter Mitglieder der DAK-Gesundheit 64,1 AU-Tage und 2,6 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamt Krankenstand betrug 4,4 Prozent.

Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier knapp 31 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle am Gesamt Krankenstand (2020: 4,1 Prozent) gestiegen. Als Anteil an der Krankheitsart „Verletzungen“ sind Arbeits- und Wegeunfälle gegenüber dem Vorjahr (2020: 30,6 Prozent) ebenfalls leicht gestiegen.

4. Schwerpunktthema 2022 – Risiko Psyche: Wie Depressionen, Ängste und Stress das Herz belasten

4.1 Hintergrund und Aufbau des Schwerpunktthemas

Der Herzinfarkt, die koronare Herzkrankheit und andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind nach wie vor die häufigste Todesursache bei Frauen und Männern in Deutschland. Im Jahr 2020 war etwa jeder dritte Todesfall auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zurückzuführen. Betroffen sind vor allem ältere Menschen: 93,0 Prozent der an einer Krankheit des Herz-Kreislauf-Systems Verstorbenen waren 65 Jahre und älter.

Auch Erwerbstätige sind von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen

Auch wenn sich das Krankheitsgeschehen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorwiegend außerhalb des Erwerbslebens abspielt, sind durchaus auch Erwerbstätige betroffen. So sind z. B. knapp 1,4 Prozent der erwerbstätigen Männer im Alter von 60 Jahren und älter 2020 wegen einer koronaren Herzkrankheit (KHK) im Krankenhaus behandelt worden. 13,0 Prozent dieser Altersgruppe weisen eine solche Diagnose in den Daten der ambulanten Versorgung auf.

Zudem ist das Thema für alle jüngeren Altersgruppen relevant, weil sich die koronare Herzkrankheit über viele Jahre entwickelt und diese Entwicklung stark vom Vorliegen sogenannter Risikofaktoren abhängig ist. Risikofaktoren wie Rauchen, Bluthochdruck oder starkes Übergewicht erhöhen das Risiko, an einer KHK zu erkranken und – wenn auch meist erst später im Leben – einen Herzinfarkt zu erleiden. Das bedeutet umgekehrt, dass das Auftreten einer KHK verlangsamt, verschoben oder vermieden werden kann, wenn diese beeinflussbaren Risikofaktoren vermieden oder kontrolliert werden.

Dies macht Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu einem Thema der Prävention und Gesundheitsförderung – insbesondere in der Gruppe der Erwerbstätigen. Diese sind mehrheitlich noch nicht vom Auftreten der Erkrankung betroffen, möglicherweise aber schon von einzelnen Risikofaktoren bzw. Risikofaktoren, die sogar akkumulieren.

Kapitel 4.2: Hintergrund und Epidemiologie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Das Schwerpunktthema ist folgendermaßen aufgebaut: Im Anschluss an diese Einleitung wird in Kapitel 4.2 die Epidemiologie und Public-Health-Relevanz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland dargelegt. Ihnen kommt eine sehr große Bedeutung zu, gemessen an den Sterbefällen und Todesursachen, an den Krankheitskosten, und am individuellen Leid sowie den individuellen Krankheitsfolgen.

Besonders in den Fokus genommen werden drei Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen: Der Herzinfarkt, die KHK und der Schlaganfall.

Zumindest der Herzinfarkt und der Schlaganfall treten sehr viel häufiger nach der Erwerbsphase als vor der Erwerbsphase auf. Allerdings spielt insbesondere die KHK unter Beschäftigten eine Rolle: Unter den männlichen Beschäftigten ab 60 Jahren hatten immerhin 1,4 Prozent im Jahr 2020 einen Krankenhaushalt wegen einer KHK. Kapitel 4.3 stellt das Krankheitsgeschehen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die Gruppe der Erwerbstätigen dar. Hierfür wurden stationäre und ambulante Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit ausgewertet.

Die Entstehung einer KHK, die für einen Teil der Betroffenen – sei es auch lange nach dem Erwerbsleben – zu einem Herzinfarkt führt, beginnt bereits in der Erwerbsphase. Risikofaktoren, also Faktoren, die das Risiko für eine KHK erhöhen, wirken bereits in jüngeren Jahren. Hierzu gehören Rauchen, Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörung und Adipositas. Vermehrt finden psychische Risikofaktoren Aufmerksamkeit, wenn auch die Evidenz für ihre Wirkung nicht die gleiche Güte hat wie die für die Wirkung der zuvor genannten.

In diesem Report werden Depressionen, Angst- und Panikstörungen sowie eine besondere Form des Arbeitsstress betrachtet. Mit der sogenannten Gratifikationskrise wird das Ungleichgewicht von Verausgabung bei der beruflichen Tätigkeit und der Belohnung in Form von Gehalt, Anerkennung und Arbeitsplatzsicherheit bezeichnet. Sie gilt als Risikofaktor u. a. für den Herzinfarkt. Die Verbreitung dieser Risikofaktoren unter Erwerbstätigen wird in Kapitel 4.4 untersucht.

Durch die Bedeutung bekannter Risikofaktoren kann viel für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen getan werden. Kapitel 4.5 widmet sich dem Zugang zu und der Inanspruchnahme von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung; sowohl im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung als auch den Präventionsangeboten der Krankenkassen sowie der Gesundheitsuntersuchung („Check-up“), die Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren alle drei Jahre in Anspruch nehmen können.

Als einen Teil der Präventionsmöglichkeiten werden in Abschnitt 4.5 zudem die im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen verordneten Medikamente betrachtet. Hierzu gehören u. a. Lipidsenker, Thrombozytenaggregationshemmer, ACE-Hemmer und Beta-blocker. Die Entwicklung der Verordnungsmengen wird über die Anzahl der verordneten definierten Tagesdosen in DDD (Defined Daily Doses) abgebildet. Darüber hinaus wird dargestellt, wie sich der Anteil der Versicherten mit einer entsprechenden Verordnung und die Verordnungsmengen für diese Gruppe seit 2015 entwickeln.

Abschließen werden die verschiedenen Stränge der Analysen zu einer Zusammenfassung verdichtet. Hierfür ist Kapitel 4.6 vorgesehen.

Kapitel 4.3 stellt das Krankheitsgeschehen unter Erwerbstätigen auf Basis von DAK-Daten dar

Kapitel 4.4 zeigt die Verbreitung von Risikofaktoren unter Erwerbstätigen auf

Kapitel 4.5 hat die Inanspruchnahme von Gesundheitsförderung und Prävention zum Gegenstand

Verordnung von Medikamenten

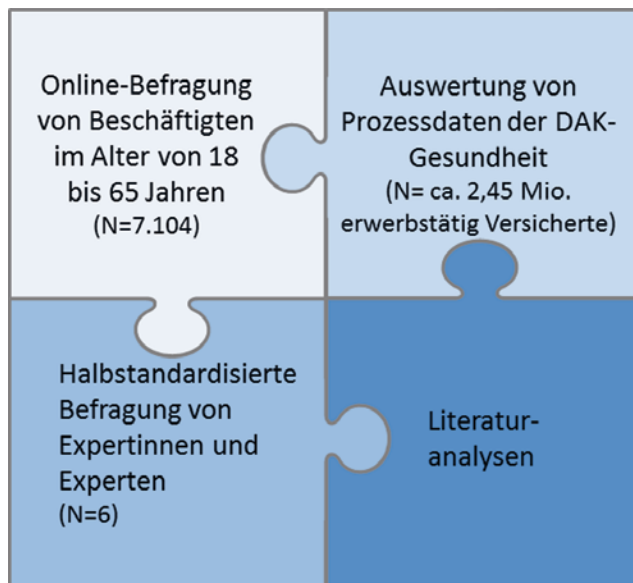
Kapitel 4.6: Zusammenfassung und Fazit

4.1.1 Datenquellen des Schwerpunkts

Datenquellen Die Ergebnisse dieses Reports stützen sich auf verschiedene Datenquellen (Abbildung 26). 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 7.104 abhängig Beschäftigten im Alter von 18 bis 65 Jahren durchgeführt.

Eine weitere Datenquelle stellt eine halbstandardisierte Befragung von Expertinnen und Experten aus der kardiologischen Forschung und Praxis dar. Sie wurden u. a. dazu befragt, wie sich das Herz-Kreislaufgeschehen entwickelt hat, welche Rolle diese Erkrankungen bei Erwerbstätigen spielen, welche sozialen Unterschiede es beim Auftreten der Erkrankungen gibt und wie die Bedeutung psychischer Risikofaktoren zu bewerten ist. Außerdem wurden sie um eine Einschätzung der Bedeutung der verschiedenen Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention gebeten. Der Experten-Fragebogen ist dem Report im Anhang beigelegt.

Abbildung 26: Dem Schwerpunktthema zugrunde liegende Datenquellen



4.1.2 Bevölkerungsbefragung: Methodik und Soziodemografie der Stichprobe

Die standardisierte Befragung von 7.104 Erwerbstätigen, d.h. abhängig Beschäftigten, ist die Basis für zahlreiche Ergebnisse des Reports, insbesondere die Prävalenz der Risikofaktoren. Das Vorlie-

gen einer Gratifikationskrise wurde mit der Effort-Reward-Imbalance Scale (Siegrist, 1996) ermittelt.

Weitere Themen des Fragebogens sind Coping-Strategien (Stressbewältigung), der Zugang zu Betrieblicher Gesundheitsförderung, die Inanspruchnahme von Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung, die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten der Krankenkassen sowie die Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung („Check-up“).

Die Befragung wurde im Januar 2022 durch die forsa Politik- und Sozialforschung GmbH als Online-Befragung realisiert. Das von Forso verwendete Panel befragt auch Personen ohne Internetanschluss (diese Gruppe nimmt mittels einer Box am Fernsehgerät an Befragungen teil), sodass es hier nicht zu einer Verzerrung dahingehend kommt, dass nur Personen mit Internetanschluss beteiligt wären. Die Rücklaufquote wird von Forso mit 36,0 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, sodass 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.

Die Befragung ist repräsentativ für die abhängig Beschäftigten in Deutschland

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	Tabellen-Prozent	Anzahl	Tabellen-Prozent	Anzahl	Tabellen-Prozent
18–29	200	2,8 %	166	2,3 %	366	5,2 %
30–39	772	10,9 %	589	8,3 %	1.361	19,2 %
40–49	1.241	17,5 %	967	13,6 %	2.208	31,1 %
50–59	1.319	18,6 %	887	12,5 %	2.206	31,1 %
60–65	618	8,7 %	345	4,9 %	963	13,6 %
Gesamt	4.150	58,4 %	2.954	41,6 %	7.104	100,0 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Tabelle 3: Befragte nach Alter und Geschlecht (gewichtet)

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Tabellen-Prozent	Anzahl	Tabellen-Prozent	Anzahl	Tabellen-Prozent
18–29	313	4,4 %	296	4,2 %	610	8,6 %
30–39	1.072	15,1 %	917	12,9 %	1.990	28,0 %
40–49	973	13,7 %	930	13,1 %	1.903	26,8 %
50–59	875	12,3 %	914	12,9 %	1.790	25,2 %
60–65	433	6,1 %	379	5,3 %	812	11,4 %
Gesamt	3.668	51,6 %	3.436	48,4 %	7.104	100,0 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Tabelle 4 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe nach Geschlecht und höchstem Schulabschluss. Etwa ein Drittel der Frauen und Männer haben einen mittleren Schulabschluss. Weniger als ein Fünftel der Frauen und ein Viertel der Männer haben einen einfachen oder keinen Schulabschluss. Einen Hochschulabschluss oder ein Studium geben 45,7 Prozent der Frauen und 41,2 Prozent der Männer an.

Die Stichprobe setzt sich aus Arbeitern, Angestellten und Beamten zusammen. In beiden Geschlechtern stellen die Angestellten die Mehrheit – insbesondere bei den Frauen, die zu 84,5 Prozent Angestellte sind (Tabelle 5).

Tabelle 4: Befragte nach Geschlecht und höchstem Schulabschluss

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
einfach ⁵	899	24,7 %	600	17,6 %	899	24,7 %
mittl. Abschluss ⁶	1.240	34,1 %	1.252	36,7 %	1.240	34,1 %
Hochschule/Abitur ⁷	1.499	41,2 %	1.562	45,7 %	1.499	41,2 %
Gesamt	3.638	100,0 %	3.414	100,0 %	3.638	100,0 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

5 ohne Abschluss, Haupt-/Volksschulabschluss

6 mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife, Abschluss der Polytechnischen Oberschule (8./10. Klasse)

7 Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule, Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, Fach-/Hochschulstudium

Tabelle 5: Befragte nach Geschlecht und beruflicher Statusgruppe

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Arbeiter	764	20,8 %	228	6,6 %	992	14,0 %
Ange- stellte	2.544	69,4 %	2.904	84,5 %	5.449	76,7 %
Beamte	359	9,8 %	304	8,8 %	663	9,3 %
Gesamt	3.668	100,0 %	3.436	100,0 %	7.104	100,0 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Einige der Analysen vergleichen die Ergebnisse für verschiedene berufliche Statusgruppen. Als Indikator für den beruflichen Status wird der berufliche Abschluss verwendet. Die Verteilung der beruflichen Abschlüsse zeigt Tabelle 6.

Tabelle 6: Befragte nach Geschlecht und beruflichem Abschluss

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Universität/ Fachhoch- schule/ Ingenieur- schule/ Polytechnikum	1.028	28,5 %	1.152	34,3 %	2.181	31,3 %
Fachschule/ Techniker- schule/ Meisterschule	709	19,6 %	443	13,2 %	1.151	16,5 %
Berufsschule/ Lehre	1.786	49,4 %	1.656	49,3 %	3.442	49,4 %
Ohne berufs- bildenden Abschluss	91	2,5 %	110	3,3 %	200	2,9 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Tabelle 7: 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 den Tabellen und Grafiken nicht berichtet und ausgewiesen. Generell gilt also: Die Differenz zwischen der unter einer Grafik angegebenen Anzahl (N) und der Gesamtzahl von Befragten (7.104) kommt 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 eine diagnostizierte Depression angibt. 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.

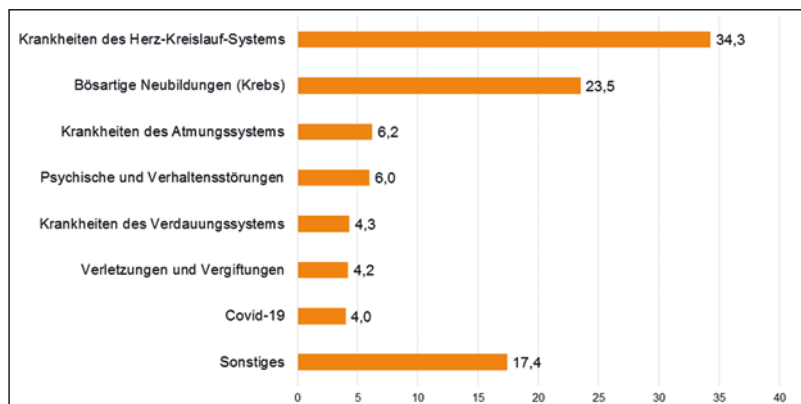
In vielen Fällen werden innerhalb einer Darstellung die Antworten zu mehreren Fragen dargestellt. In diesen Fällen kann die Zahl der Befragten, die auf diese Fragen geantwortet haben, unterschiedlich sein (i. d. R. sind diese Unterschiede gering). Hier wird für die Zahl der Befragten ein Bereich angegeben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

4.2 Epidemiologie ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland

4.2.1 Hintergrund

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10: I00-I99) sind nach wie vor die häufigste Todesursache bei Frauen und Männern in Deutschland. Im Jahr 2020 war etwa jeder dritte Todesfall (34,3 Prozent) auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zurückzuführen (Abbildung 27). Das sind 338.001 Verstorbene, wovon 53,0 Prozent Frauen und 47,0 Prozent Männer waren (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022b).

Abbildung 27: Todesursachen nach Krankheitsarten 2020 in Prozent

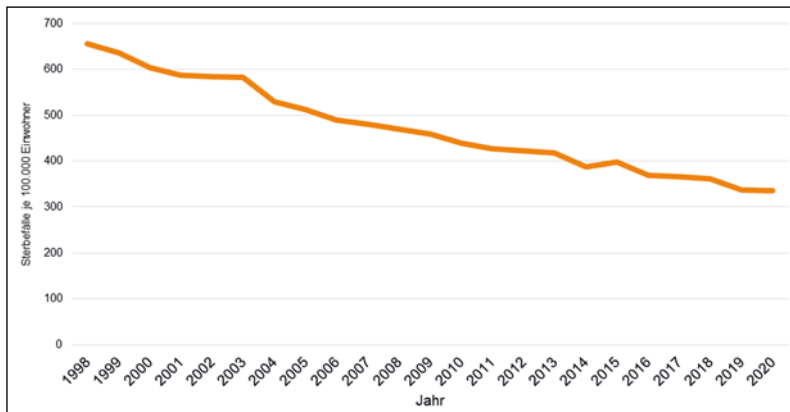


Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)

Wenn auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach wie vor die Todesursache Nummer Eins in Deutschland darstellen, so ist insgesamt ein Rückgang der Mortalitätsraten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verzeichnen (Abbildung 28). Laut amtlicher Todesursachenstatistik (Destatis, 2022b) sind im Jahr 1998 noch 656,3 Menschen je 100.000 Einwohner an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung gestorben. Im Jahr 2020 waren es 335,4 Menschen je 100.000 Einwohner (Mortalitätsraten standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2011). Dies entspricht einem Rückgang um 48,9 Prozent.

Dieser Trend lässt sich auch in anderen hochentwickelten Ländern beobachten (Lozano et al., 2012, zit. nach Robert Koch-Institut [RKI], 2015a). Zu dieser Entwicklung tragen vermutlich vor allem Verbesserungen im Gesundheitsverhalten und in der Versorgung bei (Busch & Kuhnert, 2017).

Abbildung 28: Sterbefälle an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (ICD 10: I00-I99) je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert* von 1998 bis 2020



Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)

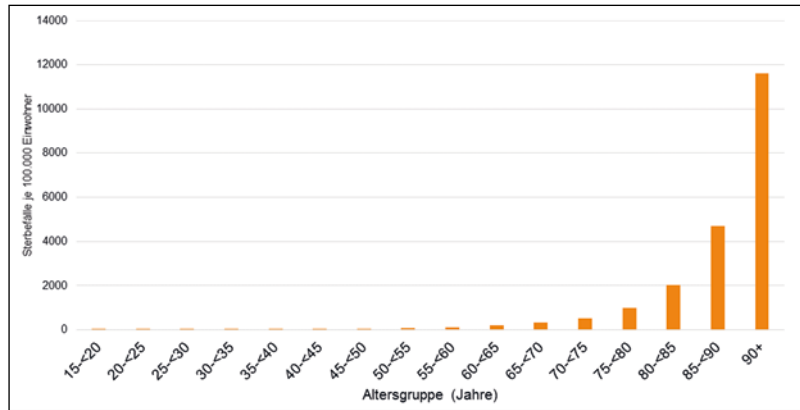
* Standardbevölkerung Deutschland 2011

Abbildung 29 zeigt, dass von den Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor allem ältere Menschen betroffen sind: 93,0 Prozent der an einer Krankheit des Herz-Kreislauf-Systems Verstorbenen waren 65 Jahre und älter (Destatis, 2022b).

Von 1998 bis 2020 sank die Mortalitätsrate für Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 48,9 Prozent

Es sind vor allem ältere Menschen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen

Abbildung 29: Sterbefälle Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99) je 100.000 Einwohner im Alter von 15 bis 90 Jahren und älter in 2020

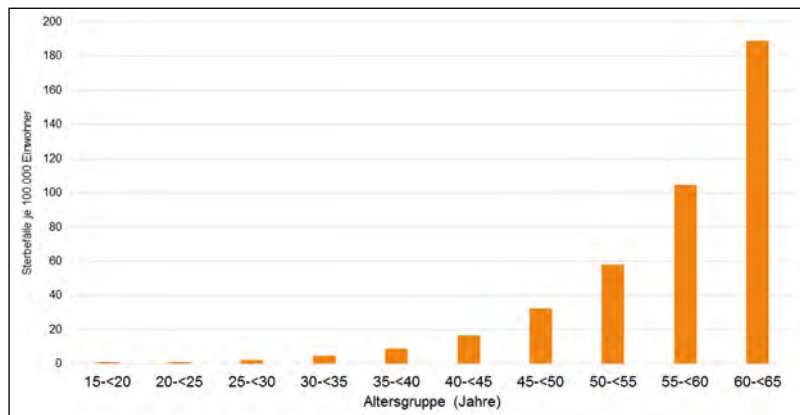


Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)

Auch in der Erwerbsbevölkerung sind Todesfälle aufgrund einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu finden

Dennoch lassen sich auch in der Erwerbsbevölkerung durchaus Todesfälle aufgrund einer Herz-Kreislauf-Erkrankung finden, wenn auch dies vor allem die älteren Beschäftigten betrifft (Abbildung 30). So geht bei den 35- bis unter 40-Jährigen noch jeder 9. Todesfall je 100.000 Einwohner auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zurück. In der Gruppe der 50- bis unter 55-Jährigen sind es 58, bei den 55- bis unter 60-Jährigen 105 und in der Gruppe der 60- bis unter 65-Jährigen bereits 189 Todesfälle je 100.000 Einwohner (Mortalitätsraten standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2011) (Destatis, 2022b).

Abbildung 30: Sterbefälle Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99) je 100.000 Einwohner im Alter von 15 bis 65 Jahren in 2020



Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)

Des Weiteren sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit erheblichen individuellen Krankheitsfolgen verbunden und verursachen im Vergleich zu allen anderen Erkrankungsgruppen die höchsten Kosten: Im Jahr 2015 gehen 13,7 Prozent der direkten Krankheitskosten – was 46,4 Milliarden Euro entspricht – auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück (Destatis, 2022b). Aufgrund ihrer weiten Verbreitung haben vor allem die koronare Herzkrankheit (ICD-10: I20-I25), der Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) und der Schlaganfall (ICD 10: I60-I64) große Bedeutung für Public Health (RKI, 2022).

Vor diesem Hintergrund werden sich die folgenden Ausführungen zur Epidemiologie des Herz-Kreislauf-Geschehens in Deutschland auf eben diese drei Erkrankungen beziehen. Es wird dargestellt, wie viele Frauen und Männer in Deutschland von einer koronaren Herzkrankheit, dem Herzinfarkt und dem Schlaganfall betroffen sind und wie viele Menschen an diesen Erkrankungen versterben. Dabei werden auch zeitliche Trends sowie soziale Unterschiede Berücksichtigung finden.

4.2.2 Koronare Herzkrankheit

Die koronare oder auch ischämische Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25) ist die Manifestation der Arteriosklerose (Arterienverkalkung) an den Herzkranzgefäßen. Lipideinlagerungen (Einlagerung von Fett) in die Gefäßwand sind bei dieser chronischen Erkrankung für die zunehmende Einengung der Gefäße verantwortlich. In Folge wird das Herzmuskelgewebe nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgt. Zu Beginn nehmen Betroffene dies nicht wahr, erst im fortgeschrittenen Stadium treten Beschwerden auf, darunter etwa die Angina pectoris (Brustenge). Herzinsuffizienz (Herzschwäche), Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) und Herzrhythmusstörungen sind andere Manifestationen der koronaren Herzkrankheit, die mit einer hohen Sterblichkeit zusammenhängen (RKI, 2015a).

Morbidität

Aussagen, inwiefern die koronare Herzkrankheit in der deutschen Bevölkerung verbreitet ist, lassen sich mithilfe der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts treffen. Nach den Ergebnissen der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) bestand bei 3,7 Prozent der Frauen und 6,0 Prozent der Männer in den letzten 12 Monaten eine koronare Herzkrankheit (KHK, definiert als Herzinfarkt, chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarktes oder Angina pectoris). Männer erkranken also deutlich häufiger an einer KHK gegenüber Frauen. Mit Blick auf das Alter zeigt sich, dass die 12-Monats-Prävalenz bei den unter 45-jährigen Frauen und Männern unter 1,0 Prozent liegt. Danach steigt sie allerdings überproportional bis auf 16,0 Prozent bei Frauen und 24,1 Prozent bei Männern ab dem 75. Lebensjahr an (Abbildung 31) (Busch & Kuhnert, 2017).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen die höchsten Krankheitskosten

Definition der koronaren Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25)

3,7 Prozent der Frauen und 6,0 Prozent der Männer litten in den letzten 12 Monaten an einer KHK

„Obwohl die Myokardinfarkthäufigkeit während der COVID-Pandemie (besonders in den ersten Wellen) teilweise zurückging, bleibt die koronare Herzkrankheit im Erwerbstätigenalter ein ernstzunehmendes Problem.“

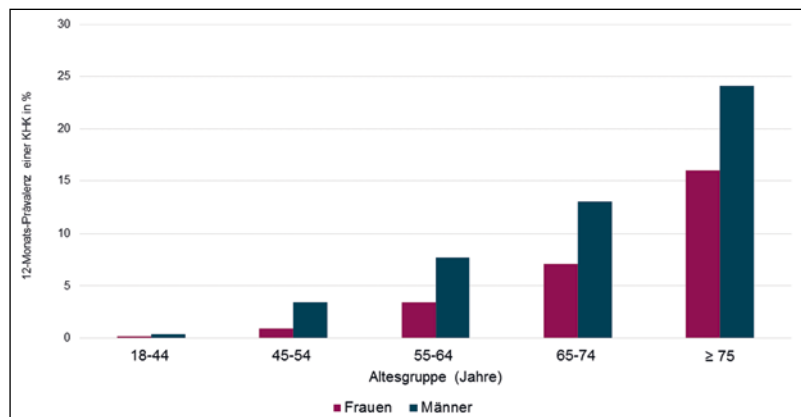
Dr. Tobias Graf, Ärztlicher Leiter Interdisziplinäre Konservative Intensivmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein

Die Lebenszeitprävalenz der KHK wird für Frauen auf 6,6 Prozent und für Männer auf 9,6 Prozent geschätzt

Neben dieser 12-Monats-Prävalenz wurde mit den Daten der bundesweiten GEDA-Studien 2009 und 2010 auch eine Lebenszeitprävalenz der koronaren Herzkrankheit für Deutschland geschätzt: Demnach wurde bei 6,6 Prozent der Frauen und 9,6 Prozent der Männer schon einmal von einem Arzt eine Durchblutungsstörung am Herzen oder ein Herzinfarkt diagnostiziert. Hochgerechnet bedeutet dies, dass zu diesem Zeitpunkt (Ende 2010) 2.481.000 Frauen und 3.349.000 an einer KHK erkrankt waren. Ein Vergleich der Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) gibt keine Hinweise auf wesentliche Veränderungen der altersstandardisierten Prävalenz der KHK bei Personen zwischen 40 und 79 Jahren. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist jedoch davon auszugehen, dass der Anteil an Menschen, der wegen einer KHK langfristig behandlungsbedürftig ist, zunimmt (RKI, 2015a).

Erklärungen, warum die 12-Monats-Prävalenz deutlich unter der Lebenszeitprävalenz liegt, werden u. a. in dem kurzen Referenzzeitraum von 12 Monaten gesucht (Busch & Kuhnert, 2017).

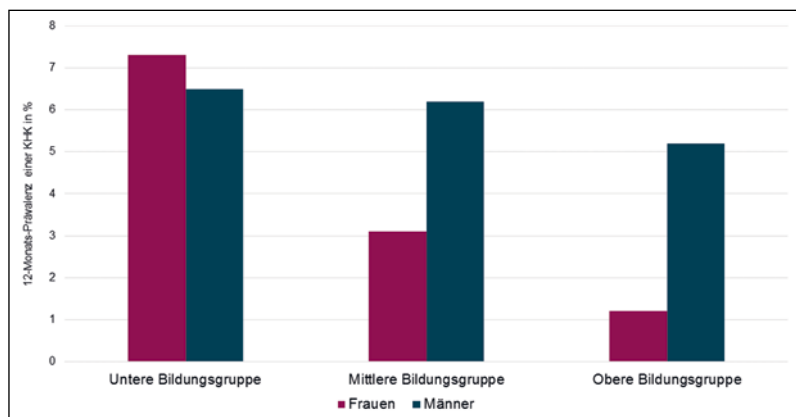
Abbildung 31: 12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit (definiert als Herzinfarkt, chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts oder chronische KHK/Angina pectoris) (n=22.639)



Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS (Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring [RKI], 2018)

Eine Auswertung der Prävalenzen nach Bildungsgruppen verdeutlicht, wie ausgeprägt die sozialen Unterschiede hier sind: Frauen der unteren Bildungsgruppen berichten deutlich häufiger, innerhalb der letzten 12 Monate von einer KHK betroffen gewesen zu sein (7,3 Prozent) im Vergleich zu denen der oberen Bildungsgruppen (1,2 Prozent). Bei Männern sind diese bildungsbezogenen Unterschiede geringer anzutreffen (6,5 Prozent gegenüber 5,2 Prozent). Dies kann u. a. durch erhebliche soziale Unterschiede im Risikoprofil mit Blick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erklären sein. So sind Rauchen, sportliche Inaktivität und Übergewicht bei Frauen und Männern mit niedrigem sozialem Status deutlich häufiger anzutreffen im Vergleich zu denjenigen der höheren Statusgruppen (Lampert, 2010).

Abbildung 32: 12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit (definiert als Herzinfarkt, chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts oder chronische KHK/Angina pectoris)



Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS (RKI, 2018)

Mortalität

Die koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25) ist bei Frauen und Männern die häufigste Todesursache. Im Jahr 2020 sind in Deutschland laut amtlicher Todesursachenstatistik (Statistisches Bundesamt 2022) 121.462 Menschen an einer KHK gestorben, wovon 43,5 Prozent Frauen und 56,5 Prozent Männer waren. Männer versterben also nach wie vor vergleichsweise häufiger an einer KHK als Frauen.

Mit Blick auf das Alter zeigt sich, dass die Mortalitätsrate der KHK erst ab dem 65. Lebensjahr merklich zunimmt (Abbildung 33). So lag die Mortalitätsrate im Jahr 2020 bei den 65- bis 70-jährigen Frauen bei 68,0 je 100.000 Einwohner und steigt dann kontinuierlich an bis sie bei den über 90-jährigen Frauen ihr Maximum bei 3.182,3 je 100.000 Einwohner erreicht. Ähnlich gestaltet es sich bei den Männern, wenn auch hier die Anzahl der Sterbefälle je 100.000 Einwohner deutlich über denen der Frauen liegt: Bei den 65- bis 70-Jähri-

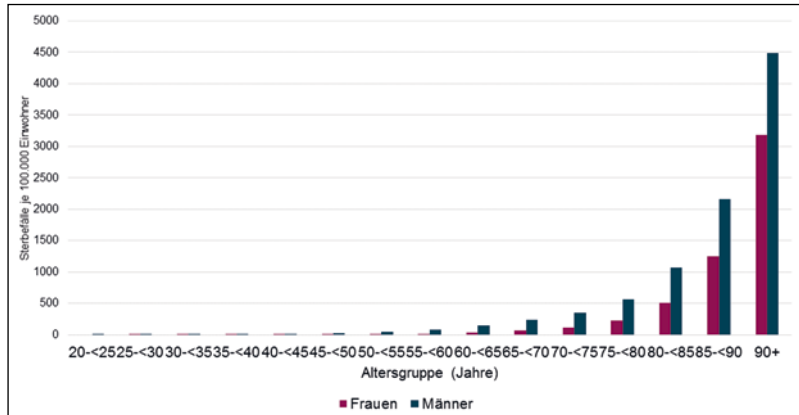
Ausgeprägte soziale Unterschiede: Je geringer die Bildungsgruppe, desto höher die KHK-Prävalenz

KHK ist häufigste Todesursache bei Frauen und Männern

Mortalitätsrate der KHK steigt ab dem 65. Lebensjahr an

gen lag die Mortalitätsrate bei 235,5 je 100.000 Einwohner und steigt dann an auf 4.487,3 je 100.000 Einwohner bei den über 90-Jährigen.

Abbildung 33: Sterbefälle an einer koronaren Herzkrankheit (ICD 10: I20-I25) je 100.000 Einwohner im Alter von 20 bis 90 Jahren und älter in 2020

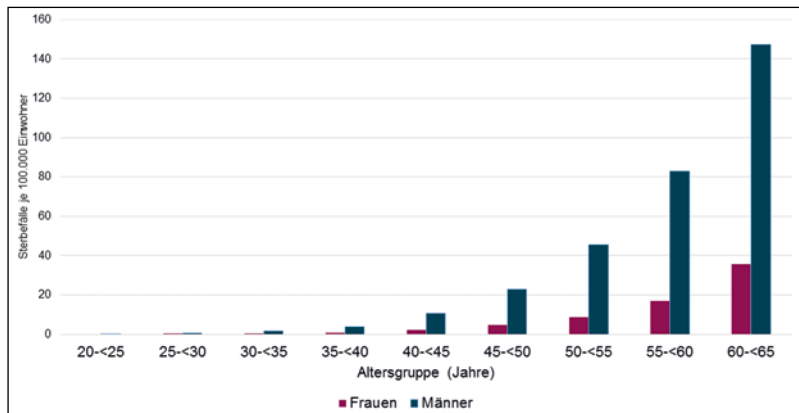


Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)

Auch in Erwerbsbevölkerung Todesfälle wegen einer KHK

In Bezug auf die Erwerbsbevölkerung zeigt sich, dass in seltenen Fällen auch hier Todesfälle aufgrund einer koronaren Herzkrankheit (ICD 10: I20-I25) zu verzeichnen sind. Im Jahr 2020 lag die Mortalitätsrate der weiblichen 45- bis 50-Jährigen bei 3,4 je 100.000 Einwohner und steigt dann auf 22,3 je 100.000 Einwohner bei den 60- bis 65-Jährigen an. Die Mortalitätsrate der männlichen 45- bis 50-Jährigen lag bei 16,0 je 100.000 Einwohner und geht dann auf 87 je 100.000 Einwohner bei den 60- bis 65-Jährigen hoch.

Abbildung 34: Sterbefälle an einer koronaren Herzkrankheit (ICD 10: I20-I25) je 100.000 Einwohner im Alter von 20 bis 65 Jahren in 2020

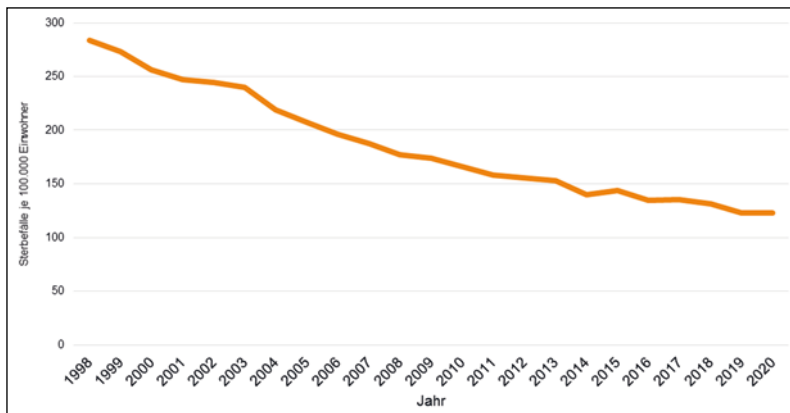


Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)

Die zeitliche Entwicklung der Mortalitätsraten der KHK lässt sich mithilfe altersstandardisierter Daten der Todesursachenstatistik nachzeichnen. Hier zeigt sich zwischen 1998 und 2020 ein stetiger Rückgang der altersstandardisierten Mortalitätsraten aufgrund einer KHK (ICD 10: I20-I25) (Abbildung 35). So sank diese in Deutschland von 284,0 je 100.000 Einwohner auf 122,5 je 100.000 Einwohner (Mortalitätsraten standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2011). Dies entspricht einem Rückgang um 56,9 Prozent.

Zwischen 1998 und 2020 sank die Mortalitätsrate der KHK um 56,9 Prozent

Abbildung 35: Sterbefälle an einer koronaren Herzkrankheit (ICD 10: I20-I25) je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert* von 1998 bis 2020



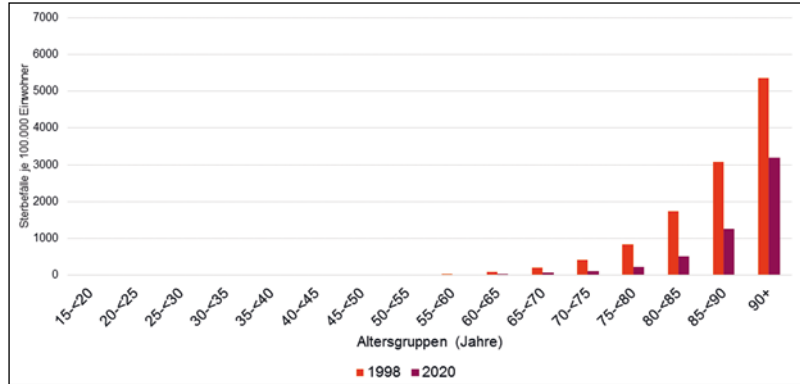
Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)

* Standardbevölkerung Deutschland 2011

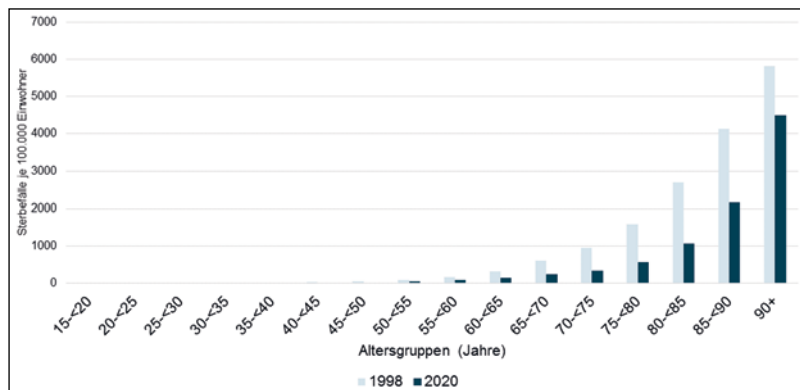
Dieser Rückgang in den Mortalitätsraten der koronaren Herzkrankheit trifft für Frauen als auch Männer in allen Altersgruppen zu. Besonders ausgeprägt ist der Rückgang von 1998 zum Jahr 2020 bei den Frauen in der Altersgruppe der 60- bis 85-Jährigen und bei den Männern in der Altersgruppe der 65- bis 85-Jährigen (Abbildung 36).

Abbildung 36: Sterbefälle an einer koronaren Herzkrankheit (ICD 10: I20-I25) je 100.000 Einwohner von 1998 bis 2020 für Frauen und Männer nach Altersgruppen

Frauen



Männer



Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)

Ursachen des Rückgangs im KHK-Geschehen

Der Rückgang im Geschehen der koronaren Herzkrankheit kann vermutlich durch Veränderungen im Gesundheitsverhalten sowie einer zunehmend leitliniengerechten Behandlung von Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt erklärt werden (RKI, 2015a). Wenn auch für Deutschland bislang keine Ergebnisse zur Effektgröße der einzelnen Einflussfaktoren vorliegen, so geben Studien aus den USA und vergleichbaren europäischen Ländern Hinweise darauf, dass ein Rückgang in den Mortalitätsraten zu etwa 50,0 Prozent auf Veränderungen im Gesundheitsverhalten zurückzuführen ist (Capewell & O’Flaherty, 2008, zit. nach RKI, 2015a).

4.2.3 Herzinfarkt

Der Myokardinfarkt bzw. Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) stellt die schwerste Form der koronaren Herzkrankheit dar. Hier kommt es akut zu einer kritischen Verminderung der Durchblutung in einem Teil des Herzmuskels. Ursache ist hier im Großteil der Fälle der Verschluss eines oder mehrerer Herzkranzgefäße durch ein Blutgerinnsel. Bleibt eine schnelle Behandlung aus, kommt es in Folge zu einem Absterben des betroffenen Herzmuskelgewebes (RKI, 2015a).

Definition des Herzinfarkts (ICD 10: I21-I22)

Morbidität

Mit Blick auf die Neuerkrankungsrate (Inzidenz), also der Anteil an Personen in der Bevölkerung, die neu von einer Herz-Kreislauf-Erkrankung betroffen ist, können für Deutschland bislang keine bundesweiten Aussagen getroffen werden. Während die skandinavischen Länder oder auch die Niederlande bereits landesweite Register aufgebaut haben, steht dies hierzulande noch aus (Deutsche Herzstiftung, 2021). Im Rahmen der weltweiten Herz-Kreislauf-Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem sogenannten MONICA-Projekt (Multinational Monitoring of Trend and Determinants in Cardiovascular Disease) (Böthig, 1989), welches von 1984 bis 1995 umgesetzt wurde, ist die Region Augsburg stellvertretend für Deutschland ausgewählt worden. Ziel war es, Erkrankungen und Todesfälle, die auf das Herz-Kreislauf-System zurückzuführen sind, standardisiert zu erfassen und das Herz-Kreislauf-Geschehen im zeitlichen Verlauf für die ausgewählten Studienregionen nachzuzeichnen und Zusammenhänge zu verschiedenen Einflussfaktoren zu untersuchen.

MONICA-Projekt liefert mit Modellregion Augsburg standardisiert erhobene Daten zum Herz-Kreislauf-Geschehen

Das in diesem Zuge aufgebaute Herzinfarktregister erfasste im Rahmen der „Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg“ (KORA Helmholtz Zentrum München) alle seit 1985 durch Herzinfarkt verursachten Todesfälle und nicht tödlichen Herzinfarkte bei 25- bis 74-Jährigen (seit 2009 bis 84 Jahre). Basierend auf den Daten der Modellregion Augsburg können Schätzungen für Deutschland vorgenommen werden, die die Entwicklung der Neuerkrankungen des Herzinfarkts seit 1985 kontinuierlich nachzeichnen (Abbildung 37).

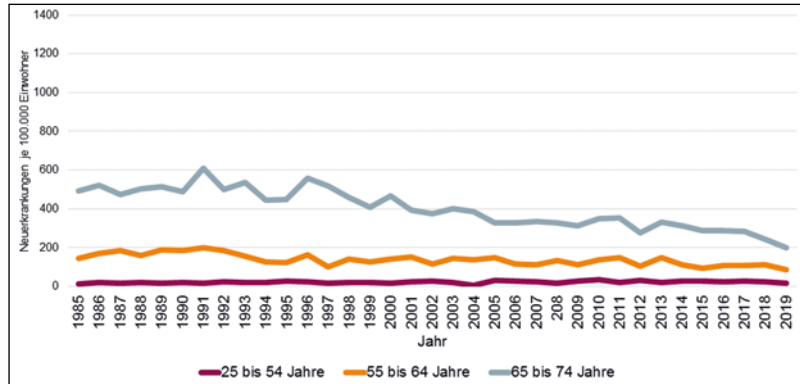
KORA-Herzinfarktregister erfasst seit 1984 alle Herzinfarkte in Augsburg

Während bei 25- bis 74-jährigen Frauen in Augsburg zwischen 1985 und 1991 zunächst ein Anstieg bei den Neuerkrankungsraten an Herzinfarkt festzustellen ist, gingen die Raten von 1991 beginnend allmählich zurück. Bei Männern sind die Raten dagegen kontinuierlich rückläufig über den gesamten Zeitraum. Diese Entwicklungen gehen vor allem auf eine Abnahme der Neuerkrankungen bei den 65- bis 74-jährigen Frauen und den 55- bis 74-jährigen Männern zurück. Für die 55- bis 64-jährigen Frauen zeigt sich eine relativ stabile Neuerkrankungsrate.

