

GESUNDHEITSREPORT

Analyse der Arbeitsunfähigkeiten
Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck



Band 44 | Beiträge zur Gesundheitsökonomie
und Versorgungsforschung

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 44)
Andreas Storm (Herausgeber)

Gesundheitsreport 2023

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 44)

Gesundheitsreport 2023

Analyse der Arbeitsunfähigkeiten

Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck

Herausgeber:

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

Autoren:

Susanne Hildebrandt
Terese Dehl
Karsten Zich
Hans-Dieter Nolting

Unter Mitarbeit von

Elena Burgart
Tobias Woköck
Thorsten Tisch
Mila Hense

IGES Institut GmbH
Friedrichstr. 180, D-10117 Berlin

Redaktion:

Martin Kordt
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg
E- Mail: martin.kordt@dak.de

Hamburg
April 2023

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.

© 2023 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-86216-994-8

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.

Titelbild: Frau links: © Gettyimages/ozgurdonmaz, Puzzle mitte: © Gettyimages/tadamichi,
Mann rechts: © Gettyimages/Peopleimages
Titelbildgestaltung: Natalia Degenhardt
Satz: Strassner ComputerSatz, Heidelberg

Vorwort

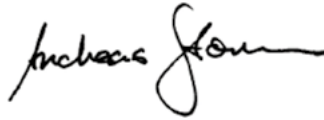
Expertinnen und Experten warnen seit vielen Jahren vor den Folgen des Personal- und Fachkräftemangels, der sich vor allem durch den demografischen Wandel weiter verstärken wird. In der Corona-Pandemie und während der außergewöhnlich starken Infektionswelle im Herbst 2022 waren die Folgen deutlich spürbar. Durch die hohen Personalausfälle gab es zahlreiche Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung, in Schulen und Kitas, im Nahverkehr, in der Gastronomie und in weiteren Bereichen des alltäglichen Lebens.

Welche Auswirkungen hat der Personalmangel auf die Gesundheit der Beschäftigten? Die DAK-Gesundheit widmet sich dieser Frage umfassend im vorliegenden Report. Die Auswertungen zeigen, dass ständiger Personalmangel für fast die Hälfte der Beschäftigten Routine ist – mit gravierenden Gesundheitsrisiken. Die Arbeitswelt steht enorm unter Druck und die Zusammenhänge zwischen Personalmangel und Krankenstand sind größer als bisher vermutet.

Der Krankenstand in den Berufsgruppen, die regelmäßig Personalmangel erleben, liegt deutlich über dem bundesweiten Krankenstand von 5,5 Prozent. Exemplarisch zählen zu den Berufsgruppen mit hohem Krankenstand und einem hohen Anteil an regelmäßigem Personalmangel die Kranken- und Altenpflege sowie die Kinderbetreuung und die Erziehung. Doch es gibt nur wenige Branchen, die von dem Problem gänzlich unberührt sind. Die dünne Personaldecke führt zu Arbeitsverdichtung, Überstunden und Pausenverzicht und lässt bei den Betroffenen das Risiko für Erschöpfung, Schlafmangel und Schmerzen ansteigen.

Der DAK-Gesundheitsreport analysiert den Personalmangel aus der gesundheitlichen Perspektive der Beschäftigten, einmal anhand unserer Routinedaten und zum anderen auf der Basis einer breit angelegten Erwerbstätigenbefragung. Interessante Einschätzungen aus Expertenkreisen komplettieren die Untersuchung und geben Hinweise, inwieweit ein gesundheitsförderliches Arbeitssetting und das betriebliche Gesundheitsmanagement einen Beitrag zur Steigerung und Aufrechterhaltung der Erwerbsbeteiligung leisten können. Das Potenzial des betrieblichen Gesundheitsmanagements für innovative Lösungsansätze kann noch viel mehr genutzt werden – vorausgesetzt alle Beteiligten sind bereit, sich neuen Wegen zu öffnen. Wenn es gelingt, die Arbeitswelt für potenzielle Beschäftigte und für einen Wiedereinstieg nach der Familienphase attraktiver zu machen und gleichfalls für ältere Beschäftigte ein Klima der Wertschätzung zu schaffen, sollte eine Steigerung und Aufrechterhaltung der Erwerbsbeteiligung möglich sein.

Mit dem vorliegenden Gesundheitsreport wollen wir einen Beitrag leisten für eine gesunde Arbeitswelt und ein gesundes Miteinander gerade in Zeiten des demografischen Wandels.

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

Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Hamburg, April 2023

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Zusammenfassung der Ergebnisse	IX
Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport	XI
1. Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2022	1
2. Arbeitsunfähigkeiten im Überblick	3
2.1 Der Krankenstand	3
2.2 Betroffenenquote	8
2.3 Häufigkeiten von Arbeitsunfähigkeiten	9
2.4 Durchschnittliche Falldauer	10
2.5 Krankenstand nach Alter und Geschlecht	13
3. Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten	17
3.1 Die wichtigsten Krankheitsarten	17
3.2 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht	22
3.3 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen	23
3.4 Die wichtigsten Einzeldiagnosen	25
3.5 Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen	29
4. Schwerpunktthema 2023: Gesundheitsrisiko Personalmangel	31
4.1 Hintergrund und Aufbau	31
4.2 Verbreitung Personalmangel im Betrieb/im Arbeitsbereich	38
4.3 Folgen des Personalmangels für die Beschäftigten	45
4.4 Strategien, um Personalmangel zu begegnen	56
4.5 Betriebliches Gesundheitsmanagement als Element der Personalkräftesicherung	90
4.6 Zusammenfassung des Schwerpunktthemas	105
5. Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	109
6. Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern	113
7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	119
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen	121
Anhang II: Tabellen	123
Anhang III: Fragebogen für Expertinnen und Experten	138
Abbildungsverzeichnis	141
Tabellenverzeichnis	146
Literaturverzeichnis	147

Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Jahr 2022 ist der Krankenstand nach einem leichten Rückgang im Vorjahr stark angestiegen. Der Krankenstand im Jahr 2022 lag damit bei 5,5 Prozent (2021: 4,0 Prozent).

Gesamtkrankenstand stark angestiegen

Die Betroffenenquote lag 2022 bei 63,8 Prozent. Dies bedeutet, dass für mehr als jeden Zweiten eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Im Jahr 2022 ist die Betroffenenquote deutlich gestiegen (2021: 42,7 Prozent).

Betroffenenquote

Die Erkrankungshäufigkeit ist mit 177,3 Fällen pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr ebenfalls deutlich gestiegen (2021: 102,8 Arbeitsunfähigkeitsfälle). Die durchschnittliche Falldauer ist gesunken. Sie beträgt im Jahr 2022 11,3 Tage (2021: 14,1 Tage).

Fallhäufigkeit und -dauer

Auf Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie psychische Erkrankungen entfielen 2022 mehr als die Hälfte (53 Prozent) aller Krankheitstage:

Wichtigste Krankheitsarten

- Atemwegserkrankungen lagen mit einem Anteil von rund 19,9 Prozent hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an erster Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage mehr als verdoppelt (von 146,3 auf 397,8 Tage pro 100 Versichertenjahre). Die Fallhäufigkeit stieg im Vergleich zum Vorjahr auf 57,9 Fälle an (20,7 Fälle pro 100 Versichertenjahre in 2021).
- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lagen mit 354,1 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versichertenjahre an der zweiten Stelle aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit rund 336,8 Tagen etwas weniger Fehltage auf diese Diagnose.
- Psychische Erkrankungen verursachten 15,1 Prozent des Krankenstandes und liegen somit auf Platz drei. 2022 gab es aufgrund von psychischen Erkrankungen 8,2 Erkrankungsfälle und 301,1 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre. Das ist erneut mehr als noch im Vorjahr (2021: 275,9 AU-Tage).

Atemwegserkrankungen

Muskel-Skelett-Erkrankungen

Psychische Erkrankungen

Die Branche „Gesundheitswesen“ lag mit einem Krankenstandwert von 6,4 Prozent an der Spitze und somit eindeutig über dem Durchschnitt aller Branchen. Am niedrigsten unter den Branchen mit hohem Anteil DAK-Versicherter war der Krankenstand in der Branche „Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen“ mit einem Wert von 3,5 Prozent.

Branche „Gesundheitswesen“ an der Spitze beim Krankenstand

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern stellen sich folgendermaßen dar: In den westlichen Bundesländern (mit Berlin) betrug der Krankenstand durchschnittlich 5,3 Prozent, in den östlichen Bundesländern 6,6 Prozent. In den west-

Unterschiede zwischen den Bundesländern

lichen Bundesländern streute der Krankenstand zwischen dem niedrigsten Wert in Höhe von 4,7 Prozent in Baden-Württemberg und dem höchsten im Saarland mit 6,3 Prozent. Die Bundesländer Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg standen 2022 mit einem Wert von 6,8 Prozent an der Spitze des Krankenstandsgeschehens der Bundesländer insgesamt und in den östlichen Bundesländern. Hier erzielte Sachsen mit einem Krankenstand von 5,8 Prozent den niedrigsten Wert.

Zusammenfassung Schwerpunkt

Insgesamt 44,6 Prozent der Beschäftigten in Deutschland erleben regelmäßig Personalmangel im Arbeitsbereich. Für sie gab es in den letzten 12 Monaten nahezu ständig oder den größten Teil der letzten 12 Monate, Phasen, in denen die Arbeit mit dem vorhandenen Personal nur unter großen Anstrengungen zu bewältigen war. In einigen Berufsgruppen wie z. B. der Krankenpflege, der Altenpflege oder im Bereich der Erziehung und Kinderbetreuung sind sogar noch deutlich mehr Beschäftigte betroffen.

Beschäftigte mit konstantem oder häufigem Personalmangel sind in besonderem Umfang von Belastungen und Leistungsdruck betroffen, dabei steigt die Arbeitsbelastung sehr stark mit der Intensität des erlebten Personalmangels im Arbeitsbereich. Es fehlt den besonders betroffenen Beschäftigten darüber hinaus auch in großem Umfang an einem gesunden Ausgleich für die Arbeitsbelastung. Körperliche und psychische Beschwerden, die an Arbeitstagen oder bei der Arbeit auftreten, sind in der Gruppe des Beschäftigten mit regelmäßigem Personalmangel deutlich häufiger als für andere Beschäftigte.

Potenzial dem Personalmangel durch Ausweitung von Arbeitszeit entgegenzuwirken, besteht bei Frauen stärker als bei Männern, die über alle Lebensphasen hinweg schon zum größten Teil in Vollzeit arbeiten. Frauen in der Familienphase arbeiten zum überwiegenden Teil in Teilzeit, um Kinder zu betreuen. Ein erheblicher Anteil der Frauen ab 50 Jahren arbeitet unabhängig davon, ob Kinder im Haushalt leben oder nicht, in Teilzeit.

Mit Blick auf weiteres Potenzial zur Abmilderung des Personalmangels durch eine längere Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten in den höheren Altersgruppen zeigt die Analysen zur gesundheitlichen Situation ältere Beschäftigte, wie zu erwarten war, eine deutliche Zunahme von chronischen Erkrankungen mit zunehmendem Alter, insbesondere Beschwerden im Muskel-Skelett-System nehmen mit dem Alter stark zu. Es zeigt sich aber auch, dass Krankschreibungen nicht im gleichen Umfang wie die ambulante Diagnosehäufigkeit zunehmen.

Betriebliche Angebote speziell zur Unterstützung älterer Beschäftigter sind bei weitem noch nicht so stark ausgebaut wie Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben und werden aber in größerem Umfang von Beschäftigten gewünscht.

Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport

Was Sie auf den folgenden Seiten erwartet

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

Kapitel 1: Datenbasis

Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der Jahre 2010 bis 2022 im Überblick dar. Diesen Kennziffern ist zu entnehmen, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungsfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die Mitglieder der DAK-Gesundheit überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.

Kapitel 2: Arbeitsunfähig- keiten im Überblick

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

Kapitel 3: Ursachen von Arbeitsunfähig- keiten

In Kapitel 4 wird das diesjährige Schwerpunktthema behandelt: Die gesundheitlichen Folgen von Personalmangel im Arbeitsbereich von Beschäftigten. Es wird zunächst untersucht wie viele Beschäftigte Personalmangel regelmäßig erleben und welche Arbeitsbelastungen und gesundheitlichen Folgen sich daraus ergeben. Es wird beleuchtet, welches Potenzial sich durch eine Ausweitung von Arbeitszeit und durch ein längeres Arbeiten in der späten Erwerbsphase ergibt, um dem Personalmangel entgegenzuwirken. Es wird darüber hinaus dargestellt, welche Rolle, vor dem Hintergrund von Belastungen durch Personalmangel, das Thema Gesundheit in den Betrieben aktuell einnimmt und welche Unterstützungsmöglichkeiten durch Betriebe aktuell schon vorhanden sind.

Kapitel 4: Schwerpunkt- thema

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

Kapitel 5: Ana- lyse nach Wirt- schaftsgruppen

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

Kapitel 6: Regio- nale Analysen

Der DAK-Gesundheitsreport 2023 schließt mit einer übergreifenden Zusammenfassung und wesentlichen Schlussfolgerungen der DAK-Gesundheit zum Schwerpunktthema.

Kapitel 7: Schlussfolge- rungen

Weitere Informationen, Erläuterungen und Tabellen

Anhang I: Erläuterungen

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

Anhang II: Tabellen

Detaillierte Zahlenmaterialien zu den Arbeitsunfähigkeiten nach Regionen, Krankheitsarten und Wirtschaftsgruppen finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang II: Tabellen). Eine Übersicht über die aufgeführten Tabellen findet sich auf Seite 123.

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.

Gesundheits- berichte der Ersatzkassen beruhen auf gemeinsamen Standard

Zumindest auf der Ebene der Ersatzkassen sind aber einheitliche Standards für die Gesundheitsberichterstattung festgelegt worden: die direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht. 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. Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2022

Der DAK-Gesundheitsreport 2023 berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2022 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK-Gesundheit waren, sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK-Gesundheit hatten.

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

Die gesamte Datenbasis für das Berichtsjahr 2022 umfasst rund 2,4 Mio. Mitglieder der DAK-Gesundheit, die sich zu 53 Prozent aus Frauen und zu 47 Prozent aus Männern zusammensetzen.

**Datenbasis
2022: rund
2,4 Mio. Mit-
glieder der
DAK-Gesundheit**

Abbildung 1: Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2022 nach Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

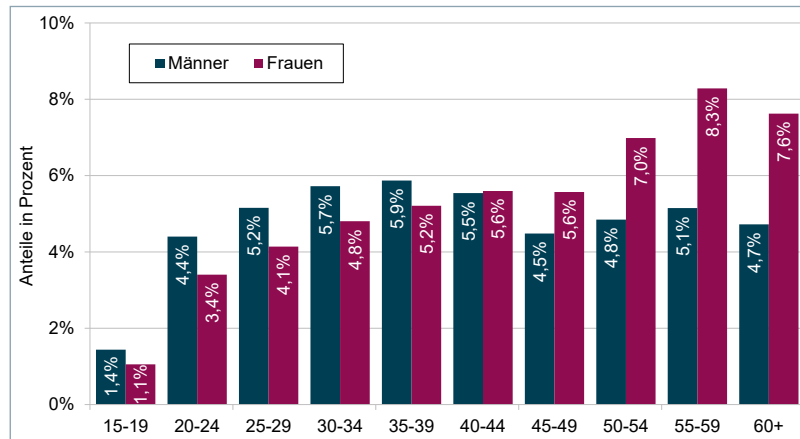
Die DAK-Gesundheit versichert aufgrund ihrer historischen Entwicklung als Angestelltenkrankenkasse insbesondere Beschäftigte in Berufen mit nach wie vor hohem Frauenanteil (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, in Büroberufen und Verwaltungen). Seit 1996 können auch andere Berufsgruppen Mitglied bei der 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 2022 umfasst die Datenbasis rund 2,1 Mio. Versichertenjahren.

**2,4 Mio. Mit-
glieder entsprechen
rund 2,1 Mio.
Versicherten-
jahren**

Alle in diesem Gesundheitsreport dargestellten Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten schließen nur diejenigen Erkrankungsfälle ein, für die der DAK-Gesundheit im Jahr 2022 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Abbildung 2: Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2022



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

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

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

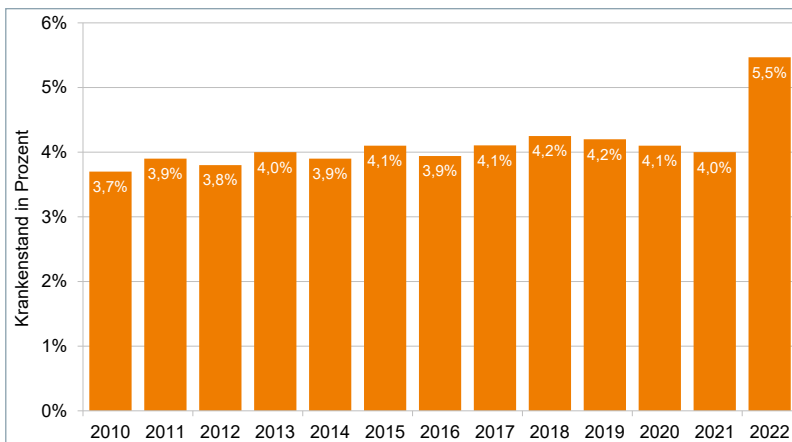
Zugleich sichert diese Vorgehensweise die Vergleichbarkeit der Krankenstandswerte mit den Zahlen anderer Ersatzkassen.

2. Arbeitsunfähigkeiten im Überblick

2.1 Der Krankenstand

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

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



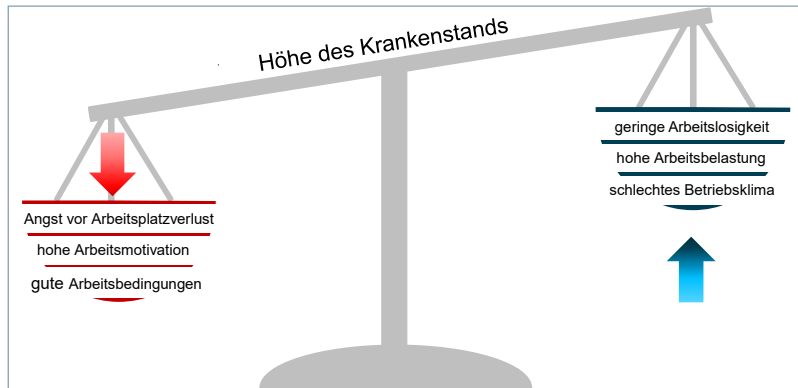
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2022

Der Krankenstand bewegt sich in den letzten Jahren insgesamt auf einem relativ niedrigen Niveau. Nach einem leichten Rückgang im vergangenen Jahr von 4,1 Prozent auf 4,0 Prozent ist der Wert des Krankenstands im Jahr 2022 sehr deutlich auf einen Wert von 5,5 Prozent angestiegen.

Einflussfaktoren auf den Krankenstand

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

Abbildung 4: Einflussfaktoren auf den Krankenstand



Quelle: DAK-Gesundheit 2022

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

Faktoren auf der volkswirtschaftlichen Ebene

Konjunktur und Situation am Arbeitsmarkt

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

- Sind die Wirtschaftslage und damit die Beschäftigungslage gut, steigt der Krankenstand tendenziell an. Schwächt sich die Konjunktur ab und steigt die Arbeitslosigkeit, so sinkt in der Tendenz auch das Krankenstandsniveau (vgl. Kohler 2002).

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

Weitere volkswirtschaftliche Faktoren sind:

Wandel der Beschäftigtenstruktur

Verlagerung von Arbeitsplätzen vom gewerblichen in den Dienstleistungssektor

- In Zeiten schlechterer Wirtschaftslage verändert sich überdies die Struktur der Arbeitnehmer: Werden Entlassungen vorgenommen, trifft dies eher diejenigen Arbeitskräfte, die aufgrund häufiger oder langwieriger Arbeitsunfähigkeiten weniger leistungsfähig sind. Für das Krankenstandsniveau bedeutet dies einen krankenstandssenkenden Effekt.
- Weiterhin lassen sich gesamtwirtschaftlich Verlagerungen von Arbeitsplätzen vom industriellen in den Dienstleistungssektor beobachten. Das veränderte Arbeitsplatzprofil bringt in der Tendenz auch den Abbau gefährlicher oder körperlich schwerer Arbeit mit sich. Entsprechend führt dieser Wandel

zu Veränderungen des Krankheitsspektrums sowie tendenziell zur Senkung des Krankenstandsniveaus. Wie die Statistiken zeigen, ist der Krankenstand in Angestelltenberufen in der Regel deutlich niedriger als im gewerblichen Bereich.

Betriebliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand:

- In vielen Bereichen der Wirtschaft wird der zunehmende Personalmangel zu einem größer werdenden Problem. In der Folge kommt es zu Arbeitsverdichtung bei den verbleibenden Beschäftigten. Daraus können belastende und krankmachende Arbeitsbelastungen (z. B. Stressbelastungen) entstehen, die zu einem Anstieg des Krankenstandes führen.
- Wenn Beschäftigte vor dem gesetzlichen Rentenalter aus dem Erwerbsleben ausscheiden, so sind es häufig gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte. Da in den AU-Analysen nur die „aktiv Erwerbstätigen“ berücksichtigt werden, tritt hierdurch der sogenannte „healthy-worker-effect“ auf. Die Belegschaft scheint also allein durch dieses Selektionsprinzip „gesünder“ geworden zu sein.
- Im Zuge umfassender Organisations- und Personalentwicklung haben sich in den letzten Jahren viele Unternehmen verstärkt des Themas „betrieblicher Krankenstand“ angenommen. Insbesondere dem Zusammenhang von Arbeitsmotivation und Betriebsklima in Bezug auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wird im Rahmen von betrieblichen Mitarbeiterzirkeln, -befragungen, Führungsstilanalysen etc. Rechnung getragen.

**Steigende
Stressbelastung
durch Arbeits-
verdichtung**

**„Healthy-
worker-
effect“**

**Umsetzung von
betrieblicher
Gesundheits-
förderung**

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

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

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

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

Strukturmerkmale des Krankenstandes

Vertiefte Analyse des Krankenstands

Der Krankenstand ist eine komplexe Kennziffer, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Eine Betrachtung der einzelnen Faktoren ermöglicht ein weitergehendes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für das Jahr 2022 dargestellt werden, werden diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert.

„AU-Tage pro 100 ganzjährig versicherte Mitglieder“

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

„Krankenstand in Prozent“

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

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

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

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

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

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

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

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

Für Schaltjahre erfolgt die Division durch 366 Tage.

² Für Schaltjahre steht im Nenner die Zahl 366.

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

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

„AU-Fälle bis zu 6 Wochen“ und

... „über 6 Wochen Dauer“

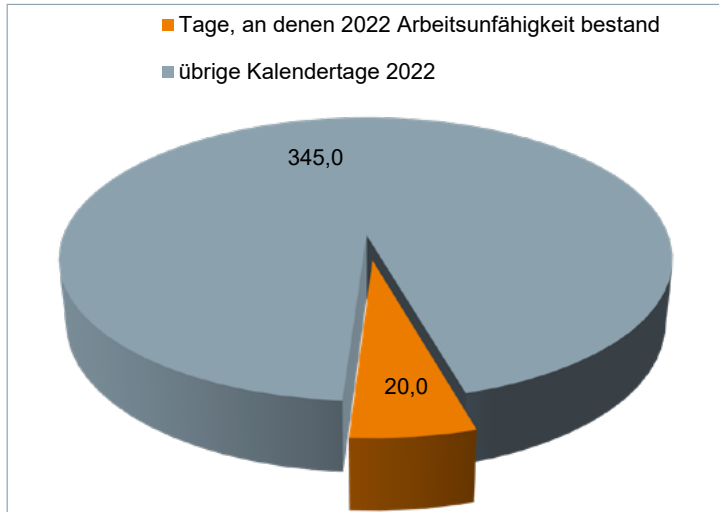
In der öffentlichen Diskussion über den Krankenstand genießen häufig die besonders kurzen Arbeitsunfähigkeiten größere Aufmerksamkeit. Solche Kurzfälle können in einem Unternehmen die Arbeitsabläufe erheblich stören – für die Krankenstandshöhe haben sie jedoch nur geringe Bedeutung.

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

Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

Bei 100 ganzjährig versicherten Mitgliedern der DAK-Gesundheit wurden 2022 im Durchschnitt 1.996 Fehltage wegen Arbeitsunfähigkeit (AU) registriert. Der Krankenstand von 5,5 Prozent im Jahr 2022 wird aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnet: Verteilt man die im Jahr 2022 je 100 Versicherte angefallenen 1.996 Arbeitsunfähigkeitstage auf die 365 Kalendertage des Jahres 2022, so waren an jedem Tag 5,5 Prozent der bei der DAK-Gesundheit versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.

Abbildung 5: AU-Tage eines durchschnittlichen Mitglieds der DAK-Gesundheit 2022 (Basis: 365 Kalendertage in 2022)



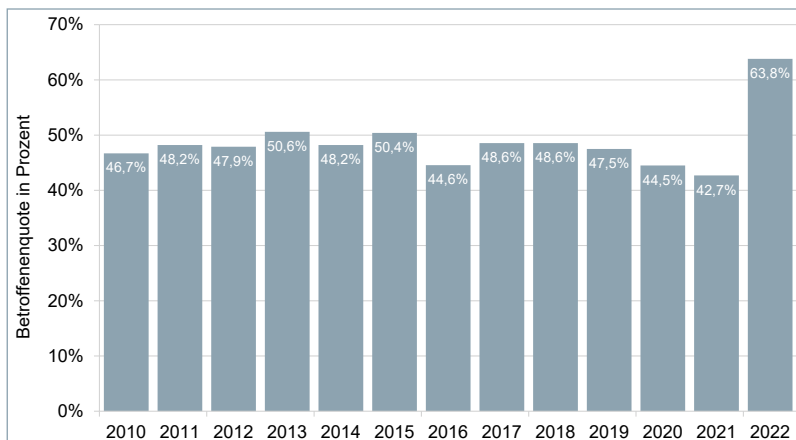
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

2.2 Betroffenenquote

2022 hatten 63,8 Prozent der Mitglieder der DAK-Gesundheit mindestens eine Arbeitsunfähigkeit. Das bedeutet, dass weniger als die Hälfte der Beschäftigten keine Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2022 hatte.

Abbildung 6 zeigt die Betroffenenquoten für die Jahre 2010 bis 2022.

Abbildung 6: Betroffenenquote 2022 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2022

Gegenüber dem Vorjahr ist die Betroffenenquote im Jahr 2022 stark gestiegen und liegt damit deutlich oberhalb der 50 Prozent-Marke.

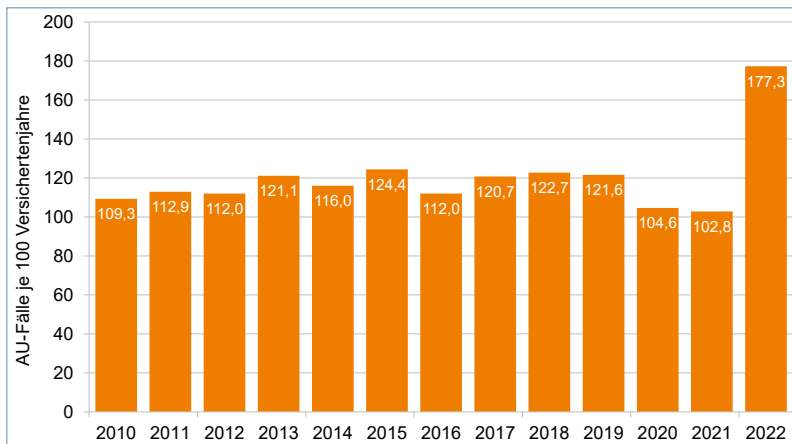
2.3 Häufigkeiten von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle ist im Jahr 2022 etwas gesunken, die Häufigkeit ist jedoch deutlich gestiegen, so dass das Krankenstandsniveau 2022 deutlich über dem des Vorjahres liegt.

Die Erkrankungshäufigkeit lag 2022 mit 177,3 Erkrankungsfällen je 100 Versicherte deutlich über der im Vorjahr (2021: 102,8 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2022 durchschnittlich mit 1,78 Fällen (177,3 dividiert durch 100) annähernd zweimal arbeitsunfähig.

177,3 Erkrankungsfälle pro 100 ganzjährig Versicherte

Abbildung 7: AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2022



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2022

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 Pandemie Jahren 2020 und 2021 sank die Krankschreibungshäufigkeit wieder deutlich. Der Wert für 2022 ist gegenüber dem Niveau aller dargestellten Vorjahre sehr stark gestiegen.

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

Ab 2022 sind nahezu alle Krankenschreibungen in den Daten der DAK-Gesundheit erfasst

In allen hier vorliegenden Auswertungen können nur diejenigen Erkrankungsfälle einbezogen werden, für die der DAK-Gesundheit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorliegen. Zu beachten ist dabei jedoch, dass bis zu Einführung der elektronischen Krankmeldung nicht alle Arbeitsunfähigkeitsfälle bei der DAK-Gesundheit gemeldet wurden, so dass die DAK-Gesundheit nicht von jeder Erkrankung Kenntnis erhalten hat. Ab 1.10.2022 waren alle Arztpraxen verpflichtet, die Krankenschreibungen 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.

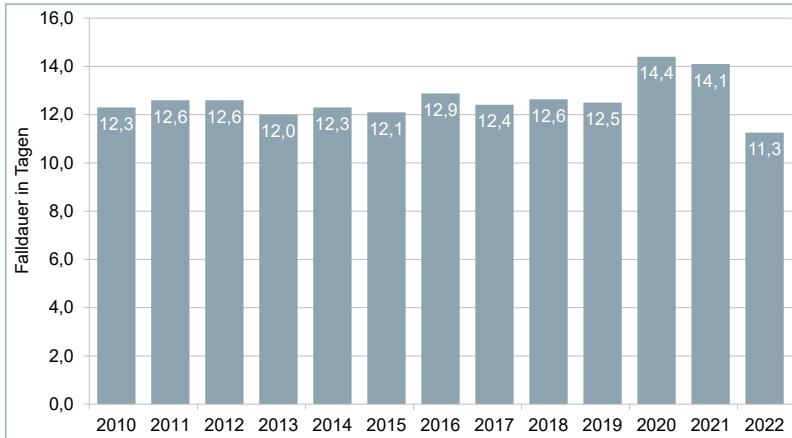
Gründe für Untererfassung von kurzen AU-Fällen bei den Krankenkassen

Eine Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt oder eine Ärztin für den Arbeitgeber 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 Krankenschreibung 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 deutlich zurück.

2.4 Durchschnittliche Falldauer

In den zurückliegenden Jahren bis 2019 hatte sich die durchschnittliche Erkrankungsdauer nur unwesentlich von Jahr zu Jahr verändert. Im Jahr 2020 war die Falldauer dann sprunghaft gestiegen auf 14,4 Tage, auch 2021 lag die durchschnittliche Falldauer noch bei 14,1 Tagen. Die Falldauer im Jahr 2022 verzeichnet den stärksten Rückgang seit 2010 und ist knapp 3 Tage kürzer als im Vorjahr.

Abbildung 8: Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2022 im Vergleich zu den Vorjahren

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2022

Bedeutung der Arbeitsunfähigkeitsfälle unterschiedlicher Dauer

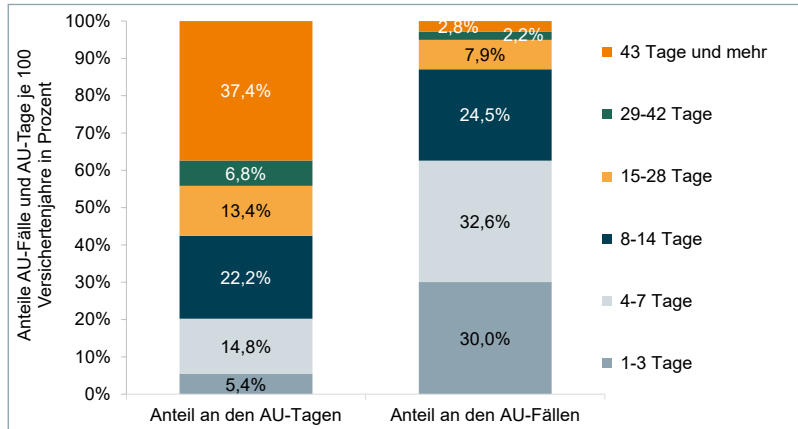
Hinter der Kennziffer „Krankenstand“ verbirgt sich ein sehr heterogenes Geschehen: Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt durch eine große Zahl von kurz dauernden und eine erheblich kleinere Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 9 veranschaulicht diesen Zusammenhang für das Berichtsjahr 2022:

- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machen 62,6 Prozent aller AU-Fälle aus (1 bis 3-Tages-Fälle 30,0 Prozent und 4 bis 7-Tages-Fälle 32,6 Prozent).
- Andererseits sind diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 20,2 Prozent der AU-Tage – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu drei Tagen Dauer verursachen nur 5,4 Prozent der Ausfalltage.

AU von kurzer Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand

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

Abbildung 9: Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2022 insgesamt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

2022 machen Langzeitarbeitsunfähigkeiten 37,4 Prozent des Krankenstandes aus

- 37,4 Prozent der AU-Tage entfielen auf nur 2,8 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 gesunken (2021: 4,7 Prozent). Ihr Anteil an den AU-Tagen sank ebenfalls (2021: 49,1 Prozent).

Um einen Rückgang von Langzeitarbeitsunfähigkeiten zu erreichen, bedarf es der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung, Rehabilitationsmaßnahmen sowie eines 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 Arbeitgeber auf, für alle Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen.

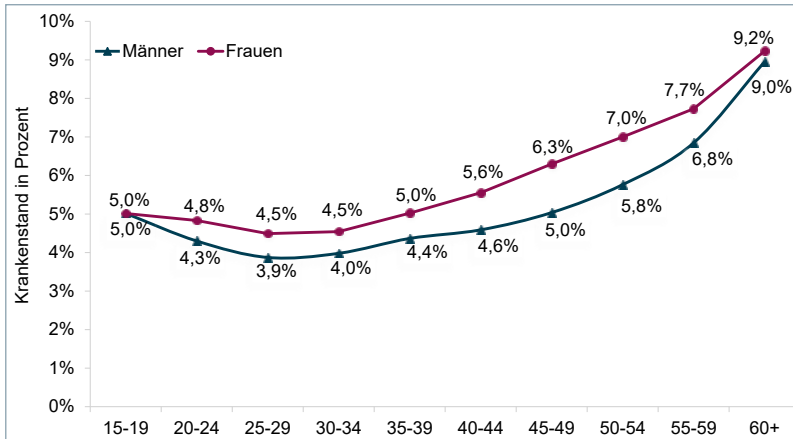
Zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gehören alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderung nachhaltig zu sichern.

Rehabilitations-träger und Integrationsämter bieten Betrieben Unterstützung

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

2.5 Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 10: Krankenstand 2022 nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten ist mit durchschnittlich 5,9 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 beinahe allen Altersgruppen über dem der Männer. Nur bei den 15- bis 19-Jährigen haben Frauen und Männer den gleichen Krankenstand.

Der höhere Krankenstand von Frauen ist im Wesentlichen auf eine höhere Fallhäufigkeit (188,4 Fälle bei Frauen gegenüber 167,8 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 Praktiken im Zusammenhang mit Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und Krankschreibung sowie mögliche weitere Einflussfaktoren wie die Branchenzugehörigkeit

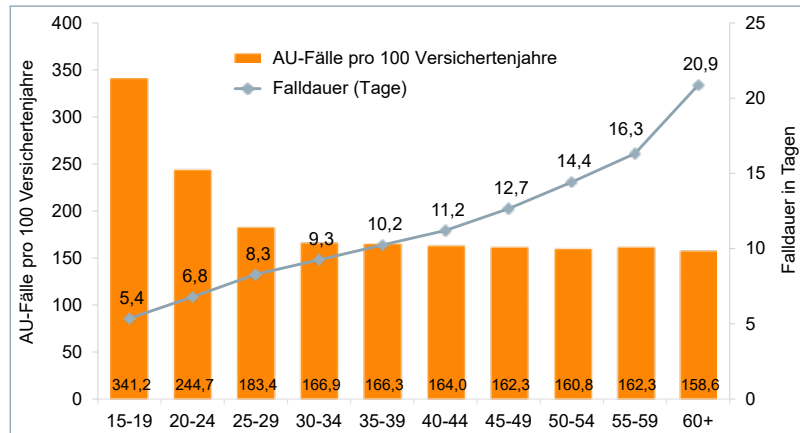
Der Altersverlauf der beiden Kurven in Abbildung 10 zeigt abgesehen vom Niveau insgesamt einen ähnlichen Verlauf. Zu Beginn, in der Altersspanne der 15- bis 24-Jährigen, fallen die Werte zunächst ab und Erreichen ihr Minimum bei Männern und Frauen etwa im Alter von 30 Jahren. Von da an nimmt der Krankenstand im weiteren Altersverlauf deutlich zu.

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

Krankenstand bei Frauen höher als bei Männern

Schwerpunktthema 2015: „Männer und Frauen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen“

Abbildung 11: Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2022



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

Höchste Zahl von AU-Fällen bei den jüngsten Mitgliedern

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

In den jüngeren Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Abstand am häufigsten. Bei den unter 20-Jährigen ist im Vergleich zu den Mitgliedern in den mittleren Altersgruppen die Fallzahl mit 341 Fällen pro 100 Versicherte mehr als doppelt so hoch.

Schwerpunktthema 2011: „Gesundheit junger Arbeitnehmer“

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

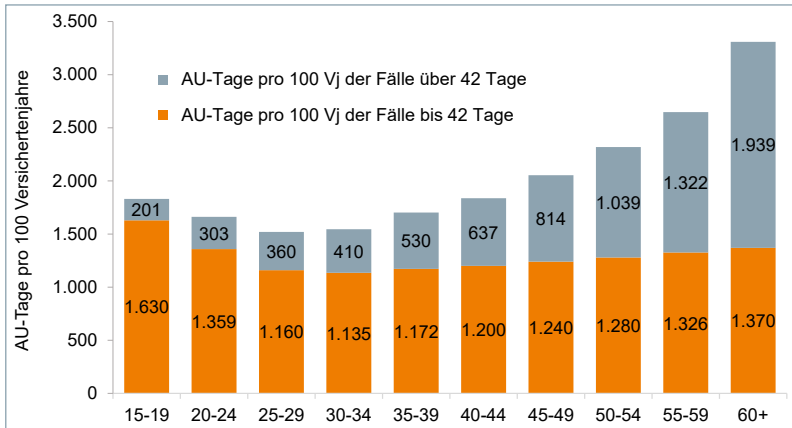
Mit zunehmendem Alter dauern Arbeitsunfähigkeiten länger

Mit anderen Worten: Jüngere Arbeitnehmer werden in der Regel zwar häufiger, allerdings meist nur wenige Tage krank. Eine durchschnittliche Krankschreibung eines 15- bis 19-Jährigen dauerte beispielsweise nur 5,4 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 16,3 Tage.

Wegen der kurzen Falldauer wirkte sich die sehr viel größere Fallhäufigkeit der jüngsten Mitglieder nur in einem etwas höheren Krankenstand aus (vgl. Abbildung 10). Die längere durchschnittliche Falldauer der älteren Mitglieder ist darauf zurückzuführen, dass Langzeitarbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer im Altersverlauf zunehmen und einen erheblich größeren Anteil am Krankheitsgeschehen haben.

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

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

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 11,0 Prozent (201 von (201+1.630)) des Krankenstandes auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, beträgt dieser Wert in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 58,6 Prozent (1.939 von (1.939+1.370)). Mit anderen Worten: Bei den über 60-Jährigen werden knapp 60,0 Prozent des Krankenstandes durch Erkrankungen von über sechs Wochen Dauer verursacht.

3. Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

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

Auswertung der medizinischen Diagnosen

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.³

3.1 Die wichtigsten Krankheitsarten

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

Abbildung 14 zeigt die Anteile dieser Krankheitsarten an den Erkrankungsfällen.

Auf Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und psychische Erkrankungen entfallen 2022 mehr als die Hälfte aller Fehltage (52,7 Prozent)⁴:

Im Jahr 2022 hatten Erkrankungen des Atmungssystems einen Anteil von 19,9 Prozent am Krankenstand. Mit 397,8 AU-Tagen je 100 Versicherte lag diese Krankheitsart beim Tagevolumen an der Spitze. Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit lagen Erkrankungen des Atmungssystems mit 57,9 Erkrankungsfällen pro 100 Versicherte ebenfalls an der Spitze. Im Durchschnitt dauerte eine Krankschreibung wegen einer Atemwegserkrankung 6,9 Tage.

Atemwegserkrankungen 2022 zurück an der Spitze ...

