

GESUNDHEITSREPORT

**Analyse der Arbeitsunfähigkeiten
Arbeiten ab 50: langfristig gesund und zufrieden**



**Band
60**

Beiträge zur Gesundheitsökonomie
und Versorgungsforschung

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 60)
Andreas Storm (Herausgeber), Prof. Dr. Volker Nürnberg (Mitherausgeber)

Gesundheitsreport 2026



dak.de/forschung-1294

Gesundheitsreport 2026

Analyse der Arbeitsunfähigkeiten

Arbeiten ab 50: langfristig gesund und zufrieden

Herausgeber:

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg

Mitherausgeber:

Prof. Dr. Volker Nürnberg, BWL-Professor für Gesundheitsmanagement
c/o Allensbach Hochschule
Lohnerhofstraße 2, D-78467 Konstanz

Autorinnen und Autoren:

Susanne Hildebrandt, Karsten Zich, Terese Dehl, Hans-Dieter Nolting

Unter Mitarbeit von

Ann-Kathrin Jöchner
Elena Burgart
Tobias Woköck
Mila Hense
Patrick Patzwald

IGES Institut GmbH
Friedrichstr. 180, D-10117 Berlin

Redaktion:

Sandra Schmidt
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg
E-Mail: sandra.schmidt@dak.de

Hamburg
Juni 2026

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.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare
Materialien entschieden. Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

© 2026 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg
E-Mail: info@medhochzwei-verlag.de
Web: www.medhochzwei-verlag.de
Informationen zur Produktsicherheit finden Sie unter
www.medhochzwei-verlag.de/Produktsicherheit



ISBN 978-3-98800-231-0
ISBN eBook 978-3-98800-232-7

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. Die automatisierte Analyse des Werkes, um daraus Informationen
insbesondere über Muster, Trends und Korrelationen gemäß § 44b UrhG („Text und Data Mining“) zu gewinnen,
ist untersagt.

Fotos: © Gettyimages/ Westend61 (Titelbild); DAK-Gesundheit/Läufer (Foto Storm, Umschlag Rückseite);
P. Hoffmann/Frankfurt (Foto Nürnberg, Umschlag Rückseite)
Titelbildgestaltung: Natalia Degenhardt
Satz: Strassner ComputerSatz, Heidelberg
A001

Vorwort

Die Babyboomer und geburtenstarken Jahrgänge erreichen zunehmend die späte Phase ihres Erwerbslebens. Der demografische Wandel rückt damit die Situation älterer Beschäftigter verstärkt in den Fokus. Daher steht „Gesundes Arbeiten ab 50“ im Zentrum des aktuellen Gesundheitsreports. Nachdem im Vorjahr die Situation der Gen Z untersucht wurde, richtet sich der Blick nun auf ältere Beschäftigte – und der DAK-Gesundheitsreport schlägt erneut eine Generationen-Brücke entlang der Erwerbsbiografien.

Noch immer prägen Stereotype die Wahrnehmung der späten Erwerbsphase. Demnach sei ein körperlicher und geistiger Leistungsabbau unausweichlich. Diese Sichtweisen entsprechen weder den wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Altersforschung noch sind sie hilfreich für die demografischen Herausforderungen unserer Zeit. Der Gesundheitsreport 2026 untersucht deshalb, wie es tatsächlich um Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Arbeitsmotivation älterer Beschäftigter bestellt ist. Im Fokus stehen unter anderem die Themenkomplexe Krankenstand, vorzeitiger Renteneintritt, Teilzeit, Carearbeit sowie die Rolle der Aktivrente.

Die Ergebnisse basieren auf einem Methodenmix aus Routinedaten der DAK-Gesundheit, einer repräsentativen Erwerbstätigenbefragung sowie ergänzenden Interviews mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und betrieblicher Praxis. Der Report versteht sich dabei bewusst nicht nur als Beschreibung bestehender Entwicklungen. Vielmehr möchte er eine empirische Grundlage schaffen, um die Diskussion über gesundes Arbeiten im höheren Erwerbsalter weiterzuführen und Impulse für Prävention, betriebliche Praxis und Gesundheitspolitik zu geben.

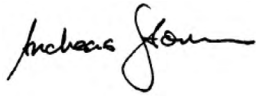
Die Befragung von mehr als 7.000 Erwerbstätigen zeigt ein Spannungsfeld zwischen Leistungsfähigkeit, Motivation und Anerkennung. Viele ältere Beschäftigte erleben nur geringe Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit und nennen Freude an der Arbeit als wichtige Motivation für eine längere Erwerbstätigkeit. Gleichzeitig fühlen sich viele mit ihrem Erfahrungswissen und ihrer Arbeitsleistung nicht ausreichend wertgeschätzt.

Während die einen dank guter Arbeitsbedingungen, größerer Gestaltungsspielräume und stabiler Gesundheit länger arbeiten können – oder früher ausscheiden, weil sie es sich finanziell leisten können –, verbleiben andere trotz gesundheitlicher Belastungen aus wirtschaftlicher Notwendigkeit im Erwerbsleben. Damit wachsen Risiken sozialer Ungleichheit, gesundheitlicher Belastungen und eingeschränkter Lebensqualität bis ins Rentenalter hinein.

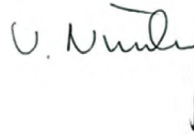
Gesund und motiviert bis zum gesetzlichen Renteneintritt arbeiten zu können, gewinnt in einer alternden Gesellschaft zunehmend an Bedeutung. Längere Erwerbsverläufe können nur gelingen, wenn Arbeit gesundheitsförderlich gestaltet wird und ältere Beschäftigte mit ihren Erfahrungen, Kompetenzen und Belastungen stärker in den Mittelpunkt rücken.

Wenn genau dies gelingt, dann bieten sich große Chancen mit Blick auf den sozialen Zusammenhalt, wirtschaftliche Stabilität und tragfähige soziale Sicherungssysteme.

Die Generationen-Brücke, die dieser Report darüber hinaus zwischen jüngeren und älteren Beschäftigten schlägt, verweist damit auf eine zentrale Zukunftsaufgabe: den Austausch zwischen den Generationen zu stärken und gutes Arbeiten über die gesamte Erwerbsbiografie hinweg zu ermöglichen.



Andreas Storm
Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit



Prof. Dr. Volker Nürnberg
BWL-Professor für
Gesundheitsmanagement

Hamburg, Juni 2026

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Zusammenfassung der Ergebnisse	IX
Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport	XIII
1. Datenquellen und Methodik	1
1.1 Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2025	1
1.2 Datenquellen des Schwerpunktthemas	3
1.3 Beschäftigtenbefragung	4
1.4 Daten zur ambulanten und stationären Behandlung	8
2. Arbeitsunfähigkeiten im Überblick	9
2.1 Der Krankenstand	9
2.2 Einflussfaktoren auf den Krankenstand	12
2.3 Strukturmerkmale des Krankenstandes	15
3. Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten	25
3.1 Die wichtigsten Krankheitsarten	25
3.2 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht	30
3.3 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen	31
3.4 Die wichtigsten Einzeldiagnosen	33
3.5 Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen	36
4. Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	37
5. Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern	41
6. Schwerpunktthema 2026: „Arbeiten ab 50: langfristig gesund und zufrieden“	49
6.1 Hintergrund	49
6.2 Renteneintritt im internationalen Vergleich	55
6.3 Krankenstand in der späten Erwerbsphase	61
6.4 Beschäftigte ab 50 Jahren in der ambulanten und stationären Versorgung	70
6.5 Gesundheitszustand	77
6.6 Leistungsfähigkeit	80
6.7 Pläne zum Renteneintritt	85
6.8 Arbeiten in Teilzeit	103
6.9 Carearbeit	113
6.10 Erfahrungswissen	120
6.11 Fortbildung	126
6.12 Arbeitswelt und KI im Kontext der späten Erwerbsphase	130
6.13 Aktivrente	135

7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen 141

7.1 Entwicklung der Fehlzeiten 141

7.2 Fazit Schwerpunktthema 142

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen 145

Anhang II: Tabellen 147

Anhang III: Fragebogen für Expertinnen und Experten 163

Abbildungsverzeichnis. 165

Tabellenverzeichnis 171

Literaturverzeichnis 173

Zusammenfassung der Ergebnisse

Arbeitsunfähigkeit

Im Jahr 2025 liegt der **Krankenstand** bei 5,4 Prozent. Insgesamt liegt der Krankenstand damit auf dem Niveau von 2024 (5,4 Prozent).

Die **Betroffenenquote** sank im Jahr 2025 leicht auf einen Wert von 62,5 Prozent (2024: 63,6 Prozent). Dies bedeutet, dass für mehr als jeden zweiten Beschäftigten im Jahr 2025 eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag.

Die Krankschreibungshäufigkeit ist mit 200,1 **AU-Fällen** pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr geringfügig gesunken (2024: 202,5 Arbeitsunfähigkeitsfälle). Die durchschnittliche Dauer einer Krankschreibung ist hingegen minimal gestiegen. Sie lag im Jahr 2025 bei 9,8 Tagen (2024: 9,7 Tage).

Auf Atemwegserkrankungen, psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems entfielen 2025 mehr als die Hälfte (rund 56 Prozent) aller krankheitsbedingten Fehltage:

- **Atemwegserkrankungen** lagen wie im Vorjahr mit einem Anteil von 19,4 Prozent hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand erneut an erster Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage leicht gesunken (von 381,7 auf 378,3 Fehltage pro 100 Versichertenjahre). Die Fallhäufigkeit ist allerdings im Vergleich zum Vorjahr auf 67,9 Fälle je 100 Versichertenjahre gestiegen (66,5 Fälle pro 100 Versichertenjahre in 2024).
- **Psychische Erkrankungen** verursachten 18,7 Prozent des Krankenstandes und belegten somit Platz zwei. 2025 gab es aufgrund von psychischen Erkrankungen 10,7 Erkrankungsfälle und 365,5 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre. Das ist mehr als noch im Vorjahr (2024: 341,8 AU-Tage; 10,4 AU-Fälle).
- Erkrankungen des **Muskel-Skelett-Systems** lagen mit 346,9 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versichertenjahre an dritter Stelle aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit rund 349,8 Tagen etwas mehr Fehltage auf diese Diagnosegruppe.

Der Krankenstand im Gesundheitswesen lag mit einem Wert von 6,2 Prozent an der Spitze und somit deutlich 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 Wert von 3,9 Prozent. In der Branche Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen lag der Krankenstand mit 3,4 Prozent auf dem niedrigsten Wert unter allen Branchen.

Die regionalen Unterschiede zwischen den Bundesländern stellen sich 2025 folgendermaßen dar: Sie variieren zwischen dem niedrigsten Wert von 4,5 Prozent in Baden-Würt-

temberg und dem höchsten Krankenstand in Sachsen-Anhalt mit 6,4 Prozent, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg mit einem Krankenstand von 6,3 Prozent.

Schwerpunktthema 2026: „Arbeiten ab 50: langfristig gesund und zufrieden“

Das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2026 beleuchtet die Situation in der Arbeitswelt mit einem besonderen Blick auf die späte Erwerbsphase der ab 50-jährigen Beschäftigten bis zu den Beschäftigten, die das aktuelle Renteneintrittsalter von 67 Jahren schon erreicht haben oder in Kürze erreichen werden.

Gesundheit

Das Krankenstandsgeschehen in der späten Erwerbsphase ab 60 Jahren spiegelt den steigenden Anteil von Erwerbstätigen wider, die trotz gesundheitlicher Probleme weiterhin erwerbstätig sind. Vor der schrittweisen Anhebung des Zugangsalters zur Rente hatte ein sehr starker Selektionseffekt in der späten Erwerbsphase dazu geführt, dass die Krankenstände in der Gruppe der ältesten Beschäftigten sehr niedrig waren. Die Ergebnisse zeigen, dass dieser Effekt zunehmend später und erst auf höherem Krankenstandsniveau einsetzt. Lange Krankschreibungen ab einer Dauer von sechs Wochen nehmen in der späten Erwerbsphase deutlich zu und führen zu entsprechend vielen Fehltagen.

Leistungsfähigkeit

Auch im Rahmen dieses Gesundheitsreportes zeigt sich, dass ältere Beschäftigte ihre Leistungsfähigkeit nicht als nennenswert schlechter oder eingeschränkter beschreiben als Beschäftigte unter 50 Jahren. Allerdings zeigen sich für ältere Beschäftigte, die körperlich anstrengende Tätigkeiten verrichten, deutliche Leistungseinschränkungen. Ein ähnliches Ergebnis ergibt sich beim Vergleich verschiedener Qualifikationsniveaus für Geringqualifizierte.

Erfahrungswissen

An der Spitze der abgefragten Umstände für möglichst langes und gesundes Arbeiten steht der Wunsch nach mehr Wertschätzung der Arbeitsleistung und des Erfahrungswissens. Allerdings zeigt sich auch, dass die entsprechende Wertschätzung des Erfahrungswissens vielfach ausbleibt. Der Gesundheitsreport beleuchtet den Stellenwert von Erfahrungswissen insbesondere vor dem Hintergrund des zunehmenden Einsatzes von KI-Anwendungen und geht der Frage nach den Möglichkeiten und der Nutzung von Fortbildungsangeboten in der späten Erwerbsphase nach.

Carearbeit

Die Beschäftigtenbefragung zeigt, dass familiäre Sorgearbeit auch in der späten Erwerbsphase noch im nennenswerten Umfang geleistet wird. Der Anteil der Beschäftigten, die eine regelmäßige Pflege oder Betreuung pflegebedürftiger oder schwer erkrankter Personen übernimmt, nimmt in der späten Erwerbsphase deutlich zu.

Die Auswirkungen von Carearbeit auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit sind deutlich.

Rentenpläne

Insgesamt plant knapp die Hälfte der Beschäftigten einen vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben vor Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters, mehr als ein Drittel plant bis zum Rentenalter zu arbeiten und 9,7 Prozent darüber hinaus.

Die Gründe für eine möglichst lange Erwerbstätigkeit sind vielfältig. Bei den über 50-Jährigen sind gute Arbeitsbedingungen und die Freude an der Arbeit besonders wichtige Faktoren. Auch die Möglichkeit, Wissen und Erfahrungen weiterzugeben, spielt eine wichtige Rolle. Die finanzielle Notwendigkeit ist für zwei Fünftel der Befragten ein entscheidender Faktor.

Weitere vertiefende Analysen des Reports befassen sich mit der Entwicklung des Renteneintrittsalters in Deutschland und im internationalen Vergleich, mit unterschiedlichen Motivlagen und Einflussfaktoren auf die Rentenplanung und zur Gestaltung des Arbeitsumfangs in der späten Erwerbsphase.

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, auch die Methodik und die Datenquellen des Schwerpunktthemas werden hier dargestellt.

Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der Jahre 2010 bis 2025 im Überblick dar. Diesen Kennziffern ist zu entnehmen, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungsfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.

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

In Kapitel 4 erfolgen tiefer gehende Auswertungen des Fehlzeitengeschehens nach Wirtschaftsgruppen. Diese konzentrieren sich auf die Bereiche, in denen der größte Teil der Mitglieder der DAK-Gesundheit tätig ist.

Im Kapitel 5 werden schließlich regionale Unterschiede im AU-Geschehen auf der Ebene der 16 Bundesländer untersucht.

In Kapitel 6 wird das diesjährige Schwerpunktthema behandelt. Unter dem Titel „Arbeiten ab 50: langfristig gesund und zufrieden“ werden die gesundheitliche Situation und die Rahmenbedingungen von Erwerbsarbeit in dieser Lebens- und Erwerbsphase beleuchtet. Der Fokus liegt dabei auf einem unterstützenden und gesundheitsförderlichen Umfeld in dieser Lebens- und Erwerbsphase. Anhand von Befragungs- und Routedaten der DAK-Gesundheit wird die gesundheitliche Situation der Beschäftigten in der späten Erwerbsphase dargestellt. Eine vertiefende Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten gibt Aufschluss darüber, wie sich das Fehlzeitengeschehen in der späten Erwerbsphase vor dem Hintergrund einer zunehmend längeren Erwerbstätigkeit entwickelt. Auf Basis einer Beschäftigtenbefragung wird dargestellt, welche Angaben Beschäftigte zu ihrer Leistungsfähigkeit, ihren Rentenplänen und zu gesunden Rahmenbedingungen für eine lange Erwerbstätigkeit machen. Es wird der Stellenwert von Erfahrungswissen und Fortbildung in der späten Erwerbsphase für Beschäftigte und Betriebe beleuchtet und inwieweit der Einsatz von KI-Anwendungen hierbei eine besondere Rolle spielt. Ein weiterer vertiefender Blick erfolgt auf die besondere Situation von Beschäftigten, die parallel zur Erwerbsarbeit auch Carearbeit leisten.

Der DAK-Gesundheitsreport 2026 schließt mit einer übergreifenden Zusammenfassung und wesentlichen Schlussfolgerungen der DAK-Gesundheit zum Schwerpunktthema.

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.

Detaillierte Zahlenmaterialien zu den Arbeitsunfähigkeiten nach Regionen, Krankheitsarten und Wirtschaftsgruppen finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellen-
teil (Anhang II: Tabellen).

Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen

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

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 werden¹.

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. Datenquellen und Methodik

1.1 Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2025

Der DAK-Gesundheitsreport 2026 berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2025 aktiv erwerbstätig bzw. Arbeitslosengeld I bezogen haben 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 aufgrund von Krankenhaus- oder Reha-Behandlung sind dabei enthalten. Fehlzeiten im Zusammenhang mit Schwangerschaften (außer bei Krankschreibungen aufgrund von Schwangerschaftskomplikationen bzw. anderweitiger Erkrankungen einer Schwangeren unabhängig von der Schwangerschaft) werden nicht einbezogen. Fehlzeiten bei Bezug von Kinderkrankengeld sind nicht in den Fehlzeiten enthalten.

Die gesamte Datenbasis der Arbeitsunfähigkeitsanalysen des Berichtsjahr 2025 umfasst knapp 2,4 Mio. Mitglieder der DAK-Gesundheit, die sich zu 51 Prozent aus Frauen und zu 49 Prozent aus Männern zusammensetzen.

Abbildung 1: Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2025 nach Geschlecht



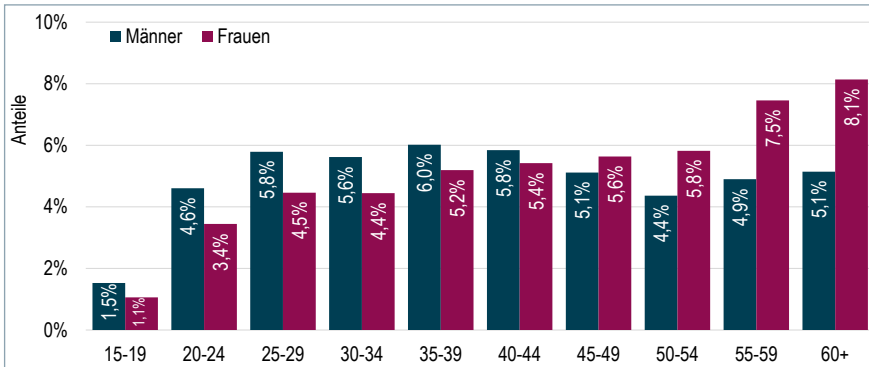
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

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 2025 umfasst die Datenbasis etwa 2,1 Mio. Versichertenjahre.

Alle in diesem Gesundheitsreport dargestellten Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten schließen nur diejenigen Erkrankungsfälle ein, für die der DAK-Gesundheit im Jahr 2025 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Abbildung 2: Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2025



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

In den Altersgruppen ab der Gruppe der 45- bis 49-Jährigen ist der Anteil der Frauen höher als der der Männer, zunächst nur geringfügig, ab der Altersgruppe der 50- bis 54-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.

Berücksichtigung von Arbeitsunfähigkeitsfällen

In allen hier vorliegenden Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit können nur diejenigen Erkrankungsfälle einbezogen werden, für die der DAK-Gesundheit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorliegen. Zu beachten ist dabei, dass bis zu Einführung der elektronischen Krankmeldung nicht alle Arbeitsunfähigkeitsfälle bei der DAK-Gesundheit gemeldet wurden, so dass die DAK-Gesundheit nicht von jeder Krankschreibung Kenntnis hatte. Seit dem 1.10.2022 sind alle Arztpraxen verpflichtet, die Krankschreibungen elektronisch an die Krankenkassen zu melden, die technisch dazu in der Lage waren. Im Laufe des Jahres 2022 sind alle Arztpraxen sukzessive auf diese Verfahren umgestiegen. Dadurch sind in

den Daten der DAK-Gesundheit die Krankmeldungen ab 2022 deutlich vollständiger erfasst als in den Vorjahren.

Eine Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt oder eine Ärztin für den Arbeitgebenden ist in der Regel erst ab dem vierten Kalendertag erforderlich. Kurzzeit-Erkrankungen von ein bis drei Tagen Dauer werden durch die Krankenkassen folglich nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Als Konsequenz dieser Umstände können sowohl die tatsächliche Betroffenenquote als auch die tatsächliche Fallhäufigkeit und damit verbunden die tatsächlich angefallenen AU-Tage in einem Berichtsjahr über den erfassten Werten liegen.

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. Ab dem Berichtsjahr 2022 geht diese Untererfassung durch Einführung der elektronischen Krankmeldung (eAU), durch die Krankmeldungen direkt aus der Praxis an die Krankenkassen übermittelt werden, deutlich zurück.

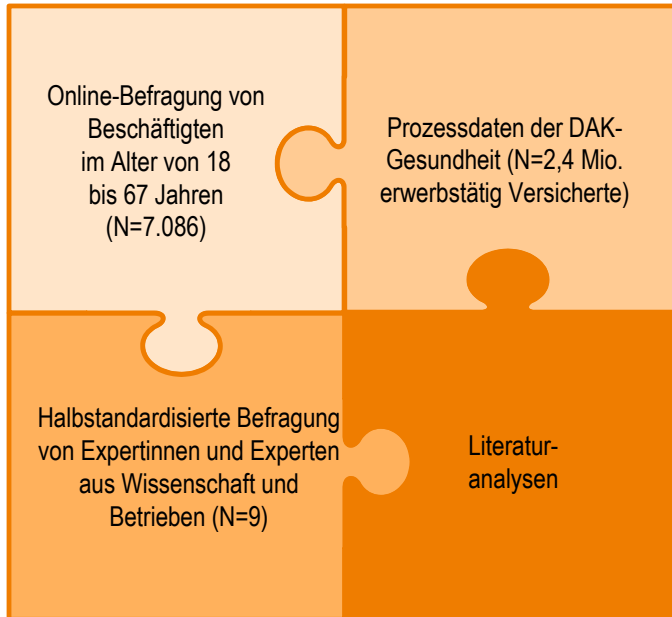
1.2 Datenquellen des Schwerpunktthemas

Die Ergebnisse des Schwerpunktthemas in Abschnitt 6 dieses Reports stützen sich auf verschiedene Datenquellen (Abbildung 3). Hierbei handelt es sich zum einen um die Prozessdaten der DAK-Gesundheit. Für die Analysen wurden Arbeitsunfähigkeitsdaten durch ambulante und stationären Behandlungsdaten der bei der DAK-Gesundheit versicherten Beschäftigten ergänzt. Zum anderen wurde eine standardisierte Online-Befragung von 7.086 abhängig Beschäftigten im Alter von 18 bis 67 Jahren durchgeführt.

Eine weitere Datenquelle stellt eine halbstandardisierte Befragung von Expertinnen und Experten dar. Der Pool der Befragten umfasst dabei zum einen Personen aus der wissenschaftlichen Praxis und zum anderen betriebliche Fachleute. Im Fokus der Befragung der wissenschaftlichen Expertinnen und Experten stehen die aktuelle Empirie zu Beschäftigten in der späten Erwerbsphase, die Chancen und Herausforderungen von zunehmend längerer Erwerbstätigkeit und vor diesem Hintergrund auch geeignete betriebliche Strategien für ein gesundheitsförderliches Arbeitsumfeld in dieser Erwerbsphase sowie der Stellenwert von Erfahrungswissen und Erfahrungswerten.

Die verwendeten Fragebögen für Expertinnen und Experten sind dem Anhang beigelegt.

Abbildung 3: Dem Schwerpunktthema zugrunde liegende Datenquellen



Quelle: IGES eigene Darstellung

1.3 Beschäftigtenbefragung

Methodik und Soziodemografie der Stichprobe

Die standardisierte Beschäftigtenbefragung von 7.086 Erwerbstätigen, d. h. abhängig Beschäftigten, ist die Basis für zahlreiche Ergebnisse des Reports. Die Beschäftigten wurden insbesondere zum Gesundheitszustand und zu ihrer Leistungsfähigkeit, zu ihren Rentenplänen, zum Thema Fort- und Weiterbildung, zu Erfahrungswissen und Erfahrungswerten und zu verschiedenen Aspekten von KI-Anwendungen im Arbeitsbereich befragt.

Weitere Themen des Fragebogens sind Angaben zur beruflichen Stellung im Unternehmen, Betriebsgröße, Umfang der Beschäftigung, Länge der aktuellen Betriebszugehörigkeit, Beginn der Berufstätigkeit) und privaten Situation (Partnerschaftsstatus, betreuungspflichtige Kinder).

Die Befragung wurde im Zeitraum 05. November bis zum 21. November 2025 durch die forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH als Online-Befragung realisiert. Das von forsa verwendete Panel rekrutiert die Panel-Teilnehmenden telefonisch basierend auf einem wissenschaftlichen Auswahlverfahren, sodass jeder Haushalt in Deutschland die gleiche statistische Chance hat, am Panel teilzunehmen. Grundsätzlich werden alle ausgewählten Befragungsteilnehmenden durch eine kurze E-Mail zur Befragung eingeladen. Die Einladung enthält neben dem Link zum Fragebogen eine kurze

Information zum übergeordneten Thema der Befragung. Nicht im Panel enthalten ist die Gruppen an Personen, die das Internet gar nicht nutzen.

Die Rücklaufquote wird von forsa mit 34 Prozent angegeben. Alle hier dargestellten Auszählungen und Analysen wurden durch das IGES Institut auf Basis des von forsa übernommenen Rohdatensatzes erstellt.

Die Befragten sind 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 67 Jahren in Deutschland ist.

Tabelle 1 zeigt die Demografie der Befragten ohne Verwendung der Gewichtung. Aufgrund der Schwerpunktsetzung ist die (ungewichtete) Stichprobe so angelegt, dass 50 Prozent der Befragten 50 Jahre oder älter sind.

Tabelle 2 zeigt die Befragten nach Alter und Geschlecht mit verwendetem Gewicht. Alle weiteren Auswertungen basieren auf dem gewichteten Datensatz.

Tabelle 1: Befragte nach Altersgruppen und Geschlecht (ungewichtet)

Altersgruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Tabellenprozent	Anzahl	Tabellenprozent	Anzahl	Tabellenprozent
18–29	169	2,4 %	104	1,5 %	273	3,9 %
30–39	676	9,5 %	460	6,5 %	1.136	16,0 %
40–49	1.188	16,8 %	941	13,3 %	2.129	30,0 %
50–59	1.053	14,9 %	962	13,6 %	2.015	28,4 %
60–67	823	11,6 %	710	10,0 %	1.533	21,6 %
Gesamt	3.909	55,2 %	3.177	44,8 %	7.086	100,0 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Tabelle 2: Befragte nach Altersgruppen und Geschlecht (gewichtet)

Alters- gruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Tabellen- prozent	Anzahl	Tabellen- prozent	Anzahl	Tabellen- prozent
18–29	466	6,6 %	306	4,3 %	772	10,9 %
30–39	1.062	15,0 %	1.034	14,6 %	2.096	29,6 %
40–49	1.157	16,3 %	1.089	15,4 %	2.245	31,7 %
50–59	826	11,7 %	254	3,6 %	1.080	15,2 %
60–67	678	9,6 %	214	3,0 %	893	12,6 %
Gesamt	4.189	59,1 %	2.897	40,9 %	7.086	100,0 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Tabelle 3 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe nach Geschlecht und höchstem Schulabschluss. Rund 40 Prozent der Frauen und etwas mehr als ein Drittel der Männer haben einen mittleren Schulabschluss. Rund elf Prozent der Frauen und ein Viertel der Männer haben einen einfachen oder keinen Schulabschluss. Einen Hochschulabschluss oder ein Studium geben 49 Prozent der Frauen und 36 Prozent der Männer an.

Die Stichprobe setzt sich aus Arbeitern, Angestellten, Beamten zusammen. In beiden Geschlechtern stellen die Angestellten die Mehrheit dar – insbesondere bei den Frauen, die zu rund 87 Prozent Angestellte sind (Tabelle 4).

Tabelle 3: Befragte nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht

Abschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
einfach ²	1.056	25,3 %	330	11,4 %	1.386	19,6 %
mittl. Abschluss ³	1.451	34,8 %	1.174	40,6 %	2.625	37,2 %
Hochschule/ Abitur ⁴	1.479	35,5 %	1.324	45,8 %	2.803	39,7 %
anderer	186	4,4 %	66	2,3 %	252	3,6 %
Gesamt	4.173	100,0 %	2.894	100,0 %	7.066	100,0 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

2 ohne Abschluss, Haupt-/Volksschulabschluss

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

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

Tabelle 4: Befragte nach beruflicher Statusgruppe und Geschlecht

Status- gruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Tabellen- prozent	Anzahl	Tabellen- prozent	Anzahl	Tabellen- prozent
Arbeiter	857	20,5 %	87	3,0 %	944	13,3 %
Angestellte	2.960	70,7 %	2.523	87,1 %	5.484	77,4 %
Beamte	371	8,9 %	287	9,9 %	658	9,3 %
Gesamt	4.189	100,0 %	2.897	100,0 %	7.086	100,0 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Hinweise zur Darstellung der Befragungsergebnisse bei fehlenden Werten und Teilgruppenauswertungen

Nicht alle Befragten 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 eines Prozents oder weniger. Sie werden daher in den Tabellen und Grafiken nicht berichtet und ausgewiesen. Ist der Anteil der fehlenden Angaben erhöht, wird die Summe der fehlenden Angaben im Total ausgewiesen und ist unter der Abbildung bzw. in der Tabelle angegeben. Generell gilt aber: Die Differenz zwischen der unter einer Grafik angegebenen Anzahl (n) und der Gesamtzahl von Befragten (n = 7.086) 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, die in Teilzeit arbeiten („n“). Auch hier kann es wiederum „keine Angabe“ oder „weiß nicht“-Antworten geben, die diese Zahl verringert. Oftmals werden innerhalb einer Darstellung die Antworten zu mehreren Fragen aufgeführt. 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).

Darüber hinaus können die dargestellten Abbildungen und Tabellen geringfügige Rundungsfehler enthalten, da zur besseren Lesbarkeit nur eine Dezimalstelle abgebildet wird.

Die Befragung enthält verschiedene mehrstufige Antwortskalen. Im Rahmen der Auswertung sind diese Angaben teilweise zur besseren Darstellung zusammengefasst worden. Antwortmöglichkeiten wie „trifft voll und ganz zu“ sowie „trifft eher zu“ werden häufig zu „trifft zu“ zusammengefasst und „trifft eher nicht zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“ zu „trifft nicht zu“.

1.4 Daten zur ambulanten und stationären Behandlung

Auf Basis der ambulanten und stationären Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit wird dazu dargestellt, wie hoch die Anteile der Beschäftigten ab 50 Jahren ist, die wegen einer bestimmten Diagnose in ambulanter ärztlicher Behandlung bzw. im Krankenhaus waren. Betrachtet werden dabei nur solche Behandlungsfälle, für die der Behandlungsbeginn in eine Versichertenzeit mit Krankengeldanspruch fällt. Dadurch wird sichergestellt, dass nur die Behandlungsfälle betrachtet werden, die in eine aktive Erwerbsphase fallen.

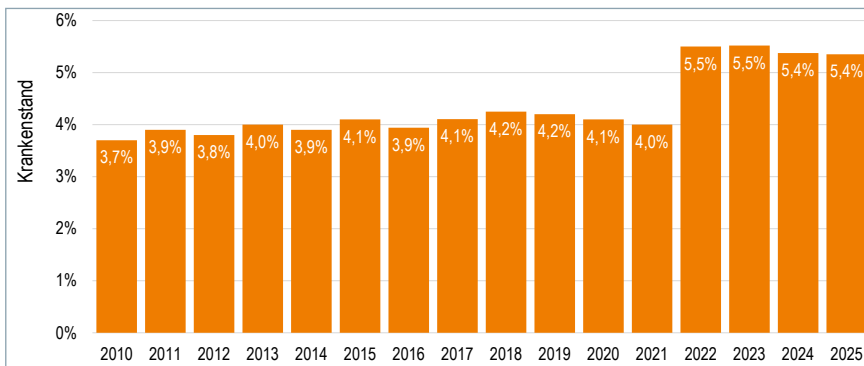
Die Behandlungsdiagnosen werden analog zu den Darstellungen in Abschnitt 3 anhand der ICD-10-Diagnoseschlüssel berichtet.

2. Arbeitsunfähigkeiten im Überblick

2.1 Der Krankenstand

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

Abbildung 4: Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2025

Der Krankenstand bewegt sich in den Jahren vor 2022 insgesamt auf einem niedrigen Niveau. Nach einem leichten Rückgang in den Jahren 2019 bis 2021 von 4,2 Prozent auf 4,0 Prozent ist der Wert des Krankenstands im Jahr 2022 sprunghaft auf ein deutlich höheres Niveau angestiegen.

Seit 2022 bewegt sich der Krankenstand konstant zwischen 5,4 und 5,5 Prozent und zeigt keine nennenswerte Dynamik. Im Jahr 2025 liegt der Krankenstand weiterhin mit 5,4 Prozent auf diesem Niveau. Inzwischen liegt damit der Krankenstand vier Berichtsjahre in Folge auf diesem deutlich höheren Niveau als in den Jahren vor 2022.

Anstieg des Krankenstandes: Ergebnisse aus dem Gesundheitsreport 2025

Der sprunghafte Anstieg des Krankenstandes ab 2022 ist nicht nur ein Phänomen, dass die DAK-Gesundheit betrifft. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung zeigt im Rahmen einer Zeitreihe seit 1991, dass der Anstieg des Krankenstandes für alle gesetzlichen Krankenkassen zu verzeichnen ist (IAB 2024).

Der Anstieg des Krankenstandes bei gleichzeitiger anhaltender Schwäche der deutschen Konjunktur (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz 14.10.2024) sowie die damit in Zusammenhang gebrachten hohen Produktivitätsausfälle in Deutschland macht den Krankenstand zum Politikum.

Vor diesem Hintergrund widmete der DAK-Gesundheitsreport 2025 dieser Entwicklung ein eigenständiges Schwerpunktkapitel und befasst sich darin vertiefend mit den Hintergründen und Ursachen des gestiegenen Krankenstands und klärt auf, inwieweit es sich bei dem auf Basis der Krankenkassendaten berichteten Anstieg um einen tatsächlichen Anstieg der Fehlzeiten handelt.

Im Ergebnis zieht die Analyse folgendes Fazit:

Der Anstieg des Krankenstands von 2021 auf 2022 ist vor allem auf kurze Krankschreibungen zurückzuführen. So entfiel die Zunahme der AU-Fälle in diesem Zeitraum zu 94 Prozent auf Krankschreibungen mit einer Dauer von bis zu 14 Tagen – diese waren ursächlich für 80 Prozent des Fehltaganstiegs und damit für den sprunghaften Anstieg des Krankenstands.

Anfang der 2020er Jahre kommen für den Anstieg des Krankenstands verschiedene Einflussfaktoren in Frage, die einen sprunghaften Anstieg des Krankenstands verursacht haben könnten. Der DAK-Gesundheitsreport 2025 untersucht die folgenden möglichen Faktoren, denen in der politischen Diskussion zum Teil ein erheblicher Einfluss zugeschrieben wurde.

Zu den untersuchten Faktoren zählen ein möglicher Anstieg der Krankheitslast, die Einführung der elektronischen Krankmeldung (eAU), die COVID-19-Pandemie sowie mögliche Verhaltensänderungen der Beschäftigten bei Erkältungskrankheiten – einschließlich eines möglichen missbräuchlichen Umgangs damit und der Möglichkeit, sich per Telefon für bis zu fünf Tage bei leichten Symptomen krankschreiben zu lassen.

Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass die Einführung der eAU in großem Umfang für den Anstieg des Krankenstandes verantwortlich ist: Die Analysen von AU-Daten und ambulanten Behandlungsdaten der DAK-versicherten Beschäftigten zeigen, dass es einen Anstieg in den Krankschreibungsquoten gab, ohne einen vergleichbar großen Anstieg der ambulanten Behandlungsquoten.

Dies gilt auch für die Diagnose „Akute Infektionen der oberen Atemwege“ (ICD-10: J06), die den größten Anteil am Anstieg des Krankenstands ausmacht. Bei dieser Diagnose stiegen nicht nur die Krankschreibungsquoten, sondern auch die Behandlungsrate um 96 Prozent – was in etwa einer Verdoppelung der ambulanten Behandlungen entspricht. Dennoch lässt sich auch hier zeigen, dass der Anstieg der Krankschreibungsquoten nicht vollständig durch einen Anstieg von entsprechenden ambulanten Behandlungsfällen zu erklären ist. Nur rund 40 Prozent des Anstiegs der Krankschreibungen mit dieser Diagnose ist darauf zurückzuführen, die verbleibenden 60 Prozent sind vor dem Hintergrund der eingeführten elektronischen Krankmeldung zu sehen.

Die repräsentativen Beschäftigtenbefragungen des Gesundheitsreports zum Krankmeldeverhalten zeigen, dass sich sowohl 2015 als auch 2024 rund 70 Prozent der Beschäftigten mindestens einmal innerhalb der letzten zwölf Monate krankgemeldet haben. Im Vergleich zu 2015 geben die Befragten im Jahr 2024 jedoch häufiger an, sich mehrfach krankgemeldet zu haben. Der Trend zu kürzeren, aber häufigeren Arbeitsunfähigkeiten ist ebenfalls in den AU-Daten der DAK-Gesundheit erkennbar.

Ein weiterer Trend zeigt sich darin, dass Beschäftigte sich im Jahr 2024 häufiger mit ärztlicher Bescheinigung bei ihrem Betrieb krankmelden als noch 2015 – obwohl der Anteil der Beschäftigten, die ab dem ersten Tag verpflichtend ein ärztliches Attest benötigen, im gleichen Zeitraum gesunken ist.

Auch die COVID-19-Pandemie beeinflusst das Krankmeldeverhalten der Beschäftigten über die Pandemiezeit hinaus: 48,8 Prozent der Befragten geben an, seit der Pandemie vorsichtiger im Umgang mit Infekten zu sein, und fast jeder Fünfte lässt sich bei Erkältungssymptomen eher krankschreiben. Dies könnte ein möglicher Erklärungsansatz für die gestiegenen Behandlungs- und Krankmeldequoten bei akuten Atemwegsinfekten sein.

Die medialen Debatten über einen missbräuchlichen Umgang mit Krankmeldungen lassen sich durch die Befragungsergebnisse nicht stützen. Weniger als ein Prozent der Befragten gibt an, eher oft (0,7 Prozent) oder sehr oft (0,1 Prozent) ohne triftigen Grund gefehlt zu haben.

Auch die telefonische Krankmeldung wird nach Angaben der Befragten wie vorgesehen genutzt. Als Hauptgründe für eine Krankschreibung per Telefon nennen die Beschäftigten den Schutz anderer Patienten vor Ansteckung sowie eine gesundheitliche Situation, die einen Praxisbesuch nicht zugelassen hätte.

Ein detaillierter Zeitverlauf der Krankmeldungen im Zeitraum der Einführung, Aussetzung und Wiedereinführung der telefonischen Krankmelderegelung zeigt darüber hinaus keinen Anstieg der Krankmeldungsquoten durch diese Möglichkeit.

Volkswirtschaftliche Bedeutung des Krankenstandes

Für das Jahr 2022 schätzt „die BAUA die volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle [durch krankheitsbedingte Fehlzeiten] auf insgesamt 118 Milliarden Euro bzw. den Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 207 Milliarden Euro⁵“ (vgl. BAUA 2023). Für das Jahr 2023 schätzt die BAUA auf Basis des Arbeitsunfähigkeitsvolumens „die volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle auf insgesamt 128 Milliarden Euro bzw. den Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 221 Milliarden Euro“ (vgl. BAUA 2024), was einen erneuten leichten Anstieg bedeutet.

⁵ Bei den erfassten Personen handelt es sich um Pflicht- und freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung mit Krankengeldanspruch.

Krankenstand im europäischen Vergleich

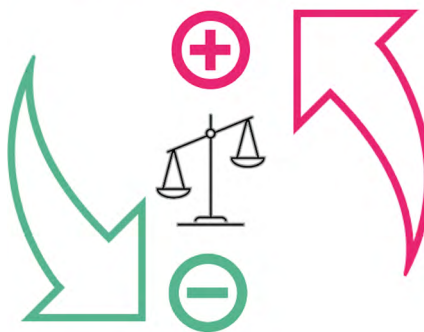
Eine Sonderanalyse der DAK-Gesundheit zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten im europäischen Vergleich, die im Kern auf verschiedenen Analysen⁶ der OECD beruht, kommt zu dem Ergebnis, dass ein direkter Vergleich der registrierten Fehlzeiten zwischen den EU-Ländern durch stark unterschiedliche Regelungen hinsichtlich der Voraussetzungen, der Dauer und der Höhe der Karenztage, der Lohnfortzahlung und des Krankengeldes erschwert wird. In einer Untersuchung zur selbst berichteten Krankheit in verschiedenen Staaten der EU, zeigt sich für Deutschland einen Krankenstand im oberen Mittelfeld des europäischen Vergleichs. Erklärungsansätze, die allein auf Systemunterschiede bei der Entgeltfortzahlung in den einzelnen Ländern abzielen, können allerdings die Unterschiede im Krankenstand zwischen den Ländern nicht erklären (Hildebrandt und Nguyen 2025).

2.2 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 5: Einflussfaktoren auf den Krankenstand

- Hohe Arbeitsbelastung
- Schlechtes Betriebsklima
- Umfang sozialpolitischer Maßnahmen bei Arbeitsunfähigkeit



- Angst vor Arbeitsplatzverlust
- Hohe Arbeitsmotivation
- Gute Arbeitsbedingungen

Quelle: DAK-Gesundheit 2025

⁶ Die OECD unterscheidet hierbei zwischen „compensated“ und „self-reported“ absence from work due to illness (OECD).

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

Faktoren auf der volkswirtschaftlichen Ebene

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 (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.

Gleichzeitig ist gesamtwirtschaftlich eine Verlagerung von Arbeitsplätzen aus dem industriellen in den Dienstleistungssektor zu beobachten. Dieses veränderte Arbeitsplatzprofil geht tendenziell mit dem Abbau gefährlicher oder körperlich schwerer Arbeit einher und führt zu Veränderungen im Krankheitsspektrum sowie zu einer tendenziellen Senkung des Krankenstandsniveaus. Wie die Statistiken belegen, ist der Krankenstand in Angestelltenberufen in der Regel deutlich niedriger als im gewerblichen Bereich.

Sozialpolitische Maßnahmen

In Deutschland hat die Entgeltfortzahlung einen hohen Stellenwert und ist zudem, verglichen mit anderen Ländern, sehr großzügig (Ziebarth und Pichler 2024).

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall gemäß § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz

Seit 1994 haben alle Arbeitnehmer (inklusive Auszubildende), die unverschuldet durch Arbeitsunfähigkeit infolge eines Krankheitsfalls an ihrer Arbeitsleistung verhindert sind, Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Verantwortlich für die Zahlung ist der Arbeitgebende für bis zu einer Dauer von sechs Wochen.

Verschiedene Analysen zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Fehltage und dem Umfang der Entgeltfortzahlungen gibt (Böckerman et al. 2018; Johansson et al. 2002; Johansson et al.; Johansson und Palme 2005; Ziebarth und Pichler 2024).

Bei einer Senkung der Zahlungen melden sich demnach auch weniger Beschäftigte krank. Es ist davon auszugehen, dass bestimmte Beschäftigtengruppen hierbei auf eine Krankmeldung verzichten würden – zum einen Personen mit leichten Erkrankungen, die morgens aufgrund ihrer Symptome entscheiden, der Arbeit fernzubleiben (die sog. Bettkanten-Entscheidung), und zum anderen mögliche „Blaumacher“, d. h. Beschäftigte, die der Arbeit

ohne triftigen Grund fernbleiben. Restriktivere Regelungen zur Entgeltfortzahlung können jedoch auch dazu führen, dass Beschäftigte krank zur Arbeit erscheinen (Präsentismus) – mit negativen Folgen für die Betriebe: Infektionen werden unter Kolleginnen und Kollegen verbreitet, und die Produktivität der erkrankten Beschäftigten kann erheblich eingeschränkt sein (Ziebarth und Pichler 2024). So haben während der COVID-19-Pandemie viele Länder die bezahlten Krankentage ausgeweitet, was zu einer Eindämmung der Pandemie beitrug und darüber hinaus die Arbeitsmärkte vor größeren Krisen bewahrte (Scarpetta et al. 2020).

Betriebliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand

Viele Dienstleistungsunternehmen – einschließlich der öffentlichen Verwaltung – stehen zunehmend unter Wettbewerbsdruck, während die verfügbaren Ressourcen knapper werden. Dies führt zu Arbeitsverdichtung, Rationalisierungsmaßnahmen und vielfach auch zu Personalabbau. Die daraus resultierenden Belastungen (z. B. Stressbelastungen) können sich negativ auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken und zu einem Anstieg des Krankenstands beitragen.

► Der Gesundheitsreport 2023 beschäftigt sich vertiefend mit dem Thema „Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck“. Beschäftigte, die häufig oder dauerhaft von Personalmangel betroffen sind, leiden besonders stark unter Belastungen und Leistungsdruck, was zu physischen und psychischen Beschwerden führt. Branchen, die besonders stark vom Personalmangel betroffen sind, weisen erhöhte Fehlzeiten auf.

Auf der anderen Seite sind von betriebsbedingten Entlassungen vor allem ältere oder gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte betroffen. Da in den AU-Analysen nur aktiv Erwerbstätige berücksichtigt werden, tritt hierdurch der sogenannte „healthy-worker-effect“ auf. Die Belegschaft scheint also allein durch dieses Selektionsprinzip „gesünder“ geworden zu sein.

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Im Zuge umfassender Organisations- und Personalentwicklung haben viele Unternehmen in den letzten Jahren ihren betrieblichen Krankenstand stärker in den Fokus gerückt. Dabei wird insbesondere dem Zusammenhang zwischen Arbeitsmotivation, Arbeitszufriedenheit und Betriebsklima einerseits sowie dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen andererseits verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet – etwa im Rahmen von Mitarbeiterzirkeln, Mitarbeiterbefragungen oder Führungsstilanalysen.

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.

Eine Übersichtsarbeit, die den Einfluss verschiedener Interventionen auf das Fehlzeiten-geschehen untersucht, zeigt, dass es eine Vielzahl an Programmen gibt, die sich krankens-tandsenkend auswirken – daneben existieren jedoch auch Angebote, die wirkungslos bleiben (Odeen et al. 2013). Auch hinsichtlich des ökonomischen Nutzens arbeitswelt-bezogener Gesundheitsförderung belegt eine Vielzahl von Untersuchungen den positiven Effekt solcher Maßnahmen (Barthelmes et al. 2019).

Insgesamt lässt sich kein einzelner Mechanismus identifizieren, der eine deutliche Absenkung des Krankenstands bewirken könnte. Es ist daher schwierig, eine zuverlässige Prognose zur künftigen Entwicklung des Krankenstandes abzugeben. Hinzu kommt, dass viele Maßnahmen zielgruppenspezifisch ausgerichtet sind (bspw. Muskel-Skelett-Erkrankungen oder psychische Belastungen) und sich in ihrer methodischen Umsetzung stark unterscheiden.

Die DAK-Gesundheit ist im Interesse der Unternehmen und Beschäftigten um eine positive Entwicklung hin zu niedrigeren Krankenständen bemüht und möchte die Verantwortlichen dazu ermutigen, ihre Anstrengungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zum Abbau von Arbeitsbelastungen fortzuführen.

Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements unterstützt die DAK-Gesundheit die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen, die auf den Schutz, die Verbesserung und die Wiederherstellung der Gesundheitsressourcen der Beschäftigten sowie ihr Wohlbefinden bei der Arbeit hinwirken. Dies kann zugleich dazu beitragen, die Arbeitsunfähigkeit der Beschäftigten zu reduzieren.

2.3 Strukturmerkmale des Krankenstandes

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 2025 dargestellt werden, werden diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert.

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 Versicherter“. Aus Gründen der einfachen Lesbarkeit wird nachfolgend im Allgemeinen nur von „100 Versicherten“ bzw. „100 Mitgliedern“ gesprochen.

Der Krankenstand (KS) lässt sich berechnen, indem man die AU-Tage je 100 Versichertenjahre (Vj) durch die Kalendertage des Jahres teilt:⁷

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

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.

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

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

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

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

Für Schaltjahre erfolgt die Division durch 366 Tage.

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

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

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

Jedes dieser Strukturmerkmale beeinflusst die Krankenstandshöhe. Ihre Betrachtung ist daher sinnvoll, wenn man die Krankenstände im Zeitverlauf oder zwischen unterschiedlichen Betrieben, Branchen oder soziodemografischen Gruppen miteinander vergleicht

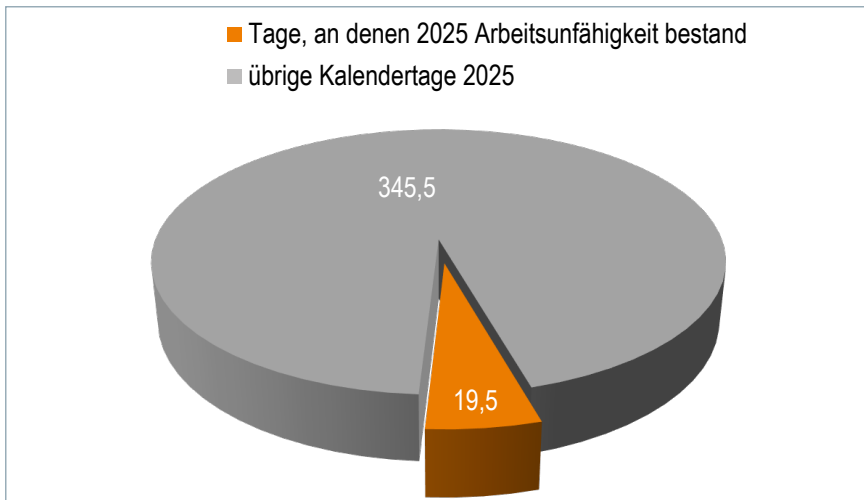
⁷ Für Schaltjahre steht im Nenner die Zahl 366.

will. In den folgenden Abschnitten werden die genannten Strukturmerkmale des Krankenstandes vertiefend analysiert.

Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

Im Jahr 2025 wurden je 100 ganzjährig versicherten Mitgliedern der DAK-Gesundheit durchschnittlich 1.953,1 Fehltage aufgrund von Arbeitsunfähigkeit (AU) registriert. Daraus ergibt sich ein Krankenstand von 5,4 Prozent: Verteilt man die 1.953,1 AU-Tage je 100 Versicherte auf die 365 Kalendertage des Jahres, so waren an jedem Tag durchschnittlich 5,4 Prozent der bei der DAK-Gesundheit versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.

Abbildung 6: AU-Tage eines durchschnittlichen Mitglieds der DAK-Gesundheit 2025
(Basis: 365 Kalendertage in 2025)

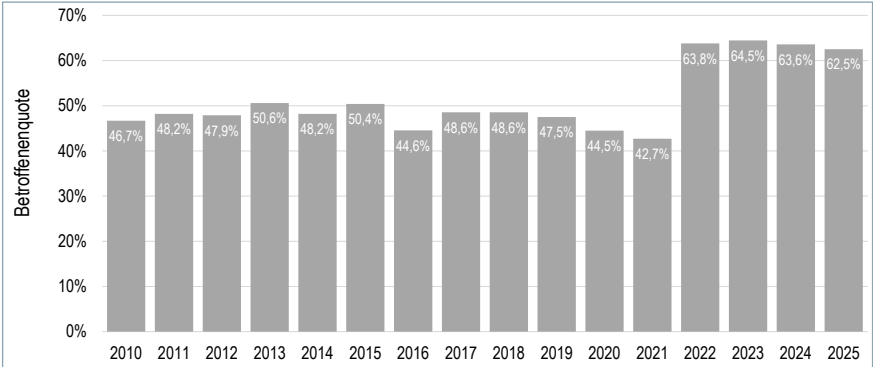


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Betroffenenquote

2025 hatten 62,5 Prozent der Mitglieder der DAK-Gesundheit mindestens eine Arbeitsunfähigkeit. Das bedeutet, dass weniger als die Hälfte der Beschäftigten keine Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2025 hatte. Abbildung 7 zeigt die Betroffenenquoten für die Jahre 2010 bis 2025.

Abbildung 7: Betroffenenquote 2025 im Vergleich zu den Vorjahren



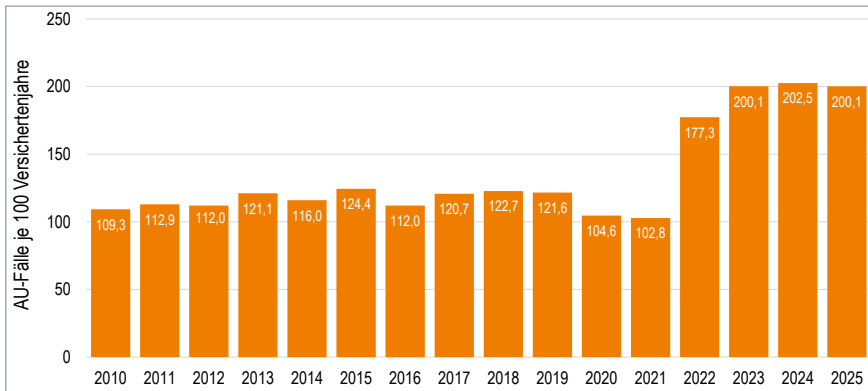
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2025

Gegenüber dem Vorjahr ist die Betroffenenquote im Jahr 2025 leicht gesunken, liegt aber weiterhin deutlich oberhalb der 50-Prozent-Marke. Vor Einführung der elektronischen Krankschreibung lag der Wert in den meisten Jahren seit 2010 deutlich unter oder nur knapp über dem Wert von 50 Prozent. Abschnitt 2.1 geht auf die Hintergründe der Entwicklung ab 2022 vertiefend ein.

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 2025 minimal gestiegen, die Häufigkeit ist jedoch leicht gesunken, so dass das Krankenstandsniveau 2025 gegenüber dem Vorjahr unverändert geblieben ist.

Die Erkrankungshäufigkeit lag 2025 mit 200,1 Erkrankungsfällen je 100 Versicherte etwas unter der im Vorjahr (2024: 202,5 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2025 durchschnittlich mit 2,0 Fällen (200,1 dividiert durch 100) zweimal arbeitsunfähig.

Abbildung 8: AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2025

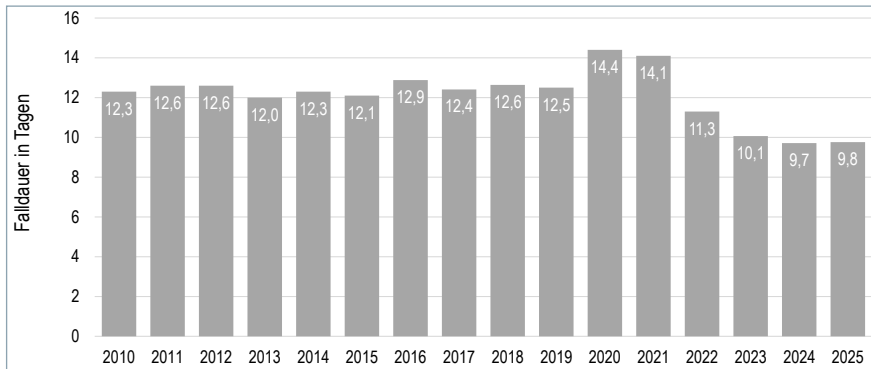
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2025

In den Jahren 2010 bis 2012 war der Wert für die Krankschreibungshäufigkeit nahezu unverändert. In den Jahren 2013 bis 2019 lag die Krankschreibungshäufigkeit mit Ausnahme des Wertes für 2016 auf einem etwas höheren Niveau. In den beiden Pandemiejahren 2020 und 2021 sank die Krankschreibungshäufigkeit deutlich. Der Wert für 2022 ist gegenüber dem Niveau aller dargestellten Vorjahre sehr stark gestiegen, in 2023 nochmal leicht. Seit 2023 liegt der Wert der AU-Fälle je 100 Versichertenjahre beinahe konstant bei rund 200 AU-Fällen. Abschnitt 2.1 geht auf die Hintergründe der Entwicklung ab 2022 vertiefend ein.