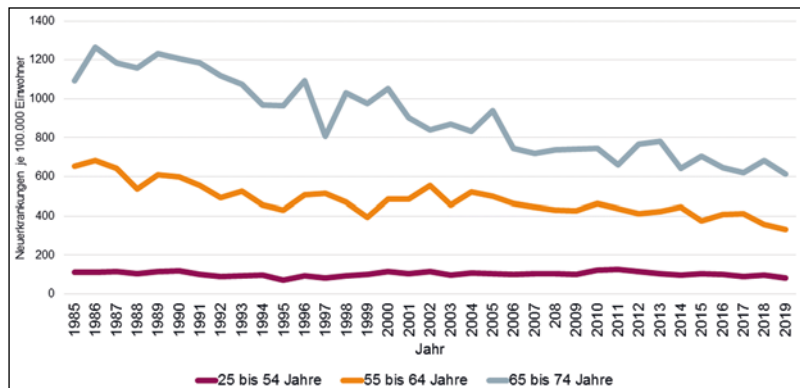
Neuerkrankungen an Herzinfarkt gehen bei Frauen und Männern zurück

Abbildung 37: Entwicklung der Neuerkrankungsraten an Herzinfarkt in der Region Augsburg von 1985 bis 2019

Frauen



Männer



Quelle: MONICA/KORA-Herzinfarktregister Augsburg (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022)

Mortalität

Herzinfarkt zählt zu den häufigsten Todesursachen bei Frauen und Männern

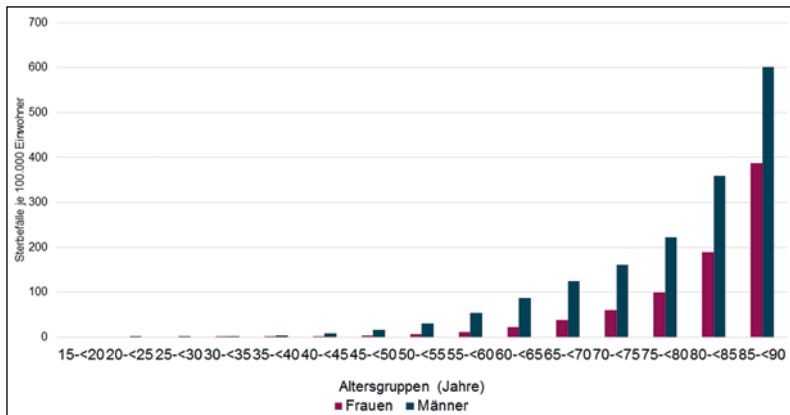
Der Herzinfarkt (ICD 10: I21) zählt nach wie vor zu den fünf häufigsten Todesursachen bei Frauen und Männern. In Deutschland sind laut amtlicher Todesursachenstatistik (Destatis, 2022b) im Jahr 2020 44.529 Menschen an einem Herzinfarkt verstorben, wovon 40,6 Prozent Frauen und 59,4 Prozent Männer waren. Männer sind also nach wie vor häufiger von einem tödlichen Herzinfarkt betroffen im Vergleich zu Frauen.

Eine Betrachtung der Mortalitätsrate des Herzinfarkts (ICD 10: I21-I22) nach Altersgruppen zeigt, dass die Sterblichkeit bei Männern ab dem 60. und bei Frauen ab dem 70. Lebensjahr merklich ansteigt (Abbildung 38). So lag die Mortalitätsrate in 2020 bei den 70- bis 75-jährigen Frauen bei 59,8 je 100.000 Einwohner, ist bei den 80- bis 85-jährigen Frauen dann bereits mehr als dreimal so hoch und

liegt bei 189,2 je 100.000 Einwohner, und steigt dann bei den über 90-jährigen Frauen auf 799,8 je 100.000 Einwohner an. Auch bei den Männern steigt die Mortalitätsrate mit dem Alter an: Bei den 60- bis 65-Jährigen lag die Mortalitätsrate in 2020 bei 87,0 je 100.000 Einwohner und steigt dann weiter an. Bei den 80- bis 85-jährigen Männern ist sie dann schon mehr als viermal so hoch mit 358,9 je 100.000 Einwohner und findet ihren Peak bei den über 90-jährigen Männern auf 1.056,1 je 100.000 Einwohner.

Mortalitätsrate des Herzinfarkts steigt bei Männern ab dem 60. und bei Frauen ab dem 70. Lebensjahr kontinuierlich an

Abbildung 38: Sterbefälle an einem Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) je 100.000 Einwohner im Alter von 15 bis 90 Jahren und älter in 2020

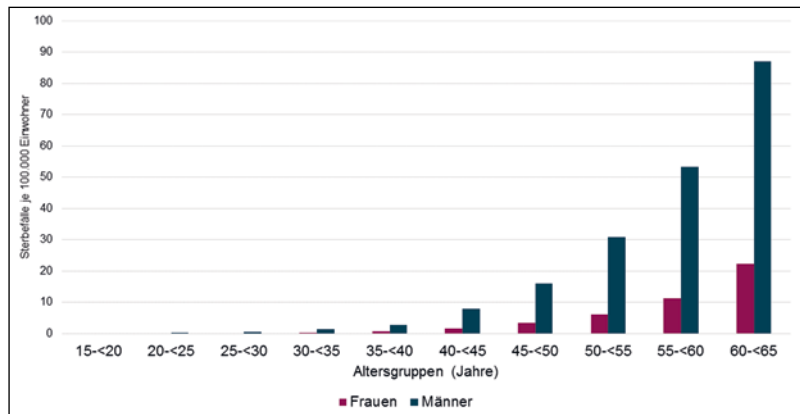


Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)

Wenn auch die Herzinfarkte mit steigendem Alter zunehmen, so zeigt ein Blick auf die Altersgruppen der 15- bis 65-Jährigen, dass es in seltenen Fällen auch im Erwerbsleben zu einem tödlichen Herzinfarkt kommen kann (Abbildung 39). Auch im Erwerbsleben sind Männer deutlich häufiger betroffen im Vergleich zu Frauen: Im Jahr 2020 lag die Mortalitätsrate der 40- bis 45-jährigen Frauen bei 1,6 je 100.000 Einwohner, während die der gleichaltrigen Männer bei 8,0 je 100.000 Einwohner lag. Dieser Trend setzt sich fort: Bei den 60- bis 65-jährigen Männern ist die Mortalitätsrate knapp viermal so hoch im Vergleich zu den gleichaltrigen Frauen (22,3 Sterbefälle je 100.000 Einwohner gegenüber 87 Sterbefällen je 100.000 Einwohner).

Auch in Erwerbsbevölkerung Todesfälle wegen eines Herzinfarkts

Abbildung 39: Sterbefälle an einem Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) je 100.000 Einwohner im Alter von 15 bis 65 Jahren in 2020

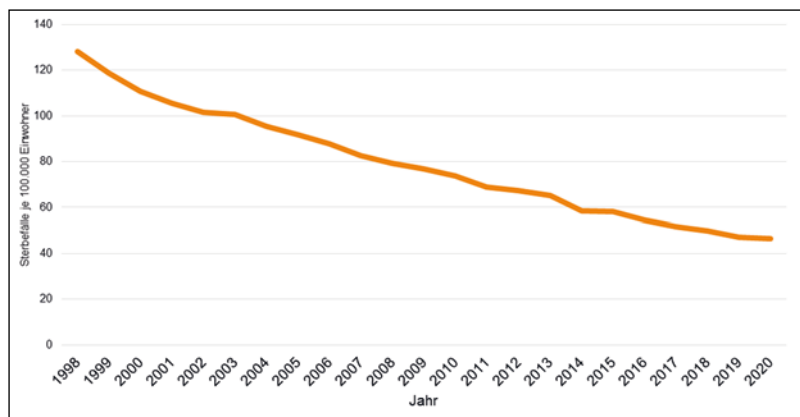


Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)

Zwischen 1998 und 2020 sank die Mortalitätsrate des Herzinfarkts um 63,8 Prozent

In Bezug auf die zeitliche Entwicklung von 1998 bis 2020 wird deutlich, dass die altersstandardisierten Mortalitätsraten wegen eines Herzinfarkts (ICD 10: I21-I22) kontinuierlich abnehmen (Abbildung 40). Während diese in Deutschland im Jahr 1998 noch bei 128,3 je 100.000 Einwohner lag, so sank sie im Jahr 2020 auf 46,5 je 100.000 Einwohner (Mortalitätsraten standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2011). Dies entspricht einem Rückgang um 63,8 Prozent.

Abbildung 40: Sterbefälle an einem Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert* von 1998 bis 2020



Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)

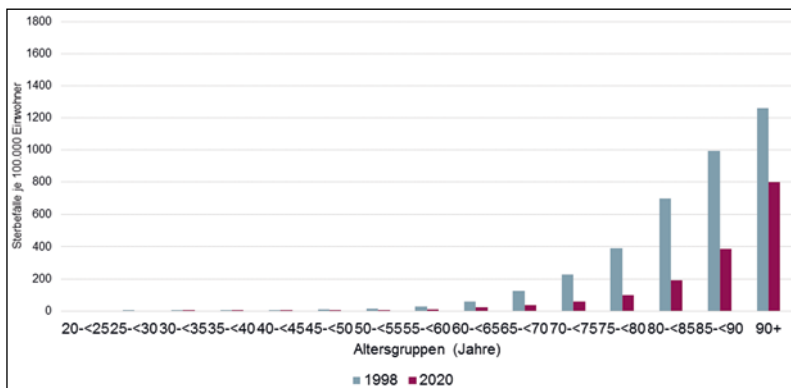
* Standardbevölkerung Deutschland 2011

Dieser Rückgang in den Mortalitätsraten des Herzinfarkts ist sowohl bei Frauen als auch Männern in allen Altersgruppen zu beobachten.

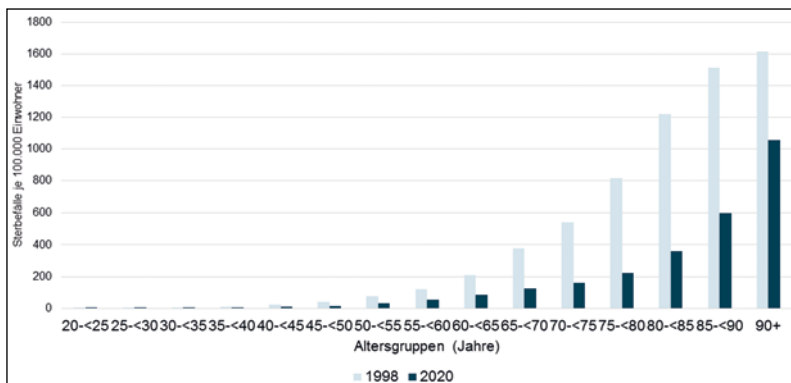
Am stärksten ist die Sterblichkeit von 1998 zum Jahr 2020 in der Altersgruppe der 65- bis 85-Jährigen zurückgegangen (Abbildung 41).

Abbildung 41: Sterbefälle an einem Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) je 100.000 Einwohner von 1998 bis 2020 für Frauen und Männer nach Altersgruppen

Frauen



Männer



Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)

Der Rückgang im Herzinfarktgeschehen lässt sich vermutlich zum einen durch Veränderungen im Gesundheitsverhalten erklären. So ist insbesondere mit Blick auf das Rauchen ein Rückgang in der deutschen Bevölkerung zu verzeichnen (Zeiger, Kuntz & Lange, 2017). Eine Ausnahme bildet die Gruppe der über 45-jährigen Frauen: Das Rauchverhalten blieb hier weitestgehend unverändert, was auch die stagnierenden Inzidenzzahlen der Herzinfarkte in dieser Altersgruppe erklären könnte (Lampert, 2011, zit. n. RKI, 2015a). Zum anderen haben sich die präventiven, rehabilitativen und therapeutischen Maßnahmen verbessert, darunter die Notfall-PCI, der Stent und die Medikation. Zu nennen sind auch Verbesserungen der Abläufe im Bereich der Rettungskette oder die vermehrten Kennt-

Ursachen des Rückgangs im Herzinfarkt-Geschehen

nisse mit Blick auf die Risikofaktoren (Deutsche Herzstiftung, 2021). Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen, die als wesentliche Risikofaktoren eines Herzinfarkts gelten, werden immer häufiger leitlinienkonform behandelt (Prugger et al., 2012, zit. n. RKI, 2015a).

4.2.4 Schlaganfall

Definition des Schlaganfalls (ICD 10: I60-I64)

Der Schlaganfall ist das wohl wichtigste Krankheitsbild in der Gruppe der zerebrovaskulären Krankheiten (ICD 10: I60-I69). Als Schlaganfall werden verschiedene Erkrankungen zusammengefasst (ICD 10: I60-I64). Allen gemein ist, dass ein Gefäßverschluss (ischämischer Schlaganfall) oder eine Hirnblutung (hämorrhagischer Schlaganfall) ganz plötzlich Hirnareale schädigt. Bei einem Schlaganfall kommt es zu einer lokal begrenzten oder allgemeinen Funktionsstörung des Gehirns, die sich durch das schlagartige Auftreten von neurologischen Symptomen äußert. Dazu zählen vor allem Lähmungen und Gefühlsstörungen von Arm, Bein oder Gesicht (meist in einer Körperhälfte), Sprachstörungen, Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Bewusstlosigkeit und heftige Kopfschmerzen (RKI, 2015a).

Morbidität

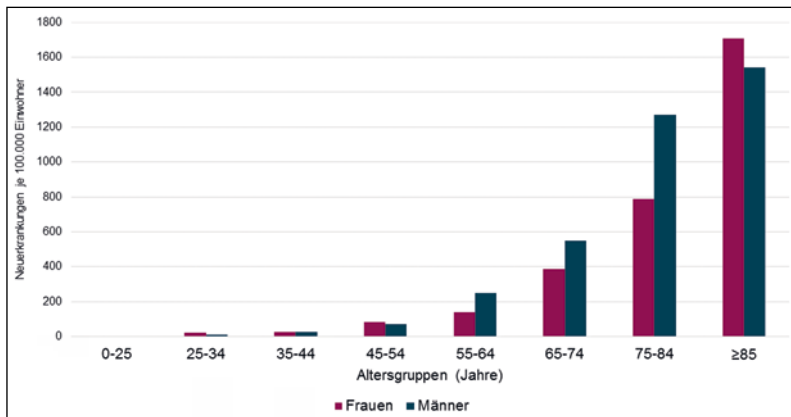
Schlaganfallregister Erlangen schließt alle Schlaganfälle seit 1994 ein

Schätzungen zur Neuerkrankungsrate (Inzidenz) des Schlaganfalls sind mithilfe des bevölkerungsbezogenen Schlaganfallregisters Erlangen (ESPro, 1994–2020) möglich. Hier werden möglichst alle diagnostizierten Schlaganfälle, sowohl hospitalisierte als auch nicht-hospitalisierte Patienten unabhängig ihres Alters und Schweregrad der Ausprägung, eingeschlossen. Nach dem Ereignis werden sie zunächst engmaschig und schließlich jährlich bis zum Lebensende beobachtet mit dem Ziel, Aussagen zum Verlauf der Erkrankung, deren Behandlung und Versorgung treffen zu können. Langfristig soll damit eine verbesserte Präventionsmedizin, Therapie und Versorgungsplanung erreicht werden (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021b).

Inzidenz des Schlaganfalls beträgt 196,0 Erkrankungsfälle je 100.000 Einwohner

Demnach lag die Inzidenz im Jahr 2020 bei etwa 196,0 Erkrankungsfällen je 100.000 Einwohner. Dabei gibt es insgesamt betrachtet keine wesentlichen Geschlechterunterschiede: So lag die Neuerkrankungsrate der Frauen bei 197,8 je 100.000 Einwohner und die der Männer bei 194,8 je 100.000 Einwohner. Eine detaillierte Betrachtung nach Altersgruppen zeigt jedoch, dass Männer hier stets höhere Inzidenzen gegenüber Frauen aufweisen. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der 85-Jährigen und älter, was durch die höhere Anzahl an Frauen in den höheren Altersgruppen erklärt werden kann (Abbildung 42).

Abbildung 42: Neuerkrankungen 2020 nach Altersgruppen für alle Schlaganfälle pro 100.000 Einwohner in der Stadt Erlangen

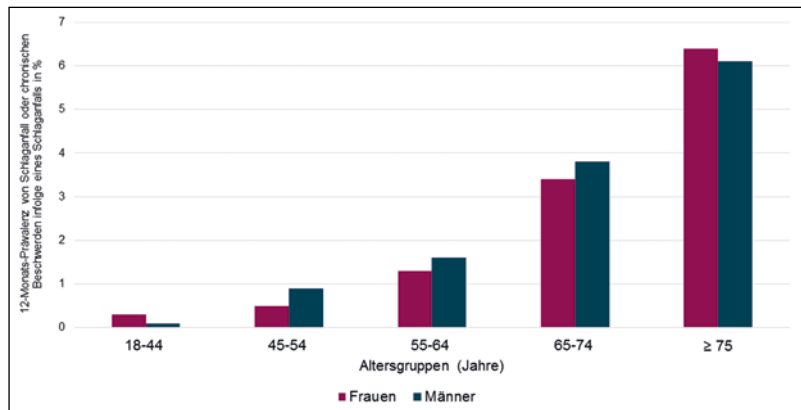


Quelle: Bevölkerungsbasiertes Schlaganfallregister Erlangen 2020 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021a)

Mithilfe der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) lassen sich darüber hinaus Aussagen darüber treffen, wie viele der in Deutschland lebenden Menschen innerhalb der letzten 12 Monate von einem Schlaganfall bzw. von chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls betroffen waren (12-Monats-Prävalenz). Demnach berichten 1,7 Prozent der Frauen und 1,5 Prozent der Männer über 18 Jahren, dass sie eines dieser Ereignisse in den letzten 12 Monaten erlebt haben. Im Altersverlauf zeigt sich, dass die 12-Monats-Prävalenz der unter 55-Jährigen noch bei unter 1,0 Prozent liegt. Danach steigt sie sowohl bei Frauen als auch Männern im Alter von 75 Jahren und älter allerdings überproportional auf 6,4 Prozent und 6,1 Prozent an (Abbildung 43) (Busch & Kuhnert, 2017). Der Schlaganfall betrifft also vor allem die Hochbetagten der in Deutschland lebenden Bevölkerung.

1,7 Prozent der Frauen und 1,5 Prozent der Männer hatten in den letzten 12 Monaten einen Schlaganfall

Abbildung 43: 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls (n=22.599)



Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS (RKI, 2018)

Die Lebenszeitprävalenz des Schlaganfalls wird für Frauen auf 2,4 Prozent und für Männer auf 2,6 Prozent geschätzt

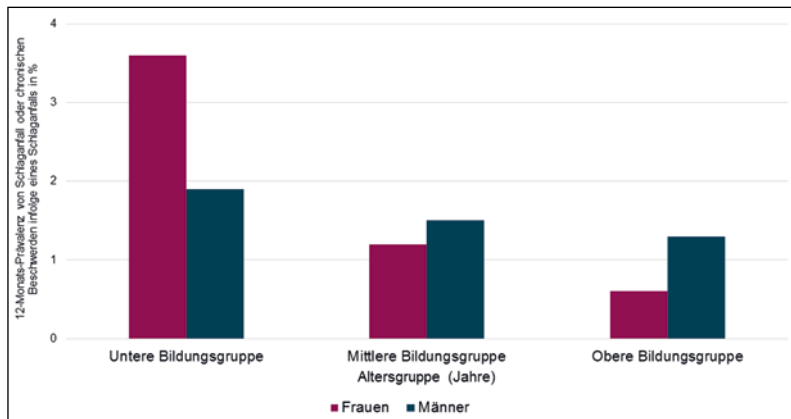
Basierend auf den Daten der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2009 und 2010 lässt sich zudem der Anteil der lebenden Personen in der Bevölkerung abschätzen, die jemals einen Schlaganfall erlebt haben (Lebenszeitprävalenz). Die Prävalenz der Frauen ab 18 Jahre liegt demnach bei 2,4 Prozent, die der gleichaltrigen Männer bei 2,6 Prozent. Mithilfe der Schätzungen des Statistischen Bundesamts zum Bevölkerungsstand bedeutet dies hochgerechnet, dass Ende 2010 etwa 1,76 Millionen der über 18-Jährigen schon einmal einen Schlaganfall gehabt haben, wovon 877.000 Frauen und 884.000 Männer waren (RKI, 2015a).

Werden die Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) denen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) gegenübergestellt, so lassen sich keine merklichen Veränderungen über die Zeit bei den 40- bis 79-jährigen Frauen und Männern feststellen. Aufgrund des demografischen Wandels ist jedoch trotz stagnierender Prävalenz davon auszugehen, dass die Zahl von Menschen mit einem Schlaganfall zunehmen wird (RKI, 2015a).

Ausgeprägte soziale Unterschiede – vor allem bei Frauen: Je geringer die Bildungsgruppe, desto höher die Schlaganfall-Prävalenz

Ähnlich wie bei der koronaren Herzkrankheit zeigen sich auch beim Schlaganfall deutliche soziale Unterschiede. Besonders ausgeprägt sind diese bei den über 18-jährigen Frauen: Hier liegt die Prävalenz in den unteren Bildungsgruppen bei 3,6 Prozent gegenüber 0,6 Prozent in den oberen Bildungsgruppen. Bei den Männern liegt die Prävalenz der unteren Bildungsgruppen bei 1,9 Prozent, die der oberen Bildungsgruppen bei 1,3 Prozent (Abbildung 44) (Busch & Kuhnert, 2017). Wie bereits im Abschnitt zur KHK beschrieben, liegt die Ursache dafür vermutlich in den Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen, die bei Frauen und Männern mit niedrigem Sozialstatus häufiger anzutreffen sind (RKI, 2015a).

Abbildung 44: 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls (n=22.599)



Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS (RKI, 2018)

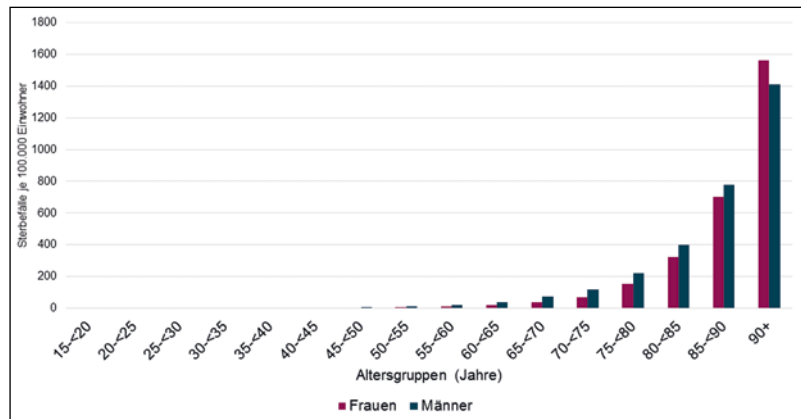
Mortalität

Laut amtlicher Todesursachenstatistik (Destatis, 2022b) sind in Deutschland im Jahr 2020 53.308 Menschen an einer zerebrovaskulären Erkrankung (ICD 10: I60-I69) gestorben, wobei Schlaganfall (ICD 10: I60-I64) hier das wohl wichtigste Krankheitsbild darstellt. Davon waren 56,2 Prozent Frauen und 43,7 Prozent Männer. Frauen sind demnach häufiger an einem Schlaganfall verstorben im Vergleich zu Männern, was vor allem durch die hohe Anzahl der Frauen bei den Hochbetagten (85 Jahre und älter) erklärt werden kann.

Im Altersverlauf zeigt sich, dass zerebrovaskuläre Erkrankungen (ICD 10: I60-I69) nämlich vor allem bei den höheren Altersgruppen für eine Vielzahl der Todesfälle verantwortlich sind (Abbildung 45). So lag die Mortalitätsrate in 2020 bei den 80- bis 85-jährigen Frauen bei 322,5 je 100.000 Einwohner, war dann bei den 85- bis 90-jährigen Frauen bereits mehr als doppelt so hoch mit 702,6 je 100.000 Einwohner und steigt bei den über 90-jährigen Frauen auf 1.560,4 je 100.000 Einwohner an. Auch bei den Männern steigt die Mortalitätsrate mit dem Alter an: Bei den 80- bis 85-Jährigen lag die Mortalitätsrate in 2020 bei 400,3 je 100.000 Einwohner, bei den 85- bis 90-Jährigen bei 775,9 je 100.000 Einwohner und bei den über 90-jährigen Männern bei 1.411,1 je 100.000 Einwohner.

Schlaganfall ist vor allem bei den Hochbetagten mit 85 Jahren und älter eine wichtige Todesursache

Abbildung 45: Sterbefälle an zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD 10: I60-I69) je 100.000 Einwohner im Alter von 15 bis 90 Jahren und älter in 2020

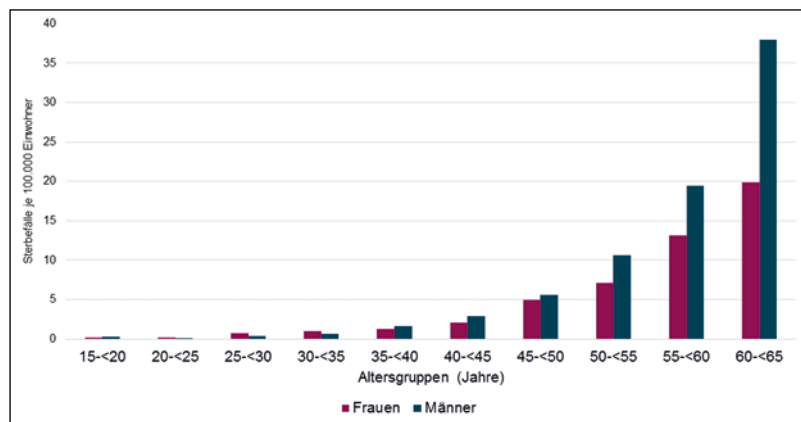


Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)

Auch in Erwerbsbevölkerung Todesfälle wegen eines Herzinfarkts

Mit detaillierterem Blick auf die Menschen im erwerbsfähigen Alter zeigt sich, dass auch hier Todesfälle wegen einer zerebrovaskulären Erkrankung auftreten (ICD 10: I60-I69). Dabei fällt auf, dass Männer in allen Altersgruppen hier häufiger betroffen sind im Vergleich zu Frauen. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede in der Gruppe der 60- bis 65-Jährigen: Hier liegt die Mortalitätsrate der Frauen bei 19,9 je 100.000 Einwohner, die der Männer bei 38,0 je 100.000 Einwohner (Abbildung 46).

Abbildung 46: Sterbefälle an zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD 10: I60-I69) je 100.000 Einwohner im Alter von 15 bis 65 Jahren in 2020



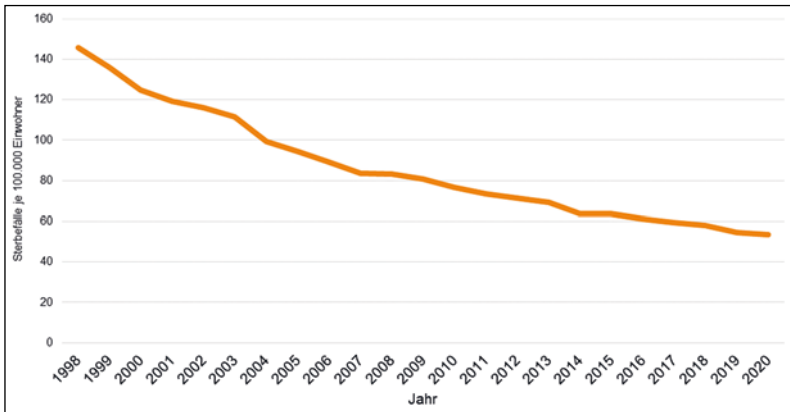
Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)

Eine Betrachtung der altersstandardisierten Mortalitätsraten im zeitlichen Verlauf verdeutlicht einen stetigen Rückgang der Sterblichkeit aufgrund einer zerebrovaskulären Erkrankung (ICD 10: I60-I69) von

1998 zu 2020 (Abbildung 47). Im Jahr 1998 waren noch 145,7 Todesfälle je 100.000 Einwohner auf eine zerebrovaskuläre Erkrankung zurückzuführen. Im Jahr 2020 waren es noch 53,6 Todesfälle je 100.000 Einwohner (Mortalitätsraten standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2011). Damit ist die Sterblichkeit um 63,2 Prozent gesunken.

Zwischen 1998 und 2020 sank die Mortalitätsrate des Schlaganfalls um 63,2 Prozent

Abbildung 47: Sterbefälle an einer zerebrovaskulären Erkrankung (ICD 10: I60-I69) je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert* von 1998 bis 2020

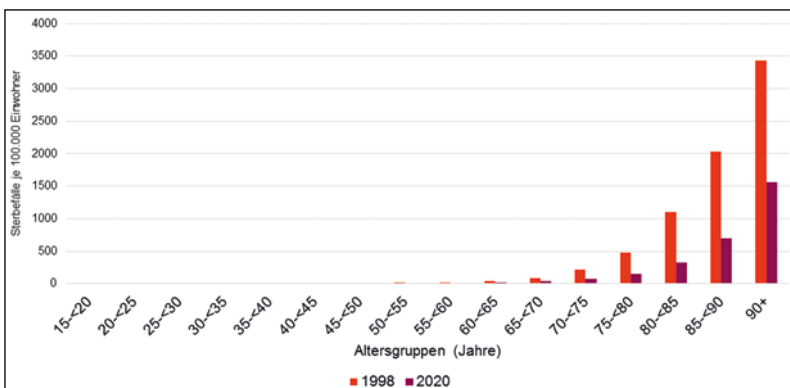


Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b)
 * Standardbevölkerung Deutschland 2011

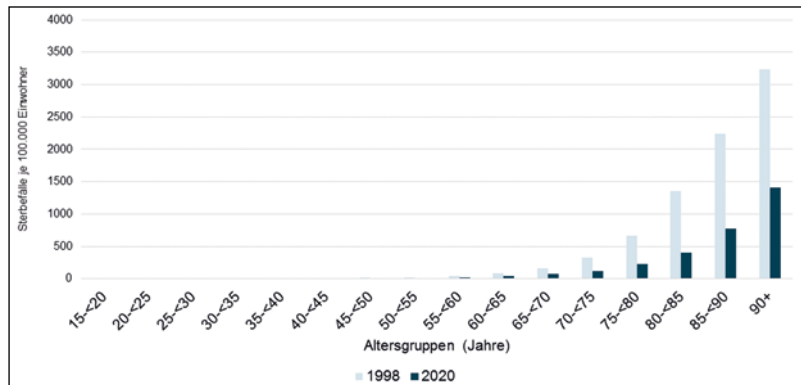
Dieser Rückgang in den Mortalitätsraten des Herzinfarkts ist sowohl bei Frauen als auch Männern in allen Altersgruppen zu beobachten. Am stärksten ist die Sterblichkeit von 1998 zum Jahr 2020 in den höheren Altersgruppen zurückgegangen (Abbildung 41).

Abbildung 48: Sterbefälle an einer koronaren Herzkrankheit (ICD 10: I20-I25) je 100.000 Einwohner von 1998 bis 2020 für Frauen und Männer nach Altersgruppen

Frauen



Männer



Quelle: Todesursachenstatistik 2020 (Destatis, 2022b; Heidemann, Kuhnert, Born & Scheidt-Nave, 2017)

Ursachen für den Rückgang im Schlaganfall-Geschehen

Der kontinuierliche Rückgang der Sterblichkeit durch zerebrovaskuläre Erkrankungen bzw. den Schlaganfall ist wohl auf zwei Ursachen zurückzuführen: Zum einen durch weniger Neuerkrankungen (Inzidenzraten) aufgrund einer verbesserten Prävention oder aufgrund einer Verringerung der tödlichen Fälle (Letalität) wegen einer besseren Versorgung oder abnehmenden Fallschwere (RKI, 2015a). Wenn auch hierfür für Deutschland bislang keine empirischen Ergebnisse vorliegen, so liefern die Untersuchungen anderer hochentwickelter Länder Hinweise dafür, dass beide Entwicklungen den Rückgang beeinflussen (Feigin et al., 2014, Lewsey et al., 2009).

4.3 Herz-Kreislauf-Geschehen bei Erwerbstätigen

Mit den DAK-Daten kann ein repräsentatives Bild für die Erwerbsbevölkerung gezeichnet werden

Dieser Abschnitt befasst sich mit der Frage, wie verbreitet Herz-Kreislauf-Erkrankungen speziell in der Gruppe der Erwerbstätigen sind. Die Analyse erfolgt dabei auf Basis der Routinedaten der DAK-Gesundheit für die Jahre 2015 bis 2021. Einbezogen werden aktiv Erwerbstätige mit Krankengeldanspruch. Durch die im Anhang I beschriebene Standardisierung nach Alter und Geschlecht kann hier ein repräsentatives Bild für die Erwerbsbevölkerung gezeichnet werden. Besondere Berücksichtigung in der Analyse finden auch hier wieder die koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25), der Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) sowie der Schlaganfall (ICD 10: I60-I64).

Da sich diese Ereignisse zum Großteil im Krankenhaus abspielen, wird zunächst jeweils dargestellt, wie viele Beschäftigte aufgrund der jeweiligen Herz-Kreislauf-Erkrankung im Krankenhaus behandelt wurden. Dazu werden stationäre Behandlungsdaten genutzt, wobei hier stets vollstationäre Krankenhausfälle mit der jeweiligen Herz-Kreislauf-Erkrankung als Hauptdiagnose berücksichtigt werden. Für die KHK wird darüber hinaus betrachtet, inwiefern Erwerbstätige auch ambulant ärztlich behandelt wurden. Auf Basis der am-

bulanten Behandlungsdaten wird der Anteil derjenigen Beschäftigten berechnet, die mindestens einen ambulanten Behandlungsfall mit der entsprechenden Diagnose hatten. Berücksichtigt wurden dabei nur gesicherte Diagnosen. Abschließend wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich dieses Morbiditätsgeschehen auch im Fehlzeitengeschehen bemerkbar macht. Dazu werden Daten des dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsgeschehens ausgewertet. Neben Analysen nach Geschlecht und Alter sowie im zeitlichen Verlauf werden auch soziale Unterschiede Berücksichtigung finden. Im Rahmen der Routinedatenanalyse werden die sozialen Unterschiede über die fünfte Stelle des Tätigkeitsschlüssels abgebildet. Diese Stelle kennzeichnet das „Anforderungsniveau“ des ausgewählten Berufes und gibt den Komplexitätsgrad der ausgeübten Tätigkeit an.

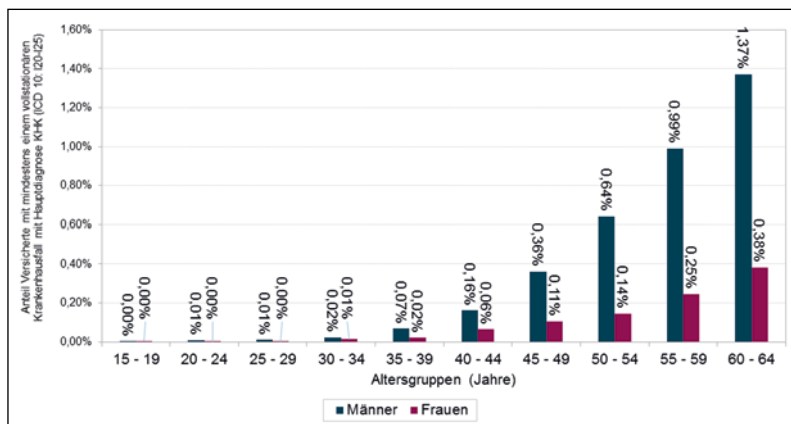
4.3.1 Koronare Herzkrankheit

Morbidität

Die Analyse der stationären Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit zeigt, dass im Jahr 2020 0,09 Prozent der erwerbstätigen Frauen und 0,34 Prozent der erwerbstätigen Männer wegen einer KHK vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden. Männer sind fast viermal so oft betroffen wie Frauen. Der Anteil der Erwerbstätigen mit einem Krankenhausaufenthalt wegen einer KHK steigt mit dem Alter. In den Altersgruppen unter 35 Jahren sind nahezu keine Krankenhausaufenthalte zu verzeichnen (Abbildung 49).

0,09 Prozent der Frauen und 0,34 Prozent der Männer sind wegen einer KHK im Krankenhaus behandelt worden

Abbildung 49: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen der Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25) für Frauen und Männer nach Altersgruppen

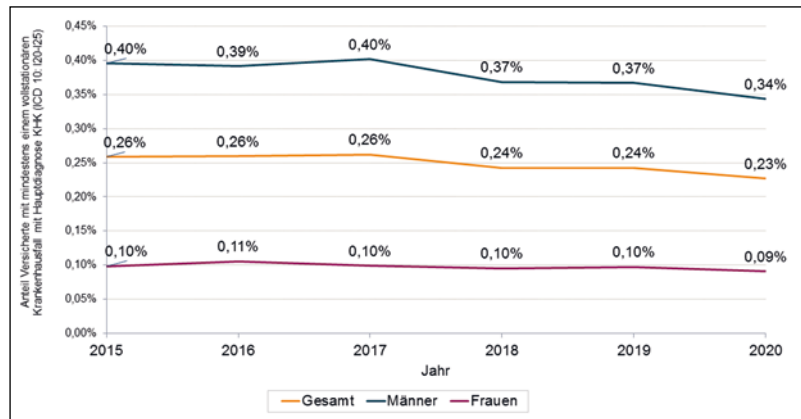


Quelle: Stationäre Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2020

Von 2015 bis 2020 sinkt die Krankenhaus-Behandlungsprävalenz der KHK

Von 2015 bis 2020 geht der Anteil der Beschäftigten mit einem Krankenhausaufenthalt wegen einer KHK deutlich zurück. Dieser Rückgang ist vor allem auf die Abnahme der Krankenhausfälle mit der Hauptdiagnose KHK bei Männern zurückzuführen. Bei Frauen sind dagegen fast keine Veränderungen erkennbar (Abbildung 50).

Abbildung 50: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhaufall wegen der Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25) für Frauen und Männer im zeitlichen Verlauf von 2015 bis 2020, altersstandardisiert

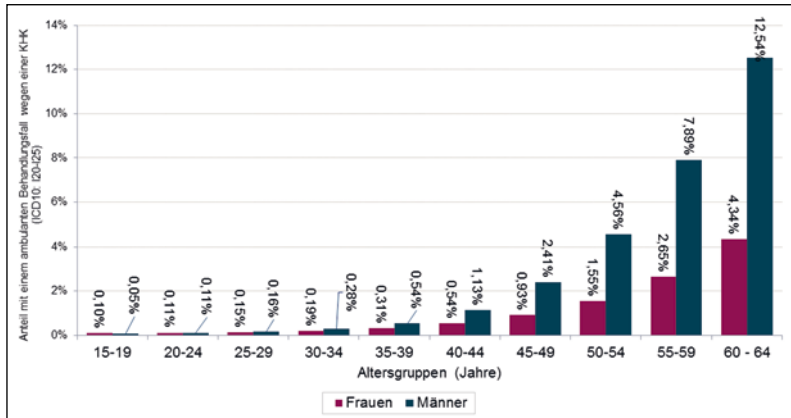


Quelle: Stationäre Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2020

1,89 Prozent der Erwerbstätigen wurden 2020 wegen einer KHK ambulant behandelt

Ambulant wurden 1,89 Prozent der erwerbstätigen DAK-Versicherten wegen einer KHK behandelt. Dabei sind ausgeprägte Geschlechterunterschiede zu verzeichnen: Der Anteil der Männer mit einem solchem ambulanten Behandlungsfall ist fast dreimal so hoch im Vergleich zu Frauen (2,68 Prozent vs. 0,96 Prozent). Eine Betrachtung nach Altersgruppen zeigt, dass sowohl bei Frauen als auch Männern die ambulante Behandlungsprävalenz mit steigendem Alter zunimmt – insbesondere bei Männern (Abbildung 51).

Abbildung 51: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem ambulanten Behandlungsfall wegen der Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25) für Frauen und Männer nach Altersgruppen



Quelle: Ambulante Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2020

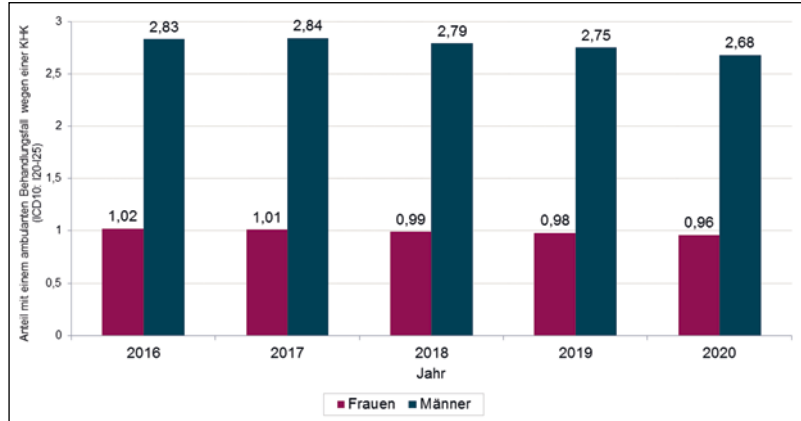
Die Behandlungsprävalenz der KHK geht im Zeitraum 2016 bis 2020 zurück. Dieser Rückgang ist vor allem auf die erwerbstätigen Männer zurückzuführen. Hier sank die Behandlungsquote von 2016 bis 2020 um 0,15 Prozentpunkte, während sie bei den erwerbstätigen Frauen nur um 0,06 Prozentpunkte gesunken ist (Abbildung 52).

Behandlungsquote wegen einer KHK sinkt bei Erwerbstätigen von 2016 bis 2020

„Erwerbstätige erkranken heute insgesamt betrachtet seltener an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der Gipfel der Erkrankungshäufigkeit verschiebt sich ins höhere Alter. Dennoch gibt es nach wie vor Herzinfarkte bei Erwachsenen im Arbeitsleben.“

Prof. Dr. Stephan Achenbach, Präsident der European Society of Cardiology

Abbildung 52: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem ambulanten Behandlungsfall wegen der Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25) für Frauen und Männer im zeitlichen Verlauf, altersstandardisiert



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2020

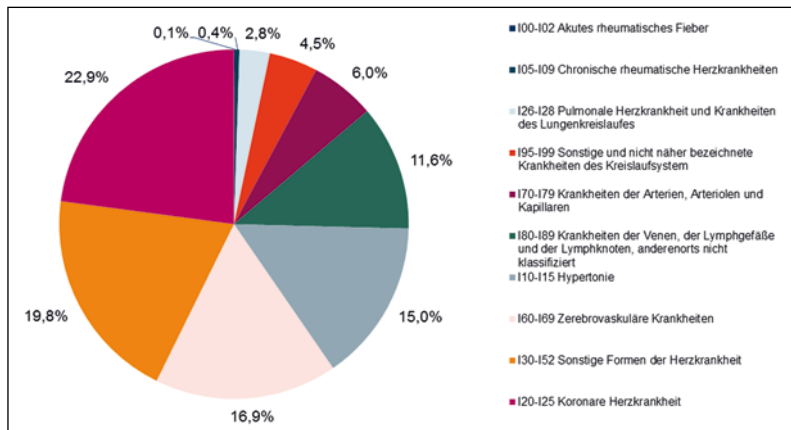
Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Wie schlägt sich die koronare Herzkrankheit im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nieder?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen 4,1 Prozent des Gesamtkrankensstands

Herz-Kreislauf-Erkrankungen insgesamt, d.h. das gesamte ICD-10-Kapitel I00-I99, verursachen 4,1 Prozent aller Fehltage (Jahr 2021 mit 59,8 Fehltagen je 100 Versichertenjahre). Sie belegen damit den zehnten Platz innerhalb aller ICD-Kapitel mit Blick auf das Fehlzeitengeschehen. Abbildung 53 zeigt, inwiefern sich die Fehltage auf die verschiedenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen verteilen: Der größte Anteil an Fehlzeiten geht auf die koronare Herzkrankheit (ICD 10: I20-I25) zurück, gefolgt von den zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD 10: I60-I69) und der Hypertonie (ICD 10: I10-I15).