Die Fehltage wegen Erkrankungen des Atmungssystems sind 2022 im Vergleich zum Vorjahr (2021: 146,3 AU-Tage pro 100 Versicherte) deutlich gestiegen.

Krankschreibungen aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems liegen 2022 mit 17,7 Prozent aller Fehltage an zweiter Stelle im Fehlzeitengeschehen. Mit 20,6 AU-Fällen gab es 2022 in Bezug auf die Fallhäufigkeit ebenfalls einen

Gesundheitsreport 2018

³ Vgl. DIMDI 2023

⁴ Abweichungen in der Summenbildung können rundungsbedingt auftreten.

leichten Zuwachs (17,3 AU-Fälle in 2021). Die durchschnittliche Krankschreibungsdauer ist dabei von 19,5 auf 17,2 Tage gesunken. In der Hauptgruppe der Erkrankungen des Muskel-Skelett-System stellen Rückenerkrankungen den größten Teilkomplex da. Mehr Informationen hierzu bieten Sonderauswertungen innerhalb des DAK-Gesundheitsreports 2018.

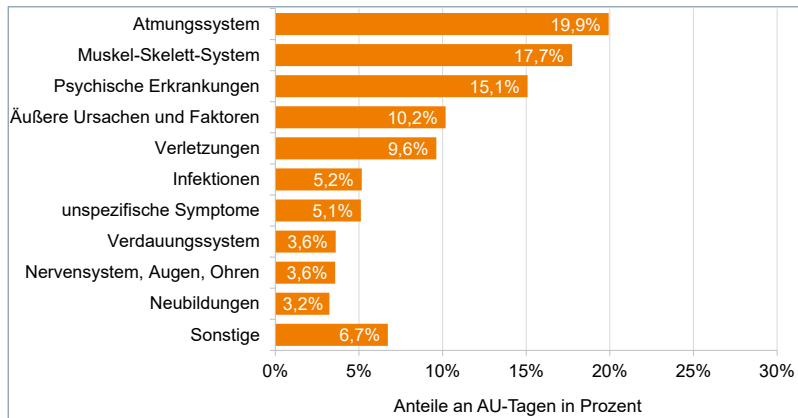
Psychische Erkrankungen auf Platz 3

An dritter Stelle in Bezug auf den Anteil an allen Fehltagen stehen die Psychischen Erkrankungen mit 15,1 Prozent der Ausfalltage. Im Vergleich zum Vorjahr ist mit 301,1 AU-Tagen pro 100 Versicherte ein Anstieg der Fehltag festzustellen (2021: 275,9 AU-Tage). Psychische Erkrankungen führen zu deutlich überdurchschnittlich langen Krankschreibungen, 2022 dauerte eine Krankschreibung 36,6 Tage.

„Psychische Erkrankungen“ Schwerpunkt in den Jahren 2002, 2005 und 2013

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

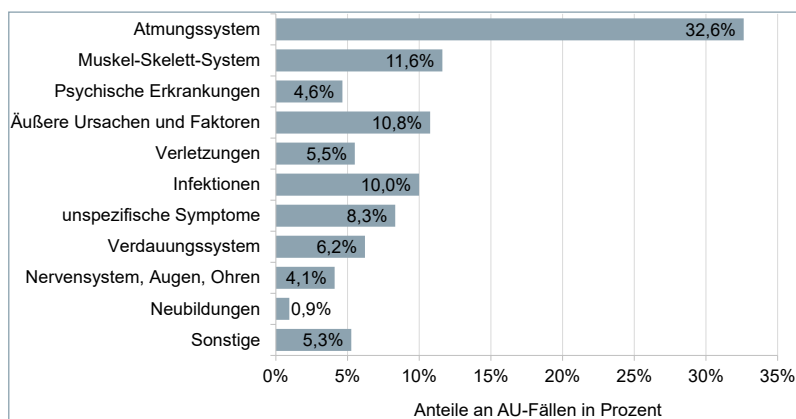
Abbildung 13: Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

Diagnosegruppe mit COVID-19-Erkrankung

Die Erkrankungsgruppe „Äußere Ursachen und Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen“ fasst mehrere Diagnosegruppen zusammen, ICD-10 U00-Z99, die in den letzten Jahren immer eine untergeordnete Rolle für den Krankenstand gespielt haben. Darin enthalten sind auch die beiden Diagnosen U07.1 und U07.2, mit der die COVID-19-Erkrankung kodiert wird. In 2022 spielt diese Erkrankungsgruppe daher erstmals eine wichtige Rolle und landet auf Platz 4 der Erkrankungsursachen.

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

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

Krankschreibungen aufgrund einer Verletzung liegen 2022 erstmals an fünfter Stelle im Fehlzeitengeschehen. Auf Verletzungen entfallen 2022 9,6 Prozent aller Fehltage. Mit einer durchschnittlichen Krankschreibungsdauer von 20 Tagen gehören diese Krankschreibungen zu denen mit einer deutlich überdurchschnittlichen Krankschreibungsdauer. In Bezug auf die Fallhäufigkeit liegen Krankschreibungen wegen Verletzungen 2022 an siebter Stelle.

Unter die Diagnosegruppe „unspezifische Symptome“ fallen Krankheitssymptome oder (Labor-)Befunde, deren Ursache (bisher) nicht festgestellt werden kann. Dies können u. a. körperliche Beschwerden ohne zugrundeliegende bzw. feststellbare krankhafte Organveränderungen sein (z. B. Schmerzen, für die keine Grunderkrankung gefunden werden kann).

Unter den zehn wichtigsten Krankheitsarten befinden sich über die genannten hinaus auch Infektionen, Erkrankungen des Verdauungssystems, Erkrankungen des Nervensystems, der Augen und der Ohren sowie Neubildungen.

Aktuelle Entwicklungen bei psychischen Erkrankungen

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

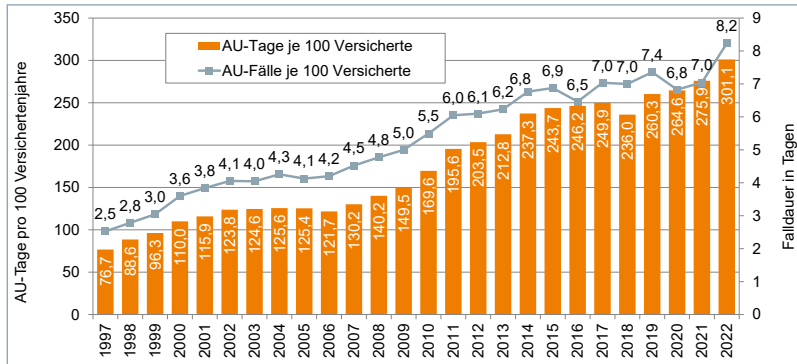
Im DAK-Gesundheitsreport 2013 finden sich zahlreiche Sonderanalysen zu diesem Thema. Die nachfolgenden beiden Abbildungen fassen die aktuellen Entwicklungen zusammen.

Es zeigt sich in Abbildung 15, dass die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen 2021 weiter angestiegen ist. Mit 301,1 Fehltagen bezogen auf 100

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

Versichertenjahre sind es 9,1 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Zahl der Krankenschreibungsfälle stieg von 7,0 Fällen je 100 Versichertenjahre in 2021 auf 8,2 Fälle in 2022.

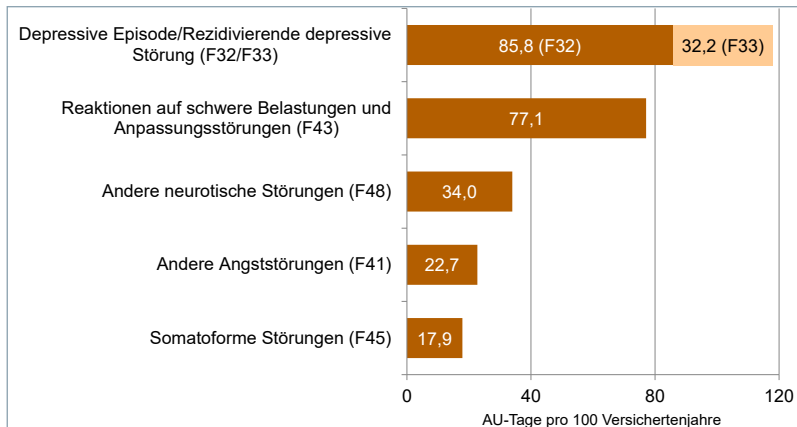
Abbildung 15: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997-2022

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

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

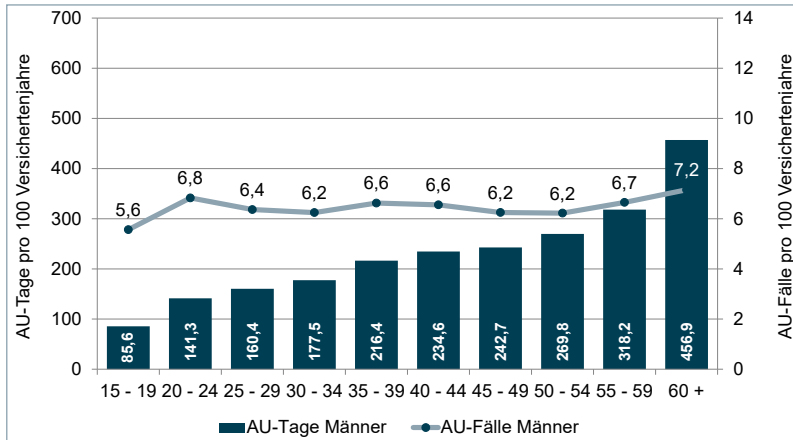


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

Die Zahl der AU-Tage für psychische Erkrankungen nehmen bei beiden Geschlechtern mit dem Alter kontinuierlich zu. Insgesamt liegt die Zahl der Fehltage für psychische Erkrankungen bei Frauen über denen der Männer (Frauen 380,4 Fehltage je 100 Versicherte gegenüber 233,3 bei Männern). Die Veränderung der durchschnittlichen Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle mit dem Altersgang fällt bei Männern deutlich moderater aus als bei Frauen (vgl. Abbildung 17 und Abbildung 18).

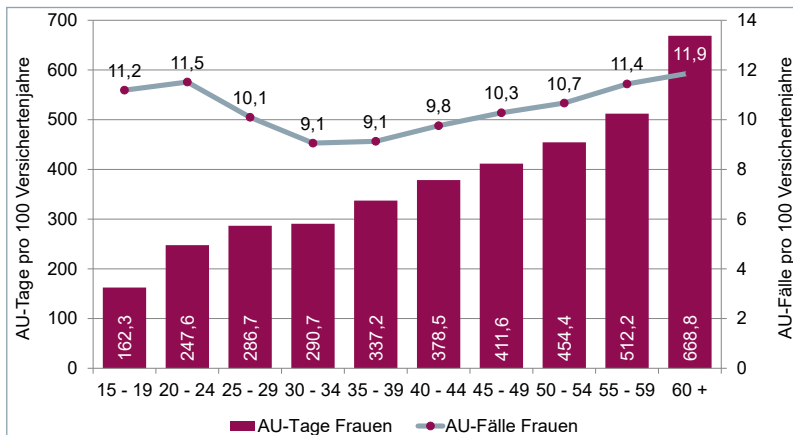
Frauen verzeichnen bei psychischen Erkrankungen deutlich mehr Fehltage als Männer

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

3.2 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

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

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems begründen bei Männern die meisten Fehltage und liegen mit einem Anteil von 20,1 Prozent am Gesamtkrankenstand auf Platz eins. Für den Krankenstand der Frauen haben sie eine etwas geringere Bedeutung. Bei Frauen liegt ihr Anteil am Krankenstand bei 15,4 Prozent.

Bei Frauen stehen Atemwegserkrankungen an erster Stelle, sie begründen 20,7 Prozent der Fehltage, bei Männern stehen sie an zweiter Stelle (19,1 Prozent).

**Psychische Erkrankungen:
Größere Bedeutung bei Männern**

Auf Platz drei folgen bei Männern psychische Erkrankungen. Hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand haben diese bei den Frauen eine deutlich höhere Bedeutung als bei den Männern (12,5 Prozent bei den Männern gegenüber 17,7 Prozent bei den Frauen). Bei Frauen steht diese Erkrankungsgruppe schon an zweiter Stelle.

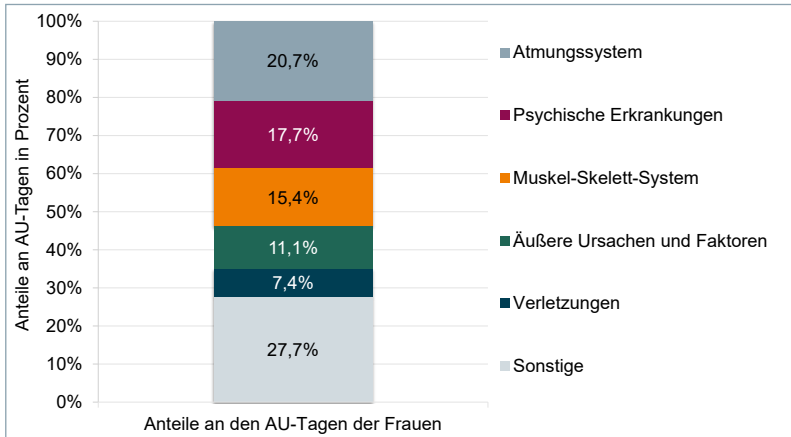
Bei Männern stehen an vierter Stelle die Verletzungen mit einem Anteil von 11,8 Prozent an den AU-Tagen.

Verletzungen stehen bei den Frauen mit einem Anteil von 7,4 Prozent am Gesamtkrankenstand an fünfter Stelle.

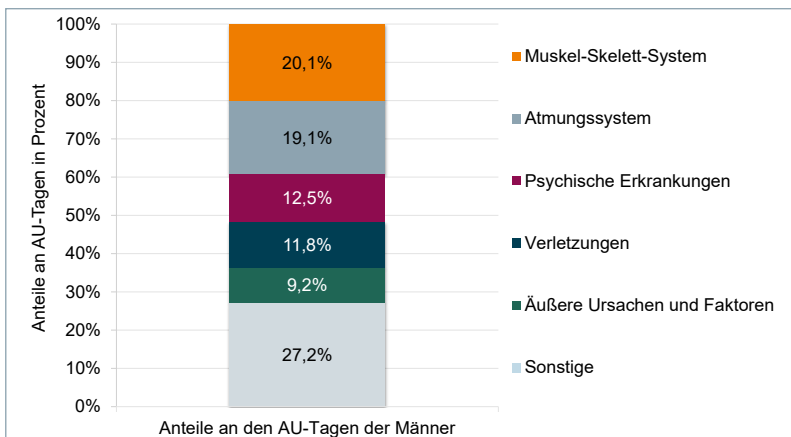
Erkrankungen durch Äußere Ursachen und Faktoren auf Platz fünf bei Männern

An fünfter Stelle stehen bei Männern die Erkrankungen durch Äußere Ursachen und Faktoren mit einem Anteil von 9,2 Prozent am Krankenstand. Mit einem Anteil von 11,1 Prozent nehmen diese Erkrankungen bei Frauen den vierten Platz ein.

Ferner wird aus Abbildung 19 und Abbildung 20 deutlich, dass bei Frauen und Männern fast der gleiche Anteil des Krankenstandes (27,7 Prozent bei Frauen und 27,2 Prozent bei Männern) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt.

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

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

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

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

3.3 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Abbildung 21 zeigt die Bedeutung der sechs wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 22 in den fünf höheren Altersgruppen. Wie aus den Abbildungen ersichtlich wird, steigt die Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, und zwar von 5,9 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen auf 25,4 Prozent bei den über 60-Jährigen.

**Erkrankungen
des Muskel-
Skelett-Systems
im Alter**

Ursächlich für diesen Anstieg sind verstärkt langwierige chronisch-degenerative Erkrankungen im Alter (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2003 und 2018: „Rückenerkrankungen“).

**Atemwegs-
erkrankungen**

Die Bedeutung von Atemwegserkrankungen ist in der unteren Altersgruppe am größten. 36,2 Prozent der Fehltage in dieser Altersgruppe sind damit begründet, mit zunehmendem Alter nimmt ihre Bedeutung für den Krankenstand deutlich ab.

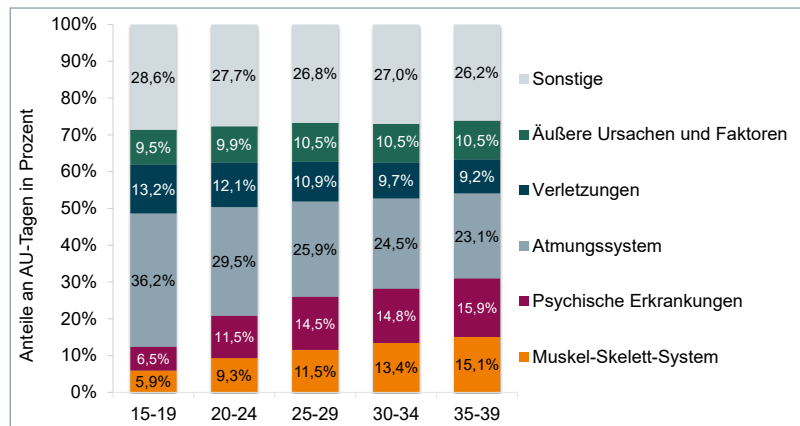
**Fehltage auf-
grund von Ver-
letzungen bei
den Jüngsten
am höchsten**

Bei den Verletzungen verhält es sich genau umgekehrt: Ihr Anteil am Krankenstand ist in der jüngsten Altersgruppe mit 13,2 Prozent am höchsten. Mit zunehmendem Alter nimmt ihre Bedeutung für den Gesamtkrankenstand jedoch ab. Bei den über 60-Jährigen entfallen nur noch 8,8 Prozent aller Ausfalltage auf Erkrankungen mit dieser Diagnose (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2011: „Wie gesund sind junge Arbeitnehmer?“).

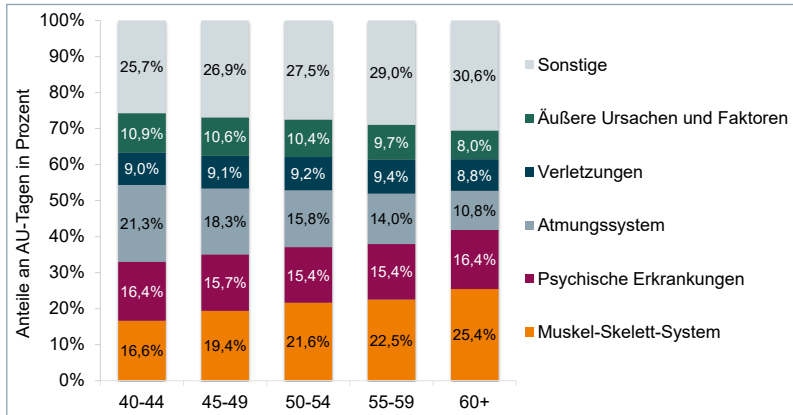
**Fehltage auf-
grund von
psychischen
Erkrankungen**

Der Anteil der psychischen Störungen am Gesamtkrankenstand steigt von 6,5 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 15,9 Prozent bei den 35- bis 39-Jährigen an. Ab dem 40. Lebensjahr bleibt die relative Bedeutung psychischer Erkrankungen (bei insgesamt steigendem Krankenstandsniveau) entgegen dem Rückgang in den Vorjahren, relativ konstant. Psychische Erkrankungen haben somit in den oberen Altersgruppen an Bedeutung gewonnen.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

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

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

3.4 Die wichtigsten Einzeldiagnosen

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

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

Bei den Atemwegserkrankungen sind „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (J06) die wichtigste Einzeldiagnose. Eine weitere wichtige Einzeldiagnose dieser Erkrankungsgruppe waren „Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]“ (J00) und sonstige Krankheiten der Atemwege (J98).

Auf dem zweiten Platz der AU-Tage stehen die „Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07.-“ (U07). Bei diesen Krankenschreibungen handelt es sich fast vollständig um Krankenschreibungen mit den Schlüsselnummern U07.1 und U07.2 mit denen die COVID-19-Erkrankung codiert wird.

Auf Rang drei stehen „Rückenschmerzen“ (M54). Auf den Rängen 10 bis 12 folgen weitere wichtige Einzeldiagnosen aus dem Kapitel der Muskel-Skelett-Erkrankungen: „Schulterläsionen“ (M75), „Sonstige Bandscheibenschäden“ (M51) und „Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert“ (M25). Weiter

Um Geschlechtsunterschiede erweiterte Tabelle im Anhang II

Rang 1: Akute Infektionen der oberen Atemwege

Rang 2: COVID-19-Erkrankungen

Rang 3: Rückenschmerzen

hinten folgen noch, „Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]“ (M23).

Depressive Episoden auf Platz 4

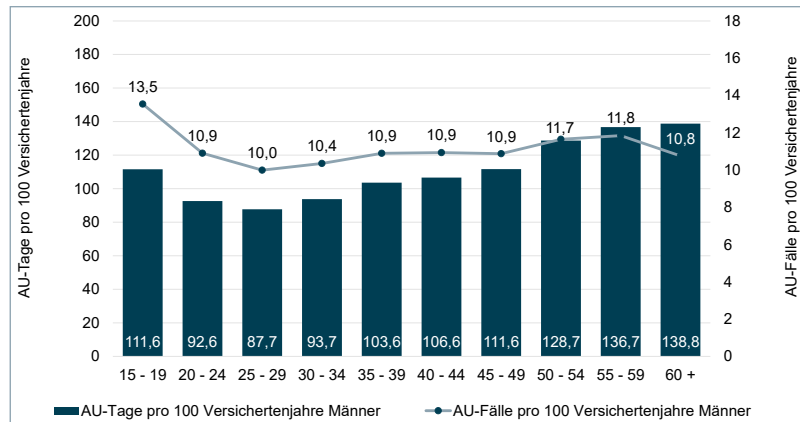
An vierter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen 2022 die „Depressiven Episoden“ (F32) gefolgt von „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) sowie „Andere neurotische Störungen“ (F48) auf Platz sieben sowie „Rezidivierende depressive Störungen“ (F33). Auf Platz 13 stehen darüber hinaus noch „Angststörungen“ (F41).

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fallen außerdem die sogenannten Magen-Darm-Infektionen „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs“ (A09) sowie der Brustkrebs „bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“ (C50). Ebenfalls enthalten sind aus der Erkrankungsgruppe der Verletzungen „Verstauchungen und Zerrungen“ (S83) und nicht näher bezeichnete Verletzungen (T14).

Coronavirus-Erkrankung

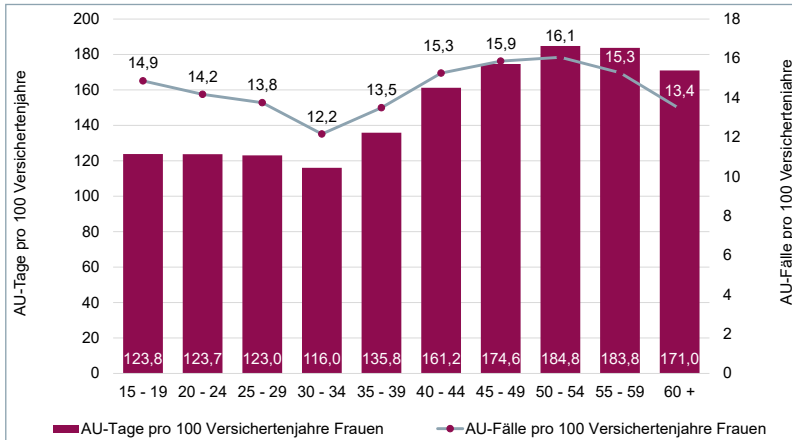
Die meisten Krankschreibungen aufgrund einer Coronavirus-Erkrankung gab es in den oberen Altersgruppen, hier kam es auch zu überdurchschnittlich vielen Fehltagen. Nach einem leichten Rückgang in den jüngsten Altersgruppen erkennt man bei Männern ab der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen und bei den Frauen ab den 30- bis 34-Jährigen eine deutliche Zunahme der Fehltag.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr

Gegenüber dem Vorjahr gab es eine starke Veränderung bei der Diagnose „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“. Der Anteil am Krankenstand stieg von 5,8 Prozent auf 13,9 Prozent in 2022.

Den stärksten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei der Diagnose „Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07.-“. Der Anteil am Krankenstand hat sich im Jahr 2022 mehr als vervierfacht und liegt mit einem Anteil von 6,6 Prozent auf Platz 2 (1,6 Prozent in 2021).

Der Anteil der Rückenschmerzen am Krankenstand ist dagegen deutlich gesunken von 6,5 Prozent am Gesamtkrankenstand in 2021 auf einen Anteil von 5,3 Prozent in 2022.

Der Anteil der Diagnose „Depressive Episode“ sank um 1,0 Prozentpunkt auf 4,4 Prozent in ihrer Bedeutung.

Die Diagnose „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ sank ebenfalls von 4,7 Prozent auf 3,9 Prozent.

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

Die Diagnosen „Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation“ und „Sonstige Krankheiten der Atemwege“ sind in 2022 neu unter den Top 20 der wichtigsten Einzeldiagnosen zu finden.

Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2022

ICD-10	Diagnose	Anteil AU-Tag	Anteil AU-Fälle
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	13,9%	23,1%
U07	Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07.-	6,6%	7,2%
M54	Rückenschmerzen	5,3%	5,1%
F32	Depressive Episode	4,4%	0,9%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3,9%	1,7%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,9%	3,1%
F48	Andere neurotische Störungen	1,7%	0,7%
F33	Rezidivierende depressive Störung	1,6%	0,3%
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	1,6%	4,5%
M75	Schulterläsionen	1,4%	0,5%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,3%	0,4%
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	1,2%	0,8%
F41	Andere Angststörungen	1,2%	0,3%
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	1,1%	2,1%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,0%	0,3%
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0,9%	0,1%
F45	Somatoforme Störungen	0,9%	0,4%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	0,9%	0,3%
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	0,8%	1,4%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	0,8%	0,7%
Summe		52,6%	53,8%

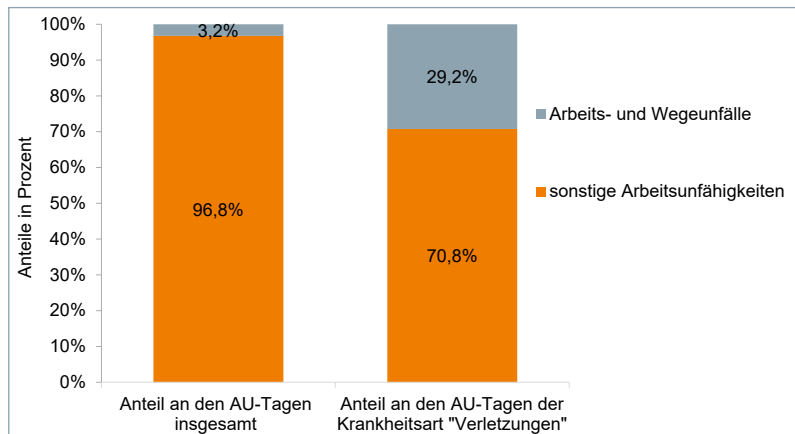
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

3.5 Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen

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

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

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

2022 wurden je 100 ganzjährig versicherter Mitglieder der DAK-Gesundheit 64,3 AU-Tage und 2,5 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamtkrankenstand betrug 3,2 Prozent.

Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier knapp 30 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle am Gesamtkrankenstand (2021: 4,4 Prozent) gesunken. Als Anteil an der Krankheitsart „Verletzungen“ sind Arbeits- und Wegeunfälle gegenüber dem Vorjahr (2021: 30,9 Prozent) ebenfalls leicht gesunken.

4. Schwerpunktthema 2023: Gesundheitsrisiko Personalmangel

4.1 Hintergrund und Aufbau

Nach dem Abklingen der COVID-19-Pandemie rückt in Deutschland der demografische Wandel bzw. dessen immer deutlicher werdenden Auswirkungen wieder stärker in den Fokus. Mit dem Austritt der sog. Babyboomer Generation⁵ aus dem Arbeitsleben wird der Mangel an Arbeitskräften im Allgemeinen und an Fachkräften im Speziellen zunehmen. Zusätzlich haben die wirtschaftlichen Folgen der COVID-19-Pandemie das Probleme in verschiedenen Branchen noch verschärft. Betriebe, die in Folge des Lockdowns schließen mussten, haben teilweise Beschäftigte entlassen müssen, um eine Insolvenz zu verhindern. Viele dieser entlassenen Beschäftigten haben sich beruflich umorientiert und verstärken die Situation des Personalmangels in Branchen wie dem Gastgewerbe oder dem Einzelhandel.

Eine Befragung des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts bei Betriebs- und Personalräten zeigt, dass offene Stellen in den Branchen Baugewerbe, öffentliche Dienstleistungen und dort besonders im Gesundheitswesen unbesetzt bleiben, ebenso in der Branche Erziehung und Unterricht. Die Hauptursache der offenen Stellen ist, dass es keine geeigneten Bewerberinnen und Bewerber auf dem Arbeitsmarkt gibt (Ahlers und Villalobos 2022). Eine Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft zeigt, dass besonders in Berufen, die vorwiegend von Männern oder Frauen ausgeübt werden, ein Fachkräftemangel herrscht. Dazu zählen Berufe der Sozialarbeit und -pädagogik, Kinderbetreuung und -erziehung, Altenpflege, Bauelektrik und die Gesundheits- und Krankenpflege (Hickmann und Koneberg 2022).

Dieser Personalmangel führt nicht nur zu Nachteilen im wirtschaftlichen Wettbewerb und Produktivitätseinbußen, sondern hat auch Auswirkungen auf die verbliebenen Beschäftigten der Betriebe: die Arbeitsintensität und -dichte nimmt zu, was sich auch auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken kann (Soucek und Voss 2022). Diese Mehrbelastung der Belegschaft erwarten auch die Betriebe. Eine solche (zunehmende) Mehrbelastung wird überdurchschnittlich stark von den Unternehmen der Gesundheitswirtschaft und des Gastgewerbes erwartet, also in jenen Branchen, in denen Personalengpässe ohnehin stark ausgeprägt sind, die zu erbringenden Dienstleistungen in aller Regel nicht auf spätere Zeitpunkte verschoben werden können und ein Ersatz von Personal durch technische Lösungen kaum oder gar nicht möglich ist (DIHK 2021).

Einige Branchen sind besonders durch Personalmangel betroffen

Verbleibende Beschäftigte erleben Auswirkungen auf ihre Gesundheit

⁵ Umfasst Personen, die zwischen 1950 bis 1969 geboren sind.

„Immer mehr Berufsgruppen sind von Personalengpässen betroffen. Dies führt dazu, dass Dienstleistungen und Aufträge nicht erfüllt werden können. Der Fachkräftemangel im Bildungswesen bedeutet, dass die jungen Generationen nicht optimal ausgebildet werden, woraus weitere Engpässe auf dem Arbeitsmarkt resultieren. Es drohen gesamtgesellschaftliche Wohlstandsverluste. Allgemein lastet mehr Arbeit auf weniger Schultern, was zu gesundheitlichen Folgen bzw. einem höheren Krankenstand führen kann.“

Frau Dr. Susanne Seyda, Institut der deutschen Wirtschaft (IW)

Personalmangel stellt die Betriebe vor ein Dilemma und eröffnet einen Kreislauf. Der Zeit- und Termindruck der Belegschaft erhöht sich und führt zu erschwerten Arbeitsbedingungen, gesundheitlichen Risiken und Fehlzeiten. Dadurch werden bereits vorhandene Personalengpässe verstärkt und eine Mitarbeiterfluktuation begünstigt. Der bereits herrschende Personal- und Fachkräftemangel ist also nicht mehr alleinige Ursache für betriebliche Personalengpässe, sondern ebenso die unzureichende Personalstrategien der Unternehmen (Ahlers et al. 2020). Neben betrieblichen Strategien müssen individuelle Ansätze gewählt werden, um mit der Arbeitsverdichtung umzugehen (Soucek und Voss 2022).

„Viele Unternehmen sind extrem gefordert mit den Kräften, die ihnen zur Verfügung stehen, die vollen Auftragsbücher abzuarbeiten. Es entsteht ein ‚Rennen im Hamsterrad‘. Es erfordert Mut, Weitsicht, Wissen und strategisches Vorgehen, um aus diesem Hamsterrad auszutreten. Dies kann auch bedeuten auf Aufträge, Umsatz und Gewinn zu verzichten und Geld und Zeit in den strategischen Aufbau von Personalarbeit zu stecken. Ein strategisches Vorgehen die passenden Rahmenbedingungen für die veränderte Situation zu schaffen, wird allerdings von hoher Bedeutung sein, um in Zukunft wettbewerbsfähig zu bleiben.“

Frau Zuzana Blazek, Institut der deutschen Wirtschaft (IW)

Auch die Politik hat in den letzten Legislaturperioden Maßnahmen zum Umgang mit dem zunehmenden Personal- und Fachkräftemangel umgesetzt: 2011 hat die Bundesregierung ein Konzept zur Fachkräftesicherung beschlossen. Das Konzept beinhaltet fünf Maßnahmen zur Sicherung des zukünftigen Fachkräftebedarfs: (1) Aktivierung und Beschäftigungssicherung, (2) Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, (3) Bildungschancen für alle von Anfang an, (4) Qualifizierung: Aus- und Weiterbildung sowie (5) Integration und qualifizierte Zuwanderung. Im Jahr 2018 wurde dann die Fachkräftestrategie verabschiedet. Der Fokus der Fachkräftestrategie liegt auf den inländischen Potenzialen. Neben Maßnahmen im Bereich der Ausbildung, Qualität der Arbeit und Vereinbarkeit von Familie und Beruf bildet die Qualifizierung und Weiterbildung der jetzt im Berufsleben stehenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern einen Schwerpunkt.

Die prioritären Handlungsfelder der jetzigen Bundesregierung liegen in der zeitgemäßen Ausbildung, einer gezielten Weiterbildung, dem Heben von Arbeitspotenzialen zur Erhöhung der Erwerbsbeteiligung, einer Verbesserung der Arbeitsqualität bzw. einem Wandel der Arbeitskultur sowie einer modernen Einwanderungspolitik und der Reduzierung von Abwanderungen. Maßnahmen, die die Gesundheit der verbliebenen Beschäftigten fördern, sind in den politischen Konzepten auf „erster Handlungsebene“ nicht angeführt.

Der DAK-Gesundheitsreport fokussiert sich in seinem Schwerpunktthema auf die aus dem Personalmangel resultierenden gesundheitsbezogenen Probleme und Bedarfe der Beschäftigten und die Möglichkeiten auf Seiten der Betriebe, diesen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu begegnen. Im Besonderen werden dabei Frauen und Männer in Vollzeit oder Teilzeit über die verschiedenen Lebensphasen betrachtet. Darüber hinaus wird vertiefend die gesundheitliche Situation von älteren Beschäftigten vor dem Hintergrund einer möglichst langen Erwerbsbeteiligung in guter Gesundheit betrachtet.

Der Abschnitt 4.2 zeigt auf, unter Rückgriff auf die Ergebnisse der repräsentativen deutschlandweiten Beschäftigtenbefragung, wie verbreitet der Personalmangel unter den befragten Beschäftigten ist und welche Branchen und Berufe überdurchschnittlich stark betroffen sind. Zudem werden die Gründe des Personalmangels beleuchtet.

Welche Folgen Personalmangel mit sich bringt, wird in Abschnitt 4.3 dargestellt. Neben den direkten Auswirkungen auf den Arbeitsalltag werden die Folgen für das Privatleben und die Gesundheit aufgezeigt. Zudem reagieren die Beschäftigten, die unter Personalmangel leiden, mit verschiedenen Strategien bzw. Maßnahmen auf die Situation im Betrieb. Mit Hilfe der Daten der Arbeitsunfähigkeit-Statistik werden für besonders stark vom Personalmangel betroffene Berufe Fehlzeiten und Krankenstände abgebildet.

Vor dem Hintergrund der beiden Strategien dem Personalmangel zu begegnen, nämlich (1) eine stärkere Erwerbsbeteiligung insbesondere von Frauen und (2) eine längere Erwerbsbeteiligung in Gesundheit, befasst sich Abschnitt 4.4 mit der Situation von Frauen und Männern in Voll- oder Teilzeit in den verschiedenen Lebensphasen und der Situation ältere Beschäftigter. Es wird dabei die gesundheitliche Situation der jeweiligen Gruppen untersucht, die Motivation zum Arbeiten in Teilzeit und die Motivation zum Ausweiten der Arbeitszeit analysiert sowie das Potenzial einer stärkeren und längeren Erwerbsbeteiligung abgeschätzt.

Der DAK-Gesundheitsreport fokussiert die gesundheitliche Situation der Beschäftigten

Abschnitt 4.2: Verbreitung von Personalmangel im Arbeitsbereich

Abschnitt 4.3: Folgen des Personalmangels für Arbeitsalltag, Freizeitverhalten und Gesundheit

Abschnitt 4.4: Strategien dem Personalmangel zu begegnen

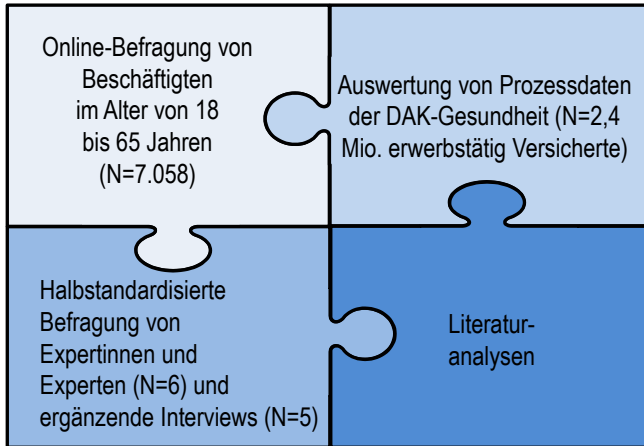
- Abschnitt 4.5:** Abschnitt 4.5 befasst sich mit Ansätzen von Betrieben, um die Gesundheit ihrer Belegschaft aktiv zu fördern. Es wird dargestellt, welchen Stellenwert Gesundheit in den Unternehmen hat und wie Beschäftigte die Unterstützung durch die Betriebe bewerten. Es wird dargestellt wie verbreitet Angebote der Betriebe zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben sowie für ältere Beschäftigte sind und wie stark diese genutzt werden sowie welche weiteren Bedarfe der Beschäftigte bestehen.
- BGM als Element der Personalkräfte-sicherung**
- Abschnitt 4.6:** Abschließend erfolgt in Abschnitt 4.6 eine abschließende Zusammenfassung der Ergebnisse des Schwerpunktthemas.
- Zusammenfassung**

4.1.1 Datenquellen des Schwerpunktthemas

Die Ergebnisse dieses Reports stützen sich auf verschiedene Datenquellen (Abbildung 26). Hierbei handelt es sich zum einen um die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit, die durch weitere Daten der DAK-Gesundheit zu ambulanten Behandlungen ergänzt werden. Zum anderen wurde eine standardisierte Online-Befragung von 7.058 abhängig Beschäftigten im Alter von 18 bis 65 Jahren durchgeführt.

Eine weitere Datenquelle stellt eine halbstandardisierte Befragung von Expertinnen und Experten aus der Forschung und betrieblichen Praxis zur betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Sie wurden u. a. zu den aktuellen Entwicklungen der Personal- und Fachkräftesituation, dem Potenzial der Personal- und Fachkräftesicherung durch eine stärkere Arbeitszeitausweitung von Beschäftigten in Teilzeit und einer längeren Erwerbsbeteiligung von älteren Beschäftigten befragt. Außerdem wurden sie um eine Einschätzung gebeten, welchen Stellenwert verschiedene Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Sicherung der vorhandenen und zur Gewinnung weiterer Personal- und Fachkräfteresourcen haben. Der Fragebogen zur Befragung der Expertinnen und Experten ist im Anhang beigefügt.

Insbesondere zum Potenzial gesundheitsförderlicher Strukturen in Unternehmen für eine stärkere und längere Erwerbsbeteiligung in guter Gesundheit von Beschäftigten wurden im Januar und Februar 2023 zusätzlich leitfadengestützte Interviews durchgeführt.

Abbildung 26: Dem Schwerpunktthema zugrunde liegende Datenquellen

Quelle: IGES, eigene Darstellung

4.1.2 Bevölkerungsbefragung: Methodik und Soziodemografie der Stichprobe

Die standardisierte Befragung von 7.058 Erwerbstätigen, d. h. abhängig Beschäftigten, ist die Basis für zahlreiche Ergebnisse des Reports, insbesondere zur Situation des Personalmangels im Betrieb und im Arbeitsbereich der Beschäftigten und daraus resultierenden Belastungen.