Durchschnittliche Falldauer

In den weiter zurückliegenden Jahren bis 2019 hatte sich die durchschnittliche Krankschreibungsdauer nur unwesentlich von Jahr zu Jahr verändert. Im Jahr 2020 war die Falldauer dann deutlich gestiegen auf 14,4 Tage. Seit 2022 ist die Falldauer stark gesunken und liegt nun mit 9,8 Tagen im Jahr 2025 in etwa auf dem Niveau des Vorjahres (2024: 9,7 Tage).

Abbildung 9: Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2025 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2025

Anmerkung: Die Falldauer wird angegeben in Kalendertagen je AU-Fall

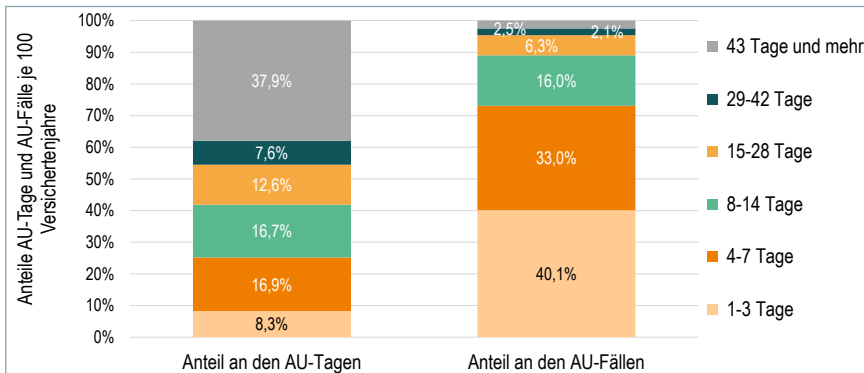
Bedeutung der Arbeitsunfähigkeitsfälle unterschiedlicher Dauer

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 10 veranschaulicht diesen Zusammenhang für das Berichtsjahr 2025:

- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machen 73,1 Prozent aller AU-Fälle aus (1- bis 3-Tages-Fälle 40,1 Prozent und 4- bis 7-Tages-Fälle 33,0 Prozent).
- Andererseits sind diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 25,2 Prozent der AU-Tage – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu drei Tagen Dauer verursachen nur 8,3 Prozent der Ausfalltage.

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

Abbildung 10: Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2025 insgesamt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

- 37,9 Prozent der AU-Tagen entfielen auf nur 2,5 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 minimal gestiegen (2024: 2,4 Prozent). Ihr Anteil an den AU-Tagen stieg ebenfalls leicht (2024: 36,4 Prozent).

Um gezielt Langzeitarbeitsunfähigkeiten zu adressieren, bedarf es der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung, Rehabilitationsmaßnahmen sowie ein Wiedereingliederungsmanagement in Betrieben (BEM).

Langzeitarbeitsunfähigkeiten durch betriebliches Eingliederungsmanagement überwinden

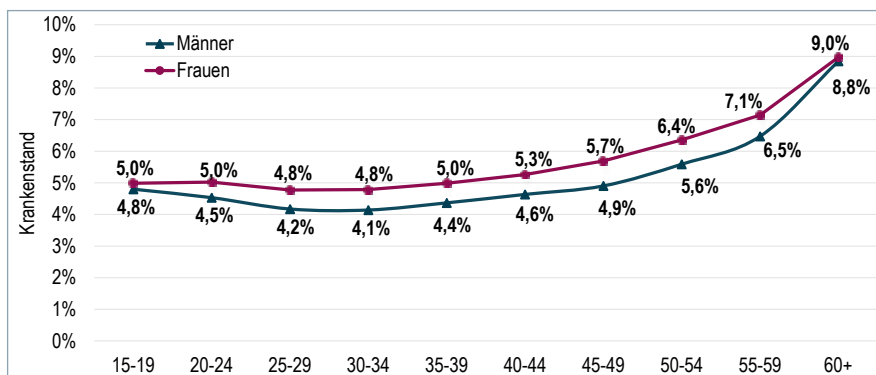
Das durch das am 1. Mai 2004 in Kraft getretene „Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen“ novellierte Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) fordert in § 167 Abs. 2 SGB IX alle Arbeitgebende auf, für alle Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen.

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

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.

Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 11: Krankenstand 2025 nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

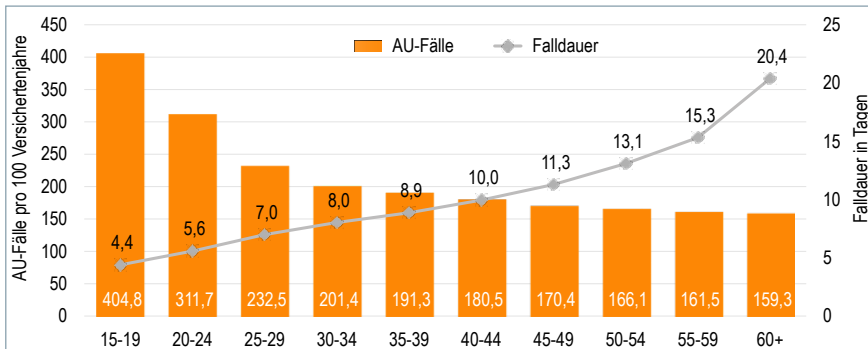
Der Krankenstand der weiblichen Versicherten ist mit durchschnittlich 5,7 Prozent – wie auch in den Vorjahren – höher als der der männlichen Versicherten (5,1 Prozent). Wie der Altersverlauf zeigt, liegt der Krankenstand der Frauen in allen Altersgruppen über dem der Männer.

Der höhere Krankenstand von Frauen ist im Wesentlichen auf eine höhere Fallhäufigkeit (208,9 Fälle bei Frauen gegenüber 192,5 Fällen bei Männern je 100 Versichertenjahre) zurückzuführen.

► 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 Umgang im Zusammenhang mit Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und Krankschreibung sowie mögliche weitere Einflussfaktoren wie die Branchenzugehörigkeit.

Die beiden Kurven in Abbildung 12 zeigen – abgesehen vom Niveau – insgesamt ein ähnliches Muster. 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 typischen Altersverlauf des Krankenstands liefert die Zerlegung in seine beiden Komponenten: die Erkrankungshäufigkeit – abgebildet durch die Fallzahl – und die Erkrankungsdauer.

Abbildung 12: Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2025

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Der in Abbildung 12 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 rund 405 Fällen pro 100 Versicherte mehr als doppelt so hoch und nimmt mit zunehmendem Alter weiter ab. 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 4,4 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 15,3 Tage.

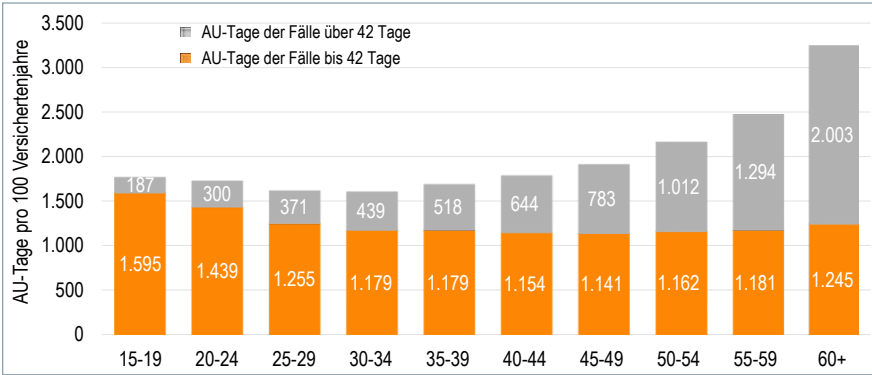
Wegen der kurzen Falldauer wirkte sich die sehr viel größere Fallhäufigkeit der jüngsten Mitglieder lediglich in einem moderat erhöhten Krankenstand nieder (vgl. Abbildung 11). Die längere durchschnittliche Falldauer der älteren Mitglieder ist darauf zurückzuführen, dass Langzeitarbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer im Altersverlauf zunehmen und einen erheblich größeren Anteil am Krankheitsgeschehen haben.

► **Das Schwerpunktthema 2011 „Gesundheit junger Arbeitnehmer“ zeigt, dass ein wichtiger Grund für die hohe Fallhäufigkeit in der jüngsten Altersgruppe das größere Unfall- und Verletzungsrisiko jüngerer Beschäftigter ist, das im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten (z. B. Sport) steht. Jüngere Arbeitnehmer sind zudem häufiger aufgrund von vergleichsweise geringfügigen Erkrankungen (z. B. Atemwegsinfekten) krankgeschrieben. Daher ist die Falldauer bei den jüngeren Mitgliedern sehr gering und steigt erst mit zunehmendem Alter deutlich an. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt das Schwerpunktthema 2025 „Generation Z in der Arbeitswelt“.**

Das diesjährige Schwerpunktthema in Kapitel 6, liefert einen aktuellen vertiefenden Einblick in die Entwicklung von Krankschreibungen in den höheren Altersgruppen und gibt einen Überblick zu verschiedenen Kernthemen in der späten Erwerbsphase.

Abbildung 13 zeigt, wie viele AU-Tage in der jeweiligen Altersgruppe auf die Fälle von bis zu oder mehr als 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 13: AU-Tage je 100 Versicherte nach Falldauer (bis 42 Tage/ über 42 Tage) und Altersgruppe



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

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 10,5 Prozent (187 von [187+1.595]) des Krankenstandes auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, beträgt dieser Wert in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 61,7 Prozent (2.003 von [1.245+2.003]). Mit anderen Worten: Bei den über 60-Jährigen werden mehr als 60 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 Schlüssel-systems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden.⁸

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 14 dargestellt.

Abbildung 15 zeigt die Anteile dieser Krankheitsarten an den Erkrankungsfällen.

Auf Atemwegserkrankungen, psychische Erkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems entfallen 2025 mehr als die Hälfte aller Fehltage (55,9 Prozent).

Erkrankungen des Atmungssystems

Im Jahr 2025 hatten Erkrankungen des Atmungssystems erneut einen Anteil von 19,4 Prozent am Krankenstand. Mit 378,3 AU-Tagen je 100 Versicherte lag diese Krankheitsart beim Tagevolumen an der Spitze. Auch hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit lagen Erkrankungen des Atmungssystems mit 67,9 Erkrankungsfällen pro 100 Versicherte an der Spitze. Im Durchschnitt dauerte eine Krankschreibung wegen einer Atemwegserkrankung 5,6 Tage.

Die Fehltage wegen Erkrankungen des Atmungssystems sind 2024 im Vergleich zum Vorjahr (2024: 381,7 AU-Tage pro 100 Versicherte) leicht gesunken.

Psychische Erkrankungen

An zweiter Stelle in Bezug auf den Anteil an allen Fehltagen stehen die psychischen Erkrankungen mit 18,7 Prozent der Ausfalltage. Im Vergleich zum Vorjahr ist mit 365,5 AU-Tagen pro 100 Versicherte ein erneuter Anstieg der Fehltage festzustellen (2024: 341,8 AU-Tage). Psychische Erkrankungen führen zu deutlich überdurchschnittlich langen Krankschreibungen, 2025 stieg die Dauer einer Krankschreibung auf 34,2 Tage (2024: 32,9 Tage).

⁸ Vgl. DIMDI 2023

Nach epidemiologischen Studien gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen.

Die gestiegene Bedeutung von psychischen Erkrankungen hat die DAK-Gesundheit bereits mehrfach untersucht.

► **Sonderanalysen zu psychischen Erkrankungen sind in den Gesundheitsreporten 2002, 2005 und 2013 zu finden.**

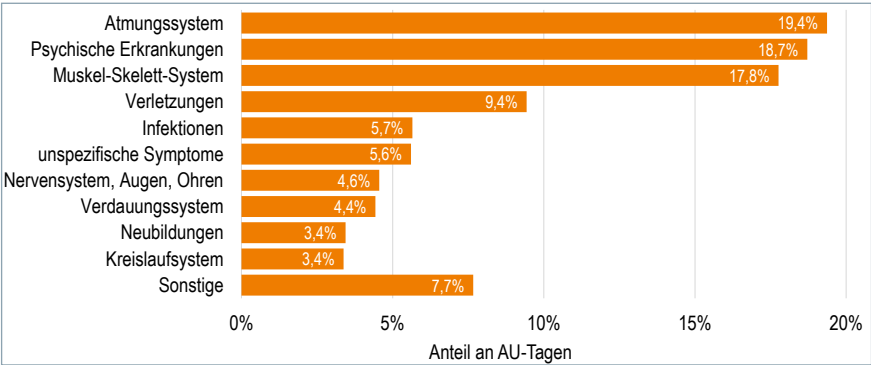
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

Krankschreibungen aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lagen 2025 mit 17,8 Prozent aller Fehltag an dritter Stelle im Fehlzeitengeschehen. Die Zahl der Fehltag je 100 Versichertenjahre ging von 349,8 (2024) auf 346,9 (2025) leicht zurück. Auch die Fallhäufigkeit sank minimal: von 25,3 AU-Fällen im Jahr 2024 auf 25,0 AU-Fälle im Jahr 2025. Die durchschnittliche Krankschreibungsdauer blieb mit 13,9 Tagen gegenüber dem Vorjahr (13,8 Tage) nahezu unverändert. Innerhalb der Hauptgruppe der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems stellen Rückenerkrankungen den größten Teilkomplex dar.

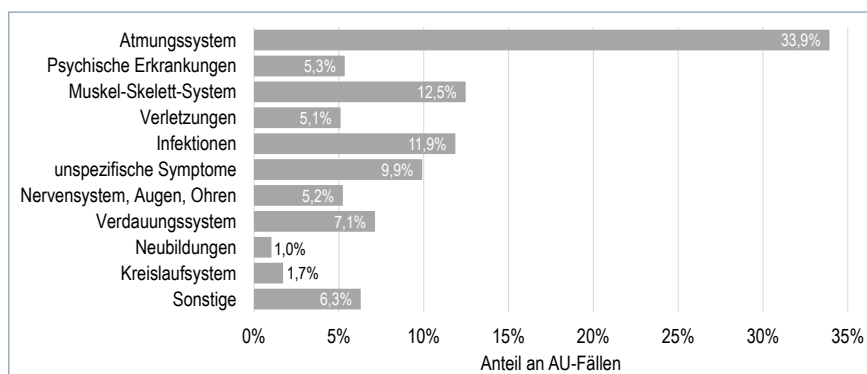
► **Mehr Informationen hierzu bieten Sonderauswertungen innerhalb des DAK-Gesundheitsreports 2018 „Rückenleiden“.**

Die aktuellen Entwicklungen dazu finden sich im nachfolgenden Abschnitt.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Abbildung 15: Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Verletzungen und Infektionen

Verletzungsbedingte Krankschreibungen belegen 2025 erneut Platz vier im Fehlzeitengeschehen und sind für 9,4 Prozent aller Fehltage verantwortlich. Mit einer durchschnittlichen Krankschreibungsdauer von 18,1 Tagen gehören sie zu den Diagnosegruppen mit deutlich überdurchschnittlicher Dauer. Bei der Fallhäufigkeit hingegen rangieren sie lediglich auf Platz acht.

Infektionsbedingte Krankschreibungen – etwa aufgrund einer infektiösen Gastroenteritis oder Kolitis – haben einen Anteil von 5,7 Prozent an den Fehltagen und belegen damit Platz fünf.

Diagnosegruppe mit COVID-19-Erkrankung

Die Erkrankungsgruppe „Äußere Ursachen und Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen“ fasst mehrere Diagnosegruppen zusammen (ICD-10: U00–Z99), darunter auch die Diagnosen U07.1 und U07.2, mit denen COVID-19 kodiert wird. Erstmals im Jahr 2022 spielte diese Gruppe eine bedeutende Rolle und belegte Platz vier der häufigsten Erkrankungsursachen. Im Jahr 2025 hat sie jedoch deutlich an Bedeutung verloren und rangiert nur noch auf Platz elf – damit außerhalb der zehn häufigsten Erkrankungsgruppen.

Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass nach dem Abklingen der COVID-19-Pandemie seltener ein entsprechender Test durchgeführt wird und somit weniger Fälle diagnostiziert und kodiert werden. In gewissem Umfang ist daher von einer Untererfassung dieser Diagnose auszugehen.

Zu den zehn wichtigsten Krankheitsarten zählen darüber hinaus unspezifische Symptome, Erkrankungen des Nervensystems, der Augen und Ohren sowie des Verdauungssystems, Neubildungen und Erkrankungen des Kreislaufsystems.

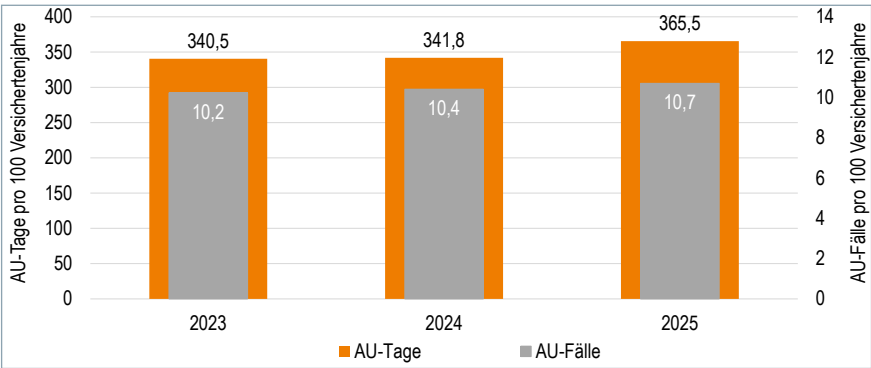
Aktuelle Entwicklungen bei psychischen Erkrankungen

Der Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen ist eine der auffälligsten Entwicklungen im Fehlzeitengeschehen der vergangenen Jahre – eine Tendenz, die der DAK-Gesundheitsreport seit Jahren verfolgt.

Die nachfolgenden Abbildungen fassen die aktuellen Entwicklungen zusammen.

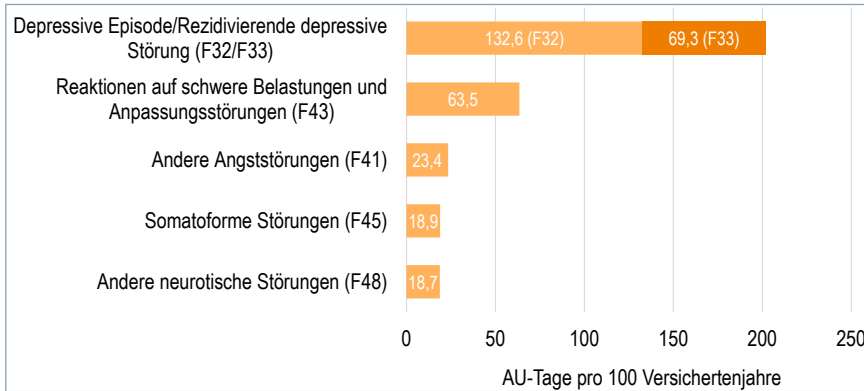
Abbildung 16 zeigt, dass die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen 2025 weiter gestiegen ist: Mit 365,5 Fehltagen je 100 Versichertenjahre entspricht dies einem Anstieg von 6,9 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Auch die Fallhäufigkeit nahm zu – von 10,4 Krankschreibungsfällen je 100 Versichertenjahre im Jahr 2024 auf 10,7 Fälle im Jahr 2025.

Abbildung 16: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen



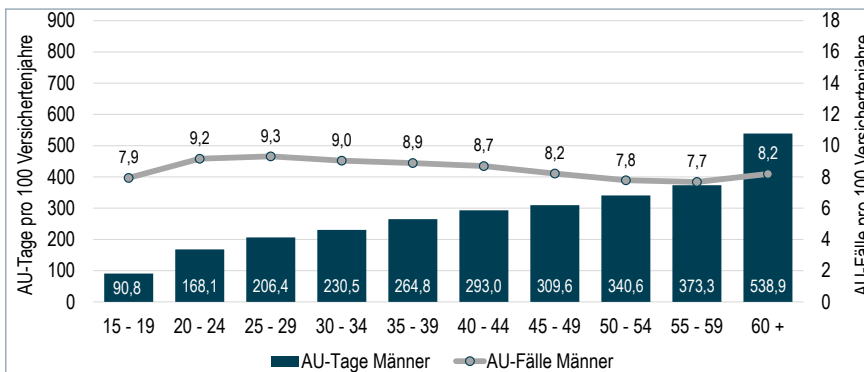
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2023–2025

Abbildung 17 differenziert die psychischen Erkrankungen (ICD-10: F00–F99) nach den fünf häufigsten Einzeldiagnosen und stellt die jeweiligen Fehltage je 100 Versichertenjahre dar. Den größten Anteil entfällt dabei auf Depressionen.

Abbildung 17: AU-Tage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen

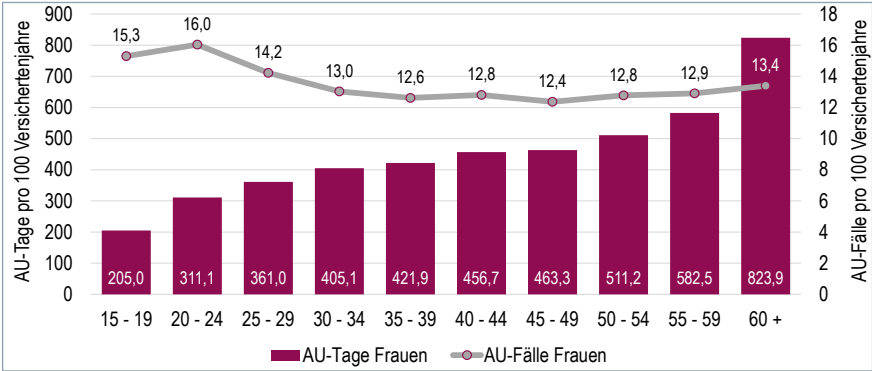
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Mit 455,8 gegenüber 288,4 Fehltagen je 100 Versichertenjahre fällt die Zahl der AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen bei Frauen deutlich höher aus als bei Männern. Wie Abbildung 18 und Abbildung 19 zeigen, nimmt bei beiden Geschlechtern die Zahl der Fehltag (Säulen) mit dem Alter kontinuierlich zu. Die Veränderung der Fallhäufigkeit im Altersverlauf (Linien) ist bei Männern deutlich moderater ausgeprägt als bei Frauen. Eine besonders hohe Fallhäufigkeit zeigt sich bei Frauen bis etwa Ende 20, danach verändert sich auch bei Frauen die Fallhäufigkeit mit zunehmendem Alter weniger stark.

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

Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2025

Abbildung 19: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Frauen



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2025

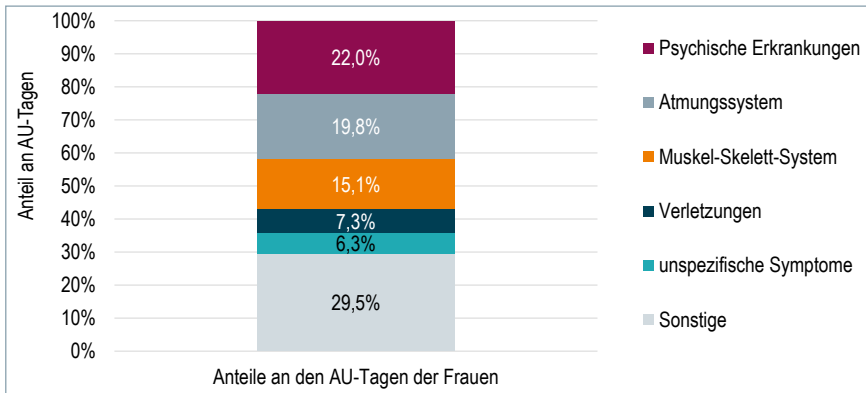
3.2 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

Bei Männern verursachen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 20,3 Prozent die meisten Fehltage (Platz eins), während psychische Erkrankungen mit 15,6 Prozent Platz drei belegen. Bei Frauen ist das Bild umgekehrt: Psychische Erkrankungen stehen mit 22,0 Prozent an erster Stelle, Muskel-Skelett-Erkrankungen folgen mit 15,1 Prozent auf Platz drei.

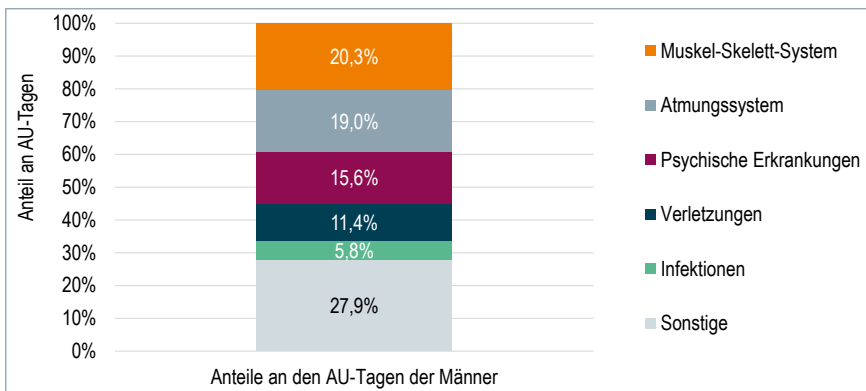
Atemwegserkrankungen belegen bei beiden Geschlechtern Platz zwei und spielen eine ähnlich große Rolle: Bei Männern entfallen 19,0 Prozent der Fehltage auf diese Gruppe, bei Frauen 19,8 Prozent.

Verletzungen rangieren bei beiden Geschlechtern auf Platz vier, jedoch mit deutlichem Unterschied: Während bei Männern 11,4 Prozent der Fehltage auf Verletzungen entfallen, sind es bei Frauen lediglich 7,3 Prozent. Auf Platz fünf folgen bei Männern Infektionen (5,8 Prozent), bei Frauen hingegen unspezifische Symptome wie z. B. Bauchschmerzen oder Kopfschmerzen (6,3 Prozent).

Abbildung 20 und Abbildung 21 zeigen zudem, dass der Anteil der sonstigen Krankheitsarten am Gesamtankenstand bei beiden Geschlechtern in etwa gleich hoch ist: 29,5 Prozent bei Frauen und 27,9 Prozent bei Männern.

Abbildung 20: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen – Frauen

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Abbildung 21: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen – Männer

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

3.3 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

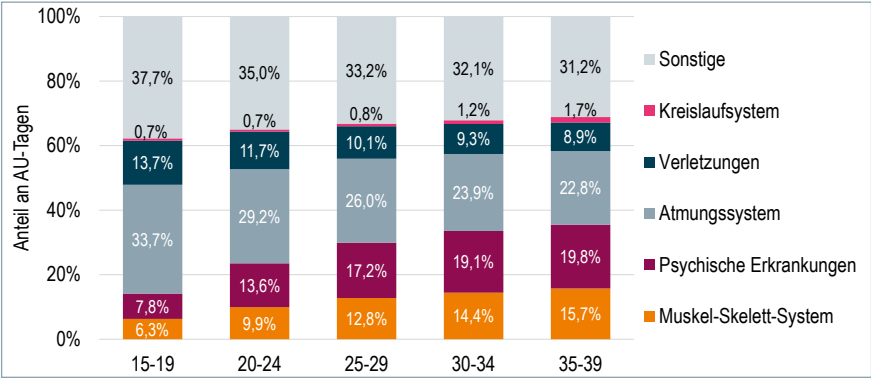
Abbildung 22 zeigt die Bedeutung der sechs wichtigsten Krankheitsarten in den fünf jüngeren und Abbildung 23 in den fünf älteren Altersgruppen. Die Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems steigt mit zunehmendem Alter kontinuierlich an – von 6,3 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen auf 23,3 Prozent bei den über 60-Jährigen. Ursächlich hierfür sind verstärkt auftretende chronisch-degenerative Erkrankungen im höheren Alter (vgl. Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2003 und 2018: „Rückenerkrankungen“).

Atemwegserkrankungen haben in der jüngsten Altersgruppe die größte Bedeutung: 33,7 Prozent der Fehltage entfallen dort auf diese Diagnosegruppe. Mit zunehmendem Alter nimmt ihr Anteil am Krankenstand jedoch deutlich ab. Ähnliches gilt für Verletzun-

gen: Ihr Anteil ist in der jüngsten Altersgruppe mit 13,7 Prozent am höchsten und sinkt mit steigendem Alter kontinuierlich. Bei den über 60-Jährigen entfallen nur noch 8,2 Prozent aller Ausfalltage auf diese Diagnosegruppe.

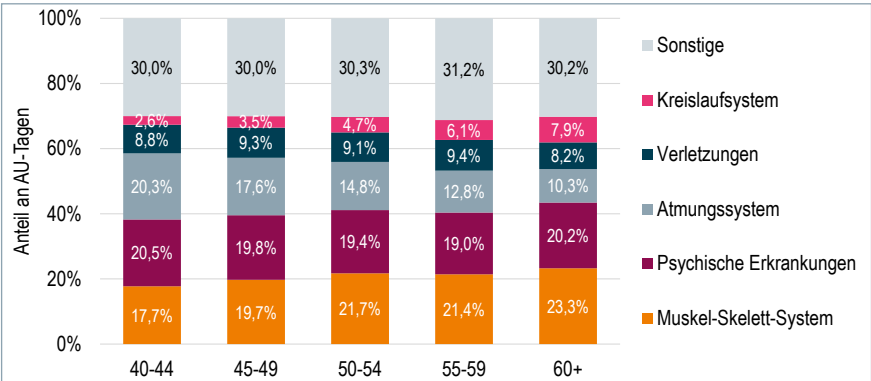
Der Anteil psychischer Störungen am Gesamtkrankenstand steigt von 7,8 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf 20,5 Prozent bei den 40- bis 44-Jährigen. Ab dem 45. Lebensjahr bleibt ihre relative Bedeutung – bei insgesamt steigendem Krankenstands-niveau – weitgehend konstant. Psychische Erkrankungen haben damit im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen insgesamt an Gewicht gewonnen.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Abbildung 23: Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf älteren Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

3.4 Die wichtigsten Einzeldiagnosen

Bisher wurde der Anteil der Krankheitsarten (ICD-10-Kapitel) am Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit betrachtet. Tabelle 5 zeigt nun auf der Ebene der Einzeldiagnosen, welche konkreten Erkrankungen innerhalb der ICD-10-Kapitel wesentlich zum Krankenstand beigetragen haben.

Grundlage der Rangliste ist der jeweilige Anteil an den AU-Tagen. Im Anhang II zu diesem Report wird diese Rangliste auch differenziert für Männer und Frauen ausgewiesen.

Die wichtigste Einzeldiagnose stammt aus dem Bereich der Atemwegserkrankungen: „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (J06). Eine weitere bedeutende Einzeldiagnose dieser Erkrankungsgruppe ist „Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]“ (J00).

An zweiter Stelle stehen im Jahr 2025 die „Depressiven Episoden“ (F32). „Rezidivierende depressive Störungen“ (F33) und „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) folgen auf den Plätzen vier und fünf. Weitere Diagnosen aus dieser Gruppe sind „Angststörungen“ (F41), „somatoforme Störungen“ (F45) und „andere neurotische Störungen“ (F48).

Rang drei belegen die „Rückenschmerzen“ (M54). Weitere Einzeldiagnosen aus dem Kapitel der Muskel-Skelett-Erkrankungen sind „Sonstige Bandscheibenschäden“ (M51) auf Platz sieben sowie „Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]“ (M23) auf Platz neun. „Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert“ (M25), „Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]“ (M17) und „Schulterläsionen“ (M75) folgen auf den weiteren Plätzen.

Unter den 20 wichtigsten Einzeldiagnosen finden sich zudem die sogenannten Magen-Darm-Infektionen – „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs“ (A09) – sowie „Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation“ (B34). Ebenfalls vertreten sind „Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff“ (Z98), „Bauch- und Beckenschmerzen“ (R10) und die „bösartigen Neubildungen der Brustdrüse“ (C50). Aus der Erkrankungsgruppe der Verletzungen zählt darüber hinaus die „Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes“ (S82) zu den Top 20.

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr

Gegenüber dem Vorjahr gab es einen leichten Anstieg bei der Diagnose „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“: Ihr Anteil am Krankenstand stieg von 12,1 auf 12,5 Prozent im Jahr 2025.

Auf Platz zwei folgen „Depressive Episoden“, deren Anteil am Krankenstand von 6,3 Prozent (2024) auf 6,8 Prozent (2025) gestiegen ist. Der Anteil der Diagnose „Rückenschmerzen“ blieb mit 5,4 Prozent unverändert auf Platz drei.

Bei den psychischen Erkrankungen zeigt sich ein differenziertes Bild: Die „Rezidivierende depressive Störung“ verzeichnete einen deutlicheren Anstieg von 3,0 auf 3,5 Prozent, während „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ nur minimal um 0,1 Prozentpunkte auf 3,2 Prozent zunahmen. Auch „Andere Angststörungen“ stiegen um 0,1 Prozentpunkte. Die Diagnosen „Somatoforme Störungen“ und „Andere neurotische Störungen“ blieben hingegen konstant bei jeweils 1,0 Prozent.

Bei den „Sonstigen Bandscheibenschäden“ und der „Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]“ gab es jeweils einen Zuwachs um 0,1 Prozentpunkte an den AU-Tagen. Der Anteil der „Schulterläsionen“ blieb dagegen mit 0,8 Prozent konstant.

COVID-19-Erkrankungen spielen beim Krankenstand eine immer weniger wichtige Rolle. Den stärksten Rückgang gegenüber dem Vorjahr verzeichnete nämlich die Diagnose „Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern“ U07. In diese Diagnosegruppe fallen die Kodierung der COVID-19-Erkrankung: Mit einem Anteil von 0,4 Prozent findet sie sich im Jahr 2025 nicht mehr unter den 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (2024: 1,6 Prozent).

Neu in die Top 20 aufgenommen wurde hingegen die Diagnose „Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]“.

Die Anteile am Krankenstand bei den Diagnosen „Bauch- und Beckenschmerzen“, „Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“ und „Schulterläsionen“ blieben im Jahr 2025 unverändert und rangieren weiterhin auf den hinteren Rängen der Top 20.

Tabelle 5: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2025

ICD 10	Diagnose	Anteil AU-Tagen	Anteil AU-Fälle
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	12,5 %	23,3 %
F32	Depressive Episode	6,8 %	1,2 %
M54	Rückenschmerzen	5,4 %	6,0 %
F33	Rezidivierende depressive Störung	3,5 %	0,4 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3,2 %	1,9 %
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	2,6 %	6,7 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,9 %	0,6 %
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,4 %	2,5 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,3 %	0,4 %
F41	Andere Angststörungen	1,2 %	0,4 %
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	1,1 %	2,4 %
Z98	Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	1,0 %	0,4 %
F45	Somatoforme Störungen	1,0 %	0,4 %
F48	Andere neurotische Störungen	1,0 %	0,5 %
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	1,0 %	0,9 %
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	0,9 %	2,1 %
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0,9 %	0,1 %
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	0,9 %	0,2 %
M75	Schulterläsionen	0,8 %	0,4 %
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	0,8 %	0,1 %
Summe		49,1 %	50,9 %

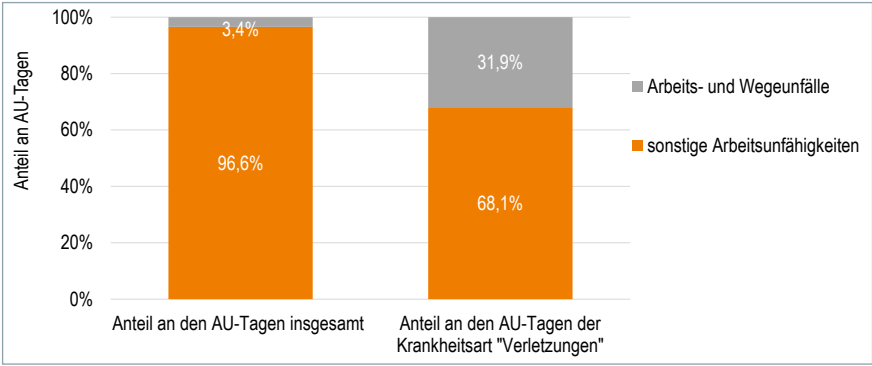
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

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 vernachlässigbar kleinen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben, beschränkt sich die Analyse in diesem Kapitel auf die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen.

Abbildung 24: Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Im Jahr 2025 wurden je 100 ganzjährig versicherter Mitglieder der DAK-Gesundheit 66,9 AU-Tage und 2,9 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Ihr Anteil am Gesamtankenstand betrug 3,4 Prozent und ist damit gegenüber dem Vorjahr (2024: 3,5 Prozent) geringfügig gesunken.

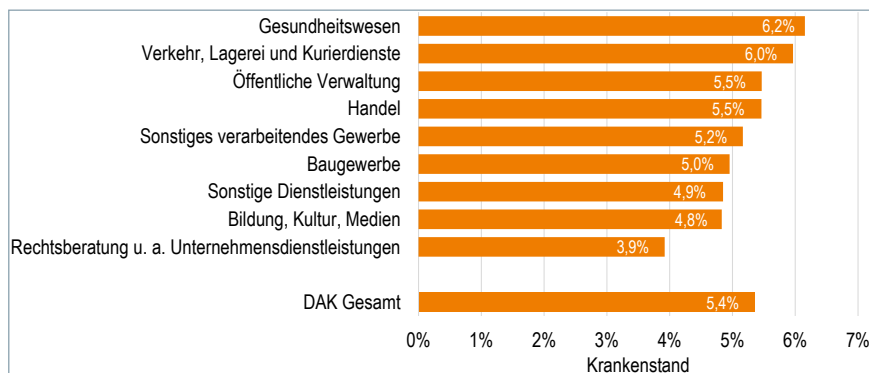
Bezogen auf die Krankheitsart „Verletzungen“ machten Arbeits- und Wegeunfälle im Jahr 2025 31,9 Prozent aus – ebenfalls ein leichter Rückgang gegenüber dem Vorjahr (2024: 32,2 Prozent).

4. Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

Im vierten Kapitel wird die Entwicklung des Krankenstands nach Branchen differenziert dargestellt. Grundlage der Auswertung ist die Zuordnung der Mitglieder der DAK-Gesundheit zu den Wirtschaftszweigen, die von den Arbeitgebenden anhand des Schlüssels der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes vor.⁹

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 25). Abbildung 26 gibt einen Überblick über die übrigen Wirtschaftsgruppen.

Abbildung 25: Krankenstandswerte 2025 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Mit einem Krankenstand von 6,2 Prozent lag die Branche „Gesundheitswesen“ an der Spitze und damit deutlich über dem Branchendurchschnitt. Es folgten „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ mit 6,0 Prozent sowie „Öffentliche Verwaltung“ und „Handel“ mit jeweils 5,5 Prozent auf den Plätzen zwei bis vier.

Unter dem Durchschnitt lagen „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ (5,2 Prozent), „Baugewerbe“ (5,0 Prozent), „Sonstige Dienstleistungen“ (4,9 Prozent), „Bildung, Kultur, Medien“ (4,8 Prozent) sowie „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ (3,9 Prozent).

Diese Unterschiede sind auf deutliche Abweichungen bei Fallhäufigkeit und Falldauer zwischen den Branchen zurückzuführen. Im „Gesundheitswesen“ erklärt sich der hohe Krankenstand vor allem durch eine überdurchschnittliche Fallhäufigkeit von 228,4 Fällen je

⁹ 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.

100 Versicherungsjahre (Gesamtdurchschnitt: 200,1 Fälle je 100 VJ), während die durchschnittliche Falldauer mit 9,8 Tagen dem Bundesniveau entsprach.

Das hohe Krankenstands-niveau im Gesundheitswesen ist zu einem großen Teil auf stark belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen.

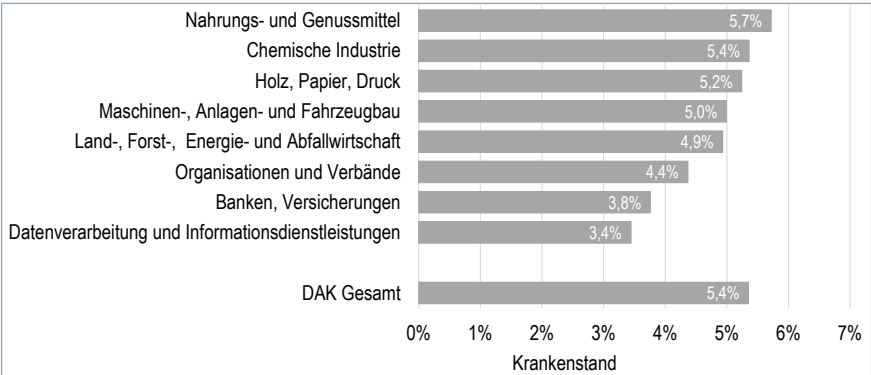
► **Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Pflegenden wurden vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems im DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – „Stationäre Krankenpflege“ und im DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006 – „Ambulante Pflege“ umfassend analysiert.**

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

Die hohen Ausfallzeiten in der Branche „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ sind auf eine überdurchschnittliche Falldauer zurückzuführen: Je 100 ganzjährig Versicherter wurden 2025 insgesamt 205,2 Erkrankungsfälle gezählt, die im Durchschnitt 10,6 Tage dauerten.

Der niedrige Krankenstand in der Branche „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ lässt sich hingegen auf eine unterdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit sowie eine kürzere Erkrankungsdauer zurückführen. Je 100 ganzjährig Versicherte wurden dort 2025 lediglich 168,5 Erkrankungsfälle verzeichnet, mit einer durchschnittlichen Dauer von 8,5 Tagen.

Abbildung 26: Krankenstandswerte 2025 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Abbildung 26 zeigt die Krankenstände in den übrigen acht Wirtschaftsgruppen. Es zeigt sich, dass einige dem verarbeitenden Gewerbe zuzuordnende Branchen – wie „Holz, Papier, Druck“ und „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“ – unter dem Durchschnitt

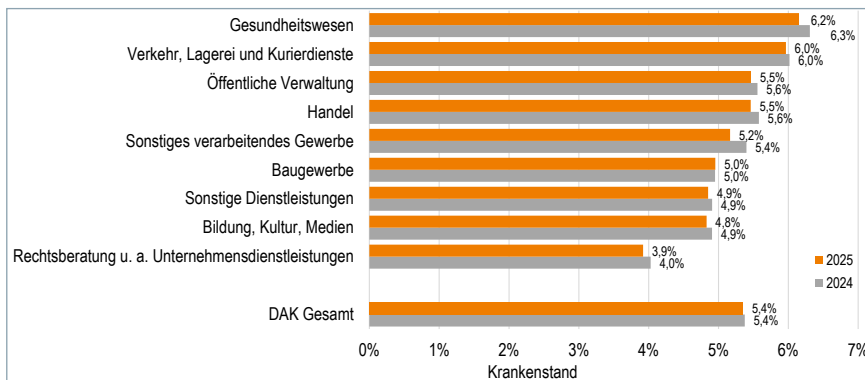
der DAK-Gesundheit liegende Krankenstandswerte aufweisen. Bereits in den Vorjahresberichten wurde darauf hingewiesen, dass Mitglieder der DAK-Gesundheit in diesen Branchen aufgrund der Historie der DAK-Gesundheit als Angestellten-Krankenkasse vermutlich überwiegend nicht in den gewerblichen Bereichen,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

Den niedrigsten Krankenstand über alle Branchen hinweg verzeichnete die Branche „Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen“.

In Abbildung 27 und Abbildung 28 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der Jahre 2024 und 2025 vergleichend gegenübergestellt.

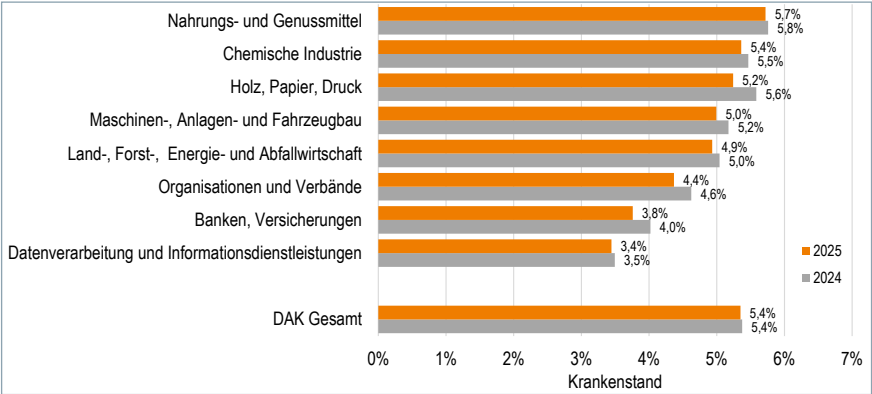
In den meisten Wirtschaftsgruppen sanken die Krankenstände um 0,1 bis 0,2 Prozentpunkte. Den stärksten Rückgang verzeichnete die Wirtschaftsgruppe „Holz, Papier, Druck“ mit einem Minus von 0,4 Prozentpunkten.

Abbildung 27: Krankenstandswerte 2024–2025 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025, 2024

Abbildung 28: Krankenstandswerte 2024–2025 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025, 2024

5. Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern beruht auf der Zuordnung der Mitglieder der DAK-Gesundheit nach ihren Wohnorten. Tabelle 6 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2025.

Tabelle 6: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2025

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Angabe in Tagen
		AU-Tage	AU-Fälle	Ø-Falldauer
Baden-Württemberg	4,5 %	1.658,3	179,1	9,3
Bayern	4,7 %	1.724,3	181,2	9,5
Berlin	5,2 %	1.901,3	200,7	9,5
Brandenburg	6,3 %	2.288,4	209,6	10,9
Bremen	5,5 %	2.010,1	214,9	9,4
Hamburg	5,0 %	1.816,5	202,7	9,0
Hessen	5,6 %	2.040,1	218,7	9,3
Mecklenburg-Vorpommern	6,3 %	2.287,8	218,1	10,5
Niedersachsen	5,6 %	2.039,0	210,3	9,7
Nordrhein-Westfalen	5,6 %	2.038,0	206,7	9,9
Rheinland-Pfalz	5,7 %	2.080,5	205,9	10,1
Saarland	6,2 %	2.248,4	210,0	10,7
Sachsen	5,4 %	1.971,1	205,4	9,6
Sachsen-Anhalt	6,4 %	2.323,9	223,4	10,4
Schleswig-Holstein	5,5 %	2.000,1	215,9	9,3
Thüringen	5,9 %	2.162,2	214,6	10,1
Gesamt	5,4 %	1.953,1	200,1	9,8

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Regionale Unterschiede

Hinter dem Gesamtkrankenstand von 5,4 Prozent verbergen sich deutliche regionale Unterschiede: Wie in den Vorjahren sind auch 2025 unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 29).

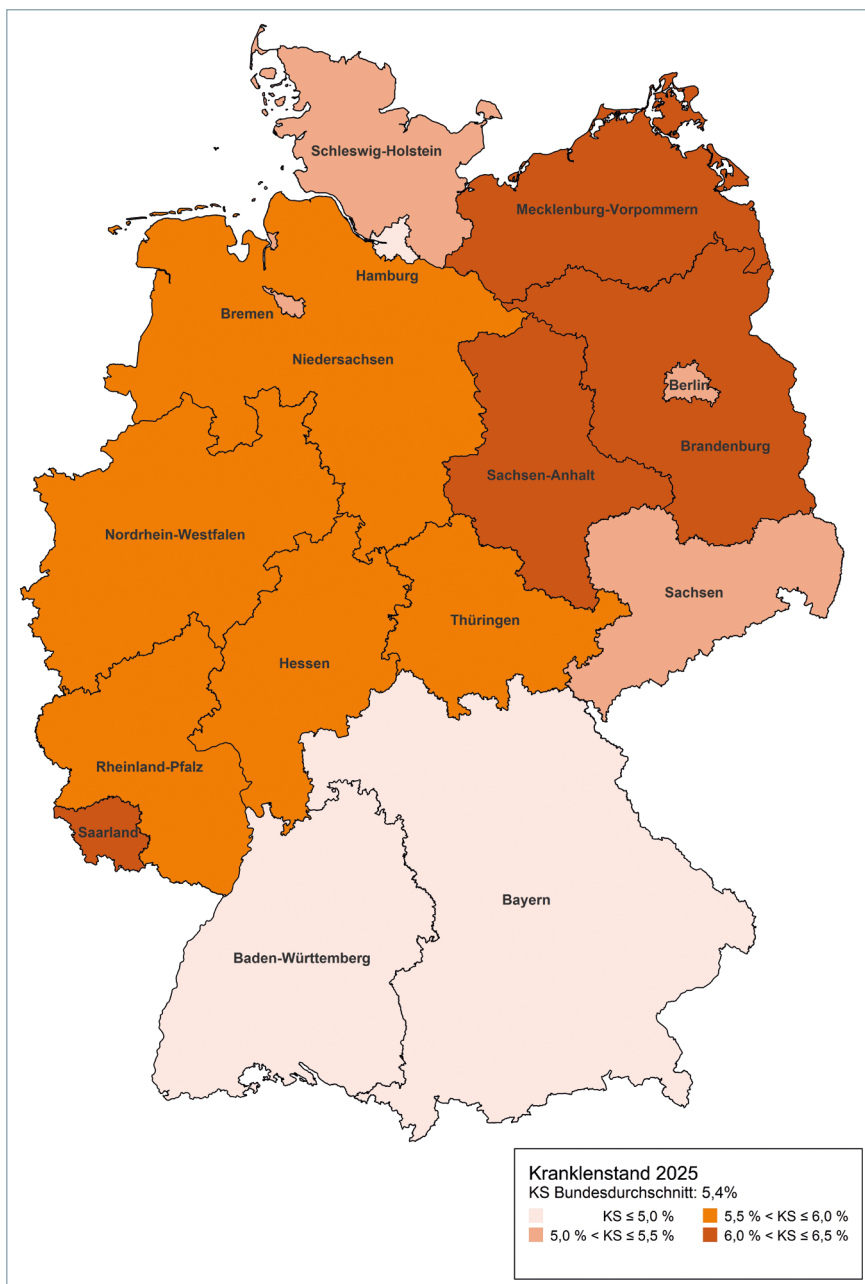
Besonders niedrige Krankenstände von 5,0 Prozent oder weniger verzeichnen die beiden südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern sowie Hamburg. Berlin und Sachsen liegen im niedrigen bis mittleren Bereich. Leicht über dem Bundesdurchschnitt befinden sich Bremen, Hessen, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Die höchsten Krankenstände weisen das Saarland sowie die ostdeutschen Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt auf.

Je nach Erkrankungsgruppe ergibt sich ein etwas anderes Bild der regionalen Unterschiede im Krankenstand.

Abbildung 30 zeigt die Verteilung der Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen. Die geringsten Fehlzeiten verzeichnen die südlichen Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg sowie das norddeutsche Bremen. Die höchsten Werte finden sich im Nordosten – in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt. Ein mittleres Niveau weisen Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Hamburg auf. Etwas erhöhte Fehlzeiten zeigen sich im Saarland sowie in einem Streifen von Hessen über Thüringen bis nach Sachsen.

Die meisten Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen verzeichnet das Saarland (vgl. Abbildung 31), gefolgt von den norddeutschen Bundesländern sowie Nordrhein-Westfalen, wo die Werte ebenfalls deutlich überdurchschnittlich ausfallen. Am anderen Ende der Skala liegt Bayern mit den wenigsten Fehltagen in dieser Kategorie. Auch Baden-Württemberg, Thüringen und Sachsen weisen deutlich unterdurchschnittliche AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen auf. Im mittleren Bereich – nahe am Bundesdurchschnitt – bewegt sich ein breiter Streifen in der Mitte Deutschlands von Rheinland-Pfalz bis Brandenburg, einschließlich Berlin und Bremen, wobei diese Länder leicht unter dem Durchschnitt liegen.

Die regionale Verteilung der Fehlzeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zeigt Abbildung 32. Die höchsten Werte verzeichnen die ostdeutschen Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Thüringen. Ebenfalls überdurchschnittlich sind die Fehlzeiten im Saarland, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen im Westen sowie in Sachsen. Die geringsten Fehlzeiten weisen Baden-Württemberg und Hamburg auf. Im mittleren Bereich bewegen sich Bayern, Berlin, Bremen, Hessen und Schleswig-Holstein.

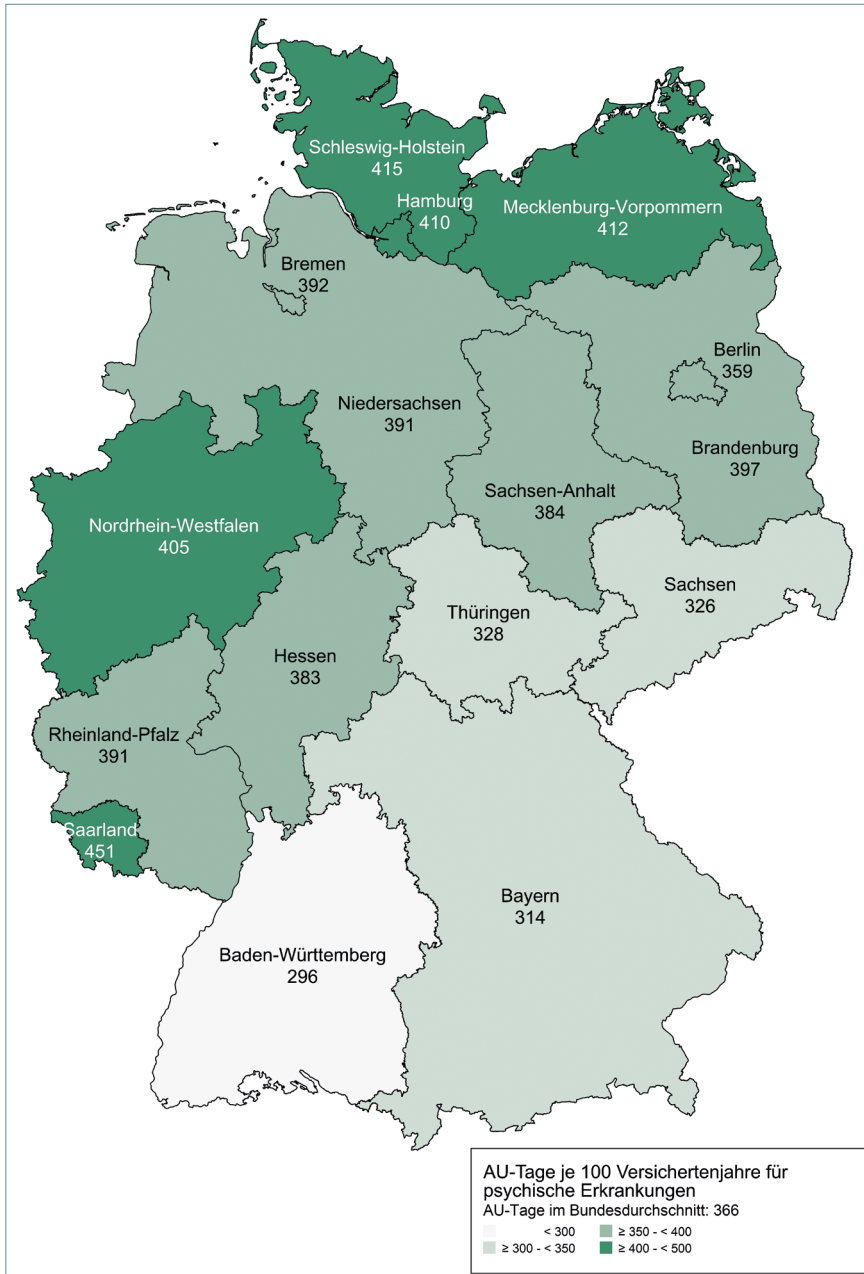
Abbildung 29: Bundesländer nach Krankenständen im Jahr 2025

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Abbildung 30: AU-Tage je 100 Versichertenjahre für Atemwegserkrankungen nach Bundesländern

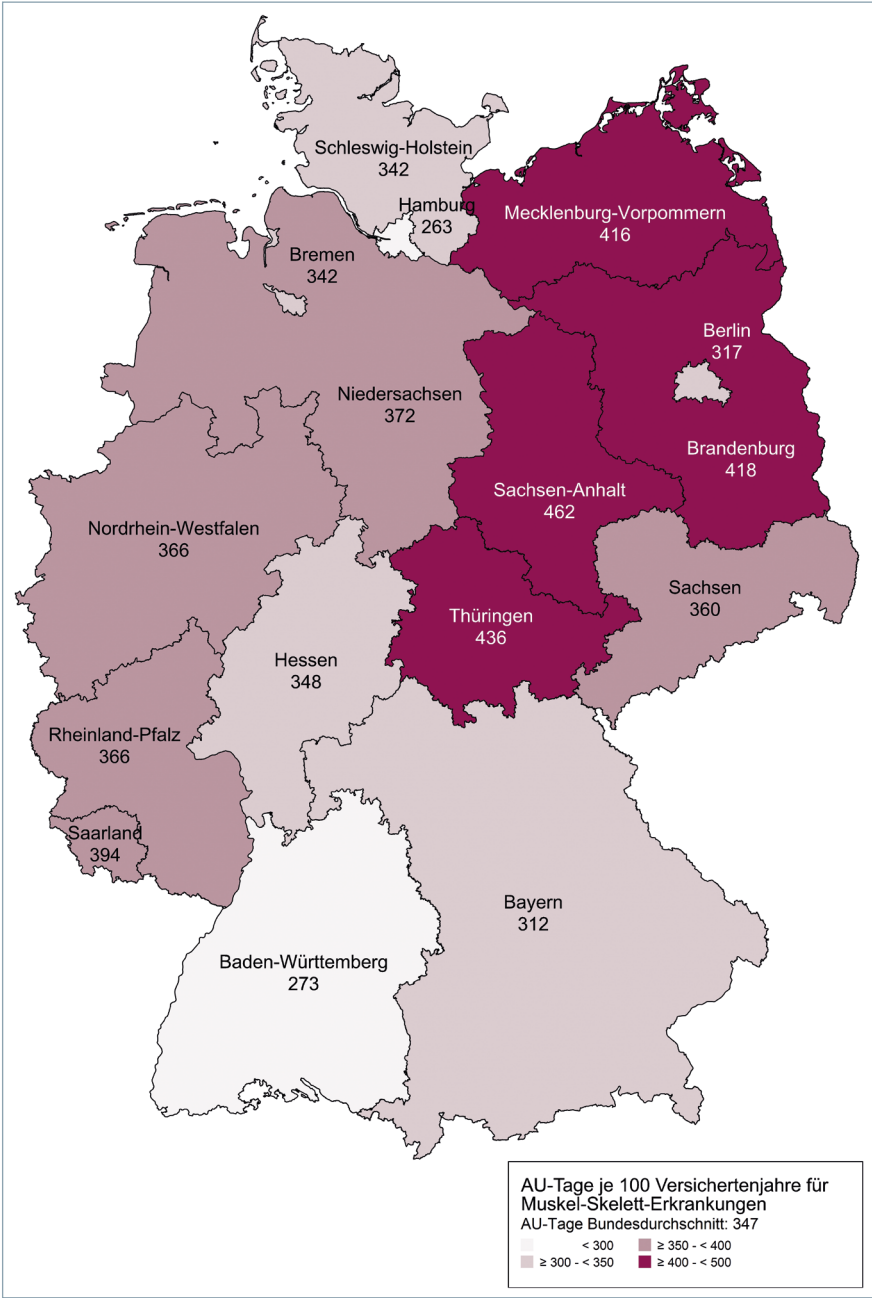


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Abbildung 31: AU-Tage je 100 Versichertenjahre für psychische Erkrankungen nach Bundesländern

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Abbildung 32: AU-Tage je 100 Versichertenjahre für Muskel-Skelett-Erkrankungen nach Bundesländern



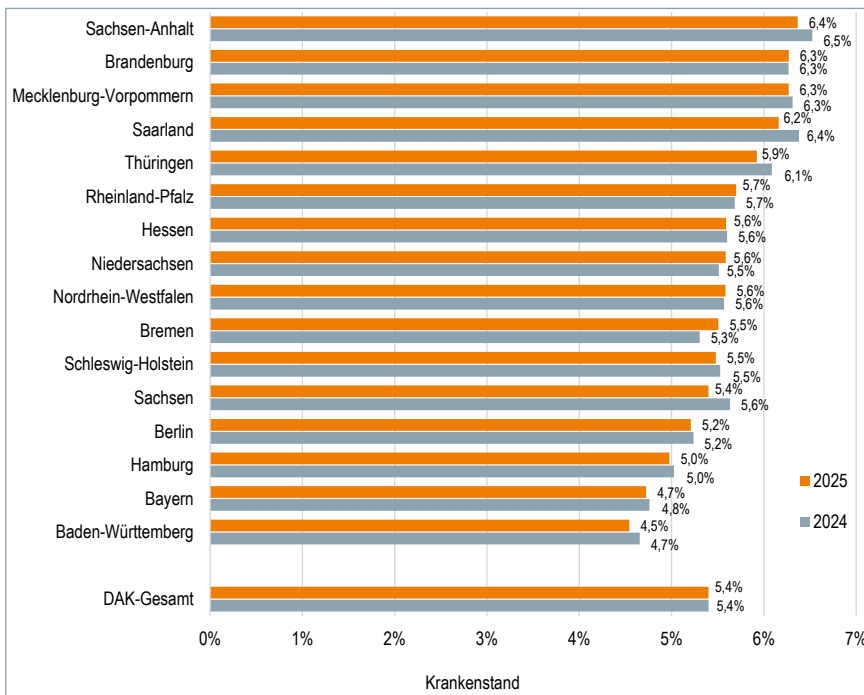
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Entwicklung des Krankenstandes 2024–2025

Abbildung 33 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2025 im Vergleich zum Vorjahr. In mehr als der Hälfte der Bundesländer sind die Krankenstände 2025 gesunken. Lediglich in Niedersachsen und Bremen stieg der Krankenstand gegenüber dem Vorjahr – um 0,1 bzw. 0,2 Prozentpunkte.