Abbildung 53: Anteil der AU-Tage erwerbstätiger DAK-Versicherter für die einzelnen Unterkapitel an allen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 10: I00-I99)



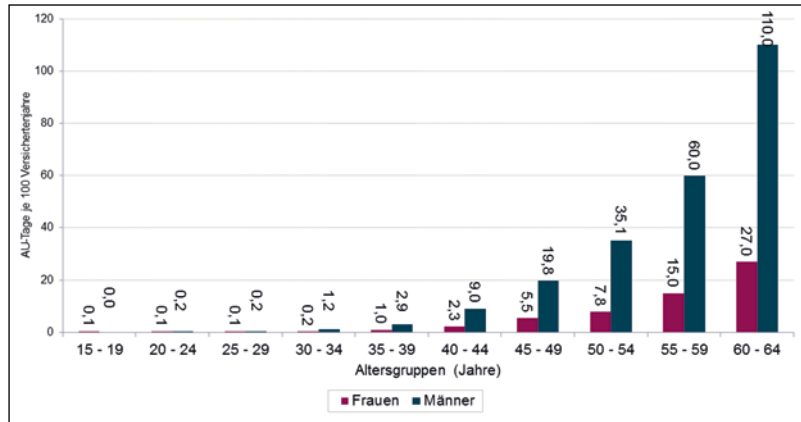
Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2021

Im Jahr 2021 war fast ein Viertel (22,9 Prozent) aller durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachten AU-Tage durch die koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25) verursacht, 13,7 Fehltage je 100 Versichertenjahre. Dabei haben Männer mit 21,1 Tagen gegenüber Frauen mit 5,0 Tagen je 100 Versichertenjahre einen deutlich höheren durch KHK verursachten Krankenstand.

22,9 Prozent aller AU-Tage in Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch KHK verursacht

Die KHK schlägt sich in den jüngeren Altersgruppen der unter 35-Jährigen praktisch nicht im AU-Geschehen nieder: 100 Beschäftigte in der Gruppe der 35- bis 39-jährigen Frauen verursachen lediglich einen Fehltag, bei Männern sind es in dieser Altersgruppe 2,9. Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl der Fehltage dann stark an. Bei Männern liegt die Zahl der Fehltage in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen bei 60 Fehltagen und in der oberen Altersgruppe dann sogar mit 110 Fehltagen je 100 Versichertenjahre – 83,0 Prozent über dem Niveau der 10 Jahre jüngeren Altersgruppe (Abbildung 54).

Abbildung 54: AU-Tage je 100 Versichertenjahre erwerbstätiger DAK-Versicherter mit der Diagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25) für Frauen und Männer nach Altersgruppen



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2021

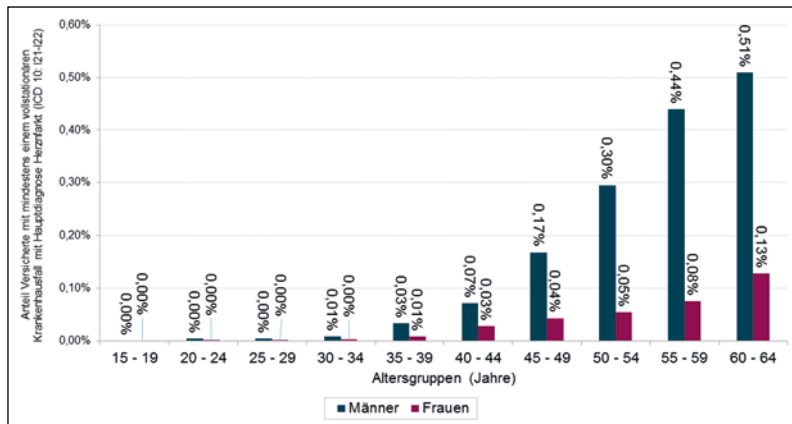
4.3.2 Herzinfarkt

Morbidität

0,03 Prozent der Frauen und 0,15 Prozent der Männer sind wegen eines Herzinfarkts im Krankenhaus behandelt worden

Im Jahr 2020 sind 0,03 Prozent der erwerbstätigen Frauen und 0,15 Prozent der erwerbstätigen Männer wegen eines Herzinfarkts im Krankenhaus behandelt worden. Der Anteil der Männer ist hier fünfmal so groß wie der der Frauen. Die Krankenhausbehandlungsprävalenz des Herzinfarkts nimmt mit dem Alter zu. So sind in den unteren Altersgruppen unter 35 Jahren nahezu keine Krankenhausaufenthalte zu verzeichnen, in den nachfolgenden Altersgruppen steigen die Anteile dann aber deutlich an (Abbildung 55).

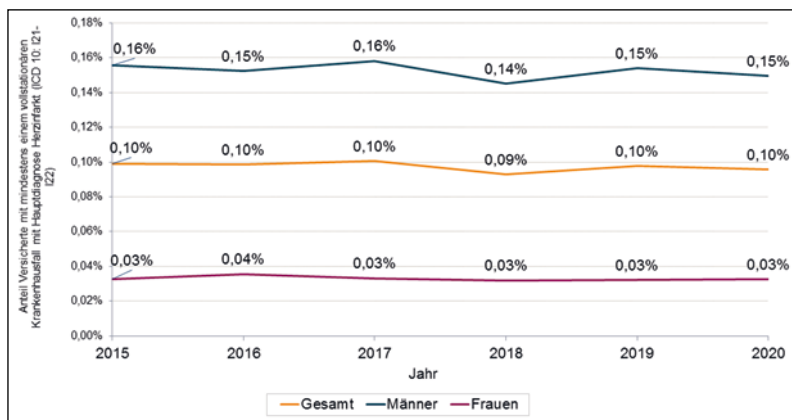
Abbildung 55: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen der Hauptdiagnose Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) für Frauen und Männer nach Altersgruppen



Quelle: Stationäre Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2020

Der Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter mit einem Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Herzinfarkts verändert sich im Zeitverlauf von 2015 bis 2020, abgesehen von kleinsten Schwankungen, nicht (Abbildung 56).

Abbildung 56: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen der Hauptdiagnose Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) für Frauen und Männer im zeitlichen Verlauf von 2015 bis 2020, altersstandardisiert



Quelle: Stationäre Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2020

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

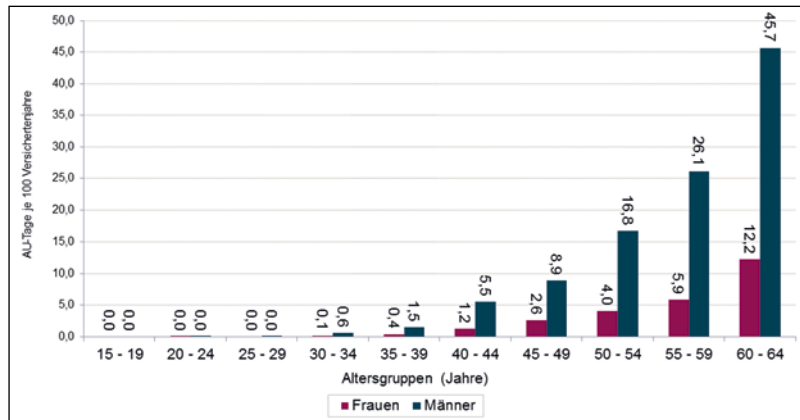
10,4 Prozent aller AU-Tage in Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Herzinfarkt verursacht

Im Jahr 2021 waren 10,4 Prozent aller AU-Tage in der Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch den Herzinfarkt (KHK, ICD 10: I21-I22) verursacht, das sind 6,2 AU-Tage je 100 Versichertenjahre. Männer haben deutlich mehr Fehltagewegen eines Herzinfarkts als Frauen (9,6 Tagen gegenüber 2,3 AU-Tagen je 100 Versichertenjahre).

Die Zahl der mit einem Herzinfarkt begründeten AU-Tage nimmt mit dem Alter zu, sie zeigen einen ähnlichen Altersgang wie die KHK, wenn auch auf niedrigerem Niveau. (Abbildung 57).

Bei Frauen steigt die Zahl der Fehltagewegen eines Herzinfarkts ab der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen kontinuierlich an und entwickelt sich danach stärker zunehmend ab der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen. Bei Männern spielen Fehlzeiten aufgrund eines Herzinfarkts ab einem Alter von 40 Jahren eine Rolle, die mit dem Alter dann deutlich zunehmen (Abbildung 57).

Abbildung 57: AU-Tage je 100 Versichertenjahre erwerbstätiger DAK-Versicherter mit der Diagnose Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) für Frauen und Männer nach Altersgruppen



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2021

4.3.3 Schlaganfall

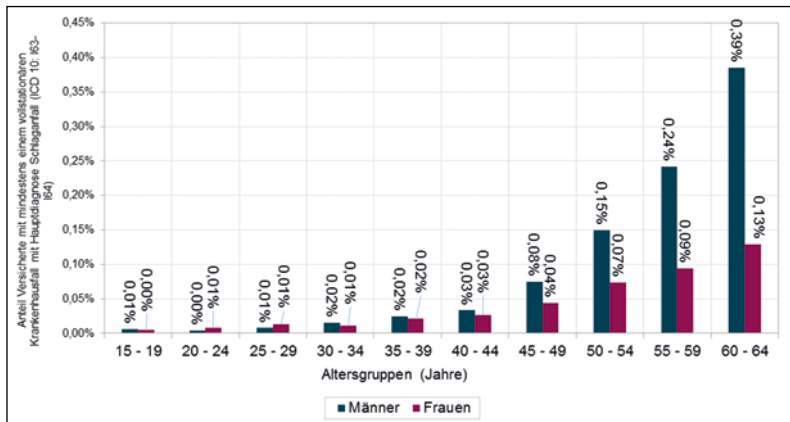
Morbidität

0,04 Prozent der Frauen und 0,09 Prozent der Männer waren wegen eines Schlaganfalls im Krankenhaus

Ein Krankenhausaufenthalt wegen eines Schlaganfalls (ICD I63-I64) kommt in der Gruppe der Erwerbstätigen sehr selten vor. Insgesamt 0,04 Prozent der erwerbstätigen Frauen und 0,09 Prozent der erwerbstätigen Männer waren 2020 wegen eines Schlaganfalls vollstationär im Krankenhaus in Behandlung. Der Anteil der Männer ist mehr als doppelt so hoch wie der der Frauen. Auch beim Schlagan-

fall nimmt die Krankenhausbehandlungsprävalenz mit dem Alter zu. So sind in den unteren Altersgruppen unter 30 Jahren nur sehr wenige Krankenhausaufenthalte zu beobachten, während sie in den höheren Altersgruppen deutlich ansteigen (Abbildung 58).

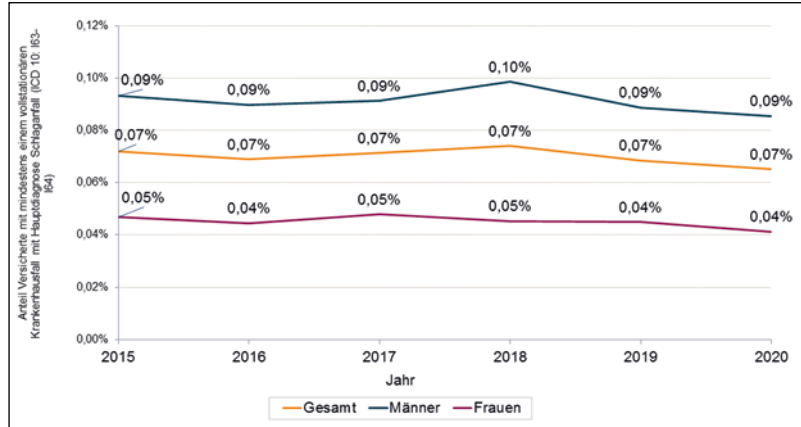
Abbildung 58: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen der Hauptdiagnose Schlaganfall (KHK, ICD 10: I63-I64) für Frauen und Männer nach Altersgruppen



Quelle: Stationäre Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2020

Im Zeitraum 2015 bis 2020 sind keine zeitlichen Trends zu beobachten. Der Anteil der wegen eines Schlaganfalls Behandelten scheint sich im betrachteten Zeitfenster eher leicht wellenförmig nach oben und nach unten zu entwickeln (Abbildung 59).

Abbildung 59: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen der Hauptdiagnose Schlaganfall (ICD 10: I63-I64) für Frauen und Männer im zeitlichen Verlauf von 2015 bis 2020, altersstandardisiert



Quelle: Stationäre Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2020

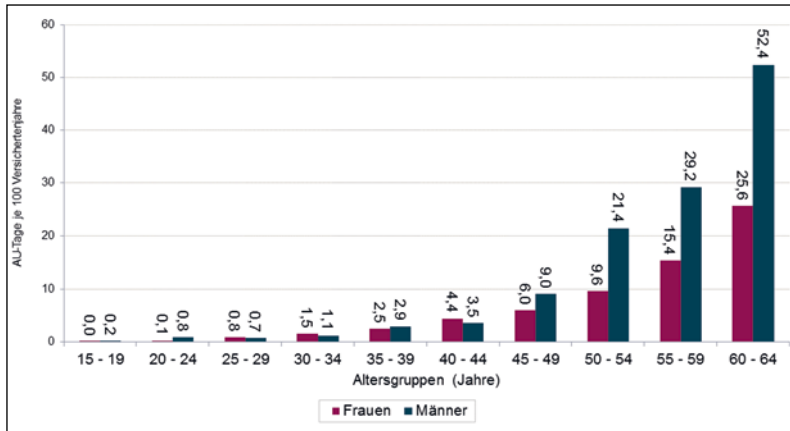
Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

16,9 Prozent aller AU-Tage in Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Schlaganfall verursacht

Im Jahr 2021 sind 16,9 Prozent aller AU-Tage in der Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf die Gruppe der zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD 10: I60-I69) zurückzuführen. Die Anzahl der Fehltagewegen eines Schlaganfalls (ICD 10: I60-I64) je 100 Versichertenjahre lag insgesamt bei 8,6. Männer fallen mit 10,9 Tagen im Vergleich zu Frauen mit 6,0 Tagen je 100 Versichertenjahre deutlich mehr wegen eines Schlaganfalls aus.

Frauen und Männer verursachen in den jüngeren Jahren noch etwa gleich viele AU-Tage wegen eines Schlaganfalls. Ab der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen steigen die Fehlzeiten wegen eines Schlaganfalls dann bei Frauen kontinuierlich mit dem Alter an, bei Männern ist auch hier wieder ein exponentieller Anstieg bis zur Gruppe der über 60-Jährigen zu beobachten (Abbildung 60).

Abbildung 60: AU-Tage je 100 Versichertenjahre erwerbstätiger DAK-Versicherter mit der Diagnose Schlaganfall (ICD 10: I60-I64) für Frauen und Männer nach Altersgruppen



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2021

4.3.4 Soziale Unterschiede

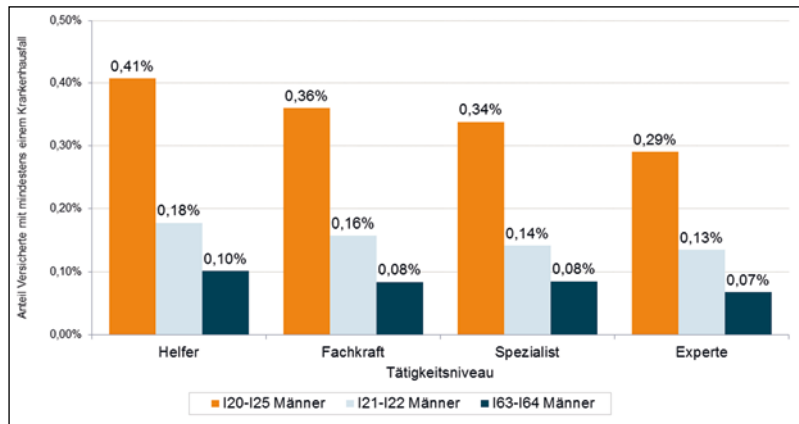
In Kapitel 4.2 zur Epidemiologie ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurde deutlich, dass neben Unterschieden im Alter und Geschlecht auch ausgeprägte soziale Unterschiede in der deutschen Bevölkerung mit Blick auf die Morbidität zu erkennen waren. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern diese auch für die Gruppe der Erwerbstätigen gegeben sind. Während soziale Unterschiede mithilfe von Informationen zu Einkommen, Bildung und/oder Beruf operationalisiert werden, wird in der folgenden Routinedatenanalyse das ausgeübte Tätigkeitsniveau der Beschäftigten als Annäherung an den sozioökonomischen Status verwendet. Dieses liegt der DAK-Gesundheit zu ihren Versicherten über den sogenannten Tätigkeitsschlüssel vor, der auf Grundlage der Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung (DEÜV) den Krankenkassen zugänglich gemacht wird. Das Tätigkeitsniveau kennt vier Ausprägungen: Helfer, Fachkraft, Spezialist und Experte.

Abbildung 61 zeigt den Anteil erwerbstätiger Männer im Jahr 2020 mit einer Behandlung im Krankenhaus für die KHK, den Herzinfarkt und den Schlaganfall nach Tätigkeitsniveau, Abbildung 62 stellt die gleiche Analyse für Frauen dar. Es wird deutlich: Je niedriger das Tätigkeitsniveau, desto höher der Anteil derjenigen, der im Krankenhaus behandelt wurde. Darüber hinaus wird deutlich, dass die oben beschriebenen Unterschiede in den Krankenhausbehandlungsquoten nach Geschlecht bestehen bleiben, wenn zusätzlich nach Tätigkeitsniveau stratifiziert wird: Vom Helfer bis zum Experten sind es

Je niedriger das Tätigkeitsniveau, desto höher der Anteil an Krankenhausbehandlungen

stets die männlichen Beschäftigten, die gegenüber den weiblichen Kolleginnen höhere Behandlungsquoten aufweisen.⁸

Abbildung 61: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen der Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25), Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22), Schlaganfall (ICD-10: I63-I64) für Männer nach Tätigkeitsniveau



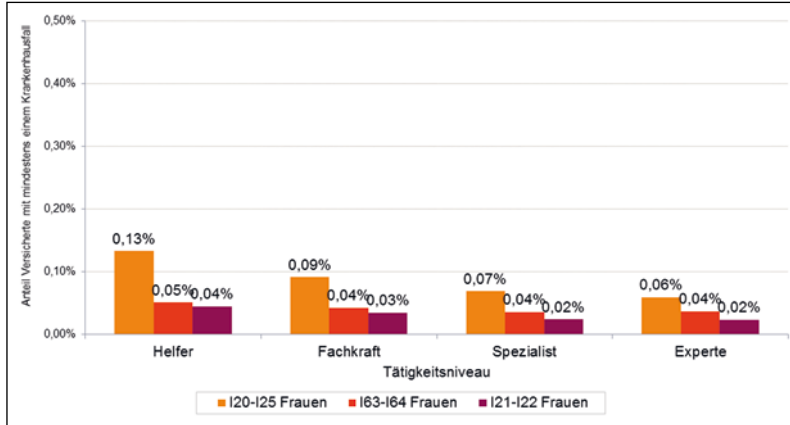
Quelle: Stationäre Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2020

„Es ist seit Jahrzehnten bekannt, und auch heute noch Fakt, dass die KHK schichtspezifisch ist. Es ist eine Krankheit der niedrigen sozioökonomischen Schichten. Dies wird nicht wirklich systematisch in der Gestaltung der stationären Reha berücksichtigt. Auch langfristig haben arme Menschen und Menschen mit wenig Ausbildung und geringer Berufsqualifikation schlechtere Verläufe. Dies gilt auch für die ambulante langfristige kardiologische Versorgung ... lange Wartezeiten auf einen Termin, kurze knappe Sprechzeit. Arztbriefe sind für viele Menschen, aber insbesondere für Menschen mit niedrigem Sozialstatus, schwer verstehbar. Abkürzungen, Begriffe und knappe Sätze führen dazu, dass viele nicht wissen was sie haben und vor allem was sie nicht haben.“

Prof. Dr. Jochen Jordan, ehemaliger Direktor der Klinik für Psychokardiologie am Kerckhoff-Rehabilitations-Zentrum

⁸ Dabei kann wegen der Altersstandardisierung dieser Analysen ausgeschlossen werden, dass diese Unterschiede auf eine ungleiche Altersverteilung zurückzuführen sind.

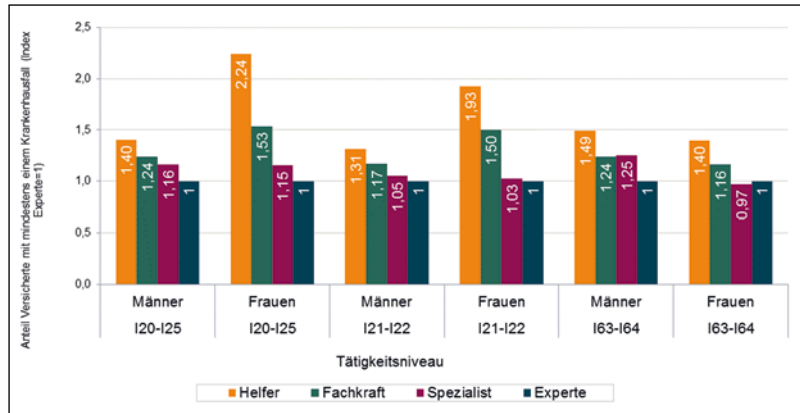
Abbildung 62: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen der Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25), Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22), Schlaganfall (ICD-10: I63-I64) für Frauen nach Tätigkeitsniveau



Quelle: Stationäre Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2020

Eine indexierte Darstellung der sozialen Unterschiede mit dem Experten als Referenzgruppe zeigt noch deutlicher, wie das Risiko mit abnehmendem Tätigkeitsniveau für die Erwerbstätigen steigt, aufgrund einer Herz-Kreislauf-Erkrankung im Krankenhaus behandelt zu werden (Abbildung 63). Diese Unterschiede sind sowohl bei Männern als auch Frauen zu beobachten, sie sind allerdings bei Frauen stärker ausgeprägt: Frauen mit „Helfer-Tätigkeit“ werden etwa doppelt so oft im Krankenhaus wegen einer KHK oder eines Herzinfarkts gegenüber Frauen mit „Experten-Tätigkeit“ behandelt. Beschäftigte mit „Fachkraft-Tätigkeit“ haben ein etwa 1,5-fach erhöhtes Risiko gegenüber der „Expertin“, wegen einer KHK oder eines Herzinfarkts im Krankenhaus behandelt zu werden.

Abbildung 63: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhaufall wegen der Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25), Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22), Schlaganfall (ICD-10: I63-I64) für Frauen und Männer nach Tätigkeitsniveau, Indexdarstellung (Experte=1)



Quelle: Stationäre Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2020

4.4 Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Kapitel 4.3 hat einen Überblick der stationären und ambulanten Behandlungen sowie dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen mit Blick auf ausgewählte Herz-Kreislauf-Erkrankungen gegeben. Es wurde deutlich, dass sowohl die koronare Herzkrankheit, der Herzinfarkt als auch der Schlaganfall nur für wenige Erwerbstätige eine Rolle spielen. In dieser Lebensphase geht es vor allem um Gesundheitsförderung und Prävention, d.h. das persönliche Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu minimieren und individuelle Ressourcen zu stärken. In diesem Zusammenhang kommt insbesondere den sogenannten beeinflussbaren Risikofaktoren eine besondere Bedeutung zu. Diese können – im Gegensatz zu den nicht beeinflussbaren Risikofaktoren wie etwa ein erhöhtes Alter, das männliche Geschlecht oder auch die familiäre Disposition – durch das eigene Handeln verändert werden. Dazu zählen körperliche Risikofaktoren und solche, die das Gesundheitsverhalten betreffen. In den letzten Jahren gewinnen zunehmend auch psychische Risikofaktoren an Aufmerksamkeit. Im Folgenden werden die einzelnen Risikofaktoren detailliert vorgestellt. Dazu folgt nach einer definitorischen Einordnung stets ein kurzer epidemiologischer Überblick mithilfe der Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und schließlich auch ein Überblick darüber, wie sich die Risikofaktoren im Leben der Erwerbstätigen der DAK-Gesundheit darstellen.

„Die meisten bedenken nicht, dass sie ein Herzinfarktisiko haben. Ausgenommen sind vielleicht Menschen, deren Eltern und Geschwister einen Myokardinfarkt hatten. Auch bei Vorwarnsymptomen – etwa durch kommende und gehende Brustschmerzen in den Tagen vor dem Infarkt oder neu auftretende Beschwerden bei körperlicher Belastung – wird viel zu selten an einen Herzinfarkt gedacht. Dies gilt nicht nur von Patientinnen und Patienten, sondern auch für Ärztinnen und Ärzte. Gerade hier könnte eine schnelle, ausreichend umfassende Abklärung Infarkte verhindern und Leben retten!“

Prof. Dr. Stephan Achenbach, Präsident der European Society of Cardiology

4.4.1 Körperliche Risikofaktoren

Zu den „klassischen“ körperlichen Risikofaktoren mit Blick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen die vier kardiometabolischen Erkrankungen Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus sowie Adipositas.

Bluthochdruck (Hypertonie)

Bluthochdruck (Hypertonie) ist durch erhöhte Blutdruckwerte, die dauerhaft systolisch über 140 mmHg oder diastolisch über 90 mmHg liegen, gekennzeichnet. Die Entstehung erfolgt meist durch ein Zusammenspiel aus Erbanlagen, Alter, Geschlecht und verschiedenen ungünstigen Lebensbedingungen (primäre Hypertonie). Dazu zählen Übergewicht, hoher Kochsalz- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel sowie Stress (Hannelore Neuhauser et al., 2016, zit. nach H. Neuhauser, Kuhnert & Born, 2017). Bluthochdruck ist einer der bedeutendsten Risikofaktoren mit Blick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Es gilt: Je höher der Blutdruck, desto höher ist das kardiovaskuläre Risiko.

Der mittlere systolische Blutdruck liegt bei 18- bis 79-jährigen Frauen bei 120,8 mmHg und bei gleichaltrigen Männern bei 127,4 mmHg⁹. Jeder sechste Erwachsene (Frauen 12,7 Prozent, Männer 18,1 Prozent; Frauen und Männer 15,4 Prozent) zwischen 18 und 79 Jahren weist einen Blutdruck auf, der über dem Hypertonie-Grenzwert liegt. Werden hier auch Personen berücksichtigt, die Medikamente gegen Bluthochdruck einnehmen (kontrollierte Hypertonie) obwohl sie laut Untersuchung keine hypertonen Werte aufweisen, hat jede dritte Frau und jeder dritte Mann im Alter von 18 bis 79 Jahren in Deutsch-

Definition Bluthochdruck

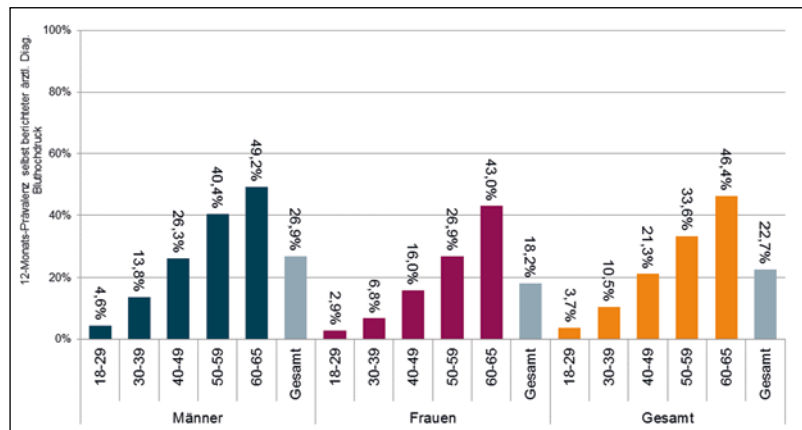
12,7 Prozent der Frauen und 18,1 Prozent der Männer in Deutschland haben einen erhöhten Blutdruck

⁹ So die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, hier die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), die neben weiteren Surveys des Robert Koch-Instituts in den folgenden Ausführungen als Quelle herangezogen wird.

land eine bekannte Hypertonie oder hypertone Blutdruckwerte (RKI, 2015b; RKI, 2015a).¹⁰

Auch unter Berufstätigen, so die Beschäftigtenbefragung, die für den Gesundheitsreport durchgeführt wurde¹¹, liegt eine hohe Prävalenz des Bluthochdrucks vor: 22,7 Prozent der Befragten geben an, dass bei ihnen in den letzten 12 Monaten ein Bluthochdruck bestand. Die 12-Monats-Prävalenz steigt mit dem Alter: Unter den 30- bis 39-Jährigen berichtet nur etwa jeder zehnte Beschäftigte (10,5 Prozent) einen diagnostizierten Bluthochdruck, unter den 60- bis 65-Jährigen fast jeder zweite Beschäftigte (46,4 Prozent) Männer sind (über alle Altersgruppen hinweg) häufiger betroffen als Frauen (Abbildung 64).

Abbildung 64: 12-Monats-Prävalenz selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Bluthochdrucks nach Alter und Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
Basis: Alle Befragte. N= 6.988

Weiterhin wurden die Daten auch nach sozialen Unterschieden analysiert. Dazu wurde der höchste berufliche Schulabschluss als Indikator für den sozioökonomischen Status verwendet. Dieser lässt sich in den niedrigen (Berufsschule/Lehre), mittleren (Fachschule/Technikerschule/Meisterschule) und hohen (Universität/Fachhochschule/Ingenieurschule/Polytechnikum) beruflichen Abschluss kategorisieren.

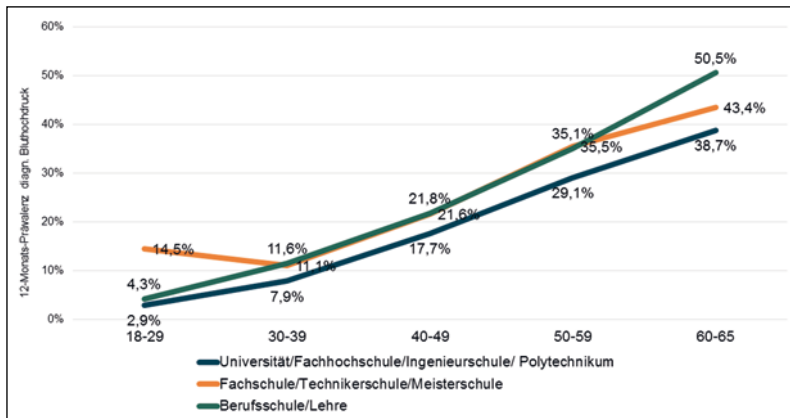
Es zeigt sich, dass Beschäftigte mit einem hohen beruflichen Abschluss gegenüber denjenigen mit einem mittleren und niedrigen Abschluss eine deutlich geringere 12-Monats-Prävalenz aufweisen. Bei denjenigen mit mittlerem und niedrigem Abschluss sind im mitt-

¹⁰ Zu diesem Ergebnis kommt auch eine Analyse der Befragungsdaten der Studie GEDA 2014/2015-EHIS. Demnach hat fast jeder dritte Erwachsene (30,9 Prozent der Frauen und 32,8 Prozent der Männer) einen bekannten, ärztlich diagnostizierten Bluthochdruck (H. Neuhauser, Kuhnert und Born (2017)).

¹¹ Zur Methodik und Stichprobe der Beschäftigtenbefragung vgl. Abschnitt 4.1.2.

leren Erwachsenenalter keine Unterschiede zu erkennen. In der Gruppe der 60- bis 65-Jährigen liegt die 12-Monats-Prävalenz derjenigen mit niedrigem beruflichen Abschluss allerdings deutlich über denjenigen mit mittlerem Abschluss (50,5 Prozent vs. 43,4 Prozent) (Abbildung 65).

Abbildung 65: 12-Monats-Prävalenz selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Bluthochdrucks nach Alter und beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

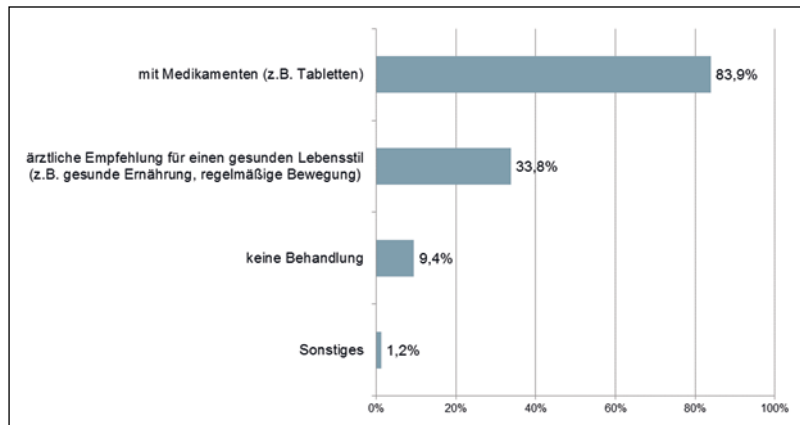
Basis: Alle Befragte mit den dargestellten beruflichen Abschlüssen. N=6.670

Anmerkung: Die Gruppe ohne beruflichen Abschluss kann wegen zu kleiner Fallzahlen nicht dargestellt werden.

Die Betroffenen werden zum großen Teil (83,9 Prozent) medikamentös behandelt. Etwa jeder Dritte (33,8 Prozent) erhielt eine ärztliche Empfehlung für einen gesunden Lebensstil; nur knapp jeder zehnte blieb ohne Behandlung (Abbildung 66). Dies kann auf eine Unterversorgung des Bluthochdrucks hindeuten, möglicherweise handelt es sich hier aber auch um kontrolliertes Abwarten, insbesondere in weniger schweren Fällen.

Gut zwei Drittel (67,4 Prozent) aller Beschäftigten geben zudem an, ihren Blutdruck zu kontrollieren oder ihn kontrollieren zu lassen: jeder Sechste (15,0 Prozent) mindestens einmal pro Woche, etwa jeder Dritte (29,0 Prozent) mindestens alle sechs Monate.

Abbildung 66: Behandlung des Bluthochdrucks



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Befragte mit ärztlich festgestelltem Bluthochdruck in den letzten 12 Monaten.
N=1.586

Fettstoffwechselstörungen (Dyslipidämie)

Definition Fettstoffwechselstörungen

Hinter dem Begriff der Fettstoffwechselstörungen verbirgt sich eine Verschiebung der Zusammensetzung der Blutfette, etwa erhöhte Werte des Gesamtcholesterins und des an Low-Density-Lipoprotein (LDL) gebundenen Cholesterins sowie erniedrigte Werte des an High-Density-Lipoprotein (HDL) gebundenen Cholesterins (Voight et al., 2012, zit. nach Scheidt-Nave et al., 2013). Sie sind ein weiterer wichtiger Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere der koronaren Herzkrankheit (KHK).

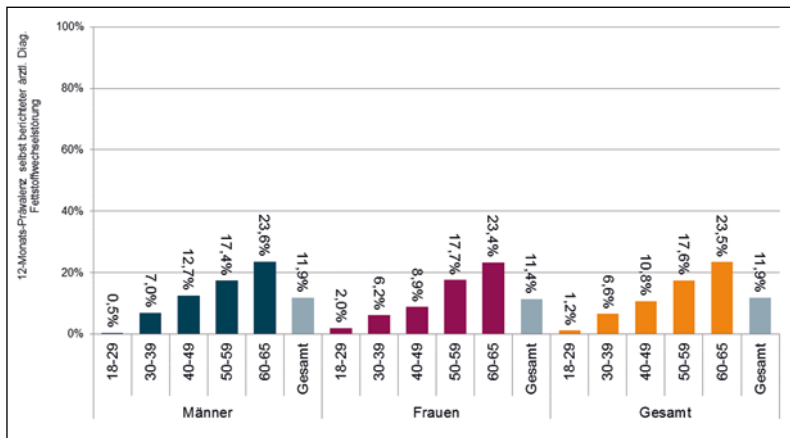
65,7 Prozent der Frauen und 64,5 Prozent der Männer in Deutschland weisen eine Fettstoffwechselstörung auf

In Deutschland haben mehr als die Hälfte der Männer (56,5 Prozent) und Frauen (60,5 Prozent) im Alter von 18 bis 79 Jahren ein erhöhtes Serum-Gesamtcholesterin oberhalb des aktuell empfohlenen Grenzwertes von 190 mg/dl (DEGS1). Etwa jeder fünfte Erwachsene (Frauen 20,3 Prozent, Männer 17,9 Prozent) hat stark erhöhte Gesamtcholesterinwerte von ≥ 240 mg/dl. Den Grenzwert von 40 mg/dl für HDL-Cholesterin unterschreiten 19,3 Prozent der Männer, aber nur 3,6 Prozent der Frauen. Die Gesamtprävalenz von Fettstoffwechselstörungen (Gesamtcholesterin ≥ 190 mg/dl oder ärztliche Diagnose einer Fettstoffwechselstörung) beträgt bei Frauen 65,7 Prozent, die der Männer liegt bei 64,5 Prozent. Über die Hälfte der Betroffenen weist eine bislang unbekannte Dyslipidämie auf. Lipidsenkende Medikamente werden von etwa einem Drittel (30,8 Prozent) der Personen mit bekannter Dyslipidämie eingenommen (Scheidt-Nave et al., 2013).

Auch unter Berufstätigen sind Fettstoffwechselstörungen laut Beschäftigtenbefragung verbreitet: 11,9 Prozent der Befragten geben an, in den letzten 12 Monaten an einer Fettstoffwechselstörung gelitten zu haben. Dabei steigt die 12-Monats-Prävalenz mit dem Alter

an: Während bei den 40- bis 49-Jährigen etwa jeder zehnte Beschäftigte (10,8 Prozent) von einer Fettstoffwechselstörung berichtet, ist es bei den 60- bis 65-Jährigen knapp jeder vierte Beschäftigte (23,5 Prozent). Dabei sind mit Ausnahme der 40- bis 49-Jährigen keine wesentlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern zu beobachten. In dieser Altersgruppe liegt der Anteil der Männer mit 3,8 Prozentpunkten über dem der Frauen (12,7 Prozent vs. 8,9 Prozent) (Abbildung 67). Soziale Unterschiede sind bei der 12-Monats-Prävalenz der Fettstoffwechselstörung nach beruflichem Abschluss nicht zu erkennen (ohne Abbildung).

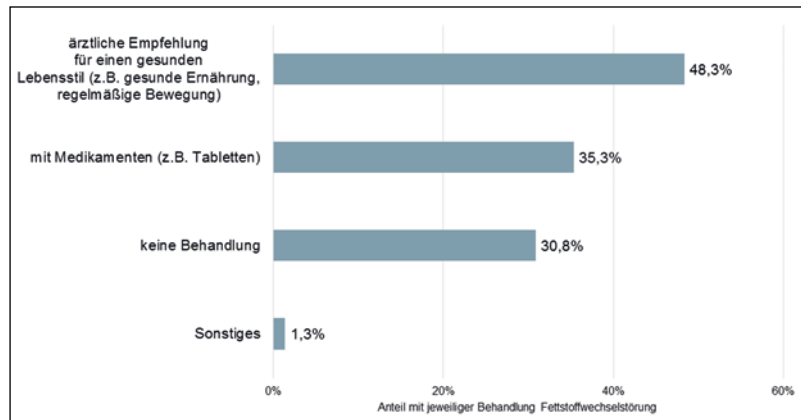
Abbildung 67: 12-Monats-Prävalenz selbst berichteter ärztlich diagnostizierter Fettstoffwechselstörung nach Alter und Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
Basis: Alle Befragte. N=6.979

Mehr als jeder dritte Betroffene gibt an, Medikamente gegen die Fettstoffwechselstörung einzunehmen. Knapp die Hälfte aller Betroffenen (48,3 Prozent) erhielt eine ärztliche Empfehlung für einen gesunden Lebensstil, 30,8 Prozent der Betroffenen bleiben ohne Behandlung (Abbildung 68).

Abbildung 68: Behandlung der Fettstoffwechselstörung



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Befragte mit einer ärztlich diagnostizierten Fettstoffwechselstörung in den letzten 12 Monaten. N=831

Diabetes mellitus

Definition Diabetes

Diabetes mellitus ist auch bekannt als „Zuckerkrankheit“, eine Stoffwechselerkrankung bei der die Regulation des Blutzuckerspiegels gestört ist. Dadurch kommt es zu chronisch erhöhten Blutzuckerkonzentrationen, die unbehandelt Blutgefäße und Nerven schädigen können. So steigt nicht nur das Risiko für Nierenfunktionsstörungen, Netzhautschädigungen oder das diabetische Fußsyndrom (van Dieën, Beulens, van der Schouw, Grobbee & Neal, 2010, zit. n. Heidemann et al., 2017). Ein chronisch hoher Blutzucker begünstigt auch eine Gefäßverkalkung (Arteriosklerose), führt zu einer Verschlechterung der Pumpleistung des Herzens sowie zu einer verstärkten Blutgerinnung in den geschädigten Gefäßen. Damit steigt das Risiko für die koronare Herzkrankheit (KHK), Herzinfarkt und Schlaganfall (Tschöpe, 2019).

Formen des Diabetes

Die wichtigsten Formen des Diabetes sind Typ-1-, Typ-2- und der Schwangerschaftsdiabetes. Während es sich beim Typ-1-Diabetes um eine Autoimmunerkrankung handelt, die sich primär im Kindes- und Jugendalter entwickelt, sind vom Typ-2-Diabetes meist Erwachsene jenseits des 40. Lebensjahres betroffen. Ein Schwangerschaftsdiabetes besteht dagegen in der Regel ausschließlich während der Schwangerschaft, erhöht allerdings das Risiko, im höheren Lebensalter einmal an einem Typ-2-Diabetes zu leiden (Heidemann et al., 2017).

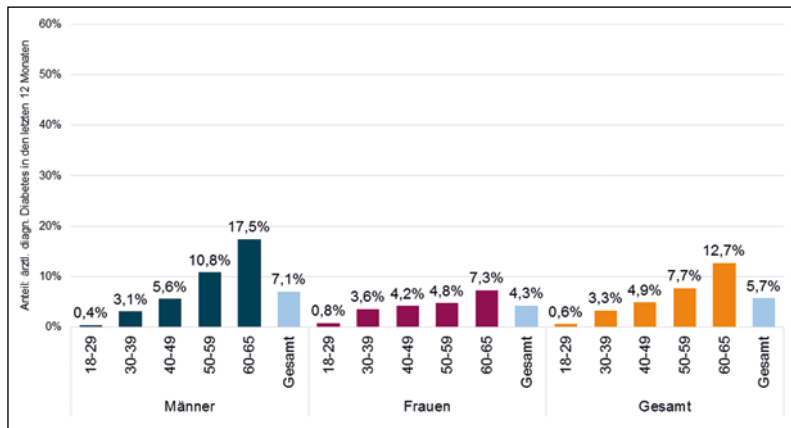
7,0 Prozent der Frauen und 8,6 Prozent der Männer in Deutschland berichten von einem Diabetes mellitus (ohne Schwangerschaftsdiabetes)

In Deutschland leiden 7,7 Prozent der in Deutschland lebenden Erwachsenen ab 18 Jahren in den letzten 12 Monaten an einem Diabetes mellitus (ohne Schwangerschaftsdiabetes) (GEDA 2014/2015-EHIS). Dabei ist die 12-Monats-Prävalenz bei Frauen mit 7,0 Prozent niedriger als bei Männern mit 8,6 Prozent. Von 2003 bis 2009 berichtet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes eine Zunah-

me der Diabetes-Lebenszeitprävalenz bei Frauen und Männern: In den letzten 20 Jahren stieg die Lebenszeitprävalenz des Diabetes von 6,8 Prozent auf 9,3 Prozent bzw. von 5,4 auf 8,2 Prozent an (RKI, 2014b; RKI, 2014a; Heidemann et al., 2017).