Weitere Themen des Fragebogens sind das Arbeiten in Teil- oder Vollzeit, die gesundheitliche Situation der Beschäftigten sowie Angebote zur Erleichterung der Ausweitung der Erwerbsbeteiligung insbesondere von Frauen und älterer Beschäftigten und die Inanspruchnahme dieser Angebote.

Die Befragung wurde im Zeitraum 29. November 2022 bis 20. Dezember 2022 durch die forsa Politik- und Sozialforschung GmbH als Online-Befragung realisiert. Das von forsa verwendete Panel befragt auch Personen ohne Internetanschluss (diese Gruppe nimmt mittels einer Box am Fernsehgerät an Befragungen teil), sodass es hier nicht zu einer Verzerrung dahingehend kommt, dass nur Personen mit Internetanschluss beteiligt wären. Die Rücklaufquote wird von forsa mit 37 Prozent angegeben. Alle hier dargestellten Auszählungen und Analysen wurden durch das IGES Institut auf Basis des von forsa übernommenen Rohdatensatzes erstellt.

Die Befragten wurden auf Basis der Daten des Mikrozensus nach Alter, Geschlecht und Bundesland gewichtet, sodass der Datensatz repräsentativ für die abhängig beschäftigte Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren in Deutschland ist. Tabelle 2 zeigt die Demografie der Befragten ohne Verwendung der Gewichtung.

Die Befragung ist repräsentativ für die abhängig Beschäftigten in Deutschland

Tabelle 3 zeigt die Befragten nach Alter und Geschlecht mit verwendetem Gewicht. Alle weiteren Auswertungen basieren auf dem gewichteten Datensatz.

Tabelle 2: Befragte nach Altersgruppen und Geschlecht (ungewichtet)

Altersgruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Tabellenprozent	Anzahl	Tabellenprozent	Anzahl	Tabellenprozent
18-29	259	3,7%	226	3,2%	485	6,9%
30-39	923	13,1%	692	9,8%	1.615	22,9%
40-49	1.073	15,2%	973	13,8%	2.046	29,0%
50-59	1.005	14,2%	914	12,9%	1.919	27,2%
60-65	550	7,8%	443	6,3%	993	14,1%
Gesamt	3.810	54,0%	3.248	46,0%	7.058	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Tabelle 3: Befragte nach Altersgruppen und Geschlecht (gewichtet)

Altersgruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Tabellenprozent	Anzahl	Tabellenprozent	Anzahl	Tabellenprozent
18-29	366	5,2%	351	5,0%	717	10,2%
30-39	1.067	15,1%	871	12,3%	1.938	27,5%
40-49	901	12,8%	901	12,8%	1.802	25,5%
50-59	845	12,0%	853	12,1%	1.698	24,1%
60-65	474	6,7%	428	6,1%	902	12,8%
Gesamt	3.654	51,8%	3.404	48,2%	7.058	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Tabelle 4 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe nach Geschlecht und höchstem Schulabschluss. Etwa ein Drittel der Frauen und rund 28 Prozent der Männer haben einen mittleren Schulabschluss. Rund 6 Prozent der Frauen und 8 Prozent der Männer haben einen einfachen oder keinen Schulabschluss. Einen Hochschulabschluss oder ein Studium geben 61 Prozent der Frauen und 64 Prozent der Männer an.

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

Tabelle 4: Befragte nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht

Ab- schluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
einfach ⁶	296	8,1%	213	6,3%	509	7,2%
mittl. Ab- schluss ⁷	1.010	27,7%	1.095	32,2%	2.105	29,9%
Hochschu- le/Abitur ⁸	2.328	63,9%	2.086	61,4%	4.413	62,7%
anderer	9	0,3%	5	0,2%	14	0,2%
Gesamt	3.643	100,0%	3.399	100,0%	7.042	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Tabelle 5: Befragte nach beruflicher Statusgruppe und Geschlecht

Status- gruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Arbeiter	517	14,2%	176	5,2%	693	9,8%
Angestell- te	2.714	74,3%	2.893	85,0%	5.607	79,4%
Beamte	422	11,6%	335	9,8%	757	10,7%
Gesamt	3.654	100,0%	3.404	100,0%	7.058	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Hinweise zur Darstellung der Befragungsergebnisse bei fehlenden Werten und Teilgruppenauswertungen

Nicht alle Befragte antworteten auf alle Fragen. Dadurch gibt es bei den meisten Fragen fehlende Antworten. Der Anteil fehlender Angaben bewegt sich in der Regel in der Größenordnung von 1 Prozent oder weniger. Sie werden daher in den Tabellen und Grafiken nicht berichtet und ausgewiesen. Generell gilt also: Die Differenz zwischen der unter einer Grafik angegebenen Anzahl (n) und der Gesamtzahl von Befragten (7.058) kommt durch „keine Angabe“ bzw. die Antwort „weiß nicht“ zustande. Einige Auswertungen beziehen sich nur auf einen Teil der Befragten, z. B. auf den Teil der Befragten, der von Personalmangel betroffen ist. In diesen Fällen verringert sich die Anzahl der Befragten („n“) auf diese jeweilige Gruppe.

⁶ ohne Abschluss, Haupt-/Volksschulabschluss

⁷ mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife, Abschluss der Polytechnischen Oberschule (8./10. Klasse)

⁸ Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule, Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, Fach-/Hochschulstudium

Auch hier kann es wiederum „keine Angabe“ oder „weiß nicht“-Antworten geben, die diese Zahl verringert. In vielen Fällen werden innerhalb einer Darstellung die Antworten zu mehreren Fragen dargestellt. In diesen Fällen kann die Zahl der Befragten, die auf diese Fragen geantwortet haben, unterschiedlich sein (i. d. R. sind diese Unterschiede gering). Hier wird für die Zahl der Befragten ein Bereich angegeben (z. B. n=3.861–3.917).

4.2 Verbreitung Personalmangel im Betrieb/ im Arbeitsbereich

Nach Personalmangel im Betrieb allgemein gefragt, geben 72 Prozent der Befragten an, dass es in ihrem Betrieb Personalmangel gibt. Überdurchschnittlich oft tritt der Personalmangel bei Beschäftigten auf, die in der Branche Verkehr und Lagerei tätig sind (80 Prozent), gefolgt von Beschäftigten im Gastgewerbe, der Energieversorgung sowie dem Gesundheits- und Sozialwesen (jeweils zu 79 Prozent). Darüber hinaus besonders stark betroffen sind Beschäftigte im Baugewerbe, in der Branche Erziehung und Unterricht und die öffentliche Verwaltung (jeweils zu 77 Prozent). Bereits im Zuge der COVID-19-Pandemie ist der Personalmangel in diesen Branchen in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt und wird im Zuge der Beschäftigtenbefragung noch einmal bestätigt. Auffällig ist, dass Beschäftigte, die in Kleinstunternehmen (mit weniger als zehn Beschäftigten) arbeiten seltener von Personalmangel im Betrieb berichten als Beschäftigte in Betrieben mit mehr Beschäftigten (ohne Darstellung).

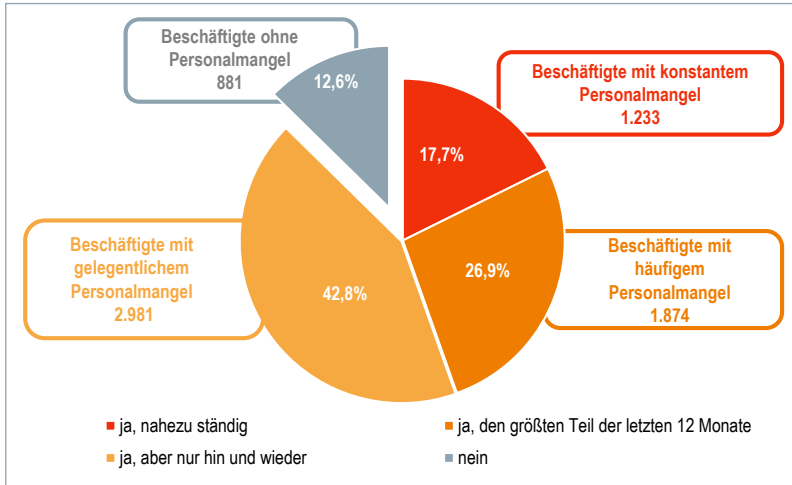
Für die weitere Analyse, die sich mit den Auswirkungen des Personalmangels auf die Beschäftigten befasst, soll der eigene Arbeitsbereich der Beschäftigten im Fokus stehen. Es ist nicht immer davon auszugehen, dass Personalmangel im gesamten Betrieb verbreitet ist und sich somit in allen Arbeitsbereichen zeigt. Umgekehrt können auch Beschäftigte in wenigen oder nur einem Arbeitsbereich von Personalmangel betroffen sein, ohne dass der gesamte Betrieb betroffen ist. Daher wurde mit Blick auf den eigenen Arbeitsbereich der Beschäftigten gefragt, ob es in den letzten zwölf Monaten Phasen gab, in denen die Arbeit mit dem vorhandenen Personal nur unter großen Anstrengungen zu bewältigen war und wie häufig diese Situation vorgekommen ist (nahezu ständig, den größten Teil der letzten zwölf Monate, hin und wieder oder nie).

Personalmangel im Arbeitsbereich bei 87,4 Prozent der Beschäftigten

Im Ergebnis zeigt sich, dass mit 87,4 Prozent die große Mehrheit der befragten Beschäftigten der Frage nach dem Personalmangel im Arbeitsbereich zustimmt. 44,6 Prozent der Beschäftigten hat in den letzten zwölf Monaten nahezu ständig (17,7 Prozent) oder den größten Teil der Zeit (26,9 Prozent) die Arbeit mit dem vorhandenen Personal nur unter großen Anstrengungen bewältigt. Bei 42,8 Prozent kam diese Situation nur hin und wieder vor. Lediglich 12,6 Prozent der Beschäftig-

ten konnten in den letzten zwölf Monaten die Arbeit mit dem vorhandenen Personal gut bewältigen (vgl. Abbildung 27).

Abbildung 27: Anteil Beschäftigte mit Personalmangel im Arbeitsbereich in den letzten 12 Monaten



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten n = 6.968

Für die weiteren Darstellungen im Bericht sollen für die vier Gruppen aus Abbildung 27 folgende Bezeichnungen verwendet werden:

Befragte, die in den letzten zwölf Monaten die Arbeit mit dem vorhandenen Personal „nahezu ständig“ nur unter großen Anstrengungen bewältigen konnten, bilden in dem Bericht die Gruppe der *Beschäftigten mit konstantem Personalmangel*. Befragte Personen, die „den größten Teil der letzten zwölf Monate“ nur unter großen Anstrengungen mit dem vorhandenen Personal die Arbeit bewältigten, bildet die Gruppe der *Beschäftigten mit häufigem Personalmangel*. Befragte, in deren Arbeitsbereich diese Situation nur „hin und wieder“ eintrat, bilden die Gruppe der *Beschäftigten mit gelegentlichem Personalmangel*. Gemeinsam bilden die drei vorangegangenen Gruppen, die Obergruppe der *Beschäftigten mit Personalmangel*. Die Gruppe der *Beschäftigten ohne Personalmangel* schließt die Befragten ein, die die Frage nach fehlendem Personal in den letzten zwölf Monaten verneinten (Abbildung 27).

Es zeigen sich kaum Unterschiede im Antwortverhalten nach Altersgruppen. Jüngere Beschäftigte sind zu etwas geringeren Anteilen von der Situation des Personalmangels betroffen. Fast ein Fünftel der Frauen (19,3 Prozent) gibt an zur Gruppe der Beschäftigten mit konstantem Personalmangel zu gehören, die Männer etwas seltener (16,2 Prozent) (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Personalmangel im Arbeitsbereich der Beschäftigten nach Alter und Geschlecht

Altersgruppen/ Geschlecht	Anteil Beschäftigte mit ...			
	konstantem Personalmangel	häufigem Personalmangel	gelegentlichem Personalmangel	ohne Personalmangel
18-34 Jahre	15,8%	24,9%	43,1%	16,2%
35-49 Jahre	18,2%	28,4%	42,8%	10,6%
50-65 Jahre	18,8%	27,1%	42,5%	11,6%
Männer	16,2%	26,9%	44,5%	12,4%
Frauen	19,3%	26,8%	40,9%	12,9%

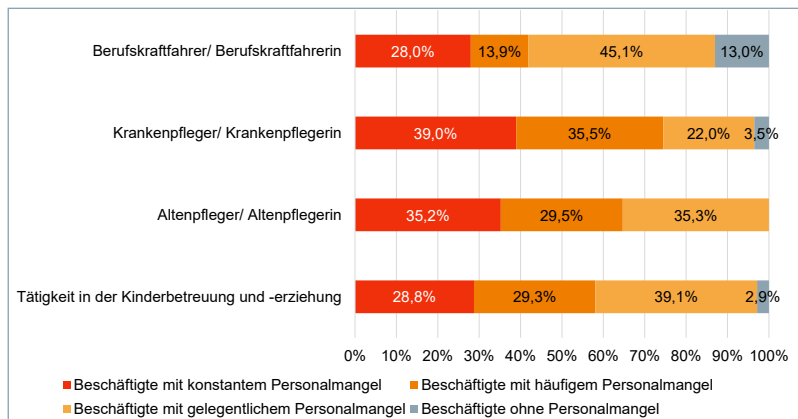
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten zum Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich n = 6.968

Besonders vom Personalmangel betroffen ist die Kranken- und Altenpflege

Deutliche Unterschiede in der Intensität der Belastung durch Personalmangel im Arbeitsbereich sind für unterschiedliche Berufsgruppen erkennbar. Fast Dreiviertel der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen sowie fast zwei Drittel der Altenpfleger und Altenpflegerinnen geben an, in den letzten zwölf Monaten konstant oder häufig von Personalmangel betroffen gewesen zu sein. Kein Befragter aus der Altenpflege gibt an Situationen ohne Personalmangel erlebt zu haben. Abbildung 28 stellt die Situation für die Berufsgruppen dar, die zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil von konstantem Personalmangel betroffen sind.

Abbildung 28: Personalmangel im Arbeitsbereich für ausgewählte Berufsgruppen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten zum Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich n = 6.968

„Der demographische Wandel trifft auf die Pflege doppelt zu: Zum einen gibt es immer mehr alte, multimorbide Patienten, die versorgt werden müssen. Zum anderen gibt es immer weniger junges Pflegepersonal, die sich um die Patienten kümmern.“

Herr Professor Dr. Volker Nürnberg, Gesundheitsmanagement an der Hochschule Allensbach

Nicht dargestellt ist der Befund, dass über die Hälfte der Beamten angibt zu den Beschäftigten zu gehören, die konstanten (21,5 Prozent) oder häufigen Personalmangel erleben (30 Prozent). Bei Angestellten sind es insgesamt 44 Prozent, wobei 17,1 Prozent von konstantem Personalmangel betroffen sind und 26,9 Prozent von häufigem. Bei Arbeitern sind insgesamt 41,8 Prozent betroffen (18,3 Prozent konstanter Personalmangel und 23,5 Prozent häufiger Personalmangel).

Wie bereits auf gesamtbetrieblicher Ebene geben die Beschäftigten in Kleinunternehmen (mit weniger als zehn Beschäftigten) auch für den eigenen Arbeitsbereich an seltener vom konstantem oder häufigem Personalmangel betroffen zu sein als größere Betriebe (ebenfalls ohne Darstellung). Möglicherweise ist bei Kleinunternehmen wegen der kleinen Organisationseinheit eine Trennung von betrieblichem Personalmangel und Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich nicht mehr möglich, was zu ähnlichen Antworten für beide Bereiche führt.

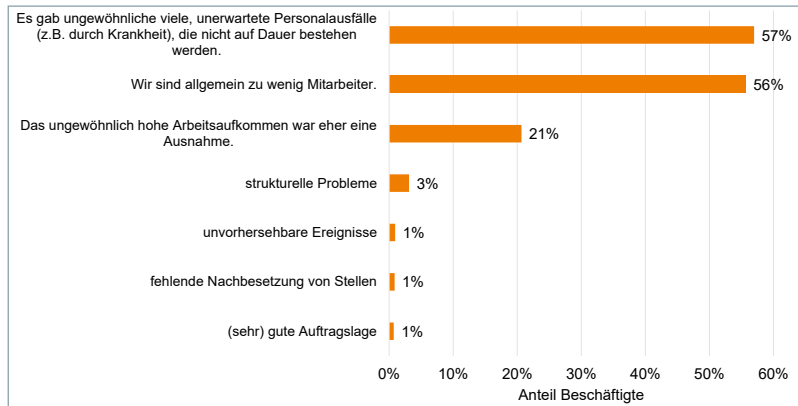
Was sind die Ursachen für die personellen Engpässe?

Die hohen Belastungsspitzen durch zu wenig Personal können für die vorhandenen Beschäftigten eines Arbeitsbereiches unterschiedliche Ursachen haben. Zum einen können allgemein zu wenige Mitarbeiter für die zu bewältigenden Aufgaben eines Arbeitsbereiches eingeplant sein oder es kann unerwartete Personalausfälle im Arbeitsbereich geben. Besonders schwierig ist die Situation, wenn beide Ursachen gemeinsam auftreten.

Abbildung 29 zeigt die Einschätzung der Beschäftigten mit Personalmangel zu den möglichen Gründen für die personellen Engpässe.

Beschäftigte, die in den letzten zwölf Monaten gelegentlich, häufig oder konstant vom Personalmangel betroffen waren, geben als häufigste Ursache für die Situation ungewöhnlich hohe Personalausfälle (57 Prozent) an. Fast genauso häufig wird als Grund für den Personalmangel genannt, dass im Arbeitsbereich allgemein zu wenige Mitarbeitende vorhanden sind (56 Prozent). Weitere 21 Prozent der Beschäftigten geben an, dass ein ungewöhnlich hohes Arbeitsaufkommen zur Situation beigetragen hat.

Abbildung 29: Gründe für die hohe Arbeitsbelastung im eigenen Arbeitsbereich

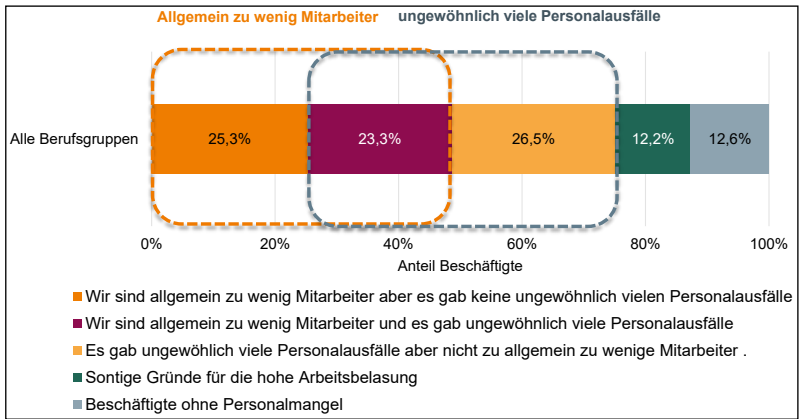


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten zum Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich nach Gründen n = 6.087

Für knapp ein Viertel der Beschäftigten kommen die beiden Situationen, dass es im Arbeitsbereich ganz allgemein zu wenig Beschäftigte gibt und es zusätzlich noch ungewöhnlich viele Personalausfälle gab, zusammen. Abbildung 30 zeigt wie sich die Situation bezogen auf alle Beschäftigten darstellt. Insgesamt 12,6 Prozent der Beschäftigten sind nicht vom Personalmangel betroffen (vgl. auch Abbildung 27). 48,6 Prozent aller Beschäftigter sind von Personalmangel betroffen, weil es allgemein zu wenige Mitarbeiter im Arbeitsbereich gibt. 49,8 Prozent aller Beschäftigten waren in den letzten 12 Monaten von Personalmangel betroffen, der unter anderem oder ausschließlich durch ungewöhnlich viele Personalausfälle verursacht wurde. Insgesamt 23,3 Prozent der Beschäftigten haben beide Ursachen für den Personalmangel im Arbeitsbereich angegeben – allgemein zu wenige Mitarbeiter und zusätzlich ungewöhnliche viele Personalausfälle.

Abbildung 30: Personalmangel im Arbeitsbereich und Gründe

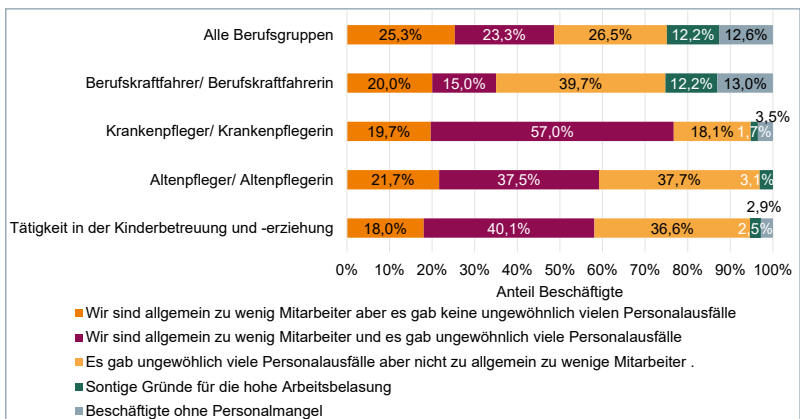


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: alle Befragten zum Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich n = 6.968

Vor allem in der Kinderbetreuung und der Krankenpflege waren sowohl ungewöhnlich viele, unerwartete Personalausfälle als auch allgemein zu wenige Mitarbeiter als Gründe für den Personalmangel verantwortlich. Abbildung 31 zeigt, dass für 57 Prozent der Beschäftigten in der Krankenpflege diese beiden Ursachen gemeinsam aufzutreten sind.

Abbildung 31 zeigt die Situation für die Berufsgruppen, die zu besonders großen Anteilen angeben, von einem konstanten Personalmangel betroffen zu sein (vgl. Abbildung 28).

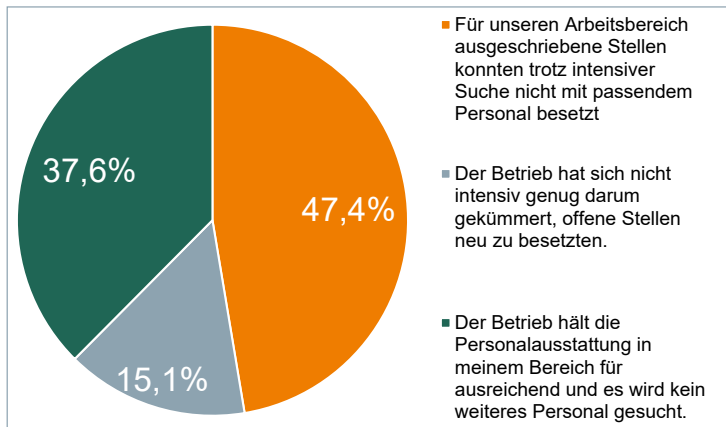
Abbildung 31: Personalmangel im Arbeitsbereich und Gründe für ausgewählte Berufsgruppen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: alle Befragten zum Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich n = 6.968

In welchem Maße Betriebe versucht haben den personellen Engpässen zu begegnen zeigt Abbildung 32. Beschäftigte mit Personalmangel wurden gefragt, wie es zu den personellen Engpässen in ihrem Arbeitsbereich kam. Fast die Hälfte der Beschäftigten mit Personalmangel gibt an, dass trotz intensiver Suche die ausgeschriebenen Stellen nicht mit passendem Personal besetzt werden können (47,4 Prozent). Bei über einem Drittel der Beschäftigten mit Personalmangel hält der Betrieb die Personalausstattung im Arbeitsbereich für ausreichend und ist gar nicht auf der Suche nach weiterem Personal (37,6 Prozent). 15,1 Prozent geben an, dass sich der Betrieb nicht intensiv genug darum gekümmert hat, offene Stellen neu zu besetzen.

Abbildung 32: Gründe für den Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten zum Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich nach Gründen n = 5.460

„Der Personalmangel bedeutet eine radikale Veränderung für die Betriebe. Strategien der Personalgewinnung, die die letzten 30 Jahre gut funktionierten, versagen jetzt oder in naher Zukunft. Man muss mit den Betrieben in den Dialog treten, um die dringende Notwendigkeit von BGM-Maßnahmen anzusprechen aber auch Hilfestellungen anbieten. Hier eignen sich besonders die Krankenkassen als Unterstützer und Partner.“

Klaus-Peter Mikulla, Beiersdorf Netzwerk 50+

„Die Betriebe stehen wegen des Personalmangels unter Druck und erwarten, dass sich die Situation noch verschlimmert. Trotzdem ist der erste Reflex der Betriebe als Gegenmaßnahme neues Personal einzustellen. Es sollte aber mehr über Digitalisierung, Umgestaltung von Prozessen, Bindung von Mitarbeitenden oder längere Erwerbsbeteiligung nachgedacht und gesprochen werden.“

Frau Professorin Dr. Jutta Rump, Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen, Institut für Beschäftigung und Employability

4.3 Folgen des Personalmangels für die Beschäftigten

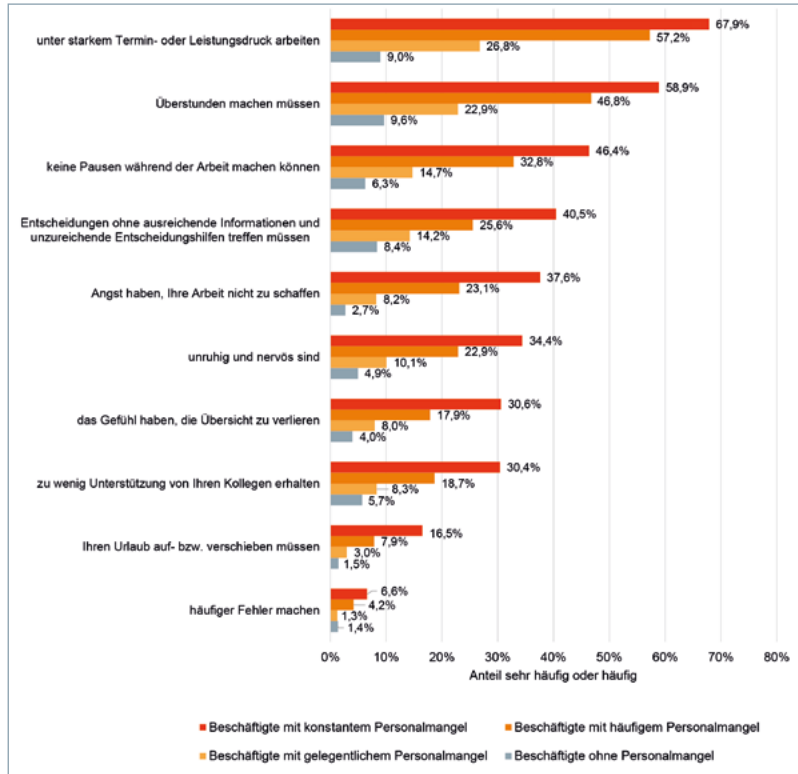
Ein Schwerpunkt der Beschäftigtenbefragung sind die möglichen Auswirkungen des Personalmangels auf den Arbeitsalltag, die Freizeit und Gesundheit der Beschäftigten.

Das Fehlen dringend benötigter Mitarbeiter führt zu einer Arbeitsverdichtung und Mehrbelastung der verbliebenen Beschäftigten im Betrieb. Der dauerhafte Personalmangel kann sich negativ auf die Arbeitsqualität und Produktivität der Beschäftigten auswirken (DIHK 2021). Darüber hinaus kann das erhöhte Arbeitsaufkommen die Gesundheit der Beschäftigten gefährden: Personalmangel führt zu Veränderungen der Arbeitsintensität hinsichtlich Tempos, Quantität und Qualität, was zu gesundheitsgefährdenden Belastungen der Erwerbstätigen führen kann (Hünefeld et al. 2021).

4.3.1 Auswirkungen im Arbeitsalltag

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass Personalengpässe im Arbeitsbereich der Beschäftigten dazu führen, dass die Anforderungen der Arbeit steigen: Über zwei Drittel der Beschäftigten mit konstantem Personalmangel arbeiten sehr häufig bzw. häufig unter starkem Termin- und Leistungsdruck (67,9 Prozent). Über die Hälfte gibt an, (sehr) häufig Überstunden machen zu müssen (58,9 Prozent). Über 40 Prozent der Beschäftigten mit konstantem Personalmangel kann während der Arbeit (sehr) häufig keine Pausen machen (46,4 Prozent) und trifft Entscheidungen ohne ausreichend Informationen bzw. unzureichende Entscheidungshilfen (40,5 Prozent). Über ein Drittel hat (sehr) häufig Angst ihre Arbeit nicht zu schaffen (37,6 Prozent) und ist unruhig und nervös (34,4 Prozent). Umso dauerhafter der Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich ist, desto häufiger treten Anforderungen auf, die auf eine hohe Arbeitsintensität hindeuten, dieser Zusammenhang ist in Abbildung 33 dargestellt. Bei Beschäftigten ohne Personalmangel arbeitet nicht einmal jeder zehnte (sehr) häufig unter starkem Termin- und Leistungsdruck (9 Prozent).

Abbildung 33: Anforderungen an die Arbeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: alle Befragten zum Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich n = 6.968

4.3.2 Auswirkungen auf die Freizeit und gesundheitliche Beschwerden

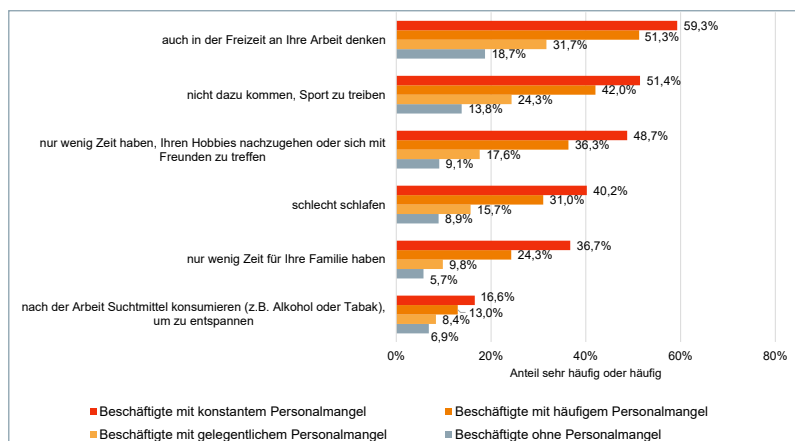
Abbildung 34 zeigt, dass die Situation des Personalmangels nicht nur zu belastenden Anforderungen während des Arbeitsalltages führt. Die hohe Arbeitsintensität führt zusätzlich dazu, dass es zu dauerhaften Auswirkungen auf das Privatleben der Beschäftigten kommt. Dargestellt ist der Anteil der Beschäftigten, die angegeben haben, dass die abgefragten Auswirkungen sehr häufig oder häufig aufgrund der Arbeit vorkommen. Die Darstellung differenziert dabei nach den vier Gruppen zum Personalmangel (inklusive derjenigen Beschäftigten ohne Personalmangel).

Auch hier zeigen die Ergebnisse, dass Beschäftigte mit Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich häufiger Einschränkungen in ihrem Privatleben bzw. ihrer Freizeit erleben. Beschäftigte mit konstantem Personalmangel geben zu 59,3 Prozent an, dass sie aufgrund ihrer Arbeitssituation auch in der Freizeit an ihre Arbeit denken müssen. Beschäftigte ohne Personalmangel denken nur zu 18,7 Prozent (sehr) häufig in der

Freizeit an ihre Arbeit. Beschäftigte, die von Personalmangel betroffen sind, geben zu höheren Anteilen an, dass sie es in ihrer Freizeit nicht schaffen Sport zu treiben oder ihren Hobbies nachzugehen. Beschäftigte mit konstantem Personalmangel geben zu 36,7 Prozent an, dass sie zu wenig Zeit für die Familie haben. Bei Beschäftigten mit gelegentlichem Personalmangel liegt der Anteil nur bei 9,8 Prozent. Auch das Gesundheitsverhalten leidet unter dem Personalmangel: Über die Hälfte der Beschäftigten mit konstantem Personalmangel kommt nicht dazu Sport zu treiben (51,4 Prozent), 40,2 Prozent schlafen schlecht und 16,6 Prozent konsumieren Suchtmittel, wie Alkohol oder Tabak, um nach der Arbeit zu entspannen.

Beschäftigte mit Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich weisen darüber hinaus häufiger gesundheitliche Beschwerden auf, wenn man nach der Häufigkeit (sehr häufig oder häufig) von verschiedenen gesundheitlichen Beschwerden während der Arbeit bzw. an Arbeitstagen fragt (vgl. Abbildung 35): Über die Hälfte der Beschäftigten mit konstantem Personalmangel berichten (sehr) häufig müde, matt oder erschöpft zu sein (62,9 Prozent). Fast die Hälfte der Beschäftigten mit häufigem Personalmangel gibt an (sehr) häufig unter diesen Beschwerden zu leiden (48,6 Prozent), ebenso über ein Viertel der Beschäftigten mit gelegentlichem Personalmangel (29,6 Prozent) und jeder fünfte der Erwerbstätigen ohne Personalmangel (21,5 Prozent). Rund die Hälfte der Beschäftigten mit konstantem Personalmangel gibt an (sehr) häufig emotional bzw. körperlich erschöpft zu sein (50,9 Prozent und 47,5 Prozent). Bei den Beschäftigten mit häufigem Personalmangel sind gut ein Drittel emotional oder körperlich erschöpft (34,6 Prozent und 33,3 Prozent). Über 40 Prozent der Beschäftigten mit konstantem Personalmangel gibt an nächtliche Schlafstörungen oder Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems zu haben, bei den Beschäftigten mit häufigem Personalmangel sind es über 30 Prozent.

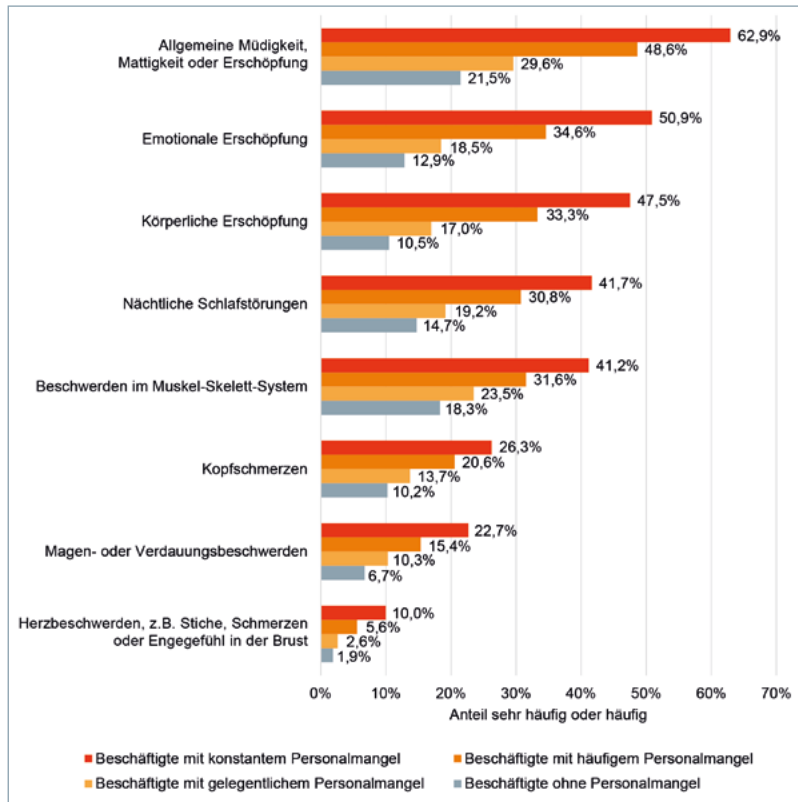
Abbildung 34: Auswirkungen der Arbeit auf das Privatleben der Beschäftigten



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten zum Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich n = 6.968

Abbildung 35: Gesundheitliche Beschwerden an Arbeitstagen in den letzten 12 Monaten



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

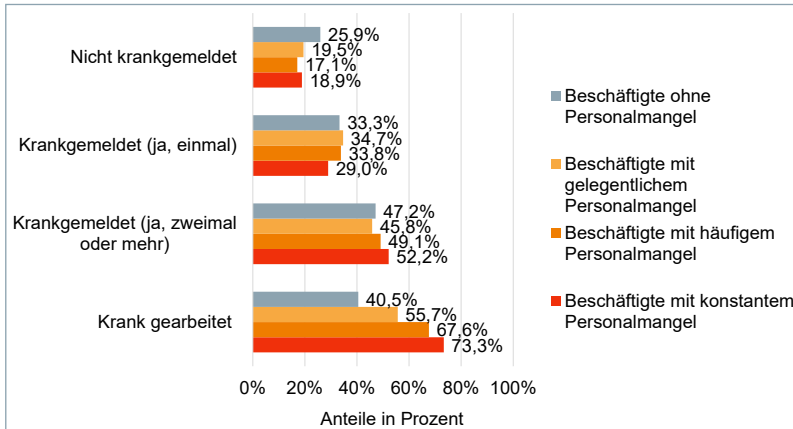
Basis: alle Befragten zum Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich n = 6.968

Krankmeldungen und trotz Erkrankung arbeiten

Je stärker der Personalmangel, desto häufiger arbeiten Beschäftigte trotz Erkrankung

Auch im Rahmen der Erwerbstätigenbefragung wird versucht das Fehlzeiten-Geschehen zu beleuchten (vgl. Abbildung 36). Dafür wurden die Erwerbstätigen gefragt, wie häufig sie sich in den letzten zwölf Monaten bei ihrer Arbeit krankgemeldet haben. Beschäftigte mit konstantem und häufigem Personalmangel gaben seltener an gar nicht krank gewesen zu sein und waren etwas stärker von Mehrfachkrankmeldungen betroffen.

Darüber hinaus gibt die Gruppe der Beschäftigten mit Personalmangel deutlich häufiger an krank gearbeitet zu haben als Beschäftigte ohne Personalmangel.

Abbildung 36: Anteil der Beschäftigten mit Krankmeldungen bzw. die trotz Erkrankung gearbeitet haben

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten zum Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich n = 6.968

4.3.3 Folgen der Belastungssituation

Die vorangehenden Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung geben Aufschluss, welche Folgen der Personalmangel hat. Die Beschäftigten mit Personalmangel berichten gehäuft von verschiedenen Arbeitsbelastungen, Auswirkungen auf das Privatleben und Freizeitverhalten sowie die eigene Gesundheit.

Welche Strategien verfolgen Beschäftigte aufgrund der Belastung durch den Personalmangel?

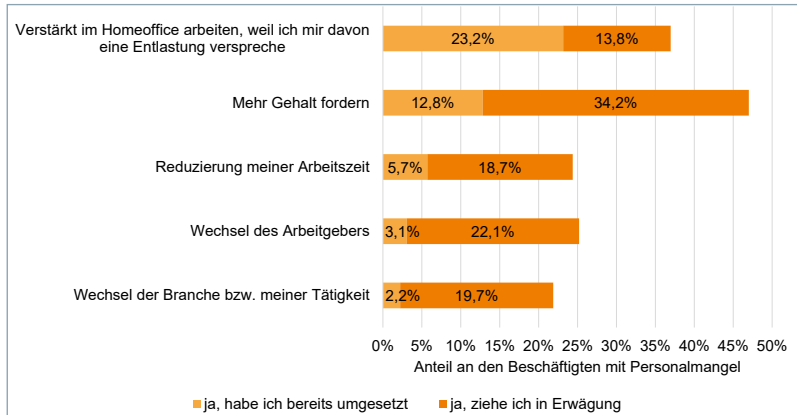
Ziehen die Beschäftigten Konsequenzen aus den Auswirkungen des Personalmangels? Die Beschäftigten mit Personalmangel wurden gefragt, ob sie aufgrund der personellen Untersetzung bereits Maßnahmen umgesetzt haben oder Schritte in Erwägung ziehen. Abbildung 37 stellt dar, zu welchen Anteilen Beschäftigte mit Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich bereits Maßnahmen umgesetzt haben bzw. erwägen diese umzusetzen.

Fast die Hälfte der Beschäftigten mit Personalmangel hat bereits mehr Gehalt gefordert (12,8 Prozent) oder zieht es in Erwägung (34,2 Prozent). Zur Entlastung verstärkt im Homeoffice zuarbeiten haben schon 23,2 Prozent der Beschäftigten mit Personalmangel umgesetzt, weitere 13,8 Prozent ziehen es in Erwägung.