Den stärksten Rückgang von jeweils 0,2 Prozentpunkten verzeichneten Baden-Württemberg, Sachsen, Thüringen und das Saarland. In Bayern und Sachsen-Anhalt fiel der Rückgang mit 0,1 Prozentpunkten geringfügig aus. In den übrigen Bundesländern blieb der Krankenstand gegenüber dem Vorjahr konstant.

Abbildung 33: Krankenstand der Jahre 2024 und 2025 nach Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2024–2025

Eine weitere Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2024 und 2025 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A1 und A2 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

6. Schwerpunktthema 2026: „Arbeiten ab 50: langfristig gesund und zufrieden“

6.1 Hintergrund

Die veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Renteneintritt und ganz speziell die stufenweise Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters seit 2012 auf 67 Jahre führen zu einem Anstieg der Beschäftigtenzahlen ab 65 Jahren. Die veränderten Rahmenbedingungen spiegeln sich in der Erwerbstätigenquote der älteren Beschäftigten wider: So stieg die Quote bei den 60- bis 64-jährigen Beschäftigten zwischen 2014 und 2024 um 14 Prozentpunkte an, von 53 auf 67 Prozent, bei den Beschäftigten zwischen 65 und 69 um sieben Prozentpunkte von 14 auf 21 Prozent (Statistisches Bundesamt 2025).

Wie steht es aber um die Gesundheit der immer älteren Beschäftigten? Zur Beschreibung der Gesundheit der Beschäftigten wird häufig der „healthy-worker-effect“ (McMichael 1976) herangezogen, der die Beschäftigten per se als eine relative gesunde Gruppe der Bevölkerung kennzeichnet, da sonst eine reguläre Beschäftigung gar nicht möglich wäre.

► In der Wissenschaft beschreibt der „healthy-worker-effect“ einen Selektionsbias (Chowdhury Ritam et al. 2017), bei dem Vergleichsgruppen fehlerhaft oder nicht zufällig zugeteilt sind. Die Allgemeinbevölkerung ist eine Gruppe von sowohl gesunden als ungesunden Menschen. In der Erwerbsbevölkerung hingegen sind nur die Teile der Bevölkerung, die relativ gesund sind, da eine reguläre Beschäftigung sonst gar nicht möglich wäre. Anders betrachtet, scheiden Personen, die ernsthaft krank sind aus der Erwerbsbevölkerung aus, verbleiben aber in der Allgemeinbevölkerung. Diese Selektion kann zu strukturellen Unterschieden in den beiden Bevölkerungsgruppen führen. Häufig spielen hierbei auch weitere Faktoren/Merkmale von Personen (sog. Confounder) eine Rolle. Typische Confounder in Vergleichsgruppen sind unter anderem Geschlecht, Alter oder sozio-ökonomischer Status (ebd., Panzer 2024).

Mit zunehmendem Alter der Beschäftigten beschreibt der Effekt das Verbleiben der gesündesten Beschäftigten in den höheren Altersgruppen am Arbeitsmarkt. Der DAK-Gesundheitsreport 2023 zeigte bereits, dass ältere Beschäftigte sich selbst im großen Umfang eine hohe Leistungsfähigkeit und einen guten Gesundheitszustand zuschreiben. Mit Blick auf unterstützende betriebliche Rahmenbedingungen – speziell für ältere Beschäftigte – ergab die Analyse Hinweise auf einen stärkeren Handlungsbedarf durch die Betriebe (Hildebrandt et al. 2023).

Gesundheit

Hinsichtlich der Gesundheit sind die älteren Beschäftigten nicht als homogene Gruppe zu beschreiben. Dabei zeigen sich besonders Unterschiede zwischen verschiedenen Berufs-

gruppen, sowie in Abhängigkeit von der persönlichen Bildung bzw. Qualifizierung. Ebenso ist das Arbeiten mit Krankheit bereits Realität (Hasselhorn und Rauch 2013).

Die Analysen der DAK-Gesundheit in den bisherigen Gesundheitsreporten zeigt einen mit zunehmendem Alter steigenden Krankenstand. Krankschreibungen nehmen zwar in ihrer Häufigkeit nicht zu, führen aber in der späten Erwerbsphase zu längeren Ausfällen (detaillierte Analysen sind in Abschnitt 2.3 und Abschnitt 6.3 zu finden). Hintergrund dieser Entwicklung sind mit zunehmendem Alter steigende Erkrankungsschwere oder Chronifizierungen bestehender Erkrankungen.

„Mit Blick auf älter werdende Belegschaften ergeben sich für Betriebe gesundheitliche und operationelle Herausforderungen. Die signifikanteste Herausforderung ist der erhöhte Ausfall durch Krankheit in der älteren Belegschaft:

- *Erhöhte Abwesenheitsquoten: Mit steigendem Alter nehmen chronische Erkrankungen und die Dauer der Genesung nach Akutereignissen tendenziell zu. Dies führt zu höheren Fehlzeiten und einer geringeren Planbarkeit der Personaleinsatzplanung.*
- *Reduzierte körperliche Belastbarkeit: Insbesondere in körperlich anspruchsvollen Sektoren wie der Pflege oder der Produktion besteht das Risiko, dass die Mitarbeiter die Leistung nicht mehr in vollem Umfang erbringen können.“*

**Uta Rouse B.Sc in Cancer Care, Pflegedienstleitung des Hospizes
am Klinikum Südstadt Rostock**

In Bezug auf chronische Erkrankungen leiden Frauen vor allem unter Rückenschmerzen, Depression und chronisch-obstruktiver Lungenkrankheit. Ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfall oder Brustkrebs sind hingegen in den letzten Jahren rückläufig. Bei Männern führen ischämische Herzkrankheiten, Rückenschmerzen, Lungenkrebs und Schlaganfall zu einer hohen Krankheitslast. Diabetes und Depression gewinnen bei ihnen in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung (Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt 2015). Die Lebenszeitprävalenz für koronare Herzkrankheiten steigt mit dem Alter an und liegt bei 65- bis 79-Jährigen bei fast 19 Prozent, der Effekt wird bei niedriger Bildung noch weiter verstärkt (Robert Koch-Institut 2024).

Bei Darm- und Lungenkrebs haben in der Altersgruppe zwischen 45 und 64 Jahren die Neuerkrankungen sowohl für Männer als auch für Frauen zwischen 2014 und 2024 zugenommen. Eine Projektion des Ist-Zustandes in die Zukunft schreibt diesen Trend für die 45- bis 64-Jährigen fort, während diese Neuerkrankungen zwischen 65 und 74 Jahren

rückläufig sein sollten (ebd.). Für Brustkrebs nehmen die Neuerkrankungen mit zunehmendem Alter stark zu. Waren 2023 in der Altersgruppe der 30- bis 44-jährigen Frauen 39,3 Frauen pro 100.000 erkrankt, sind es in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre mit 125 pro 100.000 Personen mehr als das Dreifache. Wobei der allgemeine Trend seit der Einführung des Mammographie-Screenings rückläufig ist (Robert Koch-Institut 2025).

Im Vergleich zum Jahr 2014 ist die Prävalenz der wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz besonders für Frauen zwischen 45 und 64 Jahren angestiegen, eine niedrige Bildung verstärkt diesen Effekt noch. Insgesamt nehmen rund eine Viertel der Beschäftigten in Deutschland eine/starke oder sehr starke Gefährdung ihrer Gesundheit durch Erwerbsarbeit wahr (Beese et al. 2026). Die Autoren weisen des Weiteren besonders für Frauen auf die Mehrbelastung durch parallele Carearbeit hin und auf die häufig besonderen physischen Arbeitsbelastungen (Tragen, Heben etc.) bei geringerer Qualifizierung.

Ebenso konnte im Rahmen der lidA-Studie („Leben in der Arbeit“)¹⁰ gezeigt werden, dass der Effekt des sozioökonomischen Status auf den frühzeitigen Abgang in die Langzeitarbeitslosigkeit mit bis zu 59 Prozent durch schlechte körperliche Gesundheit mediiert ist (Rohrbacher und Hasselhorn 2022).

Arbeitsbedingungen

Physisch oder psychisch belastende Arbeitsbedingungen, wie z. B. schwere körperliche Arbeit, hoher Arbeitsdruck oder Arbeitslast, können bei älteren Beschäftigten die Wahrscheinlichkeit erhöhen, früher in den Ruhestand zu gehen. Auch soziale Konflikte am Arbeitsplatz, eine geringe Wertschätzung oder mangelndes Führungsverhalten können hierzu beitragen (Richter et al. 2022).

Ein Viertel aller Erwerbstätigen in Deutschland verrichtet mindestens die Hälfte ihrer Arbeitszeit mit körperlich schwerer Arbeit. Dieser Anteil ist im Altersverlauf zwar rückläufig, jedoch verrichten in der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen noch 15 Prozent regelmäßig körperlich anstrengende Tätigkeiten (Statistisches Bundesamt 04.09.2024).

Egal ob es um körperliche oder psychische Arbeitsbelastungen geht, gute Arbeitsbedingungen sind ein zentraler Ansatzpunkt zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit, insbesondere in risikoexponierten Berufen (Beese et al. 2026).

Die lidA-Studie zeigt, dass gut ein Zehntel der Beschäftigten zwischen 2015 und 2018 ihren Beruf oder das Unternehmen wechselte. „Nach einem freiwilligen Wechsel (und zum Teil auch nach einem unfreiwilligen) verbessern sich die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit [...]. Wer freiwillig wechselt, will außerdem oft länger erwerbstätig bleiben“ (vgl. Ebener 2022, S. 21). Zudem gibt ein Zehntel der Befragten an, gerne wechseln zu wollen

¹⁰ Die lidA-Studie ist eine deutsche Langzeitkohortenstudie, die untersucht, wie Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe älterer Beschäftigter zusammenhängen. Befragt wurden die Kohorten 1955 und 1965 in den Jahren 2011, 2014, 2018 und 2022/23.

auf Grund schlechter Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit. Kongruent dazu sind die Wechselwünsche der befragten Beschäftigten: sie erhoffen sich vorrangig bessere Arbeitsbedingungen, eine berufliche Weiterentwicklung oder ein besseres Gehalt. Gesundheitliche Gründe werden hingegen seltener genannt (ebd.).

Von den Studienteilnehmenden mit gesundheitlichen Einschränkungen erhielt die Hälfte in den vergangenen zwölf Monaten mindestens eine gesundheitsförderliche betriebliche Maßnahme. Fast Zweidrittel bewerten diese auch als hilfreich, jedoch wünschen sie sich vor allem Veränderungen am Arbeitsplatz, der Arbeitsaufgaben oder der Arbeitszeit (Ebener 2022).

Beim digitalen Arbeiten sind die klassischen Arbeitsmittel wie Computer oder E-Mail weit verbreitet, neuere Technologien sind eher selten. „Ein Fünftel der Befragten berichtet eine Arbeitsintensivierung durch digitale Arbeitsmittel, muss also schneller und/oder mehr arbeiten“ (vgl. Ebener 2022, S. 21). Diese Arbeitsintensivierung hat einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit und führt zu einem früheren Rentenwunsch. Die Einarbeitung in neue Systeme ist für ein Drittel unzureichend und zu schnell (ebd.).

Carearbeit

Ein Großteil der fast sechs Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland lebt in der häuslichen Umgebung und wird hierbei überwiegend durch An- bzw. Zugehörige gepflegt (Brandt et al. 2025). Das Durchschnittsalter der Hauptpflegepersonen, die außerhalb des eigenen Haushalts pflegen, liegt bei 54 Jahren und bei der Pflege innerhalb des eigenen Haushalts bei 61 Jahre und somit jeweils im erwerbsfähigen Alter. 64 Prozent der informell Pflegenden sind Frauen. Bezüglich des Erwerbsstatus ist ein Großteil (60 Prozent) erwerbstätig und arbeitet 35 oder mehr Stunden (59 Prozent) (ebd.).

Die Mehrbelastung durch informelle Pflege wird in vielen Fällen damit kompensiert, dass die eigene Erwerbstätigkeit reduziert oder komplett eingestellt wird. Mehr als die Hälfte, der in Teilzeit oder stundenweise erwerbstätigen Pflegenden, gibt an, ihre Arbeitszeit aufgrund der Pflege reduziert zu haben. Fast ein Drittel der Nichterwerbstätigen gibt an, die Arbeit aufgrund der Übernahme von Pflege aufgegeben zu haben (Schwinger und Zok 2024).

Die informelle Pflege stellt für Beschäftigte eine zusätzliche Beanspruchung zur Erwerbstätigkeit dar und kann sich negativ auf die eigene Leistungsfähigkeit und auch Gesundheit auswirken (Brandt et al. 2025).

Auch Bidenko und Bohnet-Joschko (2021) zeigen, dass sich die psychische Gesundheit von informell Pflegenden mit zunehmendem Pflegeaufwand verschlechtert. Auf Grunde der negativen gesundheitlichen Auswirkungen wurde zudem die Beschäftigung reduziert, jedoch nur bis zu einer bestimmten Anzahl von Arbeitsstunden.

Zuschreibungen und Wahrnehmung älterer Beschäftigter

Die Wahrnehmung von Alter spielt für die Erwerbsperspektiven älterer Beschäftigter ebenfalls eine wichtige Rolle. Einerseits geht es dabei um das subjektive Erleben des eigenen Alters. Dieses gilt als ein entscheidender Faktor dafür, wie Menschen ihre eigene Gesundheit, Leistungsfähigkeit und soziale Identität gestalten (Rupprecht et al. 2025). Je älter sich ein Mensch fühlt, desto höher ist die Neigung, in den Ruhestand übergehen zu wollen. In Deutschland fühlen sich ältere Erwachsene im Durchschnitt aber rund 14 Jahre jünger als sie tatsächlich sind (Langballe et al. 2023).

Der Zeitpunkt des Ruhestandes wird unter anderem durch gesellschaftliche Erwartungen beeinflusst, ebenso spielen familiäre Rollenbilder (z. B. Großelternschaft, Pflege von Angehörigen) oder gemeinsame Paarentscheidungen (z. B. gleichzeitiger Ruhestand) eine Rolle (Wilson et al. 2020).

Einen entscheidenden Einfluss auf die Erwerbstätigkeit von älteren Beschäftigten hat jedoch das Bild, das Unternehmen von ihnen haben. Hier zeichnet sich ein ambivalenter Sachverhalt ab: einerseits geben Unternehmen an, ältere Beschäftigte wegen ihrer Erfahrung zu schätzen und als wichtigen Bestandteil zur Sicherung des Fachkräftebedarfs zu betrachten, andererseits scheinen sie sowohl bei der Personalgewinnung, aber auch der Personalbindung jüngere Beschäftigte vorzuziehen (Deloitte 2025). Dabei scheint es auch keine Rolle zu spielen, wie positiv Betriebe ältere Beschäftigte einschätzen, denn positive Bewertungen gehen in diesem Zusammenhang nicht mit einer höheren Beschäftigungsrate Älterer einher. Selbst Betriebe mit Fachkräfteengpässen bewerten ältere Beschäftigte zwar teilweise positiver, haben aber paradoxerweise weniger ältere Beschäftigte. Hier sollen u. a. defizitorientierte Altersbilder von geringerer Flexibilität, Belastbarkeit sowie Lern- und Anpassungsfähigkeit wirken, besonders beim Umgang mit digitalen Arbeitsmitteln, die in einer Form von Altersdiskriminierung resultieren (Heyer et al. 2025). Auch Lohnunterschiede zwischen den Altersgruppen, die in Deutschland besonders hoch sind, stellen bei der Weiter-, aber auch Wiederbeschäftigung Älterer ein wichtiges Hindernis dar (Walwei 2024).

„Aus meiner Sicht ist es wichtig, mögliche Vorurteile und Stereotype gegenüber älteren Beschäftigten abzubauen und Wertschätzung sowie Toleranz als zentrale Werte des Miteinanders festzulegen. Dazu gehören auch passende Weiterbildungsmöglichkeiten für Beschäftigte jeden Alters.“

**Dr. Catharina Stahn, Wissenschaftliche Mitarbeiterin des ifaa –
Institut für angewandte Arbeitswissenschaft e. V.**

Bemerkbar macht sich dies vor allem darin, dass ältere Beschäftigte im Falle der Arbeitslosigkeit deutlich geringere Neueinstellungschancen und länger arbeitslos sind als Jüngere (Bundesagentur für Arbeit 2024). Sind ältere Beschäftigte hingegen im Betrieb tätig, schätzen diese vor allem ihre Erfahrung, Zuverlässigkeit und die Fähigkeit zur Fehlervermeidung. Untersuchungen zeigten zudem, dass ältere Beschäftigte trotz höherer Kosten von Arbeitgebern überwiegend als produktiv oder sogar produktiver eingeschätzt werden als jüngere Beschäftigte und die höheren Ausgaben durch produktivitätsbezogene Vorteile relativiert werden (Munnell und Wettstein 2020).

Insgesamt wirken Altersstereotypen sowohl seitens der Betriebe als auch der älteren Beschäftigten selbst als wichtige Barrieren für Beschäftigungschancen, Erwerbsbeteiligung, Motivation und Produktivität. Deren Abbau ist ein zentraler Faktor für Arbeitsfähigkeit im Alter (Stecker und Wilke 2025).

Ausblick und Fragestellungen

Der Gesundheitsreport 2026 wird an die Untersuchung zum Potenzial durch eine hohe Erwerbsbeteiligung durch ältere Beschäftigte aus dem Gesundheitsreport 2023 anknüpfen und vertiefen und dabei auch den Aspekt der eingeschränkten Möglichkeiten der Erwerbsbeteiligung durch Sorgearbeit, die gesundheitliche Situation oder belastende Arbeitsbedingungen speziell in der letzten Erwerbsphase weiter vertiefen.

Im Rahmen dieser Vertiefung wird darüber hinaus untersucht, welchen Einfluss die Arbeitsbedingungen in Bezug auf die Leistungsfähigkeit und Gesundheit von Beschäftigten in der späten Erwerbsphase haben.

Vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Diskussion über die Teilzeitquoten in Deutschland beleuchtet der Report aus welchen Gründen Beschäftigte in Teilzeit arbeiten. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf Teilzeitbeschäftigung und einer Reduzierung der Arbeitszeit in der späten Erwerbsphase.

Für die Altersgruppe 50 bis 67 Jahre wird eine nach Einzelalter detaillierte Analyse herausarbeiten, wie sich die Fehlzeiten entwickeln und für welche Erkrankungsgruppen sich in diesem Zusammenhang Auffälligkeiten zeigen. Insbesondere wird geprüft, inwieweit die längere Erwerbsbeteiligung das Altersprofil der Fehlzeiten im Vergleich zu früheren Jahren verändert hat. Auf Basis von Routinedaten der DAK-Gesundheit wird im Detail beschrieben, wie sich die Administrative Prävalenz bestimmter Erkrankungsgruppen mit zunehmendem Alter entwickelt.

Anknüpfend an den Gesundheitsreport 2025, der sich mit Generationenkonflikten befasst hat und dabei herausgestellt hat, dass bestimmte Vorurteile z. B. in Bezug auf eine mangelnde Weiterbildungsbereitschaft ältere Beschäftigte nicht zutreffen, wird das Themenfeld Erfahrungswissen, dessen Nutzen, Stellenwert und die entsprechende betriebliche Wertschätzung älterer Beschäftigte hierfür untersucht.

Der Gesundheitsreport 2026 widmet einen Themenblock auch der Rentenplanung und der Bereitschaft sowie den Möglichkeiten von Beschäftigten, (überhaupt) bis zum gesetzlichen Rentenalter oder darüber hinaus arbeiten zu wollen oder zu können. Dabei geht es um eine Bestandsaufnahme der aktuellen Planungen der Beschäftigten und um den Einfluss ihres Umfelds, ihrer persönlichen und gesundheitlichen Situation sowie ihrer Arbeitsbedingungen auf diese Frage, die immer stärker an gesamtgesellschaftlicher Relevanz gewinnt.

Der Themenschwerpunkt 2026 „Arbeiten ab 50: langfristig gesund und zufrieden“ starten mit einer Einordnung der der aktuellen Regelungen und Zahlen zum Eintritt in die Altersrente in Deutschland und einem internationalen Vergleich.

6.2 Renteneintritt im internationalen Vergleich

Um die reguläre Altersrente in Deutschland zu beziehen, müssen Beschäftigte gearbeitet oder Kinder erzogen haben. Zudem müssen sie mindestens 65 Jahre alt sein (Deutsche Rentenversicherung)¹¹.

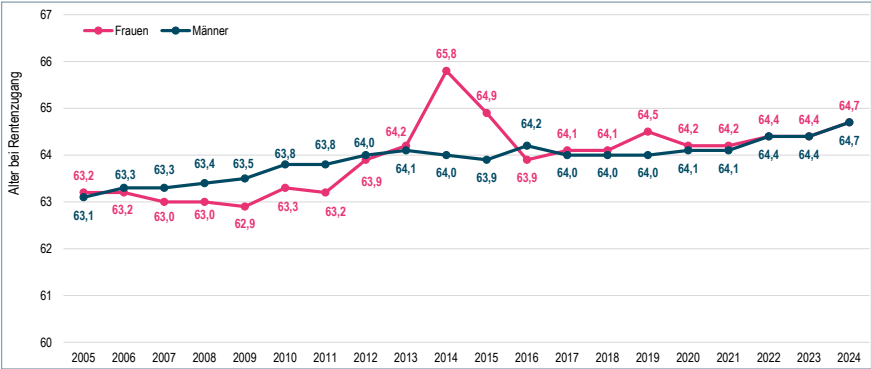
Das tatsächliche durchschnittliche Alter, in denen die Altersrente erstmals in Anspruch genommen wird, ist zwar in den letzten Jahren stetig gestiegen, liegt aber noch unter der Grenze von 65 Jahren (vgl. Abbildung 34). Im Jahr 2024 haben sowohl Frauen als auch Männer die Altersrente im Durchschnitt mit 64,7 Jahren das erste Mal bezogen.

Eine Besonderheit in der Entwicklung gab es vor rund zehn Jahren durch die Einführung der sogenannten neuen Mütterrente. Die deutlich erkennbare Spitze in Abbildung 34 im Jahr 2014 bei den Frauen ist, gemäß Deutscher Rentenversicherung, „auf einen Sonder-effekt durch die ‚neue Mütterrente‘ zurückzuführen: In den Jahren 2014 und 2015 haben viele westdeutsche Frauen im Alter ab 65 Jahren durch die Anerkennung eines weiteren Kindererziehungsjahres pro Kind mit Geburt vor 1992 die Wartezeit von fünf Jahren für einen erstmaligen Rentenanspruch erlangt“ (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2024, S. 19).

Auch bei der Erwerbsminderungsrente stieg das Durchschnittsalter des ersten Bezugs seit 2004 stetig an. Seit 2022 verweilt das durchschnittliche Alter des ersten Bezugs für die Frauen bei rund 53,5 Jahren und bei den Männern bei ungefähr 54,5 (vgl. Abbildung 35). Erwerbsminderungsrenten werden denjenigen Beschäftigten gezahlt, die die Regelaltersgrenze der Altersrente noch nicht erreicht haben und aus gesundheitlichen Gründen überhaupt nicht mehr oder nur noch einige Stunden täglich arbeiten können (Deutsche Rentenversicherung).

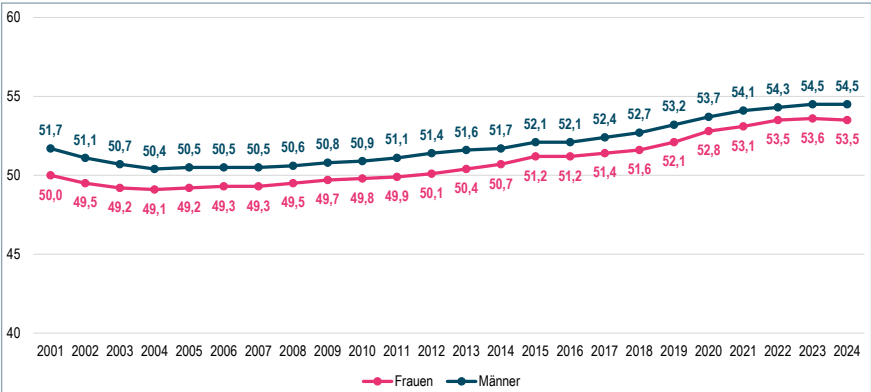
¹¹ Seit 2012 steigt die Altersgrenze stufenweise auf 67 Jahre an.

Abbildung 34: Rentenzugangsalter bei Altersrenten



Quelle: Deutsche Rentenversicherung DRV-Rentenatlas 2023, 2024, 2025

Abbildung 35: Rentenzugangsalter bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit



Quelle: Deutsche Rentenversicherung DRV-Rentenatlas 2023, 2024, 2025

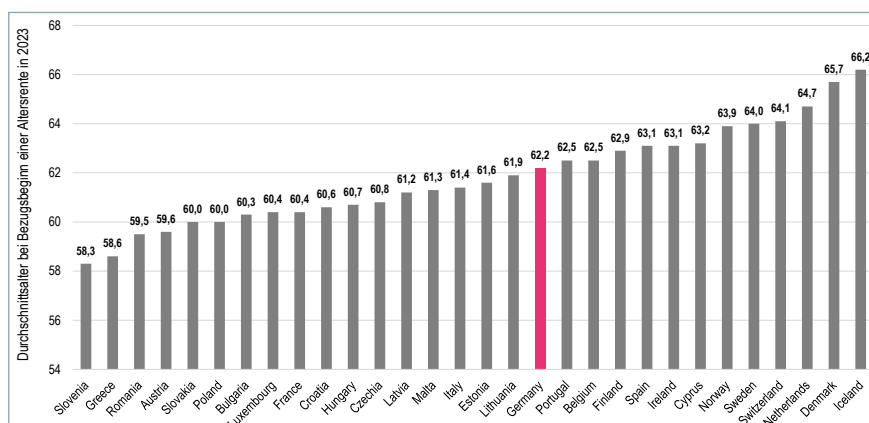
Europäische Zahlen zum Beginn der Altersrente für das Jahr 2023 weichen von den Zahlen der deutschen Rentenversicherung ab. Gemäß der europäischen Statistik gehen deutsche Beschäftigte mit 62,2 Jahren in Rente (vgl. Abbildung 36) und somit über zwei Jahre früher als in den Berechnungen der Deutschen Rentenversicherung für dasselbe Jahr. Der Hauptgrund für die Abweichung der berichteten Werte liegt in der Art der Datenerhebung: Während die Deutsche Rentenversicherung auf Routinedaten ihrer Versicherten zurückgreift, basieren die Daten der Eurostat auf dem *european labor force survey* (kurz EU-LFS). Somit beruhen die europäischen Zahlen auf Selbstauskünften der Beschäftigten in Europa. Diese Daten werden nach einem methodisch international abgestimmten Verfahren erhoben und eignen sich von daher für vergleichende Darstellungen besser als die Werte aus den jeweiligen Rentenstatistiken der Länder.

Zahlen der OECD zum Rentenzugang beruhen auf öffentlichen sowie verpflichtenden und freiwilligen Rentenstatistiken aus 34 Ländern. Die OECD-Daten zeigen für das Jahr

2023 ähnliche Zahlen wie die amtliche Statistik der Deutschen Rentenversicherung mit 63,8 Jahren für Frauen und 64,0 Jahre für Männer (ohne Darstellung) (OECD 2025b).

Sowohl die Eurostat-Daten als auch die Daten der OECD zeigen im europäischen Vergleich, dass Deutschland im Mittelfeld beim Bezugsbeginn der Renten liegt. Beschäftigte aus Schweden, Dänemark oder Island gehen später in Rente, Beschäftigte aus Griechenland, Österreich, Luxemburg oder Frankreich hingegen früher.

Abbildung 36: Alter bei Bezugsbeginn einer Altersrente nach europäischer Staatsangehörigkeit 2023



Quelle: Eurostat

Anmerkung: Durchschnittswerte, Altersgruppe 50–74 Jahre; Abruf 09/12/2024 11:00

In Tabelle 7 sind Erwerbstätigenquoten¹² im europäischen Vergleich dargestellt. Die Quoten geben an, wie hoch der Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in der jeweiligen Altersgruppe ist.

Im europäischen Vergleich der Erwerbstätigenquoten 2024 nimmt Deutschland eine Position im oberen Mittelfeld ein. Bei den 55- bis 64-Jährigen liegt Deutschland mit einer Quote von 75,2 Prozent auf Rang fünf von 27 EU-Ländern und damit deutlich über dem EU-Durchschnitt von 65,2 Prozent. Nur Schweden (78,1 Prozent), Tschechien (77,0 Prozent), Estland (75,7 Prozent) und die Niederlande (75,3 Prozent) weisen höhere Werte auf.

In der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen erreicht Deutschland mit 21,2 Prozent Rang zehn und liegt ebenfalls klar über dem EU-Mittel von 16,0 Prozent. Hier führt Estland mit 39,1 Prozent deutlich, gefolgt von Lettland (31,6 Prozent), Dänemark (31,0 Prozent) und Schweden (29,4 Prozent).

¹² Auch hier ist die Basis der *european labor force survey* (kurz EU-LFS), wobei hier beachtet werden muss, dass es in verschiedenen EU-Ländern abweichende Definitionen gibt bzw. die Daten eine geringe Zuverlässigkeit aufweisen (Eurostat).

Bei den 65-Jährigen und Älteren insgesamt beträgt die deutsche Erwerbstätigenquote 9,4 Prozent und entspricht damit Rang neun im EU-Vergleich. Der EU-Durchschnitt liegt bei 6,8 Prozent. Spitzenreiter ist auch hier Estland mit 18,3 Prozent, gefolgt von Lettland (15,0 Prozent), Irland (14,5 Prozent) und Schweden (13,7 Prozent).

Tabelle 7: Erwerbstätigenquoten nach europäischer Staatsangehörigkeit 2024

Staatsangehörigkeit	55 bis 64 Jahre	65 bis 69 Jahre	65 Jahre und mehr
Schweden	78,1	29,4	13,7
Tschechien	77,0	17,8	8,4
Estland	75,7	39,1	18,3
Niederlande	75,3	28,2	12,9
Deutschland	75,2	21,2	9,4
Dänemark	75,0	31,0	12,7
Lettland	71,9	31,6	15,0
Finnland	71,7	20,4	9,3
Zypern	70,4	21,3	10,0
Ungarn	70,4	14,6	7,3
Bulgarien	69,9	18,5	7,3
Litauen	69,1	29,6	13,2
Irland	68,1	28,8	14,5
Portugal	67,6	22,4	8,8
Slowakei	66,0	12,3	6,0
Spanien*	61,1	10,7	3,6
Frankreich*	60,4	11,1	4,3
Belgien	59,4	8,1	3,7
Italien	59,0	16,1	5,5
Polen	59,0	12,2	6,1
Österreich	58,8	11,0	5,3
Malta	57,5	14,6	6,9
Griechenland	57,3	16,3	5,3
Slowenien	56,3	8,9	4,2
Kroatien	53,9	7,9	3,5
Rumänien	53,4	5,0	2,2
Luxemburg**	49,4	7,2**	3,9**
Europäische Union – 27 Länder	65,2	16,0	6,8

Quelle: Eurostat

Anmerkung: Daten abgefragt am 13/03/2026 15:33:40 von [ESTAT]; * abweichende Definition; **Luxemburg: Werte mit geringer Zuverlässigkeit

Für einen Vergleich der Renteneintrittsalter verschiedener Länder müssen neben methodischen Unterschieden in der Datenerhebung bzw. Statistik vor allem auch Unterschiede in den Rentensystemen und den Regelungen zum Zugang in die Altersrente beachtet werden.

Die Rente in Österreich basiert, ähnlich wie in Deutschland, v. a. auf einer Umlagefinanzierung durch die Beschäftigten, die Betriebe und Steuermittel. Zusätzlich kann man sich freiwillig versichern. Um einen Anspruch auf eine Altersrente zu erhalten, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Zum einen muss das gesetzliche Pensionsantrittsalter (Frauen: 60 Jahre, Männer: 65 Jahre) erreicht sein. Zweitens muss eine Mindestanzahl an Versicherungsmonaten (Wartezeit) erfüllt sein (Bundesministerium Soziales, gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2025; Poteraj 2008).

Auch das französische Rentensystem beruht auf einem Umlageverfahren, wobei es unterschiedliche Rentenkasse für verschiedene Berufsgruppen gibt. Aktuell wird das Rentenalter schrittweise von 62 auf 64 Jahre angehoben (Zentrum für europäische und internationale Sozialversicherungsverbindungen 2025).

Das isländische Rentensystem beruht auf zwei Säulen: der staatlichen Rente ab 67 Jahren und die betriebliche Altersvorsorge, in die Arbeitgebenden und Beschäftigte einzahlen. Daneben können die Beschäftigten freiwillig in staatlich ausgewählte Finanzprodukte einzahlen (Deutsch-Isländische Gesellschaft Bremerhaven/Bremen e. V. 2021).

Das luxemburgische Rentensystem beruht auf einem Drei-Säulen-System aus der gesetzlichen Rente (Teilung zwischen Beschäftigten und Betrieben), einer freiwilligen Zusatzrente durch die Betriebe und die individuelle Altersvorsorge zur Bildung von Zusatzkapital. Das Rentenalter beträgt 65 Jahre, wobei eine vorzeitige Rente mit 57 Jahren möglich ist, wenn man mindesten 40 Jahre versichert war (baloise 2026).

Ebenfalls stützt sich das schwedische Rentensystem auf drei Säulen, die Umlage und Kapitaldeckungsverfahren kombinieren. Die staatliche Altersrente ist umlagenfinanziert, während die Rente durch die Betriebe in der Regel kapitalgedeckt ist, zudem können Beschäftigte freiwillig privat vorsorgen. Hierbei ist das Rentenalter flexibel ab 62 Jahren, das reguläre Renteneintrittsalter beträgt 65 Jahren, zudem ist es möglich die Erwerbstätigkeit bis 67 Jahre auszuweiten (Anderson 2021).

Es zeigen sich also nicht nur Unterschiede in der Methodik der Datenerhebung, sondern auch in den hier exemplarisch erwähnten europäischen Rentensystemen und Regelungen zum Renteneintritt, so dass eine pauschale Vergleichbarkeit der Rentenzugangsalter nicht möglich ist. Unter Beachtung dieser Einschränkungen sind jedoch die europäischen Daten auf Basis des EU-LFS auf Grund der europaweiten einheitlichen Befragungsweise am besten geeignet. Der nationale Ist-Zustand in Deutschland sollte hingegen mit Hilfe der amtlichen Daten der Deutschen Rentenversicherung betrachtet werden.

6.3 Krankenstand in der späten Erwerbsphase

Wie sich das Fehlzeitengeschehen nach Altersgruppen der Beschäftigten unterscheidet und welche Entwicklungen sich mit dem zunehmenden Alter der Beschäftigten erkennen lassen, ist in Abschnitt 2.3 in dem jährlich wiederkehrenden Berichtsteil dargestellt. Danach steigt der Krankenstand für Männer und Frauen mit zunehmendem Alter kontinuierlich an (vgl. Abbildung 11), wobei dieser Anstieg vor allem durch einen Anstieg der Krankschreibungsdauer (vgl. Abbildung 12) bedingt ist und nicht durch einen Anstieg der Krankschreibungshäufigkeit. Lange Krankschreibungen nehmen in ihrer Bedeutung am Krankenstand mit zunehmendem Alter stark zu (vgl. Abbildung 13) auch das Erkrankungsspektrum, das die Fehlzeiten bedingt, verändert sich mit zunehmendem Alter (Abbildung 14).

Die vertiefende Analyse zum Krankenstandsgeschehen im Rahmen des Schwerpunktthemas, das die späte Erwerbsphase ab 50 Jahren in den Fokus nimmt, befasst sich vor diesem Hintergrund weniger mit den Unterschieden zwischen jungen und älteren Beschäftigten, sondern analysiert vertiefend die Entwicklung in der späten Erwerbsphase. Zu diesem Zweck wird die Betrachtung nach Altersgruppen (50–54, 55–59, ab 60 Jahre) differenziert und ergänzend eine Analyse nach Einzelalter für die 50- bis 69-Jährigen sowie die Altersgruppe ab 70 Jahren (70+) durchgeführt. Datenbasis dieser Analysen bilden für das Analysejahr 2025 insgesamt 857.309 Versicherte ab 50 Jahren, was 35,8 Prozent der gesamten Datenbasis zum Krankenstand entspricht (vgl. Abbildung 2). Die obersten Altersgruppen ab 67 Jahren umfassen mit 3.072 Versicherten deutlich weniger Personen als die übrigen Altersgruppen.

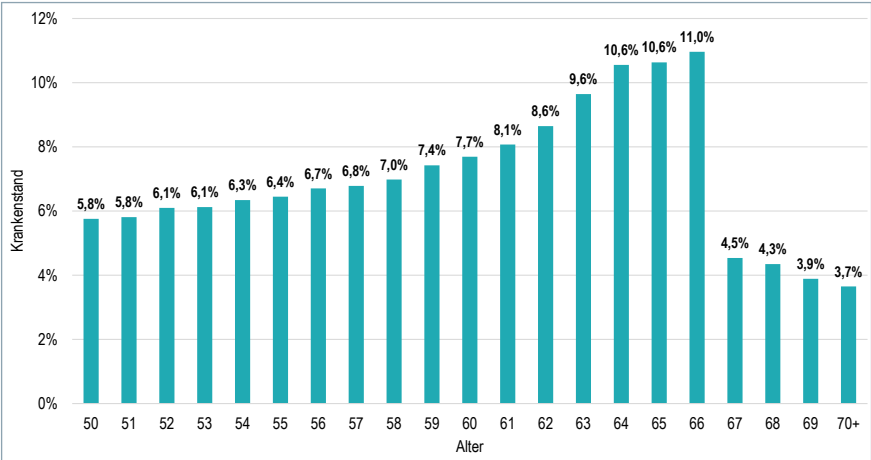
Das Ergebnis in Abbildung 37 zeigt, dass der Krankenstand in der Altersspanne von 50 bis 58 Jahren langsam, aber kontinuierlich von 5,8 auf 7,0 Prozent steigt. Danach verstärkt sich der Anstieg spürbar. Die stärkste Zunahme zeigt sich zwischen dem Alter 62 und 64, wo der Krankenstand einen Wert von 10,6 Prozent erreicht. Bis zum Alter von 66 Jahren setzt sich der Krankenstand verlangsamt, aber kontinuierlich fort und erreicht einen Wert von 11,0 Prozent. Damit liegt der Krankenstand knapp 90 Prozent über dem Ausgangsniveau im Alter von 50 Jahren (5,8 Prozent).

Auf den ersten Blick überraschend steigt der Krankenstand zwischen dem Alter von 66 und 67 Jahren nicht weiter an. Im Gegenteil: Er sinkt auf weniger als die Hälfte des bisherigen Niveaus und liegt damit deutlich unter dem Wert für das Alter 50. Dieser als „healthy-worker-effect“ bekannte Effekt ist ein Indiz dafür, dass in diesen Altersgruppen nur noch diejenigen Personen im Erwerbsleben verbleiben, die unterdurchschnittlich geringe Fehlzeiten aufweisen.

Abbildung 38 zeigt darüber hinaus, dass sich die beschriebene Entwicklung grundsätzlich für beide Geschlechter zeigt. Bei Männern erreicht der Krankenstand den höchsten Wert im Alter von 64 Jahre (11,0 Prozent); danach sinkt er zunächst leicht und ab dem Alter 67 Jahre dann deutlich. Bei Frauen hingegen steigt der Krankenstand auch mit 65

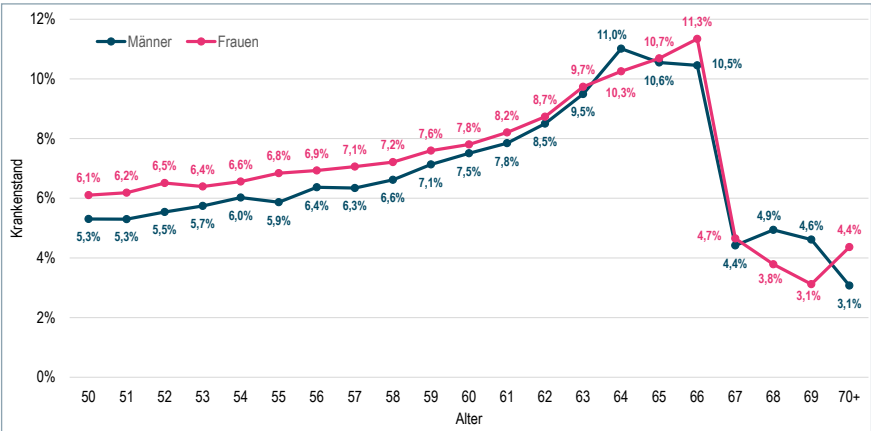
und 66 Jahren weiter an und erreicht den höchsten Wert von 11,3 Prozent im Alter von 66 Jahren. Ab 67 Jahren fällt auch bei Frauen der Krankenstand deutlich. „healthy-worker-effect“ setzt demnach bei Frauen später ein als bei Männern.

Abbildung 37: Krankenstand der Beschäftigten ab 50 Jahren nach Einzelalter



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Abbildung 38: Krankenstand der Beschäftigten ab 50 Jahren nach Einzelalter und Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Abbildung 39 verdeutlicht das Altersprofil des Krankenstandes ab 50 Jahren anhand einer Indexdarstellung. Der Krankenstand im Alter von 50 Jahren wird dabei auf den Indexwert von 100 Prozent gesetzt; die dargestellten Werte zeigen, wie sich der Krankenstand ausgehend von diesem Basiswert mit zunehmendem Alter in den Jahren 2005, 2015 und 2025 entwickelt hat. Diese Darstellungsform ermöglicht einen Vergleich der Altersprofile unabhängig vom jeweiligen Niveau des Krankenstandes in den einzelnen Jahren.

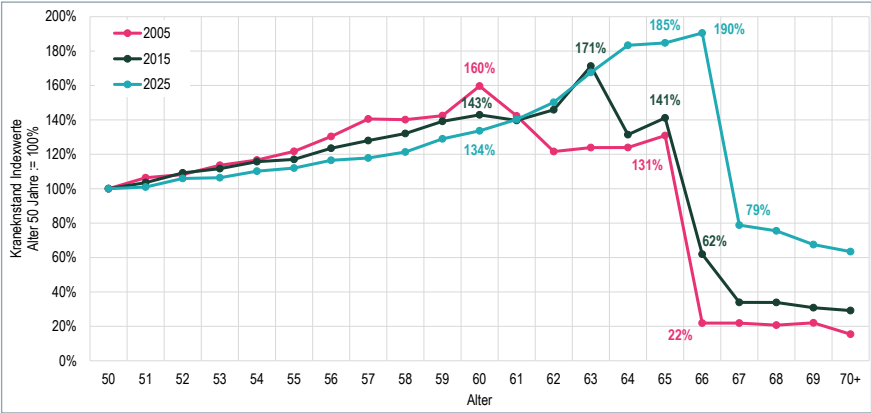
Für das Jahr 2025 zeigt sich der bereits in Abbildung 37 dargestellte Verlauf: Der Krankenstand steigt ausgehend von dem Wert für das Alter 50 Jahre von 100 Prozent auf ein Niveau von maximal 190 Prozent für das Alter 66 Jahre. Das bedeutet, dass der Krankenstand für das Alter 66 Jahre, 90 Prozent über dem Krankenstand für das Alter 50 Jahre liegt. Im weiteren Altersverlauf macht sich ein „healthy-worker-effect“ bemerkbar: Ab dem Alter von 67 Jahren sinkt der Krankenstand deutlich auf einen Wert von 79 Prozent und liegt damit 21 Prozent unter dem Ausgangsniveau im Alter von 50 Jahren.

Der Vergleich mit den Altersprofilen der Jahre 2005 und 2015 zeigt, dass der Krankenstand in diesen Jahren im Altersverlauf auf ein maximales Niveau von 160 Prozent (2005) bzw. 171 Prozent (2015) anstieg. Die altersbedingte Zunahme des Krankenstandes für die Altersspanne 50 bis 66 Jahre fiel damit in beiden Jahren deutlich moderater aus als im Jahr 2025.

Zudem zeigt sich, dass der „healthy-worker-effect“ 2015 deutlich früher einsetzte als 2025. Das höchste Niveau erreichte der Krankenstand 2005 bereits im Alter von 60 Jahren und sank danach allmählich ab. Der altersbedingte Anstieg des Krankenstandes fiel im Zeitverlauf zunehmend stärker aus: Im Alter von 65 Jahren lag der Krankenstand 2005 noch 31 Prozent über dem Niveau der 50-Jährigen, 2015 bereits 41 Prozent und 2025 deutlich höher bei 85 Prozent über dem Ausgangsniveau.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Selektion vor allem besonders gesunder Beschäftigter („healthy-worker-effect“) in den vergangenen 20 Jahren schrittweise in höhere Altersgruppen verschoben hat. Dies hat dazu geführt, dass das Niveau des Krankenstandes in der späten Erwerbsphase insgesamt überproportional stark gestiegen ist – ein Indiz dafür, dass Erwerbstätige trotz gesundheitlicher Einschränkungen und den damit einhergehenden Fehlzeiten im Erwerbsleben verbleiben, da die gesetzliche Anhebung des Rentenalters dazu führt, dass auch Beschäftigte mit schlechterem Gesundheitszustand länger am Erwerbsleben teilhaben.

Abbildung 39: Altersprofil des Krankenstands der Beschäftigten ab 50 Jahren in 2005, 2015, 2025



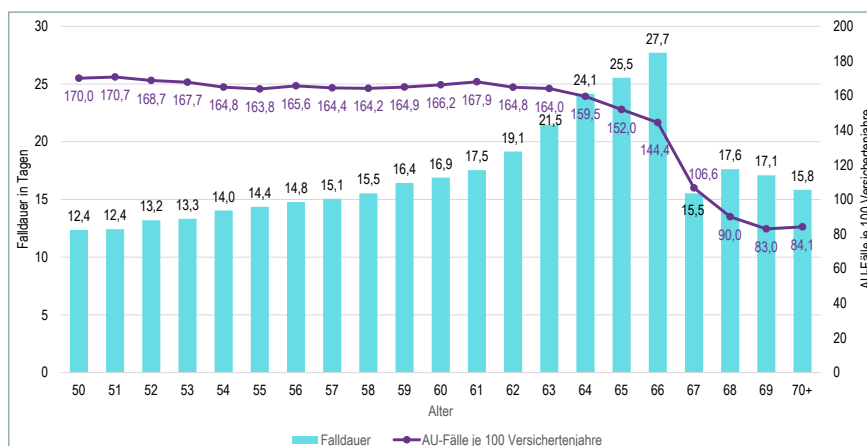
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2005, 2015, 2025

Wie Abbildung 40 zeigt, ist die altersbedingte Zunahme des Krankenstandes auch in der späten Erwerbsphase nicht auf eine häufigere Krankschreibung zurückzuführen, sondern auf eine längere durchschnittliche Krankschreibungsdauer.

Während eine Krankschreibung im Alter von 50 bis 51 Jahren durchschnittlich 12,4 Kalendertage dauert, sind es im Alter von 66 Jahren bereits 27,7 Kalendertage. Dagegen werden Beschäftigte in der späten oder sehr späten Erwerbsphase zunehmend seltener krankgeschrieben: Auf 50-Jährige entfallen je 100 Versichertenjahre 170 Krankschreibungen, auf 63-Jährige noch 164. Danach sinkt die Zahl der Krankschreibungen deutlich ab.

„Länger andauernde Krankheitsausfälle – ein Phänomen, das häufiger in älteren Belegschaften auftritt – stellen Betriebe vor beiderseitig herausfordernde Probleme, die sich signifikant von denen häufiger, kurzer Fehlzeiten unterscheiden. Die größte Herausforderung bei langanhaltenden Ausfällen ist die Planbarkeit und die Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebs.“

**Uta Rouse B.Sc in Cancer Care, Pflegedienstleitung des Hospizes
am Klinikum Südstadt Rostock**

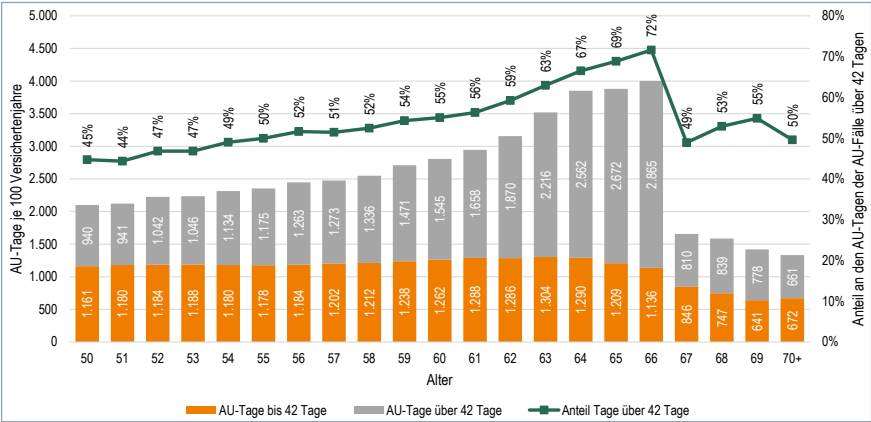
Abbildung 40: AU-Fälle und Falldauer der Beschäftigten ab 50 Jahren nach Einzelalter

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Der Anstieg des Krankenstands mit fortschreitendem Alter ist überwiegend auf eine Zunahme der Fehlzeiten durch sehr lange Krankschreibungen mit einer Dauer von mehr als 42 Tagen zurückzuführen. Wie Abbildung 41 zeigt, steigen die Fehltag je 100 Versichertenjahre von 1.161 im Alter von 50 Jahren auf bis zu 1.304 im Alter von 63 Jahren – ein Anstieg von rund 12 Prozent. Die Fehltag durch Krankschreibungen ab 42 Tagen nehmen im selben Altersbereich deutlich stärker zu: von 940 auf 2.216 Tage, was einem Anstieg von 136 Prozent entspricht. Den höchsten Wert weisen Beschäftigte im Alter von 66 Jahren auf, mit 2.865 Fehltagen je 100 Versichertenjahre aufgrund sehr langer Krankschreibungen. Vermutlich stehen die langen Fehlzeiten im Zusammenhang mit einer Chronifizierung verschiedener Erkrankungen im Altersverlauf der Beschäftigten.

Wie die Linie in Abbildung 41 zeigt, gewinnen Fehlzeiten aufgrund sehr langer Krankschreibungen ab 42 Tagen in der späten Erwerbsphase zunehmend an Bedeutung, auch für den Krankenstand. Ihr Anteil an den gesamten Fehltagen steigt von 45 Prozent bei 50-jährigen auf 72 Prozent bei 66-jährigen Beschäftigten – knapp drei Viertel aller Fehltag in dieser Altersgruppe entfallen damit auf Krankschreibungen von 42 Tagen oder länger.

Abbildung 41: AU-Tage pro 100 Versichertenjahre nach Krankschreibungsdauer (bis 42 Tage/ ab 42 Tage) bei Beschäftigten ab 50 Jahren nach Einzelalter (Säulen)



Quelle AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025
Anmerkung: Linie: Anteil der AU-Tage der Fälle über 42 Tage Dauer an allen AU-Tagen

„Kurzfristige Ausfälle können flexibler kompensiert werden als langfristige Ausfälle. Hier bedarf es einer funktionierenden Vertretungsregelung. Für die Vertretung kommt es dann zu spürbaren Mehrbelastungen, insbesondere wenn es sich um Führungstätigkeiten handelt, wo anderweitige Kompetenzen notwendig sind, dies kann wiederum zu neuen Ausfällen führen.“

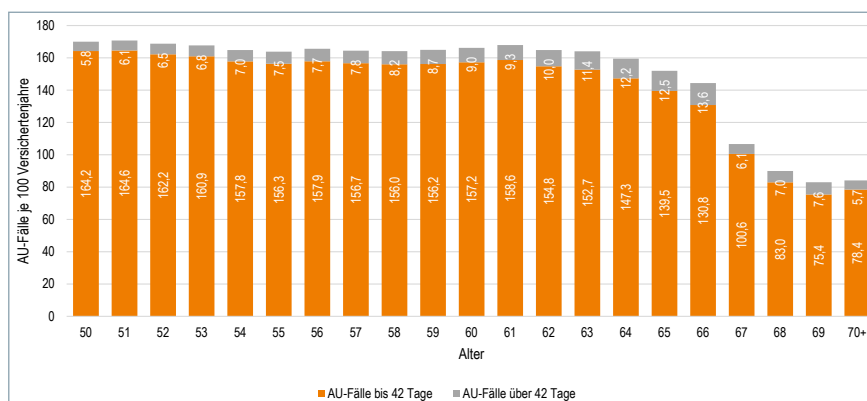
Alexander Horst, Personalentwicklung Kraftfahrt-Bundesamt

Mit Blick auf die Fallzahlentwicklung ergibt sich ein etwas anderes Bild. Wie bereits Abbildung 39 zeigt, geht die Krankschreibungshäufigkeit in der späten Erwerbsphase mit fortschreitendem Alter zurück – dies gilt jedoch, wie Abbildung 42 verdeutlicht, ausschließlich für AU-Fälle mit einer Krankschreibungsdauer von bis zu 42 Tagen. Längere Krankschreibungen mit einer Dauer von mehr als 42 Tagen werden hingegen bis zum Alter von 66 Jahren häufiger. Auf 100 Versicherte im Alter von 66 Jahren entfallen 13,6 solcher Krankschreibungen. Die deutliche Mehrzahl aller Krankschreibungen weist dennoch eine kürzere Dauer auf.