Bei Erwerbstätigen liegt die Prävalenz des Diabetes mellitus laut Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit etwas niedriger: 5,7 Prozent der Beschäftigten geben an, innerhalb der letzten 12 Monate von einem Diabetes mellitus betroffen gewesen zu sein. Die 12-Monats-Prävalenz steigt mit dem Alter: Unter den 30- bis 39-Jährigen berichten 0,6 Prozent der Befragten einen ärztlich diagnostizierten Diabetes mellitus, unter den 60- bis 65-Jährigen sind es 12,7 Prozent. Während Frauen und Männer in den jüngeren Altersgruppen etwa zu gleichen Anteilen von einem Diabetes mellitus betroffen sind, steigt der Anteil der Männer ab der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen deutlich über den der Frauen an (Abbildung 69).

Abbildung 69: 12-Monats-Prävalenz selbstberichteter ärztliche diagnostizierter Diabetes nach Alter und Geschlecht

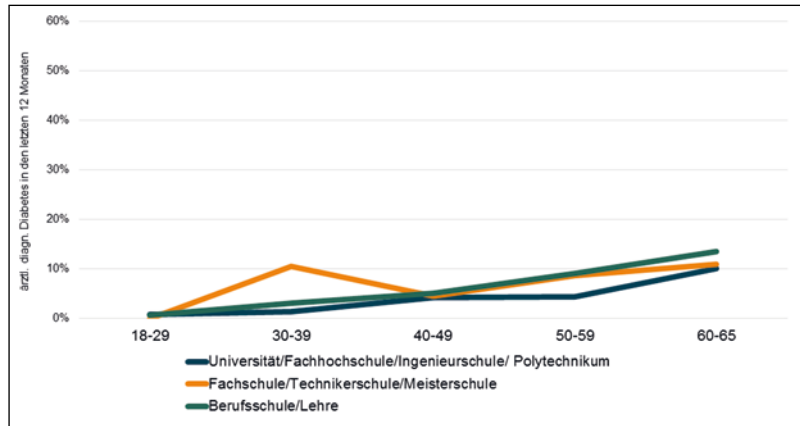


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
Basis: Alle Befragte. N=7.093

59,2 Prozent aller Beschäftigten, die bereits einmal in ihrem Leben einen Diabetes mellitus ärztlich diagnostiziert bekommen haben, geben an, schon mal an einer Diabetiker-Schulung teilgenommen zu haben. Jeder vierte Betroffene hat demgegenüber noch nie an einer solchen teilgenommen. Knapp jeder dritte Betroffene (27,8 Prozent) misst den Blutzucker täglich, jeder Vierte (15,0 Prozent) mindestens einmal pro Woche (ohne Abbildung).

Die 12-Monats-Prävalenz des Diabetes mellitus zeigt soziale Unterschiede: Über alle Altersgruppen hinweg liegt die Prävalenz derjenigen mit einem hohen beruflichen Abschluss unter denen mit mittlerem oder niedrigem beruflichen Abschluss (Abbildung 70).

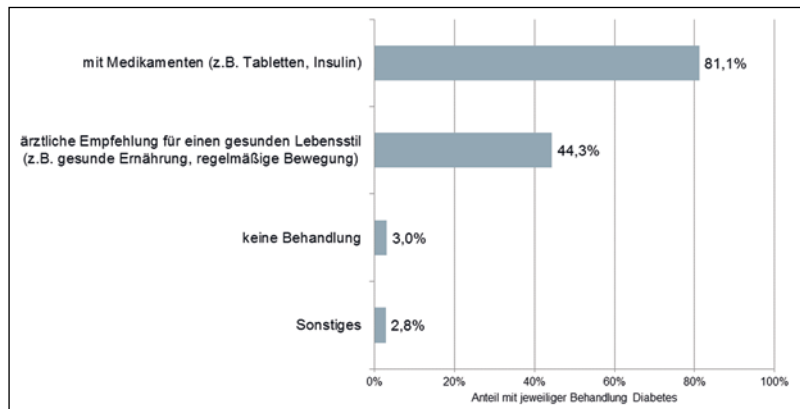
Abbildung 70: 12-Monats-Prävalenz selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Diabetes nach Alter und beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Alle Befragte mit den dargestellten beruflichen Abschlüssen. N=6.762

81,1 Prozent der Beschäftigten, bei denen ein Diabetes mellitus ärztlich diagnostiziert wurde und dieser auch in den letzten 12 Monaten bestand, gibt an, medikamentös behandelt zu werden. Zudem erhielten 44,4 Prozent die Empfehlung für einen gesunden Lebensstil. Lediglich 3,0 Prozent der Beschäftigten erhielten keine Behandlung (Abbildung 71).

Abbildung 71: Behandlung des Diabetes



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Befragte mit ärztlich diagnostizierter Diabetes, der auch in den letzten 12 Monaten bestand. N=405

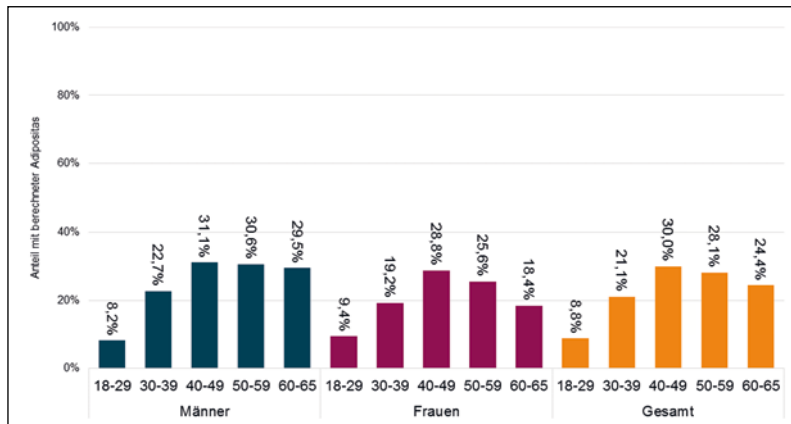
Adipositas

Adipositas ist definiert als „[...] starkes Übergewicht mit einem Body Mass Index (BMI: Gewicht in kg/Körpergröße in m²) von über 30 kg/m²“ (Lange & Finger, 2017, S. 6). Eine Adipositas erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Guh et al., 2009, zit. n. Lange & Finger, 2017) sowie für weitere bestimmte chronische Erkrankungen, darunter Diabetes mellitus Typ 2 (Abdullah, Peeters, Courten & Støelwinder, 2010, zit. n. Lange & Finger, 2017) und einzelne Krebserkrankungen (World Cancer Research Fund (WCRF)/American Institute for Cancer, 2007, zit. n. Lange & Finger, 2017).

Knapp jede vierte Frau (23,9 Prozent) und jeder vierte Mann (23,3 Prozent) im Alter von 18–79 Jahren leidet in Deutschland unter Adipositas (RKI, 2015b; Mensink et al., 2013).

Mithilfe der Angaben von Körpergröße und -gewicht in der Beschäftigtenbefragung konnte auch für die Erwerbstätigen ermittelt werden, wie viele hier an einer Adipositas leiden. Demnach sind 24,5 Prozent der Beschäftigten adipös. Frauen sind etwas seltener adipös gegenüber Männern. Der Anteil an adipösen Beschäftigten steigt bis zur Gruppe der 40- bis 49-Jährigen kontinuierlich an und nimmt dann langsam wieder ab. Dieser Rückgang ist vor allem auf die weiblichen Beschäftigten zurückzuführen, die Anteile der männlichen Beschäftigten bleiben auch nach 49. Lebensjahr auf nahezu gleichem Niveau (Abbildung 72).

Abbildung 72: Punktprävalenz der Adipositas, berechnet aus Gewicht und Größe nach Alter und Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Alle Befragten. N=6.883

Anmerkung: Die Klassifizierung als adipös erfolgt durch Berechnung des BMI auf Basis der selbst berichteten Körpergröße und des Gewichts. Ab einem BMI von 30 wurden Befragte als adipös klassifiziert.

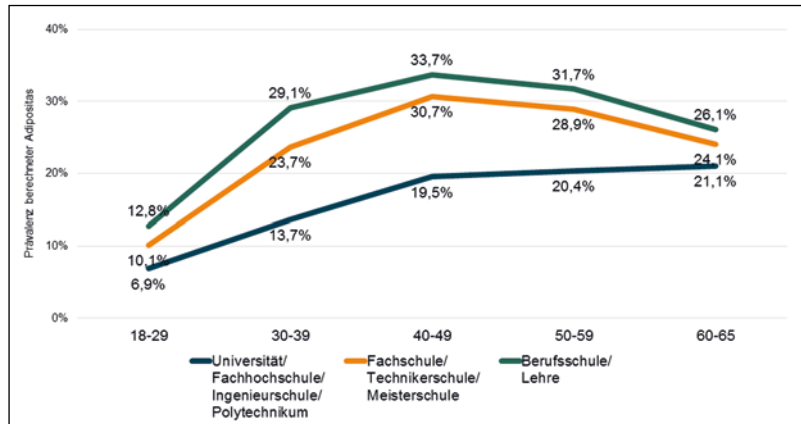
Dabei lassen sich ausgeprägte soziale Unterschiede erkennen: Erwerbstätige mit niedrigem beruflichen Abschluss weisen über alle Altersgruppen hinweg die höchste Adipositasprävalenz auf, gefolgt

Definition Adipositas

23,9 Prozent der Frauen und 23,3 Prozent der Männer in Deutschland sind laut Untersuchungsdaten adipös

von denjenigen mit mittlerem beruflichem Abschluss. Diejenigen mit einem hohen beruflichen Abschluss weisen dagegen die niedrigsten Prävalenzen auf (Abbildung 73).

Abbildung 73: Punktprävalenz der Adipositas, berechnet aus Gewicht und Größe nach Alter und beruflichem Abschluss



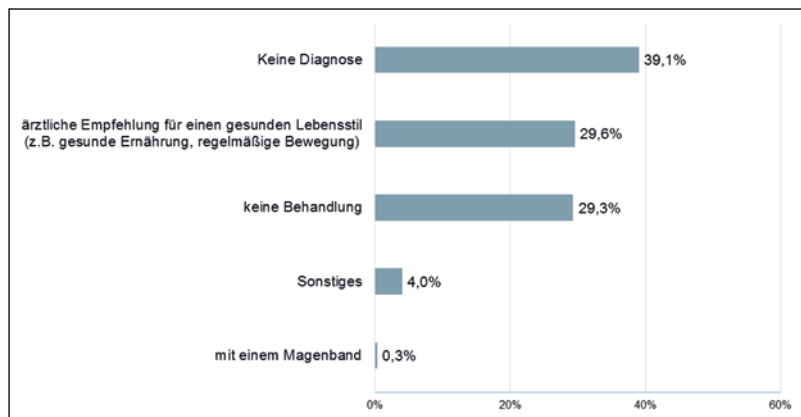
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Alle Befragte mit den dargestellten beruflichen Abschlüssen. N=6.572

Anmerkung: Die Gruppe ohne beruflichen Abschluss kann wegen zu kleiner Fallzahlen nicht dargestellt werden.

39,1 Prozent derjenigen, die laut Angaben zu Körpergröße und -gewicht adipös sind, geben an, bislang keine ärztliche Diagnose erhalten zu haben. Immerhin fast jeder dritte Beschäftigte (29,6 Prozent) erhält die ärztliche Empfehlung für einen gesunden Lebensstil. Nur sehr selten werden Betroffene dagegen mit einem Magenband behandelt (0,3 Prozent).

Abbildung 74: Behandlung der Adipositas



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Befragte mit berechnetem BMI größer oder gleich 30. N=1.688

4.4.2 Risikofaktoren des Gesundheitsverhaltens

Neben den körperlichen Risikofaktoren spielen auch solche eine entscheidende Rolle, die das Gesundheitsverhalten betreffen. Im Folgenden werden die beiden Faktoren des Rauchens und der Bewegung näher betrachtet.

Rauchen

Rauchen ist das bedeutendste einzelne vermeidbare Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit (Zeiger et al., 2017). Rauchen erhöht das Risiko für Atemwegs-, Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Innerhalb der letzten 20 Jahre sind in Deutschland zahlreiche Maßnahmen umgesetzt worden, die den Tabakkonsum reduzieren sollen. Neben Tabaksteuererhöhungen zählen dazu der gesetzliche Schutz vor den gesundheitlichen Gefahren des Passivrauchs am Arbeitsplatz, das Abgabeverbot von Tabakprodukten an unter 18-Jährige, die Einschränkung von Tabakwerbung und die Gesetzgebung des Bundes und der Länder zum Nichtraucherschutz (Kuntz, Zeiger & Lampert, 2017, zit. nach Zeiger et al., 2017).

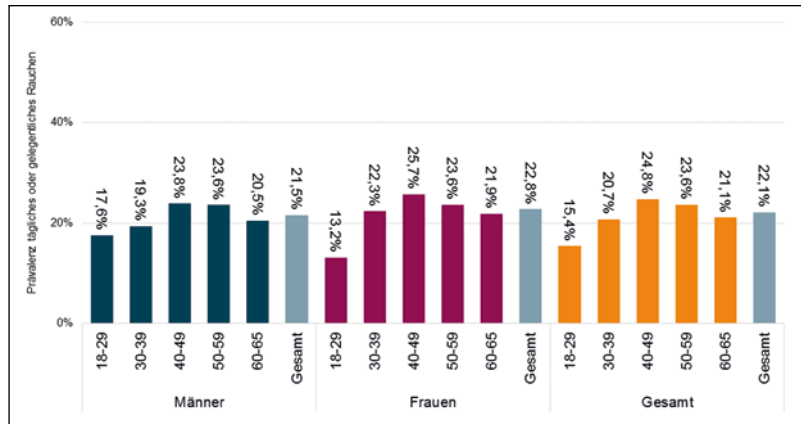
Der Anteil an Raucherinnen und Rauchern ist seit einigen Jahren rückläufig. Im Jahr 2017 rauchten 19,0 Prozent der 15-jährigen und älteren Frauen und 26,0 Prozent der gleichaltrigen Männer (Destatis, 2022a; Destatis, 2021, zit. n. Kuntz & Starker, 2021). Am stärksten verbreitet ist das Rauchen im jungen und mittleren Erwachsenenalter. Erst ab dem 60. Lebensjahr geht der Anteil an Raucherinnen und Rauchern deutlich zurück, wobei die mit dem Alter stattfindende Zunahme tabakbedingter Erkrankungen und Todesfälle bei der Interpretation zu berücksichtigen sind (Kuntz & Starker, 2021).

Mehr als jeder fünfte Beschäftigte (22,1 Prozent) raucht täglich oder gelegentlich. Dabei steigt der Anteil der Raucherinnen und Raucher bis zur Gruppe der 40- bis 49-Jährigen kontinuierlich an und nimmt dann wieder ab. Bei den 18- bis 39-Jährigen liegt der Raucheranteil über dem der Raucherinnen. In den Altersgruppen der 40- bis 65-Jährigen rauchen jedoch mehr Frauen als Männer.

Einführung Rauchen

19,0 Prozent der Frauen und 26,0 Prozent der Männer in Deutschland rauchen

Abbildung 75: Punktprävalenz des täglichen oder gelegentlichen Rauchens nach Alter und Geschlecht

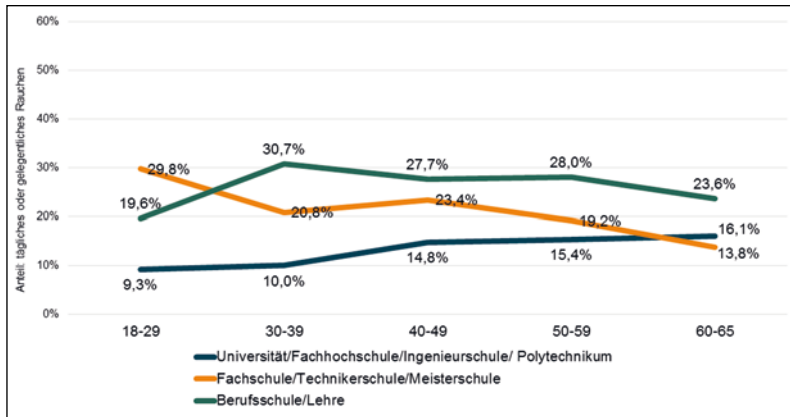


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
Basis: Alle Befragte. N=7.077

Der Anteil an Raucherinnen und Rauchern variiert mit dem Sozialstatus: Je niedriger der berufliche Abschluss, desto höher die Rauchprävalenz. Ein Vergleich der Kurven nach dem Alter zeigt, dass das Rauchen ab dem 40. bzw. 50. Lebensjahr bei Beschäftigten mit mittlerem oder niedrigem beruflichem Abschluss abnimmt, bei den Beschäftigten mit hohem beruflichem Status steigt die Rauchprävalenz dagegen mit zunehmendem Alter weiter an (Abbildung 76).

Werden Erwerbstätige gefragt, ob sie die Absicht haben, das Rauchen in nächster Zeit aufzugeben, stimmt dieser Aussage mehr als jede vierte Raucherin (27,1 Prozent) und mehr als jeder dritte Raucher (36,3 Prozent) zu (Gesamt: 31,7 Prozent).

Abbildung 76: Punktprävalenz des täglichen oder gelegentlichen Rauchens nach Alter und beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Alle Befragte mit den dargestellten beruflichen Abschlüssen. N=6.747
 Anmerkung: Die Gruppe ohne beruflichen Abschluss kann wegen zu kleiner Fallzahlen nicht dargestellt werden.

4.4.3 Psychische Risikofaktoren

In den letzten Jahren gewinnt die psychische Gesundheit im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen vermehrt Aufmerksamkeit. Die Studienlage zeigt immer deutlicher, dass psychische Symptome das Risiko der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen. Darüber hinaus können sie den Verlauf einer Herz-Kreislauf-Erkrankung negativ beeinflussen oder als Auslöser oder Verstärker einer Herz-Kreislauf-Erkrankung wirken (Eichenberg, Fiegl, Hübner, Weihs & Huber, 2019; Ladwig et al., 2013). In diesem Zusammenhang sind Depressionen, Angststörungen sowie Stress besonders zu nennen und werden in diesem Report näher betrachtet.

Wir konnten zeigen, dass die Depressivität (DEEX: Depression and Exhaustion) in der Vorhersage von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als unabhängiger Risikofaktor einen absolut sicheren Mittelplatz mit den anderen ‚klassischen‘ Risikofaktoren einnimmt (Rauchen, Diabetes, Adipositas, Hypertonie, Fettstoffwechselstörung).“

Prof. Dr. Karl-Heinz Ladwig, Professor für Psychosomatische Medizin und Psychologische Medizin an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München

„Stress hat einen direkten Einfluss auf die Durchblutung des Herzmuskels, das ist in unterschiedlichen Untersuchungen gemessen worden. Inwieweit Stress die Prognose von herzkreislauferkrankten Patientinnen und Patienten verändert ist individuell unterschiedlich. Aber einen Zusammenhang zwischen Stress und Herz-Kreislauf-Erkrankungen gibt es, er wird sicherlich noch nicht ausreichend gewürdigt.“

Prof. Dr. Stephan Baldus, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

Depression

Definition Depression Depressionen sind psychische Störungen, die durch Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, Schuldgefühle und geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationschwächen gekennzeichnet sein können. Depressionen können über längere Zeit oder wiederkehrend auftreten. Sie können die Fähigkeit einer Person zu arbeiten, zu lernen oder einfach zu leben einschränken und im schlimmsten Fall zum Suizid führen (World Health Organization [WHO], 2022).

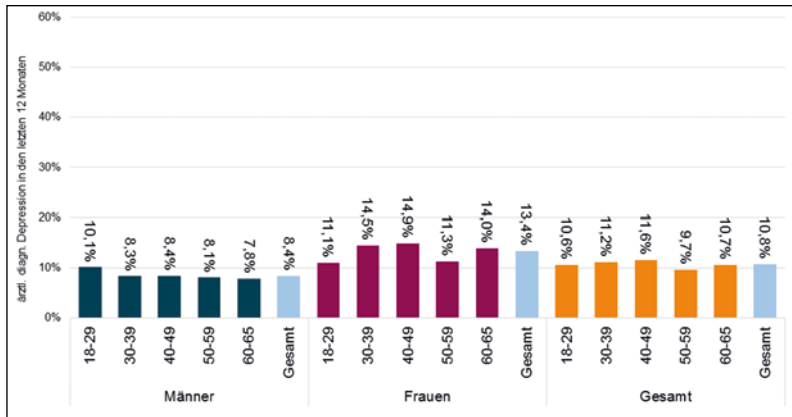
9,7 Prozent der Frauen und 6,3 Prozent der Männer berichten von einer diagnostizierten Depression Von einer diagnostizierten Depression sind in einem 12-Monats-Zeitraum 8,1 Prozent der über 18-Jährigen in Deutschland betroffen, Frauen mit 9,7 Prozent häufiger als Männer mit 6,3 Prozent (RKI, 2018; Thom, Kuhnert, Born & Hapke, 2017). Wird anstelle der ärztlichen Diagnose das Vorliegen einzelner Depressionssymptome in den letzten zwei Wochen mithilfe eines Fragebogens (PHQ-8) erhoben, so besteht bei 10,1 Prozent der Bevölkerung eine aktuelle depressive Symptomatik. Auch hier weisen Frauen mit 11,6 Prozent eine höhere Prävalenz als Männer mit 8,6 Prozent auf (Bretschneider, Kuhnert & Hapke, 2017).

„Depressionen sind Trigger für weitere Risikofaktoren. Hier spielt z. B. der Bewegungsmangel eine große Rolle. Psychisch kranke Patientinnen und Patienten müssen bezüglich somatischer Beschwerden ernstgenommen und entsprechend behandelt werden.“

Dr. Tobias Graf, Ärztlicher Leiter Interdisziplinäre Konservative Intensivmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein

Gut jeder zehnte Beschäftigte gibt an, eine ärztlich diagnostizierte Depression zu haben, die auch in den letzten 12 Monaten fortbestand. Dies gilt im Großen und Ganzen über alle Altersgruppen. Frauen weisen deutlich höhere Prävalenz der diagnostizierten Depression als Männer auf (13,4 zu 8,4 Prozent) (Abbildung 77).

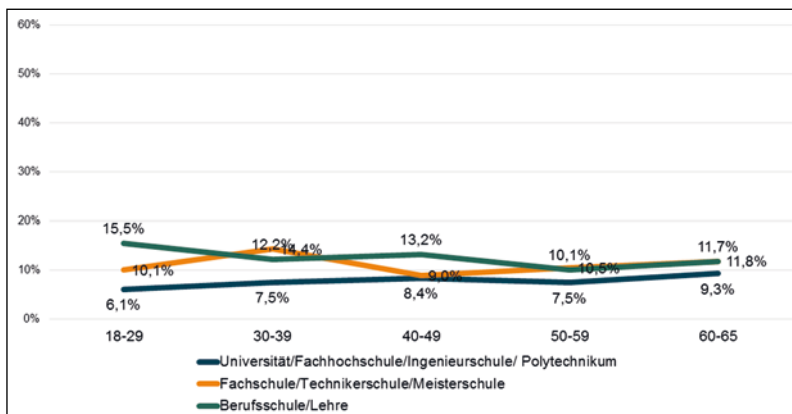
Abbildung 77: 12-Monats-Prävalenz selbst berichteter ärztlich diagnostizierter Depression nach Alter und Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Alle Befragte. N=7.013

Die 12-Monats-Prävalenz der Depression zeigt bei den Erwerbstätigen deutliche soziale Unterschiede: Je niedriger der berufliche Abschluss, desto höher der Anteil an Beschäftigten mit einer ärztlich diagnostizierten Depression. Dieses Phänomen zeigt sich über alle Altersgruppen hinweg. Nur in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen liegt die Prävalenz derjenigen mit mittlerem beruflichem Abschluss über dem derjenigen mit niedrigem beruflichem Abschluss. Ab dem 50. Lebensjahr sind die Prävalenzen dieser beiden Statusgruppen dann nahezu gleich und es zeigen sich ausgeprägte Unterschiede zu denjenigen mit hohem beruflichem Status (Abbildung 78).

Abbildung 78: 12-Monats-Prävalenz selbst berichteter ärztlich diagnostizierter Depression nach Alter und beruflichem Abschluss

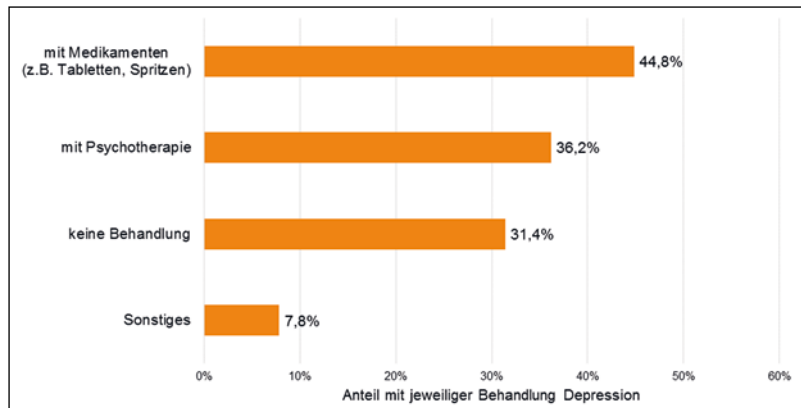


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Alle Befragte mit den dargestellten beruflichen Abschlüssen. N=6.687

Anmerkung: Die Gruppe ohne beruflichen Abschluss kann wegen zu kleiner Fallzahlen nicht dargestellt werden.

Etwas weniger als die Hälfte der Erwerbstätigen (44,8 Prozent) mit einer ärztlich diagnostizierten Depression wird medikamentös behandelt. 36,2 Prozent der Betroffenen sind in Psychotherapie und 31,4 Prozent geben an, keine Behandlung zu erhalten (Abbildung 79).

Abbildung 79: Behandlung der Depression



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
Basis: Befragte mit ärztlich diagnostizierter Depression. N=759

Angststörung

Definition Angststörung

Angststörungen sind durch eine quälende, überdauernde Angst oder unangemessene Verhaltensweisen gekennzeichnet, die zur Reduzierung der Angst beitragen sollen (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011, zit. nach RKI, 2015a). Angststörungen können in unspezifische, generalisierte Ängste und Panikstörungen einerseits und objekt- sowie situationsbezogene Ängste (sogenannte Phobien) andererseits unterschieden werden. Angstzustände gehen häufig mit körperlichen Symptomen wie Schwindel, Kreislaufbeschwerden und Übelkeit einher (RKI, 2015a).

„Zum Zusammenhang von Depressionen oder Angststörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen gibt es vielfältige wissenschaftliche Belege. Klinisch sind beide Erkrankungen von hoher Bedeutung für die Behandlung und Prognose der KHK. Da Patientinnen und Patienten mit komorbiden psychischen Erkrankungen sowohl von der Rehabilitation, der Adhärenz als auch der Progredienz der KHK deutlich schlechter profitieren bzw. schlechtere Verläufe zeigen, als Patienten ohne die o. g. Erkrankungen.“

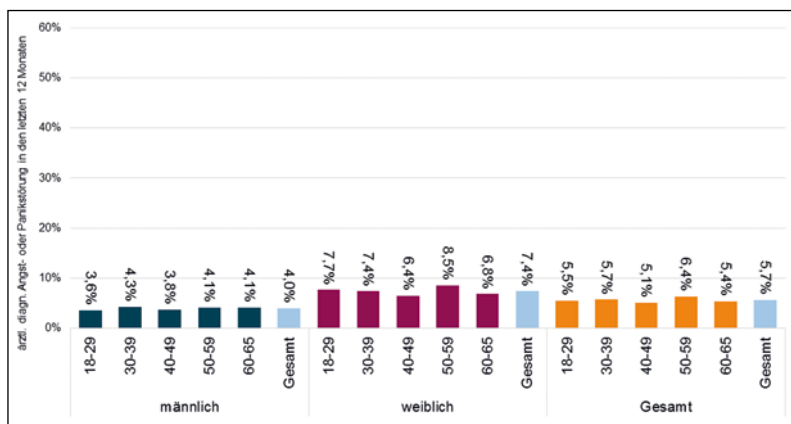
Dr. Christina Kleiber, Chefarztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums Kassel

Die 12-Monats-Prävalenz von Angststörungen in der erwachsenen deutschen Bevölkerung (der 18- bis 79-Jährigen) liegt bei 15,3 Prozent. Frauen sind mehr als doppelt so häufig betroffen wie Männer (21,3 Prozent vs. 9,3 Prozent) (DEGS1-MH). Mit Blick auf die Interpretation dieser hohen Prävalenzen muss berücksichtigt werden, dass es sich bei etwa der Hälfte der Angststörungen um spezifische Phobien handelt (10,3 Prozent), durch welche die Betroffenen im Alltag selten schwer beeinträchtigt sind (z.B. Tierphobien, Höhenangst, Flugangst oder Spritzenphobien). Angststörungen, die den Alltag der Betroffenen erheblich beeinträchtigen, sind weniger verbreitet. So leiden 2,2 Prozent der Bevölkerung an einer Generalisierten Angststörung und 2,0 Prozent an einer Panikstörung (Jacobi et al., 2016).

21,3 Prozent der Frauen und 9,3 Prozent der Männer leiden an einer Angststörung

Bei den Erwerbstätigen liegt die 12-Monats-Prävalenz der ärztlich diagnostizierten Angst- und Panikstörung laut Beschäftigtenbefragung bei 5,7 Prozent. Dabei gibt es keine wesentlichen Altersunterschiede. Es fällt auf, dass die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen die höchste Prävalenz aufweist. Dies ist vor allem auf die weiblichen Beschäftigten zurückzuführen (Abbildung 80).

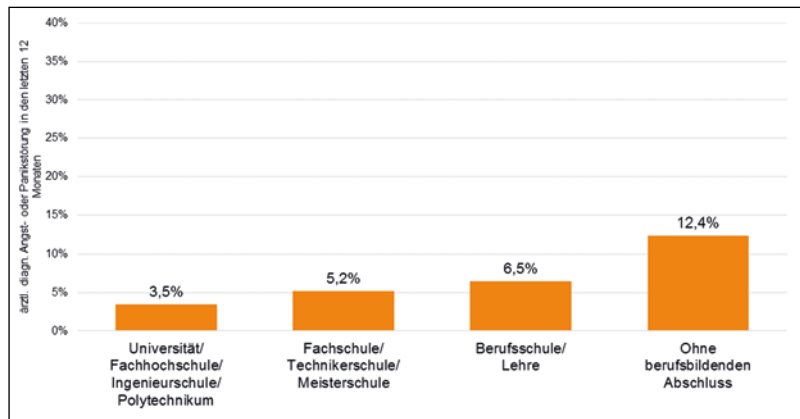
Abbildung 80: 12-Monats-Prävalenz selbst berichteter ärztlich diagnostizierter Angst- und Panikstörung nach Alter und Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
Basis: Alle Befragte. N=7.061

Die 12-Monats-Prävalenz der ärztlich diagnostizierten Angst- und Panikstörung zeigt bei Erwerbstätigen deutliche soziale Unterschiede: Je niedriger der berufliche Abschluss, desto höher die Prävalenz der Angst- und Panikstörung. Der Anteil der Beschäftigten mit einer Angst- und Panikstörung unter den Beschäftigten ohne beruflichen Abschluss ist viermal so hoch im Vergleich zu denjenigen mit einem hohen beruflichen Abschluss (Abbildung 81).

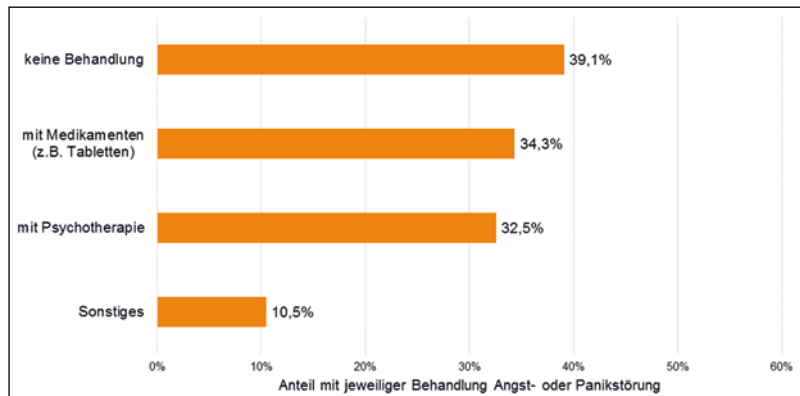
Abbildung 81: 12-Monats-Prävalenz selbst berichteter ärztlich diagnostizierter Angst- und Panikstörung nach beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Alle Befragte. N=6.932

Etwas über ein Drittel der Betroffenen (34,3 Prozent) bekommt Medikamente gegen die Angst- und Panikstörung. Etwa ein weiteres Drittel ist in psychotherapeutischer Behandlung. Keine Behandlung geben 39,1 Prozent derjenigen an, die in den letzten 12 Monaten eine ärztlich diagnostizierte Angststörung hatten (Abbildung 82).

Abbildung 82: Behandlung der Angststörung



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Befragte mit einer ärztlich diagnostizierten Angst- oder Panikstörung in den letzten 12 Monaten. N=399

Stress

Einführung Stress Eine Stressreaktion ist eine natürliche Reaktion des Körpers auf Reize und Belastungen. Durch sie wird Energie bereitgestellt, die Blutzirkulation im Gehirn und in den Muskeln verstärkt und die Aufmerksamkeit erhöht (Kudielka & Kirschbaum, zit. nach Hapke et al., 2013). Die

Anforderungen aus Arbeits- und Lebenswelt an den menschlichen Organismus nehmen in den Industrie- und Dienstleistungsgesellschaften verstärkt zu. Reichen die persönlichen Ressourcen nicht mehr aus die Stressbelastungen zu bewältigen, kann es zu chronischer Überforderung in Form von chronischem Stress kommen. Dieser hat Einfluss auf den Stoffwechsel, das Immun- und kardiovaskuläre System und beeinträchtigt die Schlafregulierung, Lern-, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprozesse (Hapke et al., 2013).

„Stress führt zu ungesundem Essverhalten und Übergewicht. Auch der Nikotinkonsum bei Raucherinnen und Rauchern steigt unter Stress. Insofern beeinflusst der Stress auch die anderen negativen Risikofaktoren. Stress spielt aber auch als unabhängiger Risikofaktor eine Rolle. Zeiten der Achtsamkeit und der bewussten Entspannung können so zur Prävention beitragen.“

Dr. Tobias Graf, Ärztlicher Leiter Interdisziplinäre Konservative Intensivmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein

13,9 Prozent der 18- bis 64-jährigen Frauen und 8,2 Prozent der gleichaltrigen Männer in Deutschland geben an, chronisch belastet zu sein (gemessen mit der Screening-Skala des Trierer Inventars zum chronischen Stress, TICS-SSCS) (RKI, 2015b; Hapke et al., 2013).

Im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsreports soll näher auf arbeitsbedingten Stress eingegangen werden. Hier spielen die sogenannten beruflichen Gratifikationskrisen eine besondere Rolle, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Gratifikationskrise

Das Modell der Gratifikationskrise geht auf den Medizinsoziologen Johannes Siegrist (1996) zurück. Es versteht Stress als ein Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung (Gratifikation). Demnach sind Beschäftigte immer dann in Gefahr, Stressreaktionen zu erfahren, wenn sie bei hoher beruflicher Verausgabung nur wenig Gratifikation bekommen.

Mit Belohnung bzw. Gratifikation ist dabei sowohl die Entlohnung als auch die Anerkennung und Wertschätzung durch Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzte sowie das allgemeine Ansehen gemeint. Auch die Sicherheit des Arbeitsplatzes und Karrieremöglichkeiten sind Teil der Gratifikation. Erwerbstätige, die ein hohes Arbeitsaufkommen bewältigen, viel Verantwortung tragen, unter Zeitdruck arbeiten, mit anderen Worten viel Leistung bringen (oder dies zumindest so sehen) und gleichzeitig wenig Wertschätzung erfahren, einen zu geringen Verdienst haben oder keine Aufstiegschancen für sich sehen, leiden nach diesem Modell unter Stress.

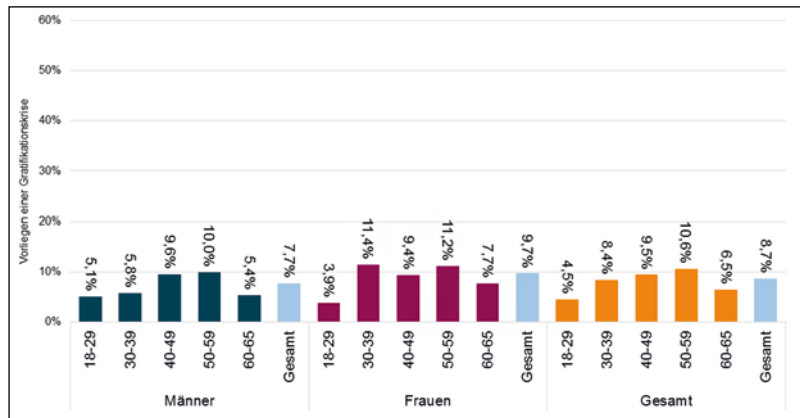
Im Rahmen der Beschäftigtenbefragung wurde die Effort-Reward-Imbalance-Scale zur Ermittlung beruflicher Gratifikationskrisen eingesetzt (Siegrist, 1996). Demnach ist bei 8,7 Prozent der Beschäf-

13,9 Prozent der Frauen und 8,2 Prozent der Männer leiden an chronischem Stress

**Einführung
Gratifikationskrise**

tigten eine Gratifikationskrise festzustellen. Der Anteil der Betroffenen steigt mit dem Alter an und erreicht seinen Höhepunkt bei den 50- bis 59-Jährigen, um in der Gruppe der 60- bis 65-Jährigen dann wieder abzufallen. Frauen weisen über alle Altersgruppen hinweg höhere Prävalenzen als Männer auf (mit Ausnahme der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen) (Abbildung 83).

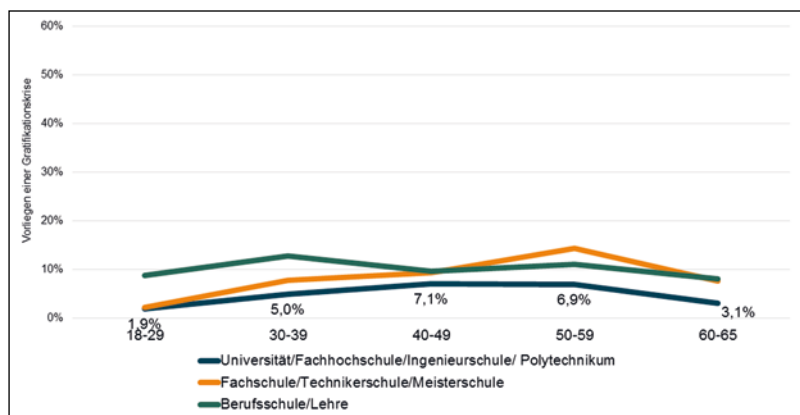
Abbildung 83: Punktprävalenz der Gratifikationskrise nach Alter und Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Alle Befragte. N=6.900

Auch mit Blick auf die beruflichen Gratifikationskrisen lassen sich soziale Unterschiede beobachten. Erwerbstätige mit einem hohen beruflichen Abschluss sind hier seltener als Erwerbstätige der anderen beiden Gruppen betroffen (Abbildung 84).

Abbildung 84: Punktprävalenz der Gratifikationskrise nach Alter und beruflichem Abschluss



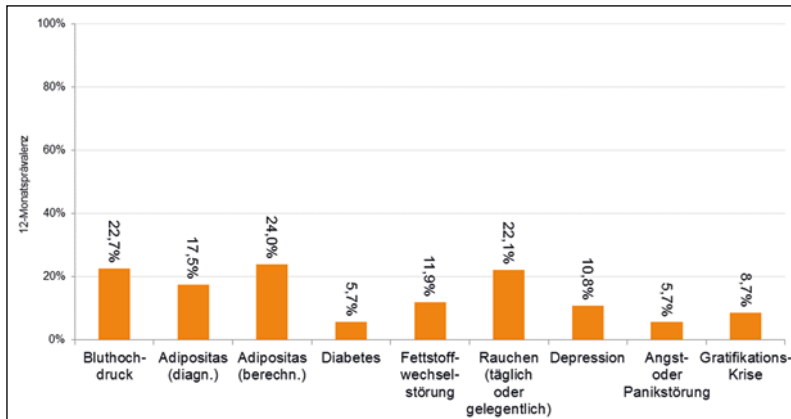
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Alle Befragte mit den dargestellten beruflichen Abschlüssen. N=6.579

4.4.4 Risikofaktoren im Überblick

Nachdem auf wichtige Risikofaktoren in den vorangegangenen Abschnitten jeweils einzeln eingegangen wurde, wird in den nächsten Abschnitten die Belastung durch Risikofaktoren einerseits im Überblick dargestellt, andererseits die Kombination und Mehrfachbelastung aufgezeigt, die viele Menschen bereits im Erwerbsleben betrifft. Die wichtigsten Risikofaktoren für den Herzinfarkt und die koronare Herzkrankung sind in Abbildung 85 dargestellt. Die gleichen Prävalenzen, allerdings nach Geschlecht differenziert, zeigt Abbildung 86. Demnach sind das Rauchen und der Bluthochdruck weit verbreitet und gleichzeitig besonders gefährliche Risikofaktoren. Für den Bluthochdruck gilt jedoch, dass er bei den meisten Befragten, die diesen angegeben haben, kontrolliert bzw. behandelt wird.

Die Adipositas gehört ebenfalls zu den weit verbreiteten Risikofaktoren. Der Vergleich zwischen der diagnostizierten und der tatsächlichen Prävalenz der Adipositas ist zudem ein Hinweis, dass in der Arztpraxis viele Fälle nicht angesprochen werden. Diese Diskrepanz ist bei Männern mit 10 Prozentpunkten sehr groß, bei Frauen dagegen kaum vorhanden.

Abbildung 85: 12-Monats-Prävalenz wichtiger Risikofaktoren des Herzinfarkts und der koronaren Herzkrankheit



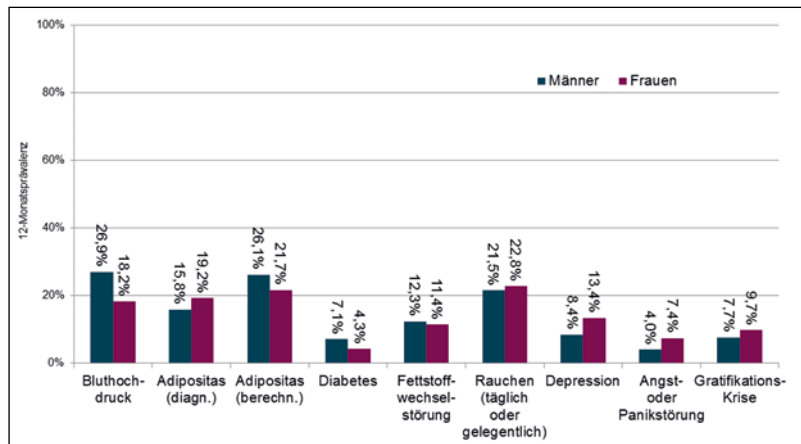
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Alle Befragte. N=6.979

Anmerkung: Für das Rauchen¹² und die Gratifikationskrise ist die Punktprävalenz angegeben. Bei den restlichen handelt es sich um jemals ärztlich diagnostizierte Krankheiten, die auch in den letzten 12 Monaten bestanden.