Ein Wechsel des Arbeitgebers, die Reduzierung der Arbeitszeit oder ein Wechsel der Tätigkeit oder Branche wären Schritte, durch die sich der Personalmangel wahrscheinlich verschärfen würde. Gut ein Fünftel bis ein Viertel der selbst davon betroffenen Beschäftigten zieht solche Schritte allerdings in Erwägung,

einige Beschäftigte haben solche Schritte schon umgesetzt. Eine Reduzierung der Arbeitszeit haben schon 5,7 Prozent der Beschäftigten mit Personalmangel umgesetzt, weitere 18,7 Prozent ziehen dies in Erwägung. Zu etwas größeren Anteilen ziehen Beschäftigten mit Personalmangel auch einen Wechsel des Arbeitgebers in Erwägung (22,1 Prozent) oder einen Wechsel der Tätigkeit bzw. der Branche (19,7 Prozent).

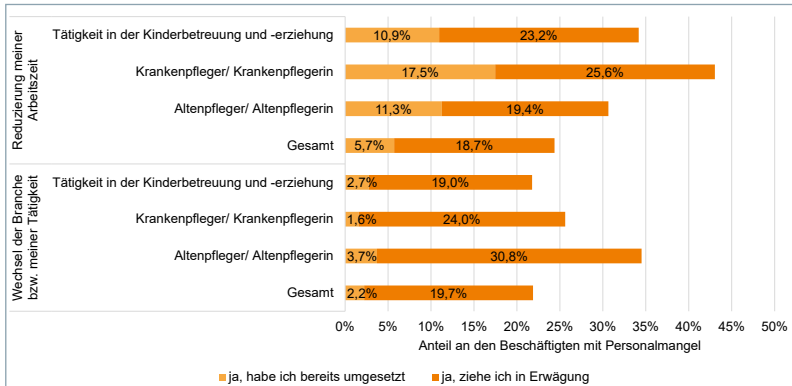
Abbildung 37: Strategien und Konsequenzen der Beschäftigten mit Personalmangel



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: befragte Beschäftigte mit Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich n = 6.087

Besonders stark von Personalmangel betroffene Berufe sind, wie Abbildung 38 zeigt, die Kranken- und Altenpflege sowie die Kinderbetreuung. Es zeigt sich, dass die Beschäftigten mit Personalmangel in diesen Berufen zu überdurchschnittlich großen Anteilen eine Reduzierung der Arbeitszeit, als Reaktion auf die personelle Unterbesetzung, bereits umgesetzt haben. So geben von Personalmangel betroffene Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger zu 17,5 Prozent eine Reduzierung der Arbeitszeit als Maßnahme an, 25,6 Prozent erwägen dies. Erzieherinnen und Erzieher haben ebenfalls häufiger als der Durchschnitt der befragten Erwerbstätigen mit Personalmangel die Arbeitszeit reduziert (10,9 Prozent), 23,2 Prozent ziehen es in Erwägung. Beschäftigte in der Altenpflege ziehen zu einem besonders großen Anteil einen Berufs- bzw. Branchenwechsel in Erwägung (30,8 Prozent).

Abbildung 38: Strategien und Konsequenzen der Beschäftigten mit Personalmangel nach Berufen

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: befragte Beschäftigte mit Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich n = 6.087

4.3.4 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in besonders vom Personalmangel betroffenen Berufsgruppen

In diesem Abschnitt sollen erneut die Berufsgruppen aufgegriffen werden, für die sich ein besonders hoher Anteil an Beschäftigten mit konstantem Personalmangel gezeigt hat (vgl. Abbildung 28). Es soll untersucht werden, ob sich für diese Berufsgruppen Besonderheiten im Krankenstand und den Ursachen für Krankschreibungen zeigen.

Auffälligkeiten im Krankenstand im Sinne von überdurchschnittlich vielen Ausfallzeiten könnten dabei zum einen eine Folge der Auswirkungen durch den Personalmangel sein, die in den Abschnitten 4.3.1 und 4.3.2 dargestellt sind. Zum anderen könnten krankheitsbedingte Ausfälle die Situation des Personalmangels insbesondere dort, wo ohnehin schon zu wenig Personal im Arbeitsbereich vorhanden ist, verstärken (vgl. Abbildung 30).

Die Untersuchung erfolgt auf Basis der Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit für 2022. In den Angaben zu den Beschäftigungszeiten der Versicherten findet sich eine Angabe zu der jeweils ausgeübten Tätigkeit, die anhand der maßgeblich von der Bundesagentur für Arbeit entwickelten Klassifikation der Berufe (kurz KldB 2010) einer von 37 Berufshauptgruppen zugeordnet werden kann (Bundesagentur für Arbeit 2020).

Folgende Berufsgruppen werden für die Analyse näher betrachtet, wobei die Berufsgruppen gemäß KldB wie folgt zugeordnet werden können.

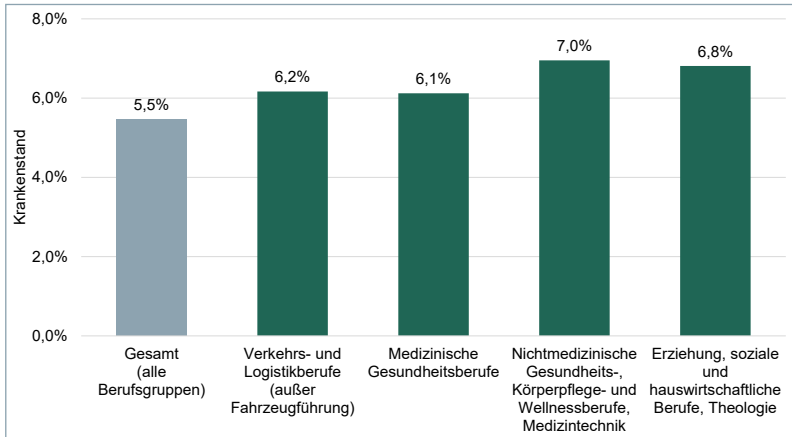
Tabelle 7: Zuordnung der Berufsgruppen und Umfang der Datenbasis

Beruf	Zugehörige Berufshauptgruppe	Berufshauptgruppenbezeichnung	Datenbasis n=
Berufskraftfahrer/ Berufskraftfahrerin	51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	193.764
Krankenpfleger/ Krankenpflegerin	81	Medizinische Gesundheitsberufe	231.684
Altenpfleger/ Altenpflegerin	82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	73.438
Tätigkeit in der Kinderbetreuung und -erziehung	83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	184.491

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022; KIdB 2010

Krankenstand in besonders von Personalmangel betroffenen Berufen deutlich erhöht

Wie Abbildung 39 zeigt, liegt der Krankenstand in allen ausgewählten Berufsgruppen deutlich über dem durchschnittlichen Krankenstand über alle Berufsgruppen. Mit 7,0 Prozent ist der Krankenstand unter den dargestellten Berufsgruppen in der Gruppe „Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik“, zu der die Altenpflege zuzuordnen ist, am höchsten. Der Krankenstand für die Beschäftigten dieser Berufsgruppe liegt 1,5 Prozentpunkte über dem durchschnittlichen Krankenstand von 5,5 Prozent. In einem ähnlichen Bereich bewegt sich der Krankenstand in der Berufsgruppe „Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie“ (6,8 Prozent). Ebenfalls erhöht ist auch der Krankenstand in den Verkehrs- und Logistikberufen (6,2 Prozent) sowie den medizinischen Gesundheitsberufen (6,1 Prozent).

Abbildung 39: Krankenstand für ausgewählte Berufsgruppen mit hohem Anteil an konstantem Personalmangel

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

Basis: n = 2.408.860

Der Krankenstand lässt sich umrechnen in jährliche Fehlzeiten pro 100 Versicherungsjahre, wie in Abbildung 40 dargestellt, zusätzlich sind auch die durchschnittlichen jährlichen Fehlzeiten pro Beschäftigten ablesbar (Division durch 100). Demnach fehlte ein Beschäftigter 2022 im Durchschnitt an 19,96 – also rund 20 – Kalendertagen aufgrund von Krankschreibung. In den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen und in der Berufsgruppe „Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie“ fehlten Beschäftigte rund 25 Tage und damit 5 Tage pro Jahr mehr als im Durchschnitt. Eine ohnehin schon angespannte Personalsituation in diesen Berufsgruppen wird demnach noch zusätzlich durch überdurchschnittliche viele Fehltag weiter verschärft.

Beschäftigte in der Altenpflege und der Kinderbetreuung und Erziehung fehlen pro Jahr 5 Tage mehr als der Durchschnitt

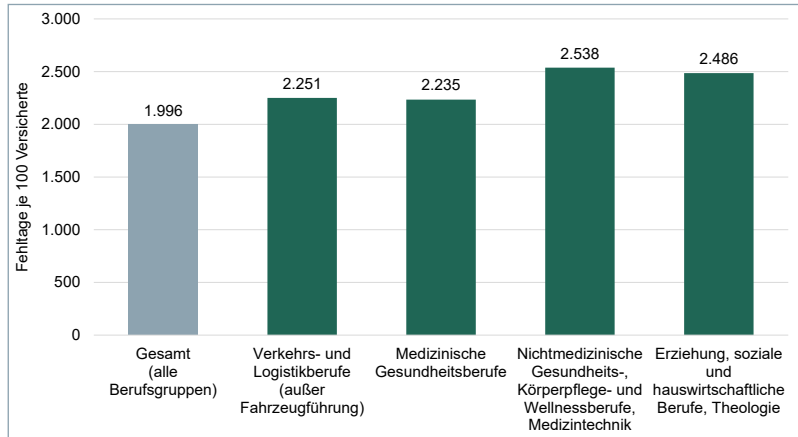
„Der Personal- und Fachkräftemangel führt für die verbleibenden Beschäftigten zu einer hohen Arbeitsbelastung, höheren AU-Quoten und längeren Ausfallzeiten.“

Frau Dorothe Wundrack, Health Management H&M

„In Situationen des Personalmangels ist die Arbeitsbelastung sehr hoch. Das kann zu hohen Fehlzeiten bzw. einem relativ hohen Krankenstand führen, dies wiederum belastet die verbleibenden Beschäftigten zusätzlich.“

Herr Professor Dr. Volker Nürnberg, Gesundheitsmanagement an der Hochschule Allensbach

Abbildung 40: Fehltage je 100 Versichertenjahre für ausgewählte Berufsgruppen mit hohem Anteil an konstantem Personalmangel



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

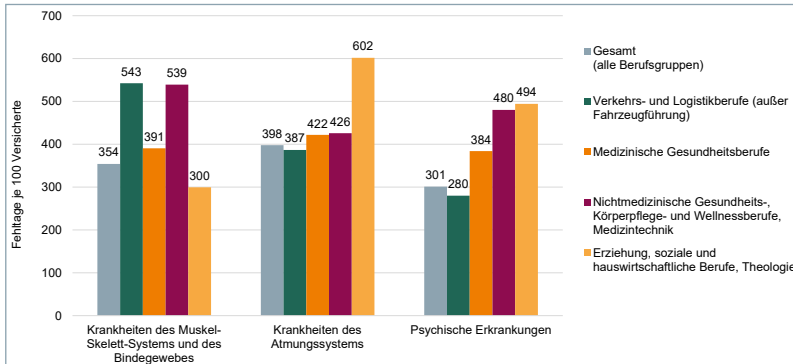
Basis: n = 2.408.860

Eine Betrachtung der Fehlzeiten in den für den Krankenstand wichtigsten Erkrankungsgruppen gibt Hinweise auf besondere Belastungen für die jeweiligen Berufsgruppen (vgl. Abbildung 41).

In den Verkehrs- und Logistikberufen ist der höhere Krankenstand vor allem auf überdurchschnittlich viele Fehltage durch Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems zurückzuführen. In den medizinischen Gesundheitsberufen, wie der Krankenpflege, gibt es 2022 zwar auch mehr Fehltage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, den größten Unterschied für alle hier betrachteten Berufsgruppen machen aber Fehltage aus, die durch psychische Erkrankungen verursacht werden.

In der Berufsgruppe, in die die Altenpflege zu zählen ist, fällt auf, dass es überdurchschnittlich viele Fehltage sowohl aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen als auch wegen psychischer Erkrankungen gibt. Besonders viele Fehlzeiten durch Atemwegserkrankungen zeigen sich für Erzieherinnen und Erzieher, die ebenfalls überdurchschnittliche Fehlzeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen haben. Wichtig für die Interpretation dieser Ergebnisse ist, dass es sich bei den hier dargestellten Werten um standardisierte Werte handelt, also um Werte die etwaigen Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur in den Berufsgruppen rechnerisch ausgleichen.

Abbildung 41: Fehltag je 100 Versichertenjahre nach Erkrankungsgruppen für ausgewählte Berufsgruppen mit hohem Anteil an konstantem Personalmangel



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

Basis: n = 2.408.860

Abbildung 42 stellt die Fehlzeiten nach Erkrankungsgruppen für die ausgewählten Berufsgruppen, im Vergleich zum Durchschnitt über alle Berufsgruppen, getrennt für Männer und Frauen dar. Für die Verkehrs- und Logistikberufe zeigt sich, dass sowohl Männer als auch Frauen in dieser Berufsgruppe mehr Fehltag aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen haben, in Bezug auf Krankheiten des Atmungssystems und psychische Erkrankungen zeigen sich bei Männern minimal über- und bei Frauen leicht unterdurchschnittliche Fehlzeiten.

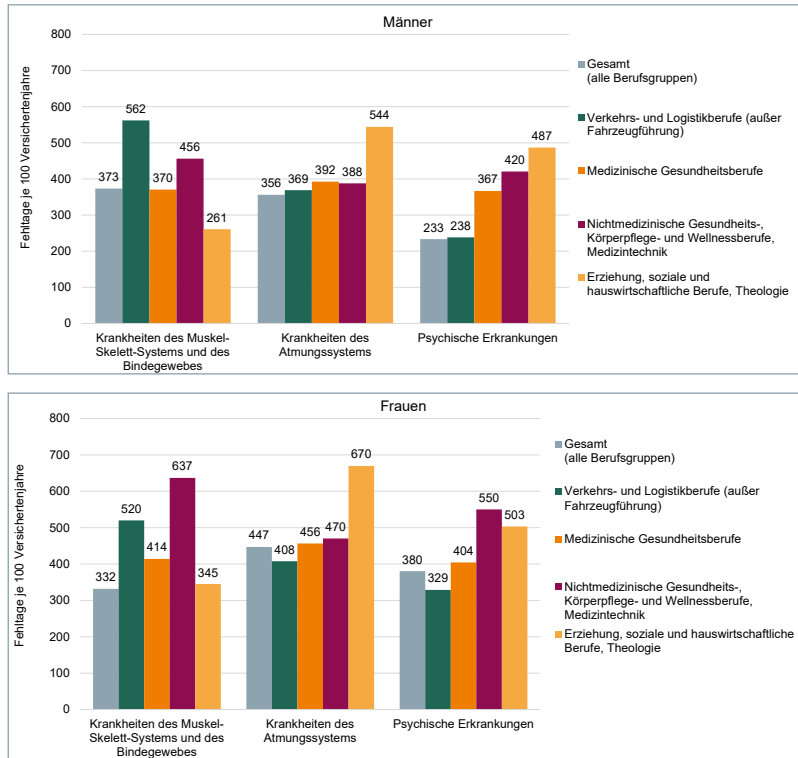
In den medizinischen Gesundheitsberufen zeigen sich die Abweichungen bei den Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen bei Männern deutlicher als bei Frauen. Für Frauen in der Berufsgruppe zeigen sich aber zusätzlich dazu auch mehr Fehlzeiten durch Muskel-Skelett-Erkrankungen.

In der Berufsgruppe zu denen die Altenpflege zählt (Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik), haben Frauen deutlich stärker vom Durchschnitt abweichende Fehlzeiten durch Muskel-Skelett-Erkrankungen als Männer. Dafür ist es bei Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen so, dass Frauen mit 550 Fehltagen je 100 Versichertenjahre, gegenüber 380 Fehltag für Frauen im Durchschnitt; 44,6 Prozent mehr Fehltag haben. Männer in dieser Berufsgruppe haben aber mit 420 Fehltagen je 100 Versichertentage sogar über 80 Prozent mehr Fehltag als Männer im Durchschnitt (233 Fehltag je 100 Versichertenjahre).

Für Männer und Frauen in der Berufsgruppe „Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie“ zeigen sich jeweils stark überdurchschnittliche Fehlzeiten durch Atemwegserkrankungen. In Bezug auf psychische Erkrankungen zeigen sich bei Männern in der Berufsgruppe die meisten Abweichungen vom Durchschnitt über alle hier betrachteten Berufsgruppen.

Männer in der Altenpflege haben 80 Prozent mehr Fehltag als im Durchschnitt

Abbildung 42: Fehltage je 100 Versichertenjahre nach Erkrankungsgruppen für ausgewählte Berufsgruppen mit hohem Anteil an konstantem Personalmangel nach Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: n = 2.408.860

4.4 Strategien, um Personalmangel zu begegnen

Um dem Personalmangel zu begegnen, finden Betriebe bisher kaum innovative Wege. Sie setzen häufig auf klassische Stellenausschreibungen (Ahlers et al. 2020). Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und die damit verbundene Gefährdungsbeurteilung werden kaum eingesetzt ebenso wie BGF-Maßnahmen (Ahlers 2020; Ahlers 2016).

„Die Verantwortung von Politik und Arbeitsorganisation im Betrieb besteht darin, den Beschäftigten zu befähigen, Mechanismen zu entwickeln, um sich gesund zu halten. Weil wir wissen, dass der Obstkorb, der jährliche Marathonlauf sowie der Masseur am Ende nicht wirklich etwas bringen.“

Frau Jasmin Arabian-Vogel, Präsidentin des Verbands Deutscher Unternehmerinnen

Politische Maßnahmen der jetzigen Bundesregierung zielen unter anderem darauf ab, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erhöhen. Im Zuge einer besseren Vereinbarkeit soll besonders die Erwerbstätigkeit von Frauen erhöht werden, die vielfach in Teilzeit tätig sind (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2022). Zusätzlich wird angestrebt „ältere Erwerbstätige so lange wie möglich und individuell gewünscht im Erwerbsleben zu halten“ (ebd. 2022, S. 24).

4.4.1 Strategie: Stärkere Erwerbsbeteiligung von Frauen

Historisch ist die niedrigere Erwerbsquote von Frauen in traditionellen Familienmodellen begründet, in denen die Frauen für Haushalt und Kindererziehung zuständig waren und die Männer für die Erwerbsarbeit (Male Breadwinner Model). Diese traditionellen Rollenbilder wirken noch bis heute und spiegeln sich in der hohen Teilzeit-Quote von Frauen wider (Trappe et al. 2015). Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass Arbeitszeitwünsche und die tatsächliche Arbeitszeit von Frauen sich durchaus unterscheiden und Frauen gerne ihrer Erwerbstätigkeit ausweiten würden. Die Hauptgründe, die eine Ausweitung der Arbeitszeit verhindern, sind die familiären und berufsbezogenen Rahmenbedingungen (Weber und Zimmer 2018).

Eine aktuelle Studie schätzt das Potenzial von teilzeitbeschäftigten Frauen im Allgemeinen auf knapp 840.000 Personen. Speziell bei den 5,2 Millionen erwerbstätigen Müttern mit Kindern unter 18 Jahren arbeitet fast die Hälfte weniger als 28 Stunden pro Woche. „Würden diese Mütter aufgrund einer besseren Vereinbarkeit nur eine Stunde pro Woche mehr arbeiten, wären dies 2,5 Millionen Wochenstunden zusätzlich. Das entspricht bei einer 36-Stunden-Woche 71.000 Vollzeitäquivalenten“ (Prognos 2022, S. 2).

In diesem Abschnitt soll das Potenzial einer stärkeren Erwerbsbeteiligung, insbesondere von Frauen, beleuchtet werden. Neben einer Bestandsaufnahme zum Umfang der Erwerbsbeteiligung in unterschiedlichen Lebensphasen werden die Gründe für das Arbeiten in Teilzeit dargestellt. Es wird beleuchtet, welche Rolle die jeweiligen beruflichen Pläne von Beschäftigten (Karrieremodelle) dabei spielen, des Weiteren in welchem Umfang, in welcher Lebensphase, aus welchen Gründen und unter welchen Rahmenbedingungen Beschäftigte ihre Arbeitszeit ausweiten.

Auf Basis der Arbeitsfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit soll geprüft werden, ob sich die Fehlzeiten von Beschäftigten in Vollzeit und Teilzeit unterscheiden.

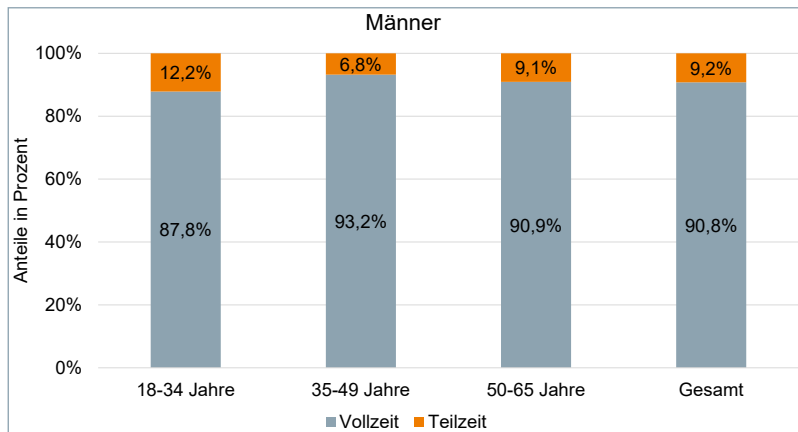
Abbildung 43 und Abbildung 44 bestätigen, dass die im Rahmen der Beschäftigtenbefragung befragten Frauen in allen Altersgruppen häufiger in Teilzeit arbeiten als männliche Beschäftigte. Die Teilzeitquote der befragten Männer liegt bei 9,2 Prozent und ändert sich kaum innerhalb der drei dargestellten Altersgruppen. Die niedrigste Teilzeitquote zeigt sich für Männer in der mittleren Altersgruppe zwischen 35 und 49 Jahren.

Teilzeitquote der Frauen liegt bei 42,3 Prozent

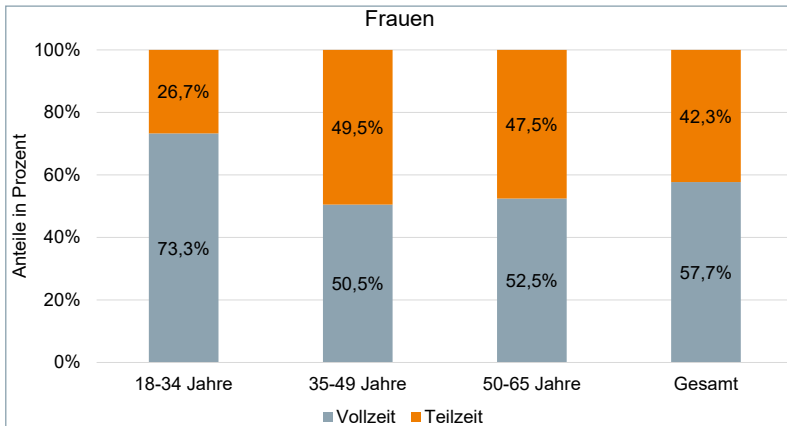
Die Teilzeitquoten der befragten Frauen liegen mit 42,3 Prozent deutlich über der der Männer. Fast die Hälfte der Frauen zwischen 35 und 49 Jahren arbeitet in Teilzeit (49,5 Prozent). Bei den älteren erwerbstätigen Frauen sinkt dieser Anteil nur leicht ab (47,5 %) und liegt auch schon bei den beschäftigten Frauen unter 35 Jahren bei 26,7 Prozent. Diese Ergebnisse entsprechen auch dem Bild, das sich aus der der amtlichen Statistik im Rahmen des Mikrozensus 2020 ergibt (Statistisches Bundesamt 2020a).

Teilzeitquote der Männer ist in allen Erwerbsphasen auf relativ konstantem Niveau

Abbildung 43: Anteil Beschäftigte Männer in Voll- und Teilzeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: alle befragten Männer zum Beschäftigungsumfang n = 3.633

Abbildung 44: Anteil Beschäftigte Frauen in Voll- und Teilzeit

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragte Frauen zum Beschäftigungsumfang n = 3.373

Der Krankenstand von Beschäftigten in Vollzeit und Teilzeit

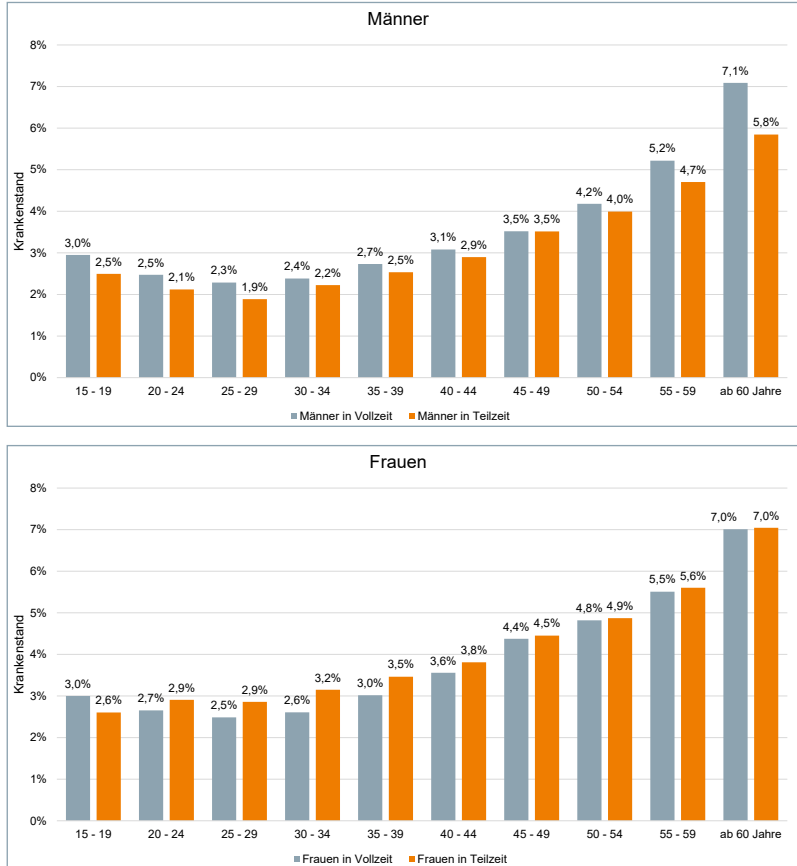
Beschäftigte in Teilzeit stehen für ihre beruflichen Tätigkeiten zu einem geringen Zeitumfang zur Verfügung als Beschäftigte in Vollzeit. Es stellt sich die Frage, ob sie im Verhältnis dazu genauso viele krankheitsbedingte Fehlzeiten haben oder ob sie mehr oder weniger lange ausfallen als die Kolleginnen und Kollegen in einer Vollzeitbeschäftigung.

Abbildung 45 zeigt, auf Basis der Daten zu den Krankschreibungen, dass bei Männern Vollzeitbeschäftigte in allen Altersgruppen einen etwas höheren Krankenstand haben als die männlichen Kollegen, die in Teilzeit arbeiten. Nur in der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen besteht gar kein Unterschied. Ab einem Alter von 55 Jahren wächst der Unterschied im Krankenstand auf 0,5 Prozentpunkte bzw. 1,2 Prozentpunkte an. Die beobachteten Unterschiede im Krankenstand sind in Abbildung 46 (orange) dargestellt.

Bei Frauen ergibt der Vergleich im Krankenstand zwischen Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten kein einheitliches Bild. In der untersten Altersgruppe haben Vollzeitbeschäftigte einen etwas höheren Krankenstand, in den Altersgruppen darüber, bis 55 Jahre, ist es genau umgekehrt und in der Altersgruppe ab 60 Jahren ist kein Unterschied mehr erkennbar.

Insgesamt zeigen sich im direkten Vergleich nur geringe Unterschiede im Krankenstand der beiden Gruppen (Vollzeit/Teilzeit). Bei Männern ist der Krankenstand der Vollzeitbeschäftigten etwas höher, bei Frauen ist es tendenziell umgekehrt.

Abbildung 45: Krankenstand von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten nach Alter und Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Versicherten mit gültiger Angabe zum Tätigkeitsschlüssel und Branche n = 2.258.079

Mithilfe einer Regressionsanalyse wurde geprüft, inwieweit sich die dargestellten Unterschiede im Krankenstand tatsächlich auf das Arbeiten in Teilzeit oder Vollzeit zurückführen lassen. Kontrolliert wurde dabei auf weitere Merkmale, die im Tätigkeitsschlüssel für jeden Versicherten abgebildet sind: die berufliche Tätigkeit auf Ebene der 2-Steller (38 Ausprägungen), das Qualifikationsniveau (drei Ausprägungen), die Schulausbildung (vier Ausprägungen), die Berufsausbildung (sechs Ausprägungen), Arbeitsvertrag (befristet/unbefristet) sowie die Arbeitnehmerüberlassung (ja/nein). Darüber hinaus wurde kontrolliert auf Alter, Geschlecht und Branche (16 Ausprägungen).

Die dann noch verbleibenden Unterschiede im Krankenstand von Beschäftigten in Vollzeit und Teilzeit sind in Abbildung 46 (dunkelblau) dargestellt.

Die kontrollierten Vollzeit/Teilzeit-Unterschiede im Krankenstand der Männer unter 35 Jahren werden noch etwas kleiner. Die Unterschiede ab dem Alter von 55 Jahren bleiben aber bestehen.

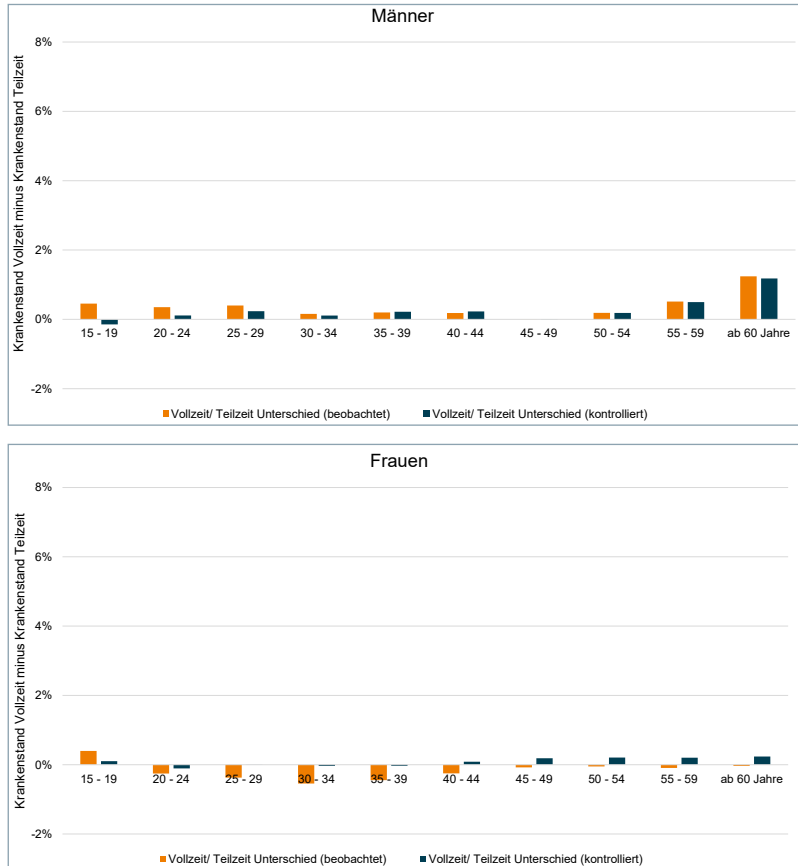
Bei Frauen ergibt sich im Ergebnis, nach Kontrolle aller oben genannten Variablen, die die berufliche Tätigkeit detailliert beschreiben, das gleiche Bild wie bei den Männern, aber auf einem etwas niedrigeren Niveau: Frauen in Vollzeit haben einen minimal höheren Krankenstand als Frauen in Teilzeit. Die Unterschiede sind in einer Größenordnung von 0,2 Prozentpunkten.

Zwischen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zeigen sich nur minimale Unterschiede im Krankenstand

„Die verbliebenen Beschäftigten müssen im Betrieb gehalten werden. Vor allem muss man sie gesund erhalten. Man kann es sich nicht leisten, dass ihre Verfügbarkeit auf Grund eines Krankenstandes von zehn Prozent sich weiter reduziert oder sie in Präsentismus arbeiten. Wenn die Betriebe weiterwachsen wollen, sind die Beschäftigten ein knappes Gut, das nicht noch knapper werden darf.“

Frau Professorin Dr. Jutta Rump, Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen, Institut für Beschäftigung und Employability

Abbildung 46: Unterschied im Krankenstand von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten nach Alter und Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Versicherten mit gültiger Angabe zum Tätigkeitsschlüssel und Branche n = 2.258.079

Berufliche Pläne und das Arbeiten in Teilzeit oder Vollzeit

Die befragten Beschäftigten sollten bewerten, welche Aussage zu Ihren beruflichen Plänen am ehesten zutrifft. Dabei konnten sie sich zwischen drei Aussagen entscheiden, aus denen sich drei verschiedene Karriereorientierungen ableiten (vgl. Abbildung 47): Beschäftigte mit Fokus auf die Karriere; Beschäftigte mit Fokus auf einen gesunden Ausgleich zwischen Berufs- und Privatleben und Beschäftigte, die sich vor allem auf ihr Privatleben fokussieren.

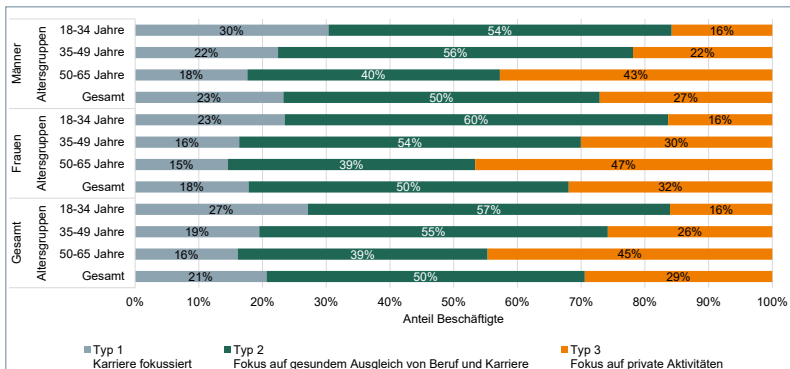
Tabelle 8: Bildung der Karrieretypen

Karrieretyp	Zuordnung
Typ 1 Fokus Karriere	Ich möchte beruflich vorankommen und bin dafür gern bereit, mich sehr stark zu engagieren und z. B. auch Überstunden zu machen.
Typ 2 Fokus auf gesundem Ausgleich von Beruf und Privatem	Ich möchte mich beruflich weiterentwickeln, aber dabei steht für mich ein gesunder Ausgleich zwischen Beruf und Privatem im Vordergrund. Dafür würde ich z. B. auch Karrierenachteile in Kauf nehmen.
Typ 3 Fokus auf private Aktivitäten	Ich lege keinen besonders großen Wert auf Karriere, weil dies mit einer höheren Belastung im Beruf verbunden wäre, und ich genügend Zeit und Kraft für meine privaten Aktivitäten haben möchte.

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten nach Karrieretyp n = 6.794

Am häufigsten vertreten ist der Karrieretyp 1 in der jüngsten Altersgruppe sowohl bei Männern (30 Prozent) wie auch bei Frauen (23 Prozent). Am seltensten ist der Karrieretyp in den oberen Altersgruppen bei Männern (18 Prozent) und Frauen (15 Prozent) zu finden. Der Karrieretyp 3 mit Fokus auf private Aktivitäten kommt bei beiden Geschlechtern in der höchsten Altersgruppe am häufigsten vor.

Abbildung 47: Anteil Beschäftigte nach Karrieretypen gruppiert nach Alter und Geschlecht

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten nach Karrieretyp n = 6.794

Sowohl für Männer als auch für Frauen lässt sich festhalten, dass ein stärkerer Fokus auf die Karriere mit geringeren Teilzeitanteilen der Beschäftigten einhergeht (vgl. Tabelle 9). Nur 5 Prozent der Männer mit starkem Fokus auf Karriere (Karrieretyp 1) arbeiten in Teilzeit gegenüber einem Anteil von 14 Prozent (Karrieretyp 3), wenn der Fokus eher auf privaten Aktivitäten liegt. Frauen arbeiten auch dann zu einem hohen Anteil in Teilzeit, wenn ihr Fokus auf der Karriere liegt (19 Prozent).

Stärker auf Karriere fokussierte Beschäftigte arbeiten zu geringeren Anteilen in Teilzeit

Tabelle 9: Anteil Teilzeit nach Karrieretypen

Geschlecht	Karrieretyp	Anteil Teilzeit
Männer	Typ 1 Fokus Karriere	5,0%
	Typ 2 Fokus auf gesundem Ausgleich von Beruf und Privatem	8,2%
	Typ 3 Fokus auf private Aktivitäten	14,2%
Frauen	Typ 1 Fokus Karriere	19,1%
	Typ 2 Fokus auf gesundem Ausgleich von Beruf und Privatem	40,3%
	Typ 3 Fokus auf private Aktivitäten	57,0%
Gesamt	Typ 1 Fokus Karriere	10,8%
	Typ 2 Fokus auf gesundem Ausgleich von Beruf und Privatem	23,7%
	Typ 3 Fokus auf private Aktivitäten	36,6%

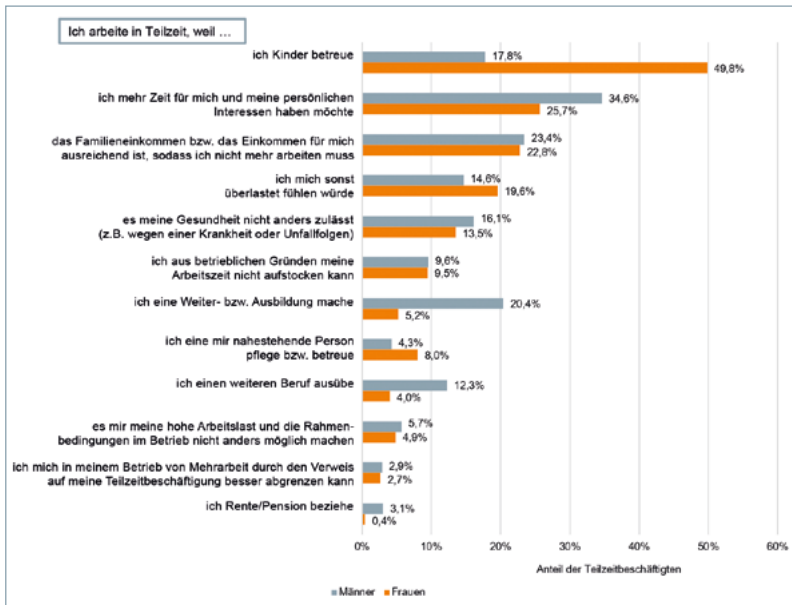
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten zum Karrieretyp n = 6.756

Gründe für das Arbeiten in Teilzeit

Gefragt nach den Gründen für das Arbeiten in Teilzeit, ist der am häufigsten genannte Grund bei den Frauen die Kinderbetreuung (49,8 Prozent). Der zweithäufigste Grund bei den Frauen ist der Wunsch, mehr Zeit für persönliche Interessen zu haben (25,7 Prozent). Dies ist bei den Männern der meist genannte Grund für Teilzeit (34,6 %). Der von Männern am zweithäufigsten genannte Grund ist ein ausreichendes Familieneinkommen auch bei Teilzeitarbeit (23,4 Prozent). Bei Frauen ist dies der Grund, der am dritthäufigsten genannt wird in nahezu gleichen Anteilen wie bei den Männern (22,8 Prozent). Gesundheitliche Gründe (z. B. wegen einer Krankheit oder Unfallfolgen) rangiert bei Männern (16,1 Prozent) und Frauen (13,5 Prozent) im Mittelfeld.

Mit Blick auf einzelne Berufe wird Überlastung als Grund für Teilzeit überdurchschnittlich oft in der Krankenpflege (31,9 Prozent) und der Kinderbetreuung (32,8 Prozent) angegeben (ohne Darstellung).

Abbildung 48: Gründe für Teilzeit nach Geschlecht

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten in Teilzeit nach Gründen n = 1.761

Die in Abbildung 48 dargestellten Gründe für das Arbeiten in Teilzeit machen deutlich, dass die individuelle Lebenssituation bzw. -phase der Beschäftigten eine zentrale Rolle dabei spielt, ob in Teilzeit oder in Vollzeit gearbeitet wird. Eine Rolle spielen dabei vor allem persönliche Interessen und die Höhe des Familieneinkommens. Betriebliche Gründe spielen eine untergeordnete Rolle. Ganz zentral, vor allem für Frauen, ist die Kinderbetreuung.