„Länger andauernde Ausfälle älterer Beschäftigter stellen Betriebe vor besondere organisatorische und personelle Herausforderungen. Die größte Herausforderung entsteht dort, wo erfahrene Mitarbeitende über längere Zeit fehlen. In vielen Betrieben hängt an einzelnen Personen viel implizites Wissen, z. B. zur Störungsbehebung, zu Abläufen oder zu Kundensituationen. Fällt diese Erfahrung über Wochen oder Monate weg, entstehen Lücken, die nicht kurzfristig ersetzt werden können. Gleichzeitig bringen längere Ausfälle aber auch eine gewisse Planungssicherheit mit sich. Anders als bei häufigen Kurzfehlzeiten ermöglichen sie es Unternehmen, Vertretungsregelungen oder Umverteilungen strukturierter aufzusetzen. Herausfordernd ist auch die Rückkehr, gerade nach langen Erkrankungen. Die Wiedereingliederung erfordert Fingerspitzengefühl und klare Absprachen. Gut aufgestellte Unternehmen investieren hier heute stärker in abgestimmte Prozesse, damit der Wiedereinstieg gelingt.“

Prof. Dr. Sascha Stowasser, Direktor des ifaa – Institut für angewandte Arbeitswissenschaft e. V. und Professor am Karlsruher Institut für Technologie (KIT)

Abbildung 42: AU-Fälle pro 100 Versicherte der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage Dauer der Beschäftigten ab 50 Jahren nach Einzelalter



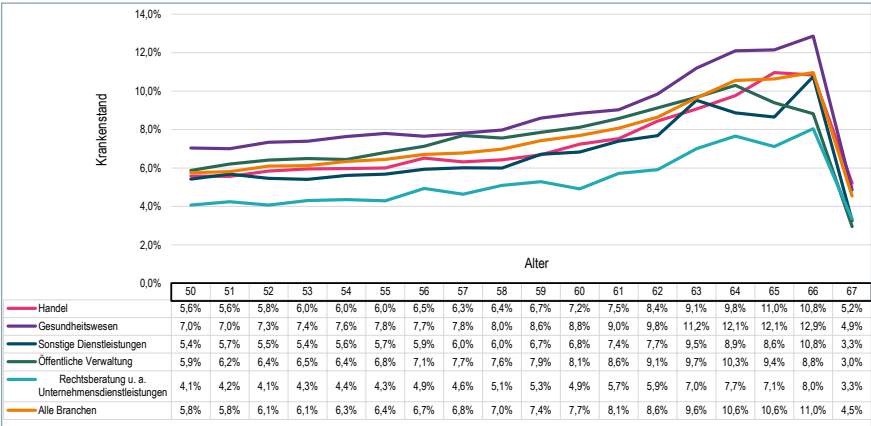
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Abbildung 43 stellt die Entwicklung des Krankenstands in der späten Erwerbsphase nach Einzelalter differenziert für die fünf größten Branchen in der DAK-Datenbasis dar. Zur Orientierung ist die durchschnittliche Entwicklung über alle Branchen hinweg ebenfalls in der Darstellung enthalten. Wie oben berichtet (vgl. auch Abbildung 37) steigt der Krankenstand in der dargestellten Altersspanne bis zu einem Wert von 11 Prozent (66 Jahre). Für die Beschäftigten im Gesundheitswesen ergibt sich mit 12,9 Prozent ein noch höherer

Krankenstand für dieses Alter. Erkennbar ist auch, dass der Krankenstand in der kompletten Altersspanne über dem Durchschnitt liegt. Analog zur durchschnittlichen Entwicklung über alle Branchen zeigt sich auch für das Gesundheitswesen das Einsetzen des „healthy-worker-effects“ ab einem Alter von 67 Jahren. Die Werte für höhere Altersgruppen können aufgrund zu geringer Versichertenzahlen nicht differenziert nach Branchen dargestellt werden.

Für die öffentliche Verwaltung zeigt sich das Einsetzen des „healthy-worker-effects“ mit dem Alter 64, danach sinkt der Krankenstand schrittweise. In allen anderen hier dargestellten Branchen ist der Krankenstand bei den 66-jährigen Beschäftigten am höchsten.

Abbildung 43: Krankenstand der Beschäftigten ab 50 Jahren nach Einzelalter und Branchen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Die beiden Darstellungen in Abbildung 44 (Frauen) und Abbildung 45 (Männer) zeigen die Fehltag je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Erkrankungsgruppen der ab 50-jährigen Beschäftigten. Zum einen lässt sich daraus ablesen, welche Erkrankungsgruppen in der dargestellten Altersphase den Krankenstand am stärksten beeinflussen. Darüber hinaus wird deutlich, welche Erkrankungsgruppen maßgeblich für den Anstieg des Krankenstandes verantwortlich sind.

Bei Frauen im Alter von 50 bis 66 Jahren verändert sich die Reihenfolge der Erkrankungen in Bezug auf ihre Bedeutung für den Krankenstand nicht. Die meisten Fehltag entstehen durch psychische Erkrankungen, gefolgt von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. An dritter Stelle stehen Atemwegserkrankungen, danach folgen Neubildungen und an fünfter Stelle sind Kreislauferkrankungen.

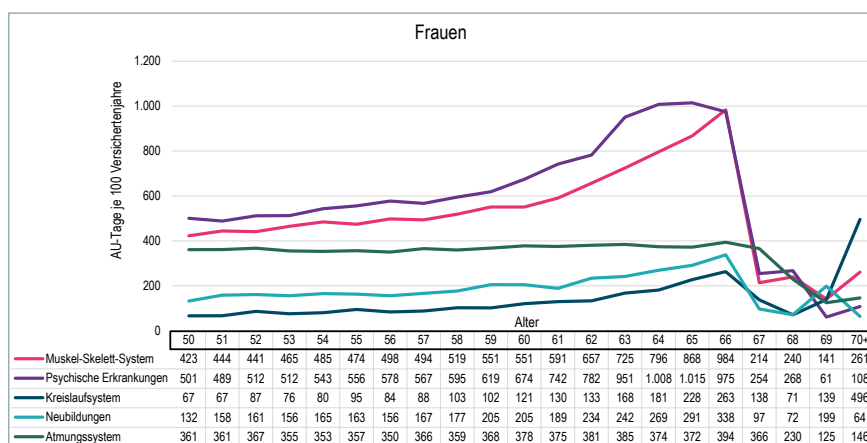
Lediglich die Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen nehmen bei Frauen und Männern nicht mit dem Alter zu. Einen besonderen Verlauf zeigen psychische Erkrankungen bei Frauen: Ab einem Alter von 59 bzw. 62 Jahren steigen die Fehlzeiten durch sie

besonders stark an. Fehlzeiten aufgrund von Neubildungen und Kreislauferkrankungen nehmen bis zum Alter von 66 Jahren moderat, aber kontinuierlich zu.

Bei Männern stehen Fehlzeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in der dargestellten Altersphase mit Abstand an der Spitze. Der höchste Wert von 1.138 Fehltagen je 100 Versichertenjahre zeigt sich für das Alter 64, danach entwickeln sich die Fehlzeiten deutlich rückläufig. Insgesamt spricht dieses Ergebnis dafür, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen die Aufrechterhaltung der Erwerbstätigkeit bei Männern besonders deutlich einschränken. Psychische Erkrankungen stehen bei Männern an zweiter Stelle im Fehlzeiten-geschehen.

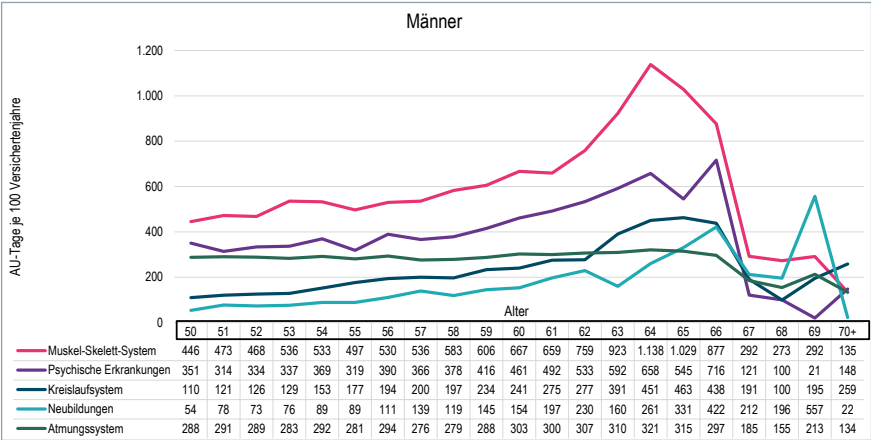
Eine interessante Entwicklung bei Männern zeigt sich mit Blick auf die Fehlzeiten aufgrund von Kreislauferkrankungen. Bei den 50-jährigen Beschäftigten stehen diese Erkrankungen an vierter Stelle. Ab einem Alter von 62 Jahren steigen die entsprechenden Fehlzeiten allerdings besonders stark an, sodass sie in dieser Altersgruppe an dritter Stelle stehen. Eine ähnliche Auffälligkeit zeigen Fehlzeiten aufgrund von Neubildungen: Hier ist ein besonders starker Anstieg zwischen dem 63. und 66. Lebensjahr erkennbar.

Abbildung 44: AU-Tage der beschäftigten Frauen ab 50 Jahren nach Einzelalter für die wichtigsten Erkrankungsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

Abbildung 45: AU-Tage der beschäftigten Männer ab 50 Jahren nach Einzelalter für die wichtigsten Erkrankungsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2025

6.4 Beschäftigte ab 50 Jahren in der ambulanten und stationären Versorgung

Die folgenden Darstellungen analysieren die häufigsten Behandlungsanlässe von Beschäftigten zwischen 50 und 67 Jahren in der ambulanten und stationären Behandlung. Die Ergebnisse beruhen auf den ambulanten und stationären Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit für die Beschäftigten und berücksichtigen auch am Ende der Erwerbsphase nur die aktive Versichertenzeit. (vgl. auch Abschnitt 1.4). Ergänzend zu den Analysen zur Arbeitsunfähigkeit soll dabei geprüft werden, ob sich in dieser Altersgruppe in Bezug auf einzelne Diagnosegruppen Auffälligkeiten zwischen den einzelnen Altersgruppen und im Vergleich von Beschäftigten bis unter und ab 60 Jahren zeigen. Die Analysen werden für Frauen und Männer getrennt dargestellt und beziehen sich auf 2024. Abbildung 46 und Abbildung 47 stellen die ambulanten Behandlungsquoten dar, also den Anteil der Beschäftigten mit einem ambulanten Behandlungsfall (gesamt bzw. je Diagnosegruppe). Abbildung 48 und Abbildung 49 zeigen die entsprechenden Anteile für stationäre Behandlungsfälle. In Tabelle 8 und Tabelle 9 sind alle Werte im Detail dargestellt, einschließlich der Ergebnisse für die zusammengefassten Altersgruppen (50 bis 59 Jahre sowie 60 bis 67 Jahre).

Ambulante Behandlung

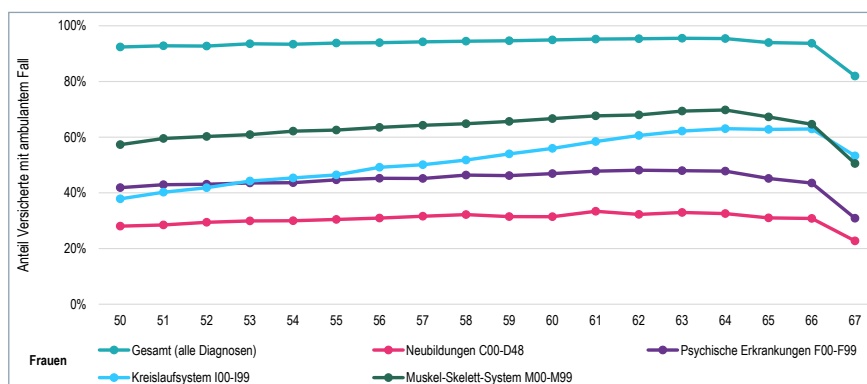
In Bezug auf alle Diagnosen im ambulanten Bereich insgesamt zeigt sich bei Frauen ein hohes, aber mit dem Alter kaum zunehmendes Niveau der Behandlungsquoten. Bei Männern starten die ambulanten Behandlungsquoten auf einem niedrigeren Niveau als bei Frauen, steigen jedoch mit zunehmendem Alter stärker an. Für beide Geschlechter zeigt sich ab dem Alter von 65 Jahren ein leicht rückläufiger Trend. Dies ist zum Teil darauf

zurückzuführen, dass ab diesem Alter zunehmend weniger Beschäftigte ein vollständiges Versichertenjahr aufweisen.

Für Frauen mit 50 Jahren ergibt sich die folgende Rangfolge unter den ambulanten Behandlungsdiagnosen: Am häufigsten waren sie wegen einer Muskel-Skelett-Erkrankungen (57,3 Prozent), gefolgt von psychischen Erkrankungen (41,9 Prozent), Kreislauferkrankungen (37,9 Prozent) und Neubildungen (28,0).

Die Rangfolge verschiebt sich mit zunehmendem Alter: Kreislauferkrankungen gewinnen an Bedeutung und rücken von Platz drei auf Platz zwei vor. Der Abstand zu den Muskel-Skelett-Erkrankungen verringert sich dabei von 19,4 Prozentpunkten (Alter 50) auf nur noch 1,6 Prozentpunkte (Alter 66). Den stärksten absoluten Zuwachs verzeichnen die Kreislauferkrankungen mit einem Anstieg der Behandlungsquote von 37,9 auf 63,0 Prozent (+25,1 Prozentpunkte), während Muskel-Skelett-Erkrankungen lediglich um 7,3 Prozentpunkte zunehmen. Psychische Erkrankungen steigen zwar ebenfalls an (+5,6 Prozentpunkte), verlieren jedoch relativ an Bedeutung und fallen von Platz zwei auf Platz drei zurück.

Abbildung 46: Ambulante Behandlungsquoten beschäftigter Frauen (50–67 Jahre)



Quelle: Daten zur ambulanten Behandlung der DAK-Gesundheit 2024

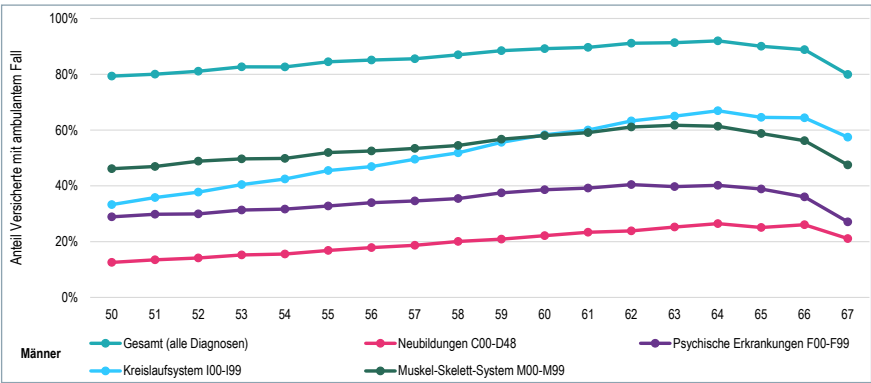
Bei 50-jährigen Männern führen Muskel-Skelett-Erkrankungen die Rangfolge der ambulanten Behandlungsdiagnosen an (46,2 Prozent), gefolgt von Kreislauferkrankungen (33,3 Prozent), psychischen Erkrankungen (28,9 Prozent) und Neubildungen (12,6 Prozent). Mit steigendem Alter verschiebt sich dieses Bild deutlich: Kreislauferkrankungen gewinnen deutlich an Bedeutung und steigen von Platz zwei auf Platz eins auf. Sie überholen die Muskel-Skelett-Erkrankungen und werden zur wichtigsten Diagnosegruppe bei ambulanten Behandlungen älterer männlicher Beschäftigter.

Kreislauferkrankungen verzeichnen mit einem Anstieg von 33,3 Prozent auf 64,7 Prozent den stärksten absoluten Zuwachs (+31,4 Prozentpunkte), während Muskel-Skelett-Erkrankungen lediglich um 10,0 Prozentpunkte zunehmen. Der Abstand zwischen beiden Gruppen kehrt sich um: Während bei den 50-Jährigen Muskel-Skelett-Erkrankungen noch

12,9 Prozentpunkte vor den Kreislauferkrankungen lagen, liegen bei den 66-Jährigen die Kreislauferkrankungen 8,5 Prozentpunkte vorne.

Psychische Erkrankungen steigen ebenfalls an (um 10,6 Prozentpunkte), verbleiben jedoch auf Platz drei. Neubildungen verzeichnen zwar einen deutlichen Anstieg (+13,2 Prozentpunkte), bleiben aber die Diagnosegruppe mit den niedrigsten ambulanten Behandlungsquoten.

Abbildung 47: Ambulante Behandlungsquoten beschäftigter Männer (50–67 Jahre)



Quelle: Daten zur ambulanten Behandlung der DAK-Gesundheit 2024

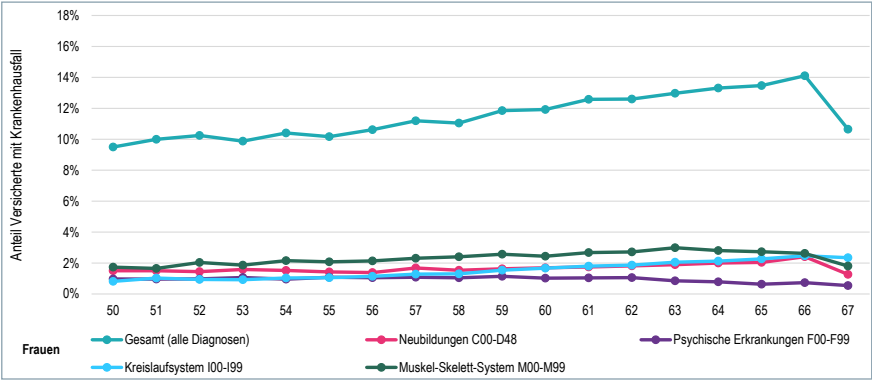
Stationäre Behandlung

Die stationären Behandlungsquoten steigen bei Frauen bis zum Alter von 66 Jahren und bei Männern – mit stärkerem Anstieg – bis zum Alter von 64 Jahren. Frauen mit 50 Jahren waren 2024 zu 9,5 Prozent wenigstens einmal zur Behandlung im Krankenhaus und im Alter von 66 Jahren zu 14,1 Prozent. Bei Männern steigt die stationäre Behandlungsquote von 8,8 Prozent (50 Jahre) auf 17,3 Prozent (64 Jahre) und sinkt anschließend auf 15,3 Prozent (67 Jahre).

Bei den stationären Behandlungsquoten für Frauen bleibt die Rangfolge weitgehend stabil, allerdings auf insgesamt niedrigem Niveau (alle Quoten liegen unter 3 Prozent), sodass die Unterschiede deutlich geringer ausfallen als bei den ambulanten Behandlungsquoten. Ab dem Alter von 62 Jahren gehen die stationären Behandlungsquoten aufgrund psychischer Erkrankungen zurück.

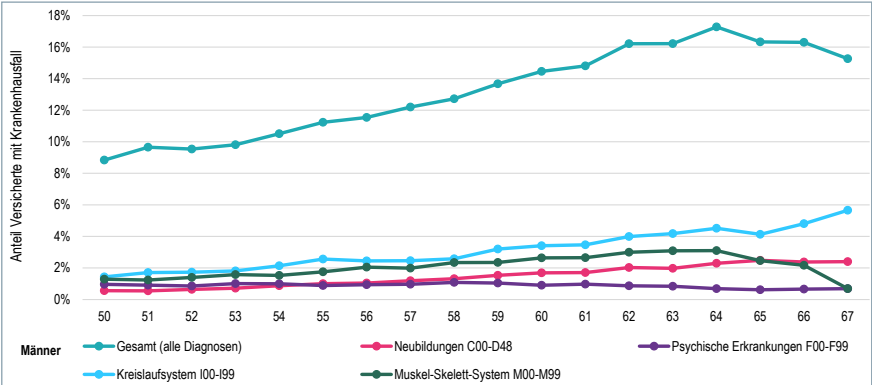
Bei Männern zeigen sich in der Entwicklung der stationären Behandlungsquoten größere Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen. Kreislauferkrankungen verzeichnen den stärksten Anstieg – von 1,4 auf 4,8 Prozent – und werden damit zur mit Abstand wichtigsten Diagnosegruppe.

Abbildung 48: Stationäre Behandlungsquoten beschäftigter Frauen (50–67 Jahre)



Quelle: Daten zur stationären Behandlung der DAK-Gesundheit 2024

Abbildung 49: Stationäre Behandlungsquoten beschäftigter Männer (50–67 Jahre)



Quelle: Daten zur stationären Behandlung der DAK-Gesundheit 2024

Tabelle 8: Behandlungsquoten ambulant und stationär – Frauen 2024 (50 bis 67 Jahre)

Alter	Gesamt (alle Diagnosen)		Neubildungen C00-D48		Psychische Erkrankungen F00-F99		Kreislauf- system I00-I99		Muskel-Ske- lett-System M00-M99	
	Amb.	Stat.	Amb.	Stat.	Amb.	Stat.	Amb.	Stat.	Amb.	Stat.
50	92,4 %	9,5 %	28,0 %	1,5 %	41,9 %	1,0 %	37,9 %	0,8 %	57,3 %	1,7 %
51	92,8 %	10,0 %	28,5 %	1,5 %	42,9 %	1,0 %	40,2 %	1,0 %	59,5 %	1,7 %
52	92,7 %	10,2 %	29,4 %	1,4 %	43,1 %	1,0 %	41,9 %	0,9 %	60,2 %	2,0 %
53	93,5 %	9,9 %	29,9 %	1,6 %	43,5 %	1,1 %	44,3 %	0,9 %	60,9 %	1,9 %
54	93,4 %	10,4 %	30,0 %	1,5 %	43,7 %	1,0 %	45,4 %	1,0 %	62,2 %	2,2 %
55	93,8 %	10,2 %	30,4 %	1,4 %	44,7 %	1,1 %	46,4 %	1,1 %	62,6 %	2,1 %
56	93,9 %	10,6 %	30,9 %	1,4 %	45,2 %	1,1 %	49,2 %	1,1 %	63,5 %	2,1 %
57	94,2 %	11,2 %	31,6 %	1,7 %	45,1 %	1,1 %	50,1 %	1,3 %	64,2 %	2,3 %
58	94,5 %	11,0 %	32,2 %	1,5 %	46,4 %	1,0 %	51,8 %	1,3 %	64,8 %	2,4 %
59	94,6 %	11,8 %	31,5 %	1,6 %	46,2 %	1,1 %	54,0 %	1,5 %	65,6 %	2,6 %
60	94,9 %	11,9 %	31,4 %	1,7 %	46,9 %	1,0 %	56,0 %	1,7 %	66,7 %	2,4 %
61	95,2 %	12,6 %	33,4 %	1,7 %	47,8 %	1,0 %	58,4 %	1,8 %	67,6 %	2,7 %
62	95,3 %	12,6 %	32,3 %	1,8 %	48,1 %	1,1 %	60,6 %	1,9 %	68,0 %	2,7 %
63	95,5 %	13,0 %	33,0 %	1,9 %	48,0 %	0,9 %	62,2 %	2,1 %	69,4 %	3,0 %
64	95,4 %	13,3 %	32,5 %	2,0 %	47,8 %	0,8 %	63,0 %	2,1 %	69,7 %	2,8 %
65	94,0 %	13,5 %	31,0 %	2,0 %	45,2 %	0,6 %	62,8 %	2,3 %	67,3 %	2,7 %
66	93,7 %	14,1 %	30,8 %	2,4 %	43,5 %	0,7 %	63,0 %	2,5 %	64,6 %	2,6 %
67	81,9 %	10,6 %	22,7 %	1,3 %	30,9 %	0,5 %	53,2 %	2,3 %	50,5 %	1,8 %
50–59	93,6 %	10,5 %	30,4 %	1,5 %	44,4 %	1,0 %	46,5 %	1,1 %	62,3 %	2,1 %
60–67	95,0 %	12,7 %	32,3 %	1,8 %	47,3 %	0,9 %	60,0 %	1,9 %	67,8 %	2,7 %

Quelle: Daten zur ambulanten und stationären Behandlung der DAK-Gesundheit 2024

Tabelle 9: Behandlungsquoten ambulant und stationär – Männer 2024 (50 bis 67 Jahre)

Alter	Gesamt (alle Diagnosen)		Neubildungen C00-D48		Psychische Erkrankungen F00-F99		Kreislauf- system I00-I99		Muskel-Ske- lett-System M00-M99	
	Amb.	Stat.	Amb.	Stat.	Amb.	Stat.	Amb.	Stat.	Amb.	Stat.
50	79,3 %	8,8 %	12,6 %	0,6 %	28,9 %	1,0 %	33,3 %	1,4 %	46,2 %	1,3 %
51	80,0 %	9,7 %	13,5 %	0,5 %	29,8 %	0,9 %	35,8 %	1,7 %	46,9 %	1,2 %
52	81,1 %	9,5 %	14,2 %	0,6 %	30,0 %	0,9 %	37,8 %	1,7 %	48,9 %	1,4 %
53	82,7 %	9,8 %	15,2 %	0,7 %	31,3 %	1,0 %	40,5 %	1,8 %	49,7 %	1,6 %
54	82,6 %	10,5 %	15,6 %	0,9 %	31,7 %	1,0 %	42,5 %	2,1 %	49,8 %	1,5 %
55	84,5 %	11,2 %	16,8 %	1,0 %	32,8 %	0,9 %	45,5 %	2,6 %	52,0 %	1,8 %
56	85,1 %	11,5 %	17,9 %	1,0 %	34,0 %	0,9 %	46,9 %	2,4 %	52,5 %	2,1 %
57	85,6 %	12,2 %	18,7 %	1,2 %	34,6 %	1,0 %	49,5 %	2,5 %	53,4 %	2,0 %
58	87,0 %	12,7 %	20,1 %	1,3 %	35,4 %	1,1 %	51,8 %	2,6 %	54,5 %	2,3 %
59	88,5 %	13,7 %	20,9 %	1,5 %	37,5 %	1,0 %	55,6 %	3,2 %	56,7 %	2,4 %
60	89,2 %	14,5 %	22,1 %	1,7 %	38,6 %	0,9 %	58,3 %	3,4 %	58,0 %	2,6 %
61	89,6 %	14,8 %	23,4 %	1,7 %	39,2 %	1,0 %	60,0 %	3,5 %	59,1 %	2,6 %
62	91,1 %	16,2 %	23,9 %	2,0 %	40,4 %	0,9 %	63,3 %	4,0 %	61,1 %	3,0 %
63	91,3 %	16,2 %	25,2 %	2,0 %	39,7 %	0,8 %	65,0 %	4,2 %	61,7 %	3,1 %
64	92,0 %	17,3 %	26,5 %	2,3 %	40,2 %	0,7 %	66,9 %	4,5 %	61,4 %	3,1 %
65	90,0 %	16,3 %	25,1 %	2,5 %	38,9 %	0,6 %	64,6 %	4,1 %	58,8 %	2,5 %
66	88,8 %	16,3 %	26,1 %	2,4 %	36,1 %	0,7 %	64,4 %	4,8 %	56,2 %	2,2 %
67	79,9 %	15,3 %	21,1 %	2,4 %	27,1 %	0,7 %	57,5 %	5,7 %	47,5 %	0,7 %
50–59	83,7 %	11,0 %	16,6 %	1,0 %	32,7 %	1,0 %	44,1 %	2,2 %	51,1 %	1,8 %
60–67	90,3 %	15,7 %	24,2 %	2,0 %	39,3 %	0,8 %	62,5 %	3,9 %	59,7 %	2,8 %

Quelle: Daten zur ambulanten und stationären Behandlung der DAK-Gesundheit 2024

Tabelle 10: Behandlungsquoten ambulant und stationär – Gesamt 2024 (50 bis 67 Jahre)

Alter	Gesamt (alle Diagnosen)		Neubildungen C00-D48		Psychische Erkrankungen F00-F99		Kreislauf- system I00-I99		Muskel-Ske- lett-System M00-M99	
	Amb.	Stat.	Amb.	Stat.	Amb.	Stat.	Amb.	Stat.	Amb.	Stat.
50	86,4 %	9,2 %	21,0 %	1,1 %	36,0 %	1,0 %	35,8 %	1,1 %	52,2 %	1,5 %
51	87,0 %	9,8 %	21,6 %	1,1 %	37,0 %	0,9 %	38,2 %	1,3 %	53,8 %	1,5 %
52	87,5 %	9,9 %	22,5 %	1,1 %	37,2 %	0,9 %	40,0 %	1,3 %	55,1 %	1,8 %
53	88,7 %	9,8 %	23,4 %	1,2 %	38,2 %	1,0 %	42,6 %	1,3 %	55,9 %	1,7 %
54	88,6 %	10,5 %	23,6 %	1,2 %	38,4 %	1,0 %	44,1 %	1,5 %	56,7 %	1,9 %
55	89,7 %	10,6 %	24,5 %	1,2 %	39,5 %	1,0 %	46,0 %	1,7 %	57,9 %	1,9 %
56	90,2 %	11,0 %	25,4 %	1,2 %	40,4 %	1,0 %	48,2 %	1,7 %	58,8 %	2,1 %
57	90,6 %	11,6 %	26,2 %	1,5 %	40,7 %	1,0 %	49,9 %	1,8 %	59,7 %	2,2 %
58	91,4 %	11,7 %	27,2 %	1,4 %	41,9 %	1,1 %	51,8 %	1,8 %	60,5 %	2,4 %
59	92,1 %	12,6 %	27,1 %	1,6 %	42,6 %	1,1 %	54,7 %	2,2 %	61,9 %	2,5 %
60	92,6 %	13,0 %	27,6 %	1,7 %	43,5 %	1,0 %	56,9 %	2,4 %	63,1 %	2,5 %
61	92,9 %	13,5 %	29,2 %	1,7 %	44,3 %	1,0 %	59,1 %	2,5 %	64,1 %	2,7 %
62	93,6 %	14,1 %	28,8 %	1,9 %	45,0 %	1,0 %	61,7 %	2,7 %	65,2 %	2,8 %
63	93,8 %	14,3 %	29,8 %	1,9 %	44,6 %	0,8 %	63,3 %	2,9 %	66,2 %	3,0 %
64	93,9 %	15,0 %	29,9 %	2,1 %	44,5 %	0,7 %	64,7 %	3,1 %	66,2 %	2,9 %
65	92,2 %	14,7 %	28,4 %	2,2 %	42,4 %	0,6 %	63,6 %	3,1 %	63,5 %	2,6 %
66	91,5 %	15,1 %	28,7 %	2,4 %	40,2 %	0,7 %	63,6 %	3,5 %	60,8 %	2,4 %
67	80,9 %	13,0 %	21,9 %	1,8 %	28,9 %	0,6 %	55,4 %	4,0 %	49,0 %	1,2 %
50–59	79,0 %	12,1 %	21,8 %	1,6 %	31,1 %	0,2 %	51,0 %	3,7 %	51,6 %	1,8 %
60–67	80,7 %	15,6 %	17,8 %	2,9 %	30,9 %	0,4 %	55,6 %	4,7 %	47,6 %	1,5 %

Quelle: Daten zur ambulanten und stationären Behandlung der DAK-Gesundheit 2024

Insgesamt zeigt die Analyse, dass sich aus der Perspektive der ambulanten Behandlungsprävalenz kein Zeitpunkt und keine Altersspanne in der späten Erwerbsphase ab 50 Jahren identifizieren lässt, an dem die Inanspruchnahme sprunghaft ansteigt. Eine deutlich dynamischere Entwicklung zeigt sich im stationären Bereich – allerdings auf einem insgesamt deutlich niedrigeren Niveau.

Dieses Ergebnis bestätigt die Schlussfolgerungen des Abschnitts 6.3 zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen: Zwar führen einige schwerwiegende Krankheitsverläufe in dieser Erwerbsphase zu erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen und infolgedessen zu langen Ausfallzeiten – eine generelle Verschlechterung des Gesundheitszustands, die alle Beschäftigten gleichermaßen betrifft, lässt sich jedoch nicht feststellen.

6.5 Gesundheitszustand

Im Rahmen der Beschäftigtenbefragung wurde der selbstberichtete Gesundheitszustand erhoben. Die Analysen der Beschäftigtenbefragung stellen eine Querschnittsbetrachtung dar. Sie beschreiben, wie sich aktuell der Gesundheitszustand von Beschäftigten in den verschiedenen Altersgruppen unterscheidet.

Insbesondere für die späte Erwerbsphase beschreiben die Ergebnisse demnach den Gesundheitszustand von den in dieser Gruppe „weiterhin“ erwerbstätigen Personen. Die Ergebnisse zeichnen umgekehrt formuliert nicht, wie sich der individuelle Gesundheitszustand von Beschäftigten mit zunehmendem Alter entwickelt.

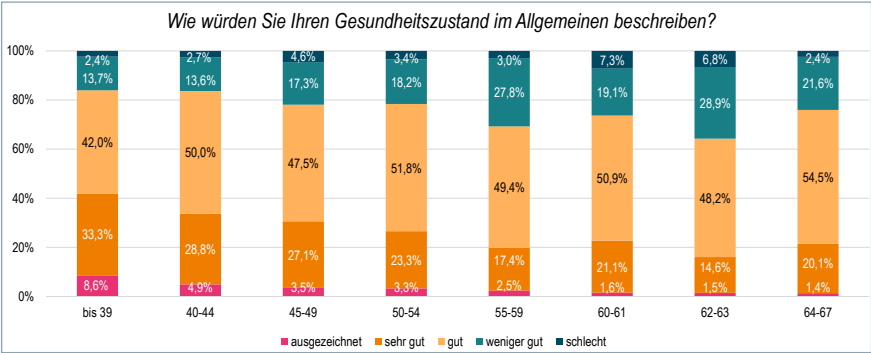
Auf Basis der Beschäftigtenbefragung lässt sich das folgende Bild über den Gesundheitszustand der Beschäftigten in den Altersgruppen zeichnen:

Rund 84 Prozent der Beschäftigten bis 44 Jahre beschreiben ihren Gesundheitszustand als mindestens gut. In der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen liegt dieser Anteil mit rund 78 Prozent etwas niedriger. Ab Mitte 50 sinkt der Anteil der Beschäftigten mit mindestens gutem Gesundheitszustand tendenziell weiter und bewegt sich zwischen 64,3 Prozent bei den 62- bis 63-Jährigen und 76 Prozent bei den 64- bis 67-Jährigen.

Der Anteil der Beschäftigten, die ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“ einschätzen, nimmt mit zunehmendem Alter nahezu kontinuierlich ab und erreicht seinen Tiefpunkt bei den 62- bis 63-Jährigen, bevor er in der nächsthöheren Altersgruppe wieder leicht ansteigt. Spiegelbildlich dazu steigt der Anteil der Beschäftigten mit einem „weniger guten“ oder „schlechtem“ Gesundheitszustand ab Mitte 50 an, erreicht ebenfalls bei den 62- bis 63-Jährigen seinen Höchstwert und geht in der obersten Altersgruppe wieder zurück.

Dieses Muster deutet auf den „healthy-worker-effect“ hin.

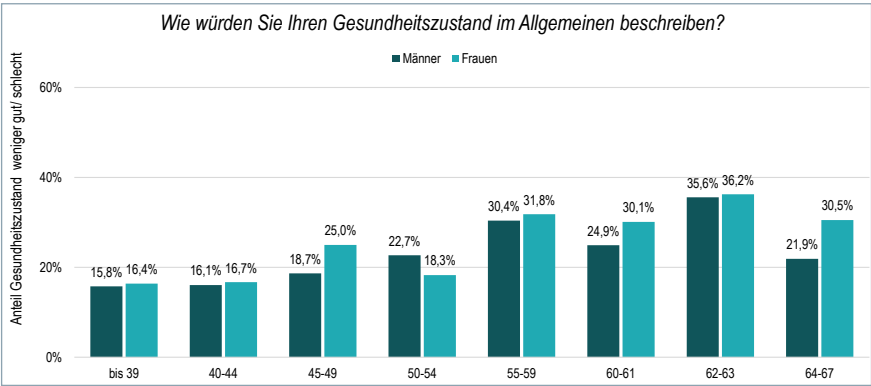
Abbildung 50: Anteil Beschäftigte nach Gesundheitszustand und Alter



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025
Basis: Alle Beschäftigte (n = 7.051)

Abbildung 51 zeigt den Anteil der Beschäftigten, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht einschätzen, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen und Geschlecht. Auffällig ist, dass sich die Anteile für Männer und Frauen im Altersverlauf sehr ähnlich entwickeln. In der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen steigt der Anteil der Beschäftigten mit einem weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand auf rund 30 Prozent (Männer: 30,4 Prozent, Frauen: 31,8 Prozent). In der Altersgruppe der 62- bis 63-Jährigen ist ein weiterer Anstieg zu verzeichnen. Anschließend sinken die Anteile bei beiden Geschlechtern wieder.

Abbildung 51: Anteil Beschäftigte mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand nach Alter und Geschlecht



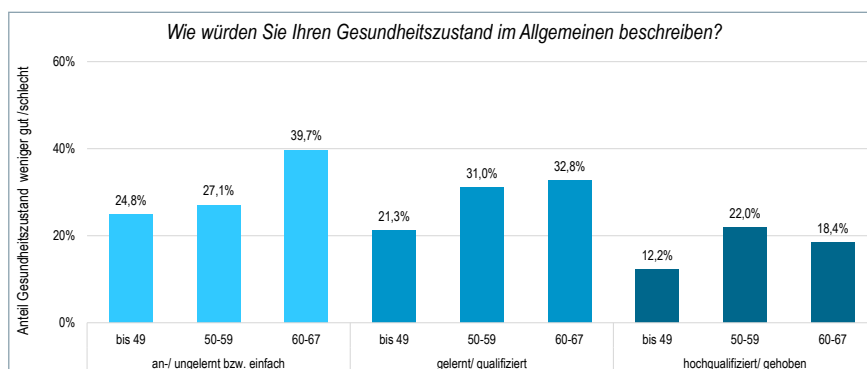
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025
Basis: Alle Beschäftigte (n = 7.051)

In Abbildung 52 sind die Anteile der Beschäftigten, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht beschreiben, nach Alter und Tätigkeitsniveau dargestellt. Die Befragung zum Gesundheitsreport bestätigt erneut, dass mit sinkendem Tätigkeitsniveau mehr Beschäftigte einen „weniger guten“ oder „schlechten“ Gesundheitszustand angeben. Im Rahmen der aktuellen Schwerpunktsetzung ist dabei von besonderem Interesse, wie sich der Gesundheitszustand in der späten Erwerbsphase – insbesondere ab 50 bzw. ab 60 Jahren – darstellt.

Bei Beschäftigten mit dem niedrigsten Tätigkeitsniveau zeigen sich in der sehr späten Erwerbsphase die deutlichsten Veränderungen: In der Altersgruppe der 60- bis 67-Jährigen geben 39,7 Prozent einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand an – erheblich mehr als in den beiden vorangegangenen Altersgruppen (24,8 bzw. 27,1 Prozent). Bei Beschäftigten mit mittlerem Tätigkeitsniveau (gelernt/qualifiziert) steigt der Anteil in den oberen Altersgruppen ebenfalls an, fällt der Zuwachs jedoch deutlich geringer aus: In der Altersgruppe der 60- bis 67-Jährigen liegt er bei 32,8 Prozent, verglichen mit 31,0 Prozent in der Gruppe davor.

Das auffälligste Bild zeigt sich bei der Gruppe der Beschäftigten mit einem hohen Qualifikationsniveau. Zwar geben Beschäftigte ab 50 Jahren auch in dieser Gruppe zu einem höheren Anteil einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand an als die jüngeren Beschäftigten, aber bei den über 60-Jährigen geht dieser Anteil wieder zurück. In dieser Altersgruppe beschreiben nur noch 18,4 Prozent der Beschäftigten ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht.

Abbildung 52: Anteil Beschäftigte mit weniger gutem oder schlechten Gesundheitszustand nach Alter und Tätigkeitsniveau



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 7.051; an-/ungelernt bzw. einfach n = 507; gelernt/qualifiziert n = 3.052; hochqualifiziert/gehoben n = 3.492)

6.6 Leistungsfähigkeit

Leistungsfähigkeit und Altersverlauf

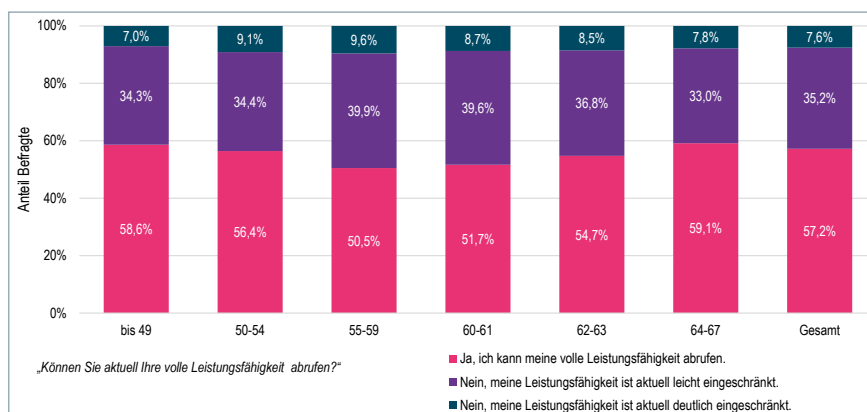
Der Blick auf die mit zunehmendem Alter steigenden Fehlzeiten wirft die Frage auf, wie sich die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten insgesamt entwickelt. Im Rahmen der Befragung wurden die Beschäftigten daher gefragt, ob sie aktuell ihre volle Leistungsfähigkeit abrufen können. In Abbildung 53 sind die Ergebnisse dargestellt.

Insgesamt geben 57,2 Prozent aller Befragten an, ihre Leistungsfähigkeit in vollem Umfang abrufen zu können. 35,2 Prozent berichten von einer leicht eingeschränkten Leistungsfähigkeit und lediglich 7,6 Prozent beschreiben diese als deutlich eingeschränkt. Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich in keiner Altersgruppe starke Unterschiede zu diesen Gesamtwerten zeigen. Auch in der späten Erwerbsphase zeigen sich keine auffälligen Einschnitte in der berichteten Leistungsfähigkeit.

Im Altersverlauf zeigt sich ein „U-förmiger“ Verlauf: Die geringsten Anteile voller Leistungsfähigkeit finden sich in den Altersgruppen der 55- bis 61-Jährigen (50,5 bzw. 51,7 Prozent). In den jüngeren, wie auch in den älteren Altersgruppen, liegen die Anteile jeweils höher. Besonders ausgeprägt ist dies bei den Beschäftigten ab 64 Jahren, die zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil angeben, ihre Leistungsfähigkeit voll abrufen zu können.

Beschäftigte ab 50 Jahren geben zu einem leicht höheren Anteil eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit an. Der Anteil der Beschäftigten, die angeben, dass ihre Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt ist, ist mit 9,6 Prozent am größten bei den 55- bis 59-Jährigen. Bei jüngeren Beschäftigten ist der Anteil geringer und in den höheren Altersgruppen nimmt dieser Anteil schrittweise wieder ab. Somit zeigen sich parallele Entwicklungen zur selbsteingeschätzten Gesundheit der Beschäftigten in dieser Altersgruppe (vgl. Abschnitt 6.5, Abbildung 50).

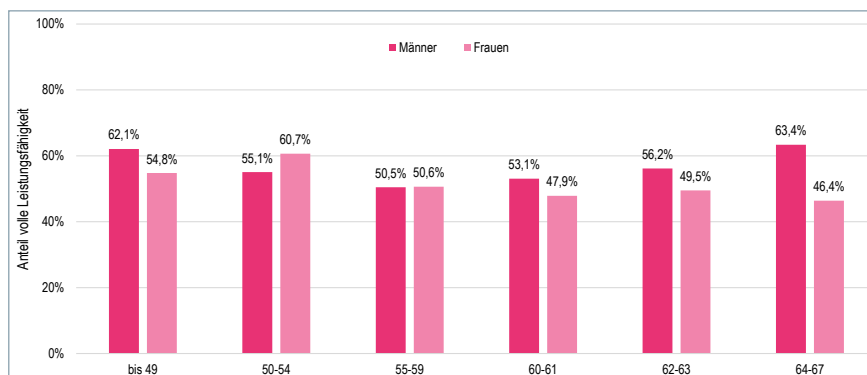
Insgesamt lassen sich nur geringe Unterschiede bei den Angaben zur Leistungsfähigkeit zwischen den Altersgruppen feststellen. Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass sich die Leistungsfähigkeit von Beschäftigten in der späten Erwerbsphase nicht wesentlich vom Gesamtdurchschnitt unterscheidet, nennenswerte altersbedingte Einbußen zeigen sich nicht.

Abbildung 53: Aktuelle Leistungsfähigkeit der Beschäftigten nach Alter

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.990)

Abbildung 54 zeigt die Entwicklung der Leistungsfähigkeit getrennt nach Geschlecht. Dargestellt ist der Anteil der Beschäftigten, die angeben, ihre volle Leistungsfähigkeit abrufen zu können. Bei Frauen fallen die Unterschiede zwischen den Altersgruppen geringer aus als bei Männern. Auffällig ist zudem, dass der Anteil der Frauen mit voller Leistungsfähigkeit in der sehr späten Erwerbsphase – anders als bei Männern – nicht wieder ansteigt. Bei Männern hingegen zeigt sich der bereits beschriebene „U-förmige“ Verlauf.

Abbildung 54: Aktuelle Leistungsfähigkeit (Anteil volle Leistungsfähigkeit) nach Geschlecht

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.990)

„Längere Erwerbstätigkeit wird in den Betrieben oft noch biologisch statt funktional gedacht wird. Alter wird primär mit Leistungsabnahme assoziiert, weniger mit Erfahrungswissen, Problemlösungskompetenz oder sozialer Stabilität. Entsprechend fehlen vielfach differenzierte Rollenmodelle jenseits klassischer Vollzeit- und Linienfunktionen, etwa projektbezogene Tätigkeiten, Mentoring-Rollen oder wissensorientierte Übergangsmodelle in Richtung Ruhestand.“

Frau Prof. Dr. Rump, Professorin für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Internationales Personalmanagement und Organisationsentwicklung

Rahmenbedingungen von Leistungsfähigkeit in der späten Erwerbsphase

Auch wenn sich aus den dargestellten Ergebnissen kein automatischer Zusammenhang zwischen höherem Alter und geringer empfundenen Leistungsfähigkeit ableiten lässt, zeigen die nachfolgenden vertiefenden Analysen, dass die Art der Tätigkeit und deren Rahmenbedingungen einen Einfluss darauf haben, wie sich die Leistungsfähigkeit zwischen den Altersgruppen unterscheidet. Für verschiedene Beschäftigtengruppen ist jeweils der Anteil derjenigen dargestellt, die angeben, ihre volle Leistungsfähigkeit abrufen zu können.

An dieser Stelle ist zu beachten, dass die Darstellungen Querschnittsbetrachtungen sind und daher keine Kohortenentwicklung abbilden. Aussagen über eine individuelle Veränderung der Leistungsfähigkeit im Alters- bzw. Zeitverlauf einzelner Beschäftigter lassen sich daraus nicht ableiten (vgl. dazu auch die einleitende Bemerkung in Abschnitt 6.5).

Die Darstellung in Abbildung 55 vergleicht zwei Gruppen: Beschäftigte, die körperlich tätig sind¹³ und Beschäftigte, die eine vorwiegend geistige Tätigkeit ausüben.

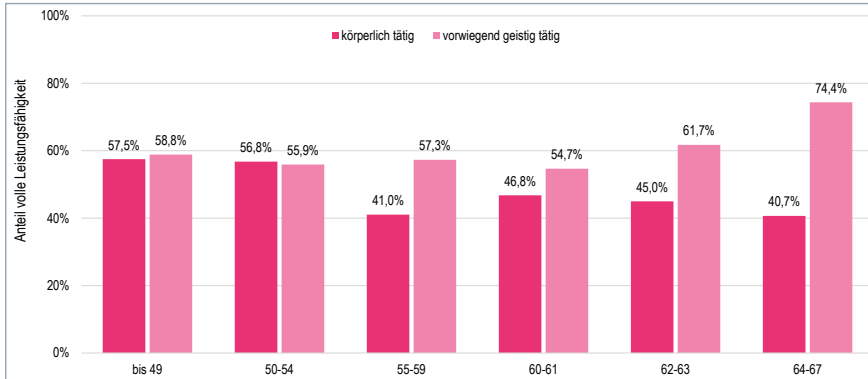
Bei den körperlich tätigen Beschäftigten zeigt sich ab 55 Jahren ein deutlicher Einschnitt: Der Anteil derjenigen, die ihre volle Leistungsfähigkeit abrufen können, sinkt von 56,8 Prozent bei den 50- bis 54-Jährigen auf 41,0 Prozent bei den 55- bis 59-Jährigen und verbleibt auch in den höheren Altersgruppen durchgängig unter 50 Prozent.

Bei den vorwiegend geistig Tätigen stellt sich die Entwicklung anders dar: Der Rückgang in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen fällt deutlich geringer aus, und in den höheren Altersgruppen steigt der Anteil der Beschäftigten mit voller Leistungsfähigkeit sogar wieder merklich an.

¹³ Als körperlich tätig sind die Beschäftigten definiert, die „vorwiegend körperlich“ und „etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig sind“.

Im Ergebnis zeigen sich in der späten Erwerbsphase erhebliche Unterschiede in der selbst eingeschätzten Leistungsfähigkeit zwischen beiden Gruppen – obwohl bis zu einem Alter von etwa 54 Jahren kaum Unterschiede erkennbar sind.

Abbildung 55: Aktuelle Leistungsfähigkeit (Anteil volle Leistungsfähigkeit) nach Arbeitsweise



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

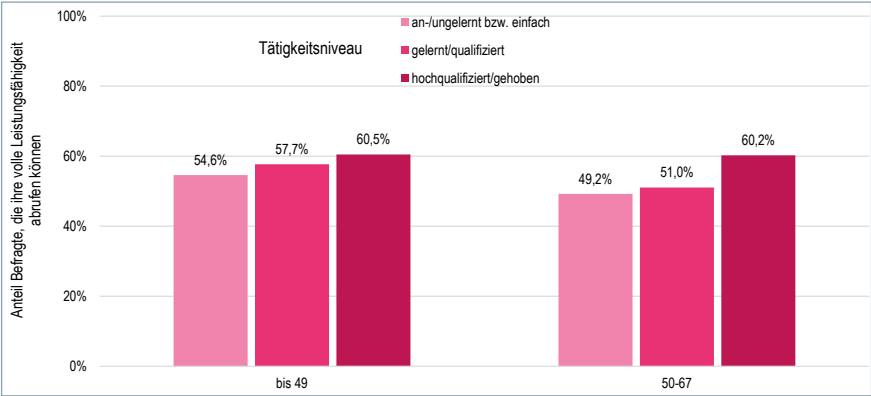
Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.977)

Abbildung 56 zeigt, zu welchen Anteilen Beschäftigte mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus angeben, ihre volle Leistungsfähigkeit abrufen zu können – verglichen werden dabei Beschäftigte bis 49 Jahren und Beschäftigte ab 50 Jahren.

Bei den bis 49-Jährigen steigt der Anteil derjenigen mit voller Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Qualifikationsniveau leicht an. Bei den ab 50-Jährigen mit niedrigem oder mittlerem Qualifikationsniveau fällt dieser Anteil mit 49,2 bzw. 51,0 Prozent deutlich niedriger aus als in der jüngeren Altersgruppe. Bei Beschäftigten mit hohem Qualifikationsniveau hingegen zeigen sich zwischen beiden Altersgruppen keine nennenswerten Unterschiede.

Im Ergebnis zeigen sich in der späten Erwerbsphase deutliche Unterschiede in der Leistungsfähigkeit abhängig vom Qualifikationsniveau der Beschäftigten, die in der Altersgruppe unter 50 Jahren in diesem Ausmaß nicht erkennbar sind.

Abbildung 56: Aktuelle Leistungsfähigkeit (Anteil voller Leistungsfähigkeit) nach Tätigkeitsniveau



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025
Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.990)

Die Abbildung 57 zeigt für drei Belastungsfaktoren den Anteil der Beschäftigten, die angeben, ihre volle Leistungsfähigkeit abrufen zu können – verglichen werden jeweils die Altersgruppen bis 49 Jahre und ab 50 Jahre.

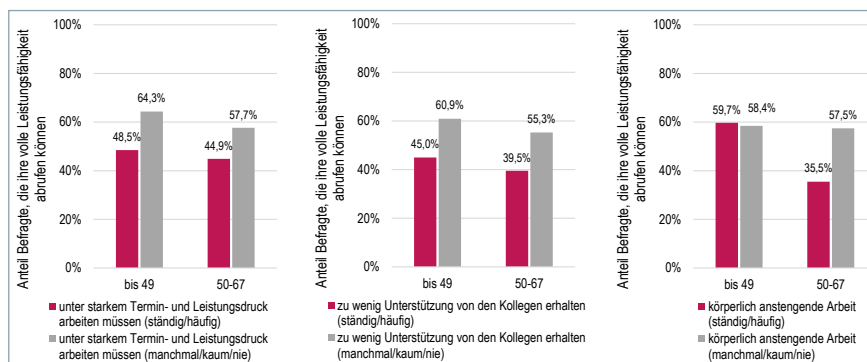
Die roten Säulen stellen den Anteil mit voller Leistungsfähigkeit von Beschäftigten dar, bei deren Arbeit die Belastungsfaktoren ständig oder häufig gegeben sind. Die grauen Säulen stellen die Anteile für Beschäftigte dar, für die diese Belastung nur manchmal, kaum oder nie vorhanden ist. Die linke Grafik bezieht sich auf starken Termin- und Leistungsdruck, die mittlere auf zu wenig Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen und die rechte auf körperlich anstrengende Arbeit.

Beschäftigte, die häufig unter starkem Termin- und Leistungsdruck arbeiten, sowie Beschäftigte, die zu wenig Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen erhalten, können in beiden Altersgruppen zu geringeren Anteilen ihre volle Leistungsfähigkeit abrufen. Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen fallen dabei sehr gering aus. So geben unter den Beschäftigten mit ständigem oder häufigem Termin- und Leistungsdruck 48,5 Prozent der unter 50-Jährigen und 44,9 Prozent der ab 50-Jährigen an, ihre Leistungsfähigkeit voll abrufen zu können. Zum Vergleich: Bei Beschäftigten, die selten oder kaum unter hohem Termin- und Leistungsdruck stehen, sind es 64,3 Prozent (unter 50 Jahre) bzw. 57,5 Prozent (ab 50 Jahre).

Bei der Belastung durch körperlich anstrengende Arbeit zeigt sich ein anderes Bild. In der Altersgruppe der bis 49-Jährigen unterscheiden sich die Anteile derjenigen, die ihre volle Leistungsfähigkeit abrufen können, kaum – unabhängig davon, ob sie häufig oder nur selten körperlich anstrengende Tätigkeiten ausüben (59,7 gegenüber 58,4 Prozent). In der Altersgruppe ab 50 Jahren hingegen geben nur noch 35,5 Prozent der Beschäftigten, die ständig oder häufig körperlich anstrengende Arbeit leisten, an, ihre Leistungsfähigkeit voll

abrufen zu können – verglichen mit 57,5 Prozent bei denjenigen, für die körperlich anstrengende Arbeit nur manchmal, selten oder nie anfällt.