12 Fragewortlaut: „Rauchen Sie zurzeit, wenn auch nur gelegentlich“

Abbildung 86: 12-Monats-Prävalenz wichtiger Risikofaktoren des Herzinfarkts und der koronaren Herzkrankheit nach Geschlecht



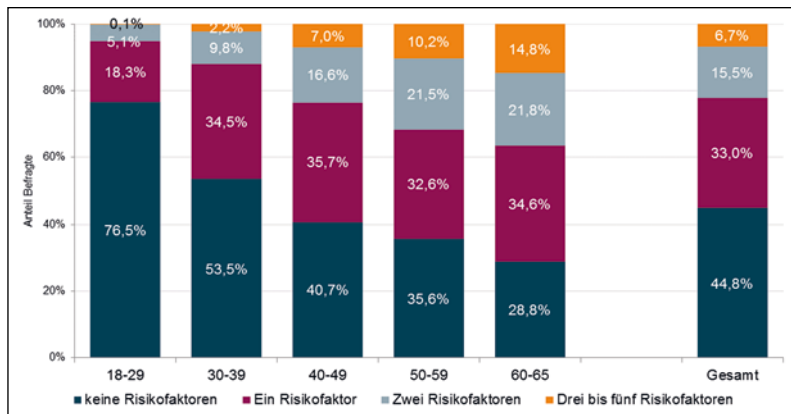
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Alle Befragte. N=6.979

Anmerkung: Für das Rauchen und die Gratifikationskrise ist die Punktprävalenz angegeben. Bei den restlichen handelt es sich um jemals ärztlich diagnostizierte Krankheiten, die auch in den letzten 12 Monaten bestanden.

Risikofaktoren treten häufig in Kombination auf und größere Gruppen von Beschäftigten tragen zwei oder mehr Risikofaktoren gleichzeitig. Gleichzeitig gibt es mit steigendem Alter immer weniger Beschäftigte, die keine Risikofaktoren tragen. Schon in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen sind etwa ein Viertel der Beschäftigten von wenigstens einem Risikofaktor betroffen. In der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen gibt fast die Hälfte wenigstens einen Risikofaktor an. In der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen tragen fast zwei Drittel wenigstens einen Risikofaktor, fast ein Drittel zwei oder mehr (Abbildung 87). Hier sind die wichtigsten nicht-psychischen Risikofaktoren zusammengefasst: Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung und Diabetes (selbst berichtete ärztlich diagnostiziert und in den letzten 12 Monaten fortbestehend) sowie Adipositas (berechnet aus Gewicht und Größe) und tägliches oder gelegentliches Rauchen.

Abbildung 87: Befragte nach Anzahl (nicht-psychischer) Risikofaktoren



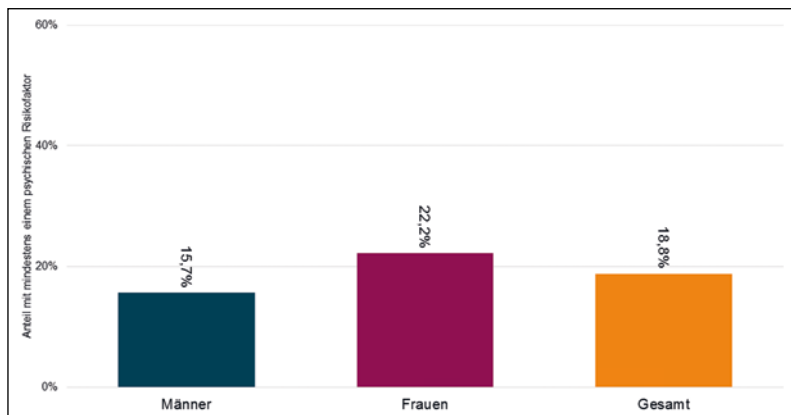
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Alle Befragte. N=6.883

Anmerkung: Die Risikofaktoren sind: Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Diabetes (alle diagn. und in den ltzt. 12 Monaten fortbestehend), Adipositas (berechnet aus Gewicht und Größe), Rauchen (täglich oder gelegentlich)

Von mindestens einem der psychischen Risikofaktoren (Depression, Angst- und Panikstörung, Gratifikationskrise) ist fast jeder fünfte Beschäftigte betroffen. Frauen mit 22,2 Prozent häufiger als Männer mit 15,7 Prozent (Abbildung 88).

Abbildung 88: Anteil Befragter mit mindestens einem psychischen Risikofaktor



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Alle Befragte. N=7.099

Anmerkung: Als psychischer Risikofaktor gehen in die Analyse ein: Depression, Angst- und Panikstörung als selbst berichtete ärztlich diagnostiziert und in den letzten 12 Monaten fortbestehend; Gratifikationskrise: Punktprävalenz, gemessen mit Effort-Reward-Imbalance-Fragebogen

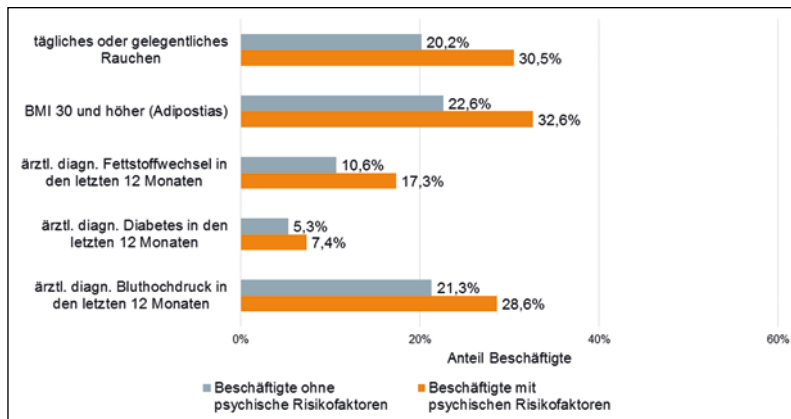
Die psychischen Risikofaktoren treten in Kombination mit den körperlichen und Verhaltensrisikofaktoren auf. Wer von wenigstens einem der psychischen Risikofaktoren betroffen ist, trägt auch häufiger die körperlichen und verhaltensbezogenen Risikofaktoren. Das bedeutet, wer eine Depression, eine Angst-/Panikstörung und/oder eine Gratifikationskrise aufweist, hat eher Bluthochdruck (28,6 zu 21,3 Prozent), raucht mit größerer Wahrscheinlichkeit (30,5 zu 20,2 Prozent) und leidet eher unter Adipositas (32,6 zu 22,6 Prozent) (Abbildung 89).

„Der soziale Gradient ist gut untersucht und seit langer Zeit, wenngleich immer noch diese Idee von der Managererkrankung durch die Köpfe von manchen Leuten geistert, weil das in den 50/60er Jahren tatsächlich zunächst mal eine Erkrankung der höheren Sozialschichten war. Dies hat sich im Laufe der Zeit dann aber völlig verändert: Untere Sozialschichten sind eher mit selbstschädigenden Verhaltensweisen, mit selbstschädigenden Ernährungsgewohnheiten, etwa wenig körperlicher Aktivierung assoziiert.“

Prof. Dr. Karl-Heinz Ladwig, Professor für Psychosomatische Medizin und Psychologische Medizin an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München

Diese Zusammenhänge sind zunächst nur als Korrelation zu verstehen. Wahrscheinlich kommt in ihnen jedoch in einem gewissen Maße eine Kausalität zum Ausdruck, insofern dass beispielsweise eine Depression eine Adipositas mitverursacht, die Raucherentwöhnung erschwert und über Stressmechanismen den Blutdruck erhöht. Zu einem gewissen Maße kann gleichzeitig die umgekehrte Kausalität gelten, insofern, als dass beispielsweise eine Adipositas eine Depression mitverursacht. Eine dritte Erklärung für die gezeigten Komorbiditäten kann in einem dritten Faktor liegen (beispielsweise eine insgesamt höhere Morbiditätsneigung, die sowohl die körperlichen und verhaltensbezogenen Risikofaktoren als auch die psychischen Risikofaktoren mitverursacht).

Abbildung 89: Körperliche und Verhaltensrisikofaktoren nach psychischen Risikofaktoren



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Alle Befragte. N=6.881

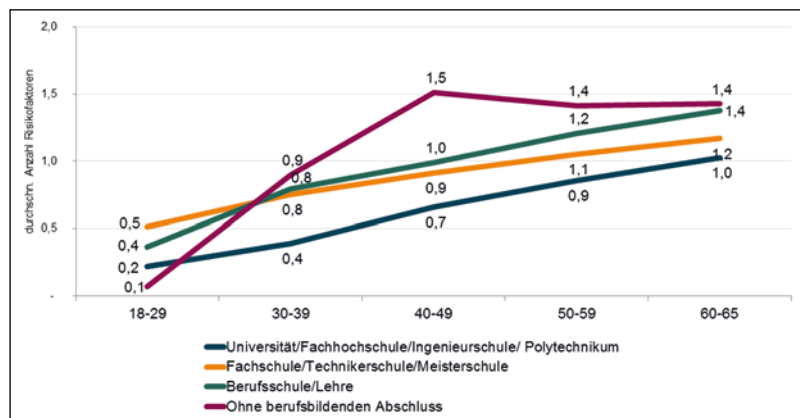
„Viele Fragen sich, wieso das psychische Befinden so einen massiven Einfluss auf ein Geschehen hat, was ganz woanders stattfindet, nämlich die Herzinfarkte zum Beispiel, also die arteriosklerotische Veränderung. Dazu gibt es ein ganzes Bündel von Antworten. Zum einen sind es Dinge, die im Verhalten der Patientinnen und Patienten, die eine affektive Komorbidität haben, liegen. Dinge wie, dass sie weniger auf sich achten, dass ihnen viele Dinge egal sind, dass sie keine Zukunftsperspektive mehr haben, und dass sie sich nicht selbst aus der Situation rausreißen können. Ja, also sie sind einfach in gewisser Weise gelähmt in ihrem Verhalten und zeigen deswegen ein ganzes Cluster von typischem selbstschädigendem Verhalten (z. B. Rauchen). Und sie haben auch größere Schwierigkeiten, davon wegzukommen. Zum anderen sind es biologische Mechanismen. Wir können die Depressivität als eine Art psychosozialen Dauerstress verstehen. Und damit wirkt sie so ähnlich wie andere Stressfaktoren, zum Beispiel Arbeits- oder Ehestress sowie Einsamkeit. Also diese Dinge, die scheinbar ganz woanders beheimatet sind, haben da eine gewisse Übereinstimmung. Da zeigt sich auch ein gewisses homogenes biologisches Muster, das letztlich darauf zurückzuführen ist, dass es sich um eine subklinische permanente andauernde Stressbelastung handelt, die aus nicht enden wollenden Kränkungen, aus Enttäuschung, aus Gefühlen von Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit herrühren. Und was machen die? Die verändern uns mindestens in drei verschiedenen Stressachsen. Also die Stressachsen, die sozusagen den mentalen Zustand mit dem körperlichen Zustand verbinden speziell auch mit dem Herz-Kreislaufsystem.

Dazu gehören das autonome Nervensystem, das endokrine System und das informatorische System. Und dieser merkwürdige Prozess des dauerhaft unterschweligen Ansteigens der Stressachse, das ist etwas, was unser Stresssystem überhaupt nicht versteht. Wir brauchen die Balance. Wir brauchen den Ausgleich. Wir brauchen sozusagen auch regressive Dinge und so weiter. Der letzte Punkt ist die Inflammation. Und on the top auf diese Inflammation, die sowieso im Körper vor sich geht, aus welchen Gründen auch immer, kommen dann diese psychosozialen Stressfaktoren dazu und führen gewissermaßen zu einer Gemengelage, die dann toxisch wirkt. Das wäre ein bisschen das Paradigma, was da dahintersteckt.“

Prof. Dr. Karl-Heinz Ladwig, Professor für Psychosomatische Medizin und Psychologische Medizin an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München

Soziale Statusunterschiede zeigen sich bei der Zahl der Risikofaktoren, von der Beschäftigte betroffen sind, sehr deutlich. Die in Abbildung 90 dargestellte Analyse stratifiziert nach Alter, weil sowohl der berufliche Abschluss als auch die Zahl der Risikofaktoren stark mit dem Alter korrelieren. Von Ausnahmen abgesehen gilt: Beschäftigte mit universitären und ähnlichen Abschlüssen weisen in jeder Altersgruppe die wenigsten Risikofaktoren auf, die Statusgruppe mit Meister-, Technikerschulabschluss und ähnlichen Abschlüssen etwas mehr. Die meisten Risikofaktoren tragen Beschäftigte ohne Schulabschluss.

Abbildung 90: Durchschnittliche Anzahl Risikofaktoren nach Alter und beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Alle Befragten. N=6.764

Anmerkung: Die Risikofaktoren, deren Anzahl hier gemittelt wurde, sind: Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Diabetes, jeweils als selbst berichtete ärztlich diagnostizierte und in den letzten 12 Monaten fortbestehende Erkrankung; Adipositas, berechnet nach Gewicht und Größe sowie gelegentliches oder tägliches Rauchen.

„Menschen mit niedrigem sozialen Status haben häufiger ein höheres Risikoprofil, etwa mit Blick auf Adipositas, Nikotin, Fettstoffwechselstörung, psychosoziale Belastungen, persönliche Ressourcen und körperliche Fitness.“

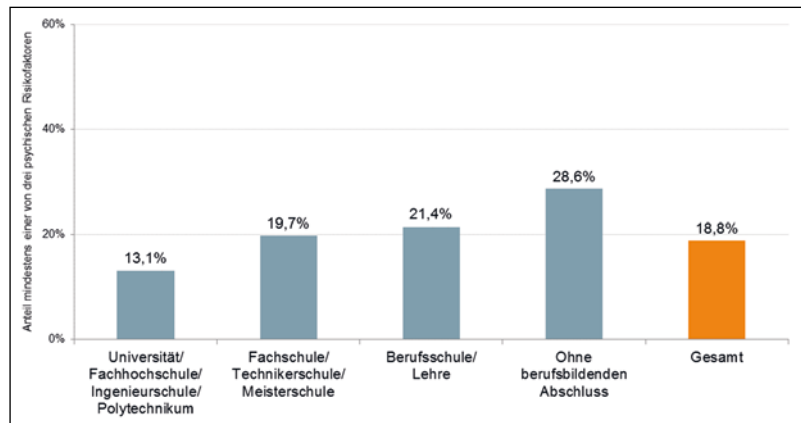
Dr. Christina Kleiber, Chefärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums Kassel

Einen deutlichen sozialen Gradienten zeigen auch die psychischen Risikofaktoren. Der Anteil, der von mindestens einem dieser Risikofaktoren betroffen ist (Depression, Angst- und Panikstörung, Gratifikationskrise) steigt mit abnehmendem Niveau des beruflichen Abschlusses. Fast 30,0 Prozent der Beschäftigten ohne beruflichen Abschluss zeigen eine Depression, eine Angst- und Panikstörung und/oder eine Gratifikationskrise. Unter den Beschäftigten mit Hochschul- oder vergleichbarem Abschluss sind es nur 13,1 Prozent. Insgesamt tragen 19,7 Prozent, fast jeder fünfte Beschäftigte, wenigstens einen der psychischen Risikofaktoren einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (Abbildung 91)¹³.

In Abbildung 92 ist der Zusammenhang zwischen beruflichem Abschluss und psychischen Risikofaktoren nach den drei einzelnen Risikofaktoren aufgeschlüsselt. Er zeigt sich für Depression und Angst-/Panikstörung wie beschrieben, die Prävalenz der Gratifikationskrise steigt dagegen nicht linear mit sinkendem Niveau des beruflichen Abschlusses. Sie ist vergleichsweise hoch bei den beiden mittleren Niveaus, am niedrigsten bei Beschäftigten mit Hochschul- und vergleichbarem Abschluss. Beschäftigte ohne beruflichen Abschluss haben ebenfalls zu vergleichsweise geringen Anteilen eine Gratifikationskrise.

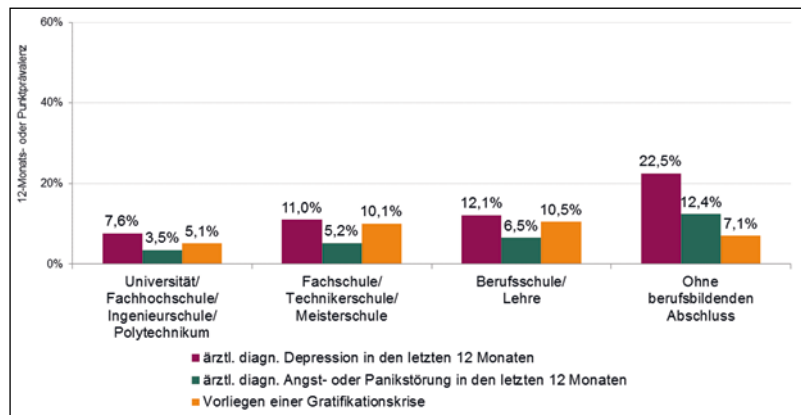
¹³ Da die Zahl der psychischen Risikofaktoren kaum mit dem Alter korreliert kann hier auf eine Stratifizierung nach Alter verzichtet werden.

Abbildung 91: Anteil Beschäftigter mit mindestens einem von drei psychischen Risikofaktoren nach beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Alle Befragte. N=6.970
 Anmerkung: Berücksichtigt wurden drei psychische Risikofaktoren des Herzinfarkts bzw. der KHK: diagn. Depression (letzte 12 Monate), diagn. Angst- oder Panikstörung (letzte 12 Monate) aktuelle Gratifikationskrise (gemessen mit ERI-Scale).

Abbildung 92: Prävalenz psychischer Risikofaktoren nach beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Alle Befragte. N=6.774

4.5 Prävention und Gesundheitsförderung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die koronare Herzkrankheit, der Herzinfarkt und der Schlaganfall sind in hohem Maße präventabel. Das bedeutet, dass sich das Risiko eines Herzinfarkts durch Gesundheitsförderung und Prävention

senken lässt und man gute Chancen hat, die koronare Herzkrankheit zu vermeiden, hinauszuzögern oder in ihren Folgen weniger schwerwiegend werden zu lassen. Hierzu können verschiedene Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention, und der Lebensstiländerung verfolgt werden.

In den folgenden Analysen werden die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), die Angebote der Krankenkassen zur Primärprävention sowie die Gesundheitsuntersuchung („Check-up“) nach § 25 SGB V in den Fokus genommen.

4.5.1 Betriebliche Gesundheitsförderung: Zugang zu und Teilnahme an Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung

4.5.1.1 Betriebliche Gesundheitsförderung

Inwiefern haben Beschäftigte überhaupt Zugang zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)? Diese Frage wurde in der Beschäftigtenbefragung durch die Frage nach Angeboten des Arbeitgebers in den letzten zwei Jahren operationalisiert (Abbildung 93).

Weniger als die Hälfte der Beschäftigten (43,4 Prozent) gibt an, dass ihr Arbeitgeber in den letzten zwei Jahren solche Angebote unterbreitet hat. Männer haben häufiger Zugang zu Angeboten der BGF (47,6 Prozent) als Frauen (39,1 Prozent). Das bedeutet umgekehrt, dass 56,6 Prozent der Beschäftigten (60,9 Prozent der Frauen und 52,4 Prozent der Männer) kein Angebot der BGF erhalten haben – oder aber nicht wissen, dass es ein solches Angebot gegeben hat¹⁴.

56,6 Prozent der Beschäftigten erhielten kein Angebot der BGF in den letzten zwei Jahren

„Betriebliche Angebote, die Beschäftigte zu einer gesünderen Ernährung führen, etwa durch gesunde und trotzdem attraktive Essensangebote, könnten auch im privaten Alltag zu einer gesünderen Ernährung führen und sind daher unbedingt wünschenswert. Auch solche, die die Bewegung fördern. Zum Beispiel durch Belohnungen, wenn anstelle des Autos das Fahrrad für den Weg zur Arbeit genutzt wird.“

Prof. Dr. Stephan Achenbach, Präsident der European Society of Cardiology

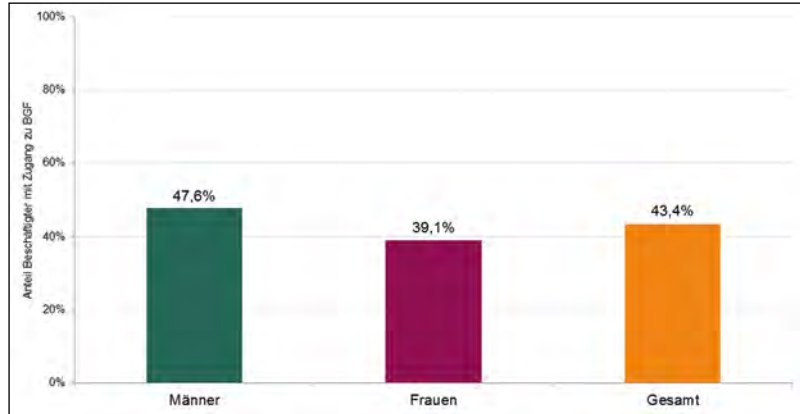
Der Zugang zu Angeboten der BGF unterscheidet sich deutlich nach Status der Beschäftigten (Abbildung 94). Die beiden höheren Statusgruppen gemessen am beruflichen Ausbildungsabschluss haben zu 52,7 bzw. 48,4 Prozent Zugang zu Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung. Beschäftigte mit einer Ausbildung oder Lehre oder ohne beruflichen Abschluss nur zu 37,5 bzw. 20,9 Prozent.

Beschäftigte mit einfachen beruflichen Abschlüssen haben deutlich weniger Zugang zu BGF

¹⁴ Hierauf deutet die vergleichsweise große Zahl von „weiß nicht“-Angaben hin: 5,3 Prozent der Befragten antworten so auf die Frage nach Angeboten der BGF.

Dass der Zugang zu BGF mit dem beruflichen Status abnimmt, trifft auf Frauen und Männer gleichermaßen zu (ohne Abbildung).

Abbildung 93: Anteil Beschäftigter mit Zugang zu BGF nach Geschlecht

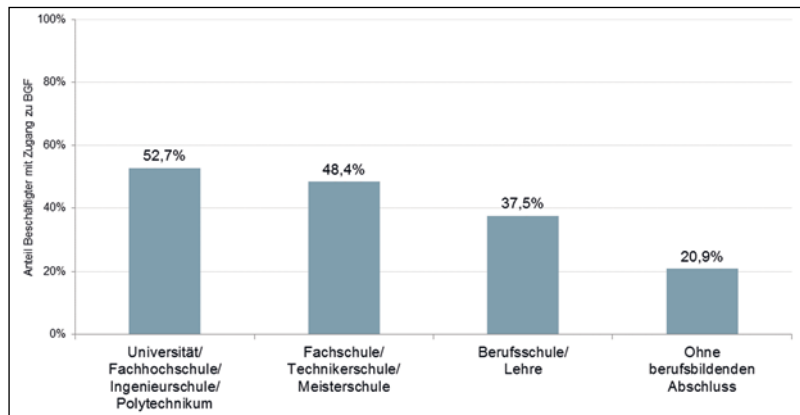


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Alle Befragten. N=6.726

Anmerkung: Fragewortlaut: „Der Arbeitgeber kann im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung Angebote zur Förderung ihrer Gesundheit und zur Prävention von Erkrankungen unterbreiten. Gab es in Ihrem Betrieb in den letzten 2 Jahren solche Angebote?“

Abbildung 94: Anteil Beschäftigter mit Zugang zu BGF nach beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Alle Befragten. N=6.609

42,2 Prozent der Beschäftigten, die BGF-Angebote erhalten, nehmen daran teil

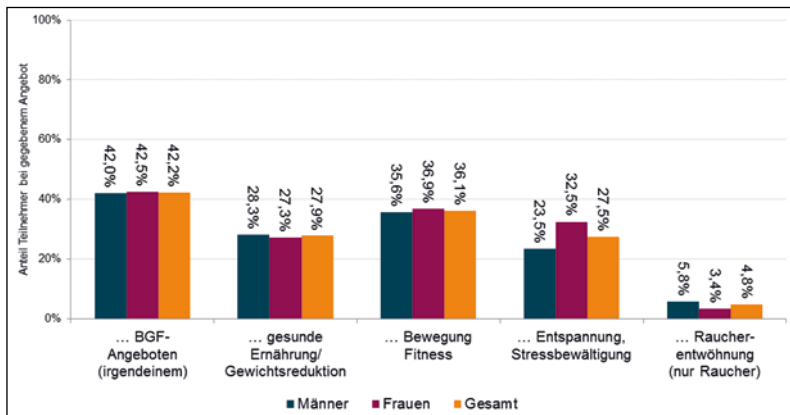
Das Vorhandenseins eines Angebots der betrieblichen Gesundheitsförderung bedeutet selbstverständlich nicht automatisch, dass Beschäftigte auch daran teilnehmen. Von den Beschäftigten, die ein Angebot ihres Arbeitgebers erhalten bzw. davon wissen, nehmen 42,2 Prozent teil (Abbildung 95). Dabei gibt es keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

Angebote der BGF lassen sich nach den Themen gesunde Ernährung und Gewichtsreduktion, Bewegung und Fitness, Entspannung und Stressbewältigung sowie Raucherentwöhnung einteilen. Die höchste Teilnahmequote verzeichnen Angebote zum Thema Bewegung und Fitness: 36,1 Prozent der Beschäftigten, die solche Angebote von ihrem Arbeitgeber unterbreitet bekommen, nehmen daran teil (innerhalb der letzten zwei Jahre). Auf Rang zwei, gemessen an der Teilnahmequote, folgen Angebote zum Thema Ernährung und Gewichtsreduktion (27,9 Prozent) sowie Entspannung und Stressbewältigung (27,5 Prozent). Letztere treffen bei Frauen auf deutlich größeres Interesse im Vergleich zu den Männern.

Nur geringe Teilnahmequoten verzeichnen betriebliche Angebote der Raucherentwöhnung: Nur knapp 6 Prozent der Raucherinnen und Raucher, die auf ein betriebliches Angebot zurückgreifen könnten, nehmen dies auch tatsächlich in Anspruch. Die Absicht, das Rauchen aufzugeben, haben jedoch 31,7 Prozent (36,3 Prozent der Raucher und 27,1 Prozent der Raucherinnen).

Betriebliche Angebote der Raucherentwöhnung verzeichnen geringe Teilnahmequoten

Abbildung 95: Teilnahme an Angeboten der BGF nach Geschlecht (gegebenes Angebot existiert)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Befragte, deren Betrieb ein entsprechendes Angebot unterbreitet. N=2.455

Anmerkung: Die Angaben zu Kursen zur Raucherentwöhnung sind auf Raucherinnen und Raucher eingeschränkt (die ein entsprechendes Angebot ihres Betriebs unterbreitet bekommen haben). N=522

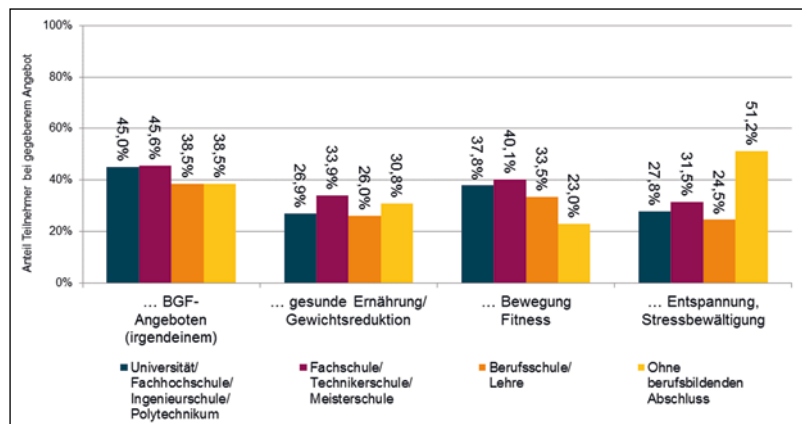
Beschäftigte mit höheren beruflichen Abschlüssen nehmen eher an bestehenden Angeboten teil (45,0 bzw. 45,6 Prozent) als Beschäftigte mit einfachen beruflichen Abschlüssen (38,5 und 38,5 Prozent) (Abbildung 96). Wird zusätzlich in Erwägung gezogen, dass sich die BGF nach beruflichen Abschlüssen unterschiedlich darstellt (Abbildung 94), sind einfache berufliche Statusgruppen doppelt benachteiligt: Sie erhalten seltener ein Angebot und nehmen, wenn sie eines haben, seltener teil.

„Das Bewusstsein für die koronare Herzkrankheit ist zwischen den verschiedenen Sozialstatusgruppen sehr unterschiedlich. Hier haben es Akademiker beispielsweise einfacher, den Ernst einer Erkrankung wahrzunehmen und entsprechende Konsequenzen zu ergreifen als Erwerbstätige aus niedrigeren Bildungsschichten.“

Prof. Dr. Stephan Baldus, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

Die nach beruflichem Status unterschiedliche Teilnahmequote ist nicht bei jedem Thema der betrieblichen Prävention gegeben. Am ehesten stellt sich die Beteiligung an Bewegungs- und Fitnessangeboten mit dem beruflichen Status absteigend dar. Auffällig ist die vergleichsweise hohe Beteiligung der Beschäftigten ohne beruflichen Abschluss an Entspannungsangeboten, dies ist jedoch wegen geringer Fallzahlen in dieser Gruppe nicht belastbar.

Abbildung 96: Teilnahme an Angeboten der BGF nach beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Befragte, deren Betrieb ein entsprechendes Angebot macht. N=2.838

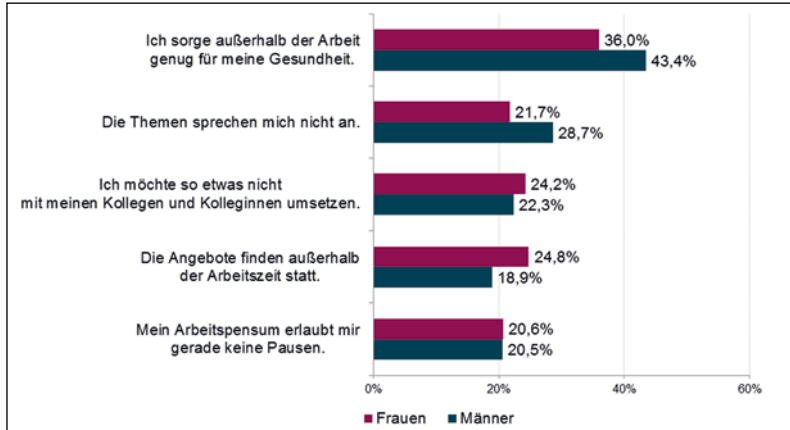
Anmerkung: Die Angaben zur Raucherentwöhnung sind aufgrund geringer Fallzahlen bei dieser Auswertung nicht möglich.

Betriebliche Angebote sprechen Beschäftigte häufig thematisch nicht an

Als Grund für die Nicht-Teilnahme an Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung wird vor allem ein eigenes Engagement außerhalb des Betriebs verwiesen („Ich Sorge außerhalb der Arbeit genug für meine Gesundheit“) (Abbildung 97). 43,4 Prozent der Männer und 36,0 Prozent der Frauen, die ein vorhandenes Angebot nicht angenommen haben, geben dafür diesen Grund an. Dass die Themen nicht ansprechend sind, ist vor allem für Männer ein Grund, die Angebote nicht wahrzunehmen (28,7 Prozent). Fast ein Viertel der Männer und Frauen, die betriebliche Angebote nicht wahrnehmen, möchten nicht mit ihren Kolleginnen und Kollegen an Angeboten teilnehmen. Dass die Angebote außerhalb der Arbeitszeit liegen,

ist vor allem für Frauen ein Hinderungsgrund sie wahrzunehmen (24,8 Prozent).

Abbildung 97: Gründe für die Nicht-Teilnahme an Angeboten der BGF nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Befragte, deren Betrieb ein entsprechendes Angebot macht, die aber nicht daran teilgenommen haben. N=1.490

Anmerkung: Fragewortlaut: „Was waren die Gründe dafür, dass Sie die Angebote nicht wahrgenommen haben?“

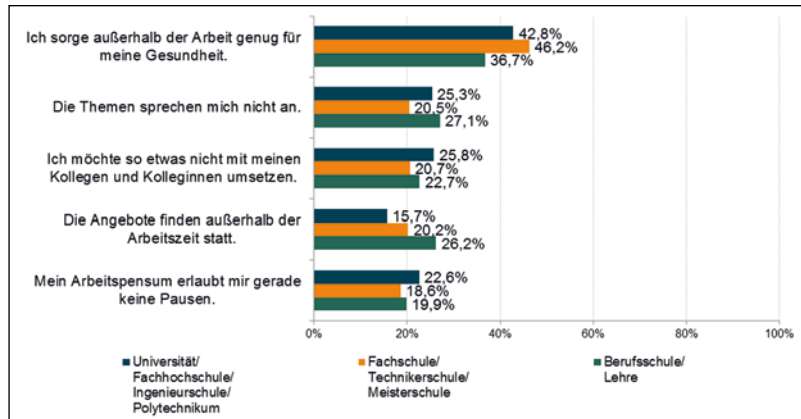
„BGM-Angebote sind wichtig, die Realität sieht aber häufig anders... hohe Arbeitsverdichtung, Effizienzsteigerung. Wir arbeiten zu viel und haben zu wenige Möglichkeiten für gesundheitsfördernde Maßnahmen. Psychische Belastungen und Druck scheinen eher zuzunehmen, zudem entsteht der Druck der eigenen Leistungsoptimierung. Mit jüngeren Generationen erleben wir langsam eine veränderte Sichtweise, was zu einigen Umbrüchen führen wird. Teilzeitarbeit und Familie nimmt an Bedeutung zu.“

Dr. Christina Kleiber, Chefärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums Kassel

Vor allem die beiden höheren beruflichen Statusgruppen geben das eigene Engagement für die Gesundheit „außerhalb der Arbeit“ als Grund für das Nicht-Wahrnehmen von Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung an (Abbildung 98). 42,8 bzw. 46,2 Prozent der beiden höheren Statusgruppen geben diesen Grund an. Aber auch für Beschäftigte mit einer Ausbildung oder Lehre ist dies mit 36,7 Prozent der wichtigste Grund.

Dass die Angebote außerhalb der Arbeitszeit stattfinden, ist insbesondere für Beschäftigte mit Ausbildung oder Lehre ein Hinderungsgrund.

Abbildung 98: Gründe für Nicht-Teilnahme an Angeboten der BGF nach beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Befragte, deren Betrieb ein entsprechendes Angebot macht, die aber nicht daran teilgenommen haben. Befragte ohne Schulabschluss wurden wegen zu geringer Fallzahl von der Analyse ausgeschlossen. N=1.926

Anmerkung: Fragewortlaut: „Was waren die Gründe dafür, dass Sie die Angebote nicht wahrgenommen haben?“

4.5.2 Individuelle Verhaltensprävention der Krankenkassen

Eine wichtige Säule der Gesundheitsförderung und Prävention ist die individuelle verhaltensbezogene Gesundheitsförderung und Prävention als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen¹⁵. Alle Versicherten können solche Leistungen in Anspruch nehmen.

„Ich halte Angebote der Verhaltensprävention für sehr notwendig, unser Gesundheitssystem ist noch zu sehr auf ‚Reparatur‘ ausgerichtet. Gut wäre ein gezieltes persönliches Angebot für die Versicherten bzw. Betroffenen mit den entsprechenden Risikofaktoren.“

Dr. Christina Kleiber, Chefärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums Kassel

Oft handelt es sich um zertifizierte Kursangebote, deren Kosten die Krankenkasse zumindest teilweise übernimmt. Die Themen („Handlungsfelder“) dieser Kurse gliedern sich wie folgt nach dem Leitfaden Prävention (GKV-Spitzenverband, 2021):

¹⁵ Ihre gesetzliche Grundlage ist § 20 SGB V

- Bewegungsgewohnheiten
 - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität),
 - Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
- Ernährung
 - Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- Stress- und Ressourcenmanagement
 - Multimodales Stress und Ressourcenmanagement
 - Förderung von Entspannung und Erholung
- Suchtmittelkonsum
 - Förderung des Nichtrauchens
 - Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

„Kurse der Krankenkasse halte ich nach wie vor für wichtige Angebote... wohnortnah, in der Praxis des Hausarztes, im Turnverein o. ä.“

Prof. Dr. Jochen Jordan, ehemaliger Direktor der Klinik für Psychokardiologie am Kerckhoff-Rehabilitations-Zentrum

„Verhaltensprävention in Form von Ernährungsberatung, Bewegungsprogrammen oder auch Kurse zur Rauchentwöhnung sind aus meiner Sicht essenziell und extrem gut investierte Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Erwerbstätigen.“

Prof. Dr. Stephan Baldus, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

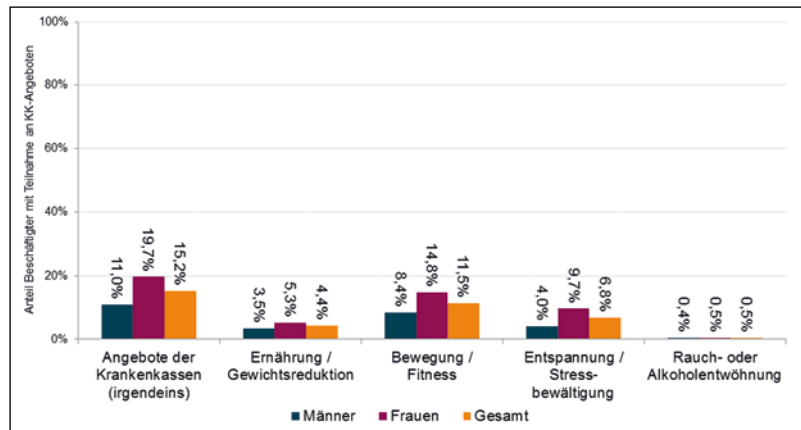
An solchen Angeboten haben in den letzten zwei Jahren 15,2 Prozent der Beschäftigten teilgenommen, Frauen mit 19,7 Prozent häufiger als Männer mit 11,0 Prozent. Am stärksten nachgefragt sind Angebote im Handlungsfeld Bewegung und Fitness: 11,5 Prozent der Befragten haben an einem solchen Angebot teilgenommen, Frauen mit 14,8 Prozent deutlich mehr als Männer mit 8,4 Prozent. Knapp 7 Prozent der Befragten haben an Angeboten zum Thema und Stressbewältigung teilgenommen – auch hier gibt es einen deutlich ausgeprägten Geschlechterunterschied dahingehend, dass Frauen zu einem mehr als doppelt so großen Anteil teilnehmen als Männer.

Frauen nehmen häufiger als Männer an Präventionsangeboten der Krankenkassen teil

An Angeboten zur Ernährung oder Gewichtsreduktion haben 3,5 Prozent der Männer und 5,3 Prozent der Frauen teilgenommen. Angebote zur Rauch- oder Alkoholentwöhnung werden nur sehr wenig wahrgenommen, obwohl gut 22 Prozent der Befragten gelegentlich oder täglich rauchen und fast 32 Prozent dieser Raucherinnen und Raucher das Rauchen aufgeben wollen.

Als Gründe für die Nicht-Teilnahme an Angeboten der Krankenkassen geben 44,0 Prozent der Befragten mangelndes Interesse an. Für Männer ist dieser Grund deutlich gewichtiger als für Frauen (Abbildung 100). Auf Rang 2 folgt die Möglichkeit, entsprechende Angebote auch woanders wahrzunehmen: 30,7 Prozent nennen diesen Grund, ohne größere Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Dass die Kurse zu teuer sind oder Schwierigkeiten bestehen, diese zu finden und in Anspruch zu nehmen, ist für vergleichsweise wenig Befragte ein Grund der Nicht-Teilnahme.

Abbildung 99: Teilnahme an Präventionsangeboten der Krankenkassen in den letzten 2 Jahren nach Geschlecht

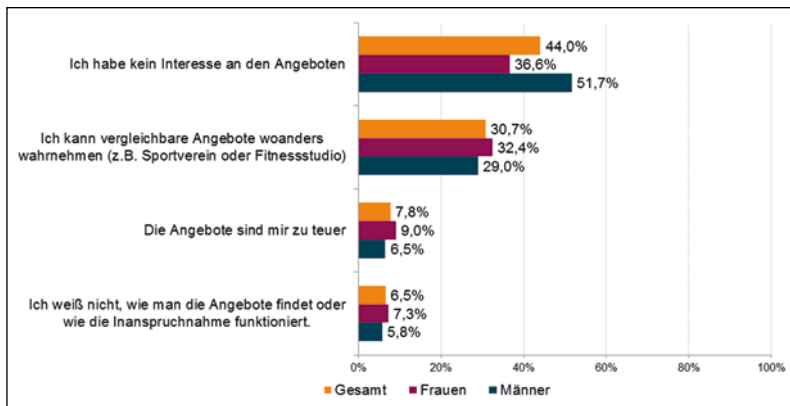


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Alle Befragte. N=6.009

Anmerkung: Fragewortlaut: „Haben Sie in den letzten 2 Jahren an den folgenden Angeboten Ihrer Krankenkasse teilgenommen?“

Abbildung 100: Gründe für Nicht-Teilnahme an Präventionsangeboten der Krankenkassen nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

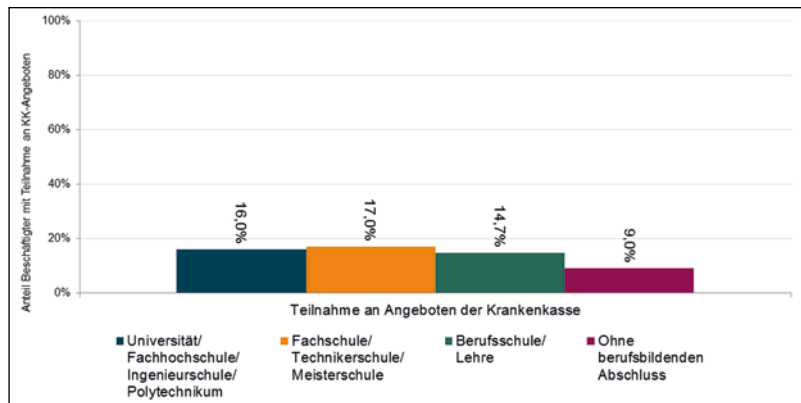
Basis: Befragte, denen die Präventionsangebote der Krankenkassen bekannt sind, die aber an keinem in den letzten zwei Jahren teilgenommen haben. N=2.545

Die Teilnahme an den Angeboten der Krankenkassen stellt sich übrigens im Großen und Ganzen ebenso dar, wenn die Analyse nach beruflichem Abschluss und Geschlecht unternommen wird (ohne Abbildung).