Die persönliche Lebenssituation spielt eine große Rolle beim Arbeiten in Teilzeit oder Vollzeit

Arbeiten in Teilzeit oder Vollzeit, wenn Kinder im Haushalt leben

Abbildung 49 stellt die Anteile zu denen Beschäftigte in Voll- oder Teilzeit arbeiten, getrennt für Männer und Frauen mit Kindern im Haushalt und ohne Kinder im Haushalt, dar.

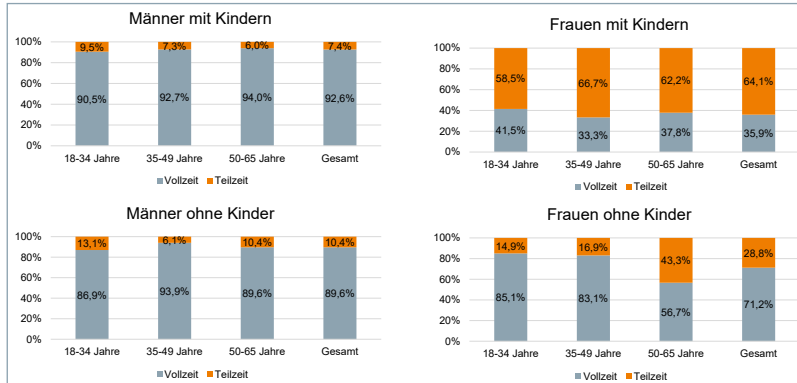
Es ergibt sich folgendes Bild: Männer im Alter zwischen 35 und 49 Jahren arbeiten, wenn Kinder im Haushalt leben, zu etwas höheren Anteilen in Teilzeit (7,3 Prozent gegenüber 6,1 Prozent ohne Kinder). In der jüngsten und der ältesten Altersgruppe arbeiten Männer ohne Kinder im Haushalt zu größeren Anteilen in Teilzeit als Männer bei denen Kinder im Haushalt leben.

Der Anteil von Frauen in Teilzeit ist mit Kindern mehr als doppelt so hoch als ohne Kinder (64,1 Prozent zu 28,8 Prozent). Trotzdem ist der Teilzeit-Anteil der Frauen ohne Kinder wesentlich höher als der Teilzeit-Anteil der Männer sowohl mit (7,4 Prozent) als auch ohne Kinder (10,4 Prozent).

Frauen arbeiten sowohl mit als auch ohne Kinder zu sehr viel höheren Anteilen in Teilzeit als Männer

In allen Altersgruppen arbeitet über die Hälfte der Frauen in Teilzeit, wenn sie Kinder haben. Frauen ohne Kinder arbeiten in besonderem Maße in der höchsten Altersgruppe in Teilzeit (50–65 Jahre).

Abbildung 49: Anteil Beschäftigte mit und ohne Kinder in Voll- und Teilzeit



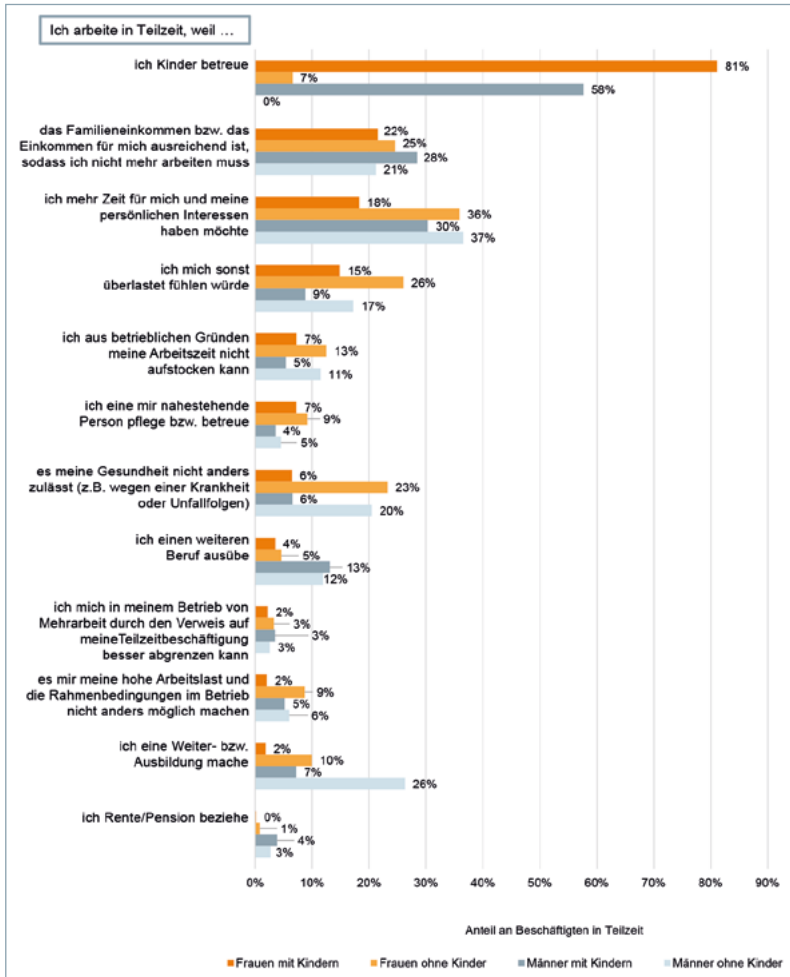
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten nach Beschäftigungsumfang n = 7.006

Abbildung 50 berücksichtigt die Situation, ob Kinder im Haushalt leben, und stellt die Gründe für das Arbeiten in Teilzeit nochmal getrennt für beide Gruppen dar.

Männer und Frauen, ohne Kinder im Haushalt arbeiten am häufigsten in Teilzeit, um mehr Zeit für persönliche Interessen zu haben

Wenn Kinder im Haushalt leben, ist das „betreuen von Kindern“ der am häufigsten genannte Grund für das Arbeiten in Teilzeit (Männer: 58 Prozent; Frauen: 81 Prozent). Männer und Frauen, ohne Kinder im Haushalt, nennen am häufigsten „mehr Zeit für persönliche Interessen“. Dabei gibt es auch kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern (Frauen: 36 Prozent; Männer: 37 Prozent). Insbesondere für Männer ohne Kinder ist darüber hinaus das Absolvieren einer weiteren Ausbildung (26 Prozent) ein häufig genannter Grund. Eine weitere Ausbildung wird von Frauen seltener als Grund genannt als von Männern. Es ist aber erkennbar, dass eine Ausbildung in der Lebenssituation ohne Kinder im Haushalt, häufiger von Frauen ohne Kinder genannt wird als mit Kindern im Haushalt (Frauen ohne Kinder: 10 Prozent, Frauen mit Kindern: 2 Prozent).

Abbildung 50: Gründe für Teilzeit nach Geschlecht und Lebenssituation (mit Kindern/ ohne Kinder)

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

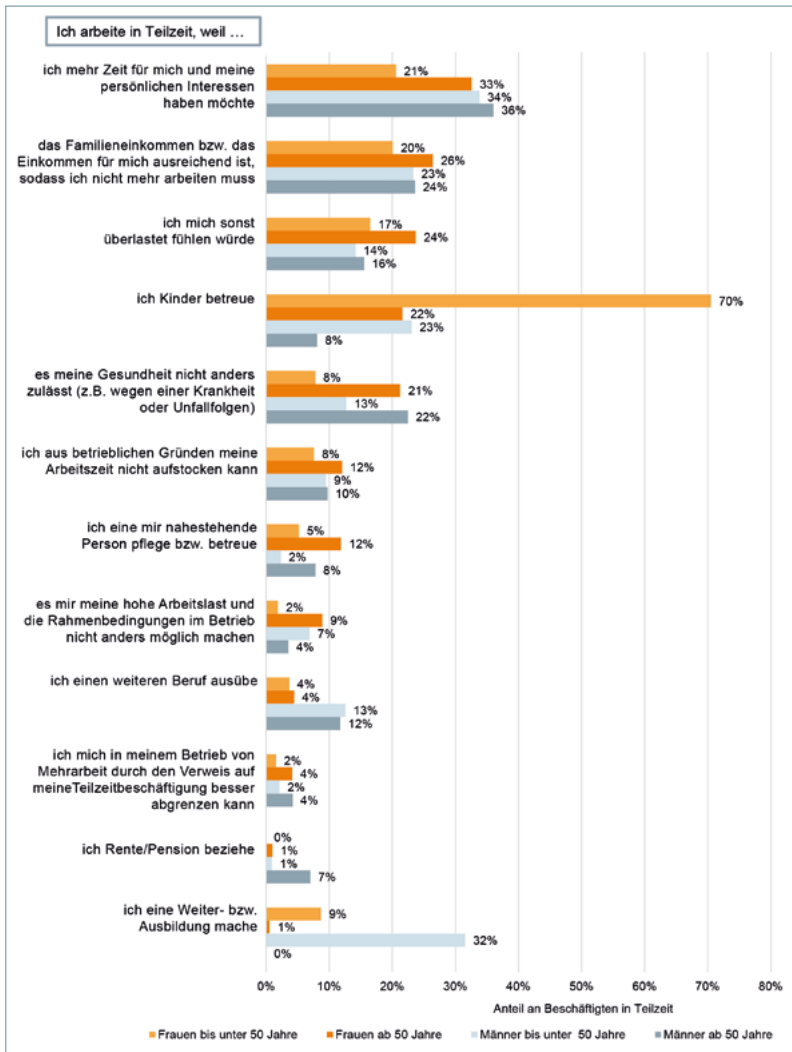
Basis: alle Befragten in Teilzeit nach Gründen n = 1.761

Arbeiten in Vollzeit oder Teilzeit in der ersten und späten Erwerbsphase

In der späten Erwerbsphase, ab etwa 50 Jahren, ändern sich für viele Erwerbstätige häufig erneut die Rahmenbedingungen zur Gestaltung des Beruf- und Privatlebens. Häufig haben Kinder ein hohes Maß an Selbständigkeit erreicht und es entstehen insbesondere für Frauen zeitliche Freiräume, wodurch sich gegebenenfalls die Möglichkeit bietet die vereinbarte Arbeitszeit auszuweiten. Wie Abbildung 49 zeigt, arbeiten auch in dieser Lebensphase weiterhin viele Frauen in Teilzeit, Männer, ohne Kinder, sogar zu größeren Anteilen als in der Altersgruppe davor.

Für ein Fünftel der Männer und Frauen ab 50 Jahren lässt die Gesundheit das Arbeiten in Vollzeit nicht zu

Abbildung 51 betrachtet die Gründe für das Arbeiten in Teilzeit nach Geschlecht und getrennt für Beschäftigte unter und ab einem Alter von 50 Jahren. Wie bereits gezeigt, arbeiten Frauen unter 50 vor allem wegen der Kinderbetreuung in Teilzeit (70 Prozent). Die Gründe „ich fühle mich sonst überlastet“ und „meine Gesundheit lässt es nicht anders zu“ werden sowohl von Männern als auch von Frauen über 50 häufiger genannt als von jüngeren Männern und Frauen. Fast ein Viertel der Frauen ab 50 arbeitet in Teilzeit, weil sie sich sonst überlastet fühlen (24 Prozent) oder es die eigene Gesundheit nicht anders zulässt (21 Prozent). Der häufigste Grund für Teilzeit ist bei den Männern (über und unter 50) und bei den Frauen über 50, dass sie mehr Zeit für sich haben möchten.

Abbildung 51: Gründe für Teilzeit nach Geschlecht und Altersbereichen (unter/ab 50 Jahre)

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten in Teilzeit nach Gründen n = 1.761

Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für Ausweitung der Arbeitszeit

Angaben zur Ausweitung der Arbeitszeit in den letzten zwölf Monaten zeigen, dass 12,5 Prozent der in Vollzeit tätigen Beschäftigten ihre Arbeitszeit ausgeweitet hat und fast jeder fünfte in Teilzeit (19,3 Prozent) (siehe Tabelle 10). Dabei gibt es nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Tabelle 11 zeigt, dass vor allem in den Altersgruppen von 18–34 Jahren und 35–49 Jahren die Arbeitszeit ausgeweitet wird. Beschäftigte ab 50 Jahre weiten die Arbeitszeit seltener aus.

Tabelle 10: Teilzeitausweitung nach Altersgruppen

Altersgruppe	Beschäftigungsumfang	Ja, Arbeitszeit ausgeweitet
18-34 Jahre	Vollzeit	14,1%
	Teilzeit	31,5%
	Gesamt	17,4%
35-49 Jahre	Vollzeit	13,3%
	Teilzeit	22,4%
	Gesamt	15,8%
50-65 Jahre	Vollzeit	10,2%
	Teilzeit	10,1%
	Gesamt	10,2%
Gesamt	Vollzeit	12,5%
	Teilzeit	19,3%
	Gesamt	14,2%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten nach Beschäftigungsumfang n = 7.006

Tabelle 11: Teilzeitausweitung nach Geschlecht und Altersgruppen

Geschlecht	Altersgruppe	Beschäftigungsumfang	Ja, Arbeitszeit ausgeweitet
Männer	18-34 Jahre	Vollzeit	14,3%
		Teilzeit	34,3%
		Gesamt	16,8%
	35-49 Jahre	Vollzeit	11,9%
		Teilzeit	19,7%
		Gesamt	12,5%
	50-65 Jahre	Vollzeit	9,9%
		Teilzeit	6,0%
		Gesamt	9,6%
Gesamt	Vollzeit	11,9%	
	Teilzeit	20,7%	
	Gesamt	12,7%	
Frauen	18-34 Jahre	Vollzeit	13,8%
		Teilzeit	30,0%
		Gesamt	18,2%
	35-49 Jahre	Vollzeit	16,1%
		Teilzeit	22,8%
		Gesamt	19,4%
	50-65 Jahre	Vollzeit	10,7%
		Teilzeit	10,9%
		Gesamt	10,8%
Gesamt	Vollzeit	13,4%	
	Teilzeit	19,0%	
	Gesamt	15,8%	

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten nach Beschäftigungsumfang n = 7.006

Abbildung 52 gibt Aufschluss über die Gründe zur Ausweitung der Arbeitszeit. Frauen unter 50 Jahren, die ihre Arbeitszeit in den letzten zwölf Monaten ausgeweitet haben, geben als häufigsten Grund dafür an, dass es die familiäre Situation jetzt zulässt (32 Prozent) und am zweithäufigsten die Verteuerung des alltäglichen Lebens (z. B. wegen steigender Energie- und Lebensmittelpreise). Frauen ab 50 Jahren geben als häufigsten Grund für die Ausweitung der Arbeitszeit an, dass ihnen der Arbeitgeber diesen Schritt vorgeschlagen hat, sie nennen fast genauso häufig eine betriebliche Notwendigkeit (21 und 20 Prozent). Der Hauptgrund bei Männern unter 50 Jahren sind die betrieblichen Rahmenbedingungen, die es jetzt ermöglichen die Arbeitszeit auszuweiten (23 Prozent), bei Männern ab 50 Jahren eine betriebliche Notwendigkeit (32 Prozent).

Die verstärkte Nutzung des Homeoffice ermöglicht über 10 Prozent der Beschäftigten eine Ausweitung der Arbeitszeit

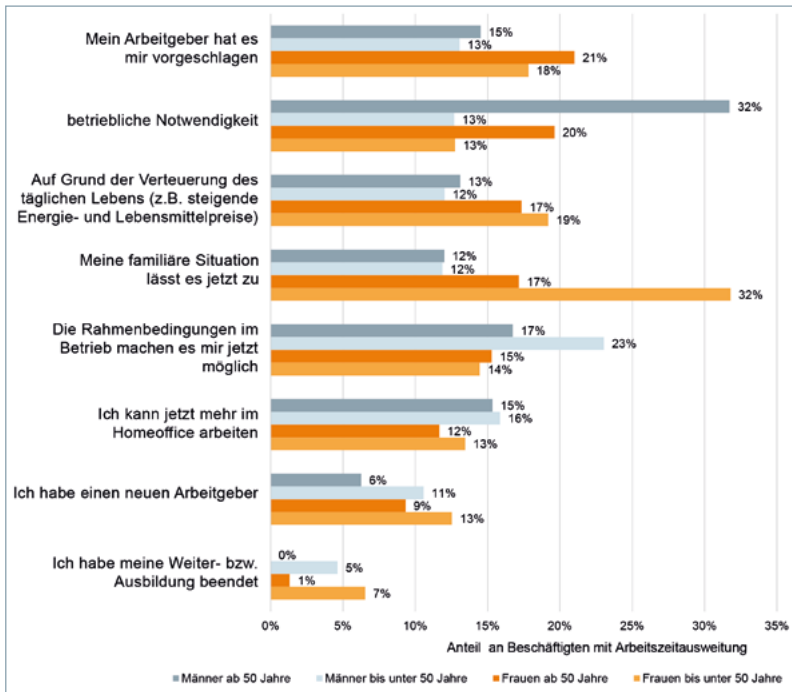
Beinahe unabhängig von Alter und Geschlecht bietet auch die Möglichkeit verstärkt im Homeoffice zu arbeiten die Möglichkeit die Arbeitszeit auszuweiten. Insgesamt geben rund 14 Prozent der Beschäftigten mit ausgeweiteter Arbeitszeit in den letzten zwölf Monaten dies als Grund an (vgl. Tabelle 12).

Es zeigt sich, dass bei Männern und Frauen ab 50 betriebliche Gründe bzw. Initiativen häufig zur Ausweitung der Arbeitszeit führen. Für die Frauen und Männer unter 50 sind es vor allem familiäre Gründe und bessere Rahmenbedingungen, auch das Beenden einer Aus- oder Weiterbildung ist hier weiterverbreitet.

„Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurde verstärkt im Homeoffice gearbeitet, was zu einem massiven Rückgang der sozialen Kontakte in den Betrieben führte. Hier kann BGF ansetzen und bietet eine Möglichkeit den Teamgeist zu stärken.“

Herr Professor Dr. Volker Nürnberg, Gesundheitsmanagement an der Hochschule Allensbach

In Tabelle 12 ist die Häufigkeit der genannten Gründe für das Ausweiten der Arbeitszeit unabhängig von Alter und Geschlecht dargestellt.

Abbildung 52: Gründe für das Ausweiten der Arbeitszeit nach Geschlecht und Altersgruppe

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten mit Arbeitszeiterweiterung nach Gründen n = 993

Tabelle 12: Gründe für das Ausweiten der Arbeitszeit

Grund für die Arbeitszeiterweiterung	Anteil an Beschäftigten mit Arbeitszeiterweiterung
Meine familiäre Situation lässt es jetzt zu	20,5%
Die Rahmenbedingungen im Betrieb machen es mir jetzt möglich	17,8%
Mein Arbeitgeber hat es mir vorgeschlagen	16,2%
betriebliche Notwendigkeit	16,0%
Auf Grund der Verteuerung des täglichen Lebens (z. B. steigende Energie- und Lebensmittelpreise)	15,7%
Ich kann jetzt mehr im Homeoffice arbeiten	14,3%
Ich habe einen neuen Arbeitgeber	10,6%
Ich habe meine Weiter- bzw. Ausbildung beendet	4,4%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten mit Arbeitszeiterweiterung nach Gründen n = 993

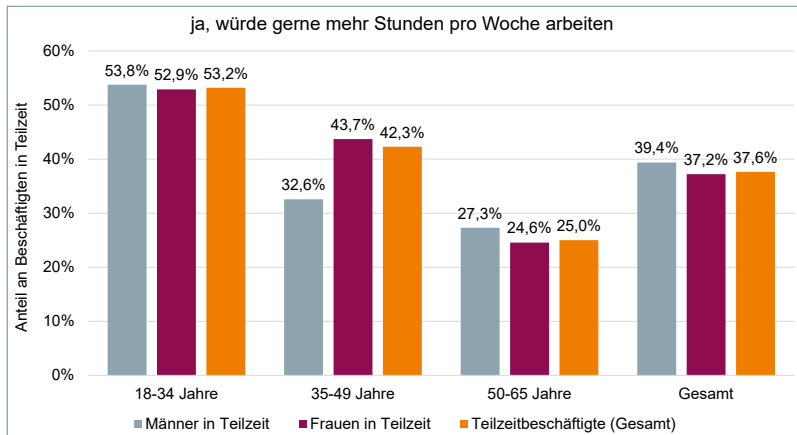
„Für die Ausweitung der Arbeitszeit gibt es verschiedene Gründe. Aktuell ist es zum einen die ökonomische Situation, wie die steigenden Lebenshaltungskosten. Zum anderen wirkt die Möglichkeit des mobilen Arbeitens. Durch die mobile Arbeitszeit fallen Wegezeiten weg und diese Wegezeiten sind nicht selten zum Teil dem Arbeitgeber zur Verfügung gestellt worden.“

Frau Professorin Dr. Jutta Rump, Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen, Institut für Beschäftigung und Employability

Alle Befragten, die angegeben haben in Teilzeit zu arbeiten, wurden danach gefragt, ob sie ihre Arbeitszeit gerne ausweiten würden, unter der Voraussetzung, dass die Rahmenbedingungen dafür stimmen.

37,6 Prozent der Beschäftigten in Teilzeit geben an gerne mehr Stunden pro Woche arbeiten zu wollen, wenn die Rahmenbedingen stimmen würden und es ihre persönliche Situation zuließe. Über die Hälfte der teilzeitbeschäftigten Männer und Frauen zwischen 18 und 34 Jahren würden die Arbeitszeit unter den genannten Voraussetzungen gerne ausweiten. Im mittleren Alter sind es über 40 Prozent und in der Altersgruppe ab 50 noch ein Viertel. Somit nimmt der Wunsch zur Arbeitszeitausweitung, unter guten Voraussetzungen, mit dem Alter ab (vgl. Abbildung 53).

Abbildung 53: Beschäftigte mit Wunsch nach Arbeitszeitausweitung nach Geschlecht und Altersgruppe



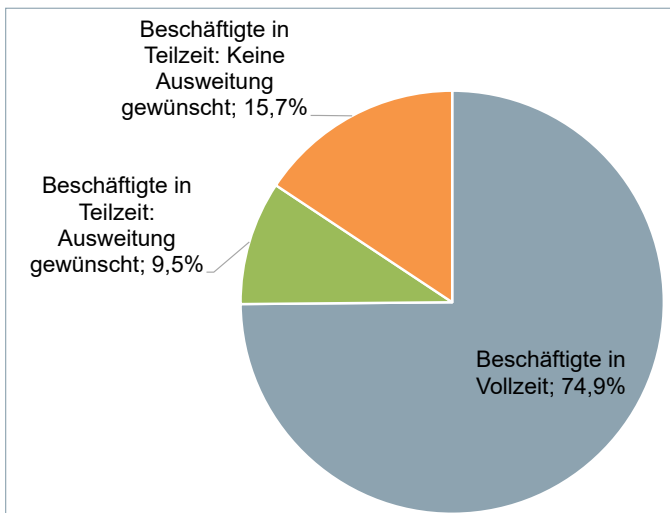
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten in Teilzeit nach Wunsch Arbeitszeitausweitung n = 1.709

Insgesamt lässt sich auf Basis der Beschäftigtenbefragung abschätzen, wie groß das Potenzial an Beschäftigten ist, das für eine Ausweitung des Beschäftigungsumfangs in Frage kommt.

Für die Gruppe der aktuell (zum Befragungszeitpunkt) in Vollzeit Beschäftigten kommt per Definition keine Ausweitung der Arbeitszeit in Frage. Eine weitere Gruppe, für die eine Ausweitung der Arbeitszeit aktuell nicht in Frage kommt, sind die Beschäftigten, die aktuell in Teilzeit arbeiten und die auch bei passenden Rahmenbedingungen nicht den Wunsch haben, die Arbeitszeit auszuweiten. Potenzial dem Personalmangel mithilfe der aktuell schon beschäftigten Personen gegenzusteuern, bietet die Beschäftigtengruppe, die aktuell in Teilzeit arbeitet und den Wunsch hat, bei passenden Rahmenbedingungen, die Arbeitszeit auszuweiten. Abbildung 54 zeigt, wie groß die drei Gruppen sind. Demnach liegt das Potenzial bei 9,5 Prozent für diejenigen Beschäftigten, die unter passenden Rahmenbedingungen die Arbeitszeit ausweiten würde.

Abbildung 54: Arbeitsumfang und Potenzial durch Ausweiten der Arbeitszeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten nach Arbeitsumfang und Wunsch Arbeitszeitausweitung n = 7.006

Differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht ergibt sich gemäß Abbildung 55 folgendes Bild zum Potenzial einer Ausweitung der Arbeitszeit: Bei Männern ist durch den hohen Anteil an Vollzeitbeschäftigten das Potenzial durch Arbeitszeitausweitung dem Personalmangel gegenzusteuern kleiner als bei Frauen. Der Wert liegt bei 3,6 Prozent der Männer in Teilzeit und bei 15,7 Prozent bei den Frauen.

Innerhalb der verschiedenen Altersgruppen ist bei jungen Männern der Teilzeit Anteil am größten (12,2 Prozent). Junge Männer geben etwas häufiger an, ihre Arbeitszeit ausweiten zu wollen, ab 35 Jahren ist der Wunsch nach Ausweitung wenig verbreitet und das „Vollzeitpotenzial“ noch stärker ausgeschöpft.

Während weniger als ein Viertel der Frauen zwischen 18 und 34 in Teilzeit arbeitet, sind es in den Altersgruppen von 35–49 und 50–65 rund die Hälfte. Der Wunsch

Männer bieten wenig Potenzial zur stärkeren Erwerbsbeteiligung im Rahmen einer Ausweitung der Arbeitszeit

zur Arbeitszeitausweitung nimmt mit dem Alter ab: nur 11,7 Prozent der Frauen ab 50 haben den Wunsch die Arbeitszeit auszuweiten, bei den Frauen zwischen 35 und 49 ist es noch jede Fünfte (21,6 Prozent). Verglichen mit den Männern, bieten Frauen in Teilzeit Potenzial für eine stärkere Erwerbsbeteiligung im Zuge einer Ausweitung der Arbeitszeit.

Abbildung 55: Arbeitsumfang und Potenzial durch Ausweiten der Arbeitszeit nach Geschlecht und Altersgruppe



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten nach Arbeitsumfang und Wunsch Arbeitszeitausweitung n = 7.006

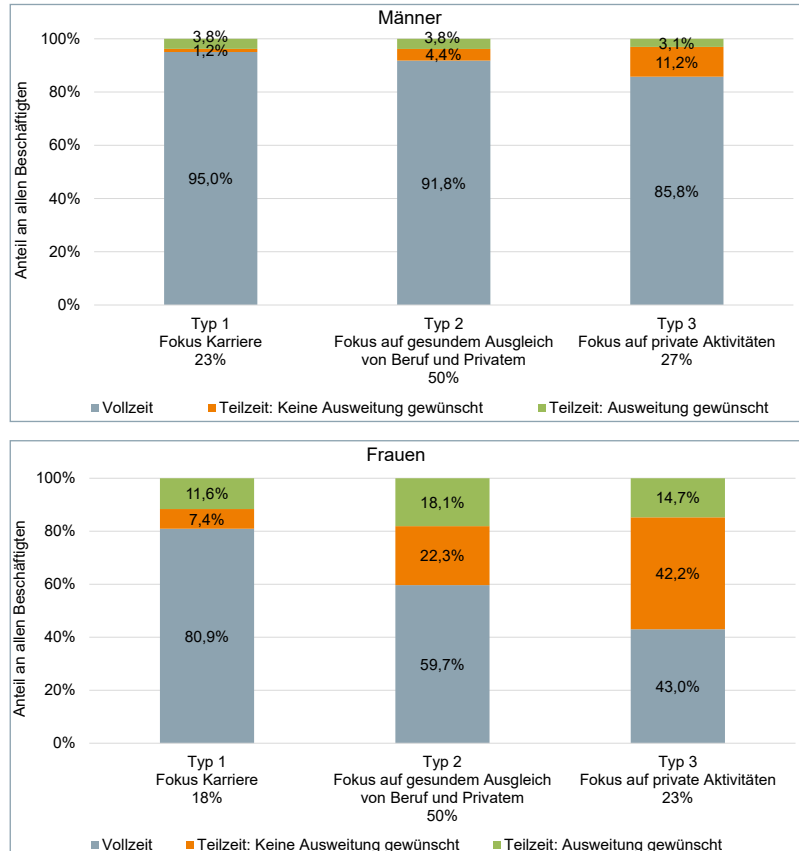
„Wenn jüngere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach ihren Stärken und Talenten eingesetzt sind und partizipieren, zeigen sie die höchste Leistungsbereitschaft, die wir jemals gemessen haben. Aber es muss Spaß machen, es muss eine Perspektive bieten und es muss sinnvoll sein. Sie glauben gar nicht, wie viele Commitment man bekommt.“

„Wenn sowohl jüngere als auch ältere Frauen keine Betreuungsaufgaben mehr erfüllen, sollte man mit diesen Frauen ins Gespräch über eine Arbeitszeiterweiterung gehen.“

Frau Professorin Dr. Jutta Rump, Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen, Institut für Beschäftigung und Employability

Bezogen auf die drei Karrieretypen ist bereits bekannt, dass Karrieretyp 1 am häufigsten in Vollzeit arbeitet. Abbildung 56 zeigt zudem, dass Beschäftigte mit Fokus auf die Karriere eher bereit sind ihre Arbeitszeit auszuweiten, wenn in Teilzeit gearbeitet wird. Bei den Frauen ist es zusätzlich der Karrieretyp 2. Dies entspricht der Fragestellung der Beschäftigtenbefragung, dass die Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen passen müssen und die persönliche Situation eine Ausweitung zulässt. Die geringste Bereitschaft zum Ausweiten haben bei beiden Geschlechtern der Karrieretyp 3.

Abbildung 56: Arbeitsumfang und Ausweiten der Arbeitszeit nach Geschlecht und Karriertyp



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten nach Arbeitsumfang und Wunsch Arbeitszeitausweitung n = 7.006

4.4.2 Strategie: Längere Erwerbsbeteiligung in Gesundheit

Die Zahl älterer Beschäftigte hat in den letzten Jahren stark zugenommen von 4,8 Millionen Beschäftigten ab 55 Jahren im Jahr 2013 auf 7,3 Millionen Beschäftigte im Jahr 2020 (Koneberg und Jansen 2022). Von den 21 Millionen Bundesbürgern zwischen 55 und 75 Jahren waren 2020 47,7 Prozent erwerbstätig⁹. Dieser Anteil nimmt mit zunehmendem Alter ab. Waren es in der Altersgruppe zwischen 55 und 60 Jahren noch 81,0 Prozent und in der Altersgruppe zwischen 61 und 64

⁹ Erwerbstätige sind alle Personen, die im Berichtszeitraum mindestens eine Stunde gegen Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (Arbeitnehmer/-innen), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben, einen freien Beruf ausüben oder als mithelfende Familienangehörige im Betrieb eines Familienmitglieds mitarbeiten, ohne dafür Lohn und Gehalt zu beziehen.

Jahren 60,7 Prozent, sinkt der Anteil mit dem gesetzlichen Rentenalter rapide ab: von 17 Prozent in der Altersgruppe zwischen 65 und 69 Jahren auf 7,8 Prozent in der Altersgruppe der 70- bis 75-Jährigen (Statistisches Bundesamt 2022b).

Hinter diesen Beschäftigungsquoten verbergen sich unterschiedliche Lebens- und Erwerbsverläufe hinsichtlich des Gesundheitszustands, der Arbeitsbedingungen sowie der Familien- und Lebensformen, die beachtet werden müssen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006).

Wie im vorangegangenen Abschnitt schon ausführlich dargestellt (vgl. Abbildung 44), arbeitet fast die Hälfte der Frauen zwischen 50 und 65 Jahren in Teilzeit (47,5 Prozent). Bei den Männern ist es fast jeder zehnte (9,1 Prozent). Sowohl Frauen als auch Männer geben im Alter ab 50 Jahren häufiger an dem Karrieretyp 2 mit Fokus auf einen gesunden Ausgleich zwischen Beruf und Karriere bzw. dem Typ 3 anzugehören, der den Fokus auf private Aktivitäten legt (vgl. Abbildung 56).

Ein gesunder Ausgleich zwischen Beruf und Privatleben ist zunehmend wichtig

Ebenfalls wurden bereits im Abschnitt 4.4.1 dargestellt, dass die Gründe für das Arbeiten in Teilzeit für ältere Beschäftigte teilweise andere sind als für jüngere Beschäftigte: Gemäß Abbildung 51 ist sowohl für Frauen als auch für Männer ab 50 Jahren zu jeweils einem Drittel der Grund für eine Beschäftigung in Teilzeit, dass sie mehr Zeit für ihre persönlichen Interessen haben möchten (Männer: 36 Prozent; Frauen: 33 Prozent). Jeweils gut ein Viertel gibt an, dass das (Familien-)Einkommen ausreichend ist, so dass sie nicht mehr arbeiten müssen (Männer: 24 Prozent; Frauen: 26 Prozent). Jeweils ein Fünftel der Männer und Frauen ab 50 gibt an, dass ihre Gesundheit es auf Grund von Krankheit oder Unfallfolgen nicht anders zulässt (Männer: 22 Prozent; Frauen: 21 Prozent). Für fast ein Viertel der Frauen ist eine Überlastung ein Grund für eine Erwerbstätigkeit in Teilzeit (24 Prozent), bei Männern sind es 16 Prozent. Zwölf Prozent der Männer ab 50 geben zudem an einen weiteren Beruf auszuüben, zu gleichen Anteilen geben die Frauen ab 50 an, dass sie eine nahestehende Person pflegen bzw. betreuen.

Gründe für das Arbeiten in Teilzeit ab 50 Jahren

Jeder zehnte befragte Beschäftigte ab 50 Jahren hat in den letzten zwölf Monaten seine Arbeitszeit ausgeweitet (vgl. Tabelle 10) und damit ein deutlich geringerer Anteil als in den jüngeren Altersgruppen.

Verglichen mit den jüngeren Altersgruppen geben Frauen und Männer ab 50 seltener an, gerne mehr Stunden pro Woche arbeiten zu wollen und somit ihrer Arbeitszeit auszuweiten (vgl. Abbildung 53).

Gesundheitliche Situation und Leistungsfähigkeit älterer Beschäftigter

Gefragt nach gesundheitlichen Beschwerden der letzten zwölf Monate, die während der Arbeit bzw. an Arbeitstagen (sehr häufig oder häufig) auftraten, wird von Beschäftigten aller Altersgruppen Müdigkeit am häufigsten genannt. Die Anteile der betroffenen Beschäftigten liegen in allen Altersgruppen bei rund 40 Prozent.

Nicht alle Beschwerden nehmen mit dem Alter zu

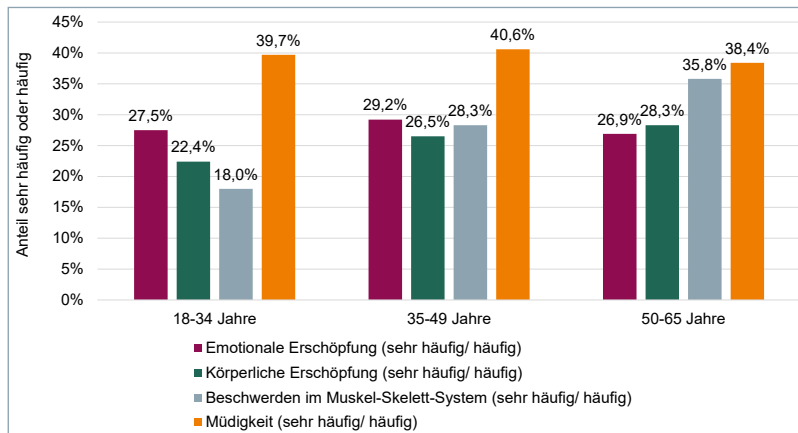
Ebenso verhält es sich mit emotionaler Erschöpfung, auch hier zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

In Abbildung 57 ist dargestellt, zu welchen Anteilen die befragten Beschäftigten angegeben haben, dass die dargestellten Beschwerden in den letzten zwölf Monaten an Arbeitstagen sehr häufig oder häufig aufgetreten sind.

Beschwerden im Muskel-Skelett-System nehmen mit steigendem Alter deutlich zu

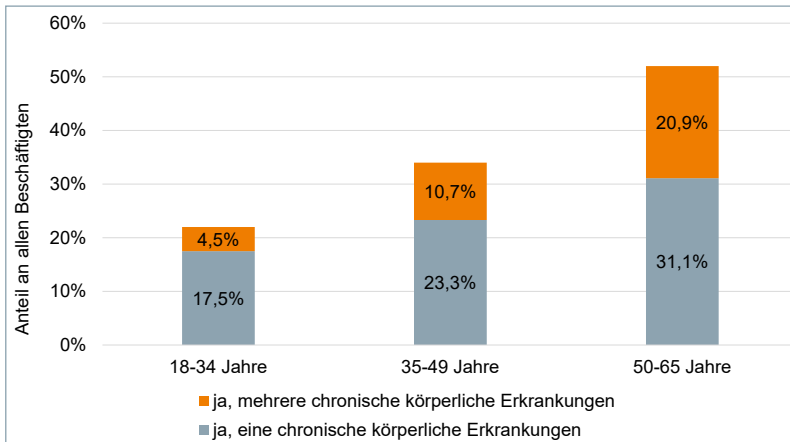
Beschwerden im Muskel-Skelett-System nehmen mit fortschreitendem Alter deutlich zu: sie treten in der Altersgruppe der 50- bis 65-Jährigen fast doppelt so oft auf wie bei den 18- bis 34-Jährigen (18,0 Prozent zu 35,8 Prozent in der höchsten Altersgruppe). Des Weiteren nimmt das Auftreten körperlicher Erschöpfung mit höherem Alter zu. Rund 28 Prozent der ab 50-jährigen Beschäftigte geben an, dass sie häufig oder sehr häufig unter körperlicher Erschöpfung leiden. Insgesamt fällt aber auf, dass, mit Ausnahme der Beschwerden im Muskel-Skelett-System, sich nur geringe Zunahmen im Vergleich der beiden Altersgruppen 35 bis 49 Jahre und 50 bis 65 Jahre zeigen. Ein häufiges oder sehr häufiges Auftreten von emotionaler Erschöpfung wird sogar in der mittleren Altersgruppe von einem größeren Anteil der Beschäftigten genannt.

Abbildung 57: Gesundheitliche Beschwerden an Arbeitstagen in den letzten 12 Monaten nach Alter (Angabe sehr häufig oder häufig)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022
 Basis: alle Befragten n = 7.016–7.030

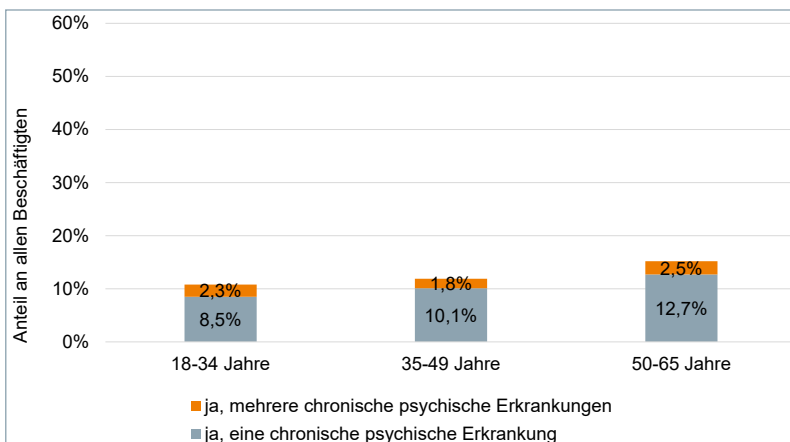
Eine deutliche Zunahme im Altersverlauf zeigt sich allerdings im Vorhandensein chronischer Erkrankungen, Abbildung 58 und Abbildung 59 zeigen das deutlich. 50- bis 65-jährige Beschäftigte geben zu 31 Prozent an eine chronische körperliche Erkrankung zu haben, weitere 21 Prozent geben an sogar mehrere chronische körperliche Erkrankungen zu haben. Zusammengefasst leiden über die Hälfte der Beschäftigten ab 50 Jahren unter mindestens einer chronischen körperlichen Erkrankung.

Abbildung 58: Anteil chronischer körperlicher Erkrankungen nach Alter

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten n = 6.942

Chronische psychische Erkrankungen treten, wie in Abbildung 59 dargestellt, zwar insgesamt seltener auf, nehmen aber ebenfalls deutlich mit dem Alter zu.