Abbildung 57: Aktuelle Leistungsfähigkeit (Anteil volle Leistungsfähigkeit) nach Belastungsfaktoren



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.970 [Termin und Leistungsdruck]; n = 6.884 [zu wenig Unterstützung]; n = 6.984 [körperlich anstrengend])

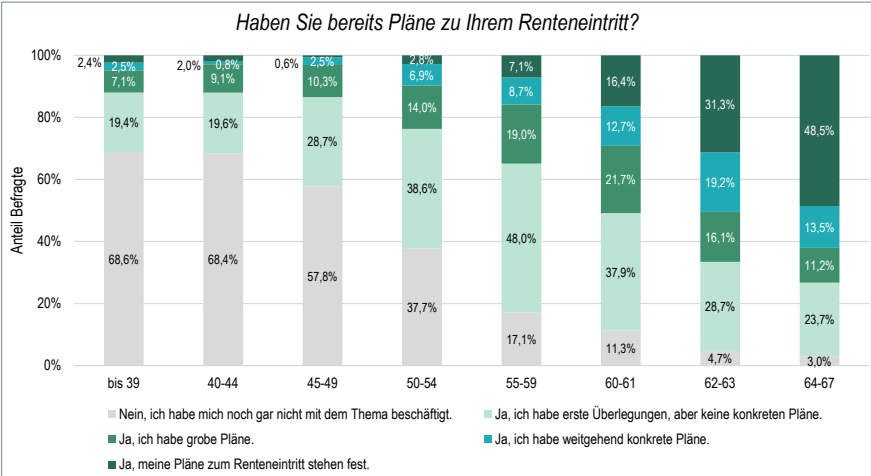
6.7 Pläne zum Renteneintritt

Pläne der Beschäftigten

Im Rahmen der Schwerpunktanalyse stellt sich die Frage, welche Faktoren die Pläne zum Renteneintritt von Beschäftigten beeinflussen. In Vorbereitung darauf wurden die Beschäftigten gefragt, inwieweit sie überhaupt schon Pläne zu ihrem Renteneintritt haben bzw. wie konkret diese Pläne aktuell schon sind. Erwartungsgemäß geben Beschäftigte unter 50 Jahren mehrheitlich an, dass sie sich mit dem Thema noch gar nicht beschäftigt haben (vgl. Abbildung 58).

Ab Mitte 40 steigt der Anteil derjenigen, die erste Überlegungen zum Renteneintritt angestellt haben, von knapp unter 20 Prozent bei den bis 44-Jährigen auf 28,7 Prozent bei den 45- bis 49-Jährigen. Mit zunehmendem Alter steigt dieser Anteil weiter an und erreicht in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen seinen Höchstwert von 48 Prozent. Oberhalb dieser Altersgruppe nimmt er nach und nach ab, da sich die Rentenpläne ab Mitte 50 zunehmend konkretisieren: Für 7,1 Prozent der Befragten stehen die Pläne zum Renteneintritt in der Altersgruppe 55 bis 59 Jahre bereits fest. Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Alter deutlich an, unter den 62- bis 63-Jährigen geben 31,3 Prozent an, dass ihre Rentenpläne feststehen und bei den 64- bis 67-Jährigen geben dies 48,5 Prozent an. Umgekehrt stehen also auch in der obersten Altersgruppe bei der Mehrheit der Befragten die Pläne zum Renteneintritt noch nicht fest.

Abbildung 58: Anteil Beschäftigte nach Planungsstand zum Renteneintritt

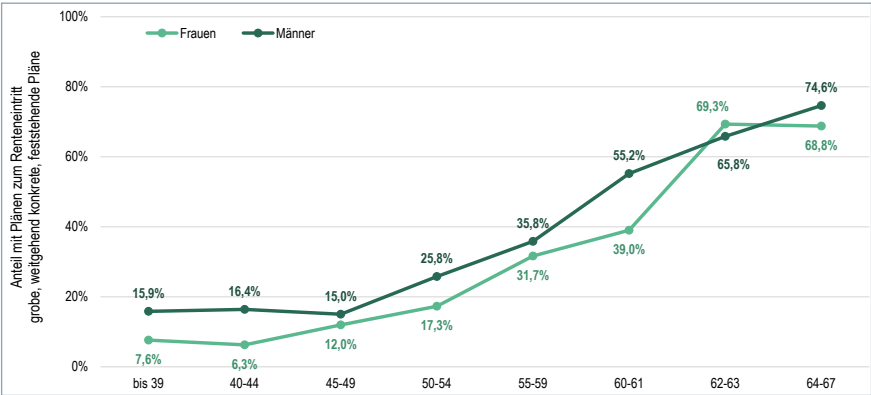


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.977)

Abbildung 59 zeigt die Entwicklung, wie sich die Rentenpläne von Beschäftigten im Altersverlauf konkretisieren, getrennt nach Geschlecht. Bis etwa 62 Jahre geben Männer durchgängig zu höheren Anteilen an, mindestens grobe Pläne zum Renteneintritt zu haben. Bei Frauen entwickeln sich die Pläne tendenziell langsamer als bei Männern.

Abbildung 59: Anteil Beschäftigte mit mindestens groben Plänen zum Renteneintritt



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.977)

Im Rahmen der Beschäftigtenbefragung wurden alle Befragten – unabhängig davon wie konkret ihre Rentenpläne schon sind – gebeten anzugeben, zu welchem Zeitpunkt sie aus heutiger Sicht planen, aus dem Erwerbsleben auszusteigen. Konkret konnte angegeben werden, ob der Ausstieg vor dem gesetzlichen Rentenalter geplant ist. Hierzu gab es die Abstufungen mindestens fünf Jahre vorher, drei bis vier Jahre vorher oder weniger als

drei Jahre vorher. Es gab die Option anzugeben bis zum gesetzlichen Rentenalter arbeiten zu wollen oder sogar darüber hinaus. Man konnte allerdings auch angeben, dass man es aktuell noch nicht weiß, wann man plant aus dem Erwerbsleben aussteigen („weiß nicht“). Die Ergebnisse sind in Abbildung 60 dargestellt.

Insgesamt planen demnach aktuell 43,6 Prozent der Beschäftigten, vor dem gesetzlichen Rentenalter aus dem Erwerbsleben aussteigen zu wollen. Männer planen mit 45,7 Prozent etwas häufiger einen früheren Austritt als Frauen (40,3 Prozent). Am häufigsten planen Beschäftigte der Altersgruppe 55 bis 59 Jahre einen frühen Renteneintritt. Einen sehr frühen Renteneintritt, mindestens fünf Jahre vor dem gesetzlichen Renteneintrittsalter, planen am häufigsten Beschäftigte unter 55 Jahren. Für die ältere Beschäftigte ist diese Option teilweise schon nicht mehr relevant, entsprechend planen die aktuell aktiv Erwerbstätigen in den höheren Altersgruppen zu größeren Anteilen, bis zum gesetzlichen Rentenalter oder sogar darüber hinaus zu arbeiten (62 bis 63 Jahre: 48,2 bis 1 Prozent; 64 bis 67 Jahre: 70,9 Prozent). Keine Angaben zu ihren Rentenplänen können 17 Prozent der unter 50-Jährigen machen, aber nur noch 5,4 Prozent der 50- bis 54-Jährigen.

Abbildung 60: Anteil Beschäftigte nach Plänen zum Renteneintritt



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 7.050)

Hintergründe der Rentenplanung

Welche Gründe stehen hinter den Plänen der Erwerbstätigen? Was spricht aus ihrer Sicht für einen vorzeitigen Renteneintritt (Tabelle 12) und was spricht dafür, die Erwerbstätigkeit möglichst lange aufrechtzuerhalten?

Tabelle 11 stellt die Ergebnisse zu den Gründen dar, die für eine möglichst lange Erwerbstätigkeit sprechen. Dargestellt ist der Anteil der Befragten, für die die jeweiligen Gründe eine „große“ oder „sehr große“ Rolle spielen. Weitere Antwortmöglichkeiten waren: Die Gründe spielen teilweise eine Rolle/ kaum eine Rolle/ überhauptkeine Rolle. Die Ergebnisse werden sowohl für alle Altersgruppen (gesamt) als auch getrennt für Beschäftigte bis 49 Jahre und ältere Beschäftigte zwischen 50 und 67 Jahren ausgewiesen.

In beiden Tabellen (Tabelle 11 und Tabelle 12) fällt auf, dass die genannten Gründe – sowohl für eine lange Erwerbstätigkeit als auch für einen vorzeitigen Ruhestand – von den bis 49-Jährigen durchgängig mit höherer Zustimmung bewertet werden. Ein möglicher Grund dafür ist, dass jüngere Beschäftigte mit Blick auf den Ausstieg aus dem Erwerbsleben noch stärkere Annahmen treffen müssen, wie sich ihre persönliche Situation dann darstellen wird. Ältere Beschäftigte hingegen können bei manchen Gründen bereits realistischer beurteilen, ob diese tatsächlich relevant für einen vorzeitigen Ruhestand sein werden.

Für die 50- bis 67-jährigen Beschäftigten ergibt sich folgendes Bild hinsichtlich der Gründe für eine möglichst lange Erwerbstätigkeit:

Ihre guten Arbeitsbedingungen spielen für 49 Prozent der Befragten eine große oder sehr große Rolle dabei, die Arbeit die Erwerbstätigkeit möglichst lange aufrechtzuerhalten.

Freude an der Arbeit (48,8 Prozent) ist mit ebenfalls rund 49 Prozent ein praktisch ebenso wichtiger Faktor. Knapp die Hälfte der Befragten gibt an, dass die Arbeit ihnen große Freude bereitet und dies ein wesentlicher Faktor für den Verbleib im Erwerbsleben ist.

Soziale Kontakte durch die Arbeit spielen für 44,8 Prozent eine große oder sehr große Rolle, was die Bedeutung des Arbeitsplatzes als sozialen Raum unterstreicht, der über die reine Erwerbstätigkeit hinausgeht.

Die Möglichkeit, Wissen und Erfahrungen weiterzugeben, ist für 42,2 Prozent der Befragten ein wichtiger Grund. Mehr als zwei Fünftel sehen darin eine Chance, ihre über Jahre erworbene Expertise zu teilen.

Die finanzielle Situation erfordert es bei 40,1 Prozent der Befragten, möglichst lange zu arbeiten. Für zwei Fünftel ist die wirtschaftliche Notwendigkeit ein entscheidender Faktor.

Das Gefühl, gebraucht zu werden, spielt für 38,2 Prozent eine wichtige Rolle. Dass die Arbeit einen Sinn im Leben gibt, wird von 37,1 Prozent als bedeutsam eingestuft.

Für 35,1 Prozent der Beschäftigten ab 50 Jahren ist die Tatsache, dass Sie ihre Arbeit flexibel gestalten können ein wichtiger Grund dafür, lange erwerbstätig bleiben zu können.

Der Wunsch nach einem gleitenden Übergang in die Rente wird von rund 27 Prozent genannt, die Möglichkeit zur persönlichen Weiterentwicklung durch die Arbeit von 26,8 Prozent. Etwa jeder vierte 50- bis 67-Jährige sieht in der Arbeit noch Potenzial für persönliches Wachstum und Entwicklung. Schließlich nennen 20,8 Prozent die Sorge vor Langeweile ohne Arbeit als Grund für eine möglichst lange Erwerbstätigkeit.

Tabelle 11: Gründe für eine möglichst lange Erwerbsarbeit: Anteil Zustimmung „große“ oder „sehr große“ Rolle

	Altersgruppe	Spielt eine sehr große Rolle	Spielt eine große Rolle
Meine Arbeit bietet gute Arbeitsbedingungen.	bis 49	21,4 %	40,6 %
	50–67	15,1 %	33,9 %
	Gesamt	19,6 %	38,7 %
Meine Arbeit bereitet mir große Freude.	bis 49	21,1 %	33,6 %
	50–67	15,3 %	33,5 %
	Gesamt	19,5 %	33,6 %
Meine Arbeit ermöglicht mir soziale Kontakte.	bis 49	15,6 %	31,6 %
	50–67	12,9 %	31,8 %
	Gesamt	14,8 %	31,6 %
Meine Arbeit ermöglicht es mir, mein Wissen und meine Erfahrungen weiterzugeben.	bis 49	15,2 %	30,0 %
	50–67	12,4 %	29,8 %
	Gesamt	14,4 %	29,9 %
Meine finanzielle Situation erfordert es, dass ich möglichst lange arbeite.	bis 49	24,2 %	28,1 %
	50–67	18,0 %	22,1 %
	Gesamt	22,4 %	26,4 %
Durch meine Arbeit habe ich das Gefühl gebraucht zu werden.	bis 49	13,2 %	31,4 %
	50–67	9,6 %	28,6 %
	Gesamt	12,2 %	30,6 %
Meine Arbeit gibt mir einen Sinn im Leben.	bis 49	12,5 %	26,3 %
	50–67	10,4 %	26,7 %
	Gesamt	11,9 %	26,4 %
Meine Arbeit erlaubt eine flexible Anpassung auf meine Bedürfnisse (Anpassung des Arbeitsumfangs / der Tätigkeiten etc.).	bis 49	15,8 %	33,6 %
	50–67	8,7 %	26,4 %
	Gesamt	13,8 %	31,6 %
Ich möchte den Übergang in die Rente langsam gestalten.	bis 49	7,1 %	21,4 %
	50–67	6,1 %	20,8 %
	Gesamt	6,8 %	21,3 %

	Altersgruppe	Spielt eine sehr große Rolle	Spielt eine große Rolle
Meine Arbeit erlaubt es mir, mich weiterzuentwickeln.	bis 49	14,0 %	28,5 %
	50–67	6,4 %	20,4 %
	Gesamt	11,8 %	26,2 %
Ohne meine Arbeit wäre mir langweilig.	bis 49	12,9 %	20,7 %
	50–67	6,5 %	14,3 %
	Gesamt	11,1 %	18,9 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 7.026 – n = 6.412)

Beschäftigte, die angegeben hatten, nicht bis zum gesetzlichen Rentenalter arbeiten zu wollen oder sogar früher aus dem Erwerbsleben ausscheiden zu wollen, wurden gefragt, in welchem Ausmaß zwölf verschiedene Gründe für sie eine Rolle spielen, frühzeitig aus dem Erwerbsleben auszusteigen. Antwortmöglichkeiten waren: Die Gründe spielen eine große/ eine sehr große/ teilweise/ kaum eine/ überhauptkeine Rolle. Eine sehr große oder sehr große Rolle wurde zwischen einem bis zwölf Gründen beigemessen. Im Durchschnitt wurden rund fünf verschiedenen Gründen eine sehr große oder große Rolle beigemessen. Abbildung 61 greift den Aspekt der Mehrfachauswahl nochmal vertiefend auf.

Tabelle 12 zeigt, zu welchen Anteilen diese Befragten angegeben haben, dass die aufgeführten Gründe dabei eine große oder sehr große Rolle für sie spielen.

Für die 50- bis 67-jährigen Beschäftigten, die nicht bis zum gesetzlichen Rentenalter oder darüber hinaus planen zu arbeiten, ergibt sich folgendes Bild:

Der Wunsch nach mehr Freizeit führt die Liste mit 70,7 Prozent Zustimmung an und ist damit der mit Abstand wichtigste Grund für einen frühzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben (vgl. hierzu auch Abbildung 61). Mehr als zwei Drittel der Befragten in dieser Altersgruppe sehen hierin eine große oder sehr große Rolle. Der eher bilanzierende Grund „Irgendwann muss Schluss sein“ erreicht 62,9 Prozent Zustimmung und liegt damit an zweiter Stelle.

An dritter Stelle steht die finanzielle Absicherung mit 58,8 Prozent – für knapp drei Fünftel der Befragten ist die Gewissheit, im Ruhestand finanziell abgesichert zu sein, ein entscheidender Faktor, der für einen früheren Austritt aus dem Erwerbsleben spricht.

Der Wunsch, sich stärker um die Gesundheit zu kümmern, wird von 56,6 Prozent der 50- bis 67-Jährigen, die nicht bis zum gesetzlichen Rentenalter arbeiten wollen, als bedeutsam eingestuft. Dies zeigt, dass Gesundheitsvorsorge und Selbstfürsorge für mehr als die Hälfte der Befragten ein wichtiges Motiv darstellen.

Die Möglichkeit, ohne Abschlüsse in Rente zu gehen, nennen 48,2 Prozent als relevanten Grund für einen früheren Renteneintritt – ein pragmatischer Aspekt, der die Bedeutung finanzieller Rahmenbedingungen unterstreicht. Knapp die Hälfte der Befragten orientiert sich an den formalen Rahmenbedingungen des Rentensystems.

Bereits bestehende gesundheitliche Probleme werden in der Gruppe von 43 Prozent genannt – für mehr als zwei Fünftel ist also der eigene Gesundheitszustand ein ausschlaggebender Faktor für den Wunsch nach einem vorzeitigen Ruhestand.

Die Anstrengung der Arbeit wird von 33,3 Prozent als wichtiger Grund genannt. Ein Drittel der 50- bis 67-Jährigen, die nicht bis zum gesetzlichen Rentenalter arbeiten wollen, empfindet die Arbeitsbelastung als so hoch, dass ein vorzeitiger Ausstieg in Betracht gezogen wird.

Die Koordination des Ruhestands mit dem Lebenspartner ist ebenfalls ein relevanter Faktor. Die gemeinsame Verrichtung mit dem Partner spielt für 27,9 Prozent eine wichtige Rolle.

Zeit für ehrenamtliche Arbeit wird von 15,4 Prozent mit vorzeitigen Rentenplänen als relevanter Grund genannt. Damit betrachtet eine kleinere, aber nicht unbedeutende Gruppe den Ruhestand als Chance für gesellschaftliches Engagement.

Die Betreuung von Enkeln oder Kindern wird in der Gruppe von 15 Prozent genannt – ein Aspekt, der die Bedeutung familiärer Verpflichtungen und Wünsche unterstreicht.

Die Betreuung kranker oder pflegebedürftiger Personen spielt bei rund 12 Prozent eine große oder sehr große Rolle, wenn vorzeitige Rentenpläne bestehen. Ein Hinweis darauf, dass bestehende oder absehbare Pflegeverantwortung den Rentenwunsch maßgeblich beeinflussen kann.

Das Ende eines befristeten Vertrags ist mit 5,5 Prozent der am wenigsten genannter Grund.

Die Erhebungen des DAK-Gesundheitsreports zu den Hintergründen für die Rentenplanung sind angelehnt an die IliA-Kohortenstudie und decken sich mit den Ergebnissen zum Ausscheiden aus dem Arbeitsleben: Auch hier geben die befragten Beschäftigten, die bis maximal 64 Jahre arbeiten möchten, zu 83 Prozent an, dass der Grund mehr freie Zeit zu haben eine große Rolle spielt, gefolgt von „irgendwann muss Schluss sein“ (64 Prozent) und „ausreichende finanzielle Absicherung erreicht“ (50 Prozent) (Ebener et al. 2023).

Tabelle 12: Gründe für einen möglichst frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben Anteil Zustimmung „große“ oder „sehr große“ Rolle

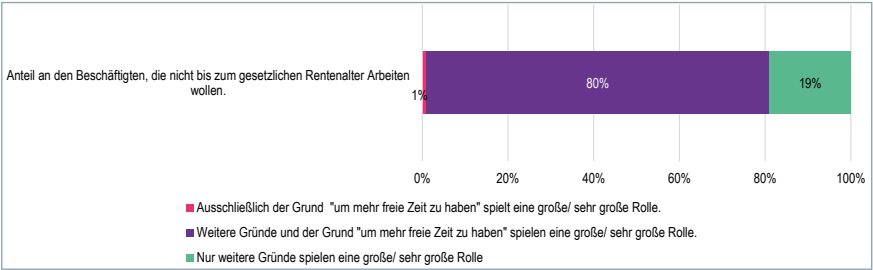
	Altersgruppe	Spielt eine sehr große Rolle	Spielt eine große Rolle
Ich möchte mehr freie Zeit haben.	bis 49	48,7 %	35,2 %
	50–67	34,4 %	36,3 %
	Gesamt	44,0 %	35,6 %
Irgendwann muss Schluss sein.	bis 49	33,2 %	28,0 %
	50–67	30,8 %	32,1 %
	Gesamt	32,4 %	29,4 %
Ausreichende finanzielle Absicherung erreicht.	bis 49	40,7 %	37,3 %
	50–67	23,1 %	35,7 %
	Gesamt	34,8 %	36,8 %
Ich möchte mich stärker um meine Gesundheit kümmern.	bis 49	20,3 %	40,8 %
	50–67	22,2 %	34,4 %
	Gesamt	20,9 %	38,7 %
Ich kann zu diesem Zeitpunkt ohne Abschläge in Altersrente gehen.	bis 49	27,4 %	25,6 %
	50–67	24,2 %	24,0 %
	Gesamt	26,2 %	25,0 %
Gesundheitliche Probleme	bis 49	29,5 %	23,4 %
	50–67	21,2 %	21,8 %
	Gesamt	26,7 %	22,9 %
Arbeit zu anstrengend	bis 49	15,9 %	23,9 %
	50–67	12,6 %	20,7 %
	Gesamt	14,8 %	22,9 %
Partner/Partnerin hört dann auf zu arbeiten.	bis 49	14,1 %	23,5 %
	50–67	11,5 %	16,4 %
	Gesamt	13,2 %	21,1 %
Zeit für freiwillige oder ehrenamtliche Arbeit	bis 49	8,6 %	15,5 %
	50–67	4,9 %	10,5 %
	Gesamt	7,3 %	13,8 %

	Altersgruppe	Spielt eine sehr große Rolle	Spielt eine große Rolle
Betreuung von Enkelkindern/Kindern	bis 49	12,2 %	19,8 %
	50–67	5,9 %	9,1 %
	Gesamt	9,9 %	15,9 %
Betreuung kranker/pflegebedürftiger Personen	bis 49	8,1 %	13,8 %
	50–67	3,7 %	8,5 %
	Gesamt	6,5 %	11,9 %
Vertrag endet	bis 49	5,0 %	8,7 %
	50–67	2,6 %	3,0 %
	Gesamt	4,2 %	6,8 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025
Basis: Beschäftigte, die nicht planen bis zum Rentenalter oder darüber hinaus zu arbeiten (n = 2.862 – n = 3.228)

Für den Grund „ich möchte mehr freie Zeit haben“ zeigt Abbildung 61 vertiefend, dass unter den Beschäftigten, die planen vor dem gesetzlichen Renteneintrittsalter aus dem Erwerbsleben auszusteigen, nur ein Prozent dafür diesem Grund eine große oder sehr große Rolle beimessen. Für 80 Prozent derjenigen ist dieser Grund einer unter mehreren Gründen, die sie eine große oder sehr große Rolle spielen, weitere 19 Prozent nennen nur weitere Gründe für einen vorzeitigen Renteneintritt.

Abbildung 61: Gründe für einen möglichst frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben Anteil Zustimmung „große“ oder „sehr große“ Rolle in Kombination



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025
Basis: Beschäftigte, die nicht planen bis zum Rentenalter oder darüber hinaus zu arbeiten (n = 3.133)

Unterscheidet man bei der Betrachtung der Gründe, die Beschäftigte für einen frühen Renteneintritt vor dem gesetzlichen Rentenalter als besonders wichtig erachten (große oder sehr große Rolle) nach dem selbstberichteten Gesundheitszustand (ausgezeichnet/sehr gut/ gut versus weniger gut/ schlecht) so ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 13):

Sich stärker um die Gesundheit kümmern zu wollen oder gesundheitliche Probleme allgemein werden von Beschäftigten mit einem weniger guten Gesundheitszustand deutlich häufiger als wichtiger Grund für einen vorzeitigen Renteneintritt eingestuft. 77,8 Prozent der Beschäftigten mit einem weniger guten Gesundheitszustand stufen das Kümmern um die eigene Gesundheit als wichtigen Grund für einen vorzeitigen Renteneintritt ein.

Mit 77,9 Prozent Zustimmung (spielt eine große oder eine sehr große Rolle) erfährt der Wunsch nach mehr freier Zeit bei Beschäftigten mit einem weniger guten Gesundheitszustand nur eine minimal höhere Bewertung. Die eigene Gesundheit ist für Beschäftigte mit weniger gutem Gesundheitszustand demnach im Hinblick auf einen früheren Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit einen ebenso relevanten Grund wie der Wunsch nach mehr freier Zeit.

Interessant ist, dass auch über die Hälfte (53,1 Prozent) der Beschäftigten mit gutem Gesundheitszustand angibt, dass das Kümmern um die Gesundheit mit Blick auf einen früheren Renteneintritt eine große oder sehr große Rolle spielt. Auffällig ist ebenfalls, dass auch diejenigen, die einen guten Gesundheitszustand angegeben haben, gesundheitlichen Problemen eine große Rolle beimessen in Bezug auf ihre Rentenplanung (39,8 Prozent). Dies deutet darauf hin, dass die eigene Gesundheit und die Gesundheitsfürsorge für einen nennenswerten Anteil der Beschäftigten eine große Rolle bei ihrer Rentenplanung spielen – unabhängig davon, wie der aktuelle Gesundheitszustand eingeschätzt wird. Erwartungsgemäß ist der Blick auf die eigene Gesundheit wichtiger für diejenigen, deren Gesundheitszustand schon eingeschränkt ist.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der als anstrengend empfundenen Arbeit. Beschäftigte, die nicht bis zum gesetzlichen Rentenalter arbeiten wollen und einen weniger guten Gesundheitszustand haben, geben zu 58,2 Prozent an, dass die Tatsache, dass die Arbeit zu anstrengend ist, eine große Rolle dabei spielt, vorzeitig in Rente zu gehen.

Tabelle 13: Gründe für einen möglichst frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben Anteil Zustimmung „große“ oder „sehr große“ Rolle nach Gesundheitszustand

	Gesundheits- zustand	Spielt eine sehr große Rolle	Spielt eine große Rolle
Ich möchte mehr freie Zeit haben.	ausgezeichnet/ sehr gut/ gut	45,3 %	34,8 %
	weniger gut/ schlecht	40,5 %	37,4 %
Ich möchte mich stärker um meine Gesundheit kümmern.	ausgezeichnet/ sehr gut/ gut	16,5 %	36,6 %
	weniger gut/ schlecht	33,4 %	44,4 %
Gesundheitliche Probleme	ausgezeichnet/ sehr gut/ gut	18,9 %	20,9 %
	weniger gut/ schlecht	47,4 %	28,3 %
Irgendwann muss Schluss sein.	ausgezeichnet/ sehr gut/ gut	30,8 %	29,8 %
	weniger gut/ schlecht	36,3 %	28,3 %
Ausreichende finanzielle Absicherung erreicht	ausgezeichnet/ sehr gut/ gut	35,7 %	38,5 %
	weniger gut/ schlecht	32,3 %	31,8 %
Arbeit zu anstrengend	ausgezeichnet/ sehr gut/ gut	10,9 %	19,5 %
	weniger gut/ schlecht	25,8 %	32,4 %
Ich kann zu diesem Zeitpunkt ohne Abschläge in Altersrente gehen.	ausgezeichnet/ sehr gut/ gut	24,8 %	26,3 %
	weniger gut/ schlecht	30,3 %	21,8 %
Partner/Partnerin hört dann auf zu arbeiten.	ausgezeichnet/ sehr gut/ gut	13,4 %	22,5 %
	weniger gut/ schlecht	12,1 %	17,1 %

	Gesundheits- zustand	Spielt eine sehr große Rolle	Spielt eine große Rolle
Betreuung kranker/pflegebedürftiger Personen	ausgezeichnet/ sehr gut/ gut	5,4 %	11,8 %
	weniger gut/ schlecht	9,4 %	12,3 %
Betreuung von Enkelkindern/Kindern	ausgezeichnet/ sehr gut/ gut	9,2 %	18,4 %
	weniger gut/ schlecht	11,6 %	9,1 %
Zeit für freiwillige oder ehrenamtliche Arbeit	ausgezeichnet/ sehr gut/ gut	7,0 %	14,7 %
	weniger gut/ schlecht	8,3 %	11,3 %
Vertrag endet	ausgezeichnet/ sehr gut/ gut	4,0 %	7,3 %
	weniger gut/ schlecht	4,8 %	5,4 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025
Basis: Beschäftigte, die nicht planen bis zum Rentenalter oder darüber hinaus zu arbeiten (n = 2.139 – n = 2.423)

Einfluss des Umfeldes auf die Rentenplanung

Den Ergebnissen zufolge wird die Renteneintrittsplanung der Befragten maßgeblich davon beeinflusst, wie sie die Stimmung in ihrem sozialen und beruflichen Umfeld wahrnehmen. Die entsprechenden Einschätzungen sind in Abbildung 62 dargestellt.

Der Aussage „in meinem sozialen Umfeld herrscht die Auffassung vor, eher früher als später aus dem Erwerbsleben auszusteigen“ stimmen 21 Prozent aller Beschäftigten „vollkommen“ zu und weitere 31 Prozent stimmen der Aussage „eher“ zu – insgesamt also etwas mehr als die Hälfte (52 Prozent). Für das Arbeitsumfeld ergibt sich ein ähnliches Bild: Knapp die Hälfte (48 Prozent) stimmt der entsprechenden Aussage „vollkommen“ oder „eher“ zu. Eine teilweise Zustimmung äußern 22 Prozent mit Blick auf das soziale Umfeld bzw. 23 Prozent mit Blick auf das Arbeitsumfeld. Insgesamt schätzen die Beschäftigten die Stimmung in beiden Umfeldern als vergleichbar ein.

Abbildung 63 zeigt, wie sich die eigenen Rentenpläne je nach wahrgenommener Meinung im sozialen Umfeld und im Arbeitsumfeld unterscheiden. Alle erhobenen Ausprägungen zu einem vorzeitigen Renteneintritt (3 Jahre, 3 bis 4 Jahre sowie 5 Jahre vor dem ge-

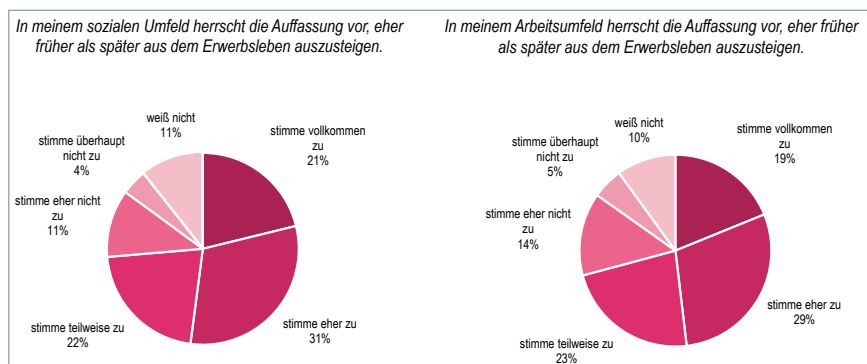
setzlichen Rentenalter) sind dabei in der Kategorie „vor dem gesetzlichen Rentenalter“ zusammengefasst.

Beschäftigte, deren soziales Umfeld einen eher frühen Renteneintritt befürwortet (Zustimmung: „stimme vollkommen zu“/ „stimme eher zu“), planen zu 53,3 Prozent selbst einen Ausstieg vor dem gesetzlichen Renteneintrittsalter. Nur 29,4 Prozent geben an, bis zum regulären Renteneintritt arbeiten zu wollen, und lediglich 7,6 Prozent darüber hinaus. Bei teilweiser Zustimmung sinkt der Anteil der Beschäftigten mit vorzeitigem Ausstiegswunsch auf 40,7 Prozent.

Wird ein früher Renteneintritt im sozialen Umfeld abgelehnt („stimme eher nicht zu“/ „stimme überhaupt nicht zu“), kehrt sich das Bild um: Nur noch 27,7 Prozent planen einen vorzeitigen Ausstieg, während 49,7 Prozent bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter arbeiten wollen. Bemerkenswert ist, dass in dieser Gruppe mit 13,0 Prozent der höchste Anteil über das gesetzliche Renteneintrittsalter hinaus arbeiten möchte.

Ein ähnlicher Zusammenhang zeigt sich für die Einstellung im Arbeitsumfeld (vgl. Abbildung 63). Die geringste Bereitschaft für Arbeiten bis zum Renteneintrittsalter oder darüber hinaus findet sich bei Beschäftigten, deren Arbeitsumfeld einen frühen Renteneintritt klar befürwortet.

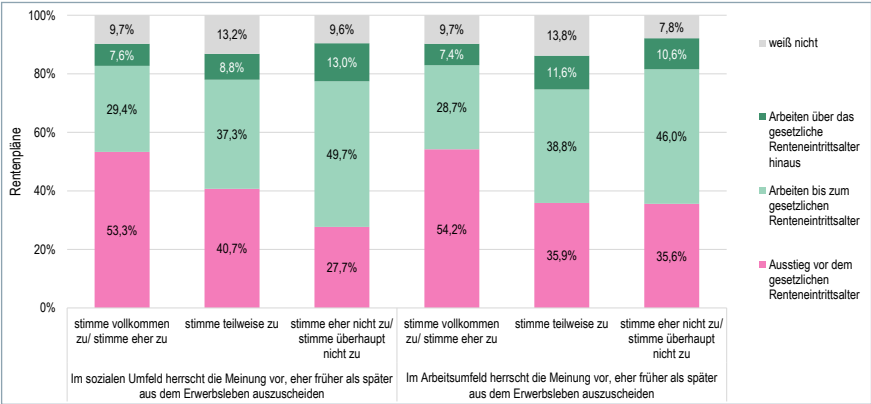
Abbildung 62: Angaben der Beschäftigten zur Auffassung in Bezug auf einen frühen Renteneintritt im Sozialen- und Arbeitsumfeld



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (Soziales Umfeld n = 6.989; Arbeitsumfeld – n = 7.024)

Abbildung 63: Anteil Beschäftigte nach Plänen zum Renteneintritt und Stimmung im Sozialen- und Arbeitsumfeld



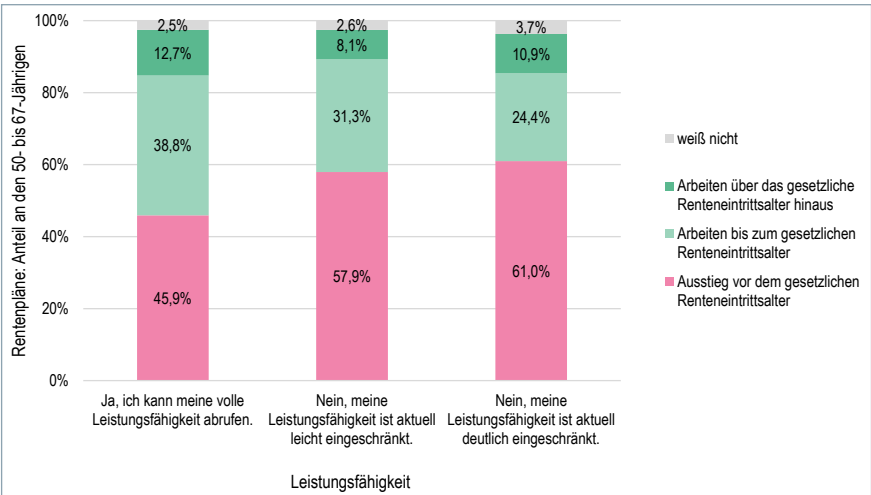
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (Soziales Umfeld n = 6.408; Arbeitsumfeld – n = 6.453)

Leistungsfähigkeit und Rentenpläne

Die Ergebnisse in Abbildung 64 zeigen deutlich, dass Beschäftigte ab 50 Jahren, die ihre Leistungsfähigkeit nach eigenen Angaben noch voll abrufen können zum größten Anteil bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter planen zu arbeiten (38,8 Prozent) oder sogar darüber hinaus (12,7 Prozent). Umgekehrt planen Beschäftigte mit hoher Leistungsfähigkeit seltener als vor dem gesetzlichen Renteneintrittsalter aus dem Erwerbsleben auszusteigen (45,9 Prozent), als Beschäftigte leicht mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit (57,9 Prozent) oder sogar deutlich eingeschränkter Leistungsfähigkeit (61,0 Prozent).

Abbildung 64: Anteil Beschäftigte ab 50 Jahren nach Plänen zum Renteneintritt und Leistungsfähigkeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Beschäftigte 50–67 Jahre (n = 3.480)

Gesundheitszustand und Rentenpläne

Abbildung 65 stellt den Zusammenhang von dem berichteten Gesundheitszustand und den Plänen zum Renteneintritt der Beschäftigten dar.

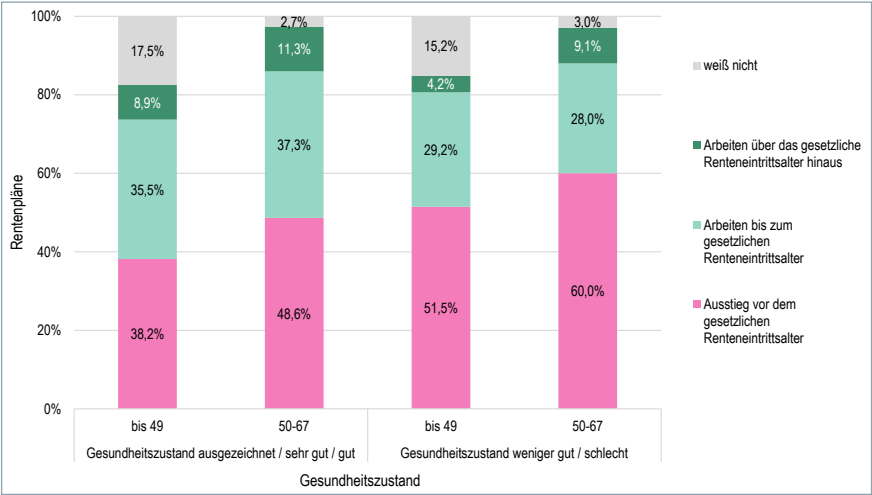
Beschäftigte mit schlechterem Gesundheitszustand planen deutlich häufiger einen vorzeitigen Renteneintritt: In der Altersgruppe der 50- bis 67-Jährigen beabsichtigen 60,0 Prozent derjenigen mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand, vor dem gesetzlichen Rentenalter aus dem Erwerbsleben auszuscheiden. Bei Beschäftigten mit gutem bis ausgezeichnetem Gesundheitszustand liegt dieser Anteil mit 48,6 Prozent um mehr als 11 Prozentpunkte niedriger.

Nur 28,0 Prozent der gesundheitlich Beeinträchtigten planen, bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter zu arbeiten (vs. 37,3 Prozent bei guter Gesundheit). Lediglich 9,1 Prozent der gesundheitlich Beeinträchtigten können sich vorstellen, länger zu arbeiten (vs. 11,3 Prozent bei guter Gesundheit). Bei den unter 50-Jährigen ergibt sich ein ähnliches Bild, aber die Unterschiede sind noch ausgeprägter. Der Anteil derer, die einen vorzeitigen Ausstieg planen, liegt bei gesundheitlich Beeinträchtigten um 13,3 Prozentpunkte höher als bei Beschäftigten in guter Gesundheit (51,5 Prozent vs. 38,2 Prozent). Nur 4,2 Prozent der gesundheitlich Beeinträchtigten können sich vorstellen, über das gesetzliche Renteneintrittsalter hinaus zu arbeiten – bei guter Gesundheit sind es mehr als doppelt so viele (8,9 Prozent).

Diese Befunde decken sich mit der wissenschaftlichen Evidenz, dass eine Beeinträchtigung der Gesundheit häufig mit Belastungen im Erwerbsleben einhergeht (BAuA 2025). Eine schlechte Gesundheit im Sinne einer schwerwiegenden Erkrankung und deren Folgen verringert die Lebenserwartung (Robert Koch-Institut).

Schmiederer (2020) zeigt, dass Gesundheit im Zusammenhang mit dem Renteneintritt (Frühausstieg oder Verbleib im Erwerbsleben) nicht isoliert betrachtet werden kann. Eng mit den Rentenplänen verknüpft sind finanzielle Aspekte, Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit.

Abbildung 65: Anteil Beschäftigte nach Gesundheitszustand und Plänen zum Renteneintritt



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

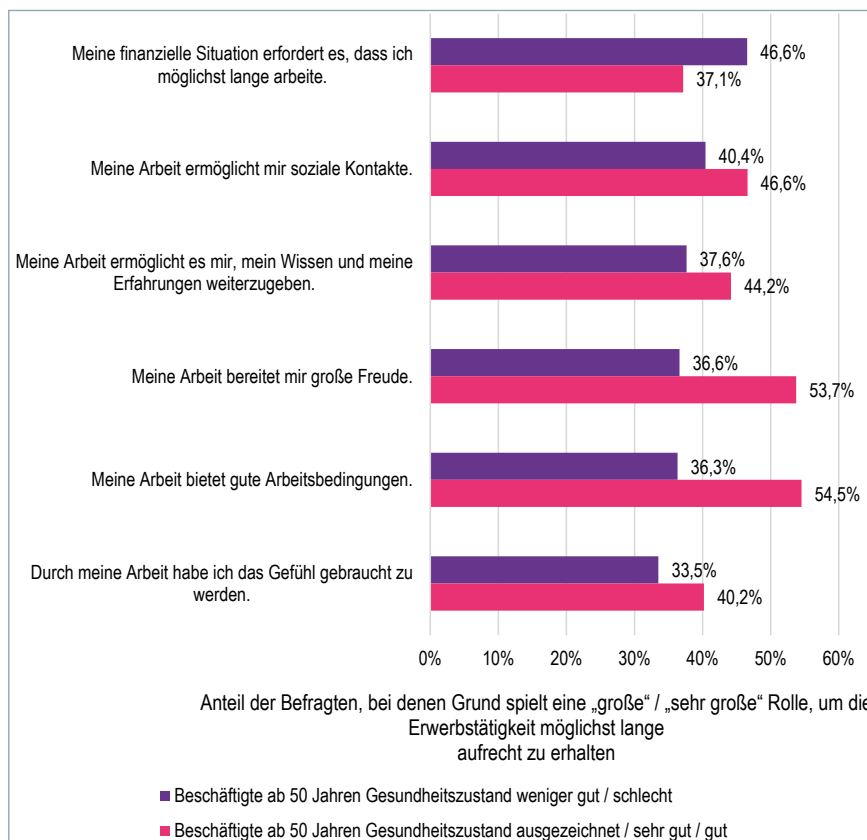
Basis: Alle Beschäftigte (n = 7.018)

Eine vertiefende Betrachtung für die Altersgruppe der ab 50-Jährigen zeigt deutliche Unterschiede in der Motivation für eine lange Erwerbstätigkeit, abhängig vom berichteten Gesundheitszustand der Beschäftigten. Die Ergebnisse zu den fünf wichtigsten Gründen sind in Abbildung 66 dargestellt.

Bei Beschäftigten mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand spielt die finanzielle Notwendigkeit eine deutlich größere Rolle (46,6 Prozent) als bei jenen mit gutem bis ausgezeichnetem Gesundheitszustand (37,1 Prozent). Für Beschäftigte mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand ist die finanzielle Notwendigkeit der Grund mit der stärksten Zustimmung. Dies deutet darauf hin, dass gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte stärker aus ökonomischen Erwägungen arbeiten müssen.

Alle übrigen abgefragten Aspekte werden hingegen deutlich häufiger von Beschäftigten mit gutem bis ausgezeichnetem Gesundheitszustand genannt. Die Ergebnisse legen nahe, dass Beschäftigte ab 50 Jahren in guter gesundheitlicher Verfassung ihre Erwerbstätigkeit eher aus positiven Motiven heraus verlängern möchten. Es ist davon auszugehen, dass diese positiven Aspekte von Arbeit dadurch ihrerseits zur Gesunderhaltung der Beschäftigten beitragen.

Abbildung 66: Gründe für eine möglichst lange Erwerbsarbeit; Anteil Zustimmung „große“ oder „sehr große“ Rolle nach Gesundheitszustand (Beschäftigte ab 50 Jahren)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Beschäftigte ab 50 Jahren (n = 3.348 – n = 3.504)

Rahmenbedingungen für eine lange Erwerbstätigkeit in Gesundheit

Im Rahmen der Befragung von Expertinnen und Experten wurden viele Handlungsspielräume der Betriebe mit Blick auf geeignete betriebliche Strategien und Rahmenbedingungen für gesunde und zufriedene Mitarbeitende bis zur Rente genannt. Dabei wurde betont, dass es sich dabei weniger um ein Ergebnis bestimmter Einzelmaßnahmen handelt.

„Betriebe können viel dafür tun, damit Beschäftigte gesund und motiviert bis zum Renteneintritt arbeiten können. Entscheidend ist, Arbeit so zu organisieren, dass Belastungen reduziert und Ressourcen gestärkt werden, etwa durch realistische Arbeitsvolumina, eine gute Führungskultur und transparente Entwicklungsperspektiven. Hilfreich sind außerdem Angebote wie regelmäßige Gesundheitschecks, Bewegungs- und Präventionsprogramme sowie flexible Modelle, die unterschiedlichen Lebensphasen gerecht werden. Wenn Unternehmen zudem Lerngelegenheiten kontinuierlich fördern und Teams so aufstellen, dass Wissen im Alltag geteilt wird, stärkt das sowohl die Beschäftigungsfähigkeit als auch die Zufriedenheit der Mitarbeitenden. Zudem spielen Wertschätzung und Respekt eine tragende Rolle.“

Jurek Tiedemann, Economist für Fachkräftesicherung am Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V.

Die nachfolgenden Ergebnisse zeichnen ein Bild aus Sicht der Beschäftigten zu den Rahmenbedingungen.

Abbildung 67 zeigt die Ergebnisse für die Beschäftigten ab 50 Jahren auf die Frage „Welche Umstände müssten sich für Sie ändern, sodass Sie so lange wie möglich gesund, motiviert und leistungsfähig arbeiten können?“ Aus 17 vorgegebenen Anpassungsmöglichkeiten konnten die Befragten mehrere Optionen auswählen.

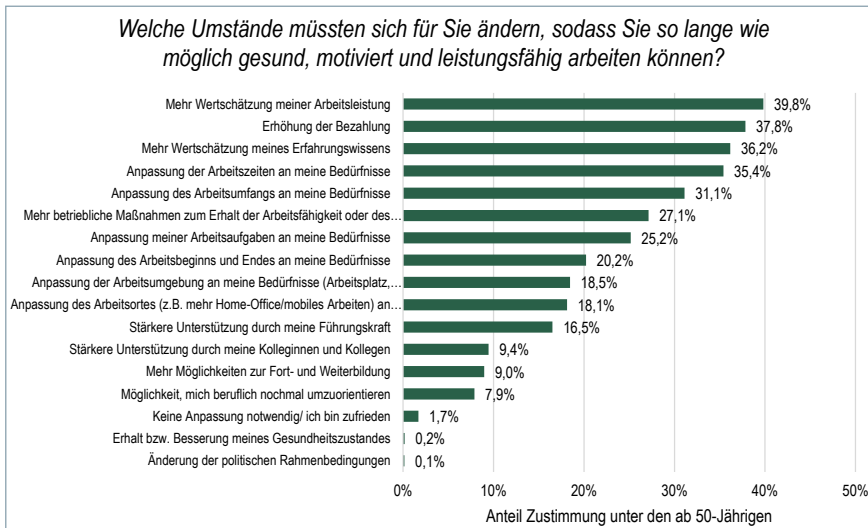
An der Spitze steht mit 39,8 Prozent der Wunsch nach mehr Wertschätzung der Arbeitsleistung, gefolgt von der Erhöhung der Bezahlung mit 37,8 Prozent und mehr Wertschätzung des Erfahrungswissens mit 36,2 Prozent. Danach folgen verschiedene Aspekte der Flexibilisierung: Die Anpassung der Arbeitszeiten an individuelle Bedürfnisse wird von 35,4 Prozent genannt, die Anpassung des Arbeitsumfangs von 31,1 Prozent. Die Rolle von Erfahrungswissen und der Aspekt der Wertschätzung werden vertiefend nochmal in Abschnitt 6.10 aufgegriffen.

Im mittleren Bereich der Nennungen finden sich weitere Anpassungswünsche: Mehr betriebliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung werden von 27,1 Prozent gewünscht, die Anpassung der Arbeitsaufgaben von 25,2 Prozent, die Anpassung von Arbeitsbeginn und -ende von 20,2 Prozent, die Anpassung der Arbeitsumgebung von 18,5 Prozent und mehr Home-Office-Möglichkeiten von 18,1 Prozent. Stärkere Unterstützung durch die Führungskraft wünschen sich 16,5 Prozent der Befragten.

Am unteren Ende der Skala liegen Aspekte, die deutlich seltener genannt werden: Stärkere Unterstützung durch Kollegen wird von 9,4 Prozent gewünscht, mehr Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten von 9,0 Prozent und die Möglichkeit zur beruflichen Neuorien-

tierung von 7,9 Prozent. Nur 1,7 Prozent geben an, dass keine Anpassung notwendig sei und sie zufrieden sind. Die beiden am seltensten genannte Punkte sind der Erhalt oder die Besserung des eigenen Gesundheitszustandes mit 0,2 Prozent und die Änderung politischer Rahmenbedingungen mit 0,1 Prozent.

Abbildung 67: Veränderungsbedarfe für langes und motiviertes Arbeiten in Gesundheit (Beschäftigte ab 50 Jahren)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Beschäftigte ab 50 Jahren (n = 3.548)

„Wichtige Voraussetzungen für gesunde und zufriedene Beschäftigte sind aus meiner Sicht ein wertschätzendes Miteinander, klare Kommunikation und gut strukturierte Prozesse. Gerade die Unternehmenskultur mit ihren dahinterstehenden Werten sollte durch Führungskräfte im täglichen Miteinander deutlich werden. Die Beschäftigten sind ihrerseits gefordert, durch ihr Verhalten die Unternehmenskultur zu stützen.“

Dr. Catharina Stahn, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für angewandte Arbeitswissenschaft e. V. ifaa

6.8 Arbeiten in Teilzeit

Beschäftigte in Deutschland, deren Arbeitsverhältnis länger als sechs Monate besteht können nach § 8 des Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) „verlangen“ die Arbeitszeit zu reduzieren.

Für das vorliegenden Schwerpunktthema stellt sich neben der Frage, wie verbreitet das Arbeiten in Teilzeit bei den Beschäftigten in der späten Erwerbsphase ist, vor allem aus welchen Gründen in dieser Erwerbsphase in Teilzeit gearbeitet wird oder eine Ausweitung bzw. Reduktion der Arbeitszeit stattfindet. Darüber hinaus ist von Interesse, welche Beschäftigtengruppen verbreiteter in Teilzeit arbeiten.

Verbreitung von Teilzeitarbeit

Laut Angaben des statistischen Bundesamtes arbeitete im Jahr 2024 29 Prozent der Erwerbstätigen in Deutschland zwischen 15 und 64 Jahren in Teilzeit. Bei Frauen lag der Anteil bei 48,6 Prozent und bei Männern bei 11,7 Prozent. Besonders hohe Teilzeitquoten weist das statistische Bundesamt für Mütter mit Kindern unter 3 Jahren aus (72,9 Prozent), bei Vätern mit Kindern unter 3 Jahren liegt 2024 der Teilzeit Anteil bei 8,9 Prozent. Das statistische Bundesamt zeigt weiter auf, dass die Teilzeitquoten im Zuge eines Anstiegs der Erwerbsquoten insbesondere von Müttern, gegenüber 2005 angestiegen sind (Statistisches Bundesamt 19.05.2025). Im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports 2023 wurde das Ausweiten der Arbeitszeit von Beschäftigten in Teilzeitarbeit als eine von mehreren Strategien gegen Personal- und Fachkräftemangel vertiefenden betrachtet.

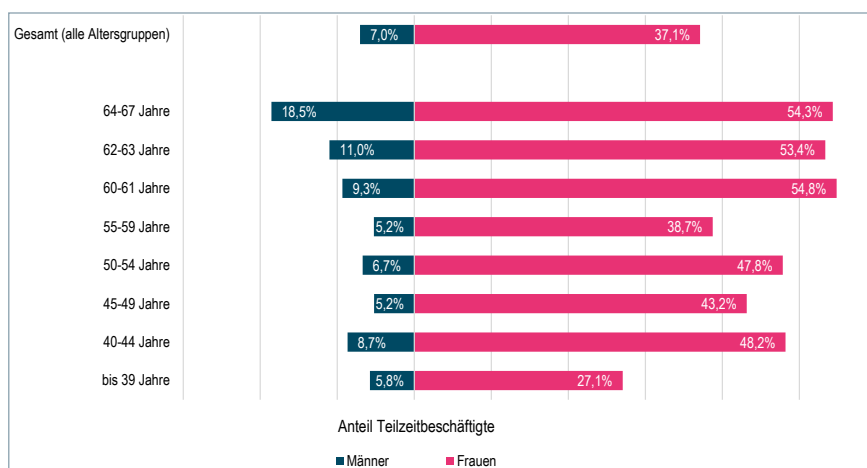
Im Rahmen der Befragung wurden die Beschäftigten gebeten anzugeben, ob sie in Teilzeit oder in Vollzeit arbeiten und darüber, wie hoch ihre vertragliche Wochenarbeitszeit ist. Insgesamt 19,1 Prozent der Befragten geben an in Teilzeit zu arbeiten. Der Wert liegt deutlich unter dem Wert, den das statistische Bundesamt ermittelt hat, die in ihrer Definition allerdings auch einen anderen Ansatz verfolgen. Allein auf Basis der Angaben zur Wochenarbeitszeit kann nicht in jedem Fall auf eine Beschäftigung in Teil- oder Vollzeit zurückgeschlossen. Je nach betrieblicher Regelung kann es sich bei einer Wochenarbeitszeit von 35 Stunden beispielsweise in einem Fall um eine Vollzeitstelle und im anderen Fall um eine Teilzeitstelle handeln. Daher wurde für die Beschäftigtenbefragung des vorliegenden Gesundheitsreports Zuordnung über die direkte Auskunft der Beschäftigten vorgenommen.

Angaben zur vertraglichen Wochenarbeitszeit zeigen, dass die Mehrheit der Befragten in einem hohen Stundenumfang tätig ist: 78,3 Prozent arbeitet 35 oder mehr Stunden. Lediglich 21,7 Prozent geben an bis zu maximal 34 Stunden zu arbeiten. Davon arbeiten nur 0,6 Prozent der befragten Beschäftigten weniger als zehn Stunden, 2,9 Prozent zwischen 10 bis 19 Stunden, 7,9 Prozent 20 bis 29 Stunden und 10,2 Prozent 30 bis 34 Stunden.

In Abbildung 68 ist getrennt für Männer und Frauen dargestellt, zu welchen Anteilen Beschäftigte in den verschiedenen Altersgruppen angegeben haben, in Teilzeit zu arbeiten. Danach geben 37,1 Prozent der Frauen und 7,0 Prozent der Männer an, in Teilzeit zu arbeiten. Besonders hoch sind die Teilzeitquoten mit über 50 Prozent bei Frauen ab 60 Jahren. Auch bei Männern sind die Teilzeitquoten in dieser Altersgruppe überdurchschnittlich hoch und nehmen von 9,3 Prozent bei den 60- bis 61-Jährigen deutlich zu und liegen bei den ab 64-jährigen Beschäftigten bei 18,5 Prozent.

In Abbildung 69 ist darüber hinaus dargestellt, welche Angaben Beschäftigte in Teilzeit zu ihrer vertraglichen wöchentlichen Arbeitszeit gemacht haben. Danach geben Beschäftigte bis 59 Jahren in Teilzeit zu einem sehr großen Umfang an, 30 bis 35 oder sogar 35 bis 40 Stunden zu arbeiten. Die Anteile liegen bei 45,2 Prozent (bis 39 Jahre), 49,3 Prozent (40 bis 49 Jahre) und 46,3 Prozent (50 bis 59 Jahre). In der Altersgruppe 60 bis 67 Jahre liegt der Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit einer sehr hohen wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden zwar unter diesen Werten aber mit 32,2 Prozent immer noch bei knapp einem Drittel. Die Abbildung zeigt weiter, dass im Gegenzug der Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von unter 20 oder unter 10 Stunden bei Beschäftigten ab 60 Jahren höher ist als in den Altersgruppen davor.