„Auch die somatischen Kardiologen verstehen doch mehr und mehr, dass letztlich die Umsetzung solcher präventiven Konzepte ohne die Sichtweise auf die Motivationslage, die Fähigkeit diese Dinge überhaupt verstehen zu können und auch in die eigene Biografie übersetzen zu können, nicht funktioniert. Es ist wichtig, dass man nicht einfach nur sagt: ‚Hör mal zu Patient, du musst jetzt mit dem Rauchen aufhören, sonst geht es dir schlecht.‘ Dann sagt sich der: ‚Ja, das habe ich schon hunderttausend Mal gehört und meine Oma hat mit 120 noch geraucht‘. Was wir brauchen ist eine sprechende Medizin. Wir brauchen einen Kontakt der Ärzte mit dem Patienten, etwa mit dem ‚Motivational interviewing bzw. der motivierenden Gesprächsführung‘. Wir sollten den Patienten selbst zum Subjekt seines Handelns machen, er sollte für sich selbst die Entscheidung treffen.“

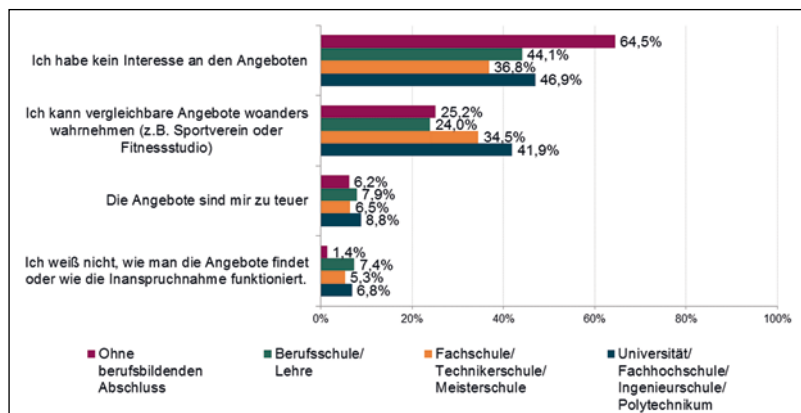
Prof. Dr. Karl-Heinz Ladwig, Professor für Psychosomatische Medizin und Psychologische Medizin an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München

Abbildung 101: Teilnahme an Präventionsangeboten der Krankenkassen nach beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
Basis: Alle Befragte. N=6.958

Abbildung 102: Gründe für Nicht-Teilnahme an den Präventionsangeboten der Krankenkassen nach beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
Basis: Befragte, denen die Präventionsangebote der Krankenkassen bekannt sind, die aber an keinem in den letzten zwei Jahren teilgenommen haben. N=2.802

„Die bisherigen Angebote sind freiwillig, sie sind anstrengend, sie sind nicht unmittelbar Erfolg zeigend und sie sind ausgerichtet auf eine Situation, die zunächst einmal nicht schmerzhaft ist. Hinzu kommt, dass die koronare Herzkrankheit als eine gutartige Erkrankung angesehen wird – wie übrigens alle Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Wenn Sie ein Präventionsprogramm gegen Krebs initiieren würden, würde dieses von den Erwerbstätigen sicher ganz anders wahrgenommen. Hier müssen wir darauf hinarbeiten, dass die Bevölkerung versteht, dass die Prognose von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mindestens so ungünstig ist wie die von Tumorerkrankungen.“

Prof. Dr. Stephan Baldus, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

4.5.3 Medizinische Früherkennung mit der Gesundheitsuntersuchung (Check-up)

Die Gesundheitsuntersuchung („Check-up“ für Erwachsene) steht allen gesetzlich Versicherten zur Verfügung. Versicherte im Alter von 18 bis 34 Jahren können sie einmal in Anspruch nehmen, Versicherte im Alter ab 35 Jahren alle drei Jahre. *„Im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung sollen gesundheitliche Risiken und Belastungen frühzeitig erfasst werden. Sie dient außerdem der Früherkennung von häufig auftretenden Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Diabetes.“* (Gemeinsamer Bundesausschuss [GBA], 2022).

Der Check-up dient der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung sind die Folgenden:

1. Anamnese (Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils)
2. Klinische Untersuchung (Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus))
3. Laboruntersuchungen (Untersuchungen aus dem Blut sowie Untersuchungen aus dem Urin (Harnstreifentest))
4. Überprüfung des Impfstatus
5. Beratung (der Patientin oder dem Patienten sollen die möglichen Auswirkungen im Hinblick auf die weitere Lebensgestaltung erörtert werden, das individuelle Risikoprofil angesprochen werden und auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen aufmerksam gemacht werden, darunter entsprechende Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen. Zudem sollen mittels motivierender Gesprächsführung die individuellen gesundheitsbezogenen Änderungspotenziale der versicherten Person identifiziert wer-

den, um darauf aufbauend Schritte zur Verhaltensänderung zu erörtern. Wenn medizinisch angezeigt, kann der Arzt oder die Ärztin eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus Folgerung aus den Ergebnissen der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung ausstellen.)

6. Folgerung aus den Ergebnissen der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung (Bei Vorliegen oder Verdacht auf Krankheit soll die Patientin oder der Patient weiterer Diagnostik und Behandlung zugeführt werden.)

„Der Check-Up 35 ist sehr sinnvoll und sollte wie die jährliche Krebsvorsorge und der Zahnarztbesuch zum Leben dazu gehören.“

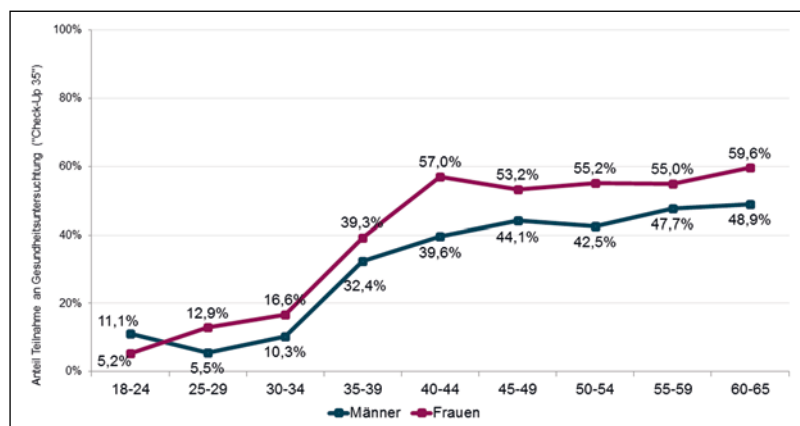
Dr. Christina Kleiber, Chefärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums Kassel

Ab dem Alter von 30 Jahren nimmt die Inanspruchnahme des Check-ups stark zu und erreicht fast 60 Prozent Inanspruchnahme bei den Frauen

Im Alter ab 40 Jahren nimmt ein großer Teil der Erwerbstätigen die Gesundheitsuntersuchung in Anspruch: Die Frauen ab 40 haben in den letzten drei Jahren zu 50 Prozent und mehr den Check-up in Anspruch genommen, die Männer zu etwa 40 Prozent und mehr.

Die Inanspruchnahme des Check-ups in den letzten drei Jahren steigt stark an, sobald die Befragten von der Altersgruppe 30 bis 34 in die Altersgruppe der 35–30-Jährigen aufrücken. Dies kann daran liegen, dass sie in der ersten Altersgruppe möglicherweise wie angebotenen einmal den Check-up in Anspruch genommen haben, nicht jedoch innerhalb der letzten drei Jahre. Ein Grund könnte zudem sein, dass die (früher als „Check-up 35“ bekannte) Untersuchung immer noch erst dann ins Bewusstsein rückt, wenn Versicherte das 35. Lebensjahr vollendet haben.

Abbildung 103: Teilnahme am Check-up nach Alter und Geschlecht

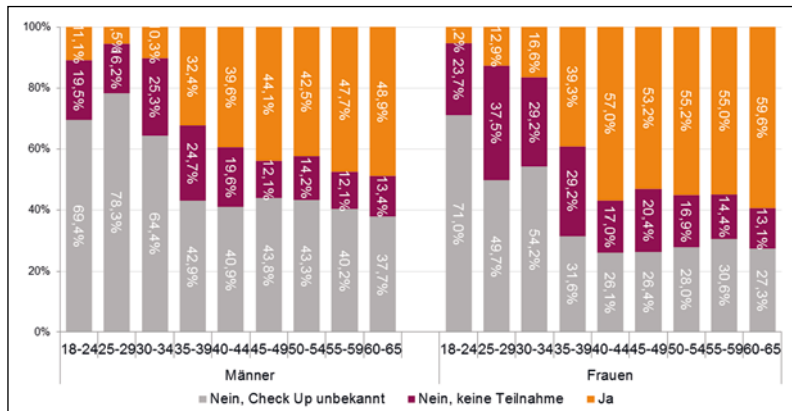


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
Basis: Alle Befragte. N=7.068

Die Bekanntheit des Check-ups ist insbesondere bei Männern erst ab den Altersgruppen ab 35 Jahren gegeben. In den jüngeren männlichen Altersgruppen kennen zwei Drittel und mehr das Angebot des Check-ups nicht. Auch bei den Frauen gibt es eine deutliche Steigerung der Bekanntheit des Check-ups ab dem Alter von 35. 30 Prozent und weniger geben in diesen Altersgruppen an, dass ihnen der Check-up unbekannt ist (Abbildung 104).

Der Check-up ist in den Altersgruppen unter 35 Jahren wenig bekannt

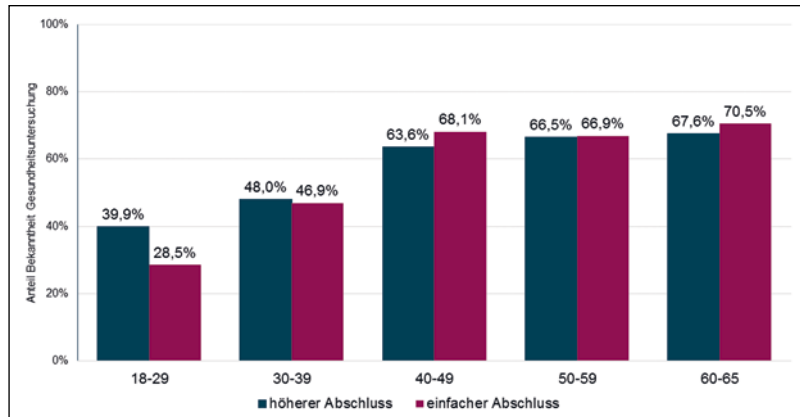
Abbildung 104: Check-up: Bekanntheit und Teilnahme nach Alter und Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Alle Befragte. N=7.068

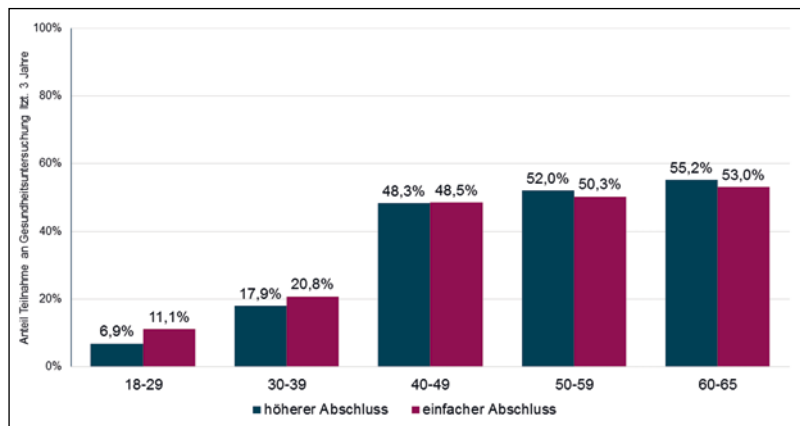
Die Bekanntheit des Check-ups unterscheidet sich kaum nach beruflichem Abschluss, zudem folgt sie deutlich nicht nach dem Muster, dass mit höherem Abschluss der Check-up bekannter wäre (Abbildung 105). Auch die Teilnahme am Check-up ist nicht mit dem beruflichen Abschluss korreliert (Abbildung 106). Die beiden oberen Statusgruppen (d.h. Beschäftigte mit Hochschulabschluss, Meister etc.) nehmen den Check-up in etwa so häufig wie Beschäftigte mit einfachem beruflichen Abschluss (Ausbildung/Lehre, ohne Abschluss) in Anspruch.

Abbildung 105: Bekanntheit des Check-ups nach beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
Basis: Alle Befragte. N=6.853

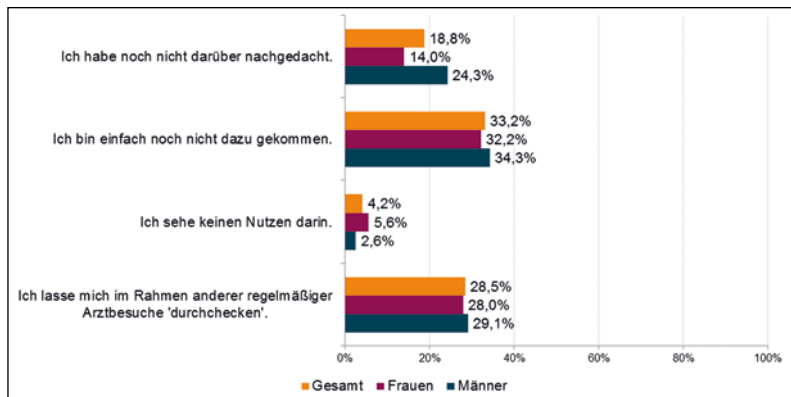
Abbildung 106: Teilnahme am Check-up nach beruflichem Abschluss und Alter



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
Basis: Alle Befragte. N= 6.939

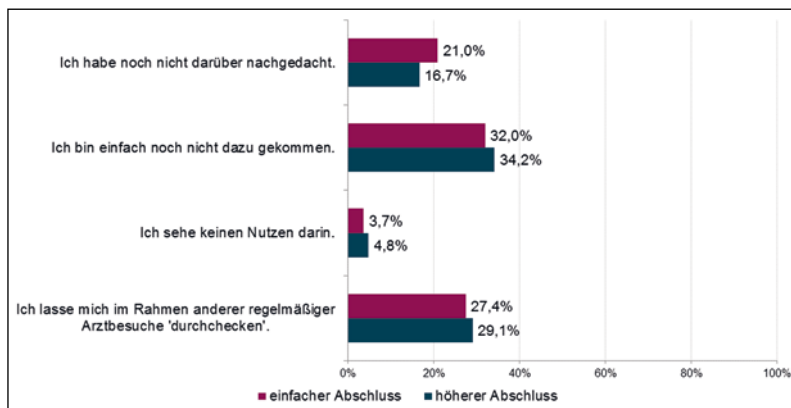
Die häufigsten Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme des Check-ups zeigt Abbildung 107. Befragte geben vor allem an, sie seien noch nicht dazu gekommen, sie haben noch nicht darüber nachgedacht (v. a. Männer) und sie lassen sich im Rahmen anderer Arztbesuche „durchchecken“. In Abbildung 108 werden die Gründe unterschieden nach Befragten mit den beiden höheren beruflichen Abschlüssen gegenüber Befragten mit den beiden einfacheren beruflichen Abschlüssen (diese sind hier zusammengefasst, weil die Fallzahlen aufgrund des mehrfachen Filters der hier zu Anwendung kommt, zu klein werden). Hier zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede.

Abbildung 107: Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme des Check-up nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Befragte, die den Check-up zwar kennen, jedoch nicht in den letzten 3 Jahren daran teilgenommen haben. N=1.162
 Anmerkung: Fragewortlaut: „Was waren die Gründe dafür, dass Sie die „Gesundheitsuntersuchung“ bzw. den „Check-Up 35“ nicht wahrgenommen haben?“

Abbildung 108: Gründe für Nicht-Inanspruchnahme des Check-up nach beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Befragte, die den Check-up zwar kennen, jedoch nicht in den letzten 3 Jahren daran teilgenommen haben. N=1.141

4.5.4 Persönliche Ressourcen

4.5.4.1 Gesundheitskompetenz

Unter Gesundheitskompetenz („Health Literacy“) wird die Kompetenz im Umgang mit Gesundheitsinformationen, die Auswahl von Präventionsmaßnahmen oder im Falle einer Erkrankung die Entscheidung für bzw. gegen eine bestimmte Therapie sowie das Fin-

den eines passenden Behandlungszentrums verstanden (Jordan & Hoebel, 2015).

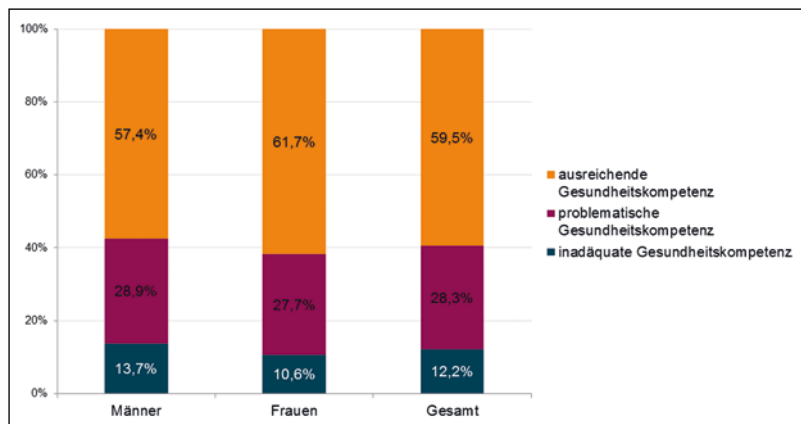
Sie kann mit dem HLS-EU-Q16-Fragebogen ermittelt werden, ein Instrument, das auch im Rahmen des European Health Literacy Survey (HLS-EU) zur Anwendung kommt. Die Items beziehen sich dabei auf eine der vier Dimension: (allgemeine) Gesundheitskompetenz, Zugang, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen.

62 Prozent der Frauen und 57 Prozent der Männer haben eine ausreichende Gesundheitskompetenz

Mit dem Instrument können drei Niveaus von Gesundheitskompetenz unterschieden werden (Abbildung 109). Eine ausreichende Gesundheitskompetenz haben demnach 61,7 Prozent der Frauen und 57,4 Prozent der Männer, insgesamt haben die Befragten zu 59,5 Prozent eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Nur eine „problematische Gesundheitskompetenz“ haben 28 Prozent der Befragten und etwa 12 Prozent eine inadäquate Gesundheitskompetenz.

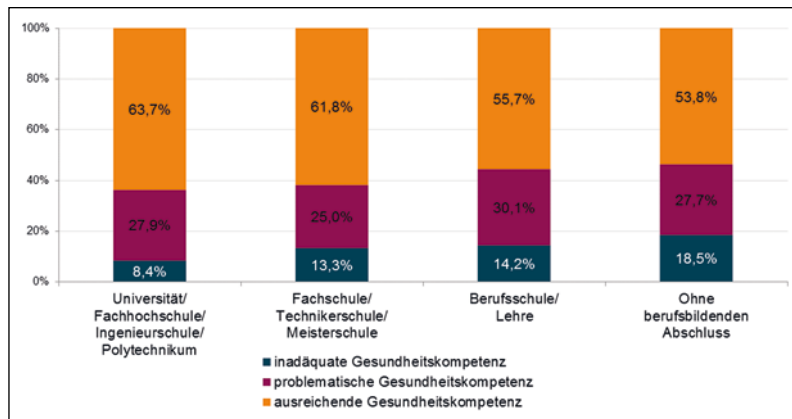
Die Gesundheitskompetenz nimmt mit dem Niveau des beruflichen Abschlusses ab (Abbildung 110): 63,7 Prozent der Beschäftigten mit Hochschul- oder vergleichbarem Abschluss, aber nur 53,8 Prozent der Befragten ohne beruflichen Abschluss zeigen eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Entsprechend dazu ist der Anteil der Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz umso größer, je niedriger der berufliche Abschluss ist.

Abbildung 109: Gesundheitskompetenz nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
Basis: Alle Befragte. N=6.335

Abbildung 110: Gesundheitskompetenz nach beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
Basis: Alle Befragte. N=6.225

4.5.4.2 Coping-Stile

Der DAK-Gesundheitsreport zur Herzgesundheit geht besonders auf die Bedeutung von psychischen Erkrankungen sowie Gratifikationskrisen und die Prävention von Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit ein. In diesem Zusammenhang steht die Bedeutung des Copings: Ob Stressoren zu negativen Stressfolgen und Beeinträchtigungen führen, hängt unter anderem vom Umgang mit ihnen ab. Das hier verwendete Stress- und Copinginventar (Satow, 2012) erhebt das Vorhandensein und die Ausprägung der folgenden adaptiven Copingstile:

- Positives Denken,
- Aktive Stressbewältigung,
- Soziale Unterstützung,
- Halt im Glauben.

Daneben wird die maladaptive Strategie erhoben:

- Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum

Die Ausprägung jeder Strategie ist durch einen Punktwert ausgedrückt, der umso größer ist, je deutlicher die Strategie bei einem Befragten bzw. bei einer Gruppe von Befragten ausgeprägt ist. Sehr verbreitet ist den Punktwerten zufolge (Abbildung 111) die Strategie „soziale Unterstützung“. Sie drückt sich beispielsweise in einer großen Zustimmung zu der Aussage aus: „Bei Stress und Druck finde ich Rückhalt bei meinem Partner oder einem guten Freund.“ Soziale Unterstützung ist bei Frauen und Männern die am stärksten ausge-

**„Coping-Strategien“
werden im Umgang
mit Stressoren an-
gewendet**

**Die adaptive Coping-
Strategie „soziale
Unterstützung“ steht
Beschäftigten in ho-
hem Maße zur
Verfügung**

prägte Coping-Strategie; die Befragten insgesamt verzeichnen 12,2 Punkte auf der von 4 bis 16 reichenden Skala.

Fast in gleichem Maße stehen Beschäftigten die Strategien „Aktive Stressbewältigung“ (Punktwert 11,3) und „Positives Denken“ (Punktwert 10,9) zur Verfügung. Wer die Strategie „Aktive Stressbewältigung“ zur Verfügung hat, stimmt beispielsweise dieser Aussage zu: „Ich mache mir schon vorher Gedanken, wie ich Zeitdruck vermeiden kann“. Männer und Frauen wenden diese Strategie in gleichem Maße an. Die Strategie „positives Denken“ drückt sich beispielsweise durch die Aussage aus: „Auch wenn ich unter Druck stehe, verliere ich meinen Humor nicht.“ Sie steht Frauen und Männern gleichermaßen zur Verfügung.

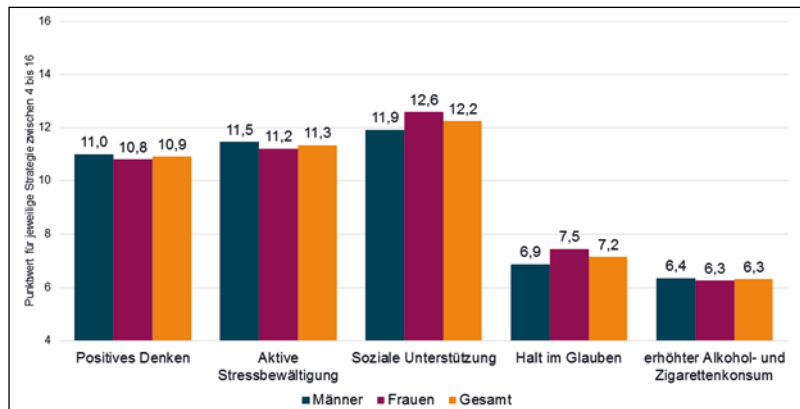
Kaum eine Bedeutung unter Erwerbstätigen hat die Coping-Strategie „Halt im Glauben“ (Beispielaussage: „Gebete helfen mir dabei, mit Stress und Bedrohungen umzugehen“). Mit 7,2 Punkten liegt der Wert für die Gesamtheit der Befragten nur geringfügig über dem Minimum von 4 Punkten.

Eine sogenannte maladaptive bzw. schädliche Strategie ist „erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum“. Die Strategie drückt sich in Aussagen aus wie: „Bei Stress und Druck entspanne ich mich abends bei einem Glas Wein oder Bier“ oder „Wenn ich zu viel Stress habe, rauche ich eine Zigarette“. Diese Strategie wird gemessen am Punktwert von 6,3 von Beschäftigten sehr selten verfolgt, ohne Unterschiede Frauen und Männern.

Die Coping-Strategie „erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum“ ist unter Beschäftigten ohne beruflichen Abschluss etwas stärker verbreitet

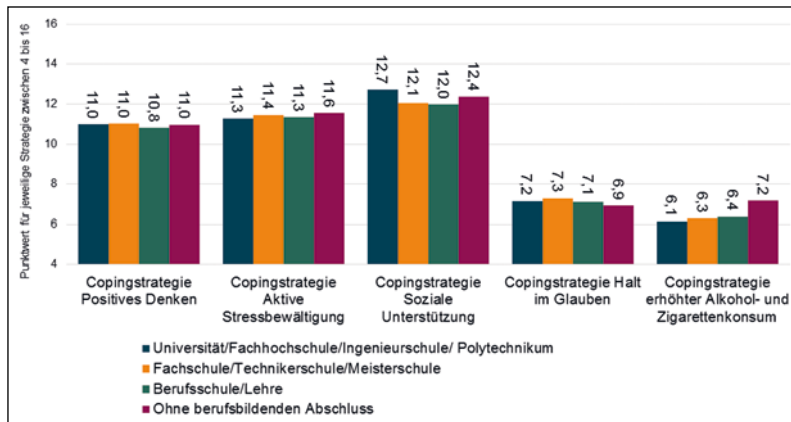
Unterschiede zwischen Beschäftigten mit verschiedenen beruflichen Abschlüssen zeigen sich (fast) keine. Lediglich die Strategie „erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum“ ist mit 7,2 Punkten unter Beschäftigten ohne beruflichen Abschluss etwas stärker ausgeprägt (ohne Abbildung).

Abbildung 111: Coping-Strategien nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: Alle Befragte. N=6.623
 Anmerkung: vgl. Satow, L. (2012)

Abbildung 112: Coping-Strategien nach beruflichem Abschluss



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Alle Befragte. N=6.498

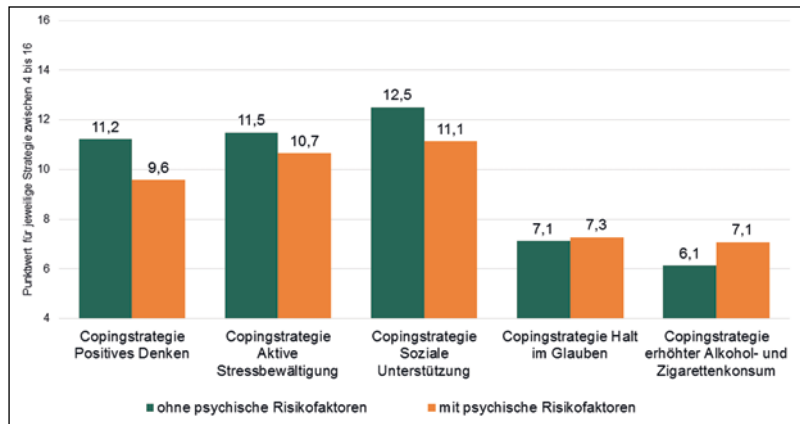
Anmerkung: vgl. Satow, L. (2012)

Befragte mit psychischen Risikofaktoren haben in geringerem Maße adaptive Coping-Strategien zur Verfügung und wenden in höherem Maße die maladaptive bzw. schädliche Coping-Strategie des Alkohol- und Zigarettenkonsums an (Abbildung 113). Die Unterschiede sind am größten bei den Strategien positives Denken (Differenz von 1,6 Skaleneinheiten) und Soziale Unterstützung (Differenz von 1,4 Skaleneinheiten).

Befragte mit psychischen Risikofaktoren haben in geringerem Maße adaptive Coping-Strategien zur Verfügung

Die Betrachtung nach psychischen Risikofaktoren ist in diesem Zusammenhang deshalb von besonderer Relevanz, weil Beschäftigte mit psychischen Störungen und Befindlichkeiten möglicherweise besonders von Präventionsangeboten zur Stressbewältigung profitieren könnten. Selbstverständlich nicht als Ersatz für eine Behandlung von behandlungsbedürftigen Störungen und – mit Bezug zur Gratifikationskrise oder anderen Formen von arbeitsbezogenem Stress – auch nicht als Ersatz einer verhältnisorientierten menschengerechten Arbeitsgestaltung.

Abbildung 113: Coping-Strategien nach psychischen Risikofaktoren



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Alle Befragte. N=6.620

Anmerkung: Befragte mit psychischen Risikofaktoren haben mindestens einen der folgenden: diagnostizierte Depression in den letzten 12 Monaten, Angst- oder Panikstörung in den letzten 12 Monaten, Gratifikationskrise (zum Befragungszeitpunkt)

„Es gibt eine ganze Reihe von Interventionsstudien bei KHK-Patienten, wo bei depressiven KHK-Patienten geguckt wird: Welche Funktion hat der Sport, sowohl auf den Krankheitsoutcome als auch auf die Befindlichkeit und auf die Lebensqualität? Und dann kann man zeigen, dass tatsächlich also eine bestimmte Dosis an körperlicher Aktivierung möglicherweise besser ist wie ein Antidepressivum. Aber was dabei übersehen wird, und das ist eigentlich der Punkt, man muss sie erst einmal dahinkriegen, das zu machen. Und das ist ja die Kunst. Es ist weniger die Kunst rauszukriegen, dass eine sportliche Aktivierung dieser Menschen einen positiven Effekt hat, als vielmehr rauszukriegen: Wie kann man einen depressiven Menschen mit einer pessimistischen Zukunftserwartung mit niedriger Lebensqualität mit Zeichen von Erschöpfung, Depressivität, Angst und so weiter, wie kann man den dazu bringen, dann das Joggen anzufangen oder so – das ist viel mehr der Punkt. Menschen mit Depressionen fehlt der gewisse Antrieb, sich einen Ruck zugeben und mehr Sport zu treiben oder gesünder zu essen.“

Prof. Dr. Karl-Heinz Ladwig, Professor für Psychosomatische Medizin und Psychologische Medizin an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München

4.5.5 Verordnete Arzneimittel zur Prävention von kardiovaskulären (Re-)Ereignissen

Zur Vorbeugung von kardiovaskulären (Re-)Ereignissen stehen eine Reihe von Arzneimitteln zur Verfügung. Dazu zählen verschiedene Wirkstoffgruppen, etwa Lipidsenker, Thrombozytenaggregationshemmer (TAH), ACE-Hemmer und AT1-Blocker sowie Betablocker. Dieser Abschnitt untersucht auf Basis der Arzneimittelverordnungsdaten der DAK-Gesundheit für die Gruppe der krankengeldberechtigten Mitglieder die Verbreitung der medikamentösen Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die Jahre 2015 bis 2020. Hierbei werden insbesondere die zeitlichen Entwicklungen für Frauen, Männer und die gesamte Population betrachtet.

Die analysierten Wirkstoffe werden über ihren ATC-Code identifiziert. Die Anatomisch-Therapeutisch-Chemische (ATC) Klassifikation ordnet Wirkstoffe nach dem Organ oder Organsystem, auf das sie einwirken sowie nach ihren chemischen, pharmakologischen und therapeutischen Eigenschaften in verschiedene Gruppen ein.

Im Fokus stehen dabei die folgende Wirkstoffgruppen:

- Lipidsenker (ATC C10)
- Thrombozytenaggregationshemmer (ATC B01AC)
- ACE-Hemmer (ATC C09A/C09B) und AT1-Blocker (ATC C09C/C09D)
- Betablocker (ATC C07)

Darüber hinaus wird auch die Entwicklung der Verordnungsmengen von

- bei Herzerkrankung eingesetzte Vasodilatoren (ATC C01),
- Diuretika (ATC C03) und
- Calciumkanalblocker (C08)

betrachtet.

Die Entwicklung der Verordnungsmengen wird über die Anzahl der verordneten definierten Tagesdosen in DDD (Defined Daily Doses) abgebildet. Darüber hinaus wird dargestellt, wie sich der Anteil der Versicherten mit einer entsprechenden Verordnung und die Verordnungsmengen für diese Gruppe seit 2015 entwickelt.

Lipidsenker

Lipidsenker werden zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen eingesetzt.

Intensivierung der Behandlung mit Lipidsenkern

Die für die Gruppe der Erwerbstätigen verordnete Menge an Lipidsenkern steigt von Jahr zu Jahr kontinuierlich an und liegt 2020 mit 1.459,9 DDD pro 100 Versichertenjahre 32 Prozent über der für 2015. Dabei bleibt der Anteil der Versicherten mit einem verordneten Lipidsenker nahezu gleich. Einen merklichen Zuwachs (um 25 Prozent) erkennt man allerdings bei der verordneten Menge je Patient (Tabelle 8). Das lässt in erster Linie auf eine Intensivierung der Behandlung und nur in einem sehr geringen Umfang auf eine Ausweitung der behandelten Personen schließen.

Frauen erhalten zu einem geringeren Anteil Verordnungen von Lipidsenkern. In Summe entfallen dadurch weniger Lipidsenker auf die Frauen. Die Behandlungsintensität steigt bei Frauen und Männern parallel an. Bei Frauen steigt darüber hinaus aber auch der Anteil derjenigen, die eine Verordnung erhalten haben etwas stärker an als bei den Männern.

Tabelle 8: Verordnungsmengen in DDD und Anteil Versicherte mit Verordnung von Statinen und anderen Lipidsenkenden Mitteln (ATC-Code: C10 und C10AA)

Geschlecht	Jahr	DDD pro 100 Versicherten-jahre	DDD pro Versicherten mit Verordnung	Anteil Versicherte mit Verordnung
Gesamt	2015	1.103,3	234,0	3,84 %
Gesamt	2016	1.174,4	238,1	3,88 %
Gesamt	2017	1.218,4	249,0	3,93 %
Gesamt	2018	1.271,4	262,0	3,88 %
Gesamt	2019	1.353,9	270,9	3,93 %
Gesamt	2020	1.459,9	291,8	3,98 %
Männer	2015	1.567,2	251,7	5,16 %
Männer	2016	1.667,3	256,0	5,21 %
Männer	2017	1.732,5	267,7	5,27 %
Männer	2018	1.805,6	282,1	5,18 %
Männer	2019	1.921,8	296,4	5,23 %
Männer	2020	2.070,3	314,9	5,29 %
Frauen	2015	560,4	213,3	2,28 %
Frauen	2016	597,5	217,2	2,33 %
Frauen	2017	616,8	227,2	2,36 %
Frauen	2018	646,1	238,5	2,36 %
Frauen	2019	689,1	240,9	2,41 %
Frauen	2020	745,6	264,7	2,46 %
Veränderung				
Gesamt	2020/ 2015	32 %	25 %	4 %
Männer	2020/ 2015	32 %	25 %	2 %
Frauen	2020/ 2015	33 %	24 %	8 %

Quelle: IGES nach Arzneimittelverordnungsdaten der DAK-Gesundheit 2015–2020

Thrombozytenaggregationshemmer

Bei den Thrombozytenaggregationshemmern (THA) handelt es sich um Wirkstoffe, die die Zusammenlagerung (Aggregation) der Blutplättchen hemmen. Sie werden eingesetzt, um die Bildung von Blutgerinnseln (Thromben) in den Blutgefäßen zu verhindern.

Die Verordnungsmenge von Thrombozytenaggregationshemmer steigt bei Frauen stärker als bei Männern

Die Zahl der verordneten Tagesdosen (DDD) steigt im betrachteten Zeitraum um 5 Prozent, bei Frauen sogar um 11 Prozent (Tabelle 9). Erwerbstätige Frauen bekommen 2020 zu rund 0,6 Prozent eine THA Verordnung, Männer zu 1,7 Prozent.

Tabelle 9: Verordnungsmengen in DDD und Anteil Versicherte mit Verordnung von Thrombozytenaggregationshemmer (ATC B01AC)

Geschlecht	Jahr	DDD pro 100 Versicherten-jahre	DDD pro Versicherten mit Verordnung	Anteil Versicherte mit Verordnung
Gesamt	2015	330,4	247,0	1,15 %
Gesamt	2016	357,7	249,1	1,16 %
Gesamt	2017	340,9	240,7	1,19 %
Gesamt	2018	341,9	248,4	1,19 %
Gesamt	2019	336,4	244,7	1,17 %
Gesamt	2020	345,7	256,2	1,16 %
Männer	2015	495,8	263,7	1,68 %
Männer	2016	538,9	266,3	1,70 %
Männer	2017	508,2	254,4	1,73 %
Männer	2018	508,6	269,1	1,72 %
Männer	2019	496,4	259,0	1,68 %
Männer	2020	511,5	269,3	1,67 %
Frauen	2015	136,9	227,5	0,53 %
Frauen	2016	145,5	228,9	0,54 %
Frauen	2017	144,9	224,6	0,56 %
Frauen	2018	146,9	224,2	0,56 %
Frauen	2019	149,0	227,8	0,56 %
Frauen	2020	151,8	240,9	0,56 %
Veränderungen				
Gesamt	2020/ 2015	5 %	4 %	1 %
Männer	2020/ 2015	3 %	2 %	0 %
Frauen	2020/ 2015	11 %	6 %	7 %

Quelle: IGES nach Arzneimittelverordnungsdaten der DAK-Gesundheit 2015–2020

ACE-Hemmer und AT1-Blocker

Bei der Behandlung von Bluthochdruck spielen ACE-Hemmer und AT1-Blocker eine wichtige Rolle. 2020 werden je 100 Versichertenjahre 4.254 Tagesdosen ACE-Hemmer verordnet und 2.955 Tagesdosen AT1-Blocker (Tabelle 10 und Tabelle 11). Dabei ist die Verordnungsmenge der ACE-Hemmer im Zeitverlauf praktisch gleichgeblieben. Zwar ist der Anteil der Versicherten mit einer solchen Verordnung leicht rückläufig (Rückgang um 11 Prozent), dafür nimmt die verordnete Menge je Patient etwa um den gleichen Anteil zu. Dieser Befund zeigt sich bei Männern und Frauen gleichermaßen.

Frauen erhalten zu geringeren Anteilen ACE-Hemmer und AT1-Blocker zur Behandlung von Bluthochdruck

Die verordnete Menge an AT1-Blockern steigt je 100 Versicherten Jahre zwischen 2015 und 2020 um 38 Prozent. Dabei steigt der Anteil der Versicherten mit einer Verordnung um den gleichen Anteil wie die verordnete Menge je Versicherten mit Verordnung. Auch hier gibt es keine Unterschiede in der zeitlichen Entwicklung bei Männern und Frauen. Allerdings liegen auch hier die Verordnungsmengen für Frauen deutlich unter denen für Männer.

Tabelle 10: Verordnungsmengen in DDD und Anteil Versicherte mit Verordnung von ACE-Hemmer (ATC C09A/C09B)

Geschlecht	Jahr	DDD pro 100 Versicherten-jahre	DDD pro Versicherten mit Verordnung	Anteil Versicherte mit Verordnung
Gesamt	2015	4.262,2	500,2	7,49 %
Gesamt	2016	4.295,9	499,2	7,34 %
Gesamt	2017	4.265,8	512,0	7,27 %
Gesamt	2018	4.229,4	517,5	7,08 %
Gesamt	2019	4.253,4	531,3	6,90 %
Gesamt	2020	4.254,0	549,1	6,68 %
Männer	2015	5.407,7	531,4	9,11 %
Männer	2016	5.447,5	528,1	8,91 %
Männer	2017	5.413,5	541,8	8,84 %
Männer	2018	5.363,1	546,9	8,59 %
Männer	2019	5.378,6	557,6	8,36 %
Männer	2020	5.356,2	573,8	8,09 %
Frauen	2015	2.921,6	463,8	5,60 %
Frauen	2016	2.948,2	465,3	5,49 %
Frauen	2017	2.922,5	477,1	5,43 %
Frauen	2018	2.902,5	483,1	5,31 %
Frauen	2019	2.936,6	500,4	5,19 %
Frauen	2020	2.964,1	520,2	5,02 %
Veränderungen				
Gesamt	2020/ 2015	0 %	10 %	-11 %
Männer	2020/ 2015	-1 %	8 %	-11 %
Frauen	2020/ 2015	1 %	12 %	-10 %

Quelle: IGES nach Arzneimittelverordnungsdaten der DAK-Gesundheit 2015–2020

Tabelle 11: Verordnungsmengen in DDD und Anteil Versicherte mit Verordnung von AT1-Blocker (ATC C09C/C09D)

Geschlecht	Jahr	DDD pro 100 Versicherten-jahre	DDD pro Versicherten mit Verordnung	Anteil Versicherte mit Verordnung
Gesamt	2015	2.136,0	386,7	4,91 %
Gesamt	2016	2.272,9	386,5	5,05 %
Gesamt	2017	2.374,5	400,9	5,23 %
Gesamt	2018	2.514,1	410,4	5,38 %
Gesamt	2019	2.780,4	432,2	5,56 %
Gesamt	2020	2.955,4	449,5	5,70 %
Männer	2015	2.436,8	403,9	5,42 %
Männer	2016	2.590,5	403,0	5,56 %
Männer	2017	2.703,9	418,4	5,73 %
Männer	2018	2.857,4	428,8	5,87 %
Männer	2019	3.174,9	452,9	6,08 %
Männer	2020	3.384,7	471,2	6,25 %
Frauen	2015	1.783,8	366,5	4,31 %
Frauen	2016	1.901,1	367,1	4,45 %
Frauen	2017	1.989,0	380,5	4,65 %
Frauen	2018	2.112,3	388,9	4,80 %
Frauen	2019	2.318,7	408,1	4,96 %
Frauen	2020	2.452,9	424,0	5,06 %
Veränderungen				
Gesamt	2020/ 2015	38 %	16 %	16 %
Männer	2020/ 2015	39 %	17 %	15 %
Frauen	2020/ 2015	38 %	16 %	17 %

Quelle: IGES nach Arzneimittelverordnungsdaten der DAK-Gesundheit 2015–2020

Betablocker

Betablocker werden zur Behandlung von Bluthochdruck und bei koronarer Herzkrankheit eingesetzt, aber auch zur Migräneprophylaxe oder bei Angstzuständen.

Wie Tabelle 12 zeigt, unterscheiden sich die verordneten Mengen und der Anteil der Versicherten mit einem verordneten Betablocker zwischen Männern und Frauen nur sehr wenig. 2020 hatten 6,84 Prozent der Männer eine Verordnung eines Betablockers und 6,94 Prozent der Frauen. Auch in der zeitlichen Entwicklung sind hier keine Unterschiede zu erkennen. Der Anteil der Versicherten mit einer Verordnung sinkt kontinuierlich von Jahr zu Jahr. Ebenfalls leicht rückläufig entwickeln sich die Verordneten Mengen je Patient. Zwischen 2015 und 2020 sinkt dadurch die Verordnete Menge an Betablockern um rund 19 Prozent.

Betablocker: 2020 werden 19 Prozent weniger DDD verordnet als 2015

Tabelle 12: Verordnungsmengen in DDD und Anteil Versicherte mit Verordnung von Betablocker (C07)

Geschlecht	Jahr	DDD pro 100 Versicherten-jahre	DDD pro Versicherten mit Verordnung	Anteil Versicherte mit Verordnung
Gesamt	2015	1.461,4	148,8	8,09 %
Gesamt	2016	1.407,6	144,4	7,77 %
Gesamt	2017	1.345,2	144,0	7,62 %
Gesamt	2018	1.284,0	142,7	7,34 %
Gesamt	2019	1.227,3	141,5	7,07 %
Gesamt	2020	1.190,3	141,8	6,89 %
Männer	2015	1.577,9	162,6	8,13 %
Männer	2016	1.520,0	157,3	7,80 %
Männer	2017	1.455,3	156,8	7,65 %
Männer	2018	1.390,6	156,0	7,33 %
Männer	2019	1.328,1	154,2	7,05 %
Männer	2020	1.286,6	155,0	6,84 %
Frauen	2015	1.325,1	132,6	8,05 %
Frauen	2016	1.276,1	129,3	7,73 %
Frauen	2017	1.216,4	129,1	7,60 %
Frauen	2018	1.159,2	127,2	7,34 %
Frauen	2019	1.109,3	126,6	7,10 %
Frauen	2020	1.077,6	126,4	6,94 %
Veränderung				
Gesamt	2020/ 2015	-19 %	-5 %	-15 %
Männer	2020/ 2015	-18 %	-5 %	-16 %
Frauen	2020/ 2015	-19 %	-5 %	-14 %

Quelle: IGES nach Arzneimittelverordnungsdaten der DAK-Gesundheit 2015–2020

Bei Herzinfarkt eingesetzte Vasodilatoren

Die Verordnete Zahl der Tagesdosen bei Herzinfarkt eingesetzten Vasodilatoren sinkt im betrachteten Zeitraum um 25 Prozent. Frauen in der Gruppe der Erwerbstätigen erhalten 2020 eine solche Verordnung nur zu 0,15 Prozent, Männer zu 0,26 Prozent.