Abbildung 59: Anteil chronischer psychischer Erkrankungen nach Alter

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten n = 6.923

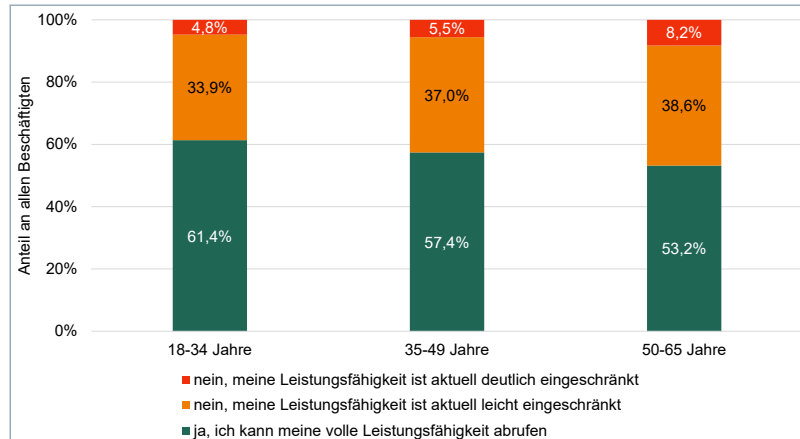
Im Ergebnis spiegelt sich die Zunahme von körperlichen Beschwerden, die zunehmende Häufigkeit von chronischen Erkrankungen auch in einer Abnahme der Leistungsfähigkeit älterer Beschäftigter wider (Abbildung 60): Der Anteil der Beschäftigten, der angibt seine volle Leistungsfähigkeit abrufen zu können, nimmt mit dem Alter ab. Dementsprechend nehmen die Anteile derjenigen zu, die angeben, dass ihre Leistungsfähigkeit aktuell leicht oder deutlich eingeschränkt ist. Insgesamt

15,2 Prozent der ab 50-jährigen Beschäftigten haben mindestens eine chronische psychische Erkrankung

53,2 Prozent der Beschäftigten ab 50 Jahren können ihre volle Leistungsfähigkeit abrufen

allerdings liegt der Anteil der Beschäftigten, die deutlich in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind nur bei 8,2 Prozent in der oberen Altersgruppe.

Abbildung 60: Abruf der vollen Leistungsfähigkeit bei der Arbeit nach Alter



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten n = 7.007

Gesundheitliche Situation mit Blick auf das ambulante Behandlungsgeschehen

Auf Basis der ambulanten Behandlungsdaten wurde ebenfalls untersucht, inwieweit mit steigendem Alter der Beschäftigten behandlungsbedürftige Erkrankungen zunehmen, die den Umfang der Erwerbsbeteiligung einschränken könnten. Fokussiert werden dabei die Diagnosen, die für die Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigten eine besondere Rolle spielen.

Es wurde darüber hinaus geprüft, ob sich Unterschiede zwischen Beschäftigten in Vollzeit und in Teilzeit zeigen.

In die Analyse einbezogen wurden diejenigen Beschäftigten, die mindestens 360 Tage im Jahr 2021 sozialversicherungspflichtig beschäftigt bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Die Datenbasis bestand aus 1.987.355 Versicherten. Zum Vergleich dargestellte Ergebnisse zu den Betroffenenquoten basieren auf allen bei der DAK-Gesundheit versicherten Beschäftigten.

Um ein Maß dafür zu finden, inwieweit Beschäftigte von Erkrankungen betroffen sind, die im besonderen Maße zu Krankschreibungen führen, wurden in die Analyse folgende Diagnosen einbezogen: Die zwanzig Diagnosen, auf die 2022 die meisten Fehltag entfallen sind und die zwanzig, auf die die meisten AU-Fälle (vgl. dazu auch Tabelle 1) entfallen sind. Bei dieser Auswahl kommt es zu einigen Überschneidungen, so dass sich über diese Auswahl 29 für das Fehlzeitengeschehen besonders wichtige Diagnosen ergeben. Insgesamt entfallen auf diese 29 Einzeldiagnosen 2022 58 Prozent aller Fehltag und 65 Prozent aller AU-Fälle. Folgende Diagnosen wurden einbezogen: A09, B34, B99, C50, F32, F33, F41, F43, F45, F48,

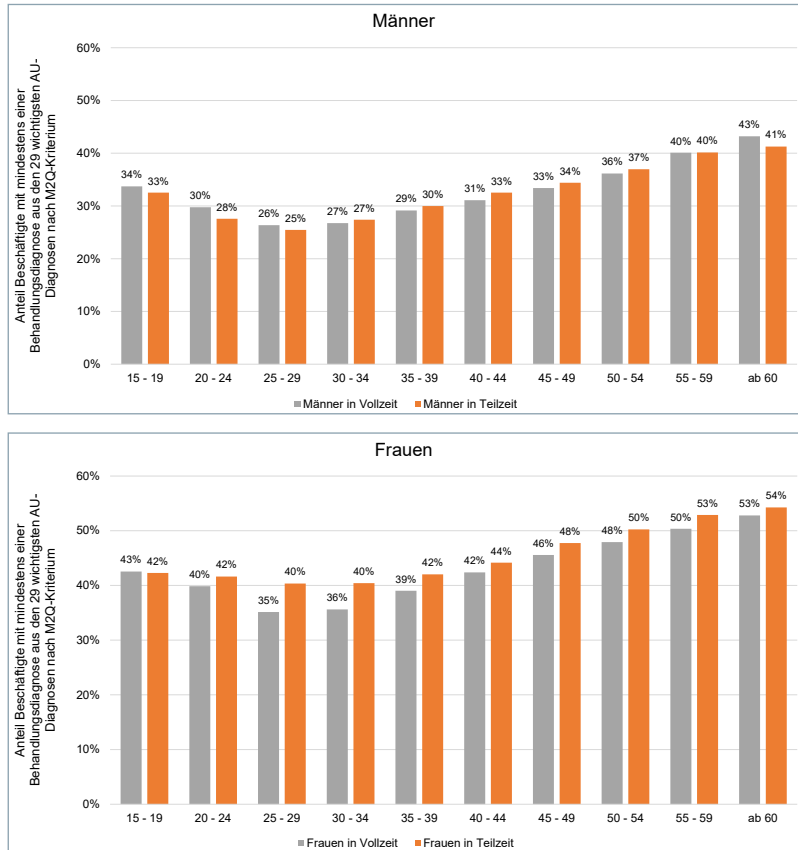
G43, J00, J06, J20, J98, K08, K52, M23, M25, M51, M54, M75, R10, R51, R53, S83, T14, U07, U99.

Ermittelt wurde der Anteil der Beschäftigten, die mindestens für eine dieser Diagnosen ambulant behandlungsbedürftig nach dem sogenannten M2Q-Kriterium sind. Das bedeutet, dass für mindestens eine dieser Diagnosen in 2021 in mindestens zwei unterschiedlichen Quartalen jeweils ein ambulanter Behandlungsfall mit dieser Diagnose auftrat.

In Abbildung 61 ist diese Behandlungsprävalenz für Männer und Frauen, nach Altersgruppen getrennt, für Beschäftigte in Vollzeit und in Teilzeit dargestellt. Am niedrigsten ist diese Behandlungsprävalenz bei Männern in der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre, danach steigt sie mit zunehmendem Alter leicht an und liegt dann bei den über 60-jährigen Beschäftigten bei 43 Prozent (Vollzeit) bzw. 41 Prozent (Teilzeit). Bei Männern liegt diese Quote erst ab dem Alter von 50 Jahren über dem Wert der unteren Altersgruppe und steigt auch danach nur noch moderat an. Vollzeit- und teilzeitbeschäftigte Männer unterscheiden sich mit Blick auf die Quote kaum. Bei den ältesten Beschäftigten ist die Behandlungsquote bei Vollzeitbeschäftigten mit 43 Prozent sichtbar höher als bei Teilzeitbeschäftigten.

Für Frauen zeigt sich bei der ermittelten Behandlungsprävalenz ein mit dem Alter weniger stark steigender Verlauf, der auch auf einem etwas höheren Niveau verläuft. In allen Altersgruppen liegt die Behandlungsprävalenz, in Bezug auf die ausgewählten Diagnosen, der teilzeitbeschäftigten Frauen über der der Frauen in Vollzeit. Nennenswert groß ist der Unterschied aber nur zwischen 25 und 39 Jahren.

Abbildung 61: Anteil Beschäftigte mit mindestens einer Behandlungsdiagnose aus den 29 wichtigsten AU-Diagnosen nach M2Q-Kriterium



Quelle: Ambulante Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2021

Basis: alle Versicherten, die 2021 mindestens 360 Tage versicherungspflichtig beschäftigt waren

In den beiden folgenden Abbildungen (Abbildung 62 und Abbildung 63) ist die gleiche Betrachtung wie in Abbildung 61 für zwei zentrale Einzeldiagnosen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen dargestellt.

Männer in Vollzeit sind zu einem größeren Anteil wegen Rückenschmerzen in Behandlung

In Abbildung 62 ist die Behandlungsprävalenz für Rückenschmerzen (M54) nach dem M2Q-Kriterium dargestellt. Zum einen wird dabei deutlich, dass chronisch behandlungsbedürftige Rückenschmerzen mit zunehmendem Alter deutlich zunehmen. Rund ein Viertel der weiblichen Beschäftigten war in zwei Quartalen deshalb in Behandlung (Vollzeit 23 Prozent; Teilzeit 24 Prozent). Bei Männern in der gleichen Altersgruppe liegt die Quote bei 20 Prozent für Beschäftigte in Vollzeit und bei 17 Prozent für Beschäftigte in Teilzeit. Bei Männern werden Unterschiede zwischen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten mit zunehmendem Alter immer stärker sichtbar.

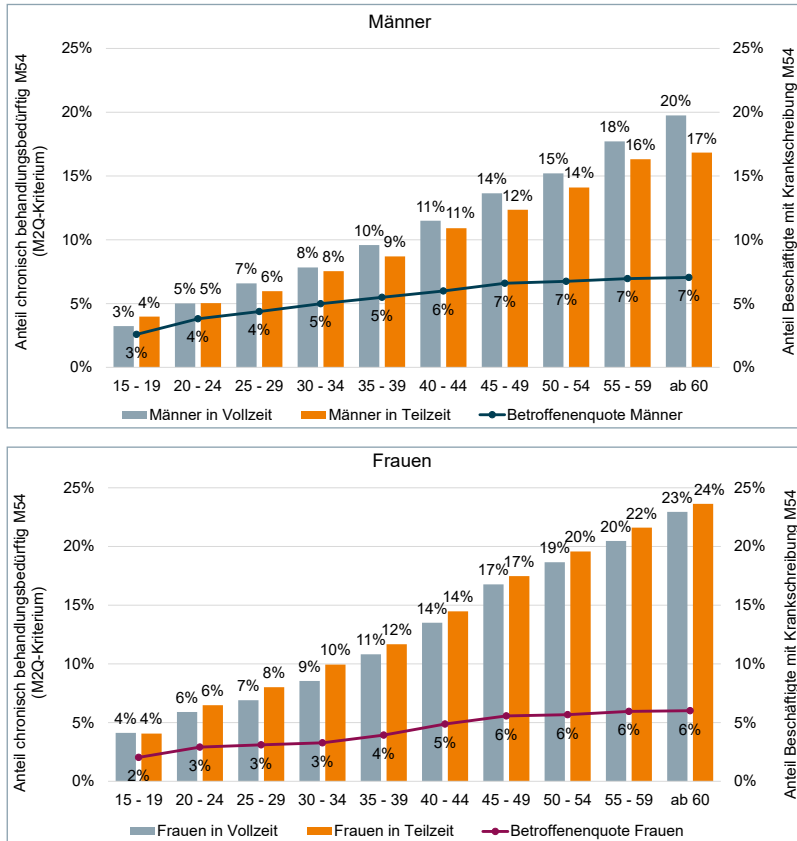
Die in Abbildung 62 dargestellte Linie stellt dar, welcher Anteil der Beschäftigten 2021 wegen Rückenschmerzen (M54) mindestens eine Krankschreibung hatte. Dabei handelt es sich offensichtlich nur um einen Bruchteil derjenigen, die aufgrund dieser Diagnose in ambulanter Behandlung sind. Das bedeutet umgekehrt. Dass der übrige Teil der Beschäftigten zwar wegen Rückenschmerzen in Behandlung ist, aber nicht deshalb krankgeschrieben war. Mit zunehmendem Alter wächst zwar der Anteil der Beschäftigten, die wegen Rückenschmerzen in Behandlung sind stark an, aber der Anteil derjenigen mit einer entsprechenden Krankschreibung nimmt bei weitem nicht in im gleichen Umfang zu. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen sind noch etwa gleich viele Beschäftigte krankgeschrieben wie in Behandlung, im Alter von 50 bis 54 Jahren sind Männer zu 15 Prozent (Vollzeit) bzw. 14 Prozent (Teilzeit) wegen Rückenschmerzen in Behandlung, aber nur 7 Prozent deshalb krankgeschrieben. Mit weiter zunehmendem Alter steigt die Behandlungsquote noch weiter an, die Betroffenenquote bleibt bei rund 7 Prozent praktisch konstant.

Bei Frauen steigt die Behandlungsquote für Rückenschmerzen noch stärker an, als bei Männern und unterscheidet sich kaum zwischen Frauen in Vollzeit und in Teilzeit. Trotz höherer Behandlungsquote liegt der Anteil der Frauen mit einer Krankschreibung durchgängig für alle Altersgruppen unter dem bei Männern. Der Anteil derjenigen Beschäftigten, die in Behandlung aber nicht krankgeschrieben sind ist demnach bei Frauen noch größer als bei Männern.

In Abbildung 63 ist der Vergleich von Behandlungsquote (Säulen) und Betroffenenquote für Krankschreibungen (Linie) am Beispiel der Depressiven Episode (F32) dargestellt. Auch hier übersteigt die Behandlungsquote die Krankschreibungsquote erheblich. Man erkennt auch, dass Männer in Teilzeit deutlich häufiger wegen einer Depressiven Episode in regelmäßiger Behandlung sind als Männer, die in Vollzeit arbeiten. Der Altersverlauf der Behandlungsquote unterstreicht auch hier, dass mit zunehmendem Alter ein immer größerer Anteil an Beschäftigten von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen ist, wie hier im Beispiel von Depressionen, der allerdings nur zu verhältnismäßig geringen Anteilen auch zu Krankschreibungen führt.

Ältere Beschäftigte sind häufiger wegen Rückenschmerzen in Behandlung, aber deshalb nicht häufiger krankgeschrieben

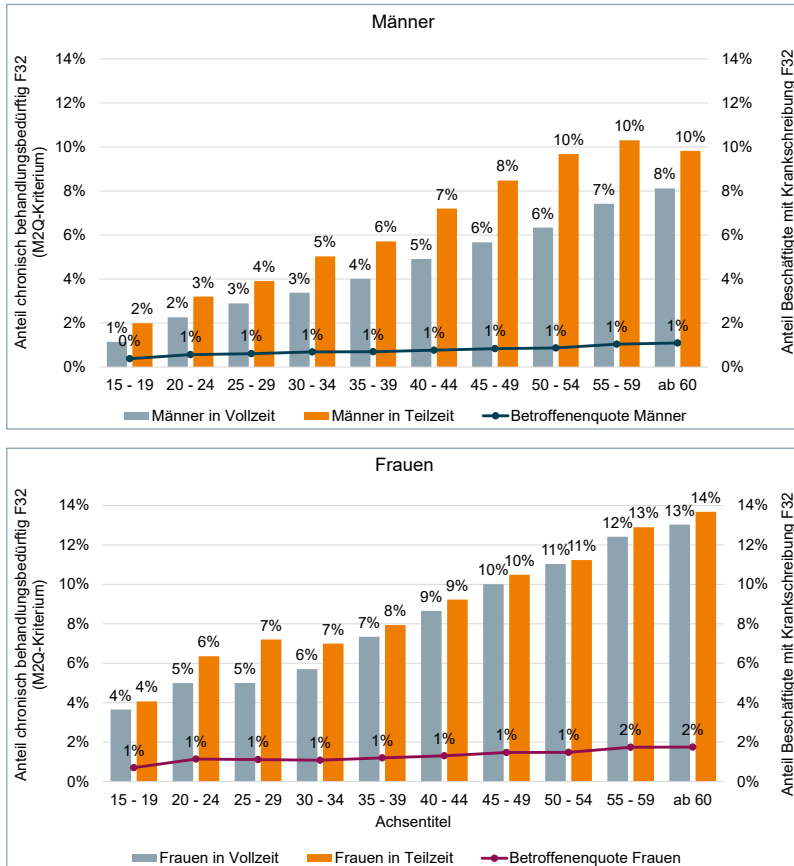
Abbildung 62: Anteil Beschäftigte mit chronischer Behandlungsbedürftigkeit Rückenschmerzen (M54) nach M2Q-Kriterium und Betroffenenquote



Quelle: Ambulante Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2021

Basis: alle Versicherten, die 2021 mindestens 360 Tage versicherungspflichtig beschäftigt waren

Abbildung 63: Anteil Beschäftigte mit chronischer Behandlungsbedürftigkeit Depressive Episode (F32) nach M2Q-Kriterium und Betroffenenquote



Quelle: Ambulante Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2021

Basis: alle Versicherten, die 2021 mindestens 360 Tage versicherungspflichtig beschäftigt waren

Auswirkung: Aussicht bis zum Rentenalter?

Besonders für Betriebe, die aktuell schon von Personalmangel betroffen sind, spielt es eine wichtige Rolle, wie lange ihnen ihre Beschäftigten zur Verfügung stehen. Ein vorzeitiger Renteneintritt in größeren Teilen der Belegschaft würde die Personalsituation weiter verschärfen.

Die Erwerbstätigen wurden gefragt, ob sie ihrer Meinung nach unter den derzeitigen Anforderungen ihrer Tätigkeit bis zum gesetzlichen Rentenalter ohne Einschränkung ausüben können. 66,8 Prozent aller befragten Beschäftigten meinen, dass sie den Anforderungen wahrscheinlich gewachsen sind, 33,2 Prozent glauben dies nicht. Diese Einschätzung ist über alle Altersgruppen hinweg – egal ob jung oder alt – stabil.

„Es ist eine existenzielle Frage und ökonomische Notwendigkeit sich mit der Gesundheit seiner Beschäftigten auseinanderzusetzen. Dabei geht es vor allem um die Rahmenbedingungen. Wie gestalte ich die Rahmenbedingungen, dass sie nicht krank machen, dass sie die Menschen gesund halten, dass sie ihre Energie richtig herausholen? Wir reden über Kultur, über Organisation, über Prozessgestaltung, über Strukturen, über gesunde Führung, über gesunde Personalentwicklung und über gesunde Laufbahnplanung.“

Frau Professorin Dr. Jutta Rump, Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen, Institut für Beschäftigung und Employability

Beschäftigte mit Personalmangel im Arbeitsbereich zeigen sich deutlich pessimistischer ihre jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben zu können

Die Gruppe der Beschäftigten mit Personalmangel zeigt allerdings deutliche Unterschiede: Beschäftigte mit konstantem Personalmangel glauben nur zu 44,4 Prozent, dass sie ihre jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter durchhalten können. Der Anteil liegt damit 22,4 Prozentpunkte unter dem Durchschnittswert aller befragten Beschäftigten. Auch mit zunehmendem Alter nimmt dieser Wert in der Gruppe der Beschäftigten mit konstantem Personalmangel nicht zu, obwohl das Rentenalter dann deutlich näherliegt. Es zeigt sich erneut der Einfluss des Personalmangels: je häufiger der Personalmangel im Arbeitsbereich auftritt, desto unwahrscheinlicher ist eine Ausübung der jetzigen Tätigkeit bis zum Rentenalter nach Einschätzung der Beschäftigten.

Tabelle 13: Ausübung der jetzigen Tätigkeit bis zum Rentenalter nach Altersgruppen

Altersgruppe		Anteil ja, wahrscheinlich	Anteil nein, wahrscheinlich nicht	
18-34 Jahre	Personalmangel	konstanter Personalmangel	45,0%	55,0%
		häufiger Personalmangel	59,0%	41,0%
		gelegentlicher Personalmangel	78,2%	21,8%
		ohne Personalmangel	87,7%	12,3%
		Gesamt	69,7%	30,3%
35-49 Jahre	Personalmangel	konstanter Personalmangel	44,2%	55,8%
		häufiger Personalmangel	56,3%	43,7%
		gelegentlicher Personalmangel	76,9%	23,1%
		ohne Personalmangel	86,0%	14,0%
		Gesamt	66,1%	33,9%
50-65 Jahre	Personalmangel	konstanter Personalmangel	44,3%	55,7%
		häufiger Personalmangel	57,9%	42,1%
		gelegentlicher Personalmangel	73,3%	26,7%
		ohne Personalmangel	84,6%	15,4%
		Gesamt	65,1%	34,9%
Gesamt	Personalmangel	konstanter Personalmangel	44,4%	55,6%
		häufiger Personalmangel	57,6%	42,4%
		gelegentlicher Personalmangel	76,0%	24,0%
		ohne Personalmangel	86,2%	13,8%
		Gesamt	66,8%	33,2%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten zum Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich n = 6.968

4.5 Betriebliches Gesundheitsmanagement als Element der Personalkräftesicherung

Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) beschreibt strategisch geplante Maßnahmen, um die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten. Diese sollten sowohl die Arbeitsorganisation und die Arbeitsbedingungen (Verhältnisprävention) als auch das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten (Verhaltensprävention) adressieren. Die Gesamtheit der Maßnahmen werden als betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) zusammengefasst.

Maßnahmen des BGF werden im Instrumentenkasten der Unternehmen zur Vermeidung bzw. Reduzierung von Personalmangelsituationen insgesamt noch zu wenig beachtet und von einer Reihe von Betrieben entsprechend gar nicht oder zu defensiv genutzt. In einer Befragung von Betriebsräten wurde für etwa die Hälfte der Betriebe (mit Betriebsratsvertretung) angegeben, dass BGF existiert. Dabei steigt der Anteil von Betrieben, die über ein BGF verfügen, mit zunehmender Zahl an Beschäftigten an. In der Untersuchung wird kritisiert, dass sich die BGF-Aktivitäten – gerade in großen Unternehmen – zu einseitig auf Verhaltensprävention (wie z. B. Ernährungsberatung oder Kurse zur Stressbewältigung) statt auf ganzheitliche Verhaltens- und Verhältnisprävention fokussieren, so dass ein bedeutender Teil der belastenden Faktoren (hohe Arbeitsintensität, Personalmangel oder fehlende soziale Unterstützung) kaum Beachtung finden (Ahlers 2016). Um hier eine Entlastung zu schaffen, ist die Arbeitsorganisation der Betriebe von zentraler Bedeutung. Anstatt verhaltenspräventive Ausgleichsmaßnahmen (wie Achtsamkeitsangebote etc.) zu implementieren und anzubieten, müssen Maßnahmen ergriffen werden, die die Rahmenbedingungen verändern.

„Wir wissen um die Notwendigkeit von BGM, aber das bisherige Konzept funktioniert nicht. Es wird oftmals von den Mitarbeitenden nicht angenommen. Es muss als etwas Hilfreiches empfunden werden. Wichtig ist, dass es nicht als etwas Zusätzliches verstanden wird und die Führungskräfte dahinterstehen.“

Frau Jasmin Arbabian-Vogel, Präsidentin des Verbands Deutscher Unternehmerinnen

Ein ganzheitlicher Präventionsansatz ist der Setting- bzw. Lebensweltansatz. Der Lebensweltansatz verknüpft hierfür Maßnahmen, die sowohl auf die Rahmenbedingungen (Verhältnisse) als auch auf das gesundheitsbezogene Verhalten Einzelner gerichtet sind (Hupfeld und Wanek 2022). Im Betrieb halten sich Erwerbstätige einen großen Teil des Tages auf und es wirken sowohl gesundheitsförderliche als auch gesundheitsbelastende Faktoren (Hartung und Rosenbrock 2022). Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb ist es, unter Einbezug der Beschäftigten (Partizipationsansatz) und der Arbeitsgeber, Gesundheitspotenziale und -risiken zu ermitteln und einen Veränderungsprozess zu begleiten.

Wichtiges Element des Lebensweltansatzes ist das Empowerment der Beschäftigten. Durch die Stärkung ihrer Kompetenzen, Ressourcen sowie der Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten sollen sie sich an einer gesundheitsförderliche Gestaltung des Betriebes beteiligen. Dies kann in Form einer Organisationsentwicklung oder durch die Aneignung bestimmter Kompetenzen (Gesundheitsbildung) geschehen (Göpel 2015). Um das Empowerment zu fördern, können verschiedene Maßnahmen ergriffen werden (Brandes und Stark 2021):

- Bereitstellung von instrumentellen Hilfen (Räume, finanzielle Mittel etc.),
- Befähigung zur Reflexion von Problemen, Bedürfnissen und Ressourcen,
- Aufzeigen oder Schaffen von Handlungsspielräumen,
- Anbieten von Orientierungshilfen und Erschließen von Informationsquellen,
- Unterstützung bei der Erarbeitung von Entscheidungen, Lösungen und Zielen,
- Unterstützung von Selbstorganisation und Selbsthilfe

Für das Gelingen des Lebensweltansatzes muss Gesundheit ins betriebliche Leitbild integriert werden. „[B]etriebliche Gesundheitsförderung [ist] dann besonders effektiv [...], wenn sie in die Unternehmensziele der Betriebe integriert ist bzw. die Unternehmenskultur auch die Förderung der Beschäftigtengesundheit beinhaltet“ (Hupfeld und Wanek 2022, S. 109).

„BGM wird häufig als ein Sonderthema wahrgenommen, das für sich steht und somit nicht organisch in Betriebsabläufe eingebettet wird. Die Verantwortung für BGM bzw. für das Thema Gesundheit wird bestimmten Personen oder Abteilungen zugeordnet, beispielsweise Human Resource oder dem Arbeits- und Gesundheitsschutz. Die Zusammenhänge im Thema Gesundheit müssen in Unternehmen verstanden und gelebt werden, so dass dadurch aktiv Arbeitsbedingungen angepasst werden können. Um Menschen individuell in diesem Prozess mitzunehmen, sind als Basis Gespräche notwendig, genauso wie gutes Leadership und Onboarding.“

Frau Dorothe Wundrack, Health Management H&M

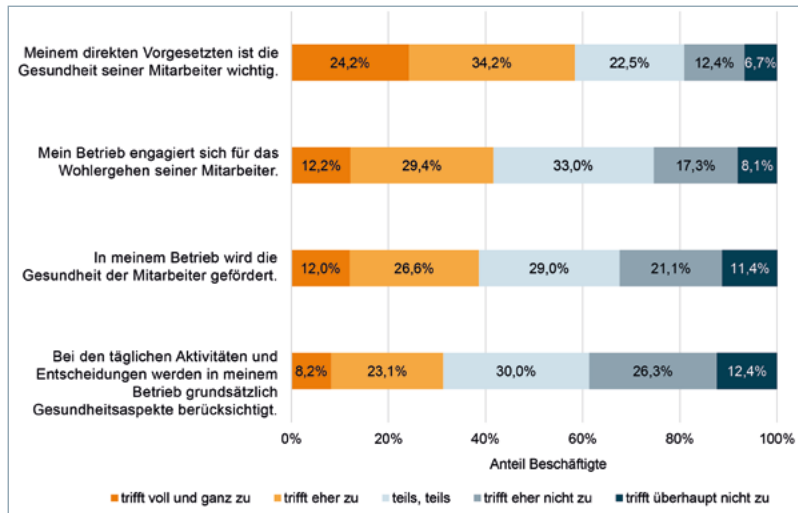
Gesundheit in den Betrieben

Welchen Stellenwert nimmt das Thema Gesundheit in den Betrieben ein? Wie verbreitet sind Maßnahmen, um die Arbeit gesundheitsförderlich und möglichst belastungsarm zu gestalten?

Wie die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zeigen, stimmen fast zwei Drittel der Befragten der Aussage voll und ganz oder eher zu, dass ihrem direkten Vorgesetzten die Gesundheit seiner Mitarbeiter wichtig ist (58,4 Prozent) (vgl. Ab-

bildung 64). Es zeigt sich darüber hinaus, dass sich ungefähr 40 Prozent der Betriebe für das Wohlergehen ihrer Mitarbeiter engagieren und die Gesundheit der Mitarbeiter fördern. Knapp ein Drittel der Beschäftigten gibt an, dass der Betrieb bei seinen täglichen Aktivitäten und Entscheidungen Gesundheitsaspekte berücksichtigt.

Abbildung 64: Bewertung des Stellenwertes von Gesundheit im Betrieb



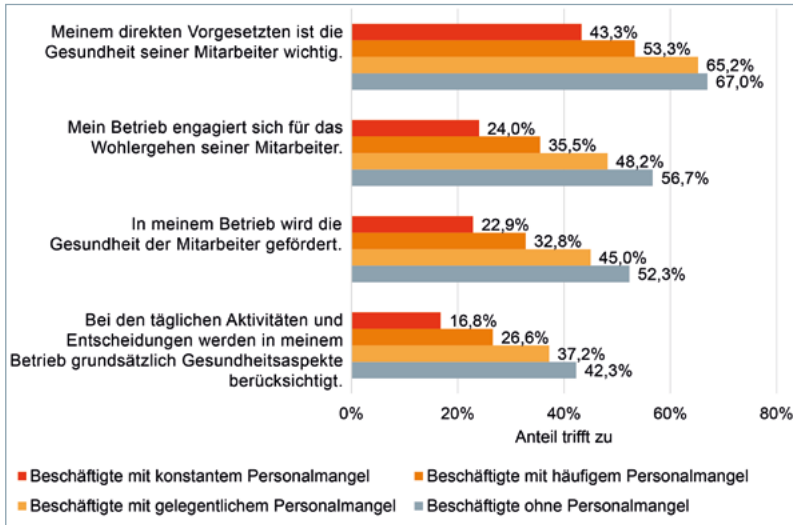
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Beschäftigten n = 6.885–6.703

Dabei gibt es keine Unterschiede in der Bewertung des Stellenwertes der Gesundheit im Betrieb hinsichtlich des Alters der Befragten (unter 50 Jahre oder ab 50 Jahre), der Beschäftigung in Voll- oder Teilzeit oder Männern und Frauen.

Jedoch zeigen sich teilweise starke Abweichungen vom Durchschnitt, wenn die Beschäftigten vom Personalmangel betroffen sind. Abbildung 65 zeigt, dass auf Beschäftigte mit konstantem oder häufigem Personalmangel die Aussagen weniger häufig zutreffen. Hingegen geben Beschäftigte ohne Personalmangel häufiger als der Durchschnitt der befragten Beschäftigten an, dass die Aussagen zum Stellenwert der Gesundheit im Betrieb zutreffen.

Abbildung 65: Bewertung des Stellenwertes der Gesundheit im Betrieb bei Personalmangel

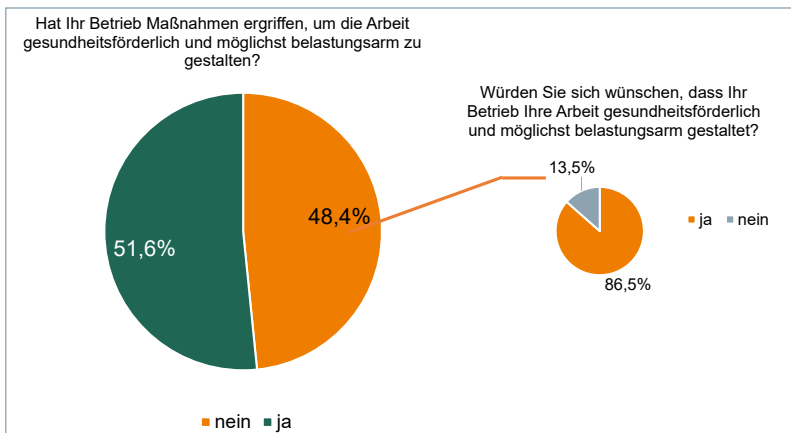


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten zum Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich n = 6.834–6.662, Anteil der Personen, die mit „trifft voll und ganz zu“ oder „trifft eher zu“ geantwortet haben

Abbildung 66 zeigt, dass über die Hälfte der befragten Beschäftigten angibt, dass im Betrieb Maßnahmen ergriffen wurden, um die Arbeit gesundheitsförderlich und belastungsarm zu gestalten (51,6 Prozent). Bei 48,4 Prozent der Befragten existieren solche Maßnahmen nicht, jedoch wünscht sich ein Großteil dieser Gruppe, dass ihre Arbeit gesundheitsförderlich und belastungsarmer gestaltet wird (86,5 Prozent).

Abbildung 66: Maßnahmen und Wunsch zur gesundheitsförderlichen und möglichst belastungsarmen Gestaltung der Arbeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Beschäftigten n = 6.262 und alle Beschäftigte, ohne Maßnahmen n = 2.814

Bei der Hälfte der Beschäftigten gibt es Maßnahmen, um die Arbeit gesundheitsförderlich und belastungsarm zu gestalten

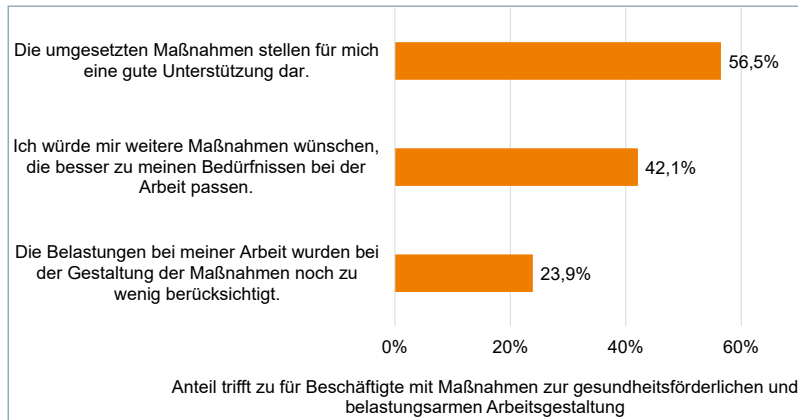
In Bezug auf realisierte Maßnahmen für ein gesundheitsförderliches Arbeitsumfeld zeigt sich, dass Beschäftigte mit konstantem oder häufigem Personalmangel unterdurchschnittlich häufig von solchen Maßnahmen profitieren. Sie finden in ihrem Betrieb seltener entsprechende Maßnahmen vor, die die Arbeit gesundheitsförderlich und belastungsarm gestalten (Beschäftigte mit konstantem Personalmangel: 34,3 Prozent; Beschäftigte mit häufigem Personalmangel: 45,9 Prozent im Vergleich zu 48,4 Prozent im Durchschnitt). Und der Wunsch nach solchen Maßnahmen ist größer (Beschäftigte mit konstantem Personalmangel ohne entsprechende Maßnahmen im Betrieb: 92,4 Prozent; Beschäftigte mit häufigem Personalmangel ohne entsprechende Maßnahmen im Betrieb: 90,8 Prozent).

Wie bewerten Beschäftigte die umgesetzten Maßnahmen?

Der Wunsch nach Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ist bei den Beschäftigten ohne Angebote sehr groß

Mehr als die Hälfte der Beschäftigten, bei den gesundheitsförderliche Maßnahmen im Betrieb umgesetzt wurden, stimmt der Aussage zu, dass diese Maßnahmen eine Unterstützung sind (vgl. Abbildung 67). 40 Prozent wünschen sich weitere Maßnahmen, die besser zu ihren Bedürfnissen bei der Arbeit passen. Fast ein Viertel gibt an, dass ihre Arbeitsbelastungen bei der Arbeit nicht berücksichtigt wurden.

Abbildung 67: Bewertung der ergriffenen Maßnahmen



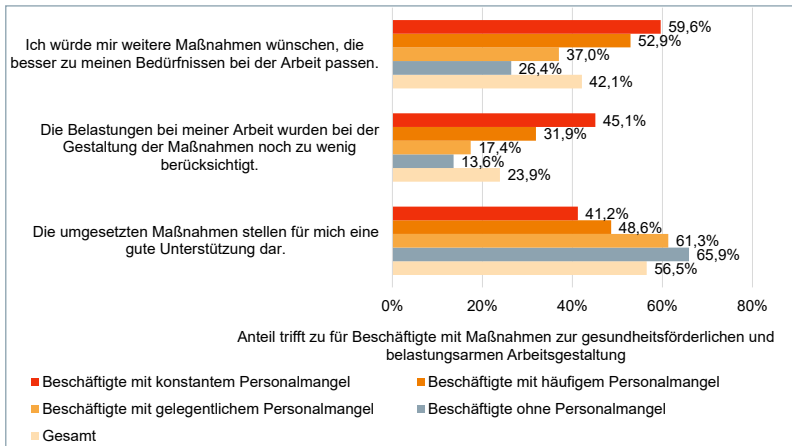
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Beschäftigten, bei denen der Betrieb bereits Maßnahmen ergriffen hat, um die Arbeit gesundheitsförderlich und belastungsarm zu gestalten n = 3.082–3.014, Anteil der Personen, die mit „trifft voll und ganz zu“ oder „trifft eher zu“ geantwortet haben

Auch hier gibt es keine nennenswerten Unterschiede in der Bewertung der ergriffenen Maßnahmen bezüglich des Alters der Befragten (unter 50 Jahre oder ab 50 Jahre), Beschäftigten in Voll- oder Teilzeit, Männern oder Frauen. Erneut zeigen sich teilweise starke Abweichungen vom Durchschnitt, wenn die Beschäftigten von konstantem oder häufigem Personalmangel betroffen sind, wie in Abbildung 68 dargestellt. Beschäftigte mit konstantem oder häufigem Personalmangel

haben häufiger den Wunsch nach weiteren Maßnahmen als der Durchschnitt. Sie geben vermehrt an, dass ihre Belastungen nicht berücksichtigt werden. Zudem geben diese Beschäftigten seltener an, dass die etablierten Maßnahmen eine Unterstützung darstellen.

Abbildung 68: Bewertung der ergriffenen Maßnahmen bei Personalmangel



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Befragten zum Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich, bei denen der Betrieb bereits Maßnahmen ergriffen hat, um die Arbeit gesundheitsförderlich und belastungsarm zu gestalten
n = 2.996–3.063, Anteil der Personen, die mit „trifft voll und ganz zu“ oder „trifft eher zu“ geantwortet haben

Betriebliche Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben

Die Ausweitung der Arbeitszeit als ein Beitrag zur Gewinnung von Personalressourcen kann umso besser gelingen, wenn Beschäftigte in den Betrieben Angebote vorfinden, die die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben unterstützen.

In diesem Abschnitt soll ein Überblick gegeben werden, in welchem Umfang Beschäftigten solche Angebote zur Verfügung stehen, ob sie genutzt werden und ob Beschäftigte, die entsprechende Angebote nicht haben, diese gerne nutzen würden.

Die Tabelle 14 gibt Auskunft über betriebliche Angebote zur Unterstützung der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben der befragten Beschäftigten im Ganzen sowie differenziert nach Beschäftigten in Voll- und Teilzeit.