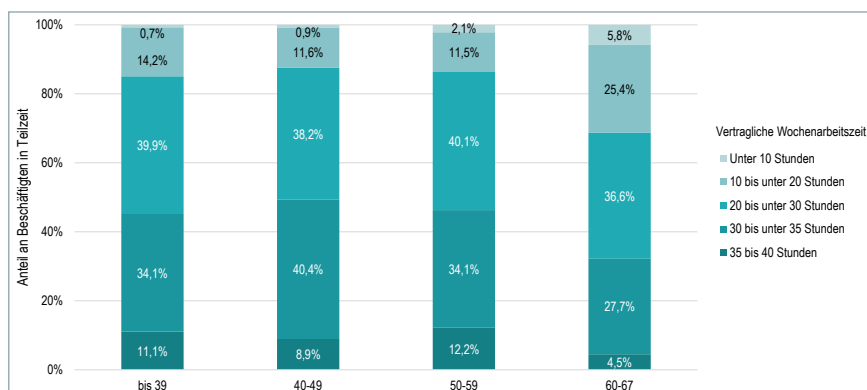
Abbildung 68: Anteil Befragte in Teilzeit nach Alter und Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 7.041)

Abbildung 69: Vertragliche Wochenarbeitszeit der Beschäftigten in Teilzeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Beschäftigte in Teilzeit (n = 1.627)

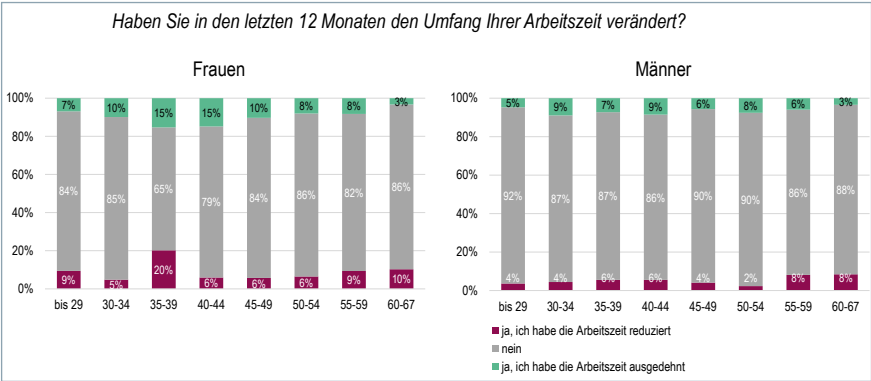
Die Ergebnisse in Abbildung 69 legen die Frage nahe, in welchem Umfang Beschäftigte insbesondere in der späten Erwerbsphase reduzieren oder ganz allgemein verändern. Abbildung 70 zeigt die Ergebnisse auf diese Frage basierend auf den Angaben der Befragung nach Alter und Geschlecht. Insgesamt hat der überwiegende Anteil von 85,7 Prozent der Beschäftigten angegeben, die Arbeitszeit nicht verändert zu haben. Ausgedehnt haben 7,9 Prozent der Beschäftigten in den letzten 12 Monaten, 6,4 Prozent der Beschäftigten geben an, die Arbeitszeit reduziert zu haben.

Die differenzierte Darstellung der Ergebnisse nach Alter und Geschlecht in Abbildung 70 zeigt zwei auffällige Lebensphasen. Zum einen zeigen die Ergebnisse, dass Frauen in der Altersgruppe 35 bis 39 Jahre mit 20 Prozent im größten Umfang angeben in den letzten zwölf Monaten die Arbeitszeit reduziert zu haben. Gleichzeitig geben Frauen zwischen 35 und 44 Jahren auch zum größten Anteil an die Arbeitszeit ausgedehnt zu haben. In dieser Altersphase (35 bis 44 Jahre) geben Frauen in Teilzeit zu rund 70 Prozent aufgrund von Kinderbetreuung in Teilzeit zu arbeiten, Frauen zwischen 35 und 39 Jahren sogar zu rund 83 Prozent. Bei Männern zeigen die Ergebnisse keine nennenswerte Arbeitszeitreduzierung unter den jungen Beschäftigten.

Die zweite Auffälligkeit betrifft Männer und Frauen ab 55 Jahren: Frauen geben zwischen 55 und 59 Jahren zu neun Prozent an ihre Arbeitszeit verringert zu haben und ab 60 Jahren sogar zu 10 Prozent. Männer ab 55 Jahren geben zu acht Prozent an die Arbeitszeit reduziert zu haben in den letzten 12 Monaten.

Bei den 40- bis 54-jährigen Frauen findet in einem etwas größerem Umfang eine Ausweitung der Arbeitszeit statt als eine Reduzierung, erst ab Mitte 50 kommt es tendenziell eher zu einer Reduzierung. Auch bei Männern ab Mitte 50 wird in stärkerem Umfang die Arbeitszeit reduziert als ausgeweitet.

Abbildung 70: Veränderung von Arbeitszeit nach Geschlecht und Alter



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 7.061)

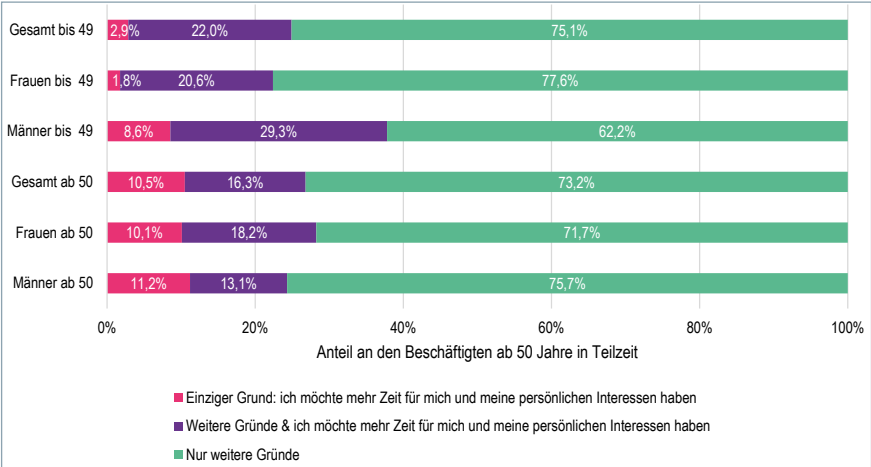
Gründe für das Arbeiten in Teilzeit oder für eine Arbeitszeitreduzierung

Im Januar 2026 wurde eine politische Debatte in Deutschland darüber geführt, ob zukünftig das Recht auf Teilzeit nach dem § 8 TzBfG eingeschränkt werden soll. Im Rahmen der Diskussion wurde vorgeschlagen, dass der Rechtsanspruch auf Teilzeit künftig nur noch gelten solle, wenn „besondere Gründe“ vorliegen – etwa Kindererziehung, Pflege von Angehörigen oder berufsbegleitende Weiterbildung. Unbestritten bleibt die Erkenntnis, dass eine räumliche und zeitliche flexible Arbeitsgestaltung Beschäftigten in verschiedenen Lebenssituationen eine Erwerbstätigkeit überhaupt erst ermöglichen. Im Rahmen der Debatte wurde aber argumentiert, dass ein großer Teil der Beschäftigten eben keine „besonderen Gründe“ hätten, um in Teilzeit zu arbeiten, sondern vielmehr aufgrund besonderer individueller Anforderungen an Freizeit und Lebensqualität „nur“ in Teilzeit arbeiteten.

Vor diesem Hintergrund wurden die Angaben der Beschäftigten zu den Gründen, aus denen sie in Teilzeit arbeiten, dahingehend analysiert, wie hoch der Anteil derjenigen Beschäftigten in Teilzeit ist, die ausschließlich „Ich möchte mehr Zeit für meine persönlichen Interessen“ als Grund angegeben haben. Weiterhin wurde ermittelt, zu welchem Anteil der Wunsch nach mehr Zeit für persönliche Interessen in Kombination mit anderen Gründen angegeben wurde und wie hoch der Anteil ist, der ausschließlich weitere Gründe ausgewählt hat. Die Ergebnisse sind in Abbildung 71 dargestellt. Abbildung 72 zeigt, zu welchen Anteilen Frauen in Teilzeit alle übrigen im Rahmen der Befragung abgefragten Gründe für das Arbeiten in Teilzeit angegeben haben. Abbildung 73 zeigt dies für Männer. Die Anteile beziehen sich jeweils auf die Beschäftigten in Teilzeit. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass Frauen deutlich häufiger als Männer in Teilzeit arbeiten und sich die Anteilswerte daher auf eine deutlich größere Gruppe beziehen.

Beschäftigte in Teilzeit unter 50 Jahren geben zu weniger als drei Prozent (2,9 Prozent) ausschließlich den Wunsch nach mehr Zeit für persönliche Interessen als Grund das Arbeiten in Teilzeit an, weitere 22 Prozent nennen diese Begründung zusammen mit weiteren Gründen. Teilzeitbeschäftigte ab 50 Jahren nennen mehr Zeit für persönliche Interessen zu 10,5 Prozent als den einzigen Grund und weitere 16,3 Prozent nennen diesen Grund in Kombination mit anderen Gründen. Hintergrund für den Unterschied in Bezug auf das Nennen von mehr Zeit für persönliche Interessen als einzigen Grund ist, dass für sehr viele Beschäftigte unter 50 Jahren in Teilzeit die Erziehung von Kindern in der Mehrzahl auch als Grund angegeben wird (vgl. Abbildung 72 und Abbildung 73). Die Darstellung zeigt aber deutlich, dass etwa dreiviertel der Beschäftigten in Teilzeit (bis 49 Jahre 75,1 Prozent, ab 50 Jahre 73,2 Prozent) ausschließlich andere Gründe angeben als Begründung für die Teilzeitarbeit.

Abbildung 71: Gründe für Teilzeitarbeit nach Geschlecht und Alter



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025
Basis: Beschäftigte in Teilzeit (n = 1.728)

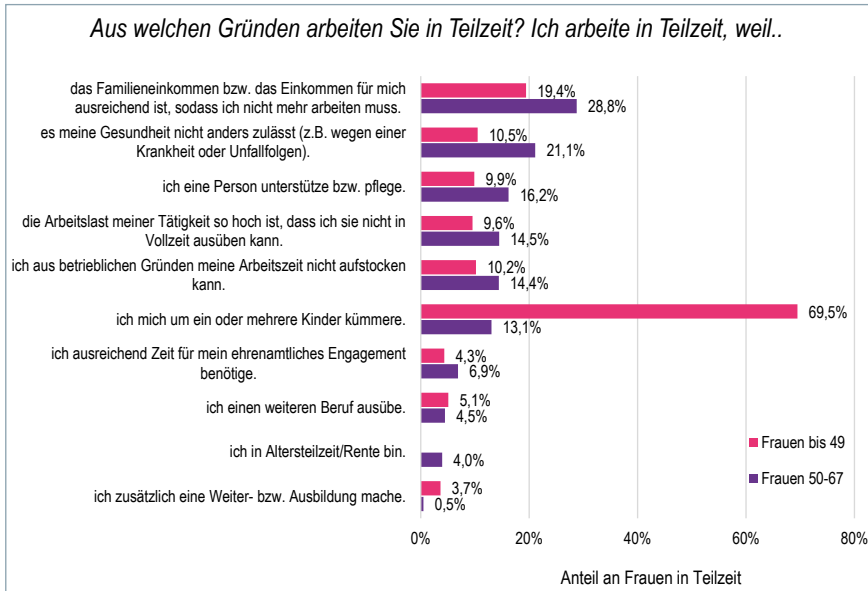
Für Frauen in Teilzeit unter 50 Jahren ist die Sorgearbeit für Kinder mit 69,5 Prozent der wichtigste Grund für Teilzeitarbeit. Für Männer in dieser Altersgruppe liegt der Anteil der Nennungen bei 45,8 Prozent und damit deutlich darunter. Für teilzeitbeschäftigte Männer und Frauen ab 50 Jahren wird das Kümern um Kinder zu deutlich niedrigeren Anteilen als Grund genannt (Frauen 13,1 Prozent, Männer 5,4 Prozent). Nur für teilzeitbeschäftigte Männer gibt es einen weiteren Grund, der ab 50 Jahren für einen nennenswert kleineren Anteil als Teilzeitgrund genannt wird: 34,6 Prozent der Männer in Teilzeit unter 50 verweisen auf ein ausreichendes Einkommen und nur 19,7 Prozent der männlichen Teilzeitbeschäftigten ab 50 Jahre.

Teilzeitbeschäftigte Frauen ab 50 Jahren geben zu 28,8 Prozent an, dass für sie das Familieneinkommen auch mit einer Teilzeitbeschäftigung ausreicht. Darüber hinaus verweisen über ein Fünftel (21,1 Prozent) auf ihre Gesundheit, die eine Arbeitszeitausweitung nicht zulässt. In eine ähnliche Richtung geht auch die Begründung, dass die Arbeitslast der Tätigkeit so hoch ist, dass sie nicht in Vollzeit ausgeführt werden kann. Das geben 14,5 Prozent der teilzeitbeschäftigten Frauen ab 50 Jahren an. 16,2 Prozent von ihnen arbeiten in Teilzeit, um eine Person zu unterstützen bzw. zu pflegen. Betriebliche Gründe sprechen für 14,4 Prozent dagegen die Arbeitszeit auszuweiten, bei Männern ab 50 Jahren in Teilzeit sind es sogar 15,2 Prozent, die daher in Teilzeit arbeiten.

Männer ab 50 Jahren in Teilzeit geben als Begründung zu 19,6 Prozent an, dass sie in Altersteilzeit sind bzw. schon Rente beziehen. Auf ihre gesundheitliche Situation, die nur ein Arbeiten in Teilzeit erlaubt verweisen 16,6 Prozent und auf eine zu hohe Arbeitsbelastung 12,6 Prozent. Bei den Männern ab 50 verlangt die betriebliche Situation zudem in höherem Umfang das Arbeiten in Teilzeit (15,2 Prozent).

Die Gründe zum Arbeiten in Teilzeit zeigen, dass zumindest ein gewisser Anteil der in Teilzeit beschäftigten Männer und Frauen ab 50 dies nicht ausschließlich aus eigenem Antrieb tun, sondern beispielsweise auch zur Gesundheitsvorsorge, wegen ungünstiger Arbeitsbedingungen oder aus betrieblichen Gründen. Weitere Gründe wie ehrenamtliches Engagement, eine Aus- oder Weiterbildung werden nur von wenigen Beschäftigten in Teilzeit als Grund angegeben.

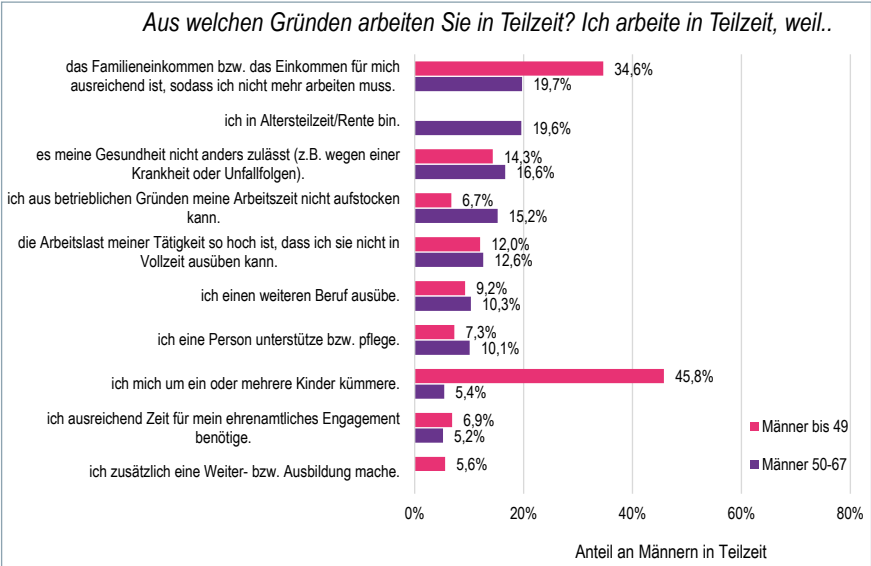
Abbildung 72: Weitere Gründe für Teilzeitarbeit Frauen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Beschäftigte in Teilzeit (n = 1.385)

Abbildung 73: Weitere Gründe für Teilzeitarbeit Männer



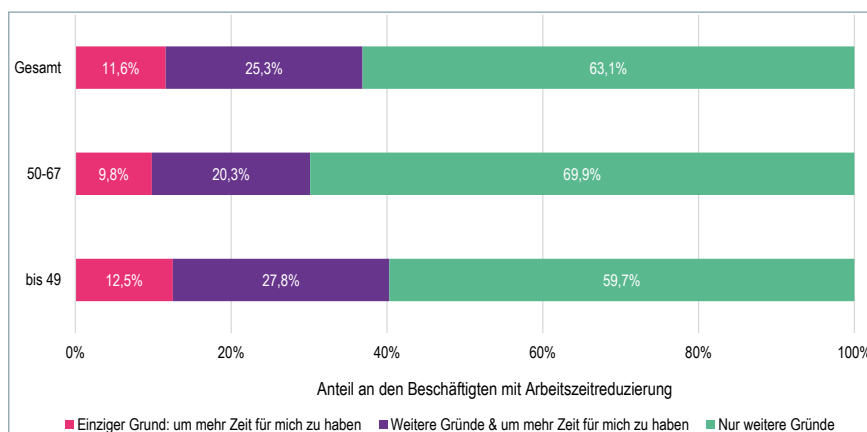
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Beschäftigte in Teilzeit (n = 343)

Bezüglich der politischen Debatte aus dem Januar 2026 zeigen die Befragungsdaten, dass Freizeit und Zeit für eigene Interesse für gut Dreiviertel der Beschäftigten – sowohl unter 50 als auch ab 50 – überhaupt keine Rolle spielen. Im geringsten Umfang geben Frau unter 50 diesen Grund an, sie arbeiten vorrangig auf Grund der Kinderbetreuung in Teilzeit. Am häufigsten wird der Grund von Männern bis 49 Jahren angegeben. Für rund ein Viertel der Beschäftigten ab 50 sind Freizeit und Zeit für eigene Interesse zumindest ein Grund für Teilzeit, hierbei in etwas größerem Umfang für Frauen.

Im Rahmen der Befragung wurde diejenigen Beschäftigten, die angaben, dass sie ihre Arbeitszeit in den letzten zwölf Monaten reduziert, haben¹⁴, nach den Gründen für die Arbeitszeitreduzierung gefragt. Abbildung 74 zeigt analog zum Aufbau von Abbildung 71, dass nur 11,6 Prozent der Befragten mit Arbeitszeitreduzierung, die Arbeitszeit ausschließlich deshalb reduziert zu haben, „um mehr Zeit für mich“ zu haben, gut ein Viertel nennt diesen Grund zusätzlich zu weiteren Gründen. Unter den Beschäftigten ab 50 Jahren mit Arbeitszeitreduzierung spielt der Wunsch nach mehr Zeit für eigene Interessen sogar eine etwas geringere Rolle im Rahmen von Arbeitszeitreduzierungen als bei Beschäftigten unter 50 Jahren. Auch im Kontext von Arbeitszeitreduzierung werden von den meisten Beschäftigten andere Gründe genannt. Die entsprechenden Angaben sind im Detail in Abbildung 75 dargestellt.

14 Bei der Reduzierung der Arbeitszeit blicken wir auf die letzten 12 Monate zurück. Es ist darüber hinaus denkbar, dass wir unter den Teilzeitbeschäftigten Personen haben, die bereits früher ihre Arbeit reduziert haben (z. B. vor 18 oder 24 Monaten). Somit könnte der tatsächliche Umfang der Arbeitszeitreduzierung, v. a. der Beschäftigten ab 50 Jahren, unterschätzt werden.

Abbildung 74: Gründe für eine Arbeitszeitreduzierung in den letzten 12 Monaten

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Befragte mit reduzierter Arbeitszeit in den letzten 12 Monaten (n = 474)

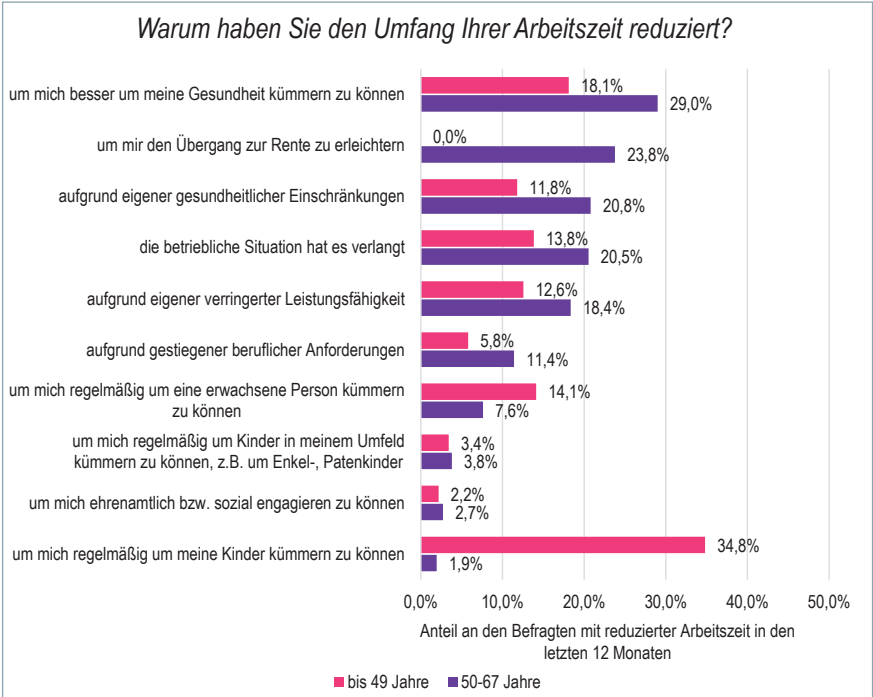
Ein wichtiger Grund für eine Arbeitszeitreduzierung ist für 29 Prozent der dazu befragten Beschäftigten ab 50 Jahren, dass sie sich um ihre eigene Gesundheit kümmern wollen. Schon bei den Gründen für das Arbeiten in Teilzeit, hat sich die Fürsorge für die eigene Gesundheit als wichtige Begründung gezeigt. So geben auch 20,8 Prozent ab 50 Jahren an, aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen die Arbeitszeit reduziert zu haben, damit liegt der Anteil deutlich über dem bei jüngeren Beschäftigten (11,8 Prozent). Vertiefende Analysen zeigen weiter (ohne Abbildung), dass knapp ein Viertel (23,7 Prozent alle Beschäftigte, 24,2 Prozent ab 50-Jährige) derjenigen, die die Arbeitszeit reduziert haben, um sich besser um ihre Gesundheit kümmern zu können als weiteren Grund gesundheitliche Einschränkungen für die Arbeitszeitreduzierung anführen.

Sich regelmäßig um eine erwachsene Person kümmern zu müssen, wird von 7,6 Prozent der Beschäftigten ab 50 Jahren als Grund für eine Arbeitszeitreduzierung genannt. In der jüngeren Gruppe sind es sogar 14,1 Prozent. Allerdings arbeiten Beschäftigte in dieser Gruppe insgesamt seltener (ohnehin schon) in Teilzeit.

Ein weiterer wichtiger Grund für ihre Arbeitszeitreduzierung ist den Angaben zufolge, die Möglichkeit, sich den Übergang zur Rente dadurch zu erleichtern. 23,8 Prozent der Beschäftigten ab 50 Jahren nennen dies als Begründung für die Reduzierung.

Schließlich spielen für einen großen Teil der Beschäftigten ab 50 Jahren mit Arbeitszeitreduzierung auch die betriebliche Situation eine Rolle, durch die eine Arbeitszeitreduzierung bedingt wurde, gestiegene berufliche Anforderungen spielen für 11,4 Prozent eine wichtige Rolle.

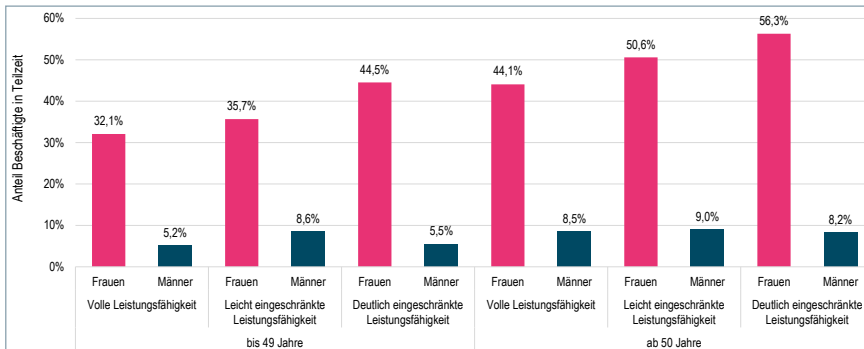
Abbildung 75: Weitere Gründe für eine Arbeitszeitreduzierung in den letzten 12 Monaten



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025
Basis: Befragte mit reduzierter Arbeitszeit in den letzten 12 Monaten (n = 474)

Arbeiten in Teilzeit und Leistungsfähigkeit

Eine vertiefende Analyse der Teilzeitquoten abhängig davon, welche Angaben Beschäftigte zu ihrer aktuellen Leistungsfähigkeit gemacht haben, zeigt folgendes Bild (vgl. Abbildung 76): Sowohl für Frauen unter 50 Jahren als auch für Frauen ab 50 Jahren zeigen sich höhere Teilzeitquoten bei leicht oder deutlich eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Das lässt den Schluss zu, dass sowohl jüngeren als auch bei älteren Frauen im Beschäftigtenalter verbreiteter in Teilzeit statt in Vollzeit arbeiten, wenn ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Für Männer wird dieser Zusammenhang anhand der Befragungsergebnisse nicht sichtbar.

Abbildung 76: Teilzeitquoten in Abhängigkeit von der Leistungsfähigkeit nach Alter und Geschlecht

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.951)

„Eine weitere Chance durch eine zunehmend längere Erwerbstätigkeit von Beschäftigten besteht in der Erweiterung betrieblicher Flexibilität. Längere Erwerbstätigkeit muss nicht zwingend Vollzeitwerb bis ins hohe Alter bedeuten. Vielmehr können Unternehmen durch differenzierte Einsatzmodelle – etwa projektbezogene Tätigkeiten, Teilzeit, Beratung oder Übergangsrollen – gezielt auf Kompetenzbedarfe reagieren. Dadurch entstehen neue Möglichkeiten, Personalengpässe situativ zu überbrücken und Know-how bedarfsgerecht einzusetzen.“

Frau Prof. Dr. Rump, Professorin für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Internationales Personalmanagement und Organisationsentwicklung

6.9 Carearbeit

Umfang von Carearbeit unter Beschäftigten

Im Rahmen der Beschäftigtenbefragung geben 44,1 Prozent der Beschäftigten unter 50 Jahren und 36,5 Prozent der Beschäftigten ab 50 Jahren an, dass sie Kinder haben, die bei ihnen im Haushalt leben. Auch bei den 64- bis 67-jährigen Beschäftigten leben noch zu rund 22 Prozent Kinder im Haushalt. Allerdings leben bei den bis 49-Jährigen zu 37,3 Prozent Kinder unter 14 Jahren im Haushalt, bei den ab 50-jährigen Beschäftigten ist das nur noch bei 6,5 Prozent der Fall. Wie zu erwarten war, zeigt die Befragung, dass mit zunehmendem Alter Beschäftigte seltener in der Situation sind, dass sie Sorgearbeit für kleine oder heranwachsende Kinder leisten (alle Werte ohne Abbildung). Es lässt sich aber auch festhalten, dass familiäre Sorgearbeit für Kinder auch in der späten Erwerbsphase

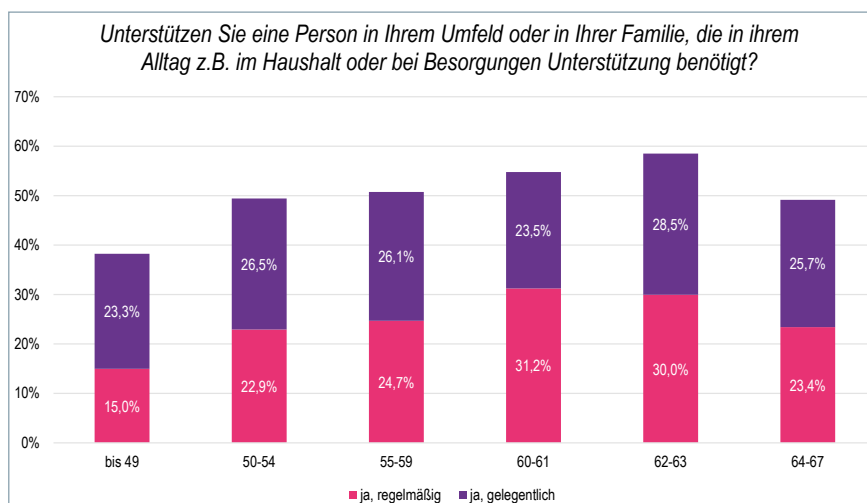
noch im nennenswerten Umfang von Beschäftigten zu leisten ist, auch wenn die direkte Fürsorge nach und nach einen geringeren Stellenwert einnimmt.

Mit Blick auf Beschäftigte ab 50 Jahren stellt sich im Rahmen des Schwerpunktthemas darüber hinaus die Frage, inwieweit in dieser Lebensphase auch verstärkt Carearbeit – abgesehen von Erziehung von Kindern – geleistet wird.

Im Rahmen der Beschäftigtenbefragung wurde daher ebenfalls erhoben, in welchem Umfang Beschäftigte im Laufe ihrer Erwerbstätigkeit Sorgetätigkeiten in anderen Lebensbereichen übernehmen. Konkret wurde danach gefragt ob die Beschäftigten,

- eine Person in Ihrem Umfeld oder in Ihrer Familie unterstützen, die in ihrem Alltag z. B. im Haushalt oder bei Besorgungen Unterstützung benötigt,
- ehrenamtlich tätig sind,
- regelmäßig eine pflegebedürftige oder schwer erkrankte Person betreuen oder pflegen.

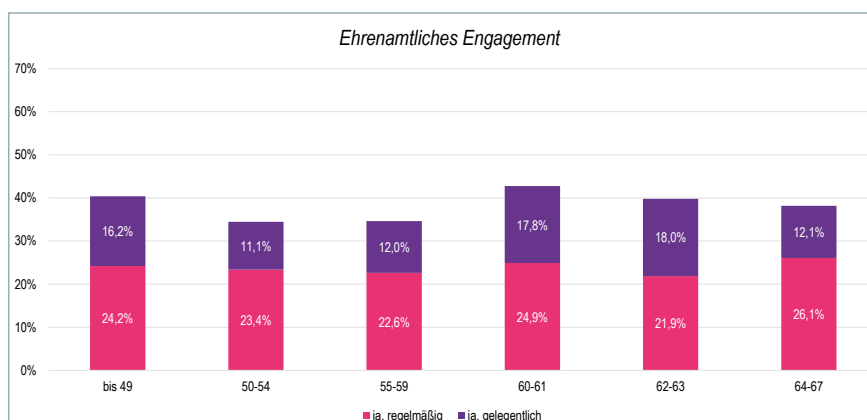
Die Ergebnisse in Abbildung 77 zeigen, dass Beschäftigte ab 50 Jahren häufiger angeben eine Person in ihrem Umfeld zu unterstützen als jüngere Beschäftigte. Darüber hinaus nimmt der Anteil an Beschäftigten, die diese Unterstützung leisten bis zur Altersgruppe 62 bis 63 Jahre stetig zu und geht dann bei den ab 64-jährigen Beschäftigten etwas zurück. Mit 30 Prozent geben Beschäftigte mit 62 bis 63 Jahren in größtem Umfang an, Personen in ihrem Umfeld regelmäßig zu unterstützen, weitere 28,5 Prozent geben an, dies gelegentlich zu tun. Zusammengenommen leistet etwa jeder zweite Beschäftigte ab 50 Jahren diese Form der Unterstützung, zwischen 60 und 63 Jahren sind es sogar mehr als die Hälfte der befragten Beschäftigten.

Abbildung 77: Anteil Beschäftigte und ihre Unterstützung von Personen im Alltag nach Alter

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 7.062)

Ehrenamtlich tätig sind Beschäftigte unter 50 Jahren zu rund 40 Prozent (24,2 Prozent regelmäßig, 16,2 Prozent gelegentlich). Etwas weniger (35 Prozent) der 50 bis 59-Jährigen geben an sich ehrenamtlich zu engagieren. Beschäftigte ab 60 Jahren geben mit knapp über (60 bis 61 Jahre) oder zu etwa 40 Prozent an ehrenamtlich tätig zu sein, wie die nachfolgende Abbildung 78 zeigt.

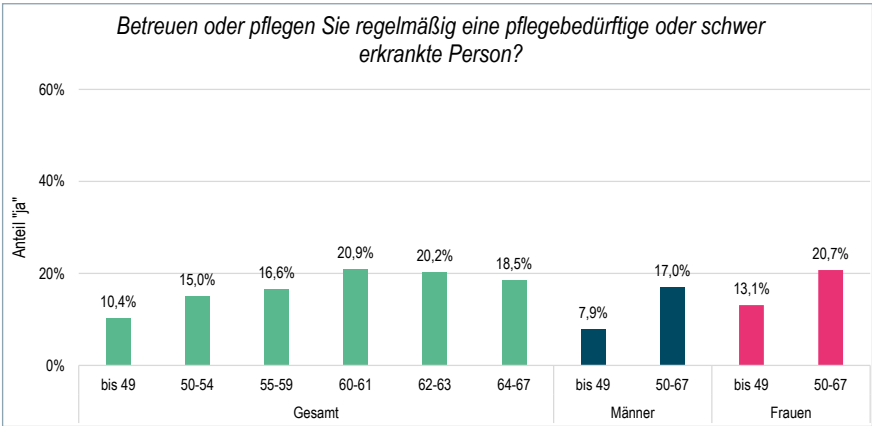
Abbildung 78: Anteil Beschäftigte mit ehrenamtlichen Engagement nach Alter

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 7.063)

Eine regelmäßige Betreuung bzw. Pflege von pflegebedürftigen oder schwer erkrankten Personen stellt eine besondere Situation dar, die für die Beschäftigten mit vielfältigen Belastungen einhergehen kann. Abbildung 79 zeigt, zu welchen Anteilen Beschäftigte angegeben haben, regelmäßig eine Person zu pflegen. Bei den unter 50-jährigen Beschäftigten liegt der Anteil bei 10,4 Prozent und steigt in den höheren Altersgruppen auf etwa den doppelten Wert bei den 60- bis 63-jährigen Beschäftigten. In der obersten Altersgruppe (64 bis 67 Jahre) liegt der Anteil mit 18,5 Prozent auf einem niedrigeren Wert. Es kann davon ausgegangen werden, dass in dieser Altersgruppe Beschäftigte, die eine Person pflegen und betreuen früher aus der Erwerbsarbeit ausgeschieden sind. Die Darstellung zeigt auch die Ergebnisse für Männer und Frauen bis 49 Jahre und ab 50 Jahre. Die Ergebnisse bestätigen, dass Frauen in beiden Altersgruppen in höherem Umfang neben der Erwerbstätigkeit Pflege- und Betreuungsaufgaben übernehmen. Frauen ab 50 Jahren übernehmen solche Aufgaben zu 20,7 Prozent und Männer zu 17,0 Prozent. Detailliertere Erhebungen aus Basis des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) untermauern die Befunde der Beschäftigtenbefragung.

Abbildung 79: Anteil Beschäftigte mit regelmäßiger Pflegetätigkeit nach Alter und Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 7.000)

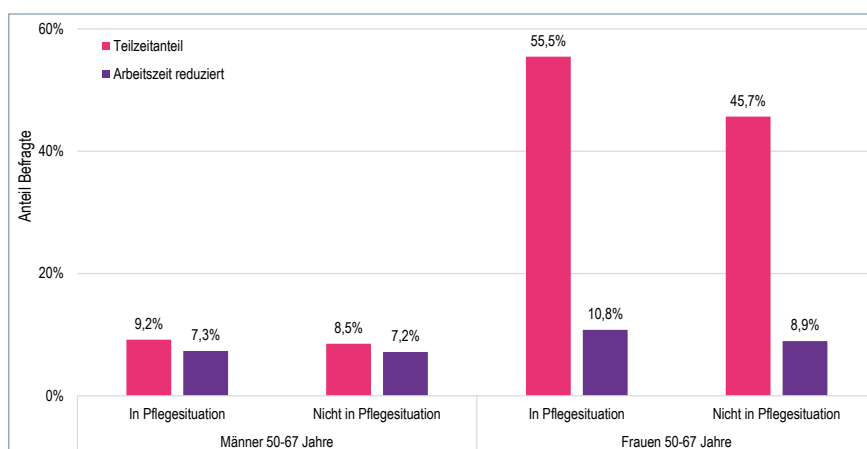
Carearbeit und Arbeitsumfang

Es stellt sich auf Basis dieses Befundes die Frage, inwieweit der höhere Teilzeit Anteil von Frauen, insbesondere in den höheren Altersgruppen, in Zusammenhang mit dem höheren Umfang steht, in dem sie neben der Erwerbsarbeit Pflege- und Betreuungstätigkeiten übernehmen.

Abbildung 80 zeigt in welchem Umfang Frauen und Männer ab 50 Jahren in Teilzeit arbeiten bzw. in welchem Umfang sie angegeben haben, dass sie ihre Arbeitszeit in den letzten 12 Monaten reduziert haben in Abhängigkeit davon, ob sie regelmäßig eine pflegebedürftige oder schwer erkrankte Person betreuen oder pflegen („in Pflegesituation“) oder nicht („nicht in Pflegesituation“). Für Männer, die ohnehin selten angaben in Teilzeit zu

arbeiten oder ihre Arbeitszeit reduziert zu haben, zeigen sich zwischen den beiden Lebenssituationen insbesondere in Bezug auf das Reduzieren der Arbeitszeit, nur sehr geringe Unterschiede. Sie arbeiten in einer Pflegesituation zu etwas höheren Anteilen in Teilzeit (9,2 Prozent versus 8,5 Prozent). Bei Frauen macht sich die Pflegesituation deutlich stärker bemerkbar sowohl absolut als auch relativ. Der Anteil von Frauen in Teilzeit mit einer Pflegesituation liegt rund ein Fünftel über dem ohne Pflegesituation, bei Männern beträgt der relative Unterschied nur rund 8 Prozent. Gegebenenfalls begünstigen die ohnehin höheren Teilzeitquoten von Frauen, dass sie in etwas stärkerem Umfang Aufgaben in Betreuung und Pflege übernehmen.

Abbildung 80: Teilzeitquoten bzw. Arbeitszeitreduzierung in Abhängigkeit einer Pflegetätigkeit nach Alter und Geschlecht (50 bis 67 Jahre)



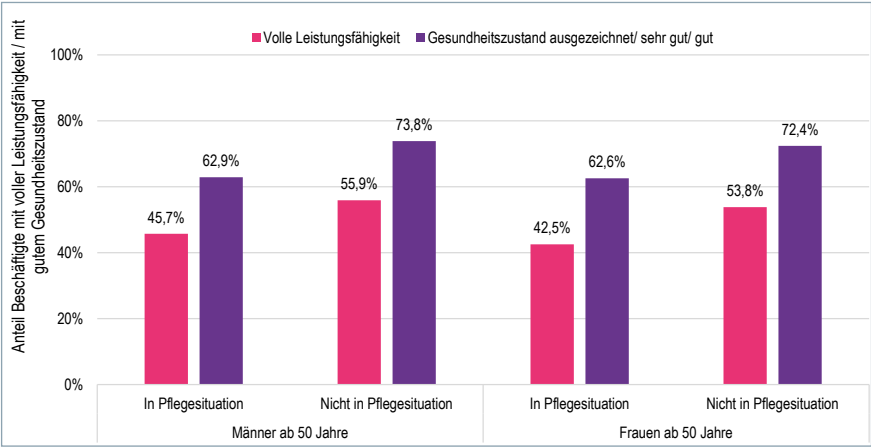
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Beschäftigte ab 50 Jahren (Teilzeit n = 3.472; AZ reduziert n = 3.495)

Auswirkungen von Carearbeit auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit

Dass das Übernehmen von Carearbeit in Form von Pflege und Betreuung von erkrankten oder pflegebedürftigen Personen sowohl den Gesundheitszustand als auch die Leistungsfähigkeit einschränkt, zeigen die Ergebnisse in Abbildung 81 deutlich. Männlich und weibliche Beschäftigte beschreiben ihren Gesundheitszustand zu höheren Anteilen als mindestens gut, wenn sie nicht in der Situation sind Pflege und Betreuung zu übernehmen. Ebenso geben sie zu geringen Anteilen an, ihre volle Leistungsfähigkeit abrufen zu können.

Abbildung 81: Leistungsfähigkeit und Gesundheitszustand in Abhängigkeit einer Pflegetätigkeit nach Alter und Geschlecht (50 bis 67 Jahre)



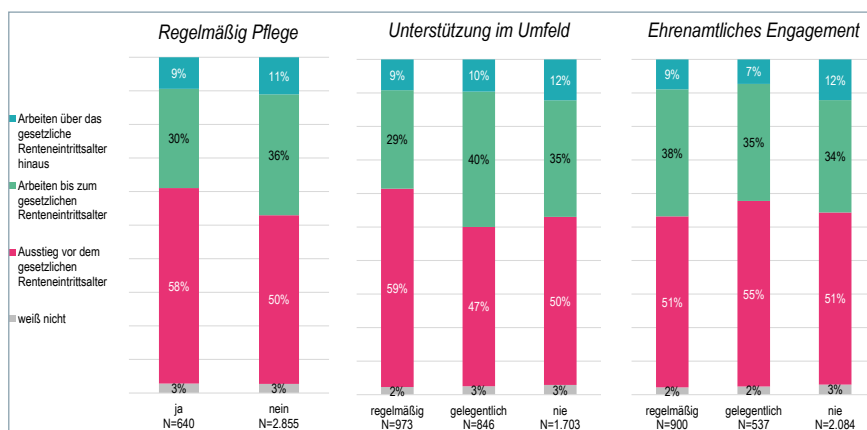
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025
Basis: Beschäftigte ab 50 Jahren (Leistungsfähigkeit n = 3.453; Gesundheitszustand n = 3.487)

Rentenpläne und Carearbeit

Abbildung 82 zeigt, wie sich die verschiedenen Formen von Carearbeit und der Umfang, in dem Beschäftigte diese Arbeit parallel zu ihrer Erwerbstätigkeit übernehmen, auf ihre eigenen Rentenpläne auswirken. Die dargestellten Angaben zeigen die Ergebnisse für beschäftigte ab 50 Jahren.

Für Beschäftigte, die ehrenamtlich tätig sind, lässt sich keine einheitliche Tendenz beobachten. Mit 12 Prozent geben Beschäftigte, die sich gar nicht ehrenamtlich betätigen, am häufigsten an, über das gesetzliche Rentenalter hinaus arbeiten zu wollen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Beschäftigten, die „nie“ Personen in ihrem Umfeld unterstützen. Dabei handelt es sich vermutlich um Personen, die einen besonders starken Fokus auf ihre berufliche Tätigkeit legen.

Beschäftigte, die regelmäßig eine Person oder mehrere Personen in ihrem Umfeld unterstützen, sowie Beschäftigte, die regelmäßig eine Person pflegen oder betreuen, geben mit 59 bzw. 58 Prozent zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil an, vor dem gesetzlichen Renteneintrittsalter in Rente gehen zu wollen. Sie geben jeweils nur zu neun Prozent an, über das Rentenalter hinaus arbeiten zu wollen.

Abbildung 82: Pläne zum Renteneintritt und Carearbeit

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Beschäftigte ab 50 Jahren (n = 3.495 – 3.522)

Anpassung der Arbeitsbedingungen für pflegende Beschäftigte

Die Befragungsergebnisse für Beschäftigten ab 50 Jahren zeigt deutliche Unterschiede zwischen Personen, die eine pflegebedürftige Person betreuen, und solchen, die dies nicht tun, hinsichtlich der Bedingungen, die für eine langfristig gesunde, motivierte und leistungsfähige Arbeit notwendig sind (an dieser Stelle ohne Abbildung; Ergebnisse für alle Beschäftigten sind in Abbildung 66 dargestellt).

Eine Anpassung des Arbeitsbeginns und -endes wird von Personen, die eine pflegebedürftige Person betreuen, mit 25 Prozent deutlich häufiger genannt als von Beschäftigten ohne Pflegeverantwortung (19 Prozent). Dies spiegelt den erhöhten Koordinationsaufwand wider, den die Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeverantwortung mit sich bringt.

Noch ausgeprägter ist der Unterschied bei der Anpassung der Arbeitsumgebung an die Bedürfnisse (Arbeitsplatz, Arbeitsmaterialien): 23 Prozent der Personen, die eine pflegebedürftige Person betreuen, sehen hier Handlungsbedarf, verglichen mit nur 17 Prozent der Beschäftigten ohne Pflegeverantwortung.

Auch stärkere Unterstützung durch Führungskräfte wird von Personen, die eine pflegebedürftige Person betreuen, häufiger gewünscht (20 Prozent gegenüber 16 Prozent). Dies deutet darauf hin, dass Verständnis, Flexibilität und aktive Unterstützung seitens der Vorgesetzten für diese Gruppe besonders wichtig sind, um die komplexen Anforderungen aus Beruf und Pflege bewältigen zu können.

Bei der Wertschätzung der Arbeitsleistung zeigt sich ebenfalls ein deutlicher Unterschied: Hier liegt der Anteil bei Personen, die eine pflegebedürftige Person betreuen, mit 43 Prozent höher als bei Beschäftigten ohne Pflegeverantwortung (39 Prozent).

Insgesamt wird deutlich, dass Personen, die eine pflegebedürftige Person betreuen, ab 50 Jahren besonders auf Flexibilität, angepasste Arbeitsbedingungen und Führungsunterstützung angewiesen sind, um langfristig gesund und leistungsfähig im Beruf bleiben zu können.

6.10 Erfahrungswissen

„Vorteile einer verlängerten Erwerbstätigkeit können darin bestehen, dass ältere Beschäftigte aufgrund ihrer Fachkenntnisse und ihres betriebspezifischen Prozesswissens zur Sicherung von organisationalem Wissen beitragen. [...] Erfahrene Belegschaften können die betriebliche Stabilität erhöhen, insbesondere in Phasen von Personalengpässen oder externem Druck.“

Dr. Catharina Stahn, Wissenschaftliche Mitarbeiterin des ifaa – Institut für angewandte Arbeitswissenschaft

Stellenwert von Erfahrungswissen

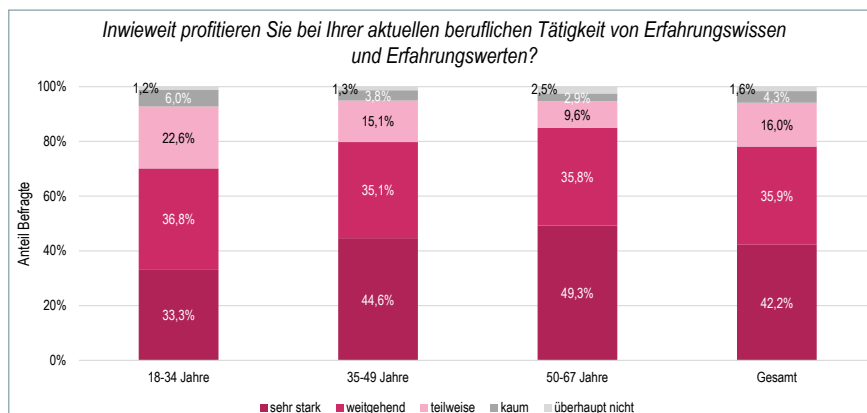
Basierend auf den Antworten der befragten Expertinnen und Experten können Unternehmen in erheblichem Maße vom Erfahrungswissen älterer Mitarbeitender profitieren. Vielfach wird dabei betont, dass dieser Nutzen nicht automatisch entsteht, sondern nur dann, wenn dieses Wissen aktiv eingebunden, genutzt und weitergegeben wird. Der zentrale Mehrwert liegt nach Einschätzung der Befragten weniger im reinen Faktenwissen, sondern vielmehr in der Fähigkeit, Wissen situativ einzuordnen.

„Unternehmen profitieren in hohem Maße vom Erfahrungswissen älterer Mitarbeitender. Das zeigt sich besonders in Situationen, in denen nicht das Wissen an sich entscheidend ist, sondern die Kompetenz, dieses Wissen sinnvoll einzuordnen. Genau hier entstehen die Stärken erfahrener Beschäftigter: Sie erkennen Muster schneller, können Risiken besser einschätzen und bleiben in unklaren Situationen handlungsfähig.“

Prof. Dr. Sascha Stowasse, Direktor des Instituts angewandte Arbeitswissenschaft e. V. (ifaa) und Professor am Karlsruher Institut für Technologie (KIT)

Auch aus Sicht der Beschäftigten bestätigt sich die hohe Relevanz von Erfahrungswissen. Insgesamt 78 Prozent der Befragten geben im Rahmen der Beschäftigtenbefragung an, sehr stark oder weitgehend von Erfahrungswissen und Erfahrungswerten zu profitieren (vgl. Abbildung 83). Mit zunehmendem Alter steigt dieser Anteil kontinuierlich an. Bemerkenswert ist dabei, dass bereits ein Drittel der unter 35-Jährigen angibt, sehr stark von Erfahrungswissen zu profitieren – bei den 50- bis 67-Jährigen trifft dies auf knapp die Hälfte (49,3 Prozent) zu.

Abbildung 83: Profitieren von Erfahrungswissen nach Altersgruppen

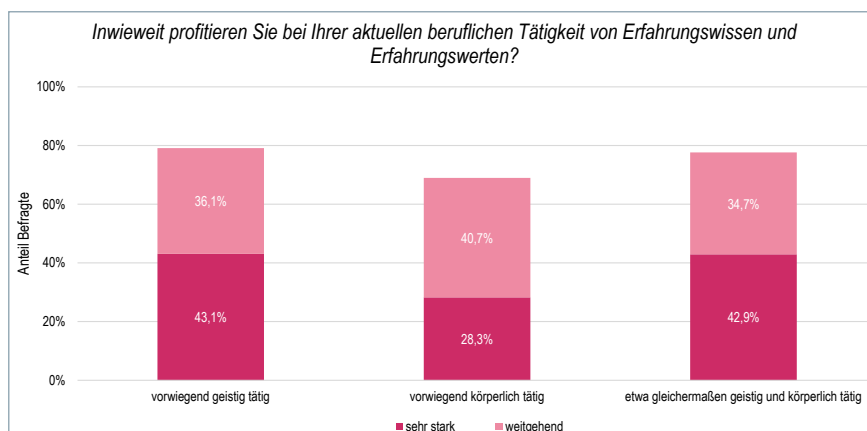


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.944)

Besonders stark profitieren Beschäftigte mit vorwiegend geistiger Tätigkeit von Erfahrungswissen und Erfahrungswerten (43,1 Prozent „sehr stark“), dicht gefolgt von jenen mit gleichermaßen geistiger und körperlicher Tätigkeit (42,9 Prozent) (vgl. Abbildung 84).

Abbildung 84: Profitieren von Erfahrungswissen nach Tätigkeitsform



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.930)

„Im Hinblick auf die demografische Entwicklung ist die Organisation des Wissenstransfers und des Wissensmanagements von besonderer Bedeutung.“

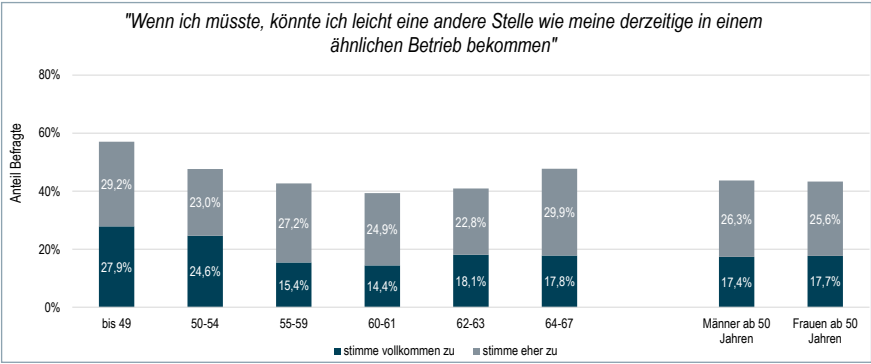
Alexander Horst, Personalentwicklung Kraftfahrt-Bundesamt

Berufliche Alternativen und Wechselmöglichkeiten

Männliche und weibliche Beschäftigte ab 50 Jahren sind zu 17,4 Prozent bzw. zu 17,7 Prozent sehr zuversichtlich (stimme vollkommen zu), auch eine ähnliche Stelle wie ihre derzeitige in einem anderen Betrieb zu bekommen, wenn es sein müsste. Zusätzlich stimmt dieser Aussage etwa ein weiteres Viertel der befragten Männer (26,3 Prozent) und Frauen (25,6 Prozent) eher zu, wie die Ergebnisse in Abbildung 85 zeigen. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass die Zustimmung zu der Aussage nach betrieblichen Alternativen bei den ab 50-jährigen Beschäftigten deutlich niedriger ausfällt als bei den unter 50-jährigen Beschäftigten. Die Zustimmungswerte sinken sukzessive und sind bei den 60- bis 61-Jährigen am niedrigsten, danach steigen sie wieder etwas an.

Auch wenn das hier dargestellte Ergebnis die Einschätzung der Beschäftigten zeigen, und daher nur indirekt auf die Wechselmöglichkeiten von Beschäftigten geschlossen werden kann, so deutet sich an, dass trotz des mit dem Alter der Beschäftigten steigenden Erfahrungswissens die Wechselmöglichkeiten zu betrieblichen Alternativen nicht zunehmen.

Abbildung 85: Einschätzung zu beruflichen Alternativen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025
Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.750)

Nutzung von Erfahrungswissen im Betrieb

Das Erfahrungswissen von Beschäftigten stellt eine wichtige betriebliche Resource dar. Im Rahmen der Beschäftigtenbefragung wurde die Einschätzung der Beschäftigten darüber erhoben, in welchem Ausmaß Erfahrungswissen älterer Mitarbeitender im Hinblick auf verschiedene Aspekte im Betrieb genutzt wird.

Die Tabelle 14 zeigt die Ergebnisse differenziert nach sieben Aspekten und zwei Altersgruppen (bis 49 Jahre sowie 50 bis 67 Jahre).

Die Einbeziehung praktischer Erfahrung bei Problemlösungen ist der Bereich, in dem nach Einschätzung der Befragten am häufigsten das Erfahrungswissen genutzt wird: Insgesamt geben 50,5 Prozent der Befragten an, dass dies sehr häufig oder häufig geschieht. Dabei zeigt sich ein deutlicher Altersunterschied – während 54,0 Prozent der unter 50-Jährigen diese Praxis bestätigen, sind es bei den 50- bis 67-Jährigen nur 41,7 Prozent. Dieser Befund deutet darauf hin, dass jüngere Beschäftigte die Nutzung von Erfahrungswissen in ihren Betrieben tendenziell positiver wahrnehmen als ältere.

Dieses Muster – jüngere Befragte berichten häufiger von einer intensiven Nutzung in ihrem Betrieb als ältere – zieht sich konsistent durch nahezu alle abgefragten Aspekte. So fließt Erfahrungswissen in die Entwicklung von Arbeitsabläufen nach Einschätzung von 47,3 Prozent der unter 50-Jährigen sehr häufig oder häufig ein, gegenüber 36,8 Prozent bei den Älteren (Gesamt: 44,3 Prozent). Ähnliches gilt für die Einbeziehung erfahrener Mitarbeitender bei wichtigen Entscheidungen (bis 49 Jahre: 46,3 Prozent; 50 bis 67 Jahre: 34,1 Prozent; Gesamt: 42,9 Prozent) sowie für das Einholen von Einschätzungen erfahrener Kolleginnen und Kollegen (bis 49 Jahre: 46,5 Prozent; 50 bis 67 Jahre: 34,6 Prozent; Gesamt: 43,1 Prozent).

Die Mentoren-Rolle – also die Begleitung neuer Mitarbeitender durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen – wird nach Einschätzung der Befragten in ihren Betrieben mit einem Gesamtwert von 44,2 Prozent ebenfalls vergleichsweise häufig praktiziert, wobei sich die Einschätzung der Altersgruppen hier weniger stark unterscheidet (bis 49 Jahre: 45,6 Prozent; 50 bis 67 Jahre: 40,7 Prozent).

Die Anerkennung langjähriger Mitarbeitender als Experten erfolgt in den Betrieben von insgesamt 41,6 Prozent der Befragten (bis 49 Jahre: 43,4 Prozent; 50 bis 67 Jahre: 37,3 Prozent), während der Anteil derer, die dies selten oder nie erleben, mit 27,3 Prozent (50 bis 67 Jahre: 32,6 Prozent) vergleichsweise hoch ist.

Den niedrigsten Wert erzielt das aktive Einholen von Rat durch Vorgesetzte: Nur 33,1 Prozent der Befragten geben an, dass Vorgesetzte erfahrene Mitarbeitende sehr häufig oder häufig um Rat fragen. Besonders ausgeprägt ist hier die unterschiedliche Einschätzung zwischen den Altersgruppen – während 35,6 Prozent der unter 50-Jährigen dies bestätigen, sind es bei den 50- bis 67-Jährigen lediglich 26,9 Prozent. Gleichzeitig geben 37,7 Prozent der Älteren an, dass dies selten oder nie vorkommt.