Tabelle 13: Verordnungsmengen in DDD und Anteil Versicherte mit Verordnung von bei Herzinfarkt eingesetzte Vasodilatoren (C01D)

Geschlecht	Jahr	DDD pro 100 Versicherten-jahre	DDD pro Versicherten mit Verordnung	Anteil Versicherte mit Verordnung
Gesamt	2015	28,5	75,9	0,25 %
Gesamt	2016	26,9	75,7	0,23 %
Gesamt	2017	26,0	75,8	0,23 %
Gesamt	2018	24,2	75,2	0,22 %
Gesamt	2019	23,1	75,3	0,21 %
Gesamt	2020	21,3	71,3	0,21 %
Männer	2015	39,5	83,8	0,32 %
Männer	2016	37,6	83,8	0,30 %
Männer	2017	36,5	83,1	0,30 %
Männer	2018	33,6	84,0	0,27 %
Männer	2019	31,9	81,4	0,27 %
Männer	2020	29,0	76,7	0,26 %
Frauen	2015	15,6	66,6	0,17 %
Frauen	2016	14,5	66,2	0,16 %
Frauen	2017	13,8	67,2	0,16 %
Frauen	2018	13,3	65,0	0,15 %
Frauen	2019	12,9	68,2	0,15 %
Frauen	2020	12,3	64,9	0,15 %
Veränderung				
Gesamt	2020/ 2015	-25 %	-6 %	-18 %
Männer	2020/ 2015	-26 %	-8 %	-20 %
Frauen	2020/ 2015	-21 %	-3 %	-14 %

Quelle: IGES nach Arzneimittelverordnungsdaten der DAK-Gesundheit 2015–2020

Diuretika

Diuretika werden hauptsächlich zur Therapie von Ödemen, Bluthochdruck und Herzinsuffizienz angewendet. Diuretika fördern ein vermehrtes Ausscheiden von Wasser und Salz. 2020 erhalten 0,69 Prozent der erwerbstätigen Männer eine solche Verordnung, dabei ist der Anteil seit 2015 sukzessive von 0,52 Prozent in 2015 gestiegen (Tabelle 14). Der entsprechende Anteil bei Frauen liegen im gesamten Betrachtungszeitraum noch deutlich darunter und zeigt praktisch keine Veränderung im Zeitverlauf.

Die Verordnungsmengen entwickeln sich bei Männern insgesamt leicht ansteigend bei Frauen tendenziell rückläufig.

Tabelle 14: Verordnungsmengen in DDD und Anteil Versicherte mit Verordnung von Diuretika (C03)

Geschlecht	Jahr	DDD pro 100 Versicherten-jahre	DDD pro Versicherten mit Verordnung	Anteil Versicherte mit Verordnung
Gesamt	2015	85,5	173,4	0,45 %
Gesamt	2016	87,8	177,7	0,46 %
Gesamt	2017	88,9	168,5	0,49 %
Gesamt	2018	90,7	175,0	0,50 %
Gesamt	2019	94,0	173,0	0,53 %
Gesamt	2020	96,6	176,4	0,54 %
Männer	2015	91,0	162,5	0,52 %
Männer	2016	95,7	162,3	0,55 %
Männer	2017	99,3	153,5	0,58 %
Männer	2018	104,7	166,5	0,61 %
Männer	2019	111,4	165,1	0,66 %
Männer	2020	117,2	168,9	0,69 %
Frauen	2015	79,1	186,0	0,37 %
Frauen	2016	78,7	195,6	0,37 %
Frauen	2017	76,7	186,1	0,37 %
Frauen	2018	74,4	184,9	0,37 %
Frauen	2019	73,5	182,3	0,38 %
Frauen	2020	72,4	185,2	0,37 %
Veränderung				
Gesamt	2020/ 2015	13 %	2 %	19 %
Männer	2020/ 2015	29 %	4 %	32 %
Frauen	2020/ 2015	-8 %	-0,4 %	-0,3 %

Quelle: IGES nach Arzneimittelverordnungsdaten der DAK-Gesundheit 2015–2020

Calciumkanalblocker

Calciumkanalblocker werden bei verschiedenen Herzerkrankungen wie z.B. Bluthochdruck, koronarer Herzkrankheit und Herzrhythmusstörungen eingesetzt. Insgesamt 3,54 Prozent aller Erwerbstätigen haben 2020 eine solche Verordnung erhalten, insgesamt wurden je 100 Versichertenjahre 1.381,5 Tagesdosen verordnet. Damit ist seit 2015 die verordnete Menge an Calciumkanalblocker um 21 Prozent gestiegen, was insbesondere auf den höheren Anteil an Versicherten mit einer Verordnung zurückzuführen ist (Tabelle 15).

Die prozentuale Zunahme der Verordnungsmengen und beim Anteil der Versicherten mit Verordnung, entwickelt sich bei Frauen und Männern gleich, wenn auch bei Frauen auf insgesamt deutlich niedrigerem Niveau. Die Verordnungsmenge in DDD bei Frauen liegt 46 Prozent unter der bei Männern.

Tabelle 15: Verordnungsmengen in DDD und Anteil Versicherte mit Verordnung von Calciumkanalblocker (C08)

Geschlecht	Jahr	DDD pro 100 Versicherten-jahre	DDD pro Versicherten mit Verordnung	Anteil Versicherte mit Verordnung
Gesamt	2015	1.146,0	317,7	3,05 %
Gesamt	2016	1.188,3	317,6	3,10 %
Gesamt	2017	1.213,6	318,0	3,21 %
Gesamt	2018	1.235,6	321,0	3,25 %
Gesamt	2019	1.314,6	320,4	3,45 %
Gesamt	2020	1.381,5	327,6	3,54 %
Männer	2015	1.466,9	353,0	3,66 %
Männer	2016	1.518,4	349,8	3,71 %
Männer	2017	1.554,9	351,9	3,84 %
Männer	2018	1.579,9	353,4	3,90 %
Männer	2019	1.673,0	352,0	4,10 %
Männer	2020	1.757,1	362,5	4,22 %
Frauen	2015	770,5	276,3	2,34 %
Frauen	2016	802,0	280,0	2,39 %
Frauen	2017	814,0	278,3	2,47 %
Frauen	2018	832,5	283,0	2,50 %
Frauen	2019	895,2	283,4	2,69 %
Frauen	2020	941,9	286,7	2,76 %
Veränderung				
Gesamt	2020/ 2015	21 %	3 %	16 %
Männer	2020/ 2015	20 %	3 %	15 %
Frauen	2020/ 2015	22 %	4 %	18 %

Quelle: IGES nach Arzneimittelverordnungsdaten der DAK-Gesundheit 2015–2020

4.6 Zusammenfassung

Das Erkrankungsgeschehen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielt sich überwiegend im Alter nach dem Erwerbsleben ab. Insbesondere jüngere Erwerbstätige sind nur in Ausnahmefällen vom Herzinfarkt, dem Schlaganfall oder der koronaren Herzerkrankung betroffen. In allen Altersgruppen von 18- bis 65 Jahren sind 0,09 Prozent der Frauen und 0,34 Prozent der Männer im Jahr 2020 wegen einer KHK im Krankenhaus behandelt worden.

Das Erkrankungsgeschehen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielt sich überwiegend im Alter nach dem Erwerbsleben ab

In den höheren Altersgruppen sind jedoch auch Erwerbstätige von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen. Beispiel: 55- bis 60-jährige Männer – fast 1 Prozent hat pro Jahr einen Krankenhausaufenthalt wegen einer koronaren Herzerkrankung, knapp 8 Prozent sind in ambulanter Behandlung. Unter den 60- bis 64-jährigen Männern sind 1,4 Prozent pro Jahr im Krankenhaus und über 12 Prozent wegen einer koronaren Herzerkrankung in ambulanter Behandlung. (beide Angaben beziehen sich auf das Jahr 2020).

Von 2015 bis 2020 geht der Anteil der Beschäftigten mit einem Krankenhausaufenthalt wegen einer KHK zurück. Dieser Rückgang ist vor allem auf die Abnahme der Krankheitsfälle mit der Hauptdiagnose KHK bei Männern zurückzuführen. Auch die Quote der ambulant Behandelten geht im betrachteten Zeitraum zurück, auch hier weit überwiegend bei den Männern.

Die Herzinfarktinzidenzen und die der koronaren Herzkrankheit zeigen deutliche soziale Unterschiede. Diese stellen sich auch bei Erwerbstätigen deutlich dar. Einen Krankheitsfall wegen einer koronaren Herzkrankheit, eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls erleiden 0,3 Prozent der männlichen Beschäftigten mit dem höchsten von vier Tätigkeitsniveaus („Experte“) pro Jahr (Beispieljahr 2020), aber 0,41 Prozent der Beschäftigten mit dem niedrigsten Tätigkeitsniveau („Helfer“). Unter den Frauen ist dieser soziale Gradient noch deutlich stärker: 0,06 Prozent der Frauen auf dem höchsten, aber 0,13 Prozent auf dem niedrigsten Tätigkeitsniveau erleiden pro Jahr einen Krankheitsfall wegen der genannten Diagnosen.

Die Risikofaktoren der koronaren Herzerkrankung und des Herzinfarkts sind unter Erwerbstätigen weit verbreitet: Von Bluthochdruck sind 18 Prozent der Frauen und 27 Prozent der Männer betroffen; von Adipositas 22 Prozent der Frauen und 26 Prozent der Männer. Mehr als ein Fünftel der Frauen und Männer raucht gelegentlich oder täglich. Knapp 6 Prozent der Beschäftigten haben einen diagnostizierten Diabetes, 12 Prozent eine Fettstoffwechselstörung.

Mindestens einen dieser fünf Risikofaktoren tragen 55 Prozent der Beschäftigten; 22 Prozent sogar mindestens zwei. Insbesondere ältere Beschäftigtengruppen weisen typischerweise mehrere der Risikofaktoren kombiniert auf: Die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen hat zu etwa einem Drittel mindestens zwei Risikofaktoren, die Beschäftigten ab 60 Jahren zu 37 Prozent.

Psychischen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommt immer mehr Aufmerksamkeit zu. Insbesondere Depressionen, Angststörungen und die sogenannte Gratifikationskrise erhöhen wahrscheinlich das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Bei der Gratifikationskrise handelt es sich um eine Form arbeitsbezogenen Stresses, der aus einem Missverhältnis zwischen Verausgabung im Beruf und der dafür erhaltenen „Belohnung“ in Form von Gehalt, Anerkennung, Arbeitsplatzsicherheit und Aufstiegsmöglichkeiten besteht.

13 Prozent der Frauen und 8 Prozent der Männer haben den Angaben der Beschäftigtenbefragung zu Folge eine ärztlich diagnostizierte Depression, die auch in den letzten 12 Monaten fortbestand; 7 Prozent der Frauen und 4 Prozent der Männer eine Angst- oder Panikstörung. Unter einer Gratifikationskrise leiden zum Zeitpunkt der Befragung (Januar 2022) 10 Prozent der Frauen und 8 Prozent der Männer.

Unter mindestens einem der genannten psychischen Faktoren leidet knapp jeder fünfte Beschäftigte (19 Prozent), 22 Prozent der Frauen und 16 Prozent der Männer.

Psychische Risikofaktoren treten häufig in Kombination mit den bekannten körperlichen und verhaltensbezogenen Risikofaktoren auf. Beschäftigte, die einen oder mehrere der genannten psychischen Risikofaktoren aufweisen, haben auch häufiger Bluthochdruck, eine Fettstoffwechselstörung, Adipositas und Diabetes und Rauchen zu höheren Anteilen.

Zu den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention, die Beschäftigte in Anspruch nehmen können, gehören die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), verhaltenspräventive Angebote der Krankenkassen mit den Themen Bewegung, Ernährung, Stress und Sucht sowie die Gesundheitsuntersuchung („Check-up“), die alle Versicherten von 18 bis 35 Jahren ein Mal, Versicherte ab dem Alter von 35 alle drei Jahre in Anspruch nehmen können.

Nicht alle Beschäftigten haben Zugang zur BGF: Nur 39 Prozent der Frauen und 48 Prozent der Männer geben an, dass ihr Arbeitgeber in den letzten zwei Jahren Angebote der BGF unterbreitet hat. 42 Prozent der Frauen und ebenso viele Männer, in deren Betrieb es solche Angebote gab, nahmen an wenigstens einem Angebot teil.

Beschäftigte haben umso eher Zugang zur betrieblichen Gesundheitsförderung, je höher ihr beruflicher Abschluss ist. 53 Prozent der Beschäftigten mit Hochschulabschluss, aber nur 38 Prozent mit einer Ausbildung oder Lehre, und nur 21 Prozent der

Beschäftigten ohne berufsbildenden Abschluss haben Zugang zur BGF.

An Präventionsangeboten der Krankenkassen nahmen 20 Prozent der Frauen und 11 Prozent der Männer innerhalb der letzten zwei Jahre teil. Die höchsten Teilnahmequoten erzielten Angebote zu Bewegung und Fitness und – unter Frauen – Angebote zur Stressbewältigung und Entspannung.

Die Gesundheitsuntersuchung („Check-up“) nahmen innerhalb der letzten drei Jahre zwischen 50 und 60 Prozent der Frauen im Alter ab 40 und zwischen 39 und 49 Prozent der Männer in dieser Altersgruppe in Anspruch. Vielen ist der Check-up unbekannt.

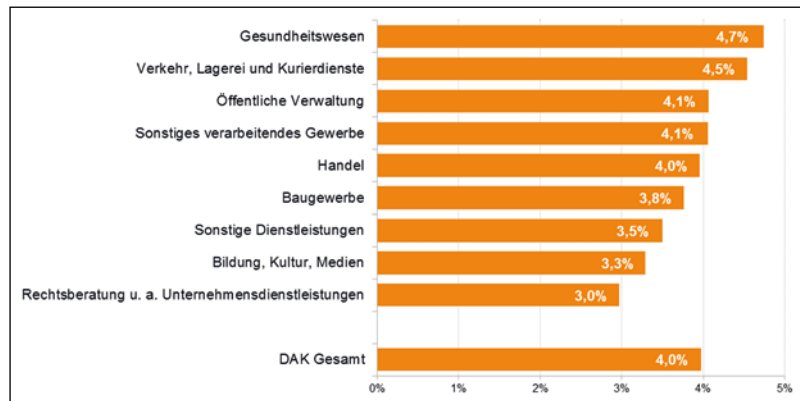
5. Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von Mitgliedern der DAK-Gesundheit

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.¹⁶

Im Folgenden wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zunächst in den neun Wirtschaftsgruppen, in denen besonders viele Mitglieder der DAK-Gesundheit beschäftigt sind, etwas detaillierter betrachtet (vgl. Abbildung 114). Abbildung 115 geht auf die übrigen Wirtschaftsgruppen ein.

Abbildung 114: Krankenstandswerte 2021 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

Branche „Gesundheitswesen“ an der Spitze

Die Branche „Gesundheitswesen“ und lag mit einem Krankenstandswert von 4,7 Prozent an der Spitze und somit eindeutig über dem Durchschnitt aller Branchen. Die Branchen „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ mit 4,5 Prozent sowie „Öffentliche Verwaltung“ und „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ folgen mit einem Krankenstand von jeweils 4,1 Prozent auf den Plätzen drei und vier. Unter dem Durchschnitt lagen die Branchen „Baugewerbe“ mit 3,8 Prozent, „Sonstige Dienstleistungen“ mit 3,5 Prozent, „Bildung, Kultur, Medien“ mit 3,3 Prozent sowie „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ mit 3,0 Prozent.

¹⁶ Für die Auswertungen im Rahmen der DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüsselssystematik leicht verändert, um einige für die DAK-Gesundheit besonders charakteristische Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können.

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

- Verantwortlich für die hohen Ausfallzeiten in der Branche „Gesundheitswesen“ ist vor allem die erhöhte Falldauer von durchschnittlich 15,5 Tagen. Auch die Fallhäufigkeit war mit 111,4 Fällen pro 100 VJ gegenüber dem Gesamtdurchschnitt (102,8 Fälle pro 100 VJ) erhöht.

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

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

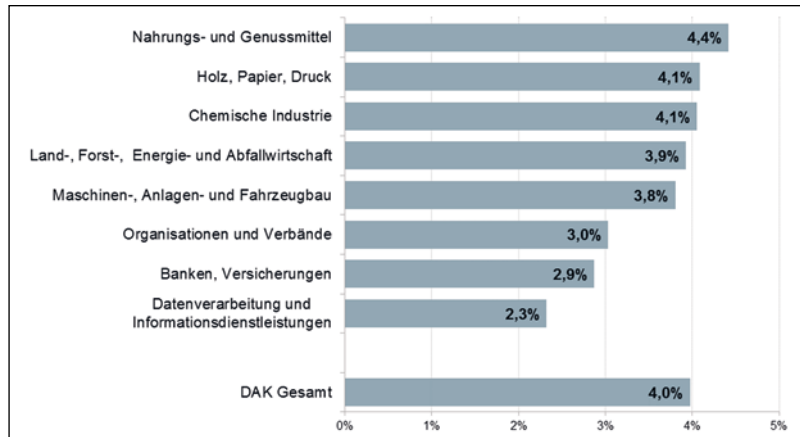
Wesentliche Ergebnisse sind, dass Pflegende noch immer überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen sind. Dabei spielen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen eine besonders wichtige Rolle. Beide Krankheitsarten stehen häufig im Zusammenhang mit Belastungen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

Die hohen Ausfallzeiten im „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ sind auf eine überdurchschnittliche Falldauer zurückzuführen: Je 100 ganzjährig Versicherter konnten 2021 108,7 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 15,3 Tage dauerten.

Der niedrige Krankenstand in den Branchen „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ lässt sich zurückführen auf eine unterdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit sowie eine niedrigere Erkrankungsdauer:

- 100 ganzjährig Beschäftigte im Wirtschaftszweig „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ waren 2021 nur 90,8 Mal arbeitsunfähig erkrankt. Eine Erkrankung dauerte hier im Durchschnitt nur 11,9 Tage.

Abbildung 115: Krankenstandswerte 2021 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

Abbildung 115 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“, unter dem DAK-Gesundheit-Durchschnitt liegende Krankenstandswerte aufweisen.

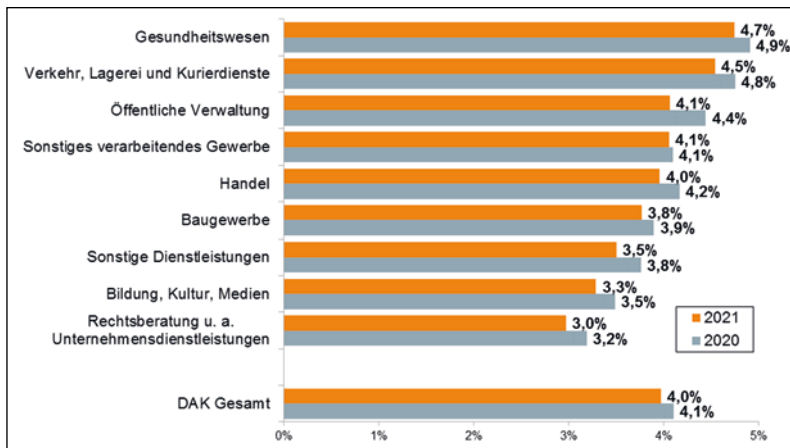
Bereits in den Vorjahresberichten wurde darauf hingewiesen, dass Mitglieder der DAK-Gesundheit in diesen Branchen aufgrund der Historie der DAK-Gesundheit als Angestellten-Krankenkasse hier vermutlich überwiegend nicht in den gewerblichen Bereichen, sondern in den gesundheitlich weniger belastenden Verwaltungs-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

Einen besonders niedrigen Wert erzielte die Branche „Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen“, die über alle Branchen hinweg den niedrigsten Krankenstand aufweist.

In Abbildung 116 und Abbildung 117 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der Jahre 2020 und 2021 vergleichend gegenübergestellt.

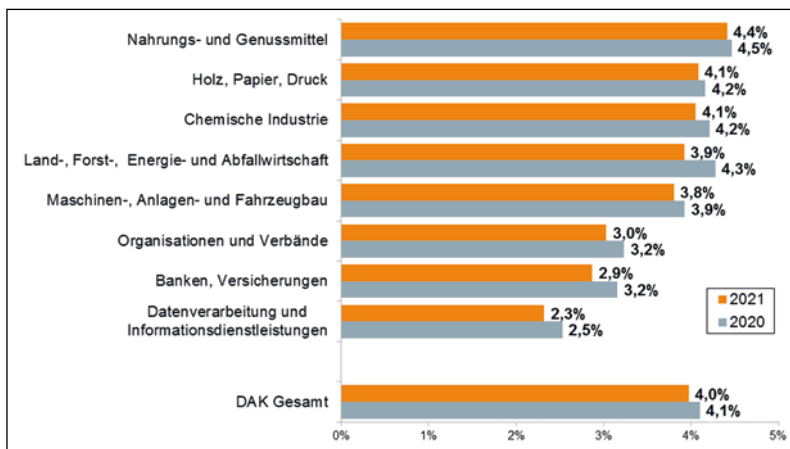
Es zeigt sich, dass die Krankenstände in allen Wirtschaftsgruppen um 0,1 bis 0,4 Prozentpunkte gefallen sind.

Abbildung 116: Krankenstandswerte 2020–2021 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021, 2020

Abbildung 117: Krankenstandswerte 2020–2021 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021, 2020

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 16 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2021.

Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2021

Bundesland	Krankenstand	pro 100 Versichertenjahre		
		AU-Tage	AU-Fälle	Ø Falldauer
Baden-Württemberg	3,3 %	1.193,3	90,7	13,2
Bayern	3,6 %	1.321,6	95,9	13,8
Berlin*	3,9 %	1.426,1	95,5	14,9
Bremen	3,8 %	1.385,4	97,3	14,2
Hamburg	3,5 %	1.288,8	85,9	15,0
Hessen	4,0 %	1.448,3	106,7	13,6
Niedersachsen	4,0 %	1.456,7	103,2	14,1
Nordrhein-Westfalen	3,9 %	1.431,7	100,1	14,3
Rheinland-Pfalz	4,2 %	1.536,4	105,1	14,6
Saarland	4,7 %	1.726,2	108,0	16,0
Schleswig-Holstein	4,0 %	1.456,9	107,4	13,6
Westliche Bundesländer	3,8 %	1.392,9	99,5	14,0
Brandenburg	5,1 %	1.872,2	126,1	14,8
Mecklenburg-Vorpommern	4,9 %	1.788,4	124,1	14,4
Sachsen	4,5 %	1.642,4	119,3	13,8
Sachsen-Anhalt	5,3 %	1.916,7	133,6	14,3
Thringen	5,1 %	1.863,4	134,2	13,9
Östliche Bundesländer	5,0 %	1.824,9	127,0	14,4
Gesamt	4,0 %	1.450,0	102,8	14,1

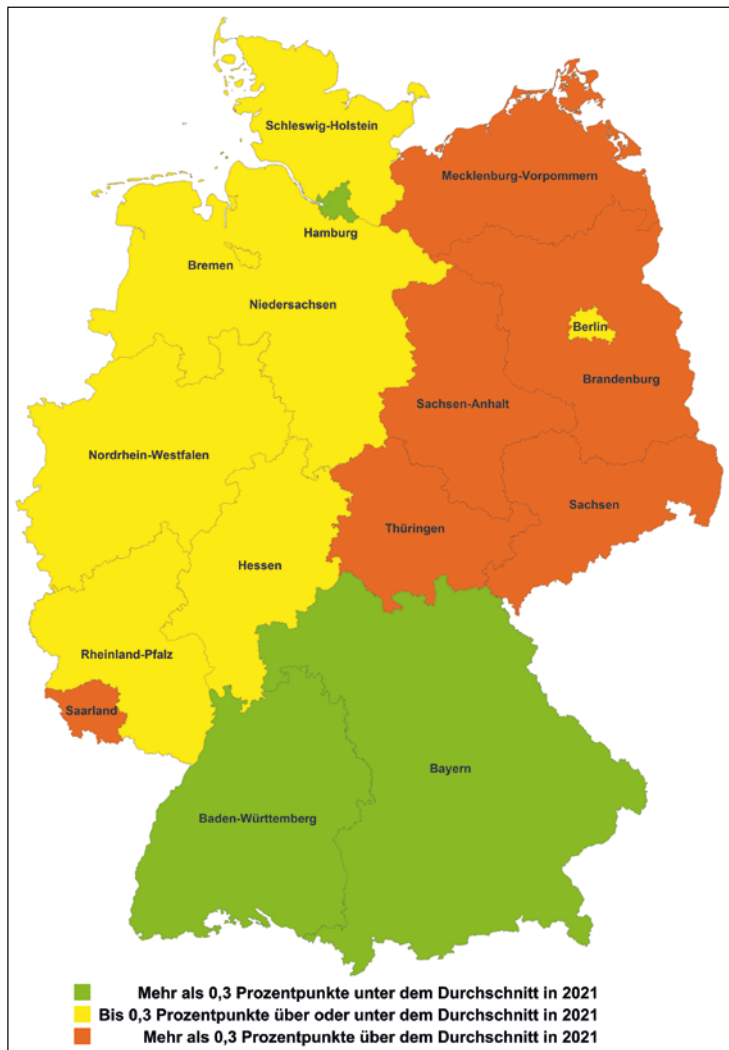
Quelle: AU Daten der DAK-Gesundheit 2021

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

Hinter dem Gesamtkrankenstand von 4,0 Prozent verbergen sich regionale Unterschiede: Wie auch in den Vorjahren sind 2021 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 118). Das 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. Die rot eingefärbten Länder erzielen 2021 Krankenstände deutlich über dem Bundesdurchschnitt und die gelb eingefärbten Länder Werte um den Bundesdurchschnitt.

Regionale Unterschiede bestehen auch im Jahr 2021 fort

Abbildung 118: Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Gesundheit Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

Günstigste Krankenstandswerte neben Baden-Württemberg auch in Hamburg und in Bayern

Günstigster Krankenstand in Baden-Württemberg

Den mit sichtbarem Abstand günstigsten Krankenstand von 3,3 Prozent verzeichnet Baden-Württemberg. Einen ebenfalls niedrigen Krankenstand in Höhe von 3,5 Prozent verzeichnet Hamburg. Dahinter folgt das Bundesland Bayern mit einem ebenfalls deutlich unterdurchschnittlichen Krankenstand in Höhe von 3,6 Prozent. Hamburg ist damit wiederholt auf dem zweiten Platz vor Bayern.

Westliche Bundesländer liegen um den Durchschnitt

Mit Ausnahme der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg und dem Saarland weichen die übrigen westlichen Bundesländer inklusive Berlin nicht mehr als 0,2 Prozentpunkte vom Bundesdurchschnitt ab. Knapp über dem Durchschnitt liegt Rheinland-Pfalz.

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 4,5 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 noch deutlicher über dem Durchschnitt. Sachsen-Anhalt lag mit einem Krankenstand von 5,3 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 90,7 (Baden-Württemberg) und 108,0 (Saarland) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 119,3 (Sachsen) und 134,2 (Thüringen) auf. Die Falldauer bewegt sich zwischen 13,2 Tagen in Baden-Württemberg und 16,0 Tagen im Saarland.

Entwicklung des Krankenstandes 2020–2021

Rückgang des Krankenstands in fast allen Bundesländern

Abbildung 119 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2021 im Vergleich zum Vorjahr. Ein Rückgang der Krankenstandswerte um 0,1 bis 0,3 Prozentpunkte ist in den meisten Bundesländern zu beobachten.

Westliche Bundesländer

In den westlichen Bundesländern verzeichnen Bremen, das Saarland und Berlin den größten Rückgang des Krankenstandes um 0,3 Prozentpunkte. In den restlichen westlichen Bundesländern ist der Wert in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz mit einem Rückgang um 0,2 Prozentpunkte ebenfalls stark gesunken.

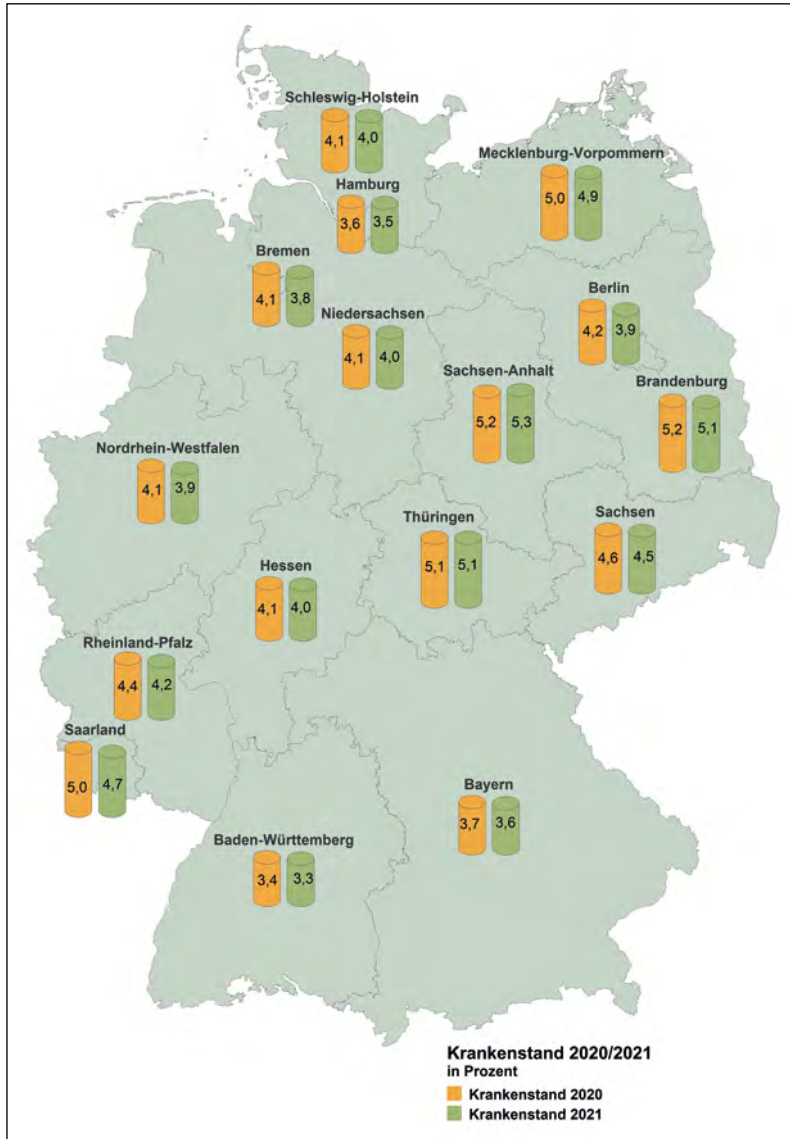
Östliche Bundesländer

Bei den meisten östlichen Bundesländern ist ein Rückgang des Krankenstands um 0,1 Prozent zu beobachten. In Thüringen blieb der Krankenstand unverändert. Sachsen-Anhalt verzeichnet mit 0,1 Prozentpunkten den einzigen Anstieg aller Bundesländer.

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2020 und 2021 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A1 und A2 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

Übersichtstabellen im Anhang

Abbildung 119: Krankenstandswerte der Jahre 2020 und 2021 nach Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020–2021

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.

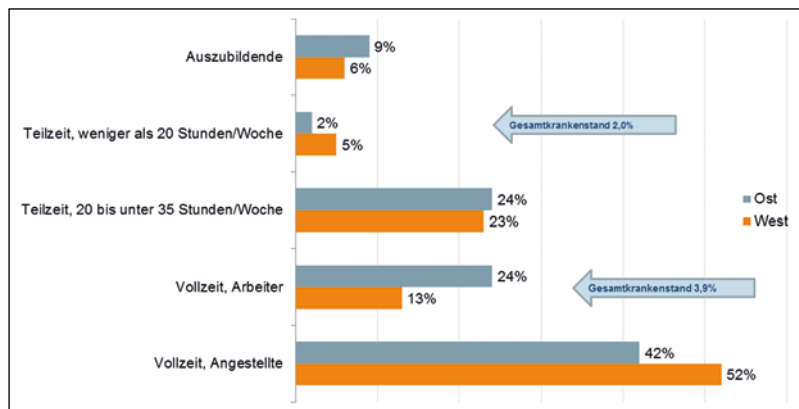
Um herauszufinden, was diesen Unterschied begründet, hat die DAK-Gesundheit im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt werden. Als zentrale Erkenntnisse dieser Kurzstudie sind hervorzuheben:

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 120 zeigt, sind im Osten gewerbliche Arbeitnehmer über- und Teilzeitkräfte mit einem Beschäftigungsumfang von weniger als 20 Wochenstunden unterrepräsentiert.

Abbildung 120: Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2006

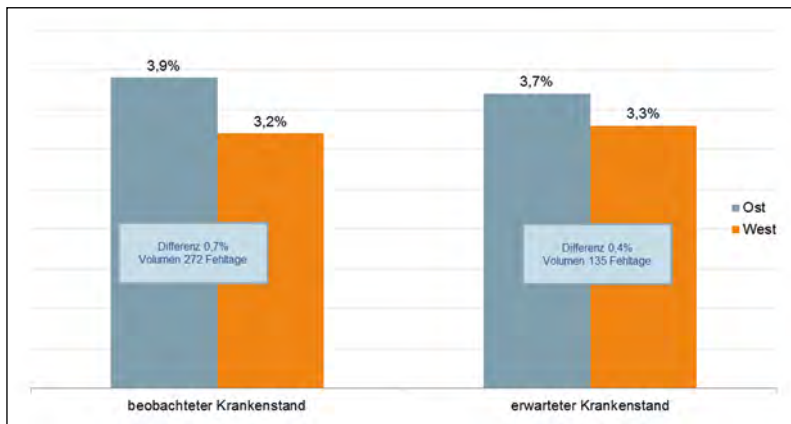
Für Arbeiter ist im Vergleich zu den Teilzeitbeschäftigten oder auch Angestellten ein überdurchschnittlich hoher Krankenstand in Höhe von 4,0 Prozent kennzeichnend, was sich aufgrund ihres höheren Anteils unter den Versicherten der DAK-Gesundheit in Ostdeutschland steigernd auf den Krankenstand Ost im Vergleich zum Krankenstand West auswirkt.

Neben den strukturellen Unterschieden in Bezug auf das Merkmal berufliche Stellung ergaben die AU-Analysen, dass die höheren

Krankenstände im Rechtskreis Ost zu einem weiteren Teil auch auf ungünstigere Wirtschaftsstrukturen zurückzuführen sind, wenn die Verteilung der Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen in die Analyse miteinbezogen werden. In den östlichen Bundesländern arbeitet ein größerer Anteil der Mitglieder in Branchen, die allgemein ein höherer Krankenstand kennzeichnet.

Die folgende Abbildung 121 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 121: 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 Krankenstands Differenz 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 Krankenstands Differenz auf eine stärkere Unter erfassung 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.

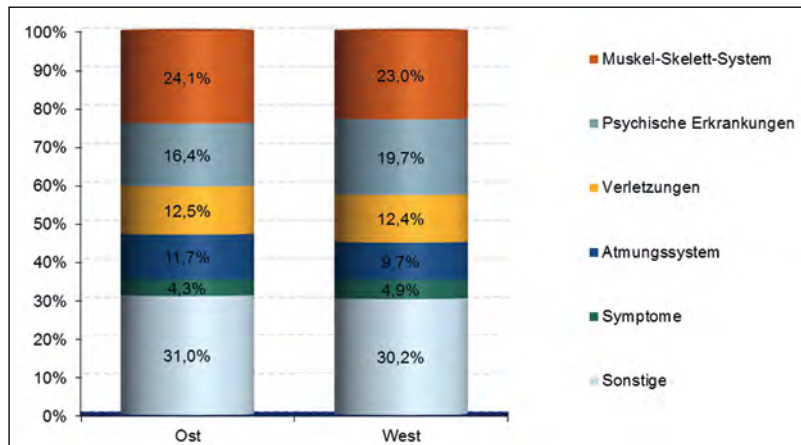
Korrigiert man nun die beobachteten Krankenstandswerte rechnerisch um die untererfassten AU-Fälle, so nähern sich die beobachteten Krankenstandswerte weiter an.

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-Kreislauf-Erkrankungen 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 122 zeigt die Anteile am Krankenstand 2021 der fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 122: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021

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 Verletzungen und Erkrankungen des Atmungssystems. Einen höheren Anteil am Kran-

kenstand als in Ostdeutschland haben dagegen psychische Erkrankungen und Symptome.

Der Anteil an psychischen Erkrankungen lag in den westlichen Bundesländern über dem Wert der östlichen Bundesländer (19,7 Prozent gegenüber 12,5 Prozent Anteil am Krankenstand insgesamt).

Insgesamt sind die Unterschiede im Erkrankungsspektrum zwischen den Rechtskreisen sehr gering.

7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mit dem Gesundheitsreport 2022 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 2021 wird folgende Bilanz gezogen:

- Gesamtkrankenstand leicht gesunken**
- Der Krankenstand lag bei 4,0 Prozent. Nach dem der Krankenstand schon in 2020 gegenüber dem Vorjahr leicht fiel, sank der Wert für das Jahr 2021 erneut um 0,1 Prozentpunkte.

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.

- Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert deutlicheren Anstieg des Krankenstandes**
- 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.

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:

- Rückgang der Fehltage wegen Atemwegserkrankungen**
- Die Auffälligste Entwicklung im zweiten Jahr der Corona-Pandemie ist der Rückgang der Fehltage aufgrund von Atemwegserkrankungen um etwa ein Drittel.
 - Fehltage wegen einer Corona-Erkrankung fallen 2021 noch wenig ins Gewicht, als Einzeldiagnose ist sie aber schon unter den zehn wichtigsten Einzeldiagnosen zu finden.
- Anstieg bei psychischen Erkrankungen**
- Wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf der Ebene von Krankheitsarten betrachtet, zeigt sich im Vorjahresvergleich, dass

Fehltage aufgrund von psychischen Erkrankungen erneut gestiegen sind.

- 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 2022 für das Berichtsjahr 2021 zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten.

2021 lag die Branche Gesundheitswesen an der Spitze und verzeichnete den höchsten Krankenstand.

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 4.6.

Strukturelle Aspekte, Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen

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 2021 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 Fehltag – 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 sogenannte 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. Auf der Ebene der Ersatzkassen und ihrer Verbände wurde im Juni 2013 festgelegt, dass die Grundlage für das Standardisierungsverfahren die Erwerbsbevölkerung von 2010 sein soll.