Tabelle 14: Angebote des Arbeitgebers zur Vereinbarung von Beruf und Privatleben

	Vollzeit	Teilzeit	Gesamt
Angebot zur flexibleren Gestaltung der Arbeitszeit (z. B. Gleitzeit, flexible Wochen-/Tagesarbeitszeit)			
<i>vorhanden und genutzt</i>	57,1%	60,4%	57,9%
<i>vorhanden und nicht genutzt</i>	14,9%	9,4%	13,6%
<i>nicht vorhanden aber Wunsch zur Nutzung</i>	19,7%	23,2%	20,6%
<i>nicht vorhanden und kein Wunsch zur Nutzung</i>	8,2%	7,0%	7,9%
Angebote zur flexibleren Gestaltung des Arbeitsortes			
<i>vorhanden und genutzt</i>	54,8%	47,7%	53,1%
<i>vorhanden und nicht genutzt</i>	16,5%	13,4%	15,8%
<i>nicht vorhanden aber Wunsch zur Nutzung</i>	15,7%	18,7%	16,4%
<i>nicht vorhanden und kein Wunsch zur Nutzung</i>	13,0%	20,2%	14,7%
Angebote zum Austausch mit den Vorgesetzten über die persönliche Arbeitssituation (z. B. Umfang der Arbeitsaufgaben)			
<i>vorhanden und genutzt</i>	47,0%	53,6%	48,6%
<i>vorhanden und nicht genutzt</i>	28,7%	22,2%	27,1%
<i>nicht vorhanden aber Wunsch zur Nutzung</i>	16,9%	17,6%	17,1%
<i>nicht vorhanden und kein Wunsch zur Nutzung</i>	7,4%	6,5%	7,2%
Rücksichtnahme auf besondere familiäre Situationen (z. B. keine Besprechungen zu Randzeiten für Eltern kleiner Kinder etc.)			
<i>vorhanden und genutzt</i>	24,9%	40,1%	28,6%
<i>vorhanden und nicht genutzt</i>	43,4%	26,6%	39,3%
<i>nicht vorhanden aber Wunsch zur Nutzung</i>	20,0%	24,2%	21,0%
<i>nicht vorhanden und kein Wunsch zur Nutzung</i>	11,8%	9,1%	11,1%
Möglichkeit zur kurzfristigen Stundenreduzierung bei eigenen gesundheitlichen Problemen oder besonderer familiärer Belastung			
<i>vorhanden und genutzt</i>	13,5%	21,8%	15,5%
<i>vorhanden und nicht genutzt</i>	55,7%	51,0%	54,6%
<i>nicht vorhanden aber Wunsch zur Nutzung</i>	22,1%	20,7%	21,7%
<i>nicht vorhanden und kein Wunsch zur Nutzung</i>	8,7%	6,5%	8,2%

	Vollzeit	Teilzeit	Gesamt
Betriebliche Beratungs-/Unterstützungsangebote bei belastenden Situationen			
<i>vorhanden und genutzt</i>	12,5%	15,7%	13,2%
<i>vorhanden und nicht genutzt</i>	51,1%	43,7%	49,3%
<i>nicht vorhanden aber Wunsch zur Nutzung</i>	20,9%	24,8%	21,8%
<i>nicht vorhanden und kein Wunsch zur Nutzung</i>	15,5%	15,9%	15,6%
(Betriebliche) Kinderbetreuungsangebote			
<i>vorhanden und genutzt</i>	2,3%	4,2%	2,8%
<i>vorhanden und nicht genutzt</i>	25,4%	17,7%	23,4%
<i>nicht vorhanden aber Wunsch zur Nutzung</i>	25,0%	25,1%	25,0%
<i>nicht vorhanden und kein Wunsch zur Nutzung</i>	47,3%	53,1%	48,8%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten n = 6.259–5.111; Befragte in Vollzeit n = 4.732–3.805; Befragte in Teilzeit n = 1.527–1.247; weiß ich nicht-Angaben ausgeschlossen; Abweichungen zu 100 Prozent in den Spaltenprozent sind rundungsbedingt

Für einen großen Teil der Beschäftigten besteht im Betrieb das Angebot zum Austausch mit Vorgesetzten (75,7 Prozent) zur persönlichen Arbeitssituation und die Möglichkeit zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung (71,5 Prozent) inklusive der Möglichkeit der kurzfristigen Stundenreduzierung in besonderen Situationen (70,1 Prozent). Über die Hälfte der befragten Beschäftigten ist flexibel bezüglich der Gestaltung des Arbeitsortes (68,9 Prozent), kann mit der Rücksichtnahme des Arbeitgebers bei besonderen familiären Situationen rechnen (67,9 Prozent) und erhält betriebliche Beratungs- oder Unterstützungsangebote in belastenden Situationen (62,6 Prozent). Betriebliche Kinderbetreuung, die großen organisatorischen und finanziellen Einsatz erfordert, wird seltener angeboten (26,2 Prozent).

Am stärksten genutzt, wenn vorhanden, werden Angebote zur flexiblen Gestaltung der Arbeitszeit. Dabei ist die Nutzung der Beschäftigten in Teilzeit etwas höher als der Beschäftigten in Vollzeit (60,4 Prozent zu 57,1 Prozent), obwohl Beschäftigte das Angebot sogar noch zu einem geringfügig höheren Anteil vorfinden.

Flexible Gestaltung von Arbeitszeit und Arbeitsort

Ebenfalls nutzt über die Hälfte der Befragten flexible Arbeitsorte (z. B. Arbeiten im Homeoffice), etwas häufiger wird das Angebot von Beschäftigten in Vollzeit wahrgenommen, was aber daran liegt, dass sie häufiger über diese Möglichkeit verfügen, nämlich zu 71,3 Prozent während Beschäftigte in Teilzeit nur zu 61,1 Prozent die Möglichkeit der flexiblen Gestaltung des Arbeitsortes haben.

Beschäftigte in Vollzeit und Teilzeit geben zu etwa gleichen Teilen an, dass in ihren Betrieben auf die familiäre Situation Rücksicht genommen wird (68 Prozent Vollzeit zu 67 Prozent Teilzeit), deutlich stärker genutzt wird das Angebot aber von Teilzeitbeschäftigten.

70,1 Prozent der Befragten geben an im Betrieb die Möglichkeit zu haben bei gesundheitlichen Problemen oder familiären Belastungen kurzfristig die Stunden reduzieren zu können, 15,5 Prozent haben solche Angebote schon genutzt. Bei Beschäftigten in Teilzeit wird dieses Angebot etwas häufiger genutzt als bei Beschäftigten in Vollzeit (30 Prozent von denjenigen mit Angebot zu 19,5 Prozent von denjenigen mit Angebot). Ebenfalls geben 49,3 Prozent der Beschäftigten an, dass es betriebliche Beratungs- und Unterstützungsangebote bei belastenden Situationen gibt, dies wird auch von jedem zehnten Befragten genutzt.

Eine betriebliche Kinderbetreuung wird kaum genutzt (2,8 Prozent), bei rund 26 Prozent der Beschäftigten macht der Betrieb aber ein solches Angebot. Bei gut einem Drittel der Beschäftigten ohne ein Angebot zur betrieblichen Kinderbetreuung besteht aber der Wunsch danach.

Die Betriebsgröße spielt ebenfalls bei Angeboten mit großem organisatorischem Aufwand eine Rolle. Kleinere Betriebe bieten seltener eine Kinderbetreuung oder eine flexible Gestaltung der Arbeitszeit bzw. des -ortes an. Angebote, die die Rücksichtnahme oder den Austausch mit dem Vorgesetzten betreffen, sind in kleinen Unternehmen weit verbreitet (ohne Darstellung).

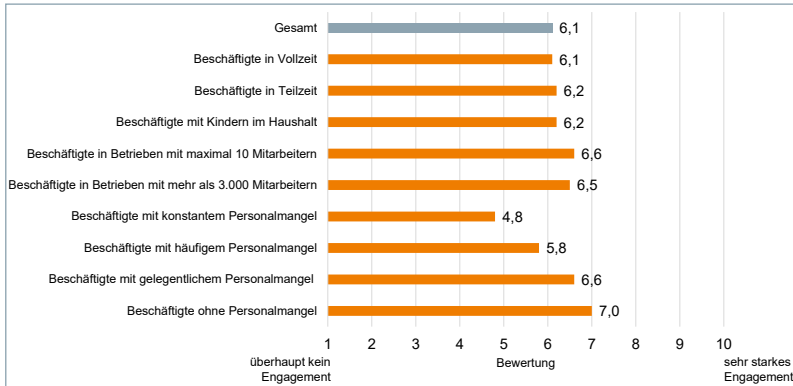
Bewertung des Engagements für Vereinbarkeit und Familie

Bewertung der Betriebe bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatem

Bei einer zusammenfassenden Bewertung des Engagements ihres Betriebs bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatem auf einer Skala von eins (überhaupt kein Engagement) bis zehn (sehr starkes Engagement) bewerten die Beschäftigten die Unterstützung im Durchschnitt mit einer 6,1 (vgl. Abbildung 69). Beschäftigte in Teilzeit bewerten das Engagement des Betriebs mit 6,2 leicht überdurchschnittlich. Ebenfalls überdurchschnittlich bewerten Beschäftigte mit Kindern im Haushalt (6,2) sowie Beschäftigten in Betrieben mit maximal zehn Beschäftigten (6,6) und Beschäftigten in sehr großen Betrieben (mehr als 3.000 Mitarbeiter) (6,5) das Engagement des Betriebs in Bezug auf Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.

Niedrigste Bewertung bei Betrieben mit hohem Personalmangel

Beschäftigte mit konstantem (4,8) oder häufigem Personalmangel (5,8) bewerten das Engagement schlechter als der Durchschnitt, Beschäftigte mit gelegentlichem Personalmangel (6,6) oder ohne Personalmangel (7,0) hingegen besser. Dabei kann der Personalmangel zum einen ein Grund dafür sein, dass sich Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatem schwieriger umsetzen lassen. Zum anderen fällt es Betrieben ohne entsprechende Angebote möglicherweise schwerer Mitarbeitende zu gewinnen.

Abbildung 69: Bewertung der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben im Betrieb

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten n = 6.883–6.758, Bewertung 1 „überhaupt kein Engagement“ bis 10 „sehr starkes Engagement“

„Grundsätzlich intensiviert sich der Arbeitgeberwettbewerb und somit dürften künftig insbesondere die Betriebe genug Personal finden, die auch besonders gute Arbeitsbedingungen bieten. Ohne Employer Branding und eine starke Arbeitgebermarke werden es viele Unternehmen künftig schwer haben noch Fachkräfte zu finden.“

Herr Alexander Burstedde, Institut der deutschen Wirtschaft (IW)

Betriebliche Angebote zur Unterstützung von älteren Beschäftigten

Tabelle 15 gibt Auskunft über verschiedene Angebote der Betriebe zur Unterstützung älterer Beschäftigter. Sie beinhaltet Informationen zum Vorhandensein solcher Angebote, der Nutzung und dem Wunsch nach solchen Angeboten für Befragte ab 50 und Beschäftigte in Voll- bzw. Teilzeit ab 50 Jahren.

Angebote für ältere Beschäftigte sind weniger verbreitet als Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf- und Privatleben

Tabelle 15: Angebote des Arbeitgebers zur Unterstützung von älteren Beschäftigten (ab 50 Jahren)

	Vollzeit	Teilzeit	Beschäftigte ab 50
Angebote zur altersgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes (z. B. kein schweres Heben)			
<i>vorhanden und genutzt</i>	14,0%	17,6%	14,9%
<i>vorhanden und nicht genutzt</i>	32,5%	21,6%	29,7%
<i>nicht vorhanden aber Wunsch zur Nutzung</i>	42,1%	47,7%	43,5%
<i>nicht vorhanden und kein Wunsch zur Nutzung</i>	11,4%	13,1%	11,8%
Angebote zur altersgerechten Gestaltung der Arbeitsabläufe (z. B. die Möglichkeit, häufiger Pausen zu machen oder der Verzicht auf Nachtschichten)			
<i>vorhanden und genutzt</i>	7,9%	9,8%	8,4%
<i>vorhanden und nicht genutzt</i>	23,9%	17,6%	22,3%
<i>nicht vorhanden aber Wunsch zur Nutzung</i>	47,2%	50,9%	48,1%
<i>nicht vorhanden und kein Wunsch zur Nutzung</i>	21,0%	21,7%	21,1%
Angebote zur altersgerechten Gestaltung und Weiterentwicklung der Arbeitsaufgaben (z. B. als „Mentoren“ für Auszubildende)			
<i>vorhanden und genutzt</i>	10,5%	8,9%	10,0%
<i>vorhanden und nicht genutzt</i>	22,1%	22,7%	22,2%
<i>nicht vorhanden aber Wunsch zur Nutzung</i>	46,9%	42,3%	45,8%
<i>nicht vorhanden und kein Wunsch zur Nutzung</i>	20,5%	26,2%	21,9%
Spezielle Aus- und Weiterbildungsangebote für ältere Beschäftigte			
<i>vorhanden und genutzt</i>	10,6%	10,5%	10,6%
<i>vorhanden und nicht genutzt</i>	20,0%	12,7%	18,1%
<i>nicht vorhanden aber Wunsch zur Nutzung</i>	48,5%	54,5%	50,1%
<i>nicht vorhanden und kein Wunsch zur Nutzung</i>	20,9%	22,3%	21,3%

	Vollzeit	Teilzeit	Beschäftigte ab 50
Innerbetriebliches Programm zur Unterstützung der Vorbereitung auf den Ruhestand			
<i>vorhanden und genutzt</i>	5,9%	6,4%	6,0%
<i>vorhanden und nicht genutzt</i>	24,8%	14,2%	22,1%
<i>nicht vorhanden aber Wunsch zur Nutzung</i>	54,3%	59,0%	55,5%
<i>nicht vorhanden und kein Wunsch zur Nutzung</i>	14,9%	20,5%	16,3%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: Befragte ab 50 Jahren n = 1.766–1.654; Befragte ab 50 Jahren in Vollzeit n = 1.318–1.227; Befragte ab 50 Jahren in Teilzeit n = 424–449; weiß ich nicht-Angaben ausgeschlossen; Abweichungen zu 100 Prozent in den Spaltenprozent sind rundungsbedingt

Angebote für ältere Beschäftigte sind weniger stark verbreitet als Angebote zur Unterstützung der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Bei 44,7 Prozent der Beschäftigten ab 50 Jahren gibt es Angebote zur altersgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes im Betrieb, bei jeweils fast einem Drittel eine altersgerechte Gestaltung der Arbeitsabläufe (30,8 Prozent) bzw. altersgerechte Gestaltung und Weiterentwicklung der Arbeitsaufgaben (32,3 Prozent). Jeweils 28 Prozent geben an spezielle betriebliche Aus- und Weiterbildungsangebote oder ein innerbetriebliches Programm zur Unterstützung der Vorbereitung auf den Ruhestand zu haben.

„Um Erwerbstätige lange im Erwerbsleben zu halten, sollte deren Eigenverantwortung im Bereich Gesundheit gefördert werden. Eine Sensibilisierung zum Thema Gesundheit, Körper und Geist ist gerade ab einem Alter von 50 Jahren sehr wichtig. Dabei gibt es großen Handlungsbedarf auch die Mitarbeitenden zu erreichen, die sonst nicht so viel für ihre Gesundheit tun. Das kann z. B. durch gezielte Strategien und Programme für das Erreichen dieser Gruppe gelingen.“

Herr Klaus-Peter Mikulla, Beiersdorf Netzwerk 50+

Wenn spezielle Angebote für ältere Beschäftigte vorhanden sind, werden sie nicht so stark genutzt wie die Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatem.

Während rund 46 Prozent der Beschäftigten ab 50 Jahren in Vollzeit angibt Angebote zur altersgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes nutzen zu können trifft das nur auf 39 Prozent der Beschäftigten in Teilzeit zu. Von Vollzeitbeschäftigten werden diese Angebote auch stärker genutzt, wenn sie vorhanden sind. Entsprechend ist der Wunsch nach einer altersgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes bei Teilzeitbeschäftigten überdurchschnittlich ausgeprägt.

Vollzeitbeschäftigte ab 50 Jahren haben häufiger betriebliche Angebote zur Unterstützung von älteren Beschäftigten

Auch Angebote zur altersgerechten Gestaltung der Arbeitsabläufe ist für Teilzeitbeschäftigte ab 50 Jahren seltener vorhanden (Vollzeit 32 Prozent; Teilzeit 27 Prozent). Darüber hinaus wird das Angebot auch weniger stark genutzt, wenn es vorhanden ist.

Auch für die anderen Angebote zeigt sich, dass Teilzeitbeschäftigte ab 50 Jahren seltener ein entsprechendes Angebot im Betrieb vorfinden.

Angebote zur altersgerechten Gestaltung und Weiterentwicklung der Arbeitsaufgaben stehen Beschäftigten ab 50 Jahren in Teilzeit seltener zur Verfügung. Rund 70 Prozent der Vollzeitbeschäftigten ab 50 Jahre ohne entsprechendes Angebot wünschen es sich, bei Teilzeitbeschäftigten liegt der Anteil nur bei rund 62 Prozent.

Spezielle Aus- und Weiterbildungsangebote für ältere Beschäftigte werden von den Beschäftigten in Voll- und Teilzeit zu beinahe gleichen Anteilen genutzt (10,6 Prozent Vollzeit; 10,5 Prozent Teilzeit), allerdings stehen sie einem deutlich größeren Anteil der Vollzeitbeschäftigten überhaupt zur Verfügung (30,6 Prozent Vollzeit; 23,2 Prozent Teilzeit).

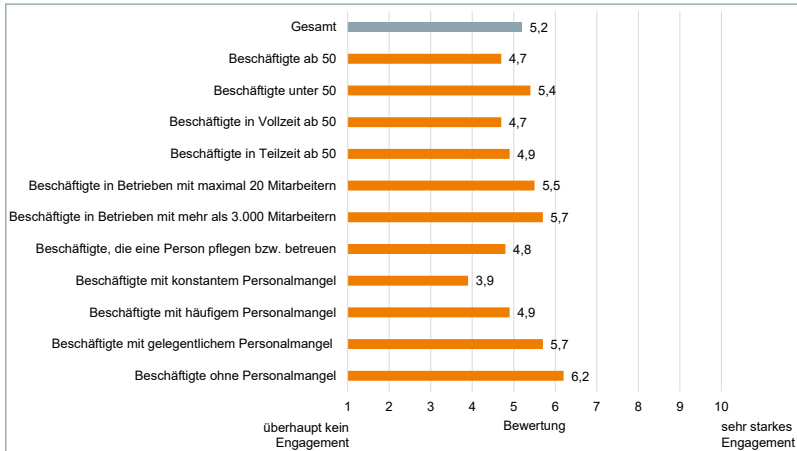
„Ältere sollte man versuchen über die Gruppendynamik im Betrieb zu erreichen. Wenn es mein ganzes Team macht, bin ich eher geneigt auch teilzunehmen – unabhängig davon, ob das Angebot digital oder analog stattfindet.“

Herr Professor Dr. Volker Nürnberg, Gesundheitsmanagement an der Hochschule Allensbach

Bewertung der Unterstützung älterer Beschäftigter

Auf einer Skala von eins (überhaupt kein Engagement) bis zehn (sehr starkes Engagement) bewerten die Beschäftigten im Ganzen (alle Altersgruppen) die Unterstützung ihres Betriebs für ältere Beschäftigte mit einer 5,2. Personen ab 50 Jahren hingegen nur mit einer 4,7. Auch Vollzeitbeschäftigte ab 50 und Beschäftigte in Teilzeit in diesem Alter bewerten das Engagement des Betriebes schlechter als der Durchschnitt (Personen in Vollzeit: 4,7; Personen in Teilzeit: 4,9). Beschäftigte in Betrieben mit maximal 20 Beschäftigten und Beschäftigte in sehr großen Betrieben (mehr als 3.000 Mitarbeiter) bewerten das Engagement für ältere Beschäftigte besser als der Durchschnitt (Werte zwischen 5,5 und 5,7). Auch Personen, die eine pflegebedürftige oder schwer erkrankte Person betreuen, vergeben Noten unter dem Durchschnitt (4,8).

Beschäftigte mit konstantem (3,9) oder häufigem Personalmangel (4,9) bewerten das Engagement schlechter als der Durchschnitt, Beschäftigte mit gelegentlichem Personalmangel (5,7) oder ohne Personalmangel (6,2) hingegen besser (Abbildung 70).

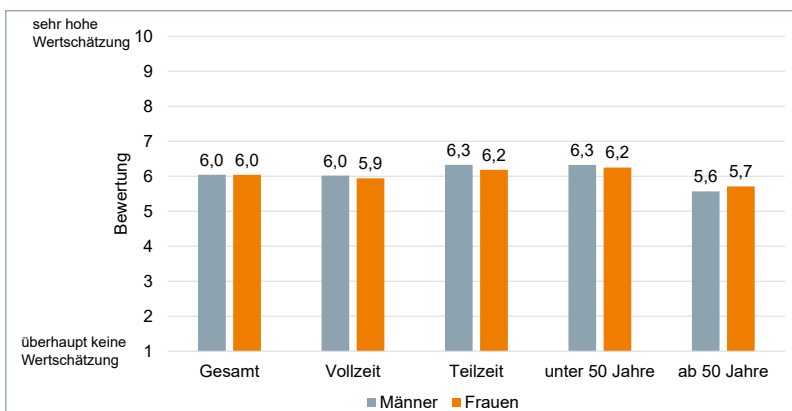
Abbildung 70: Bewertung der Unterstützung ältere Beschäftigter im Betrieb

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle Befragten n = 6.223–6.118, Bewertung 1 „überhaupt kein Engagement“ bis 10 „sehr starkes Engagement“

Die Wertschätzung ältere Beschäftigter im Betrieb

Die Wertschätzung des Wissens und der Erfahrung älterer Beschäftigter im Betrieb bewerten Männer und Frauen gleich mit einer 6,0 auf einer Skala von eins bis zehn. Abbildung 71 zeigt darüber hinaus, dass beschäftigte Männer und Frauen in Teilzeit und Beschäftigte unter 50 Jahren die Wertschätzung älterer Beschäftigter durch den Betrieb höher einschätzen als Männer und Frauen ab 50 Jahren bzw. in Vollzeit.

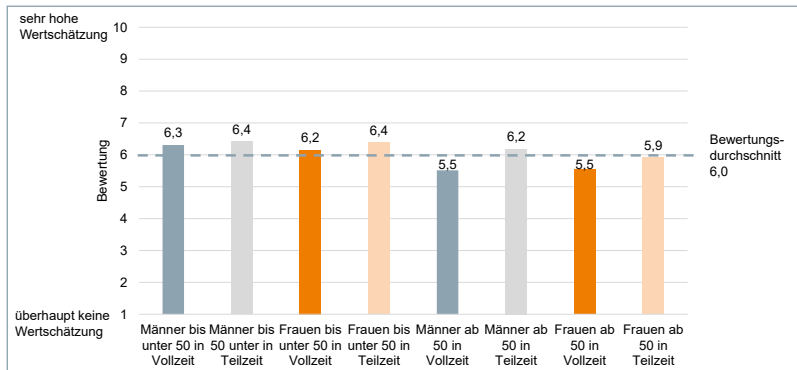
Abbildung 71: Wertschätzung älterer Beschäftigter

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle befragten Männer n = 3.498–3.514 und Frauen n = 3.193–3.165, Bewertung 1 „überhaupt keine Wertschätzung“ bis 10 „sehr hohe Wertschätzung“

Ein etwas differenzierteres Bild zeigt die Bewertung in Abbildung 72. Hier ist ersichtlich, dass besonders Frauen ab 50 die Wertschätzung älterer Beschäftigter im Betrieb schlechter bewerten als der Durchschnitt. Zudem zeigt sich sowohl für Frauen als auch für Männer in Vollzeit ab 50 Jahren eine schlechtere Bewertung der Wertschätzung.

Abbildung 72: Wertschätzung älterer Beschäftigter nach Alter und Beschäftigungsumfang



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2022

Basis: alle befragten Männer n = 2.111–217 und Frauen n = 1.218-604, Bewertung 1 „überhaupt keine Wertschätzung“ bis 10 „sehr hohe Wertschätzung“

In der Zusammenschau der Befragungsergebnisse und der Einschätzungen zu den Bedarfen älterer Beschäftigter durch betriebliche Expertinnen und Experten zeigt sich, dass individualisierte und flexible Arbeitsbedingungen einen Beitrag dazu leisten können, um Beschäftigte dabei zu unterstützen möglichst lange in guter Gesundheit im Erwerbsleben zu verbleiben.

„Zu den BGF-Maßnahmen, die ältere Beschäftigte dabei unterstützen sich länger am Erwerbsleben zu beteiligen, gehören Mitarbeitergespräche zur Analyse der individuellen Bedürfnisse, anonyme Gesundheitsbefragungen, flexiblere Arbeits- und Pausenzeiten sowie eine Flexibilisierung der Arbeitsabläufe. Daneben ist eine wertschätzende Einbindung der älteren Beschäftigten wichtig, beispielsweise als Mentoren, die ihre Erfahrungen und Wissen an Jüngere weitergeben.“

Frau Zuzana Blazek, Institut der deutschen Wirtschaft (IW)

„Ältere Beschäftigte sind arbeitswissenschaftlich eigentlich die besseren Mitarbeiter. Sie haben mehr Know-how, machen weniger Fehler und arbeiten effizienter. Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit haben ältere Beschäftigte tendenziell weniger Fälle von Arbeitsunfähigkeit, dafür dauert die Arbeitsunfähigkeit lange, weil sie schwerer erkranken. Das heißt, die Älteren sind eigentlich die Leistungsträger. Ein passender Ansatz wäre zum Beispiel mit altersgemischten Teams zu arbeiten, damit die Jüngeren von den Älteren profitieren.“

Herr Professor Dr. Volker Nürnberg, Gesundheitsmanagement an der Hochschule Allensbach

4.6 Zusammenfassung des Schwerpunktthemas

Einen kontinuierlichen Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich erleben rund 45 Prozent der Beschäftigten. Sie sind durchgängig mit der Situation konfrontiert, dass die Arbeit mit dem vorhandenen Personal im Arbeitsbereich nur schwer zu bewältigen ist. Die Anforderungen an die eigene Arbeitsleistung steigen dadurch stark an. Der Termin- und Leistungsdruck ist deutlich erhöht, es werden (noch) mehr Überstunden gemacht, Pausen fehlen. Diese und weitere Folgen des Personalmangels sind bei den betroffenen Beschäftigten überdurchschnittlich stark verbreitet. Die hohe Arbeitsbelastung wirkt sich auch negativ auf den privaten Bereich aus. Für einen gesunden Ausgleich zum Beruf, z. B. durch Sport, Hobbies oder Zeit mit der Familie und Freunden, bleibt hier weniger Raum.

45 Prozent der Beschäftigten erleben durchgängig Personalmangel

In der Folge kommt es bei den Betroffenen zu vermehrten gesundheitlichen Beschwerden. Das Auftreten von Beschwerden nimmt stetig zum Umfang des erlebten Personalmangels zu.

Wie beispielsweise für die in der Krankenpflege, der Altenpflege oder in der Kinderbetreuung und Erziehung Tätigen gezeigt, sind einige Berufsgruppen besonders stark vom Personalmangel und seinen Auswirkungen betroffen. Im Krankheitsgeschehen dieser Beschäftigten – insbesondere bei den Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen – sind überdurchschnittliche viele krankheitsbedingte Ausfälle festzustellen.

Höhere Anteile der vom Personalmangel betroffenen Beschäftigten suchen aktiv nach für sie geeigneten Wegen, die hohe Arbeitsbelastung zu reduzieren. Etwa ein Viertel ist bereits verstärkt auf das Arbeiten im Homeoffice ausgewichen, um eine persönliche Entlastung zu erreichen. Besonders problematisch ist der Befund zu bewerten, dass etwa sechs Prozent der Beschäftigten ihre Arbeitszeit bereits reduziert haben und weitere 19 Prozent ziehen diesen Schritt in Erwägung. Die realisierte oder erwogene Arbeitszeitreduktion ist bei den Beschäftigten in der Krankenpflege, in der Altenpflege und in der Kinderbetreuung deutlich überdurch-

Homeoffice als Entlastung

schnittlich ausgeprägt, was den bestehenden Personalmangel weiter verschärft bzw. verschärfen wird.

Engagement der Betriebe zum Thema Gesundheit

Auch vor diesem Hintergrund kommt dem Engagement von Betrieben, eine gesundheitsförderliche und möglichst belastungsarme Arbeitsumgebung zu schaffen, eine besondere Bedeutung zu. Allerdings berichten 48 Prozent der Beschäftigten, dass es keine derartigen betrieblichen Angebote/Aktivitäten gibt.

Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, dass gerade jene Beschäftigten, die im eigenen Arbeitsbereich in besonderem Umfang vom Personalmangel betroffen sind, den Stellenwert des Themas Gesundheit in ihren Betrieben nur als unterdurchschnittlich ausgeprägt wahrnehmen.

Potenzial durch Ausweitung von Arbeitszeit

Ein Potenzial zur Abmilderung des Personalmangels könnte in der Ausweitung der Arbeitszeit von in Teilzeit tätigen Beschäftigten bestehen. Nach den Befragungsergebnissen haben 10 Prozent der Beschäftigten hieran auch grundsätzlich ein Interesse. Dieser Anteil der Beschäftigten arbeitet aktuell in Teilzeit und würde die Arbeitszeit – die passenden Rahmenbedingungen vorausgesetzt – gerne ausweiten. Ein größerer Anteil der in Teilzeit tätigen Beschäftigten (15,7 Prozent) hat nicht den Wunsch seine Arbeitszeit (wieder) auszuweiten. Die übrigen drei Viertel der Beschäftigten arbeiten schon in Vollzeit.

Männer arbeiten in allen Lebensphasen zu einem sehr großen Anteil in Vollzeit, Frauen hingegen in allen Lebensphasen zu hohen Teilen in Teilzeit. Insofern könnte vor allem bei den in Teilzeit tätigen Frauen Potenzial bestehen, durch die Ausweitung der vereinbarten Arbeitszeit aus dem Personalbestand heraus zusätzliche personelle Ressourcen für die Bewältigung der Arbeit zu gewinnen. Dabei zeigt die Analyse, dass nicht nur Frauen mit Kindern im Haushalt in größerem Umfang in Teilzeit arbeiten. In der späten Erwerbsphase (ab 50 Jahren) arbeiten Frauen zu rund 48 Prozent in Teilzeit, jüngere Frauen (zwischen 35 und 49 Jahren) nur zu 50 Prozent. Der Wunsch, die Arbeitszeit bei passenden Rahmenbedingungen auszuweiten, ist bei 35- bis 49-jährigen Frauen mit 22 Prozent am größten, ab dem Alter von 50 Jahren wünschen sich nur 12 Prozent der Frauen eine Ausweitung ihrer Arbeitszeit.

Flexible Arbeitsplatz- und Arbeitsortgestaltung

Die Möglichkeit zur flexiblen Gestaltung von Arbeitszeit und Arbeitsort haben etwa 70 Prozent aller Beschäftigten. 71 Prozent der Vollzeitbeschäftigten und 61 Prozent der Teilzeitbeschäftigten verfügen über die Möglichkeit ihren Arbeitsort flexibel zu wählen. Die flexible Gestaltung des Arbeitsortes spielt bei einer Ausweitung der Arbeitszeit eine wichtige Rolle. 16 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen, die ihre Arbeitszeit ausgeweitet haben, geben an, dass die Arbeitszeitausweitung aufgrund der Möglichkeit, verstärkt im Homeoffice arbeiten zu können, umsetzbar war. Frauen begründen eine Ausweitung der Arbeitszeit hauptsächlich damit, dass die familiäre Situation dies (inzwischen) zulässt. Für 19 Prozent der Frauen,

war die Ausweitung ihrer Arbeitszeit erforderlich, weil sich das tägliche Leben durch gestiegene Preise verteuert hat. Bei 19 Prozent der Frauen wurde die Entscheidung für eine Arbeitszeitausweitung durch einen entsprechenden Vorschlag ihres Betriebes angeregt.

Ein weiteres Potenzial zur Abmilderung des Personalmangels besteht darin, die Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten in den höheren Altersgruppen (trotz einer höheren Krankheitslast) möglichst kontinuierlich und ohne Ausfälle aufgrund von Krankschreibungen aufrechtzuerhalten.

**Länger arbeiten
in guter Gesundheit**

Die Analysen zur gesundheitlichen Situation ältere Beschäftigte zeigen erwartungsgemäß eine deutliche Zunahme von chronischen Erkrankungen mit zunehmendem Alter, insbesondere Beschwerden im Muskel-Skelett-System nehmen mit dem Alter stark zu. Die geführten Analysen zum Diagnosespektrum in der ambulanten ärztlichen Versorgung unterstreichen diese Ergebnisse. Es zeigt sich aber auch, dass Krankschreibungen nicht im gleichen Umfang wie die ambulante Diagnosehäufigkeit zunehmen. Exemplarisch zeigt sich bei Rückenschmerzen und Depressionen zwar ein mit dem Alter deutlich ansteigender Anteil an Beschäftigten, die wegen dieser Erkrankungen in (kontinuierlicher) ambulanter Behandlung sind. Der Anteil der Beschäftigten, der aufgrund dieser Diagnose krankgeschrieben wurde, ist jedoch in den höheren Altersgruppen ab 50 Jahren deutlich geringer. Mit dem Alter nehmen dabei vor allem lange Krankschreibungen ab sechs Wochen Dauer zu, Fehlzeiten durch kürzer dauernde Krankschreibungen nehmen mit steigendem Alter kaum noch zu.

Der Anteil der Beschäftigten ab 50 Jahren, die ihre aktuelle Leistungsfähigkeit als deutlich eingeschränkt bewerten, erhöht sich zwar mit zunehmendem Alter. Er liegt in dieser Altersgruppe bei ca. 8 Prozent. Andererseits geben rund 53 Prozent der Beschäftigten ab 50 Jahren an, dass sie über eine volle Leistungsfähigkeit verfügen. Bei den Beschäftigten in der mittleren Altersgruppe liegt dieser Anteil bei 57 Prozent und damit nur geringfügig höher.

Die Befunde deuten darauf hin, dass die Voraussetzungen bei den älteren Beschäftigten für eine gesunde und aktive Teilnahme am Arbeitsleben bis zum Erreichen des Rentenalters überwiegend positiv eingeschätzt werden können.

Die betrieblichen Angebote zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatem sind den Befragungsergebnisse nach inzwischen sehr vielfältig, weit verbreitet und werden auch von den älteren Beschäftigten angenommen und intensiv genutzt werden.

Allerdings zeigt sich, dass die betrieblichen Angebote zur gezielten Unterstützung älterer Beschäftigter (bspw. zur altersgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes und/oder der Arbeitsaufgaben, spezielle Aus- und Weiterbildungsangebote) bei

Betriebliche Angebote für ältere Beschäftigte

weitem noch nicht ausreichend auf- und ausgebaut sind. Viele ältere Beschäftigte wünschen sich hier ein stärkeres Engagement ihrer Arbeitgebenden und würden solche Angebote auch nutzen. Entsprechende Weiterentwicklungen dürften einen Beitrag dazu leisten, dass sich die älteren Beschäftigten stärker als heute auch an ihrem Arbeitsplatz wertgeschätzt fühlen.

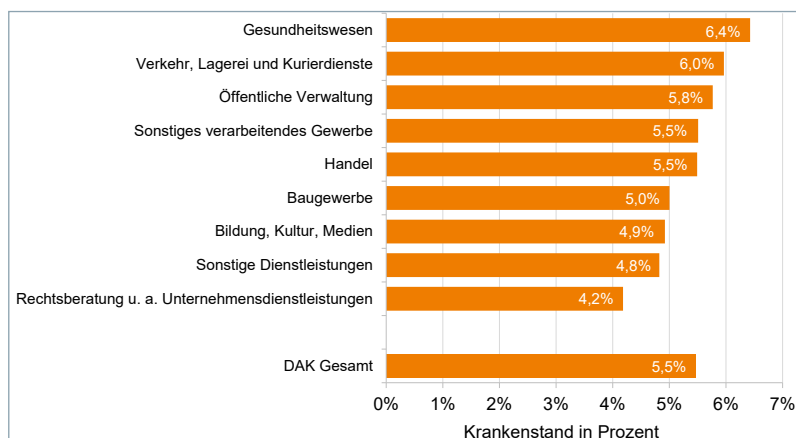
5. Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

Im fünften Kapitel wird die Krankenstandsentwicklung nach Branchen differenziert dargestellt. Grundlage der Auswertung ist die Zuordnung der Mitglieder der DAK-Gesundheit zu den Wirtschaftszweigen. Die Zuordnung nehmen die Arbeitgeber anhand des Schlüssels der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes vor.¹⁰

Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von Mitgliedern der DAK-Gesundheit

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 73). Abbildung 74 geht auf die übrigen Wirtschaftsgruppen ein.

Abbildung 73: Krankenstandswerte 2022 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

Die Branche „Gesundheitswesen“ lag mit einem Krankenstandswert von 6,4 Prozent an der Spitze und somit eindeutig über dem Durchschnitt aller Branchen. Die Branchen „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ mit 6,0 Prozent sowie „Öffentliche Verwaltung“ mit 5,8 Prozent folgen auf den Plätzen zwei und drei. Auf dem Durchschnitt lagen die Branche „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ und „Handel“. Unter dem Durchschnitt lagen die Branchen „Baugewerbe“ mit 5,0 Prozent, „Bildung, Kultur, Medien“ mit 4,9 Prozent, „Sonstige Dienstleistungen“ mit 4,8 Prozent sowie „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ mit 4,2 Prozent.

¹⁰ Für die Auswertungen im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüssel-systematik leicht verändert, um einige für die DAK-Gesundheit besonders charakteristische Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können.

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

Verantwortlich für die hohen Ausfallzeiten in der Branche „Gesundheitswesen“ ist vor allem die erhöhte Fallhäufigkeit von 193,9 Fällen pro 100 VJ gegenüber dem Gesamtdurchschnitt (177,3 Fälle pro 100 VJ). Auch die Falldauer war mit 12,1 Tagen gegenüber dem Gesamtdurchschnitt (11,3 Tage) erhöht.

**DAK-BGW
Gesundheits-
report 2005 –
Stationäre Kran-
kenpflege und
im DAK-BGW-
Gesundheits-
report 2006**

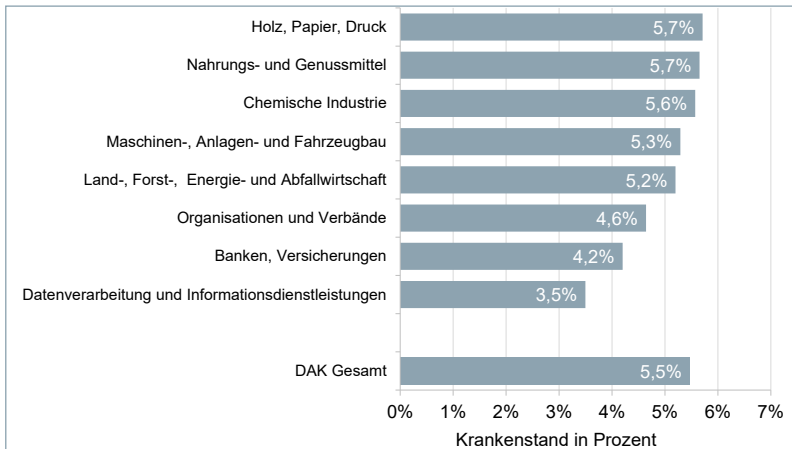
Das hohe Krankenstandsniveau im Gesundheitswesen ist zu einem großen Teil auf stark belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Pflegenden wurden vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems im DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre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

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

Die hohen Ausfallzeiten in „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ sind auf eine überdurchschnittliche Falldauer zurückzuführen: Je 100 ganzjährig Versicherter konnten 2022 178,2 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 12,2 Tage dauerten.

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

100 ganzjährig Beschäftigte im Wirtschaftszweig „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ waren 2022 nur 154,6-mal arbeitsunfähig erkrankt. Eine Erkrankung dauerte hier im Durchschnitt nur 9,9 Tage.

Abbildung 74: Krankenstandswerte 2022 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

Abbildung 74 zeigt die Krankenstände in den übrigen acht Wirtschaftsgruppen. Es zeigt sich, dass einige der Branchen, die dem verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen sind, wie z. B. „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“, unter dem DAK-Gesundheit-Durchschnitt liegende Krankenstandswerte aufweisen.

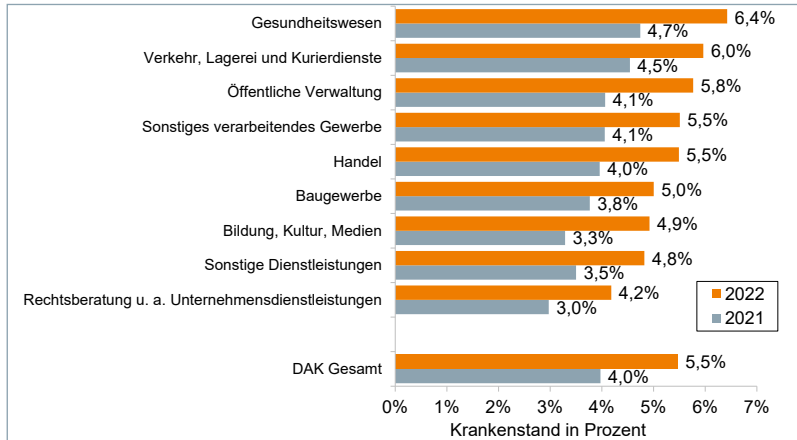
Bereits in den Vorjahresberichten wurde darauf hingewiesen, dass Mitglieder der DAK-Gesundheit in diesen Branchen aufgrund der Historie der DAK-Gesundheit als Angestelltenkrankenkasse hier vermutlich überwiegend nicht in den gewerblichen Bereichen, sondern in den gesundheitlich weniger belastenden Verwaltungs-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

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

In Abbildung 75 und Abbildung 76 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der Jahre 2021 und 2022 vergleichend gegenübergestellt.

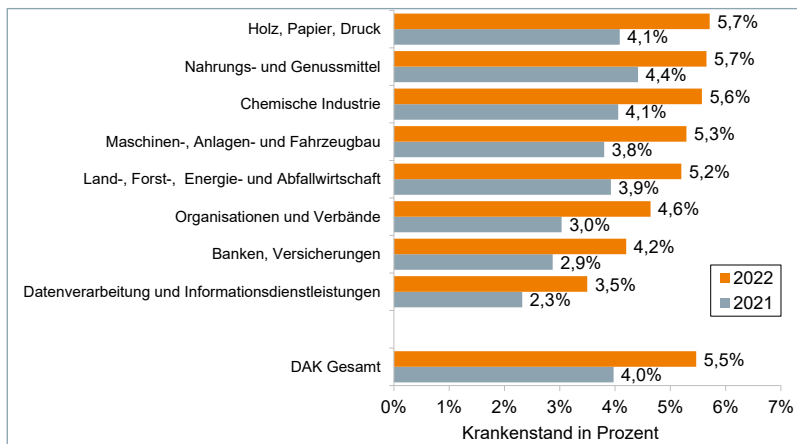
Es zeigt sich, dass die Krankenstände in allen Wirtschaftsgruppen um 1,2 bis 1,7 Prozentpunkte gestiegen sind.