Tabelle 14: Nutzung von Erfahrungswissen älterer Beschäftigter im Betrieb

	Alters- gruppe	Nutzung von Erfahrungswissen im Betrieb		
		sehr häufig/ häufig	manchmal	selten/ nie
Praktische Erfahrung wird bei Problemlösungen einbezogen.	bis 49	54,0 %	28,9 %	17,1 %
	50–67	41,7 %	34,6 %	23,7 %
	Gesamt	50,5 %	30,5 %	19,0 %
Erfahrungswissen fließt in die Entwicklung von Arbeitsabläufen ein.	bis 49	47,3 %	30,1 %	22,6 %
	50–67	36,8 %	33,2 %	30,0 %
	Gesamt	44,3 %	31,0 %	24,7 %
Neuen Mitarbeitenden werden erfahrene Kolleginnen und Kollegen als Mentoren zur Seite gestellt.	bis 49	45,6 %	25,9 %	28,5 %
	50–67	40,7 %	29,9 %	29,4 %
	Gesamt	44,2 %	27,0 %	28,8 %
Erfahrene Mitarbeitende werden um Einschätzungen gebeten.	bis 49	46,5 %	33,1 %	20,5 %
	50–67	34,6 %	35,6 %	29,9 %
	Gesamt	43,1 %	33,8 %	23,1 %
Erfahrene Mitarbeitende werden bei wichtigen Entscheidungen hinzugezogen.	bis 49	46,3 %	31,5 %	22,2 %
	50–67	34,1 %	33,8 %	32,0 %
	Gesamt	42,9 %	32,1 %	25,0 %
Langjährige Mitarbeitende werden als Experten anerkannt.	bis 49	43,4 %	31,5 %	25,1 %
	50–67	37,3 %	30,2 %	32,6 %
	Gesamt	41,6 %	31,1 %	27,3 %
Vorgesetzte fragen erfahrene Mitarbeitende um Rat	bis 49	35,6 %	34,2 %	30,2 %
	50–67	26,9 %	35,3 %	37,7 %
	Gesamt	33,1 %	34,5 %	32,4 %

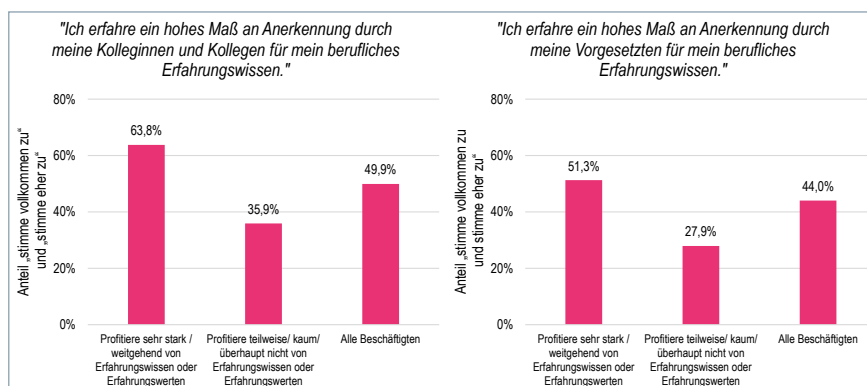
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.768 – n = 6.866)

Anerkennung von Erfahrungswissen

In Abbildung 86 ist dargestellt, in welchem Maß Beschäftigte ihr Erfahrungswissen durch Kolleginnen und Kollegen bzw. durch Vorgesetzte anerkannt sehen. Dargestellt ist jeweils der Anteil derer, die vollkommen oder eher zustimmen, ein hohes Maß an Anerkennung zu erhalten. Mit insgesamt 49,9 Prozent stimmt knapp die Hälfte aller Beschäftigten zu, von Kolleginnen und Kollegen entsprechend anerkannt zu werden, und nur 44 Prozent stimmt vollkommen oder eher zu, diese von den Vorgesetzten zu erhalten. Unter denjenigen, die selbst stark oder weitgehend von Erfahrungswissen und Erfahrungswerten profitieren, fällt die wahrgenommene Anerkennung höher aus: 63,8 Prozent fühlen sich durch Kolleginnen und Kollegen anerkannt, 51,3 Prozent durch Vorgesetzte. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Anerkennung von Erfahrungswissen – insbesondere durch Vorgesetzte – noch deutlich ausbaufähig ist.

Abbildung 86: Anerkennung von Erfahrungswissen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.871)

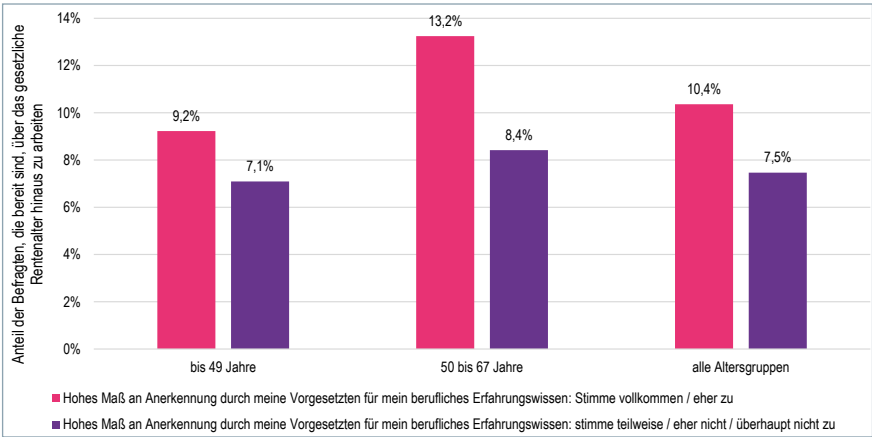
Das Ausmaß an Anerkennung für ihr Erfahrungswissen und ihre Erfahrungswerte, das Beschäftigten durch ihre Vorgesetzten entgegengebracht wird, hat einen deutlichen Einfluss auf deren Rentenplanung. Wie Abbildung 87 zeigt, planen 10,4 Prozent der Beschäftigten, die ein hohes Maß an Anerkennung erfahren, über das gesetzliche Rentenalter hinaus zu arbeiten (Konfidenzintervall: 9,3 %–11,4 %). Bei den Beschäftigten, die diese Anerkennung nicht erhalten, sind es nur 7,5 Prozent (Konfidenzintervall: 6,6 %–8,3 %). Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied in der Altersgruppe der 50- bis 67-Jährigen. Hier liegt der Anteil derjenigen, die planen, über das Rentenalter hinaus zu arbeiten, bei 13,2 Prozent mit Anerkennung (Konfidenzintervall: 11,0 %–15,5 %) und bei 8,4 Prozent ohne Anerkennung (Konfidenzintervall: 6,7 %–10,1 %).

„Durch die Nicht-Nutzung von Erfahrungswissen können Probleme entstehen, wie z. B. das Übersehen wichtiger informeller Strukturen und Netzwerksarbeit, Verhaltenskodexe, die nicht gewahrt sind oder fehlende Kenntnisse über vorangegangene Entwicklungen oder Entscheidungsstrategien.“

Ulrike Scheytt, Referentin Pflegeausbildung der Vitanas GmbH & Co. KGaA

Dieser Befund bekräftigt auch nochmal das Ergebnis aus Abbildung 67, wonach Anerkennung der Arbeitsleistung und Wertschätzung des Erfahrungswissens sind für Beschäftigte zentrale Voraussetzungen für ein langes und gesundes Erwerbsleben.

Abbildung 87: Rentenpläne und Anerkennung von Erfahrungswissen durch Vorgesetzte



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025
Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.922)

6.11 Fortbildung

Qualifizierung von Mitarbeitenden, Fort- und Weiterbildung bis in die späte Erwerbsphase ist ein wichtiges Element in der Personalentwicklung, um Beschäftigten eine lange Erwerbstätigkeit zu ermöglichen und die gewonnen Ressourcen im Rahmen der Fachkräftesicherung für Betriebe zu nutzen.

„Die politischen Bestrebungen für längere Erwerbstätigkeiten greifen viele Betriebe bereits auf, weil sie vor dem Hintergrund des demografischen Wandels stärker in die Entwicklung und Bindung älterer Beschäftigter investieren müssen. Auch wenn die konjunkturelle Lage derzeit herausfordernd ist, bleibt es wichtig, Personalentwicklung langfristig auszurichten und Qualifizierung, Gesundheit und flexible Arbeitszeitmodelle konsequent mitzudenken. Sobald die Wirtschaft wieder anzieht, werden Unternehmen genau von diesen strategischen Weichenstellungen profitieren.“

Jurek Tiedemann, Economist für Fachkräftesicherung am Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V.

Im Rahmen der Beschäftigtenbefragung wurde erhoben, ob die Befragten in den vergangenen zwölf Monaten ein Angebot zur Fort- oder Weiterbildung erhalten haben. Für den vorliegenden Bericht stellt sich dabei insbesondere die Frage, ob sich in Bezug auf Fort- und Weiterbildung in der späten Erwerbsphase Auffälligkeiten zeigen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 88 dargestellt.

Die Teilnahmequote an einer Fortbildung in den zurückliegenden zwölf Monaten liegt über alle Altersgruppen hinweg bei 49,7 Prozent. Nach Altersgruppen aufgeschlüsselt ergibt sich das folgende Bild: Mit 54,0 Prozent weisen die unter 50-jährigen Beschäftigten die höchste Teilnahmequote auf. Mit steigendem Alter nimmt die Teilnahmequote tendenziell ab. So liegt sie bei den 50- bis 54-Jährigen bei 48,5 Prozent und in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen bei 39,0 Prozent. Die 60- bis 61-Jährigen haben eine Teilnahmequote von 43,2 Prozent, während die 62- bis 63-Jährigen mit 29,1 Prozent den niedrigsten Wert erreichen. Die älteste Gruppe der 64- bis 67-Jährigen weist mit 31,2 Prozent wieder einen leicht höheren Wert auf.

Die Beschäftigten, die nicht an einer Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, wurden nach den Gründen für ihre Nichtteilnahme gefragt. Abbildung 88 zeigt den Anteil derjenigen (bezogen auf alle Befragten), die nicht teilgenommen haben, weil kein Angebot vorhanden war (allein oder in Kombination mit anderen Gründen), und den Anteil derjenigen, die ausschließlich aus anderen Gründen (und nicht, weil kein Angebot vorhanden war) nicht an einer Fortbildung teilgenommen haben.

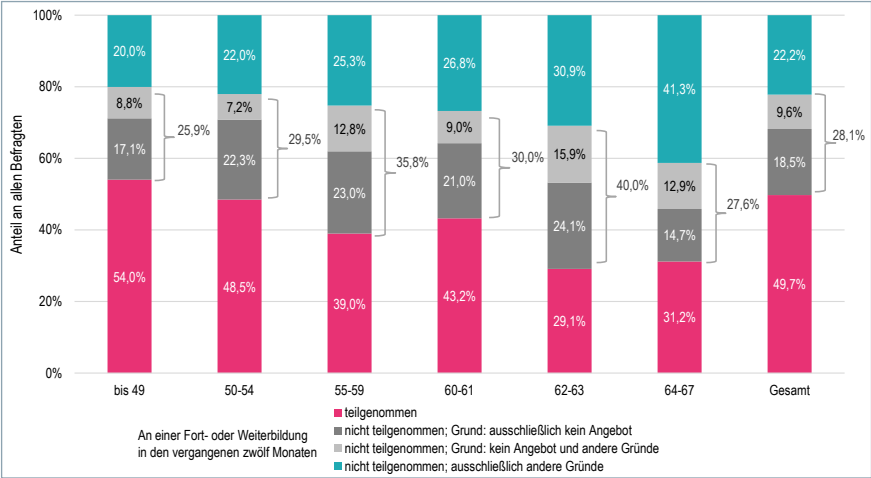
Bei den Gründen für die Nichtteilnahme zeigt sich, dass der Anteil derer, die ausschließlich andere Gründe nennen, mit dem Alter deutlich zunimmt – von 20,0 Prozent bei den unter 50-jährigen bis auf 41,3 Prozent bei den 64- bis 67-Jährigen.

Beschäftigte ab 60 Jahren, die als Grund für ihre Nichtteilnahme an Fortbildungen ausschließlich andere Gründe als ein fehlendes Angebot nannten, wurden einer vertiefenden Betrachtung unterzogen (ohne Abbildung). Diese Beschäftigten geben zu einem Drittel

an, dass das Angebot aufgrund ihrer Vorkenntnisse keinen Mehrwert gebracht hätte. 29,7 Prozent hatten kein Interesse an dem Fortbildungsangebot. Für 25,5 Prozent passte das Thema nicht zur gegenwärtigen Tätigkeit. 22,4 Prozent hatten Zweifel, ob ihnen in ihrem Alter eine Fortbildung noch einen Mehrwert bringt. 16,9 Prozent konnten aufgrund hoher Arbeitslast zeitlich nicht teilnehmen und 14,4 Prozent hatten den Eindruck, dass das Angebot primär auf eine andere Zielgruppe ausgerichtet war.

Die beiden grauen Säulenabschnitte in Abbildung 88 geben zusammen den Anteil der Beschäftigten wieder, die in den vergangenen zwölf Monaten kein Fort- oder Weiterbildungsangebot erhalten haben. Über alle Altersgruppen hinweg trifft dies auf 28,1 Prozent der Befragten zu, ohne dass sich dabei ein eindeutiger Trend im Altersverlauf abzeichnet. Bemerkenswert ist, dass Beschäftigte in der späten Erwerbsphase bei der Vergabe von Fortbildungsangeboten nicht schlechter gestellt sind als jüngere Altersgruppen.

Abbildung 88: Teilnahme an Fort- oder Weiterbildung in den letzten 12 Monaten und Gründe für Nichtteilnahme nach Alter



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 7.019)

„Personalentwicklung ist in vielen Betrieben weiterhin stark auf frühere Karrierephasen fokussiert. Investitionen in Qualifizierung, Entwicklung und Karrierepfade nehmen mit steigendem Alter häufig ab, obwohl gerade für eine verlängerte Erwerbstätigkeit kontinuierliche Kompetenzentwicklung, Lernfähigkeit und Employability zentrale Voraussetzungen sind.“

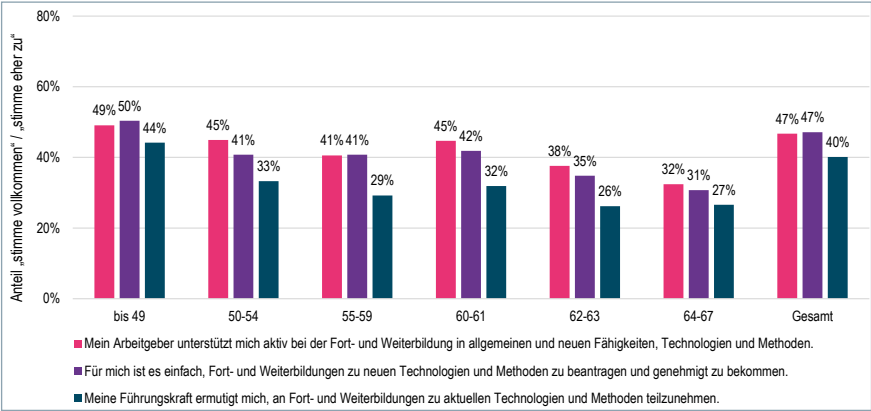
Frau Prof. Dr. Rump, Professorin für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Internationales Personalmanagement und Organisationsentwicklung

Abschließend zeigt Abbildung 89 die Befragungsergebnisse zur wahrgenommenen Unterstützung bei Fort- und Weiterbildung. Über alle Altersgruppen hinweg stimmen jeweils 47 Prozent der Befragten zu, dass der Arbeitgeber sie aktiv bei Fort- und Weiterbildung unterstützt bzw. dass es einfach ist, Fortbildungen zu beantragen und genehmigt zu bekommen. 40 Prozent geben an, dass ihre Führungskraft sie zur Teilnahme ermutigt.

Nach Altersgruppen betrachtet zeigt sich bei allen drei Aussagen ein ähnliches Muster: Die höchsten Zustimmungswerte finden sich bei den unter 50-Jährigen mit 49 Prozent (aktive Unterstützung), 50 Prozent (einfache Beantragung) und 44 Prozent (Ermutigung durch Führungskraft). Die Werte sinken dann tendenziell mit zunehmendem Alter. Die niedrigsten Zustimmungswerte verzeichnen die 64- bis 67-Jährigen mit 32 Prozent (aktive Unterstützung), 31 Prozent (einfache Beantragung) und 27 Prozent (Ermutigung durch Führungskraft).

Besonders deutlich ist der Alterseffekt bei der Ermutigung durch die Führungskraft: Hier sinkt die Zustimmung von 44 Prozent bei den unter 50-Jährigen kontinuierlich auf 26 bis 29 Prozent bei den über 55-Jährigen.

Abbildung 89: Ermutigung und Unterstützung zur Fort- oder Weiterbildung nach Alter



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025
Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.696 – 6.572)

„Für Betriebe ergibt sich mit Blick auf älter werdende Belegschaften die Herausforderung Lebenslanges Lernen mit sich schnell verändernden digitalen Medien zu erreichen und die Medienkompetenz der Beschäftigten immer aktuell zu halten.“

Ulrike Scheytt, Referentin Pflegeausbildung der Vitanas GmbH & Co. KGaA

6.12 Arbeitswelt und KI im Kontext der späten Erwerbsphase

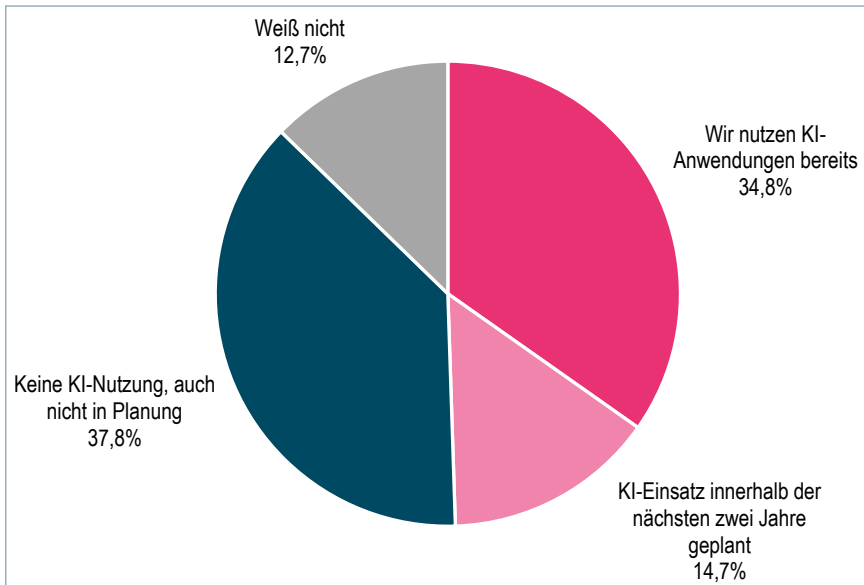
Verbreitung von KI-Anwendungen

Der Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) und ihr Einsatz in der Arbeitswelt entwickelt sich sehr dynamisch. Infolgedessen verändern sich bestimmte Arbeitsbereiche und es besteht die Befürchtung, dass KI-gestützte Systeme bestimmte Tätigkeiten schneller und effizienter erledigen als Menschen. Umgekehrt bieten sich dadurch verschiedene Möglichkeiten Prozesse zu vereinfachen und zu erleichtern.

Anknüpfend an die Ergebnisse zu dem hohen Stellenwert von Erfahrungswissen in Abschnitt 6.10 stellt sich vor diesem Hintergrund für den vorliegenden Gesundheitsreport die Frage, inwieweit insbesondere ältere Beschäftigte durch den Einsatz von KI eine Entwertung ihres Erfahrungswissens befürchten, ob sie weitere Befürchtungen mit dem Einsatz von KI verbinden oder ob für sie der Nutzen solcher Anwendungen im Vordergrund steht.

Wie Abbildung 90 zeigt, geben zum Befragungszeitpunkt 34,8 Prozent der Beschäftigten an, KI-Anwendungen in ihrem Arbeitsbereich bereits zu nutzen. Weitere 14,7 Prozent der Befragten geben an, dass die Nutzung innerhalb der nächsten zwei Jahre geplant ist. Keine Nutzung und keine Planung zur Nutzung von KI-Anwendungen geben 37,8 Prozent der Beschäftigten für ihren Arbeitsbereich an. Ebenfalls erwähnenswert ist, dass 12,7 Prozent die Antwortoption „weiß nicht“ gewählt haben und demnach nicht angeben können, ob KI-Anwendungen genutzt werden oder die Nutzung geplant ist.

Abbildung 90: Verbreitung von KI-Anwendungen im Arbeitsbereich



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.983)

Bewertung von KI-Anwendungen

Anschließend an die grundsätzliche Frage danach, ob KI-Anwendungen im Arbeitsbereich schon Anwendung finden, sollten im Rahmen der Befragung einzelne Aspekte in Zusammenhang mit KI-Anwendungen im Arbeitsbereich bewertet werden. Konkret wurde nach dem Grad der Zustimmung (stimme vollkommen zu, stimme eher zu, stimme teilweise zu, stimme eher nicht zu, stimme überhaupt nicht zu) von positiven Aussagen zu KI-Anwendungen und Aussagen abgefragt und zu solchen, die eher Befürchtungen in dem Zusammenhang darstellen. Die Anteile der Beschäftigten, die den Aussagen vollkommen, eher oder teilweise zugestimmt haben sind in Abbildung 68 dargestellt.

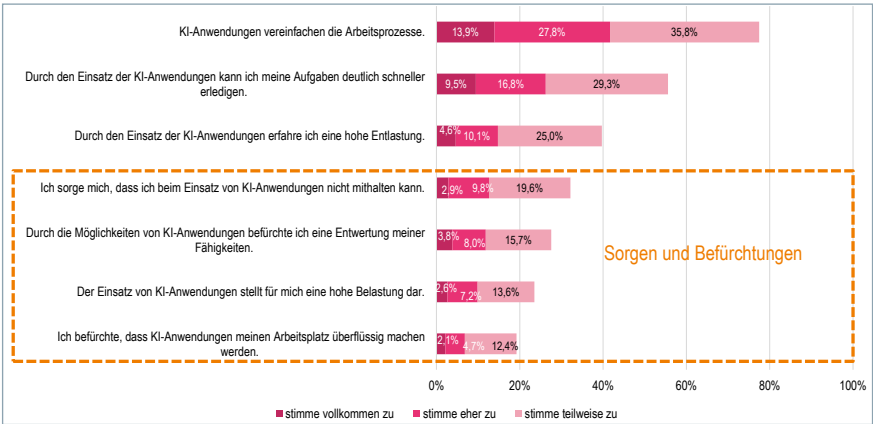
Die Ergebnisse zeigen, dass die positiven Aspekte von KI-Anwendungen durchweg höhere Zustimmungswerte erzielen als die damit verbundenen Sorgen. Die stärkste Zustimmung erfährt die Aussage, dass KI-Anwendungen die Arbeitsprozesse vereinfachen, 14 Prozent alle Befragten stimmt vollkommen zu, weitere 28 Prozent stimmen eher zu und 36 Prozent

stimmen noch teilweise zu, zusammengefasst stimmen demnach der Aussage rund 77 Prozent¹⁵ aller Befragten zu. Mit rund 56 Prozent stimmen über die Hälfte der Befragten auch der Aussage zu, dass KI-Anwendungen dazu beitragen Aufgaben schneller zu erledigen. Rund 40 Prozent aller Befragten stimmt zu, durch den Einsatz von KI-Anwendungen eine hohe Entlastung zu erfahren. Umgekehrt stimmen nur rund 24 Prozent aller Befragten zu, dass KI-Anwendungen für sie eine hohe Belastung darstellen.

Abbildung 92 stellt vertiefend dar, welche Zustimmung durch die Befragten die beiden zusammenfassenden Bewertungsaussagen „Der Einsatz von KI-Anwendungen stellt für mich eine hohe Belastung dar“ und „Durch den Einsatz der KI-Anwendungen erfahre ich eine hohe Entlastung“ erhalten haben abhängig davon, ob KI-Anwendungen genutzt werden. Zusätzlich sind zum Vergleich auch die Bewertungen dieser Aussagen von allen Befragten dargestellt.

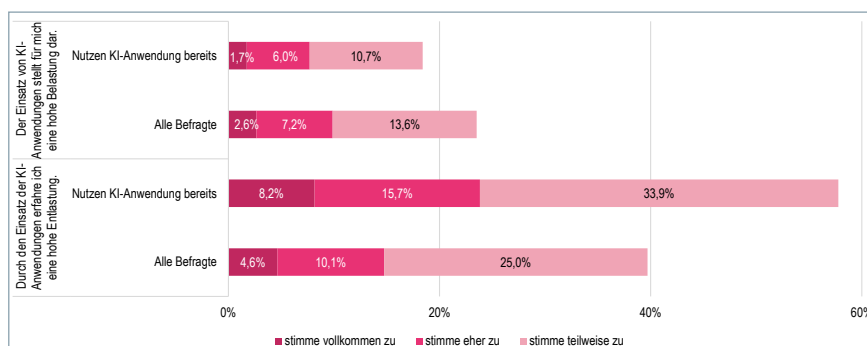
Es zeigt sich im Ergebnis, dass eine positive Bewertung der KI-Anwendungen in größerem Umfang von den Beschäftigten geteilt wird, die diese Anwendung schon nutzen. Umgekehrt teilen die Beschäftigten, die KI-Anwendungen schon nutzen, zu geringeren Anteilen die Auffassung, dass KI-Anwendungen eine Belastung darstellen.

Abbildung 91: Bewertung von KI-Anwendungen im Arbeitsbereich



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025
Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.018 bis n = 6.693)

15 Abweichungen in der Summenbildung sind rundungsbedingt.

Abbildung 92: Bewertung von KI-Anwendungen im Arbeitsbereich nach Nutzung

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

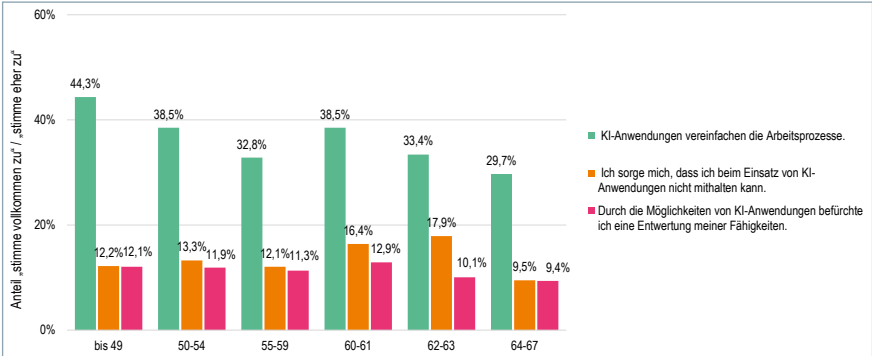
Basis: Alle Beschäftigte (n = 5.713 [Entlastung]; n = 5.414 [Belastung])

Bewertung von KI-Anwendungen nach Alter

Eine weitere Detailanalyse in Abbildung 93 zeigt, dass der Anteil der Befragten, die der Aussage, KI-Anwendungen vereinfachten die Arbeitsprozesse, vollkommen oder eher zustimmen, mit zunehmendem Alter in der späten Erwerbsphase leicht abnimmt. Während unter den bis 49-jährigen Beschäftigten noch 44,3 Prozent der Aussage vollkommen oder eher zustimmen, nimmt der Anteil der Zustimmenden danach tendenziell ab: Bei den 62- bis 63-Jährigen liegt er noch bei 33,4 Prozent und in der höchsten Altersgruppe bei 29,7 Prozent.

Für die beiden Aussagen, die Sorgen und Befürchtungen ausdrücken, zeigen die Zustimmungswerte kein einheitliches Bild. Der Aussage, dass Sorge besteht, mit den Anwendungen nicht „mithalten“ zu können, stimmen bis zum Alter von 63 Jahren eher mehr Personen zu, danach nimmt der Anteil deutlich ab. Die Befürchtung, die eigenen Fähigkeiten könnten entwertet werden, ist durchweg geringer und nimmt bereits in der Altersgruppe der 62- bis 63-Jährigen ab. Beiden Aussagen stimmen jeweils rund 12 Prozent der bis 49-Jährigen zu. In der sehr späten Erwerbsphase blicken die Beschäftigten offenbar mit etwas weniger Sorgen und Befürchtungen auf die Veränderungen durch KI-Anwendungen in ihrem Arbeitsbereich.

Abbildung 93: Bewertung von KI-Anwendungen im Arbeitsbereich nach Alter



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

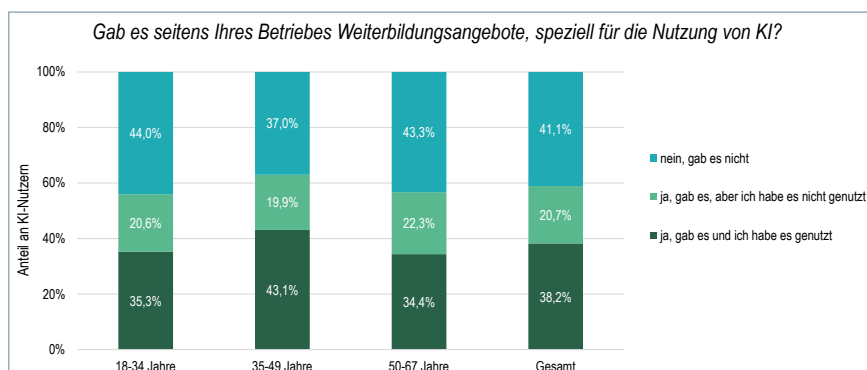
Basis: Alle Beschäftigte (n = 6.633 – n = 6.751)

„Aus meiner Sicht verändert KI den Stellenwert von Erfahrungswissen grundlegend: Wir bewegen uns immer stärker von einer Wissens- zu einer Kompetenzgesellschaft.“

Prof. Dr. Sascha Stowasser, Direktor des ifaa – Institut für angewandte Arbeitswissenschaft e. V. und Professor am Karlsruher Institut für Technologie (KIT)

KI-Anwendungen und Fortbildung

Insgesamt geben 58,9 Prozent der Beschäftigten, in deren Arbeitsbereich KI-Anwendungen genutzt werden, an, dass es seitens ihres Betriebs ein entsprechendes Weiterbildungsangebot dazu gab. 41,1 Prozent hatten kein solches Angebot. Von den Beschäftigten, die KI-Anwendungen im Arbeitsbereich nutzen, haben 38,2 Prozent dieses Angebot genutzt. Abbildung 94 zeigt die Ergebnisse auch differenziert nach Altersgruppen. Demnach ist das Angebot am stärksten in der mittleren Altersgruppe (35 bis 49 Jahre) verbreitet: 63 Prozent hatten ein KI-Fortbildungsangebot und 43,1 Prozent haben es auch genutzt. Am seltensten gab es ein Fortbildungsangebot für Beschäftigte bis 34 Jahre. Insgesamt zeigen sich zwischen den Altersgruppen aber nur wenige Unterschiede, weder bei den Anteilen, in denen Fortbildungsangebote vorhanden sind, noch bei den Anteilen, in denen sie genutzt werden.

Abbildung 94: Bewertung von KI-Anwendungen im Arbeitsbereich nach Alter

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Beschäftigte, die KI-Anwendungen schon nutzten (n = 2.596)

6.13 Aktivrente

Mit der Aktivrente sollen Erwerbstätige belohnt werden, die nach dem Erreichen des gesetzlichen Rentenalters weiterarbeiten. Sie ist „ein wichtiger Baustein, um dem Arbeitskräftemangel und den Auswirkungen der demografischen Entwicklung entgegenzuwirken. Damit wird das Weiterarbeiten attraktiver und zusätzliches Fachkräftepotenzial erschlossen.“¹⁶

Die Aktivrente ist ein Steuerfreibetrag nach § 4 Nummer 21 EstG. Danach bleibt der Arbeitslohn von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten, die das gesetzliche Rentenalter erreicht haben, bis zu 2.000 Euro pro Monat steuerfrei.

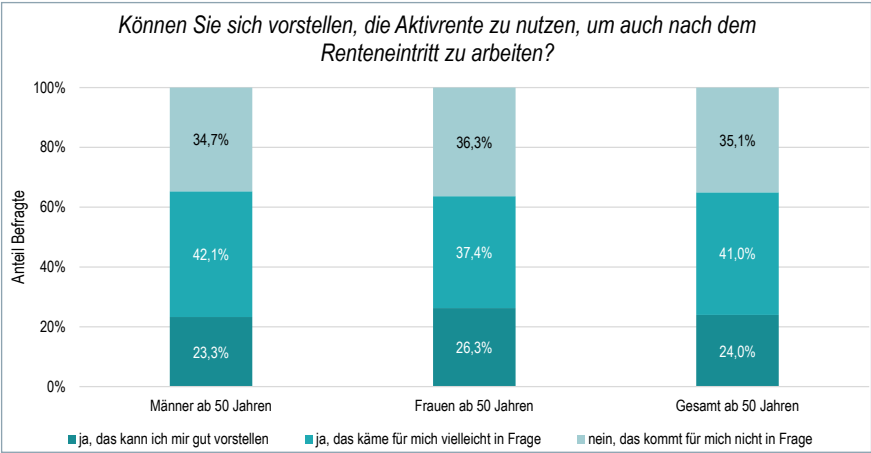
Die Bundesregierung hat die Aktivrente am 15. Oktober 2025 auf den Weg gebracht. Am 5. Dezember 2025 beschloss der Bundestag den Gesetzentwurf, dem der Bundesrat am 19. Dezember 2025 zustimmte. Seit dem 1. Januar 2026 ist die Aktivrente in Kraft.

Im Rahmen der Erwerbstätigenbefragung wurde die Einstellung der Beschäftigten ab 50 Jahren zu den Regelungen der Aktivrente erhoben – konkret, ob sie sich vorstellen könnten, die Aktivrente zu nutzen und auch nach dem Renteneintritt erwerbstätig zu bleiben. Da die Befragung im Zeitraum vom 5. bis 21. November 2025 stattfand (vgl. Abschnitt 1.3) und das Gesetzgebungsverfahren zu diesem Zeitpunkt noch lief, war die Aktivrente Gegenstand der aktuellen politischen Diskussion und medialen Berichterstattung. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass sich viele Beschäftigte zum Befragungszeitpunkt bereits konkret mit ihren eigenen Plänen in diesem Zusammenhang auseinandergesetzt hatten.

¹⁶ Bundesregierung: Mit der Aktivrente steuerfrei hinzuverdienen. Online: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/gesetzentwurf-aktivrente-2389334> [abgerufen am 13.5.2026].

Fast ein Viertel der Beschäftigten ab 50 Jahren (24 Prozent) kann sich vorstellen, die Aktivrente zu nutzen und auch nach dem Renteneintritt erwerbstätig zu bleiben. Weitere 41 Prozent schließen dies zumindest nicht aus („vielleicht“). Damit kommt die Aktivrente für insgesamt 65 Prozent der Beschäftigten ab 50 Jahren grundsätzlich in Betracht – nur gut ein Drittel (35,1 Prozent) lehnt eine Nutzung klar ab (vgl. Abbildung 95). Hinsichtlich der Einschätzung zur Aktivrente unterscheiden sich Männer und Frauen kaum.

Abbildung 95: Anteil Beschäftigte nach Einstellung zur Aktivrente

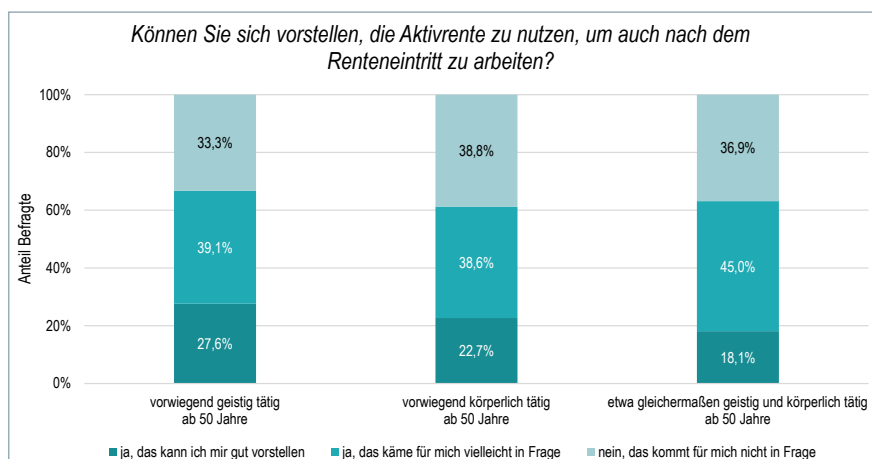


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Beschäftigte 50–67 Jahre (n = 3.271)

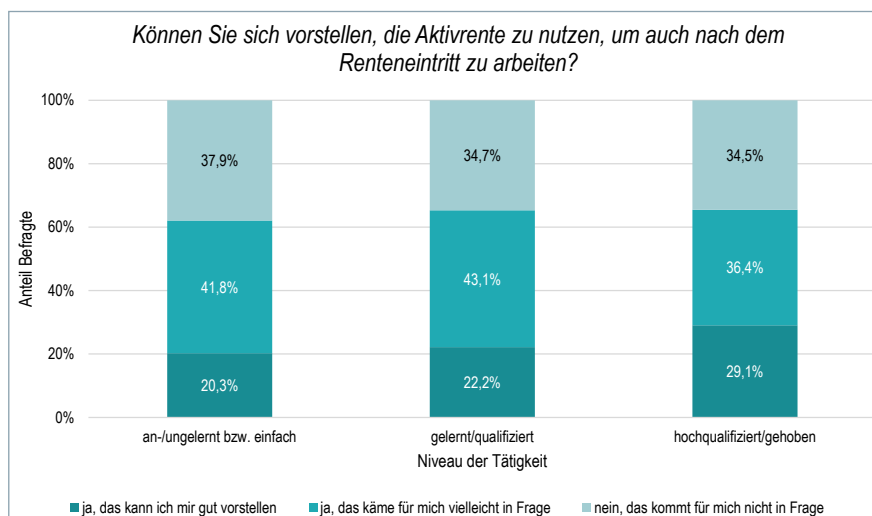
Unter den Beschäftigten ab 50 Jahren können sich vorwiegend geistig Tätige am häufigsten eine Nutzung der Aktivrente vorstellen (27,6 Prozent). Am seltensten gilt dies für Beschäftigte, deren Tätigkeit gleichermaßen geistige und körperliche Anforderungen umfasst (vgl. Abbildung 96).

Ein ähnliches Bild zeigt Abbildung 97. Mit sinkendem Tätigkeitsniveau nimmt die Bereitschaft zur Nutzung der Aktivrente kontinuierlich ab. Beschäftigte mit einer hochqualifizierten oder gehobenen Tätigkeit können sich dies am häufigsten vorstellen (29,1 Prozent), gefolgt von gelernten bzw. qualifizierten Tätigkeiten (22,2 Prozent) und an- bzw. ungelernten Tätigkeiten (20,3 Prozent). Umgekehrt lehnen Beschäftigte mit dem niedrigsten Tätigkeitsniveau die Nutzung der Aktivrente mit rund 38 Prozent am häufigsten ab.

Abbildung 96: Anteil Beschäftigte nach Einstellung zur Aktivrente und Arbeitsweise

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Beschäftigte 50–67 Jahre (n = 3.276) vorwiegend geistig tätig (n = 2.379), vorwiegend körperlich tätig (n = 138), etwa gleichermaßen geistig/körperlich tätig (n = 759)

Abbildung 97: Anteil Beschäftigte nach Einstellung zur Aktivrente und Tätigkeitsniveau

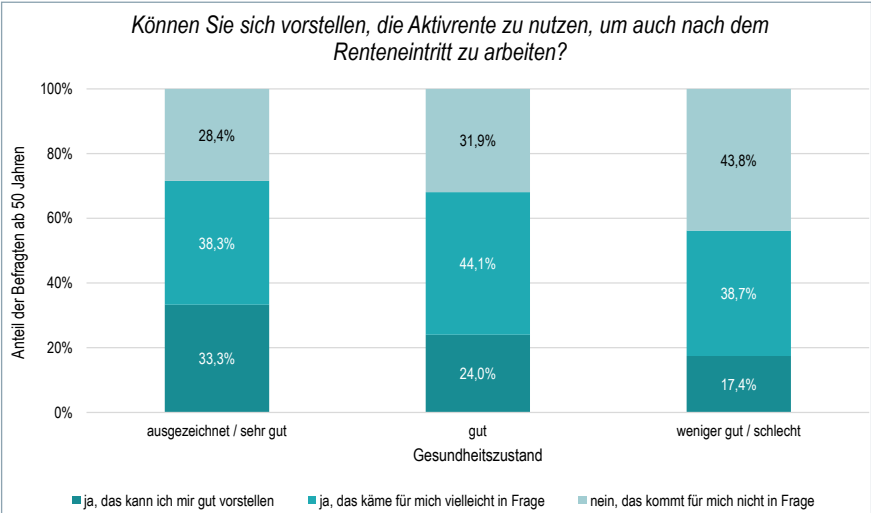
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Beschäftigte 50–67 Jahre (n = 3.284) an-/ungelernt (n = 292), gelernt/qualifiziert (n = 1.588), hochqualifiziert/gehoben (n = 1.404)

Besonders deutliche Unterschiede zeigen sich beim Blick auf die Frage, inwieweit sich Beschäftigte ab 50 Jahren vorstellen können, die Steuervorteile der Aktivrente zu nutzen, um auch nach dem Renteneintritt erwerbstätig zu bleiben – und zwar in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand: Beschäftigte, die ihre Gesundheit als ausgezeichnet oder sehr gut einschätzen, können sich zu einem Drittel sehr gut vorstellen, die Aktivrente zu nutzen –

und nur 28,4 Prozent schließen dies aus. Mit abnehmendem Gesundheitszustand sinkt die Bereitschaft deutlich: Bei Beschäftigten mit gutem Gesundheitszustand können sich noch 24,0 Prozent eine Nutzung gut vorstellen, bei jenen mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand sind es lediglich 17,4 Prozent. Für diese Gruppe kommt die Aktivrente mit 43,8 Prozent am häufigsten nicht in Frage (vgl. Abbildung 98).

Abbildung 98: Anteil Beschäftigte nach Einstellung zur Aktivrente und Gesundheitszustand

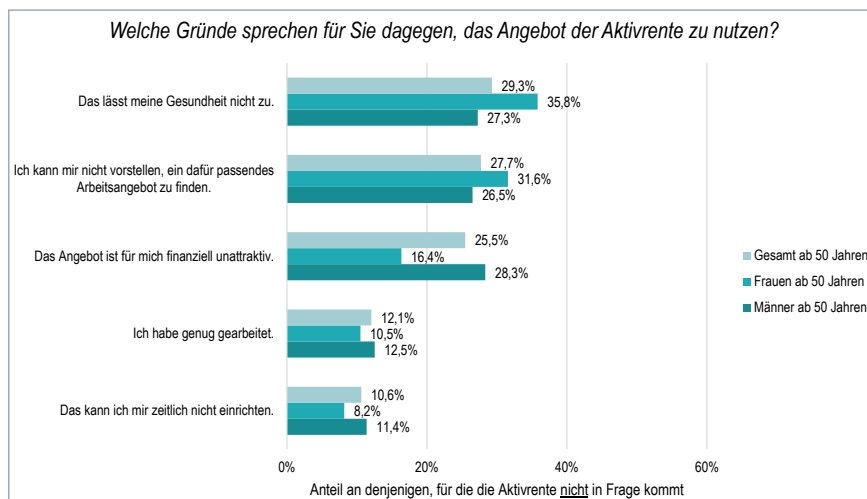


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025
Basis: Beschäftigte 50–67 Jahre (n = 3.266) Gesundheitszustand: ausgezeichnet (n = 779), gut (n = 1.666), weniger gut/ schlecht (n = 821)

Dass der Gesundheitszustand eine zentrale Rolle bei der Frage spielt, ob die Aktivrente für Beschäftigte in Betracht kommt, verdeutlichen auch die Angaben jener, die eine Nutzung ablehnen. Sie wurden gefragt, welche Gründe aus ihrer Sicht gegen das Angebot sprechen (vgl. Abbildung 99).

Als häufigster Grund gegen eine Nutzung der Aktivrente wird der eigene Gesundheitszustand genannt: 29,3 Prozent derjenigen, für die die Aktivrente nicht in Frage kommt, geben an, dass ihre Gesundheit eine Weiterbeschäftigung nicht zulässt. Dabei ist der Anteil bei Männern (37,3 Prozent) merklich höher als bei Frauen (35,8 Prozent).

An zweiter Stelle steht die Sorge, kein passendes Beschäftigungsangebot zu finden (27,7 Prozent). Weitere 25,5 Prozent bewerten die Aktivrente als finanziell unattraktiv – dieser Aspekt wird von Männern deutlich häufiger genannt als von Frauen. Darüber hinaus geben 12,1 Prozent an, schlicht „genug gearbeitet zu haben“, und 10,6 Prozent geben an, dass sie es sich zeitlich nicht einrichten können, die Aktivrente zu nutzen.

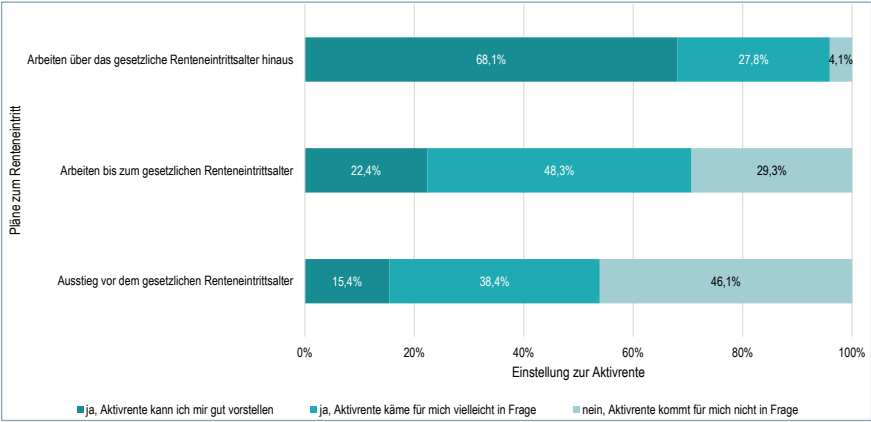
Abbildung 99: Anteil Beschäftigte nach Einstellung zur Aktivrente

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Beschäftigte 50–67 Jahre, die angeben, dass für sie die Aktivrente nicht in Frage kommt (n = 1.002)

Die in Abbildung 100 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass die Aktivrente vor allem bei jenen Beschäftigten auf Zustimmung stößt, die ohnehin planen, über das gesetzliche Rentenalter hinaus zu arbeiten: 68,1 Prozent dieser Gruppe können sich eine Nutzung gut vorstellen. Bemerkenswert ist jedoch, dass auch unter denjenigen, die bis zum gesetzlichen Rentenalter arbeiten möchten, fast die Hälfte (48,3 Prozent) eine Nutzung zumindest nicht ausschließt. Selbst von jenen, die einen vorzeitigen Renteneintritt planen, zieht immerhin gut ein Drittel (38,4 Prozent) die Aktivrente als Option in Betracht. Die Aktivrente scheint damit durchaus das Potenzial zu haben, Anreize für eine längere Erwerbstätigkeit zu setzen allerdings zeigt sich auch dass sie nicht für alle Beschäftigten, die gleichen Chancen bietet. So sind diejenigen mit schlechterem Gesundheitszustand eingeschränkter darin von dieser Möglichkeit zu profitieren.

Abbildung 100: Anteil Beschäftigte nach Einstellung zur Aktivrente und Plänen zum Renteneintritt



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2025

Basis: Beschäftigte 50–67 Jahre (n = 3.189)

„Die Aktivrente kann einen Beitrag zur Abfederung des Fachkräftemangels leisten. Gleichzeitig müssen sich aber auch die Betriebe gegenüber der Beschäftigung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer offen zeigen. Das ist leider nicht immer der Fall.“

Prof. Dr. Tobias Wolbring, Lehrstuhl für Empirische Wirtschaftssoziologie, FAU Erlangen-Nürnberg

7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mit dem Gesundheitsreport 2026 setzt die DAK-Gesundheit ihre jährliche Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit fort. Insgesamt kann die Entwicklung des Krankheitsgeschehens seit dem Berichtsjahr 1997 betrachtet werden. Für das Jahr 2025 wird folgende Bilanz gezogen.

7.1 Entwicklung der Fehlzeiten

Der Krankenstand lag bei 5,4 Prozent und bleibt damit gegenüber dem Vorjahr unverändert. Der Krankenstand hat sich nach der Einführung der elektronischen Krankschreibungen in den letzten vier Berichtsjahren auf diesem Niveau eingependelt. Es bestätigt sich damit, dass ab 2022 der Krankenstand durch die Umstellung der Meldesystematik einmalig sprunghaft gestiegen ist und es sich dabei nicht um einen steigen Trend in der Entwicklung der Fehlzeiten gehandelt hat.

Eine monokausale Erklärung für die Entwicklung des Krankenstands 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.

Auffällig ist, dass sich nach der Einführung der elektronischen Krankschreibung der Krankenstand auf einem deutlich höheren Niveau befindet, weil insbesondere kurze Krankschreibungen stärker erfasst werden. Der Gesundheitsreport 2025 zeigt in einer Sonderanalyse zu dieser sprunghaften Entwicklung des Krankenstands ab 2022, dass die Hauptursache dafür in der Einführung der elektronischen Krankmeldung zu sehen ist. Dies belegt ein Abgleich der Daten zur Arbeitsunfähigkeit mit den Daten aus der ambulanten Versorgung. Diagnosen, die zu einem Anstieg der gemeldeten Fehlzeiten führen, zeigen entweder keine oder keine vergleichbare Zunahme im ambulanten Behandlungsgeschehen.

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 Gesamt Krankenstandes 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:

- Fehltage aufgrund von Atemwegserkrankungen bleiben an der Spitze des AU-Geschehens.
- 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 2026 für das Berichtsjahr 2025 zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten.

2025 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.

7.2 Fazit Schwerpunktthema

Die schrittweise Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters auf 67 Jahre, die seit 2012 vollzogen wird, zeigt nun spürbare Effekte auf dem Arbeitsmarkt: Die Erwerbstätigenquote der 60- bis 64-Jährigen stieg zwischen 2014 und 2024 um 14 Prozentpunkte auf 67 Prozent, bei den 65- bis 69-Jährigen um sieben Prozentpunkte auf 21 Prozent. Was in den Rentenzugangszahlen lange kaum sichtbar war, wird nun Realität: Mehr Menschen arbeiten länger – und das unter Bedingungen, die nicht immer für eine lange Erwerbstätigkeit ausgelegt sind.

Dieser Wandel hat zwei Seiten. Einerseits stehen den Betrieben mehr ältere Beschäftigte zur Verfügung, deren Erfahrungswissen und Leistungsbereitschaft ein echtes Potenzial darstellen. Andererseits zeigt sich, dass die Gruppe der Beschäftigten immer heterogener wird. Waren es vor der schrittweisen Anhebung des gesetzlichen Rentenalters v. a. Personen, die freiwillig länger arbeiten, finden sich nun auch vermehrt Beschäftigte, die bereits

erhebliche gesundheitliche Einschränkungen aufweisen, eine Tätigkeit mit hoher Arbeitslast ausführen oder sich neben der eigentlichen Beschäftigung um eine Person kümmern bzw. diese pflegen. Hinzu kommt außerdem bei vielen Beschäftigten die finanzielle Notwendigkeit länger zu arbeiten. Das Krankenstandsgeschehen spiegelt dies unmittelbar wider: Der sogenannte „healthy-worker-effect“ – also der Selektionseffekt, der früher dafür sorgte, dass in der späten Erwerbsphase überdurchschnittlich gesunde Beschäftigte in der Erwerbstätigkeit verblieben sind – setzt heute deutlich später ein als noch 2005 oder 2015. Der Krankenstand im Alter von 66 Jahren liegt 2025 bereits 90 Prozent über dem Niveau der 50-Jährigen.

Ein grundsätzlich positives Bild mit erheblichem Gestaltungsbedarf

Trotz dieser Herausforderungen zeichnet der Report ein insgesamt ermutigend positives Bild der älteren Beschäftigten: Die große Mehrheit beschreibt ihre Leistungsfähigkeit als unwesentlich schlechter als die der jüngeren Kolleginnen und Kollegen. Auch die Bereitschaft zu langer oder sehr langer Erwerbstätigkeit ist ausgeprägt – und selbst in der späten Erwerbsphase zeigen ältere Beschäftigte eine hohe Offenheit für Fortbildung und Weiterentwicklung. Für Betriebe ist das eine gute Nachricht: Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und den wirtschaftlichen Herausforderungen der Gegenwart ist das Potenzial älterer Beschäftigter – insbesondere ihr Erfahrungswissen – ein strategisch wertvoller Faktor, der aktiv gehoben werden sollte.

Allerdings gilt, dass sich dieses Potenzial nicht von selbst entfaltet. Die Bereitschaft zum längeren Arbeiten hängt stark davon ab, ob Erfahrungswissen im Betrieb tatsächlich wertgeschätzt wird – und genau hier besteht Handlungsbedarf: Selbst unter denjenigen Beschäftigten, die stark von ihrem Erfahrungswissen profitieren, gibt nur jeder Zweite an, dafür hohe Anerkennung durch Vorgesetzte zu erhalten. Wertschätzung der Arbeitsleistung und des Erfahrungswissens stehen auch ganz oben auf der Liste der Veränderungswünsche älterer Beschäftigter.

Belastungen treffen Ältere härter und soziale Ungleichheit wird sichtbarer

Ein zentraler Befund des Reports ist, dass bekannte Belastungsfaktoren – körperlich schwere Arbeit, hoher Arbeitsdruck, geringe Qualifikation – bei älteren Beschäftigten zu deutlich stärkeren Einbußen der Leistungsfähigkeit führen als bei Jüngeren. Soziale Unterschiede werden im besonderen Maße in der späten Erwerbsphase sichtbar und wirken verstärkt auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen dabei spezifische Gruppen: Beschäftigte mit Pflegeverantwortung sind einer doppelten Belastung ausgesetzt – der Anteil derjenigen, die regelmäßig Pflege- und Betreuungsaufgaben übernimmt, verdoppelt sich nahezu von den unter 50-Jährigen zu den Anfang 60-Jährigen. Diese Gruppe berichtet häufiger von eingeschränkter Gesundheit und Leistungsfähigkeit und plant überdurchschnittlich häufig einen vorzeitigen Renteneintritt. Ähnliches gilt für Beschäftigte mit bereits bestehenden ge-

sundheitlichen Einschränkungen: Sie arbeiten häufig aus ökonomischen Zwängen weiter – die finanzielle Notwendigkeit ist für sie der Hauptgrund für eine lange Erwerbstätigkeit.

Zukunft gestalten: Digitaler Wandel und neue Erwerbsmodelle im Blick

Das Thema Künstliche Intelligenz wird auch von älteren Beschäftigten differenziert wahrgenommen. Während ein Teil die Vereinfachung von Prozessen als Chance sieht, verbinden andere den KI-Einsatz mit der Sorge um eine Entwertung ihres Erfahrungswissens. Diese Ambivalenz verdient Beachtung – gerade, weil Erfahrungswissen ein zentrales Argument für die Beschäftigung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist.

Bei der Aktivrente zeigt sich eine grundsätzlich hohe Offenheit. Nur gut ein Drittel der befragten Beschäftigten schließt eine Nutzung aus. Die Ergebnisse zeigen aber deutlich, dass von solchen Instrumenten vor allem diejenigen profitieren, die ohnehin in guter Gesundheit sind und länger arbeiten möchten. Beschäftigte mit schlechtem Gesundheitszustand können sich eine Nutzung deutlich seltener vorstellen. Anreizsysteme, die nur die Gesunden erreichen, verfehlen einen Teil ihres gesellschaftlichen Auftrags. Die Politik ist daher gefordert, bei der Ausgestaltung von Instrumenten zur Verlängerung der Erwerbstätigkeit alle Gruppen mitzudenken – unabhängig vom sozialen Status, Qualifikation und Gesundheitszustand – damit das Ziel einer längeren Erwerbsbeteiligung für alle Beschäftigten realisierbar wird.

Längere Erwerbsbiografien gelingen nicht von selbst

Der DAK-Gesundheitsreport 2026 macht deutlich: Die Verlängerung der Erwerbsbiografien gelingt nur, wenn Betriebe und Politik die Rahmenbedingungen aktiv gestalten. Arbeit muss so organisiert sein, dass sie Belastungen reduziert, Ressourcen stärkt und Erfahrungswissen wertschätzt. Politische Anreizsysteme müssen so konzipiert sein, dass sie nicht nur die Gesunden sowie sozial und ökonomisch besser Gestellten erreichen, damit eine längere Erwerbstätigkeit für möglichst viele Beschäftigte eine lebensnahe Option bleibt.

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

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 2022 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. Für eine bessere Lesbarkeit wird an manchen Stellen auch die Formulierung je 100 Versicherte verwendet, gemeint sind dann aber weiterhin 100 Versichertenjahre.

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.

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.

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.

Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl **AU-Tage pro 100 Versichertenjahre** ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365 (Schaltjahr Division durch 366), so erhält man den Krankenstandswert.

Die **durchschnittliche Falldauer** errechnet sich, indem die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert wird.

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 Beschäftigte beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren – es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.

Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. An einigen Stellen dieses Gesundheitsberichts finden Sie solche altersgruppenweisen Auswertungen – teilweise zusätzlich auch noch nach Geschlechtern getrennt.

Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK-Gesundheit mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, werden so genannte standardisierte Kennzahlen berechnet.

Dies bedeutet, dass beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsberichten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. 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.