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

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

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 2020 und 2021 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 2021	154
Tabelle A2:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2020	155
Tabelle A3:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2021	156
Tabelle A4:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2020	157
Tabelle A5:	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2021	158
Tabelle A6:	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2021	159
Tabelle A7:	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1) 2021.	160
Tabelle A8:	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2) 2021.	161
Tabelle A9:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2021	162
Tabelle A10:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2020	163
Tabelle A11:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 1) 2021	164
Tabelle A12:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 2) 2021	165

Tabelle A13: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 3) 2021	166
Tabelle A14: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 4) 2021	167

Tabelle A1: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2021

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,3 %	1.193,3	90,7	13,2
Bayern	3,6 %	1.321,6	95,9	13,8
Berlin*	3,9 %	1.426,1	95,5	14,9
Bremen	3,8 %	1.385,4	97,3	14,2
Hamburg	3,5 %	1.288,8	85,9	15,0
Hessen	4,0 %	1.448,3	106,7	13,6
Niedersachsen	4,0 %	1.456,7	103,2	14,1
Nordrhein-Westfalen	3,9 %	1.431,7	100,1	14,3
Rheinland-Pfalz	4,2 %	1.536,4	105,1	14,6
Saarland	4,7 %	1.726,2	108,0	16,0
Schleswig-Holstein	4,0 %	1.456,9	107,4	13,6
Westliche Bundesländer	3,8 %	1.392,9	99,5	14,0
Brandenburg	5,1 %	1.872,2	126,1	14,8
Mecklenburg-Vorpommern	4,9 %	1.788,4	124,1	14,4
Sachsen	4,5 %	1.642,4	119,3	13,8
Sachsen-Anhalt	5,3 %	1.916,7	133,6	14,3
Thüringen	5,1 %	1.863,4	134,2	13,9
Östliche Bundesländer	5,0 %	1.824,9	127,0	14,4
DAK Gesamt	4,0 %	1.450,0	102,8	14,1

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A2: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2020

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,4 %	1.259,7	94,0	13,4
Bayern	3,7 %	1.367,3	97,5	14,0
Berlin*	4,2 %	1.542,8	102,4	15,1
Bremen	4,1 %	1.504,5	99,6	15,1
Hamburg	3,6 %	1.305,2	90,6	14,4
Hessen	4,1 %	1.500,1	107,9	13,9
Niedersachsen	4,1 %	1.495,2	103,3	14,5
Nordrhein-Westfalen	4,1 %	1.490,8	101,6	14,7
Rheinland-Pfalz	4,4 %	1.599,2	107,2	14,9
Saarland	5,0 %	1.813,5	110,1	16,5
Schleswig-Holstein	4,1 %	1.499,5	108,6	13,8
Westliche Bundesländer	4,0 %	1.448,5	101,4	14,3
Brandenburg	5,2 %	1.893,2	127,9	14,8
Mecklenburg-Vorpommern	5,0 %	1.821,1	123,6	14,7
Sachsen	4,6 %	1.693,4	120,3	14,1
Sachsen-Anhalt	5,2 %	1.920,7	133,6	14,4
Thüringen	5,1 %	1.861,8	130,3	14,3
Östliche Bundesländer	5,0 %	1.846,4	127,1	14,5
DAK Gesamt	4,1 %	1.502,0	104,6	14,4

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A3: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2021

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU- Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krank- heiten	Gesamt	50,3	8,3	6,1	3,5 %
		Männer	48,2	8,1	5,9	3,6 %
		Frauen	52,7	8,5	6,2	3,4 %
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	65,3	1,5	42,2	4,5 %
		Männer	46,1	1,3	36,3	3,4 %
		Frauen	87,8	1,9	46,9	5,6 %
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	275,9	7,0	39,2	19,0 %
		Männer	210,9	5,3	39,7	15,6 %
		Frauen	351,9	9,1	38,8	22,5 %
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	63,8	5,6	11,5	4,4 %
		Männer	56,9	4,7	12,0	4,2 %
		Frauen	71,9	6,5	11,0	4,6 %
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	59,8	2,5	24,0	4,1 %
		Männer	73,4	2,6	27,9	5,4 %
		Frauen	43,8	2,3	18,8	2,8 %
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	146,3	20,7	7,1	10,1 %
		Männer	130,5	18,6	7,0	9,6 %
		Frauen	164,8	23,3	7,1	10,5 %
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	66,4	9,5	7,0	4,6 %
		Männer	68,8	9,5	7,3	5,1 %
		Frauen	63,6	9,5	6,7	4,1 %
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	336,8	17,3	19,5	23,2 %
		Männer	347,3	19,1	18,2	25,7 %
		Frauen	324,6	15,2	21,3	20,8 %
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	70,6	9,4	7,5	4,9 %
		Männer	60,3	8,2	7,4	4,5 %
		Frauen	82,6	10,7	7,7	5,3 %
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	180,1	10,0	18,0	12,4 %
		Männer	202,4	10,8	18,7	15,0 %
		Frauen	154,0	9,0	17,1	9,9 %
Gesamt		Gesamt	1.450,0	102,8	14,1	100,0 %
		Männer	1.353,1	96,7	14,0	100,0 %
		Frauen	1.563,5	110,0	14,2	100,0 %

Tabelle A4: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2020

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krank- heiten	Gesamt	65,1	9,9	6,6	4,3 %
		Männer	61,4	9,5	6,4	4,4 %
		Frauen	69,3	10,4	6,7	4,3 %
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	66,2	1,6	42,4	4,4 %
		Männer	48,0	1,3	36,6	3,4 %
		Frauen	87,5	1,9	47,2	5,4 %
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	264,6	6,8	38,8	17,6 %
		Männer	202,0	5,1	39,5	14,5 %
		Frauen	337,9	8,8	38,3	20,7 %
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	65,8	5,6	11,8	4,4 %
		Männer	58,5	4,7	12,5	4,2 %
		Frauen	74,4	6,6	11,2	4,6 %
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	59,4	2,5	23,9	4,0 %
		Männer	72,7	2,6	27,9	5,2 %
		Frauen	43,8	2,3	18,7	2,7 %
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	212,6	27,1	7,8	14,2 %
		Männer	184,8	23,8	7,8	13,3 %
		Frauen	245,1	31,0	7,9	15,0 %
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	70,2	9,9	7,1	4,7 %
		Männer	73,1	9,8	7,5	5,2 %
		Frauen	66,8	10,0	6,7	4,1 %
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	331,5	16,5	20,1	22,1 %
		Männer	340,5	17,9	19,0	24,4 %
		Frauen	320,9	14,9	21,6	19,7 %
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	66,7	8,0	8,4	4,4 %
		Männer	56,2	6,8	8,3	4,0 %
		Frauen	79,0	9,4	8,4	4,8 %
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	174,4	7,5	23,2	11,6 %
		Männer	198,6	8,5	23,4	14,3 %
		Frauen	146,1	6,4	22,9	9,0 %
Gesamt		Gesamt	1.502,0	104,6	14,4	100,0 %
		Männer	1.393,3	96,4	14,5	100,0 %
		Frauen	1.629,2	114,2	14,3	100,0 %

Tabelle A5: Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2021

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU- Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	48,2	8,2	5,9	3,5 %
		Männer	46,7	8,0	5,8	3,6 %
		Frauen	50,0	8,3	6,0	3,3 %
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	63,7	1,5	42,8	4,6 %
		Männer	44,6	1,2	36,2	3,4 %
		Frauen	86,1	1,8	48,0	5,8 %
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	274,3	6,8	40,2	19,7 %
		Männer	216,4	5,3	41,1	16,6 %
		Frauen	342,0	8,6	39,5	22,9 %
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	61,6	5,4	11,5	4,4 %
		Männer	54,9	4,6	11,9	4,2 %
		Frauen	69,4	6,2	11,1	4,6 %
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	56,4	2,3	24,1	4,0 %
		Männer	69,4	2,5	27,9	5,3 %
		Frauen	41,1	2,2	19,1	2,7 %
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	135,8	19,9	6,8	9,7 %
		Männer	122,3	18,0	6,8	9,4 %
		Frauen	151,6	22,1	6,9	10,1 %
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	62,3	8,9	7,0	4,5 %
		Männer	65,0	9,0	7,3	5,0 %
		Frauen	59,2	8,8	6,7	4,0 %
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	320,5	16,7	19,2	23,0 %
		Männer	330,5	18,6	17,8	25,3 %
		Frauen	308,9	14,6	21,2	20,7 %
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	68,9	9,2	7,4	4,9 %
		Männer	59,4	8,2	7,3	4,5 %
		Frauen	79,9	10,5	7,6	5,3 %
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	172,4	9,9	17,3	12,4 %
		Männer	191,4	10,7	17,8	14,7 %
		Frauen	150,1	9,0	16,6	10,0 %
Gesamt		Gesamt	1.392,9	99,5	14,0	100,0 %
		Männer	1.305,5	94,3	13,9	100,0 %
		Frauen	1.495,1	105,6	14,2	100,0 %

Tabelle A6: Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2021

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	65,8	9,7	6,8	3,6 %
		Männer	61,2	9,2	6,6	3,4 %
		Frauen	71,1	10,2	6,9	3,9 %
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	75,9	2,0	38,7	4,2 %
		Männer	56,2	1,6	34,8	3,1 %
		Frauen	98,9	2,4	41,8	5,4 %
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	300,2	8,8	34,2	16,4 %
		Männer	195,8	6,1	32,3	10,7 %
		Frauen	422,3	12,0	35,3	23,1 %
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	76,3	6,9	11,0	4,2 %
		Männer	67,4	5,7	11,7	3,7 %
		Frauen	86,7	8,3	10,4	4,8 %
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	80,5	3,5	22,7	4,4 %
		Männer	97,6	3,6	27,0	5,3 %
		Frauen	60,5	3,5	17,4	3,3 %
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	214,4	27,0	7,9	11,7 %
		Männer	184,7	23,4	7,9	10,1 %
		Frauen	249,1	31,2	8,0	13,6 %
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	93,0	13,6	6,8	5,1 %
		Männer	93,8	13,3	7,1	5,1 %
		Frauen	92,1	14,1	6,5	5,0 %
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	439,1	21,3	20,6	24,1 %
		Männer	454,7	23,1	19,7	24,9 %
		Frauen	420,7	19,2	21,9	23,1 %
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	77,7	10,0	7,8	4,3 %
		Männer	60,9	8,3	7,3	3,3 %
		Frauen	97,3	12,0	8,1	5,3 %
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	227,6	10,6	21,5	12,5 %
		Männer	268,8	12,0	22,4	14,7 %
		Frauen	179,5	8,9	20,1	9,8 %
Gesamt		Gesamt	1824,9	127,0	14,4	100,0 %
		Männer	1674,0	116,4	14,4	100,0 %
		Frauen	2001,5	139,5	14,4	100,0 %

Tabelle A7: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1) 2021

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
M54	Rückenschmerzen	Gesamt	94,5	7,1	13,3	6,5 %
		Männer	102,6	8,2	12,5	7,6 %
		Frauen	85,1	5,8	14,6	5,4 %
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	Gesamt	84,0	13,0	6,5	5,8 %
		Männer	74,7	11,8	6,3	5,5 %
		Frauen	94,8	14,4	6,6	6,1 %
F32	Depressive Episode	Gesamt	78,6	1,3	60,6	5,4 %
		Männer	61,4	1,0	60,9	4,5 %
		Frauen	98,7	1,6	60,4	6,3 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Gesamt	68,6	2,5	27,5	4,7 %
		Männer	47,0	1,7	27,8	3,5 %
		Frauen	93,8	3,4	27,4	6,0 %
F48	Andere neurotische Störungen	Gesamt	31,1	1,1	28,2	2,1 %
		Männer	22,4	0,8	29,4	1,7 %
		Frauen	41,3	1,5	27,6	2,6 %
F33	Rezidivierende depressive Störung	Gesamt	29,6	0,4	76,9	2,0 %
		Männer	21,9	0,3	75,7	1,6 %
		Frauen	38,6	0,5	77,7	2,5 %
M75	Schulterläsionen	Gesamt	27,3	0,7	36,4	1,9 %
		Männer	28,5	0,8	35,5	2,1 %
		Frauen	25,8	0,7	37,6	1,7 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	Gesamt	26,1	0,6	40,4	1,8 %
		Männer	27,4	0,7	38,7	2,0 %
		Frauen	24,5	0,6	43,0	1,6 %
U07	Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07.-	Gesamt	22,7	1,6	14,5	1,6 %
		Männer	19,9	1,4	14,0	1,5 %
		Frauen	26,0	1,7	15,0	1,7 %
F41	Andere Angststörungen	Gesamt	21,4	0,4	51,0	1,5 %
		Männer	16,2	0,3	51,6	1,2 %
		Frauen	27,5	0,5	50,6	1,8 %

Tabelle A8: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2) 2021

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	Gesamt	19,9	1,1	17,5	1,4 %
		Männer	22,1	1,4	16,3	1,6 %
		Frauen	17,4	0,9	19,5	1,1 %
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	Gesamt	19,2	4,3	4,5	1,3 %
		Männer	19,4	4,4	4,4	1,4 %
		Frauen	19,1	4,2	4,6	1,2 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	Gesamt	19,1	0,5	36,1	1,3 %
		Männer	21,3	0,6	34,1	1,6 %
		Frauen	16,7	0,4	39,4	1,1 %
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	Gesamt	17,4	0,1	124,1	1,2 %
		Männer	0,0	0,0	56,2	0,0 %
		Frauen	37,7	0,3	124,2	2,4 %
F45	Somatoforme Störungen	Gesamt	17,3	0,6	28,7	1,2 %
		Männer	12,3	0,4	27,5	0,9 %
		Frauen	23,2	0,8	29,5	1,5 %
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	Gesamt	14,9	1,1	13,9	1,0 %
		Männer	17,6	1,2	14,1	1,3 %
		Frauen	11,8	0,9	13,5	0,8 %
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	Gesamt	14,8	0,4	38,2	1,0 %
		Männer	17,1	0,5	37,4	1,3 %
		Frauen	12,1	0,3	39,7	0,8 %
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	Gesamt	14,7	0,8	19,3	1,0 %
		Männer	14,7	0,8	18,6	1,1 %
		Frauen	14,7	0,7	20,3	0,9 %
M77	Sonstige Enthesopathien	Gesamt	14,5	0,7	19,7	1,0 %
		Männer	14,8	0,8	18,5	1,1 %
		Frauen	14,3	0,7	21,2	0,9 %
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	Gesamt	14,5	0,2	77,5	1,0 %
		Männer	14,1	0,2	78,5	1,0 %
		Frauen	15,0	0,2	76,3	1,0 %

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2021

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (64–66)	2,9%	1.048,0	79,8	13,1
Baugewerbe (41–43)	3,8%	1.374,8	99,1	13,9
Bildung, Kultur, Medien (58–60, 72–73, 85, 90–93)	3,3%	1.200,3	93,7	12,8
Chemische Industrie (19–22)	4,1%	1.480,8	115,7	12,8
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen (61–63)	2,3%	847,4	65,2	13,0
Gesundheitswesen (75, 86–88)	4,7%	1.731,2	111,4	15,5
Handel (45–47)	4,0%	1.444,8	98,3	14,7
Holz, Papier, Druck (16–18)	4,1%	1.490,8	112,7	13,2
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01–09, 35–39)	3,9%	1.432,5	100,7	14,2
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28–30)	3,8%	1.388,4	109,0	12,7
Nahrungs- und Genussmittel (10–12)	4,4%	1.611,8	115,7	13,9
Öffentliche Verwaltung (84)	4,1%	1.483,1	111,0	13,4
Organisationen und Verbände (94, 97)	3,0%	1.107,1	86,9	12,7
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69–71, 74, 78, 80)	3,0%	1.084,6	90,8	11,9
Sonstige Dienstleistungen (55–56, 68, 77, 79, 81–82, 96)	3,5%	1.277,6	84,9	15,1
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13–15, 23–27, 31–33, 95)	4,1%	1.480,2	114,5	12,9
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49–53)	4,5%	1.658,1	108,7	15,3
DAK Gesamt	4,0%	1.450,0	102,8	14,1

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

Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2020

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (64–66)	3,2 %	1.156,3	92,5	12,5
Baugewerbe (41–43)	3,9 %	1.426,0	101,8	14,0
Bildung, Kultur, Medien (58–60, 72–73, 85, 90–93)	3,5 %	1.275,6	98,9	12,9
Chemische Industrie (19–22)	4,2 %	1.541,9	116,1	13,3
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen (61–63)	2,5 %	925,1	73,6	12,6
Gesundheitswesen (75, 86–88)	4,9 %	1.795,9	118,3	15,2
Handel (45–47)	4,2 %	1.524,8	102,2	14,9
Holz, Papier, Druck (16–18)	4,2 %	1.525,0	113,1	13,5
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01–09, 35–39)	4,3 %	1.565,4	106,6	14,7
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28–30)	3,9 %	1.437,6	109,7	13,1
Nahrungs- und Genussmittel (10–12)	4,5 %	1.634,8	108,0	15,1
Öffentliche Verwaltung (84)	4,4 %	1.626,1	122,3	13,3
Organisationen und Verbände (94, 97)	3,2 %	1.184,3	92,7	12,8
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69–71, 74, 78, 80)	3,2 %	1.168,6	94,3	12,4
Sonstige Dienstleistungen (55–56, 68, 77, 79, 81–82, 96)	3,8 %	1.376,6	91,1	15,1
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13–15, 23–27, 31–33, 95)	4,1 %	1.498,3	113,5	13,2
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49–53)	4,8 %	1.739,5	111,4	15,6
DAK Gesamt	4,1 %	1.502,0	104,6	14,4

* 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) 2021

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
01	Angehörige der regulären Streitkräfte	Gesamt	1.146,6	112,0
		Männer	822,7	85,0
		Frauen	1.525,6	143,5
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	Gesamt	1.442,3	85,7
		Männer	1.399,3	82,0
		Frauen	1.492,7	90,2
12	Gartenbauberufe und Floristik	Gesamt	1.666,9	120,2
		Männer	1.797,2	124,7
		Frauen	1.514,4	114,9
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung	Gesamt	1.849,4	129,0
		Männer	1.945,5	127,1
		Frauen	1.736,9	131,3
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung	Gesamt	1.997,8	144,2
		Männer	1.819,6	132,2
		Frauen	2.206,3	158,3
23	Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung	Gesamt	1.320,1	100,1
		Männer	1.368,2	102,2
		Frauen	1.263,8	97,6
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbau-berufe	Gesamt	1.893,7	145,8
		Männer	1.826,9	138,8
		Frauen	1.972,0	154,0
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	Gesamt	1.888,9	137,0
		Männer	1.673,5	122,8
		Frauen	2.141,0	153,7
26	Mechatronik-, Energie- und Elektroberufe	Gesamt	1.592,8	120,7
		Männer	1.394,0	109,4
		Frauen	1.825,5	133,9
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe	Gesamt	1.127,3	90,0
		Männer	1.040,8	81,6
		Frauen	1.228,4	99,8
28	Textil- und Lederberufe	Gesamt	1.583,8	122,2
		Männer	1.579,5	127,7
		Frauen	1.588,9	115,8

Tabelle A12: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 2) 2021

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	Gesamt	1.582,8	105,1
		Männer	1.422,0	93,1
		Frauen	1.770,9	119,1
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe	Gesamt	1.085,0	78,1
		Männer	1.051,5	69,8
		Frauen	1.124,2	87,9
32	Hoch- und Tiefbauberufe	Gesamt	1.772,1	102,7
		Männer	1.696,7	102,3
		Frauen	1.860,4	103,1
33	(Innen-)Ausbauberufe	Gesamt	1.778,9	117,8
		Männer	1.767,8	114,4
		Frauen	1.791,8	121,8
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	Gesamt	1.770,7	120,4
		Männer	1.716,8	118,7
		Frauen	1.833,8	122,4
41	Mathematik-, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	Gesamt	1.523,1	120,1
		Männer	1.504,5	116,7
		Frauen	1.544,9	124,2
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	Gesamt	969,1	89,5
		Männer	928,1	85,4
		Frauen	1.017,1	94,3
43	Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	Gesamt	891,9	66,3
		Männer	742,8	59,9
		Frauen	1.066,5	73,7
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	Gesamt	1.758,7	126,9
		Männer	1.641,5	125,0
		Frauen	1.895,9	129,2
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	Gesamt	1.945,6	109,8
		Männer	1.686,8	99,7
		Frauen	2.248,6	121,7
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	Gesamt	1.779,0	113,2
		Männer	1.641,4	107,4
		Frauen	1.940,0	119,9

Tabelle A13: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 3) 2021

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
54	Reinigungsberufe	Gesamt	1.498,2	107,2
		Männer	1.340,2	98,3
		Frauen	1.683,2	117,6
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe	Gesamt	985,5	78,1
		Männer	883,9	69,9
		Frauen	1.104,4	87,7
62	Verkaufsberufe	Gesamt	1.520,3	90,1
		Männer	1.322,2	79,6
		Frauen	1.752,1	102,3
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	Gesamt	1.085,0	64,1
		Männer	931,6	55,1
		Frauen	1.264,5	74,5
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	Gesamt	987,8	76,4
		Männer	843,9	65,2
		Frauen	1.156,1	89,5
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungs- wesen und Steuerberatung	Gesamt	971,0	76,8
		Männer	793,9	62,6
		Frauen	1.178,2	93,4
73	Berufe in Recht und Verwaltung	Gesamt	1.303,5	96,8
		Männer	1.146,9	85,0
		Frauen	1.486,8	110,6
81	Medizinische Gesundheitsberufe	Gesamt	1.648,7	107,4
		Männer	1.546,5	97,0
		Frauen	1.768,2	119,7
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	Gesamt	1.914,5	108,7
		Männer	1.653,0	98,7
		Frauen	2.220,7	120,3
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Be- rufe, Theologie	Gesamt	1.762,2	126,7
		Männer	1.559,7	105,6
		Frauen	1.999,2	151,3
84	Lehrende und ausbildende Berufe	Gesamt	873,9	66,2
		Männer	737,9	53,6
		Frauen	1.033,1	81,0

Tabelle A14: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 4) 2021

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	Gesamt	1.184,5	90,6
		Männer	974,1	69,3
		Frauen	1.430,8	115,5
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	Gesamt	1.070,2	80,9
		Männer	929,0	70,7
		Frauen	1.235,6	92,8
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	Gesamt	1.198,2	89,8
		Männer	1.182,5	89,3
		Frauen	1.216,7	90,3
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	Gesamt	878,0	60,4
		Männer	896,2	55,3
		Frauen	856,6	66,2

Anhang III: Fragebogen für Expertinnen und Experten

Name: _____

**Befragung von Expertinnen und Experten:
Herzgesundheit – Gesundheitsförderung und Prävention
von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit Fokus auf Herzinfarkt und koronare Herzkrankheit**

1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Erwerbstätigen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben auf Bevölkerungsebene eine hohe Public-Health-Relevanz. Wir möchten gerne nach Ihrer Erfahrung fragen, ob und welche Bedeutung diese Erkrankungen auch für die Gruppe der Erwerbstätigen haben:

- 1.1. Welche Erfahrungen haben Sie mit der koronaren Herzkrankheit (KHK) und insbesondere dem Herzinfarkt bei Erwerbstätigen?

- 1.2. Wie hat sich das Herz-Kreislauf-Geschehen mit Blick auf KHK und Herzinfarkt bei Erwerbstätigen in den letzten zehn Jahren verändert?

- 1.3. Worauf sind diese Veränderungen Ihrer Einschätzung nach zurückzuführen?

- 1.4. Welche sozialen Unterschiede bei Herzinfarkt und KHK gibt es bei Erwerbstätigen? (z. B. soziale Schicht, Migrationshintergrund, Stadt-Land)

- 1.5. Sehen Sie Unterschiede in der Diagnostik und/oder Behandlung von Herzinfarkt und KHK zwischen erwerbstätigen Frauen und Männern?

2. Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Als bedeutende Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem Diabetes, Adipositas, Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck, Rauchen, mangelnde Bewegung sowie ungesunde Ernährung bekannt.

- 2.1. Wir bitten um Ihre Einschätzung: Inwiefern wird diesen Risikofaktoren leitliniengerecht begegnet? Bitte denken Sie weiterhin an die Gruppe der Erwerbstätigen.

- 2.2. In letzter Zeit wird vermehrt auch über psychische Risikofaktoren diskutiert. Inwiefern sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Stress und Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt und KHK?

- 2.3. Inwiefern sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Depression oder Angst- und Panikstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt und KHK?

- 2.4. Wie schätzen Ihrer Erfahrung nach Erwerbstätige ihr persönliches Risiko für einen Herzinfarkt oder eine KHK ein? Gibt es dabei soziale Unterschiede oder Unterschiede nach Alter und Geschlecht?

3. Gesundheitsförderung und Prävention

Neben dem Herz-Kreislauf-Geschehen in der Erwerbsbevölkerung beschäftigt sich der DAK-Gesundheitsreport mit der Herzgesundheit, also der Gesundheitsförderung und Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Welche Bedeutung kommt Ihrer Meinung nach den folgenden Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention mit Blick auf die Vermeidung bzw. Minimierung von Herzinfarkt oder KHK bei Erwerbstätigen zu?

- 3.1. Angebote der Verhaltensprävention, z. B. durch Ernährungsberatung, Bewegungsprogramme oder auch Kurse zur Raucherentwöhnung?

- 3.2. Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements, z. B. durch gesündere Kantinenverpflegung, Abbau unangemessener psychischer Belastung, bessere Arbeitsbedingungen?

- 3.3. Angebote der individualisierten Prävention, z. B. durch Einladungsschreiben für Präventionsangebote durch die Krankenversicherungen an vorbelastete Patienten-/ bzw. Versichertengruppen (z. B. solche mit einem diagnostizierten Bluthochdruck)?

- 3.4. Angebote der Sekundärprävention durch bestimmte Früherkennungsuntersuchungen, z. B. der Check-Up 35?

- 3.5. Digitale Angebote, z. B. Apps zur Förderung einer gesunden Ernährung, der Fitness oder auch der Stresskompetenz?

- 3.6. Wearables, z. B. Smartwatches zur Puls- oder Blutdruckmessung sowie EKG-Funktion zur Prognose von Herz-Rhythmus-Störungen?

- 3.7. Wo sehen Sie Defizite der bisherigen Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention zur Vermeidung bzw. Minimierung von Herzinfarkt oder KHK bei Erwerbstätigen?

- 3.8. Welche (bislang ungenutzten) Potenziale sehen Sie in der Gesundheitsförderung und Prävention zur Vermeidung bzw. Minimierung von Herzinfarkt oder KHK bei Erwerbstätigen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2021 nach Geschlecht	1
Abbildung 2:	Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2021	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 2021 (Basis: 365 Kalendertage in 2021)	8
Abbildung 6:	Betroffenenquote 2021 im Vergleich zu den Vorjahren	8
Abbildung 7:	AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2021	9
Abbildung 8:	Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2021 im Vergleich zu den Vorjahren.	10
Abbildung 9:	Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2021 insgesamt	11
Abbildung 10:	Krankenstand 2021 nach Geschlecht und Altersgruppen	12
Abbildung 11:	Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2021.	13
Abbildung 12:	AU-Tage pro 100 Versicherte der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage Dauer nach Altersgruppen	14
Abbildung 13:	Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen	16
Abbildung 14:	Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen	16
Abbildung 15:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen	18
Abbildung 16:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen	18
Abbildung 17:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Männer.	19

Abbildung 18:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Frauen	19
Abbildung 19:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Frauen	20
Abbildung 20:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Männern	21
Abbildung 21:	Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen .	22
Abbildung 22:	Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen .	22
Abbildung 23:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund einer Coronavirus-Erkrankung (U07.1 und U07.2) nach Altersgruppen – Männer	24
Abbildung 24:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund einer Coronavirus-Erkrankung (U07.1 und U07.2) nach Altersgruppen – Frauen	25
Abbildung 25:	Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“	27
Abbildung 26:	Dem Schwerpunktthema zugrunde liegende Datenquellen	30
Abbildung 27:	Todesursachen nach Krankheitsarten 2020 in Prozent	34
Abbildung 28:	Sterbefälle an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (ICD 10: I00-I99) je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert* von 1998 bis 2020 . . .	35
Abbildung 29:	Sterbefälle Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99) je 100.000 Einwohner im Alter von 15 bis 90 Jahren und älter in 2020	36
Abbildung 30:	Sterbefälle Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99) je 100.000 Einwohner im Alter von 15 bis 65 Jahren in 2020	36
Abbildung 31:	12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit (definiert als Herzinfarkt, chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts oder chronische KHK/Angina pectoris) (n=22.639).	38
Abbildung 32:	12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit (definiert als Herzinfarkt, chroni-	

	sche Beschwerden infolge eines Herzinfarkts oder chronische KHK/Angina pectoris) . . .	39
Abbildung 33:	Sterbefälle an einer koronaren Herzkrankheit (ICD 10: I20-I25) je 100.000 Einwohner im Alter von 20 bis 90 Jahren und älter in 2020 . . .	40
Abbildung 34:	Sterbefälle an einer koronaren Herzkrankheit (ICD 10: I20-I25) je 100.000 Einwohner im Alter von 20 bis 65 Jahren in 2020	40
Abbildung 35:	Sterbefälle an einer koronaren Herzkrankheit (ICD 10: I20-I25) je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert* von 1998 bis 2020	41
Abbildung 36:	Sterbefälle an einer koronaren Herzkrankheit (ICD 10: I20-I25) je 100.000 Einwohner von 1998 bis 2020 für Frauen und Männer nach Altersgruppen	42
Abbildung 37:	Entwicklung der Neuerkrankungsraten an Herzinfarkt in der Region Augsburg von 1985 bis 2019	44
Abbildung 38:	Sterbefälle an einem Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) je 100.000 Einwohner im Alter von 15 bis 90 Jahren und älter in 2020	45
Abbildung 39:	Sterbefälle an einem Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) je 100.000 Einwohner im Alter von 15 bis 65 Jahren in 2020	46
Abbildung 40:	Sterbefälle an einem Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert* von 1998 bis 2020	46
Abbildung 41:	Sterbefälle an einem Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) je 100.000 Einwohner von 1998 bis 2020 für Frauen und Männer nach Altersgruppen	47
Abbildung 42:	Neuerkrankungen 2020 nach Altersgruppen für alle Schlaganfälle pro 100.000 Einwohner in der Stadt Erlangen	49
Abbildung 43:	12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls (n=22.599)	50
Abbildung 44:	12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls (n=22.599)	51

- Abbildung 45: Sterbefälle an zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD 10: I60-I69) je 100.000 Einwohner im Alter von 15 bis 90 Jahren und älter in 2020. 52
- Abbildung 46: Sterbefälle an zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD 10: I60-I69) je 100.000 Einwohner im Alter von 15 bis 65 Jahren in 2020. 52
- Abbildung 47: Sterbefälle an einer zerebrovaskulären Erkrankung (ICD 10: I60-I69) je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert* von 1998 bis 2020 53
- Abbildung 48: Sterbefälle an einer koronaren Herzkrankheit (ICD 10: I20-I25) je 100.000 Einwohner von 1998 bis 2020 für Frauen und Männer nach Altersgruppen 53
- Abbildung 49: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausfall wegen der Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25) für Frauen und Männer nach Altersgruppen 55
- Abbildung 50: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausfall wegen der Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25) für Frauen und Männer im zeitlichen Verlauf von 2015 bis 2020, altersstandardisiert 56
- Abbildung 51: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem ambulanten Behandlungsfall wegen der Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25) für Frauen und Männer nach Altersgruppen 57
- Abbildung 52: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem ambulanten Behandlungsfall wegen der Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25) für Frauen und Männer im zeitlichen Verlauf, altersstandardisiert 58
- Abbildung 53: Anteil der AU-Tage erwerbstätiger DAK-Versicherter für die einzelnen Unterkapitel an allen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 10: I00-I99) 59
- Abbildung 54: AU-Tage je 100 Versichertenjahre erwerbstätiger DAK-Versicherter mit der Diagnose

- koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25) für Frauen und Männer nach Altersgruppen 60
- Abbildung 55: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausfall wegen der Hauptdiagnose Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) für Frauen und Männer nach Altersgruppen 61
- Abbildung 56: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausfall wegen der Hauptdiagnose Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) für Frauen und Männer im zeitlichen Verlauf von 2015 bis 2020, altersstandardisiert 61
- Abbildung 57: AU-Tage je 100 Versichertenjahre erwerbstätiger DAK-Versicherter mit der Diagnose Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22) für Frauen und Männer nach Altersgruppen. 62
- Abbildung 58: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausfall wegen der Hauptdiagnose Schlaganfall (KHK, ICD 10: I63-I64) für Frauen und Männer nach Altersgruppen . . 63
- Abbildung 59: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausfall wegen der Hauptdiagnose Schlaganfall (ICD 10: I63-I64) für Frauen und Männer im zeitlichen Verlauf von 2015 bis 2020, altersstandardisiert 64
- Abbildung 60: AU-Tage je 100 Versichertenjahre erwerbstätiger DAK-Versicherter mit der Diagnose Schlaganfall (ICD 10: I60-I64) für Frauen und Männer nach Altersgruppen 65
- Abbildung 61: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausfall wegen der Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25), Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22), Schlaganfall (ICD-10: I63-I64) für Männer nach Tätigkeitsniveau 66
- Abbildung 62: Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausfall wegen der Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25), Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22),

	Schlaganfall (ICD-10: I63-I64) für Frauen nach Tätigkeitsniveau	67
Abbildung 63:	Anteil erwerbstätiger DAK-Versicherter im Jahr 2020 mit mindestens einem vollstationären Krankenhausfall wegen der Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 10: I20-I25), Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22), Schlaganfall (ICD-10: I63-I64) für Frauen und Männer nach Tätigkeitsniveau, Indexdarstellung (Experte=1)	68
Abbildung 64:	12-Monats-Prävalenz selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Bluthochdrucks nach Alter und Geschlecht	70
Abbildung 65:	12-Monats-Prävalenz selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Bluthochdrucks nach Alter und beruflichem Abschluss	71
Abbildung 66:	Behandlung des Bluthochdrucks	72
Abbildung 67:	12-Monats-Prävalenz selbst berichteter ärztlich diagnostizierter Fettstoffwechselstörung nach Alter und Geschlecht	73
Abbildung 68:	Behandlung der Fettstoffwechselstörung	74
Abbildung 69:	12-Monats-Prävalenz selbstberichteter ärztliche diagnostizierter Diabetes nach Alter und Geschlecht	75
Abbildung 70:	12-Monats-Prävalenz selbstberichteter ärztliche diagnostizierter Diabetes nach Alter und beruflichem Abschluss	76
Abbildung 71:	Behandlung des Diabetes.	76
Abbildung 72:	Punktprävalenz der Adipositas, berechnet aus Gewicht und Größe nach Alter und Geschlecht	77
Abbildung 73:	Punktprävalenz der Adipositas, berechnet aus Gewicht und Größe nach Alter und beruflichem Abschluss.	78
Abbildung 74:	Behandlung der Adipositas	78
Abbildung 75:	Punktprävalenz des täglichen oder gelegentlichen Rauchens nach Alter und Geschlecht	80
Abbildung 76:	Punktprävalenz des täglichen oder gelegentlichen Rauchens nach Alter und beruflichem Abschluss	81

Abbildung 77:	12-Monats-Prävalenz selbst berichteter ärztlich diagnostizierter Depression nach Alter und Geschlecht	83
Abbildung 78:	12-Monats-Prävalenz selbst berichteter ärztlich diagnostizierter Depression nach Alter und beruflichem Abschluss	83
Abbildung 79:	Behandlung der Depression	84
Abbildung 80:	12-Monats-Prävalenz selbst berichteter ärztlich diagnostizierter Angst- und Panikstörung nach Alter und Geschlecht	85
Abbildung 81:	12-Monats-Prävalenz selbst berichteter ärztlich diagnostizierter Angst- und Panikstörung nach beruflichem Abschluss	86
Abbildung 82:	Behandlung der Angststörung	86
Abbildung 83:	Punktprävalenz der Gratifikationskrise nach Alter und Geschlecht	88
Abbildung 84:	Punktprävalenz der Gratifikationskrise nach Alter und beruflichem Abschluss	88
Abbildung 85:	12-Monats-Prävalenz wichtiger Risikofaktoren des Herzinfarkts und der koronaren Herzkrankheit	89
Abbildung 86:	12-Monats-Prävalenz wichtiger Risikofaktoren des Herzinfarkts und der koronaren Herzkrankheit nach Geschlecht	90
Abbildung 87:	Befragte nach Anzahl (nicht-psychischer) Risikofaktoren	91
Abbildung 88:	Anteil Befragter mit mindestens einem psychischen Risikofaktor	91
Abbildung 89:	Körperliche und Verhaltensrisikofaktoren nach psychischen Risikofaktoren	93
Abbildung 90:	Durchschnittliche Anzahl Risikofaktoren nach Alter und beruflichem Abschluss	94
Abbildung 91:	Anteil Beschäftigter mit mindestens einem von drei psychischen Risikofaktoren nach beruflichem Abschluss	96
Abbildung 92:	Prävalenz psychischer Risikofaktoren nach beruflichem Abschluss	96
Abbildung 93:	Anteil Beschäftigter mit Zugang zu BGF nach Geschlecht	98

Abbildung 94:	Anteil Beschäftigter mit Zugang zu BGF nach beruflichem Abschluss	98
Abbildung 95:	Teilnahme an Angeboten der BGF nach Geschlecht (gegeben Angebot existiert)	99
Abbildung 96:	Teilnahme an Angeboten der BGF nach beruflichem Abschluss.	100
Abbildung 97:	Gründe für die Nicht-Teilnahme an Angeboten der BGF nach Geschlecht.	101
Abbildung 98:	Gründe für Nicht-Teilnahme an Angeboten der BGF nach beruflichem Abschluss.	102
Abbildung 99:	Teilnahme an Präventionsangeboten der Krankenkassen in den letzten 2 Jahren nach Geschlecht	104
Abbildung 100:	Gründe für Nicht-Teilnahme an Präventionsangeboten der Krankenkassen nach Geschlecht	105
Abbildung 101:	Teilnahme an Präventionsangeboten der Krankenkassen nach beruflichem Abschluss	106
Abbildung 102:	Gründe für Nicht-Teilnahme an den Präventionsangeboten der Krankenkassen nach beruflichem Abschluss	106
Abbildung 103:	Teilnahme am Check-up nach Alter und Geschlecht	108
Abbildung 104:	Check-up: Bekanntheit und Teilnahme nach Alter und Geschlecht	109
Abbildung 105:	Bekanntheit des Check-ups nach beruflichem Abschluss.	110
Abbildung 106:	Teilnahme am Check-up nach beruflichem Abschluss und Alter.	110
Abbildung 107:	Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme des Check-up nach Geschlecht	111
Abbildung 108:	Gründe für Nicht-Inanspruchnahme des Check-up nach beruflichem Abschluss	111
Abbildung 109:	Gesundheitskompetenz nach Geschlecht.	112
Abbildung 110:	Gesundheitskompetenz nach beruflichem Abschluss	113
Abbildung 111:	Coping-Strategien nach Geschlecht	114
Abbildung 112:	Coping-Strategien nach beruflichem Abschluss	115

Abbildung 113: Coping-Strategien nach psychischen Risikofaktoren116
Abbildung 114: Krankenstandswerte 2021 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl136
Abbildung 115: Krankenstandswerte 2021 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen138
Abbildung 116: Krankenstandswerte 2020–2021 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl139
Abbildung 117: Krankenstandswerte 2020–2021 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen139
Abbildung 118: Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Gesundheit Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot).141
Abbildung 119: Krankenstandswerte der Jahre 2020 und 2021 nach Bundesländern143
Abbildung 120: Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West	144
Abbildung 121: Vergleich beobachteter und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) in 2006145
Abbildung 122: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern146

Literaturverzeichnis

- Abdullah, A., Peeters, A., Courten, M. de & Stoelwinder, J. (2010). The magnitude of association between overweight and obesity and the risk of diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 89(3), 309–319. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2010.04.012>
- Böthig, S. (1989). WHO MONICA Project: objectives and design. *International Journal of Epidemiology*, 18(3 Suppl 1), S29–37.
- Bretschneider, J., Kuhnert, R. & Hapke, U. (2017). Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(3). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-058>
- Busch, M.A. & Kuhnert, R. (2017). 12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, (2(1)), 64–69. Verfügbar unter: DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-009
- Capewell, S. & O’Flaherty, M. (2008). What explains declining coronary mortality? Lessons and warnings. *Heart (British Cardiac Society)*, 94(9), 1105–1108. <https://doi.org/10.1136/hrt.2008.149930>
- Deutsche Herzstiftung. (2021). 32. *Deutscher Herzbericht 2020. Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie, Herzchirurgie und Kinderherzmedizin in Deutschland*.
- Eichenberg, C., Fiegl, J., Hübner, L., Weihs, V. & Huber, K. (2019). Das Herz als Projektionsort psychischer Konflikte. *Deutsches Ärzteblatt*, (8), 370–373.
- Feigin, V.L., Forouzanfar, M.H., Krishnamurthi, R., Mensah, G.A., Connor, M., Bennett, D.A. et al. (2014). Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 383(9913), 245–255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61953-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61953-4)
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2022). *Gesundheitsuntersuchungen („Check-up“)*. Zugriff am 07.03.2022. Verfügbar unter: www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/ambulant/frueherkennung-krankheiten/erwachsene/gesundheitsuntersuchungen/
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021a). *Daten zu Schlaganfällen in der Stadt Erlangen*. Zugriff am 16.03.2022. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021b). *Erlanger Schlaganfallregister*. Zugriff am 16.03.2022. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022). *Daten zu Herzinfarkten in der Region Augsburg (Mortalität, Morbidität, Letalität, Vorerkrankungen, medizinische Versorgung)*. Zugriff am 16.03.2022. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2021). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. September 2021*. Berlin.
- Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L. & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 9, 88. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-88>
- Hapke, U., Maske, U. E., Scheidt-Nave, C., Bode, L., Schlack, R. & Busch, M. A. (2013). Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland : Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* [Chronic stress among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)], 56(5–6), 749–754. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1690-9>
- Heidemann, C., Kuhnert, R., Born, S. & Scheidt-Nave, C. (2017). *12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut (RKI). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-008>
- Hoyer, J. [J.] & Beesdo-Baum, K. (2011). Generalisierte Angststörung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Springer-Lehrbuch, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 937–952). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2_42
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* [Erratum to: Mental disorders in the general population. Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)], 87(1), 88–90. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>
- Jordan, S. & Hoebel, J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland : Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* [Health literacy of adults in Germany: Findings from the German Health Update (GEDA) study], 58(9), 942–950. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z>

- KORA Helmholtz Zentrum München. KORA. Zugriff am 16.03.2022. Verfügbar unter: www.helmholtz-munich.de/kora/index.html
- Kudielka, B.M. & Kirschbaum, C. (2001). Stress and Health Research. In N.J. Smelser & P.B. Baltes (Hrsg.), *The international encyclopedia of the social and behavioral sciences* (Band 22, S. 15170-15175). Oxford, England: Elsevier.
- Kuntz, B. & Starker, A. (2021). Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *DHS Jahrbuch Sucht 2021*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kuntz, B., Zeiher, J. & Lampert, T. (2017). Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *DHS Jahrbuch Sucht 2016* (S. 51–84). Lengerich: Pabst.
- Ladwig, K.-H., Lederbogen, F., Albus, C., Angermann, C., Borggrefe, M., Fischer, D. et al. (2013). Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie. *Der Kardiologe*, 7(1), 7–27. <https://doi.org/10.1007/s12181-012-0478-8>
- Lampert, T. (2010). Smoking, physical inactivity, and obesity: associations with social status. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(1–2), 1–7. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0001>
- Lampert, T. (2011). Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen. *GBE kompakt*, 2(4). Zugriff am 16.03.2022. Verfügbar unter: www.rki.de/gbe-kompakt
- Lange, C. & Finger, J.D. (2017). Gesundheitsverhalten in Europa – Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 3–20. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-024>
- Lewsey, J.D., Jhund, P.S., Gillies, M., Chalmers, J.W.T., Redpath, A., Kelso, L. et al. (2009). Age- and sex-specific trends in fatal incidence and hospitalized incidence of stroke in Scotland, 1986 to 2005. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2(5), 475–483. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUT-COMES.108.825968>
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V. et al. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2095–2128. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61728-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61728-0)
- Mensink, G.B.M., Schienkiewitz, A., Haftenberger, M., Lampert, T., Ziese, T. & Scheidt-Nave, C. (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* [Overweight and

- obesity in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)], 56(5–6), 786–794. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1656-3>
- Neuhauser, H. [H.], Kuhnert, R. & Born, S. (2017). *12-Monats-Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland*. Robert Koch Institut. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-016>
- Neuhauser, H. [Hannelore], Diederichs, C., Boeing, H., Felix, S. B., Jünger, C., Lorbeer, R. et al. (2016). Hypertension in Germany. *Deutsches Arzteblatt International*, 113(48), 809–815. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0809>
- Prugger, C., Heidrich, J., Wellmann, J., Dittrich, R., Brand, S.-M., Telgmann, R. et al. (2012). Trends in cardiovascular risk factors among patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE I, II, and III surveys in the Münster region. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(17), 303–310. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0303>
- Robert Koch-Institut. (2015a). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Zugriff am 14.03.2022. Verfügbar unter: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/02_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut. (2022). *Herz-Kreislauf-Krankheiten*. Zugriff am 16.03.2022. Verfügbar unter: www.rki.de/DE/Content/GesundA-Z/H/Herz_Kreislauf_Krankheiten/Herz_Kreislauf_Krankheiten_Inhalt.html;jsessionid=9B94A860B0B653D57BDA3D2C-78C4F412.internet111?cms_box=2&cms_current=Herz-Kreislauf-Krankheiten&cms_lv2=12999954
- Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring. (2014a). *Gesundheit in Deutschland aktuell 2009 (GEDA 2009)*. *Scientific Use File 2. Version*. <https://doi.org/10.7797/26-200809-1-1-2>
- Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring. (2014b). *Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (GSTel03)*. *Scientific Use File 2. Version*.
- Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring. (2015b). *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. *Scientific Use File 1. Version*. <https://doi.org/10.7797/16-200812-1-1-1>
- Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring. (2018). *Gesundheit in Deutschland aktuell 2014/2015-EHIS (GEDA 2014/2015-EHIS)*. *Scientific Use File 1. Version*. <https://doi.org/10.7797/19-201415-1-1-1>

- Satow, L. (2012). *Stress- und Coping-Inventar (SCI): Vollständige Test- und Skaldokumentation*. Verfügbar unter: www.drsatow.de/tests/stress-und-coping-inventar/
- Scheidt-Nave, C., Du, Y., Knopf, H., Schienkiewitz, A., Ziese, T., Nowossadeck, E. et al. (2013). Verbreitung von Fettstoffwechselstörungen bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* [Prevalence of dyslipidemia among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS 1)], *56*(5–6), 661–667. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1670-0>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, *1*(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.1.1.27>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2021). *Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 9.1.1: Absatz von Tabakwaren 2020*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. (2022a). *Rauchgewohnheiten nach Altersgruppen und Geschlecht*. Verfügbar unter: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Tabellen/liste-rauchverhalten.html
- Statistisches Bundesamt. (2022b). *Todesursachenstatistik 2020*. Zugriff am 02.12.2021. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de
- Thom, J., Kuhnert, R., Born, S. & Hapke, U. (2017). 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, *2*(3). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-057>
- Tschöpe, D. (2019). *Verkannte Gefahr: Diabetes & Herz*. Deutsche Herzstiftung. Zugriff am 16.03.2022. Verfügbar unter: www.herzstiftung.de/system/files/2020-05/HH0319-Diabetes-und-Herz.pdf
- Van Dieren, S., Beulens, J.W.J., van der Schouw, Y.T., Grobbee, D.E. & Neal, B. (2010). The global burden of diabetes and its complications: an emerging pandemic. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation : Official Journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*, *17 Suppl 1*, S3-8. <https://doi.org/10.1097/01.hjr.0000368191.86614.5a>
- Voight, B.F., Peloso, G.M., Orho-Melander, M., Frikke-Schmidt, R., Barbalic, M., Jensen, M.K. et al. (2012). Plasma HDL cholesterol and risk of myocardial infarction: a mendelian randomisation study. *The Lancet*, *380*(9841), 572–580. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60312-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60312-2)

- World Cancer Research Fund (WCRF)/American Institute for Cancer. (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: A global perspective. Summary* (Research WCRF AICR, Hrsg.).
- World Health Organization. (2022). *Definition einer Depression*. Zugriff am 16.03.2022. Verfügbar unter: www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition
- Zeiger, J., Kuntz, B. & Lange, C. (2017). Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 59–65. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-030>