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 2024 und 2025 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 2025	148
Tabelle A2:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2024	149
Tabelle A3:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2025	150
Tabelle A4:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2024	151
Tabelle A5:	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2025	152
Tabelle A6:	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2025	153
Tabelle A7:	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1) 2025	154
Tabelle A8:	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2) 2025	155
Tabelle A9:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2025	156
Tabelle A10:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2024	157
Tabelle A11:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 1) 2025	158
Tabelle A12:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 2) 2025	159
Tabelle A13:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 3) 2025	160
Tabelle A14:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 4) 2025	161

Tabelle A1: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2025

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	4,5 %	1.658,3	179,1	9,3
Bayern	4,7 %	1.724,3	181,2	9,5
Berlin*	5,2 %	1.901,3	200,7	9,5
Bremen	5,5 %	2.010,1	214,9	9,4
Hamburg	5,0 %	1.816,5	202,7	9,0
Hessen	5,6 %	2.040,1	218,7	9,3
Niedersachsen	5,6 %	2.039,0	210,3	9,7
Nordrhein-Westfalen	5,6 %	2.038,0	206,7	9,9
Rheinland-Pfalz	5,7 %	2.080,5	205,9	10,1
Saarland	6,2 %	2.248,4	210,0	10,7
Schleswig-Holstein	5,5 %	2.000,1	215,9	9,3
Westliche Bundesländer	5,3 %	1.920,0	200,6	9,6
Brandenburg	6,3 %	2.288,4	209,6	10,9
Mecklenburg-Vorpommern	6,3 %	2.287,8	218,1	10,5
Sachsen	5,4 %	1.971,1	205,4	9,6
Sachsen-Anhalt	6,4 %	2.323,9	223,4	10,4
Thüringen	5,9 %	2.162,2	214,6	10,1
Östliche Bundesländer	6,1 %	2.222,3	213,5	10,4
DAK-Gesamt	5,4 %	1.953,1	200,1	9,8

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A2: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2024

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	4,7 %	1.703,7	183,2	9,3
Bayern	4,8 %	1.742,1	184,5	9,4
Berlin*	5,2 %	1.917,2	198,9	9,6
Bremen	5,3 %	1.941,5	220,3	8,8
Hamburg	5,0 %	1.839,8	202,4	9,1
Hessen	5,6 %	2.050,1	220,5	9,3
Niedersachsen	5,5 %	2.017,6	213,3	9,5
Nordrhein-Westfalen	5,6 %	2.038,1	208,7	9,8
Rheinland-Pfalz	5,7 %	2.080,7	209,3	9,9
Saarland	6,4 %	2.335,1	214,7	10,9
Schleswig-Holstein	5,5 %	2.022,6	221,0	9,2
Westliche Bundesländer	5,3 %	1.932,2	203,2	9,5
Brandenburg	6,3 %	2.293,7	210,0	10,9
Mecklenburg-Vorpommern	6,3 %	2.309,8	221,8	10,4
Sachsen	5,6 %	2.061,6	207,1	10,0
Sachsen-Anhalt	6,5 %	2.388,2	225,5	10,6
Thüringen	6,1 %	2.227,7	219,7	10,1
Östliche Bundesländer	6,2 %	2.264,2	215,8	10,5
DAK-Gesamt	5,4 %	1.967,4	202,5	9,7

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A3: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2025

Krankheitsart (ICD-10)			Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	110,4	23,7	4,6	5,7 %
		Männer	107,7	23,7	4,6	5,8 %
		Frauen	113,6	23,9	4,8	5,5 %
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	67,2	2,1	32,7	3,4 %
		Männer	48,4	1,7	28,5	2,6 %
		Frauen	89,2	2,5	36,1	4,3 %
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	365,5	10,7	34,2	18,7 %
		Männer	288,4	8,5	33,9	15,6 %
		Frauen	455,8	13,3	34,4	22,0 %
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	89,0	10,5	8,5	4,6 %
		Männer	79,8	8,7	9,2	4,3 %
		Frauen	99,7	12,6	7,9	4,8 %
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	65,9	3,4	19,3	3,4 %
		Männer	81,0	3,6	22,5	4,4 %
		Frauen	48,2	3,2	15,1	2,3 %
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	378,3	67,9	5,6	19,4 %
		Männer	351,3	64,2	5,5	19,0 %
		Frauen	409,9	72,1	5,7	19,8 %
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	86,5	14,3	6,1	4,4 %
		Männer	92,0	14,7	6,3	5,0 %
		Frauen	80,0	13,8	5,8	3,9 %
M00-M99	Krankheiten des Muskel- Skelett-Systems und des Bindegewebes	Gesamt	346,9	25,0	13,9	17,8 %
		Männer	376,2	29,0	13,0	20,3 %
		Frauen	312,7	20,2	15,5	15,1 %
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	109,5	19,8	5,5	5,6 %
		Männer	92,3	17,8	5,2	5,0 %
		Frauen	129,7	22,2	5,8	6,3 %
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	184,2	10,2	18,1	9,4 %
		Männer	212,0	11,7	18,1	11,4 %
		Frauen	151,6	8,5	17,9	7,3 %
Gesamt		Gesamt	1.953,1	200,1	9,8	100,0 %
		Männer	1.852,9	192,5	9,6	100,0 %
		Frauen	2.070,3	208,9	9,9	100,0 %

Tabelle A4: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2024

Krankheitsart (ICD-10)			Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	114,2	23,9	4,8	5,8 %
		Männer	112,1	23,8	4,7	6,0 %
		Frauen	116,8	24,0	4,9	5,6 %
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	64,9	2,0	32,2	3,3 %
		Männer	49,2	1,7	28,9	2,6 %
		Frauen	83,3	2,4	35,0	4,0 %
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	341,8	10,4	32,9	17,4 %
		Männer	265,8	8,2	32,2	14,2 %
		Frauen	430,8	12,9	33,3	20,7 %
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	91,0	10,7	8,5	4,6 %
		Männer	81,3	8,8	9,2	4,3 %
		Frauen	102,3	12,8	8,0	4,9 %
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	65,0	3,4	19,3	3,3 %
		Männer	80,3	3,6	22,5	4,3 %
		Frauen	47,0	3,1	15,1	2,3 %
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	381,7	66,5	5,7	19,4 %
		Männer	352,8	62,7	5,6	18,8 %
		Frauen	415,5	71,1	5,8	20,0 %
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	87,0	14,5	6,0	4,4 %
		Männer	93,0	15,0	6,2	5,0 %
		Frauen	80,0	13,9	5,8	3,8 %
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Gesamt	349,8	25,3	13,8	17,8 %
		Männer	383,2	29,5	13,0	20,5 %
		Frauen	310,8	20,4	15,3	14,9 %
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	113,8	19,8	5,8	5,8 %
		Männer	96,6	17,8	5,4	5,2 %
		Frauen	134,0	22,1	6,1	6,4 %
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	187,6	10,3	18,2	9,5 %
		Männer	217,5	11,9	18,3	11,6 %
		Frauen	152,6	8,5	17,9	7,3 %
Gesamt		Gesamt	1.967,4	202,5	9,7	100,0 %
		Männer	1.871,7	194,6	9,6	100,0 %
		Frauen	2.079,4	211,7	9,8	100,0 %

Tabelle A5: Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2025

Krankheitsart (ICD-10)			Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	110,2	24,2	4,6	5,7 %
		Männer	108,8	24,4	4,5	5,9 %
		Frauen	111,8	23,9	4,7	5,5 %
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	65,7	2,0	33,0	3,4 %
		Männer	47,6	1,7	28,8	2,6 %
		Frauen	86,8	2,4	36,5	4,3 %
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	367,9	10,5	34,9	19,2 %
		Männer	297,3	8,6	34,8	16,2 %
		Frauen	450,4	12,9	35,0	22,3 %
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	86,8	10,3	8,4	4,5 %
		Männer	78,5	8,6	9,1	4,3 %
		Frauen	96,6	12,3	7,9	4,8 %
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	62,8	3,3	19,1	3,3 %
		Männer	77,1	3,5	22,1	4,2 %
		Frauen	46,0	3,1	15,0	2,3 %
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	372,0	68,6	5,4	19,4 %
		Männer	349,8	65,7	5,3	19,1 %
		Frauen	397,9	72,0	5,5	19,7 %
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	82,9	13,9	6,0	4,3 %
		Männer	88,8	14,4	6,2	4,8 %
		Frauen	76,0	13,2	5,7	3,8 %
M00-M99	Krankheiten des Muskel- Skelett-Systems und des Bindegewebes	Gesamt	334,9	24,8	13,5	17,4 %
		Männer	364,0	29,1	12,5	19,9 %
		Frauen	301,0	19,7	15,3	14,9 %
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	110,5	20,5	5,4	5,8 %
		Männer	94,0	18,6	5,1	5,1 %
		Frauen	129,8	22,6	5,7	6,4 %
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	178,2	10,1	17,6	9,3 %
		Männer	204,3	11,6	17,6	11,1 %
		Frauen	147,6	8,4	17,7	7,3 %
Gesamt		Gesamt	1.920,0	200,6	9,6	100,0 %
		Männer	1.833,2	195,0	9,4	100,0 %
		Frauen	2.021,6	207,0	9,8	100,0 %

Tabelle A6: Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2025

Krankheitsart (ICD-10)			Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	122,4	23,7	5,2	5,5 %
		Männer	115,5	22,8	5,1	5,2 %
		Frauen	130,3	24,7	5,3	5,9 %
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	77,7	2,6	30,2	3,5 %
		Männer	54,8	2,1	26,0	2,5 %
		Frauen	104,5	3,1	33,5	4,7 %
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	375,5	12,5	30,0	16,9 %
		Männer	264,1	9,3	28,3	11,9 %
		Frauen	505,8	16,3	31,1	22,8 %
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	100,9	12,2	8,2	4,5 %
		Männer	86,7	9,7	8,9	3,9 %
		Frauen	117,5	15,2	7,7	5,3 %
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	85,1	4,3	19,6	3,8 %
		Männer	105,0	4,5	23,2	4,7 %
		Frauen	61,9	4,1	15,1	2,8 %
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	443,7	69,7	6,4	20,0 %
		Männer	396,4	63,8	6,2	17,8 %
		Frauen	499,0	76,6	6,5	22,5 %
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	111,2	17,8	6,3	5,0 %
		Männer	115,1	17,7	6,5	5,2 %
		Frauen	106,7	17,8	6,0	4,8 %
M00-M99	Krankheiten des Muskel- Skelett-Systems und des Bindegewebes	Gesamt	417,4	27,7	15,1	18,8 %
		Männer	447,6	31,4	14,3	20,1 %
		Frauen	382,0	23,4	16,4	17,2 %
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	104,8	17,6	6,0	4,7 %
		Männer	82,7	14,9	5,6	3,7 %
		Frauen	130,6	20,7	6,3	5,9 %
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	217,5	11,3	19,2	9,8 %
		Männer	252,4	13,1	19,3	11,4 %
		Frauen	176,8	9,3	19,0	8,0 %
Gesamt		Gesamt	2.222,3	213,5	10,4	100,0 %
		Männer	2.057,4	199,5	10,3	100,0 %
		Frauen	2.415,2	230,0	10,5	100,0 %

Tabelle A7: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1) 2025

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	Gesamt	243,8	46,6	5,2	12,5 %
		Männer	227,5	44,5	5,1	5,8 %
		Frauen	262,9	49,1	5,4	6,7 %
F32	Depressive Episode	Gesamt	132,6	2,4	54,5	6,8 %
		Männer	107,8	2,0	53,3	2,7 %
		Frauen	161,7	2,9	55,5	4,1 %
M54	Rückenschmerzen	Gesamt	104,9	12,0	8,7	5,4 %
		Männer	121,6	14,6	8,3	3,1 %
		Frauen	85,2	9,0	9,4	2,2 %
F33	Rezidivierende depressive Störung	Gesamt	69,3	0,9	80,3	3,5 %
		Männer	49,6	0,6	77,1	1,3 %
		Frauen	92,2	1,1	82,5	2,4 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Gesamt	63,5	3,8	16,9	3,2 %
		Männer	45,4	2,7	16,7	1,2 %
		Frauen	84,5	5,0	17,0	2,2 %
A09	Sonstige nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	Gesamt	49,8	13,3	3,7	2,6 %
		Männer	50,7	13,7	3,7	1,3 %
		Frauen	48,8	12,9	3,8	1,2 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	Gesamt	36,4	1,2	31,4	1,9 %
		Männer	39,6	1,3	29,8	1,0 %
		Frauen	32,5	1,0	34,0	0,8 %
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	Gesamt	27,0	5,1	5,3	1,4 %
		Männer	25,2	4,9	5,1	0,6 %
		Frauen	29,0	5,3	5,4	0,7 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	Gesamt	24,7	0,8	31,6	1,3 %
		Männer	28,3	0,9	30,9	0,7 %
		Frauen	20,4	0,6	32,9	0,5 %
F41	Andere Angststörungen	Gesamt	23,4	0,7	32,3	1,2 %
		Männer	16,9	0,5	32,0	0,4 %
		Frauen	31,0	1,0	32,6	0,8 %

Tabelle A8: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2) 2025

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	Gesamt	22,4	4,9	4,6	1,1 %
		Männer	21,9	4,9	4,5	0,6 %
		Frauen	23,0	4,8	4,8	0,6 %
Z98	Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	Gesamt	19,3	0,8	25,2	1,0 %
		Männer	18,6	0,7	27,3	0,5 %
		Frauen	20,2	0,9	23,3	0,5 %
F45	Somatoforme Störungen	Gesamt	18,9	0,8	23,0	1,0 %
		Männer	14,3	0,6	22,4	0,4 %
		Frauen	24,4	1,0	23,3	0,6 %
F48	Andere neurotische Störungen	Gesamt	18,7	1,0	17,9	1,0 %
		Männer	13,1	0,8	16,9	0,3 %
		Frauen	25,4	1,4	18,5	0,6 %
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	Gesamt	18,7	1,9	10,0	1,0 %
		Männer	21,9	2,3	9,5	0,6 %
		Frauen	14,9	1,3	11,1	0,4 %
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	Gesamt	18,1	4,2	4,3	0,9 %
		Männer	11,1	3,0	3,7	0,3 %
		Frauen	26,3	5,5	4,8	0,7 %
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	Gesamt	17,0	0,2	84,9	0,9 %
		Männer	0,1	0,0	51,3	0,0 %
		Frauen	36,8	0,4	85,1	0,9 %
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	Gesamt	17,0	0,4	40,1	0,9 %
		Männer	17,2	0,5	37,2	0,4 %
		Frauen	16,7	0,4	44,4	0,4 %
M75	Schulterläsionen	Gesamt	16,5	0,7	22,4	0,8 %
		Männer	18,2	0,8	21,8	0,5 %
		Frauen	14,5	0,6	23,4	0,4 %
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	Gesamt	16,1	0,3	63,1	0,8 %
		Männer	14,9	0,2	62,2	0,4 %
		Frauen	17,5	0,3	63,9	0,4 %

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2025

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Kranken- stand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (64–66)	3,8 %	1.372,2	157,9	8,7
Baugewerbe (41–43)	5,0 %	1.808,4	179,5	10,1
Bildung, Kultur, Medien (58–60, 72–73, 85, 90–93)	4,8 %	1.762,8	200,3	8,8
Chemische Industrie (19–22)	5,4 %	1.956,8	210,2	9,3
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen (61–63)	3,4 %	1.257,2	146,4	8,6
Gesundheitswesen (75, 86–88)	6,2 %	2.246,0	228,4	9,8
Handel (45–47)	5,5 %	1.993,6	208,9	9,5
Holz, Papier, Druck (16–18)	5,2 %	1.913,2	214,3	8,9
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01–09, 35–39)	4,9 %	1.800,5	172,3	10,5
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28–30)	5,0 %	1.822,7	197,8	9,2
Nahrungs- und Genussmittel (10–12)	5,7 %	2.087,9	204,7	10,2
Öffentliche Verwaltung (84)	5,5 %	1.994,9	206,5	9,7
Organisationen und Verbände (94, 97)	4,4 %	1.594,2	180,2	8,8
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69–71, 74, 78, 80)	3,9 %	1.430,8	168,5	8,5
Sonstige Dienstleistungen (55–56, 68, 77, 79, 81–82, 96)	4,9 %	1.770,6	182,8	9,7
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13–15, 23–27, 31–33, 95)	5,2 %	1.885,4	209,7	9,0
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49–53)	6,0 %	2.177,3	205,2	10,6
DAK-Gesamt	5,4 %	1.953,1	200,1	9,8

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

Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2024

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Kranken- stand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (64–66)	4,0 %	1.471,2	161,9	9,1
Baugewerbe (41–43)	5,0 %	1.812,0	179,8	10,1
Bildung, Kultur, Medien (58–60, 72–73, 85, 90–93)	4,9 %	1.795,9	204,5	8,8
Chemische Industrie (19–22)	5,5 %	2.000,6	215,6	9,3
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen (61–63)	3,5 %	1.278,5	150,6	8,5
Gesundheitswesen (75, 86–88)	6,3 %	2.308,9	229,1	10,1
Handel (45–47)	5,6 %	2.041,6	209,9	9,7
Holz, Papier, Druck (16–18)	5,6 %	2.043,9	218,6	9,3
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01–09, 35–39)	5,0 %	1.845,0	174,6	10,6
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28–30)	5,2 %	1.893,6	204,0	9,3
Nahrungs- und Genussmittel (10–12)	5,8 %	2.107,9	206,0	10,2
Öffentliche Verwaltung (84)	5,6 %	2.034,4	210,5	9,7
Organisationen und Verbände (94, 97)	4,6 %	1.692,0	185,5	9,1
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69–71, 74, 78, 80)	4,0 %	1.474,3	172,4	8,6
Sonstige Dienstleistungen (55–56, 68, 77, 79, 81–82, 96)	4,9 %	1.796,3	182,2	9,9
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13–15, 23–27, 31–33, 95)	5,4 %	1.976,4	215,3	9,2
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49–53)	6,0 %	2.202,2	204,7	10,8
DAK-Gesamt	5,4 %	1.967,4	202,5	9,7

* 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) 2025

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
01	Angehörige der regulären Streitkräfte	Gesamt	1.512,5	190,7
		Männer	1.690,7	227,1
		Frauen	1.303,9	148,1
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	Gesamt	1.564,1	133,1
		Männer	1.474,7	120,5
		Frauen	1.668,8	147,8
12	Gartenbauberufe und Floristik	Gesamt	2.260,6	220,2
		Männer	2.358,4	232,6
		Frauen	2.146,2	205,7
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung	Gesamt	2.251,8	235,6
		Männer	2.502,8	239,0
		Frauen	1.958,0	231,7
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung	Gesamt	2.473,1	251,8
		Männer	2.318,7	244,1
		Frauen	2.653,7	260,9
23	Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung	Gesamt	1.801,5	203,6
		Männer	1.910,9	214,8
		Frauen	1.673,5	190,3
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	Gesamt	2.457,9	260,3
		Männer	2.379,1	253,3
		Frauen	2.550,1	268,4
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	Gesamt	2.385,3	246,8
		Männer	2.238,3	235,7
		Frauen	2.557,4	259,7
26	Mechatronik-, Energie- und Elektroberufe	Gesamt	2.126,4	226,8
		Männer	1.909,8	211,2
		Frauen	2.380,0	245,1
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe	Gesamt	1.452,7	163,9
		Männer	1.364,4	154,1
		Frauen	1.555,9	175,3
28	Textil- und Lederberufe	Gesamt	2.298,7	235,4
		Männer	2.430,2	243,2
		Frauen	2.144,7	226,3

Tabelle A12: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 2) 2025

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	Gesamt	2.020,3	195,6
		Männer	1.884,5	181,5
		Frauen	2.179,2	212,1
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe	Gesamt	1.315,7	152,2
		Männer	1.230,8	141,6
		Frauen	1.415,1	164,7
32	Hoch- und Tiefbauberufe	Gesamt	2.024,6	184,0
		Männer	2.178,5	181,8
		Frauen	1.844,4	186,7
33	(Innen-)Ausbauberufe	Gesamt	2.444,9	209,2
		Männer	2.112,9	195,5
		Frauen	2.833,4	225,3
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	Gesamt	2.310,6	236,4
		Männer	2.256,6	228,6
		Frauen	2.373,7	245,5
41	Mathematik-, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	Gesamt	2.071,0	224,4
		Männer	2.118,9	227,5
		Frauen	2.014,9	220,9
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	Gesamt	1.397,6	168,2
		Männer	1.281,2	156,7
		Frauen	1.533,8	181,7
43	Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	Gesamt	1.260,3	151,3
		Männer	1.090,7	142,0
		Frauen	1.458,9	162,2
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	Gesamt	2.280,6	236,9
		Männer	2.228,9	247,5
		Frauen	2.341,1	224,5
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	Gesamt	2.367,5	192,6
		Männer	2.094,3	182,7
		Frauen	2.687,2	204,3
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	Gesamt	2.309,7	223,9
		Männer	2.135,3	209,9
		Frauen	2.513,8	240,3

Tabelle A13: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 3) 2025

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
54	Reinigungsberufe	Gesamt	1.988,0	202,2
		Männer	1.818,1	194,9
		Frauen	2.186,9	210,7
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe	Gesamt	1.435,0	168,9
		Männer	1.318,8	158,3
		Frauen	1.571,0	181,4
62	Verkaufsberufe	Gesamt	2.148,3	201,1
		Männer	1.891,6	187,8
		Frauen	2.448,7	216,6
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	Gesamt	1.592,6	166,9
		Männer	1.427,1	152,5
		Frauen	1.786,3	183,8
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	Gesamt	1.369,2	154,0
		Männer	1.223,8	139,9
		Frauen	1.539,4	170,4
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	Gesamt	1.290,7	153,1
		Männer	1.143,9	138,8
		Frauen	1.462,4	169,8
73	Berufe in Recht und Verwaltung	Gesamt	1.774,2	182,9
		Männer	1.652,5	169,5
		Frauen	1.916,6	198,6
81	Medizinische Gesundheitsberufe	Gesamt	2.101,1	216,5
		Männer	2.039,9	208,2
		Frauen	2.172,6	226,2
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körper- pflege- und Wellnessberufe, Medizin- technik	Gesamt	2.505,9	237,1
		Männer	2.299,9	228,3
		Frauen	2.747,0	247,5
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	Gesamt	2.452,9	263,9
		Männer	2.330,3	252,8
		Frauen	2.596,4	276,9
84	Lehrende und ausbildende Berufe	Gesamt	1.371,2	158,2
		Männer	1.191,5	143,2
		Frauen	1.581,4	175,8

Tabelle A14: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 4) 2025

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	Gesamt	1.809,5	202,1
		Männer	1.587,3	181,2
		Frauen	2.069,6	226,7
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	Gesamt	1.616,0	195,1
		Männer	1.508,4	197,2
		Frauen	1.742,0	192,6
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumen- tenbau	Gesamt	1.671,2	185,6
		Männer	1.629,8	181,6
		Frauen	1.719,6	190,4
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	Gesamt	1.495,6	144,5
		Männer	1.506,1	141,0
		Frauen	1.483,3	148,5

Anhang III: Fragebogen für Expertinnen und Experten

DAK-Gesundheitsreport 2026

Generationenbrücke / GenX – Gesund und zufrieden

bis zur Rente

Befragung von Expertinnen und Experten mit Blick

auf die betriebliche Praxis

1. Rahmenbedingungen in der späten Erwerbsphase

Deutschland weist bis zum Alter von 64 Jahren eine hohe Erwerbstätigkeit bei gleichzeitig hohem Teilzeitanteil auf. Mit einem gesetzlichen Renteneintrittsalter von 67 Jahren liegt Deutschland im europäischen Vergleich gemeinsam mit den Niederlanden weit oben. Der Gesetzgeber hat die sogenannte „Aktivrente“ auf den Weg gebracht und setzt damit einen Anreiz für eine Erwerbsbeteiligung über das gesetzliche Renteneintrittsalter hinaus.

- 1.1 Inwieweit passen sich die politischen Bestrebungen einer längeren Erwerbstätigkeit aus Ihrer Sicht in die aktuellen Strategien in der Personalentwicklung von Betrieben ein?
- 1.2 Worin bestehen aus Ihrer Sicht die Chancen durch eine zunehmend längere Erwerbstätigkeit von Beschäftigten für Betriebe?
- 1.3 Welche besonderen Herausforderungen ergeben sich für Betriebe mit Blick auf älter werdende Belegschaften?
- 1.4 Was sind aus Ihrer Sicht geeignete betriebliche Strategien und Rahmenbedingungen für gesunde und zufriedene Mitarbeitende bis zur Rente?

2. Arbeitsunfähigkeit im Laufe der Erwerbsbiografie

Die Analysen zur Arbeitsunfähigkeit zeigen, dass mit zunehmendem Alter von Beschäftigten die krankheitsbedingte Ausfallhäufigkeit praktisch nicht zunimmt. Die Dauer der Ausfälle nehmen hingegen mit dem Alter deutlich zu, sodass es mit zunehmendem Alter insgesamt zu mehr Fehlzeiten kommt. Kurz gesagt, wenn ältere Beschäftigte ausfallen, dann handelt es sich häufiger um lange Ausfälle.

- 2.1 Welche besonderen betrieblichen Herausforderungen ergeben sich aus Ihrer Sicht durch diese länger andauernden Ausfälle? Was ist dabei besonders herausfordernd und was vielleicht einfacher als bei häufigeren, kurzen Ausfällen, die sich bei jüngeren Beschäftigten zeigen?

3. Stellenwert von Erfahrungswissen

Ältere Beschäftigte verfügen häufig über umfangreiches Erfahrungswissen, das sich z. B. durch Geschick im Umgang mit Krisen oder bei komplexen Problemen äußert. Darüber hinaus verändert sich das Kompetenzvermögen im Laufe der Erwerbsbiografie qualitativ.

- 3.1 Inwieweit profitieren Ihrer Einschätzung nach, Betriebe von dem Erfahrungswissen und den Erfahrungswerten älterer Mitarbeitender? In welchen Branchen oder Tätigkeitsfeldern ist dieses von besonderer Bedeutung und wo spielt es nach Ihrer Auffassung eine eher geringere Rolle?
- 3.2 Inwieweit können Ihrer Einschätzung nach aus einer Nicht-Nutzung von Erfahrungswissen Risiken oder Probleme erwachsen?
- 3.3 Welche Weiterentwicklungsbedarfe sehen Sie in Bezug auf Konzepte und Angebote zu Fortbildungen für ältere Mitarbeitende?

4. Einfluss von künstlicher Intelligenz (KI) auf den Stellenwert von Erfahrungswissen

Die Einsatzgebiete von Künstlicher Intelligenz (KI) sind sehr vielseitig. So kann KI beispielsweise zum Einsatz kommen, um Suchergebnisse zu personalisieren, um Handlungsabläufe und Routineaufgaben zu automatisieren, um Texte, Code und Bilder zu generieren und vieles mehr.

- 4.1 Welche Chancen und Herausforderungen verbinden Sie mit dem Einsatz von KI-basierter Anwendungen für eine altersgerechte Arbeitsgestaltung?
- 4.2 Inwieweit verändert der Einsatz von KI-Anwendungen aktuell schon die Rolle von Erfahrungswissen in Betrieben?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme und investierte Zeit!

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2025 nach Geschlecht	1
Abbildung 2:	Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2025	2
Abbildung 3:	Dem Schwerpunktthema zugrunde liegende Datenquellen	4
Abbildung 4:	Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit im Vergleich zu den Vorjahren	9
Abbildung 5:	Einflussfaktoren auf den Krankenstand	12
Abbildung 6:	AU-Tage eines durchschnittlichen Mitglieds der DAK-Gesundheit 2025 (Basis: 365 Kalendertage in 2025)	17
Abbildung 7:	Betroffenenquote 2025 im Vergleich zu den Vorjahren	18
Abbildung 8:	AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2025	19
Abbildung 9:	Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2025 im Vergleich zu den Vorjahren	20
Abbildung 10:	Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2025 insgesamt	21
Abbildung 11:	Krankenstand 2025 nach Geschlecht und Altersgruppen	22
Abbildung 12:	Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2025	23
Abbildung 13:	AU-Tage je 100 Versicherte nach Falldauer (bis 42 Tage/ über 42 Tage) und Altersgruppe	24
Abbildung 14:	Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen	26
Abbildung 15:	Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen	27
Abbildung 16:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen	28
Abbildung 17:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen	29
Abbildung 18:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Männer	29
Abbildung 19:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Frauen	30
Abbildung 20:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen – Frauen	31

Abbildung 21:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen – Männer	31
Abbildung 22:	Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf jüngeren Altersgruppen	32
Abbildung 23:	Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf älteren Altersgruppen	32
Abbildung 24:	Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“	36
Abbildung 25:	Krankenstandswerte 2025 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl	37
Abbildung 26:	Krankenstandswerte 2025 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen	38
Abbildung 27:	Krankenstandswerte 2024–2025 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl	39
Abbildung 28:	Krankenstandswerte 2024–2025 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen	40
Abbildung 29:	Bundesländer nach Krankenständen im Jahr 2025	43
Abbildung 30:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre für Atemwegserkrankungen nach Bundesländern	44
Abbildung 31:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre für psychische Erkrankungen nach Bundesländern	45
Abbildung 32:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre für Muskel-Skelett-Erkrankungen nach Bundesländern	46
Abbildung 33:	Krankenstand der Jahre 2024 und 2025 nach Bundesländern	47
Abbildung 34:	Rentenzugangsalter bei Altersrenten	56
Abbildung 35:	Rentenzugangsalter bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	56
Abbildung 36:	Alter bei Bezugsbeginn einer Altersrente nach europäischer Staatsangehörigkeit 2023	57
Abbildung 37:	Krankenstand der Beschäftigten ab 50 Jahren nach Einzelalter	62
Abbildung 38:	Krankenstand der Beschäftigten ab 50 Jahren nach Einzelalter und Geschlecht	62
Abbildung 39:	Altersprofil des Krankenstands der Beschäftigten ab 50 Jahren in 2005, 2015, 2025.	64

Abbildung 40:	AU-Fälle und Falldauer der Beschäftigten ab 50 Jahren nach Einzelalter	65
Abbildung 41:	AU-Tage pro 100 Versichertenjahre nach Krankschreibungsdauer (bis 42 Tage/ ab 42 Tage) bei Beschäftigten ab 50 Jahren nach Einzelalter (Säulen)	66
Abbildung 42:	AU-Fälle pro 100 Versicherte der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage Dauer der Beschäftigten ab 50 Jahren nach Einzelalter . . .	67
Abbildung 43:	Krankenstand der Beschäftigten ab 50 Jahren nach Einzelalter und Branchen	68
Abbildung 44:	AU-Tage der beschäftigten Frauen ab 50 Jahren nach Einzelalter für die wichtigsten Erkrankungsgruppen.	69
Abbildung 45:	AU-Tage der beschäftigten Männer ab 50 Jahren nach Einzelalter für die wichtigsten Erkrankungsgruppen.	70
Abbildung 46:	Ambulante Behandlungsquoten beschäftigter Frauen (50–67 Jahre).	71
Abbildung 47:	Ambulante Behandlungsquoten beschäftigter Männer (50–67 Jahre).	72
Abbildung 48:	Stationäre Behandlungsquoten beschäftigter Frauen (50–67 Jahre).	73
Abbildung 49:	Stationäre Behandlungsquoten beschäftigter Männer (50–67 Jahre).	73
Abbildung 50:	Anteil Beschäftigte nach Gesundheitszustand und Alter	78
Abbildung 51:	Anteil Beschäftigte mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand nach Alter und Geschlecht	78
Abbildung 52:	Anteil Beschäftigte mit weniger gutem oder schlechten Gesundheitszustand nach Alter und Tätigkeitsniveau	79
Abbildung 53:	Aktuelle Leistungsfähigkeit der Beschäftigten nach Alter	81
Abbildung 54:	Aktuelle Leistungsfähigkeit (Anteil volle Leistungsfähigkeit) nach Geschlecht	81
Abbildung 55:	Aktuelle Leistungsfähigkeit (Anteil volle Leistungsfähigkeit) nach Arbeitsweise	83
Abbildung 56:	Aktuelle Leistungsfähigkeit (Anteil voller Leistungsfähigkeit) nach Tätigkeitsniveau.	84
Abbildung 57:	Aktuelle Leistungsfähigkeit (Anteil volle Leistungsfähigkeit) nach Belastungsfaktoren	85

Abbildung 58:	Anteil Beschäftigte nach Planungsstand zum Renteneintritt	86
Abbildung 59:	Anteil Beschäftigte mit mindestens groben Plänen zum Renteneintritt.	86
Abbildung 60:	Anteil Beschäftigte nach Plänen zum Renteneintritt	87
Abbildung 61:	Gründe für einen möglichst frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben Anteil Zustimmung „große“ oder „sehr große“ Rolle in Kombination	93
Abbildung 62:	Angaben der Beschäftigten zur Auffassung in Bezug auf einen frühen Renteneintritt im Sozialen- und Arbeitsumfeld	97
Abbildung 63:	Anteil Beschäftigte nach Plänen zum Renteneintritt und Stimmung im Sozialen- und Arbeitsumfeld	98
Abbildung 64:	Anteil Beschäftigte ab 50 Jahren nach Plänen zum Renteneintritt und Leistungsfähigkeit.	98
Abbildung 65:	Anteil Beschäftigte nach Gesundheitszustand und Plänen zum Renteneintritt.	100
Abbildung 66:	Gründe für eine möglichst lange Erwerbsarbeit; Anteil Zustimmung „große“ oder „sehr große“ Rolle nach Gesundheitszustand (Beschäftigte ab 50 Jahren)	101
Abbildung 67:	Veränderungsbedarfe für langes und motiviertes Arbeiten in Gesundheit (Beschäftigte ab 50 Jahren).	103
Abbildung 68:	Anteil Befragte in Teilzeit nach Alter und Geschlecht	105
Abbildung 69:	Vertragliche Wochenarbeitszeit der Beschäftigten in Teilzeit.	105
Abbildung 70:	Veränderung von Arbeitszeit nach Geschlecht und Alter	106
Abbildung 71:	Gründe für Teilzeitarbeit nach Geschlecht und Alter	108
Abbildung 72:	Weitere Gründe für Teilzeitarbeit Frauen	109
Abbildung 73:	Weitere Gründe für Teilzeitarbeit Männer	110
Abbildung 74:	Gründe für eine Arbeitszeitreduzierung in den letzten 12 Monaten	111
Abbildung 75:	Weitere Gründe für eine Arbeitszeitreduzierung in den letzten 12 Monaten	112
Abbildung 76:	Teilzeitquoten in Abhängigkeit von der Leistungsfähigkeit nach Alter und Geschlecht	113
Abbildung 77:	Anteil Beschäftigte und ihre Unterstützung von Personen im Alltag nach Alter	115
Abbildung 78:	Anteil Beschäftigte mit ehrenamtlichen Engagement nach Alter.	115

Abbildung 79:	Anteil Beschäftigte mit regelmäßiger Pflegetätigkeit nach Alter und Geschlecht	116
Abbildung 80:	Teilzeitquoten bzw. Arbeitszeitreduzierung in Abhängigkeit einer Pflegetätigkeit nach Alter und Geschlecht (50 bis 67 Jahre)	117
Abbildung 81:	Leistungsfähigkeit und Gesundheitszustand in Abhängigkeit einer Pflegetätigkeit nach Alter und Geschlecht (50 bis 67 Jahre)	118
Abbildung 82:	Pläne zum Renteneintritt und Carearbeit	119
Abbildung 83:	Profitieren von Erfahrungswissen nach Altersgruppen	121
Abbildung 84:	Profitieren von Erfahrungswissen nach Tätigkeitsform	121
Abbildung 85:	Einschätzung zu beruflichen Alternativen	122
Abbildung 86:	Anerkennung von Erfahrungswissen	125
Abbildung 87:	Rentenpläne und Anerkennung von Erfahrungswissen durch Vorgesetzte	126
Abbildung 88:	Teilnahme an Fort- oder Weiterbildung in den letzten 12 Monaten und Gründe für Nichtteilnahme nach Alter	128
Abbildung 89:	Ermutigung und Unterstützung zur Fort- oder Weiterbildung nach Alter	130
Abbildung 90:	Verbreitung von KI-Anwendungen im Arbeitsbereich	131
Abbildung 91:	Bewertung von KI-Anwendungen im Arbeitsbereich	132
Abbildung 92:	Bewertung von KI-Anwendungen im Arbeitsbereich nach Nutzung	133
Abbildung 93:	Bewertung von KI-Anwendungen im Arbeitsbereich nach Alter	134
Abbildung 94:	Bewertung von KI-Anwendungen im Arbeitsbereich nach Alter	135
Abbildung 95:	Anteil Beschäftigte nach Einstellung zur Aktivrente	136
Abbildung 96:	Anteil Beschäftigte nach Einstellung zur Aktivrente und Arbeitsweise	137
Abbildung 97:	Anteil Beschäftigte nach Einstellung zur Aktivrente und Tätigkeitsniveau	137
Abbildung 98:	Anteil Beschäftigte nach Einstellung zur Aktivrente und Gesundheitszustand	138
Abbildung 99:	Anteil Beschäftigte nach Einstellung zur Aktivrente	139
Abbildung 100:	Anteil Beschäftigte nach Einstellung zur Aktivrente und Plänen zum Renteneintritt	140

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Befragte nach Altersgruppen und Geschlecht (ungewichtet)	5
Tabelle 2:	Befragte nach Altersgruppen und Geschlecht (gewichtet)	6
Tabelle 3:	Befragte nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht.	6
Tabelle 4:	Befragte nach beruflicher Statusgruppe und Geschlecht	7
Tabelle 5:	Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2025.	35
Tabelle 6:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2025	41
Tabelle 7:	Erwerbstätigenquoten nach europäischer Staatsangehörigkeit 2024.	59
Tabelle 8:	Behandlungsquoten ambulant und stationär – Frauen 2024 (50 bis 67 Jahre)	74
Tabelle 9:	Behandlungsquoten ambulant und stationär – Männer 2024 (50 bis 67 Jahre)	75
Tabelle 10:	Behandlungsquoten ambulant und stationär – Gesamt 2024 (50 bis 67 Jahre)	76
Tabelle 11:	Gründe für eine möglichst lange Erwerbsarbeit: Anteil Zustim- mung „große“ oder „sehr große“ Rolle.	89
Tabelle 12:	Gründe für einen möglichst frühzeitigen Austritt aus dem Er- werbsleben Anteil Zustimmung „große“ oder „sehr große“ Rolle . .	92
Tabelle 13:	Gründe für einen möglichst frühzeitigen Austritt aus dem Er- werbsleben Anteil Zustimmung „große“ oder „sehr große“ Rolle nach Gesundheitszustand	95
Tabelle 14:	Nutzung von Erfahrungswissen älterer Beschäftigter im Betrieb. . .	124

Literaturverzeichnis

- Anderson, Karen M. (2021): ALTERSSICHERUNGSPOLITIK UND ORGANISIERTE INTERESSEN IN SCHWEDEN. Hg. v. Hans-Böckler-Stiftung/WSI. Online verfügbar unter www.boeckler.de/fpdf/HBS-008172/p_wsi_studies_28_2021.pdf, zuletzt geprüft am 15.04.2026.
- baloise (2026): Rente in Luxemburg: alles verstehen, um Ihre Zukunft gut vorzubereiten. Hg. v. baloise. Online verfügbar unter www.baloise.lu/de/blog/sparen-rente/2025/rente-luxemburg.html#anchor-id-605canchor-id-de0a, zuletzt aktualisiert am 15.04.2026.
- Barthelmes, Ina; Bödeker, Wolfgang; Sörensen, Jelena; Kleinlercher, Kai-Michael; Odoy, Jennifer (2019): iga.Report 40. Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018. Hg. v. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga).
- BAUA (2023): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2022. Hg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Online verfügbar unter www.baua.de/DE/Themen/Monitoring-Evaluation/Zahlen-Daten-Fakten/Kosten-der-Arbeitsunfaehigkeit, zuletzt geprüft am 27.11.2024.
- BAUA (2024): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2023. Hg. v. BAUA. Online verfügbar unter file://ads.iges.de/use/zelle/Deh/Downloads/Kosten-2023.pdf, zuletzt aktualisiert am Dezember 2024, zuletzt geprüft am 07.02.2025.
- Beese, Forian; Müters, Stephan; Kuhnert, Ronny; Dragano, Nico; Hoebel, Jens (2026): Wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit in Deutschland in den Jahren 2014/2015 und 2024. In: *Health Monit.* 11. DOI: 10.25646/13604.
- Bidenko, Katharina; Bohnet-Joschko, Sabine (2021): Balancing Work and Caregiving: Impact of Employment on the Health of Family Caregivers]. In: *Gesundheitswesen* 83 (2), S. 122–127. Online verfügbar unter www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1173-8918, zuletzt geprüft am 24.04.2026.
- Böckerman, Petri; Kanninen, Ohto; Suoniemi, Ilpo (2018): A kink that makes you sick: The effect of sick pay on absence. In: *J of Applied Econometrics* 33 (4), S. 568–579. DOI: 10.1002/jae.2620.
- Brandt, Martina; Ehrlich, Ulrike; Geyer, Johannes; Haan, Peter; Kelle, Nadiya (2025): Größter Pflegedienst in Deutschland: Millionen Menschen pflegen Angehörige inner- und außerhalb ihres Haushalts. Hg. v. DIW (DIW Wochenbericht, 37). Online verfügbar unter www.diw.de/de/diw_01.c.973335.de/publikationen/wochenberichte/2025_37_1/groesster_pflegedienst_in_deutschland__millionen_menschen_pflegen_angehoerige_inner-_und_ausserhalb_ihres_haushalts.html, zuletzt geprüft am 17.04.2026.
- Bundesagentur für Arbeit (2024): Situation Älterer am Arbeitsmarkt. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (14.10.2024): Die wirtschaftliche Lage in Deutschland im Oktober 2024. Online verfügbar unter www.bmwk.de/Redaktion/DE/Pressemitteilungen/Wirtschaftliche-Lage/2024/20241014-die-wirtschaftliche-lage-in-deutschland-im-oktober-2024.html, zuletzt geprüft am 27.11.2024.

- Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2025): Das Pensionssystem in Österreich – ein Überblick. Ausgabe für das Jahr 2025. Stand: 24. März 2025. Hg. v. Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.
- Chowdhury Ritam; Shah Divyang; Payal Abhishek R (2017): Healthy Worker Effect Phenomenon: Revisited with Emphasis on Statistical Methods – A Review. In: *Indian J Occup Environ Med* 21 (1), S. 2–8. Online verfügbar unter <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5763838/>, zuletzt geprüft am 22.04.2026.
- Deloitte (2025): Aging Workforce – Ältere Mitarbeitende als eine Lösung für den Fachkräftemangel. Hg. v. Deloitte.
- Deutsche Rentenversicherung: Die reguläre Altersrente. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung. Online verfügbar unter www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Die-regulaere-Altersrente/die-regulaere-altersrente_node.html, zuletzt geprüft am 14.04.2026.
- Deutsche Rentenversicherung: Erwerbsminderungsrenten. Online verfügbar unter www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html, zuletzt geprüft am 23.04.2026.
- Deutsch-Isländische Gesellschaft Bremerhaven / Bremen e. V. (2021): Island ist Renten-Weltmeister. Hg. v. Deutsch-Isländische Gesellschaft Bremerhaven / Bremen e. V. Online verfügbar unter www.dig-bremerhaven-bremen.de/island-ist-renten-weltmeister/, zuletzt geprüft am 15.04.2026.
- Ebener, Melanie (2022): Ältere Beschäftigte im Wandel der Arbeit. In: *DGUV forum* (4), S. 20–24.
- Ebener, Melanie; Garthe, Nina; Hasselhorn, Hans-Martin (2023): Warum wollen ältere Beschäftigte früh in die Rente? Ergebnisse der lidA-Kohortenstudie (2022/2023). Hg. v. Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik Bergische Universität Wuppertal. Online verfügbar unter https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Brosch%C3%BCre_und_Flyer/vollst%C3%A4ndigeligidA-Brosch%C3%BCreWelle4.pdf, zuletzt geprüft am 30.04.2026.
- Eurostat: Reference metadata. Employment and unemployment (Labour force survey) (employ). Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/employ_esms.htm, zuletzt geprüft am 16.04.2026.
- Hasselhorn, H. M.; Rauch, A. (2013): Perspektiven von Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (3), S. 339–348. DOI: 10.1007/s00103-012-1614-0.
- Heyer, Philipp; Weis, Kathrin; Mohr, Sabine; Schmitz, Wiebke (2025): Alter(n) im Betrieb: Stereotype Altersbilder, Fachkräftemangel und digitale Transformation. Forschungs- und Arbeitsergebnisse aus dem Bundesinstitut für Berufsbildung. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung.

- Hildebrandt, Susanne; Dehl, Terese; Zich, Karsten, Nolting, Hans-Dieter (2023): Gesundheitsreport 2023. Analyse der Arbeitsunfähigkeiten. Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, (Band 44)). Online verfügbar unter <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/34600/data/3bf3cdb115a277d604678cf6e8661d0b/gesundheitsreport2023-ebook.pdf>, zuletzt geprüft am 16.04.2026.
- Hildebrandt, Susanne; Nguyen, Thuy Ha (2025): Krankheitsbedingte Fehlzeiten im europäischen Vergleich. Sonderanalyse zur Datenlage. Hg. v. DAK-Gesundheit. Online verfügbar unter <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/88938/data/e97f6edd56500bf7009e421662f5d401/250127-download-studie-krankenstand-2024.pdf>, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
- IAB (2024): Entwicklung der Arbeitszeit: Zeitreihe mit den Quartals- und Jahreszahlen ab 1991. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Online verfügbar unter https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/AZ_Komponenten.xlsx, zuletzt aktualisiert am August 2024, zuletzt geprüft am 27.11.2024.
- Johansson, Per; Palme, Mårten (2002): Assessing the effect of public policy on worker absenteeism. In: *Journal of Human Resources* 37 (2), S. 381–409.
- Johansson, Per; Palme, Mårten: Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data. In: *Journal of Public Economics* 59 (2), S. 195–218.
- Johansson, Per; Palme, Mårten (2005): Moral hazard and sickness insurance. In: *Journal of Public Economics* 89 (9–10), S. 1879–1890.
- Kohler, Hans (2002): Krankenstand-ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz: Entwicklung, Struktur und Bestimmungsfaktoren krankheitsbedingter Fehlzeiten: Bundesanstalt für Arbeit.
- Langballe, Ellen Melbye; Skirbekk, Vegard; Strand, Bjørn Heine (2023): Subjective age and the association with intrinsic capacity, functional ability, and health among older adults in Norway. In: *European journal of ageing* 20 (1), S. 4. DOI: 10.1007/s10433-023-00753-2.
- McMichael, A. J. (1976): Standardized Mortality Ratios and the „Healthy Worker Effect“: Scratching Beneath the Surface. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 18 (3), S. 165–168.
- Munnell, Alicia H.; Wettstein, Gal (2020): Employer Perceptions of Older Workers. Surveys from 2019 and 2006. Center for Retirement Research at Boston College.
- Odeen, M.; Magnussen, L. H.; Maeland, S.; Larun, L.; Eriksen, H. R.; Tveito, T. H. (2013): Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. In: *Occupational medicine (Oxford, England)* 63 (1), S. 7–16. DOI: 10.1093/occmed/kqs198.
- OECD: Compensated absence from work due to illness. 2010–2023. Hg. v. OECD. Online verfügbar unter [https://data-explorer.oecd.org/vis?df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HEALTH_STAT%40DF_AWDI&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=A.CAWI.....&pd=2010%2C&to\[TI_ME_PERIOD\]=false&vw=tb](https://data-explorer.oecd.org/vis?df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_STAT%40DF_AWDI&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=A.CAWI.....&pd=2010%2C&to[TI_ME_PERIOD]=false&vw=tb), zuletzt geprüft am 21.02.2025.
- OECD (2025a): Self-reported absence from work due to illness. 2010–2023. Hg. v. OECD. Online verfügbar unter [https://data-explorer.oecd.org/vis?df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HEALTH_](https://data-explorer.oecd.org/vis?df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_)

- STAT%40DF_AWDI&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=.A.SAWI.....&pd=2010 %2C&to[TIME_PERIOD]=false&vw=tb, zuletzt aktualisiert am 21.02.2025.
- OECD (2025b): Pensions at a glance. Hg. v. OECD. Online verfügbar unter [https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_PAG%40DF_PAG&df\[ag\]=OECD.ELS.SPD&dq=.A.CRPLF22 %2BFRPLF22 %2BGP RR100 %2BATRW%2BATRAEP%2BATRP-PAE%2BNP RR100 %2BGPW100 %2BNPW100 %2BFR%2BLE%2BER%2BOAWAR%2BEL-MEA%2BEYLME%2BEDIOP%2BPTOP%2BOCOP%2BCIOP%2BEIOP%2BAWGW%2BO-AIP%2BPEP%2BPPEP...&pd=2019 %2C2024&to\[TIME_PERIOD\]=true&vw=tb](https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_PAG%40DF_PAG&df[ag]=OECD.ELS.SPD&dq=.A.CRPLF22 %2BFRPLF22 %2BGP RR100 %2BATRW%2BATRAEP%2BATRP-PAE%2BNP RR100 %2BGPW100 %2BNPW100 %2BFR%2BLE%2BER%2BOAWAR%2BEL-MEA%2BEYLME%2BEDIOP%2BPTOP%2BOCOP%2BCIOP%2BEIOP%2BAWGW%2BO-AIP%2BPEP%2BPPEP...&pd=2019 %2C2024&to[TIME_PERIOD]=true&vw=tb), zuletzt aktualisiert am 16.12.2025, zuletzt geprüft am 14.04.2026.
- Panzer, Julia (2024): Confounding in epidemiologischen Studien. Hg. v. Interdisziplinäres Zentrum Klinische Studien Mainz. Online verfügbar unter www.izks-mainz.de/2024/08/confounding-in-epidemiologischen-studien/, zuletzt aktualisiert am 21.08.2024, zuletzt geprüft am 22.04.2026.
- Poteraj, Jarosław (2008): Pension systems in 27 EU countries. Online verfügbar unter www.academia.edu/903964/Pension_systems_in_27_EU_countries, zuletzt geprüft am 15.04.2026.
- Richter, Götz; Tisch, Anita; Hasselhorn, Hans, Martin; Belmann, Lutz (2022): Arbeit und Alter(n). Wie ein längeres Erwerbsleben möglich werden kann. Hg. v. bpb.
- Robert Koch-Institut: Lebenserwartung und Mortalität. Hg. v. Robert Koch-Institut. Online verfügbar unter www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/Krankheitsfolgen/LebenserwartungUndTodesursachen/lebenserwartungundtodesursachen_node.html, zuletzt geprüft am 12.05.2026.
- Robert Koch-Institut (2024): Koronare Herzkrankheit: Prävalenz (ab 18 Jahre). Hg. v. Robert Koch-Institut. Online verfügbar unter www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/KoerperlicheErkrankungen/HerzKreislaufErkrankungen/KoronareHerzerkrankungPraevalenz/koronareHerzerkrankungPraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2014&geschlecht=0&standardisierung=, zuletzt aktualisiert am 20.11.2024, zuletzt geprüft am 17.04.2026.
- Robert Koch-Institut (2025): Brustkrebs: Inzidenz. Hg. v. Robert Koch-Institut. Online verfügbar unter www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/KoerperlicheErkrankungen/Krebs/BrustkrebsInzidenz/brustkrebsInzidenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2023&geschlecht=0&standardisierung=3, zuletzt aktualisiert am 05.12.2025, zuletzt geprüft am 17.04.2026.
- Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt (2015): Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? In: Robert Koch-Institut (Hg.): Gesundheit in Deutschland. GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES. Unter Mitarbeit von Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt. Berlin, S. 432–455. Online verfügbar unter www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitsberichterstattung/Berichte/Gesundheit-in-Deutschland/09_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 17.04.2026.
- Rohrbacher, M.; Hasselhorn, H. M. (2022): Welche Rolle haben Arbeit, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit bei der Entwicklung sozialer Ungleichheit im Hinblick auf den vorzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben älterer Beschäftigter in Deutschland? Eine kausale Mediationsanalyse mit Daten der lidA Kohortenstudie. In: *Gesundheitswesen* (84), S. 762. Online verfügbar unter www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0042-1753707, zuletzt geprüft am 24.04.2026.

- Rupprecht, Fiona S.; Paula Couto, M. Clara P. de; Rothermund, Klaus; Nikitin, Jana (2025): Maintaining a young self-concept: Feeling young or shifting age thresholds? In: *European journal of ageing* 22 (1), S. 15. DOI: 10.1007/s10433-025-00851-3.
- Scarpetta, Stefano; Pearson, Mark; Keese, Mark; Prinz, Christopher, Thewissen, Stefan (2020): Paid sick leave to protect income, health and jobs through the COVID-19 crisis. Hg. v. OECD.
- Schmiederer, Simon (2020): Frühausstieg aus und Weiterverbleib im Erwerbsleben von älteren Beschäftigten im Zusammenhang mit Gesundheit. Hg. v. BAUA.
- Schwinger, Antje; Zok, Klaus (2024): Häusliche Pflege im Fokus. Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. Hg. v. WIdO (WIdOmonitor, 1).
- Statistisches Bundesamt (04.09.2024): Ein Viertel der Erwerbstätigen leistet häufig körperlich schwere Arbeit.
- Statistisches Bundesamt (2025): Erwerbstätigkeit älterer Menschen. Hg. v. Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (19.05.2025): Fast jede zweite erwerbstätige Frau arbeitet in Teilzeit. Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/05/PD25_175_13.html.
- Stecker, Lucie; Wilke, Rosalie (2025): Arbeit 60+ – zwischen Paragrafen und Praxis. Ergebnisse einer Unternehmensbefragung zur Weiter- und Wiederbeschäftigung Ältere. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Walwei, Ulrich (2024): Ältere Arbeitskräfte im demografischen Wandel: Beschäftigungspotenziale im internationalen Vergleich. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB-Forschungsbericht, 14).
- Wilson, Donna M.; Errasti-Ibarrondo, Begoña; Low, Gail; O'Reilly, Pauline; Murphy, Fiona; Fahy, Anne; Murphy, Jill (2020): Identifying contemporary early retirement factors and strategies to encourage and enable longer working lives: A scoping review. In: *International journal of older people nursing* 15 (3), e12313. DOI: 10.1111/opn.12313.
- Zentrum für europäische und internationale Sozialversicherungsverbindungen (2025): Das französische Sozialversicherungssystem III – Alter. Hg. v. Zentrum für europäische und internationale Sozialversicherungsverbindungen. Online verfügbar unter www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/al_3.html, zuletzt aktualisiert am 15.04.2026.
- Ziebarth, Nicolas R.; Pichler, Stefan (2024): Einordnung des deutlichen Anstiegs der krankheitsbedingten Fehlzeiten seit 2022. 2. Aufl. Hg. v. ZEW-Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW policybrief, 18).

Gesundheitsreport 2026

Der jährlich erscheinende Gesundheitsreport analysiert die Arbeitsunfähigkeitsdaten aller bei der DAK-Gesundheit versicherten Berufstätigen und bietet einen verlässlichen Überblick über das Krankheitsgeschehen in der Arbeitswelt. Er zeigt, welche Erkrankungen besonders ins Gewicht fallen und beleuchtet geschlechts-, alters-, branchen- und regionalspezifische Besonderheiten.

Nach dem sprunghaften Anstieg im Jahr 2022 verharrt der Krankenstand insgesamt auf gleichem oder fast gleichem Niveau – mit weiter zunehmenden Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen.

Schwerpunktthema: Beschäftigte ab 50 Jahren

Wie können Beschäftigte auch in der zweiten Hälfte des Berufslebens gesund und zufrieden arbeiten? Der Report untersucht die Arbeitsbedingungen von Beschäftigten ab 50 Jahren und fragt nach förderlichen wie hemmenden Faktoren für eine langfristige Erwerbstätigkeit. Grundlage ist eine repräsentative Erwerbstätigenbefragung, die Einblicke in Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Rentenpläne, Teilzeit und Carearbeit gibt. Auch die neu eingeführte Aktivrente wird einbezogen. Einschätzungen von Fachleuten ergänzen die Untersuchung und verdeutlichen, welchen Einfluss die Wertschätzung der Arbeitsleistung auf die Rentenpläne älterer Beschäftigter hat und welche Rolle ein systematisches Wissensmanagement für die langfristige Zukunftsfähigkeit von Unternehmen spielt.



„Die Verlängerung der Erwerbsbiografien gelingt nur, wenn Betriebe und Politik die Rahmenbedingungen aktiv gestalten. Arbeit muss so organisiert sein, dass sie Belastungen reduziert, Ressourcen stärkt und Erfahrungswissen wertschätzt“, sagt Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit.



„Tätigkeit und Gesundheitszustand der Menschen sind beim Renteneintritt sehr unterschiedlich. Wir müssen aufpassen, dass Menschen, die wegen ihrer Erwerbsbiografie eine unterdurchschnittliche Rente zu erwarten haben, nicht weiterarbeiten müssen, wenn sie gesundheitlich dazu nicht in der Lage sind“, so Prof. Dr. Volker Nürnberg, BWL-Professor für Gesundheitsmanagement.