Abbildung 75: Krankenstandswerte 2021–2022 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022, 2021

Abbildung 76: Krankenstandswerte 2021–2022 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022, 2021

6. Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern beruht auf der Zuordnung der Mitglieder der DAK-Gesundheit nach ihren Wohnorten.

Tabelle 16 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2022 nach Bundesländern und für West- und Ostdeutschland.

Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2022

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		ØFalldauer
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	4,7%	1.723,0	161,5	10,7
Bayern	5,0%	1.818,3	167,6	10,9
Berlin*	5,4%	1.959,7	166,5	11,8
Bremen	5,3%	1.933,3	181,4	10,7
Hamburg	5,1%	1.844,0	159,6	11,6
Hessen	5,6%	2.038,3	189,5	10,8
Niedersachsen	5,6%	2.055,6	187,8	10,9
Nordrhein-Westfalen	5,4%	1.973,8	174,5	11,3
Rheinland-Pfalz	5,7%	2.084,2	180,5	11,5
Saarland	6,3%	2.287,5	181,8	12,6
Schleswig-Holstein	5,5%	2.013,0	184,3	10,9
Westliche Bundesländer	5,3%	1.938,6	175,1	11,1
Brandenburg	6,8%	2.473,7	199,4	12,4
Mecklenburg-Vorpommern	6,8%	2.490,0	205,8	12,1
Sachsen	5,8%	2.123,9	186,8	11,4
Sachsen-Anhalt	6,8%	2.481,5	209,4	11,8
Thüringen	6,6%	2.396,3	205,4	11,7
Östliche Bundesländer	6,6%	2.410,2	201,2	12,0
DAK Gesamt	5,5%	1.995,9	177,3	11,3

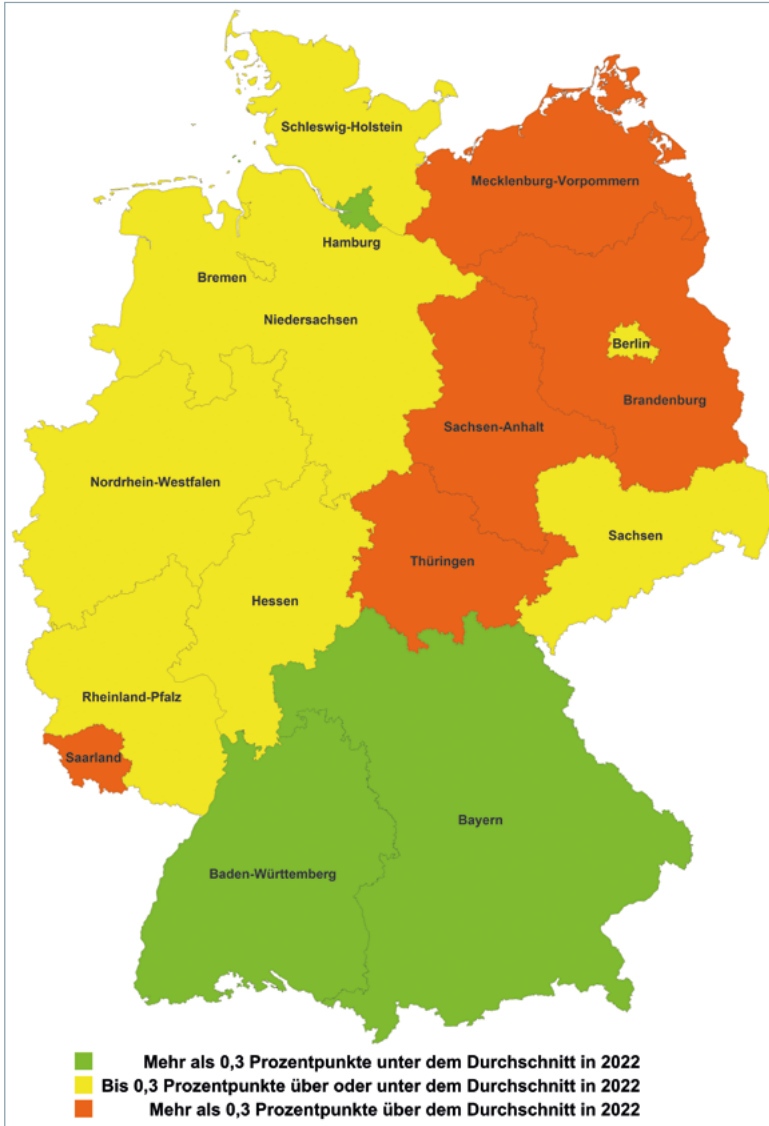
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

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

Regionale Unterschiede bestehen auch im Jahr 2022 fort

Hinter dem Gesamtkrankenstand von 5,5 Prozent verbergen sich regionale Unterschiede: Wie auch in den Vorjahren sind 2022 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 77). Das Bundesland Baden-Württemberg verzeichnet einen besonders günstigen Wert: Hier liegt das Krankenstandsniveau deutlich d. h. mehr als 0,3 Prozentpunkte unter dem DAK-Gesundheit-Bundesdurchschnitt. Bayern und Hamburg gehören ebenfalls zu dieser Gruppe. Die rot eingefärbten Länder erzielen 2022 Krankenstände deutlich über dem Bundesdurchschnitt und die gelb eingefärbten Länder Werte um den Bundesdurchschnitt.

Abbildung 77: Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Gesundheit Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

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

Den mit sichtbarem Abstand günstigsten Krankenstand von 4,7 Prozent verzeichnet Baden-Württemberg. Einen ebenfalls niedrigen Krankenstand in Höhe von 5,0 Prozent verzeichnet Bayern. Dahinter folgt das Bundesland Hamburg mit einem ebenfalls unterdurchschnittlichen Krankenstand in Höhe von 5,1 Prozent.

Günstigster Krankenstand in Baden-Württemberg

Westliche Bundesländer liegen um den Durchschnitt

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

Alle östlichen Länder über dem DAK-Gesundheit-Bundesdurchschnitt

In Ostdeutschland werden allgemein über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände beobachtet. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen dar, wo mit 5,8 Prozent der niedrigste Krankenstand der fünf östlichen Bundesländer festgestellt wurde. Hier liegt das Krankenstandsniveau 0,3 Prozentpunkte über dem DAK-Gesundheit-Bundesdurchschnitt. Alle übrigen Werte liegen noch deutlicher über dem Durchschnitt. Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt lagen mit einem Krankenstand von 6,8 Prozent an der Spitze.

Hohe Fallzahlen sind Ursache des höheren Krankenstands im Osten

Ursache für den erhöhten Krankenstand in den östlichen Bundesländern ist eine überdurchschnittliche Fallhäufigkeit teilweise zusätzlich in Verbindung mit einer überdurchschnittlichen Falldauer.

Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versicherte in den westlichen Ländern zwischen 159,6 (Hamburg) und 189,5 (Hessen) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 186,8 (Sachsen) und 209,4 (Sachsen-Anhalt) auf. Die Falldauer bewegt sich zwischen 10,7 Tagen in Baden-Württemberg und Bremen und 12,6 Tagen im Saarland.

Entwicklung des Krankenstandes 2021–2022

Deutlicher Anstieg des Krankenstands in allen Bundesländern

Abbildung 78 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2022 im Vergleich zum Vorjahr. Ein Anstieg der Krankenstandswerte um 1,4 bis 1,9 Prozentpunkte ist in allen Bundesländern zu beobachten.

In den westlichen Bundesländern verzeichnen Hamburg, Niedersachsen, Hessen und das Saarland den größten Anstieg des Krankenstandes um 1,6 Prozentpunkte. In den restlichen westlichen Bundesländern ist der Wert mit einem Anstieg um 1,4 bis 1,5 Prozentpunkte ebenfalls stark gestiegen.

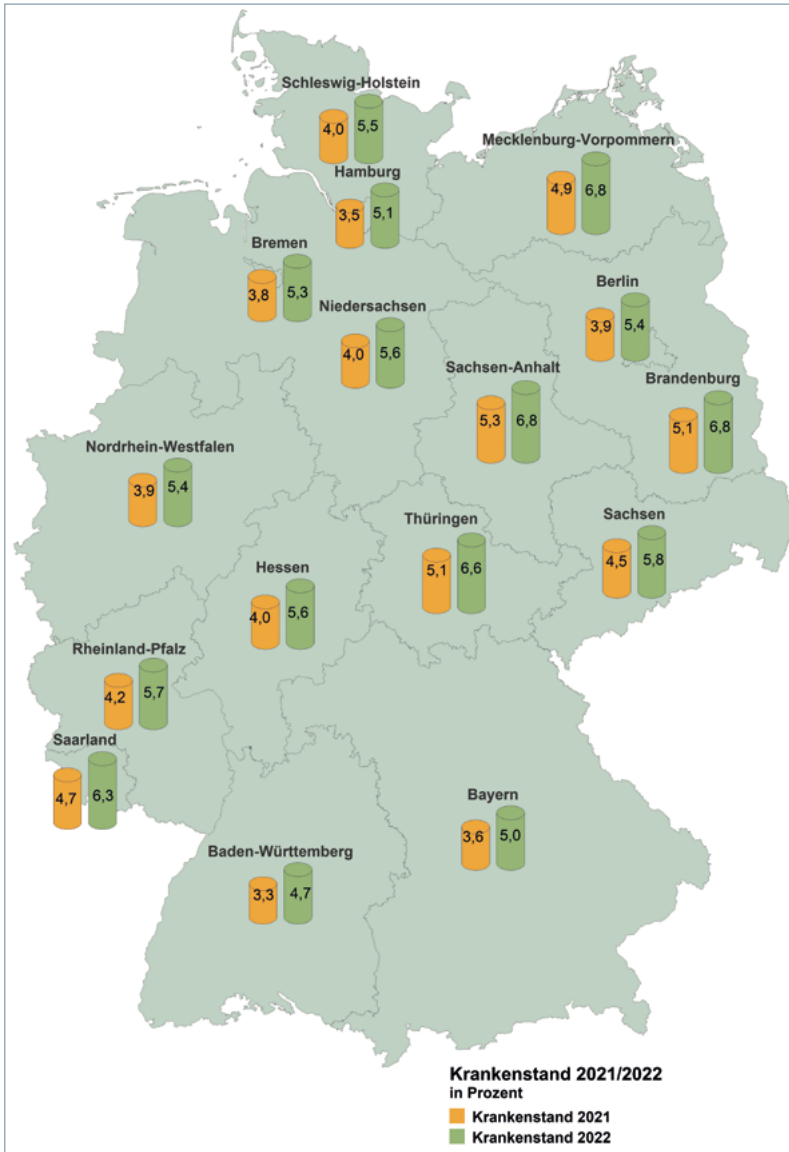
Westliche Bundesländer

Östliche Bundesländer

In den östlichen Bundesländern ist ein Anstieg des Krankenstands um 1,3 Prozent bis 1,9 Prozent zu beobachten. In Sachsen-Anhalt war der Anstieg des Krankenstandes am geringsten. Mecklenburg-Vorpommern verzeichnet mit 1,9 Prozentpunkten den größten Anstieg aller Bundesländer.

Übersichtstabellen im Anhang

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2021 und 2022 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A1 und A2 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

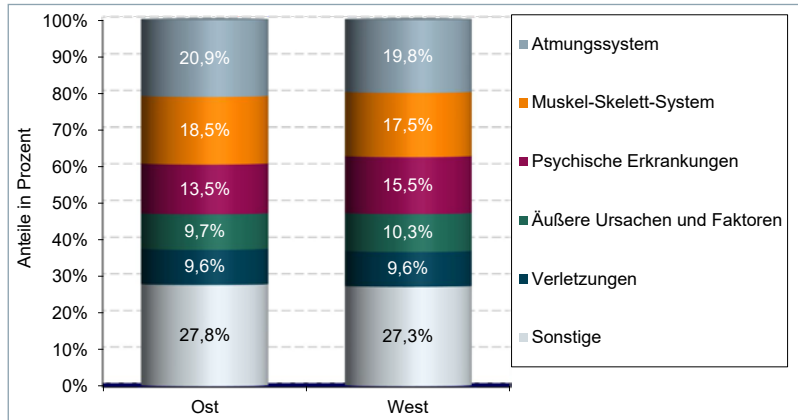
Abbildung 78: Krankenstandswerte der Jahre 2021 und 2022 nach Bundesländern

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2021-2022

Bedeutung der Krankheitsarten in den östlichen und westlichen Bundesländern

In den vorangehenden DAK-Gesundheitsreporten wurden Unterschiede zwischen den westlichen und den östlichen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 79 zeigt die Anteile am Krankenstand 2022 der fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 79: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2022

Psychische Erkrankungen haben größere Bedeutung im Rechtskreis West

In den westlichen Bundesländern spielen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems wie im Vorjahr eine etwas kleinere Rolle als in den östlichen Bundesländern. Das gleiche gilt für Erkrankungen des Atmungssystems. Einen höheren Anteil am Krankenstand als in Ostdeutschland haben dagegen psychische Erkrankungen und Erkrankungen durch äußere Ursachen und Faktoren.

Der Anteil an psychischen Erkrankungen lag in den westlichen Bundesländern über dem Wert der östlichen Bundesländer (15,5 Prozent gegenüber 13,5 Prozent Anteil am Krankenstand insgesamt).

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

7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mit dem Gesundheitsreport 2023 setzt die DAK-Gesundheit ihre jährliche Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit fort. Insgesamt kann die Entwicklung des Krankheitsgeschehens der Versicherten der DAK-Gesundheit von bereits mehr als zwanzig Jahren betrachtet werden. Für das Jahr 2022 wird folgende Bilanz gezogen:

Der Krankenstand lag bei 5,5 Prozent. Nach dem der Krankenstand im Jahr 2021 gegenüber dem Vorjahr leicht fiel, stieg der Wert für das Jahr 2022 deutlich um 1,5 Prozentpunkte.

Gesamtkrankenstand deutlich gestiegen

Eine monokausale Erklärung für die Entwicklung des Krankenstands der Mitglieder der DAK-Gesundheit kann nicht gegeben werden. Vielmehr müssen mehrere Faktoren, insbesondere auf volkswirtschaftlicher und betrieblicher Ebene, in Betracht gezogen werden, die sich in ihrer Wirkung verstärken oder auch aufheben können.

Dessen ungeachtet kann nach einem Zehnjahresvergleich der Krankmeldungen das Fazit gezogen werden, dass Konjunkturveränderungen allein nicht mehr automatisch zu deutlichen Absenkungen oder Erhöhungen des Krankenstandes führen. Der Krankenstand entwickelt sich weitgehend unabhängig von konjunkturellen Verläufen.

Erklärungen für das bei den DAK-Mitgliedern beobachtbare Krankenstandniveau sind jedoch auch auf betrieblicher Ebene zu suchen: Wenn es hier nicht zu einem Anstieg des Krankenstandes kommt, kann dies u. a. auf Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Berücksichtigung von Fragen der Mitarbeitergesundheit bei der Organisations- und Personalentwicklung in Unternehmen zurückgeführt werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert deutlicheren Anstieg des Krankenstandes

Die Betrachtung des Gesamtkrankenstandes sagt über die gesundheitlichen Belastungen der DAK-Versicherten noch nicht alles aus. Ergänzend heranzuziehen sind Auswertungen nach Krankmeldungen unterschiedlicher Dauer, nach Krankheitsarten sowie auch nach Wirtschaftsgruppen:

- Die Auffälligste Entwicklung im dritten Jahr der Corona-Pandemie ist der Anstieg der Fehltage aufgrund von Atemwegserkrankungen um knapp das Dreifache.
- Fehltage wegen einer Corona-Erkrankung fallen 2022 deutlich ins Gewicht. Als Diagnose der Erkrankungsgruppe „Äußere Ursachen und Faktoren“ hat sich ihr Anteil am Krankenstand mehr als verdoppelt.

Anstieg der Fehltage wegen Atemwegserkrankungen

Anstieg bei psychischen Erkrankungen

- Wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf der Ebene von Krankheitsarten betrachtet, zeigt sich im Vorjahresvergleich, dass Fehltag 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 2023 für das Berichtsjahr 2022 zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten.

2022 lag die Branche Gesundheitswesen an der Spitze und verzeichnete den höchsten Krankenstand.

Strukturelle Aspekte, Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen

Auch können je nach Branche strukturelle Aspekte für die Krankheitsquote eine größere Rolle spielen. So fällt auf, dass der Krankenstand in einigen Branchen mit kleinbetrieblichen Strukturen, wie z. B. im Bereich „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ unterdurchschnittlich ist. Für Groß- und Kleinbetriebe gleichermaßen ist das Betriebsklima, d. h. die soziale Kultur des Unternehmens, eine wichtige Einflussgröße, um den Krankenstand erfolgreich zu senken.

Und schließlich ist die Entwicklung des Krankenstands auch Ausdruck unterschiedlicher Krankheiten und Gesundheitsrisiken sowie auch individueller Gesundheitseinstellungen und kollektiver Verhaltensweisen.

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.

...pro 100 Versichertenjahre bzw. Mitglieder

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.

Betroffenenquote

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.

AU-Fälle oder Fallhäufigkeit

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.

Krankenstand

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

AU-Tage pro 100 Versicherte

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

Durchschnittliche Falldauer

AU-Diagnosen Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Diagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher zumeist auch längere Arbeitsunfähigkeiten. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen zumeist eine größere Zahl von Krankheitsfällen, die aber nur sehr kurze Zeit dauern und daher wenig Einfluss auf den Krankenstand haben.

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen! Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und der jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, dann wird die Gruppe mit dem höheren Anteil älterer 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 Lösung: Altersgruppenweise Vergleiche Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. An einigen Stellen dieses Gesundheitsberichts finden Sie solche altersgruppenweisen Auswertungen – teilweise zusätzlich auch noch nach Geschlechtern getrennt.

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

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

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen An den standardisierten Kennzahlen lässt sich der Unterschied zwischen den Ergebnissen der DAK-Gesundheit und den entsprechenden Resultaten anderer Gesundheitsberichte ablesen, der nicht auf verschiedene Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückgeführt werden kann und der daher anderweitig erklärt werden muss.

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 2021 und 2022 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 2022	124
Tabelle A2:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2021	125
Tabelle A3:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2022	126
Tabelle A4:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2021	127
Tabelle A5:	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2022	128
Tabelle A6:	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2022	129
Tabelle A7:	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1) 2022	130
Tabelle A8:	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2) 2022	131
Tabelle A9:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2022	132
Tabelle A10:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2021	133
Tabelle A11:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 1) 2022	134
Tabelle A12:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 2) 2022	135
Tabelle A13:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 3) 2022	136
Tabelle A14:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 4) 2022	137

Tabelle A1: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2022

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		ØTage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	4,7%	1.723,0	161,5	10,7
Bayern	5,0%	1.818,3	167,6	10,9
Berlin*	5,4%	1.959,7	166,5	11,8
Bremen	5,3%	1.933,3	181,4	10,7
Hamburg	5,1%	1.844,0	159,6	11,6
Hessen	5,6%	2.038,3	189,5	10,8
Niedersachsen	5,6%	2.055,6	187,8	10,9
Nordrhein-Westfalen	5,4%	1.973,8	174,5	11,3
Rheinland-Pfalz	5,7%	2.084,2	180,5	11,5
Saarland	6,3%	2.287,5	181,8	12,6
Schleswig-Holstein	5,5%	2.013,0	184,3	10,9
Westliche Bundesländer	5,3%	1.938,6	175,1	11,1
Brandenburg	6,8%	2.473,7	199,4	12,4
Mecklenburg-Vorpommern	6,8%	2.490,0	205,8	12,1
Sachsen	5,8%	2.123,9	186,8	11,4
Sachsen-Anhalt	6,8%	2.481,5	209,4	11,8
Thüringen	6,6%	2.396,3	205,4	11,7
Östliche Bundesländer	6,6%	2.410,2	201,2	12,0
DAK Gesamt	5,5%	1.995,9	177,3	11,3

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A2: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2021

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

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A3: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2022

Krankheitsart (ICD-10)			Pro 100 Versichertenjahre		ØTage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	103,1	17,7	5,8	5,2%
		Männer	97,8	17,4	5,6	5,3%
		Frauen	109,5	18,0	6,1	5,1%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	64,5	1,7	38,8	3,2%
		Männer	44,6	1,4	32,3	2,4%
		Frauen	87,8	2,0	44,0	4,1%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	301,1	8,2	36,6	15,1%
		Männer	233,3	6,5	36,1	12,5%
		Frauen	380,4	10,3	36,9	17,7%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	71,5	7,3	9,8	3,6%
		Männer	64,6	6,2	10,5	3,5%
		Frauen	79,5	8,6	9,3	3,7%
I00-I99	Krankheiten des Kreislauf- systems	Gesamt	62,5	2,8	22,4	3,1%
		Männer	77,0	2,9	26,1	4,1%
		Frauen	45,5	2,6	17,6	2,1%
J00-J99	Krankheiten des Atmungs- systems	Gesamt	397,8	57,9	6,9	19,9%
		Männer	356,0	53,1	6,7	19,1%
		Frauen	446,8	63,5	7,0	20,7%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	72,1	11,0	6,5	3,6%
		Männer	76,8	11,3	6,8	4,1%
		Frauen	66,6	10,7	6,2	3,1%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	354,1	20,6	17,2	17,7%
		Männer	373,2	23,6	15,8	20,1%
		Frauen	331,8	17,1	19,4	15,4%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	102,1	14,8	6,9	5,1%
		Männer	89,1	13,4	6,7	4,8%
		Frauen	117,2	16,4	7,2	5,4%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	192,1	9,8	19,7	9,6%
		Männer	220,5	11,2	19,7	11,8%
		Frauen	158,9	8,1	19,6	7,4%
Gesamt		Gesamt	1.995,9	177,3	11,3	100,0%
		Männer	1.861,2	167,8	11,1	100,0%
		Frauen	2.153,6	188,4	11,4	100,0%

Tabelle A4: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2021

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

Tabelle A5: Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2022

Krankheitsart (ICD-10)			Pro 100 Versichertenjahre		ØTage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	101,2	17,8	5,7	5,2%
		Männer	97,0	17,7	5,5	5,3%
		Frauen	106,0	17,8	5,9	5,1%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	62,5	1,6	38,8	3,2%
		Männer	43,2	1,4	31,9	2,4%
		Frauen	85,1	1,9	44,7	4,1%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	300,1	8,0	37,4	15,5%
		Männer	238,7	6,4	37,1	13,1%
		Frauen	372,0	9,9	37,7	17,9%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	68,9	7,1	9,7	3,6%
		Männer	62,7	6,1	10,3	3,4%
		Frauen	76,1	8,3	9,2	3,7%
I00-I99	Krankheiten des Kreislauf- systems	Gesamt	58,7	2,6	22,4	3,0%
		Männer	73,2	2,8	26,3	4,0%
		Frauen	41,8	2,4	17,2	2,0%
J00-J99	Krankheiten des Atmungs- systems	Gesamt	384,4	57,3	6,7	19,8%
		Männer	348,4	53,1	6,6	19,1%
		Frauen	426,7	62,1	6,9	20,5%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	68,1	10,5	6,5	3,5%
		Männer	72,4	10,9	6,7	4,0%
		Frauen	62,9	10,1	6,2	3,0%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	340,0	20,2	16,9	17,5%
		Männer	359,3	23,2	15,5	19,7%
		Frauen	317,3	16,6	19,2	15,3%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	101,6	14,9	6,8	5,2%
		Männer	89,1	13,7	6,5	4,9%
		Frauen	116,3	16,5	7,1	5,6%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	185,5	9,6	19,3	9,6%
		Männer	211,5	11,0	19,2	11,6%
		Frauen	155,2	8,0	19,4	7,5%
Gesamt		Gesamt	1.938,6	175,1	11,1	100,0%
		Männer	1.820,6	167,3	10,9	100,0%
		Frauen	2.076,7	184,2	11,3	100,0%

Tabelle A6: Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2022

Krankheitsart (ICD-10)			Pro 100 Versichertenjahre		ØTage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	123,2	18,9	6,5	5,1%
		Männer	113,1	18,0	6,3	4,7%
		Frauen	134,9	19,9	6,8	5,6%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	78,2	2,1	37,6	3,2%
		Männer	54,9	1,6	33,5	2,3%
		Frauen	105,5	2,6	40,6	4,4%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	325,6	10,1	32,3	13,5%
		Männer	225,6	7,3	30,9	9,4%
		Frauen	442,7	13,3	33,3	18,4%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	86,1	8,7	9,8	3,6%
		Männer	74,1	7,2	10,3	3,1%
		Frauen	100,0	10,6	9,4	4,1%
I00-I99	Krankheiten des Kreislauf- systems	Gesamt	85,2	3,8	22,2	3,5%
		Männer	99,7	4,0	24,7	4,1%
		Frauen	68,3	3,6	18,8	2,8%
J00-J99	Krankheiten des Atmungs- systems	Gesamt	504,1	65,6	7,7	20,9%
		Männer	435,7	58,2	7,5	18,1%
		Frauen	584,2	74,3	7,9	24,2%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	97,5	14,8	6,6	4,0%
		Männer	103,0	14,7	7,0	4,3%
		Frauen	91,0	14,9	6,1	3,8%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	445,1	24,1	18,5	18,5%
		Männer	466,0	26,9	17,3	19,3%
		Frauen	420,7	20,8	20,3	17,5%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	101,8	14,1	7,2	4,2%
		Männer	85,0	12,3	6,9	3,5%
		Frauen	121,6	16,2	7,5	5,0%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	231,1	11,0	20,9	9,6%
		Männer	273,6	13,0	21,1	11,4%
		Frauen	181,3	8,8	20,6	7,5%
Gesamt		Gesamt	2.410,2	201,2	12,0	100,0%
		Männer	2.195,6	185,2	11,9	100,0%
		Frauen	2.661,3	219,8	12,1	100,0%

Tabelle A7: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1) 2022

Diagnose			Pro 100 Versichertenjahre		ØTage 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	272,6	40,5	6,7	13,9%
		Männer	244,5	37,5	6,5	6,2%
		Frauen	305,5	44,1	6,9	7,7%
U07	Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07.-	Gesamt	130,7	12,7	10,3	6,6%
		Männer	110,6	11,0	10,0	2,8%
		Frauen	154,1	14,7	10,5	3,9%
M54	Rückenschmerzen	Gesamt	105,1	8,9	11,8	5,3%
		Männer	119,5	10,7	11,2	3,0%
		Frauen	88,2	6,8	12,9	2,2%
F32	Depressive Episode	Gesamt	85,8	1,5	55,9	4,4%
		Männer	69,1	1,3	55,0	1,7%
		Frauen	105,4	1,9	56,7	2,7%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Gesamt	77,1	3,0	26,0	3,9%
		Männer	54,0	2,1	25,7	1,4%
		Frauen	104,1	4,0	26,2	2,6%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	Gesamt	38,2	5,4	7,0	1,9%
		Männer	34,2	5,0	6,8	0,9%
		Frauen	43,0	5,9	7,3	1,1%
F48	Andere neurotische Störungen	Gesamt	34,0	1,3	27,1	1,7%
		Männer	23,8	0,9	25,8	0,6%
		Frauen	45,9	1,6	27,9	1,2%
F33	Rezidivierende depressive Störung	Gesamt	32,2	0,4	72,5	1,6%
		Männer	23,8	0,3	69,4	0,6%
		Frauen	42,0	0,6	74,7	1,1%
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	Gesamt	32,1	7,8	4,1	1,6%
		Männer	33,0	8,2	4,0	0,8%
		Frauen	31,1	7,4	4,2	0,8%
M75	Schulterläsionen	Gesamt	27,0	0,8	33,8	1,4%
		Männer	28,5	0,9	31,8	0,7%
		Frauen	25,3	0,7	36,9	0,6%

Tabelle A8: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2) 2022

Diagnose			Pro 100 Versichertenjahre		ØTage je AU-Fall	Anteil an AU-Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	Gesamt	26,2	0,7	36,8	1,3%
		Männer	27,4	0,8	33,9	0,7%
		Frauen	24,7	0,6	41,4	0,6%
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	Gesamt	22,7	1,5	15,4	1,2%
		Männer	25,8	1,8	14,4	0,7%
		Frauen	19,1	1,1	17,3	0,5%
F41	Andere Angststörungen	Gesamt	22,7	0,5	44,4	1,2%
		Männer	16,9	0,4	43,3	0,4%
		Frauen	29,5	0,7	45,3	0,7%
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	Gesamt	22,6	3,7	6,0	1,1%
		Männer	20,8	3,6	5,8	0,5%
		Frauen	24,7	3,9	6,3	0,6%
M23	Binnenschädigung des Kniege- lenkes [internal derangement]	Gesamt	20,4	0,6	34,3	1,0%
		Männer	23,0	0,7	32,6	0,6%
		Frauen	17,4	0,5	37,1	0,4%
C50	Bösartige Neubildung der Brust- drüse [Mamma]	Gesamt	18,0	0,2	111,8	0,9%
		Männer	0,1	0,0	49,9	0,0%
		Frauen	38,9	0,3	112,1	1,0%
F45	Somatoforme Störungen	Gesamt	17,9	0,7	27,0	0,9%
		Männer	12,7	0,5	25,0	0,3%
		Frauen	23,9	0,8	28,5	0,6%
S83	Luxation, Verstauchung und Zer- rung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	Gesamt	17,6	0,5	36,3	0,9%
		Männer	20,7	0,6	35,6	0,5%
		Frauen	14,1	0,4	37,6	0,4%
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	Gesamt	16,7	2,4	6,9	0,8%
		Männer	14,9	2,2	6,8	0,4%
		Frauen	18,8	2,6	7,1	0,5%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	Gesamt	16,4	1,3	12,4	0,8%
		Männer	19,5	1,6	12,5	0,5%
		Frauen	12,7	1,0	12,2	0,3%

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2022

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		ØTage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (64-66)	4,2%	1.533,4	149,9	10,2
Baugewerbe (41-43)	5,0%	1.826,1	164,2	11,1
Bildung, Kultur, Medien (58-60, 72-73, 85, 90-93)	4,9%	1.796,5	176,4	10,2
Chemische Industrie (19-22)	5,6%	2.033,6	190,4	10,7
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen (61-63)	3,5%	1.276,5	127,2	10,0
Gesundheitswesen (75, 86-88)	6,4%	2.345,4	193,9	12,1
Handel (45-47)	5,5%	2.004,3	177,4	11,3
Holz, Papier, Druck (16-18)	5,7%	2.084,7	190,6	10,9
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01-09, 35-39)	5,2%	1.897,8	164,1	11,6
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28-30)	5,3%	1.931,1	183,8	10,5
Nahrungs- und Genussmittel (10-12)	5,7%	2.063,1	178,6	11,6
Öffentliche Verwaltung (84)	5,8%	2.104,8	189,3	11,1
Organisationen und Verbände (94, 97)	4,6%	1.694,4	166,3	10,2
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69-71, 74, 78, 80)	4,2%	1.526,4	154,6	9,9
Sonstige Dienstleistungen (55-56, 68, 77, 79, 81-82, 96)	4,8%	1.760,4	154,6	11,4
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13-15, 23-27, 31-33, 95)	5,5%	2.010,6	190,9	10,5
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49-53)	6,0%	2.176,7	178,2	12,2
DAK Gesamt	5,5%	1.995,9	177,3	11,3

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

Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2021

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

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

Tabelle A11: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 1) 2022

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
01	Angehörige der regulären Streitkräfte	Gesamt	2.335,2	177,0
		Männer	2.216,4	161,7
		Frauen	2.474,3	194,9
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	Gesamt	1.800,8	130,5
		Männer	1.687,0	124,9
		Frauen	1.933,9	137,0
12	Gartenbauberufe und Floristik	Gesamt	2.239,9	192,8
		Männer	2.316,7	197,7
		Frauen	2.150,1	186,9
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung	Gesamt	2.369,9	210,8
		Männer	2.577,2	210,3
		Frauen	2.127,2	211,4
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung	Gesamt	2.553,3	223,4
		Männer	2.345,8	212,8
		Frauen	2.796,0	235,8
23	Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung	Gesamt	1.824,9	177,8
		Männer	1.870,8	182,3
		Frauen	1.771,2	172,6
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	Gesamt	2.506,0	228,7
		Männer	2.442,6	220,4
		Frauen	2.580,1	238,3
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	Gesamt	2.488,5	217,3
		Männer	2.254,8	202,7
		Frauen	2.762,0	234,4
26	Mechatronik-, Energie- und Elektroberufe	Gesamt	2.192,6	199,9
		Männer	1.955,4	185,6
		Frauen	2.470,2	216,5
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe	Gesamt	1.621,9	158,9
		Männer	1.496,8	148,2
		Frauen	1.768,3	171,3
28	Textil- und Lederberufe	Gesamt	2.212,7	210,5
		Männer	2.270,8	218,1
		Frauen	2.144,7	201,7

Tabelle A12: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 2) 2022

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	Gesamt	2.029,8	167,3
		Männer	1.846,2	152,8
		Frauen	2.244,8	184,4
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe	Gesamt	1.526,1	145,2
		Männer	1.374,6	133,5
		Frauen	1.703,5	158,8
32	Hoch- und Tiefbauberufe	Gesamt	1.857,6	163,4
		Männer	2.097,2	159,6
		Frauen	1.577,2	167,9
33	(Innen-)Ausbauberufe	Gesamt	2.304,9	185,9
		Männer	2.170,2	180,3
		Frauen	2.462,6	192,5
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	Gesamt	2.311,2	201,0
		Männer	2.254,3	197,4
		Frauen	2.377,9	205,1
41	Mathematik-, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	Gesamt	2.159,9	197,5
		Männer	2.128,0	194,6
		Frauen	2.197,2	200,9
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	Gesamt	1.472,8	150,1
		Männer	1.383,7	143,5
		Frauen	1.577,1	157,8
43	Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	Gesamt	1.324,4	129,4
		Männer	1.180,1	121,9
		Frauen	1.493,3	138,2
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	Gesamt	2.251,0	199,7
		Männer	2.189,9	202,2
		Frauen	2.322,5	196,7
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	Gesamt	2.468,6	171,8
		Männer	2.080,7	156,0
		Frauen	2.922,6	190,3
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	Gesamt	2.469,3	194,5
		Männer	2.255,9	180,3
		Frauen	2.719,0	211,2

Tabelle A13: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 3) 2022

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
54	Reinigungsberufe	Gesamt	1.999,0	170,1
		Männer	1.818,0	157,4
		Frauen	2.210,9	184,9
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe	Gesamt	1.467,1	149,0
		Männer	1.314,1	138,5
		Frauen	1.646,2	161,3
62	Verkaufsberufe	Gesamt	2.115,6	169,2
		Männer	1.844,1	156,1
		Frauen	2.433,4	184,5
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	Gesamt	1.612,0	138,0
		Männer	1.406,9	123,4
		Frauen	1.852,0	155,2
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	Gesamt	1.456,2	141,2
		Männer	1.293,0	126,7
		Frauen	1.647,3	158,2
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	Gesamt	1.425,8	144,5
		Männer	1.230,0	127,5
		Frauen	1.655,0	164,4
73	Berufe in Recht und Verwaltung	Gesamt	1.923,0	169,6
		Männer	1.776,8	152,4
		Frauen	2.094,2	189,7
81	Medizinische Gesundheitsberufe	Gesamt	2.234,7	185,0
		Männer	2.095,9	172,9
		Frauen	2.397,1	199,2
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	Gesamt	2.538,1	193,5
		Männer	2.219,7	182,7
		Frauen	2.910,7	206,2
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	Gesamt	2.486,1	225,8
		Männer	2.271,8	206,0
		Frauen	2.737,0	248,9
84	Lehrende und ausbildende Berufe	Gesamt	1.423,7	140,0
		Männer	1.212,5	120,5
		Frauen	1.670,8	162,9

Tabelle A14: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 4) 2022

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	Gesamt	1.777,2	167,1
		Männer	1.611,5	142,1
		Frauen	1.971,2	196,4
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	Gesamt	1.589,0	154,3
		Männer	1.397,7	143,5
		Frauen	1.812,8	166,9
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	Gesamt	1.600,2	165,5
		Männer	1.553,3	158,5
		Frauen	1.655,0	173,6
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	Gesamt	1.441,9	124,2
		Männer	1.421,0	116,3
		Frauen	1.466,4	133,6

Anhang III: Fragebogen für Expertinnen und Experten

Name: _____

Befragung von Expertinnen und Experten: Personal- und Fachkräftemangel

1. Personal- und Fachkräftemangel

Der Personal- und Fachkräftemangel belastet Deutschland in zunehmendem Maße und hat erhebliche Auswirkungen auf die Wirtschaft. Die sich verschärfende Mangelsituation führt zudem zu einer zusätzlichen Mehrbelastung für die Beschäftigten. Zunächst möchten wir Ihnen ein paar allgemeine Fragen zum Personal- und Fachkräftemangel stellen. In Ihren Antworten können Sie gerne auch auf aktuelle und Ihrer Ansicht nach besonders relevante Quellen bzw. Literatur verweisen

- 1.1 Welches sind die wichtigsten Entwicklungen, die sich in der Rückschau auf die letzten zehn Jahre hinsichtlich des Personal- und Fachkräftemangels gezeigt haben?
- 1.2 Was sind die, Ihrer Einschätzung nach, zentrale Probleme, die sich aus einer weiteren Zuspitzung des Personal- und Fachkräftemangels ergeben werden?
- 1.3 Welche Auswirkungen hat der Personal- und Fachkräftemangel bereits jetzt auf die gesundheitliche Situation der Erwerbstätigen?

2. Nutzung vorhandener Erwerbspotenziale

2011 hat die Bundesregierung ein Konzept zur Fachkräftesicherung beschlossen. Das Konzept beinhaltet fünf Maßnahmen zur Sicherung des zukünftigen Fachkräftebedarfs: (1) Aktivierung und Beschäftigungs-

sicherung, (2) Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, (3) Bildungschancen für alle von Anfang an, (4) Qualifizierung: Aus- und Weiterbildung sowie (5) Integration und qualifizierte Zuwanderung. Im Jahr 2018 wurde dann die Fachkräftestrategie verabschiedet. Der Fokus der Fachkräftestrategie liegt auf den inländischen Potenzialen. Neben Maßnahmen im Bereich der Ausbildung, Qualität der Arbeit und Vereinbarkeit von Familie und Beruf bildet die Qualifizierung und Weiterbildung der jetzt im Berufsleben stehenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern einen Schwerpunkt.

Maßnahmen, die die Gesundheit der verbliebenen Beschäftigten fördern, sind in den Konzepten auf „erster Handlungsebene“ nicht angeführt. Die Fragen in diesem Abschnitt fokussieren auf die Aktivierung und Beschäftigungssicherung sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Für uns sind dabei zwei Zielgruppen von besonderer Bedeutung: Zum einen sind dies die Frauen, bei denen ggf. Möglichkeiten einer stärkeren Erwerbsbeteiligung bestehen. Zum anderen sind dies die älteren Beschäftigten, bei denen ggf. Möglichkeiten für eine längere Erwerbsbeteiligung in besserer Gesundheit bestehen.

Wir interessieren uns hierbei besonders für Ihre Erfahrungen aus der Unternehmenspraxis bzw. Ihren Kenntnisstand aus Wissenschaft und Forschung.

- 2.1 Wir bitten um Ihre Einschätzung: Inwiefern bieten die zwei oben genannten Gruppen der Frauen und älteren Beschäftigten Potenzial für eine Verringerung des Personal- und Fachkräftemangels?
- 2.2 Welche konkreten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind dazu geeignet, Frauen mit Blick auf eine stärkere Beteiligung am Erwerbsleben zu unterstützen?
- 2.3 Welchen Stellenwert haben Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, um eine stärkere Erwerbsbeteiligung von Frauen zu unterstützen? Sollte auf diese Maßnahmen ein höheres Augenmerk gelegt werden und halten Sie diesen Ansatz für hilfreich?
- 2.4 Welche der von Ihnen unter 2.2 genannten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Unterstützung der Erwerbsbeteiligung von Frauen könn(t)en auch einen Beitrag zur Sicherung der Erwerbsbeteiligung junger Eltern leisten?
- 2.5 Welche konkreten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind dazu geeignet, ältere Beschäftigte mit Blick auf eine längere Beteiligung am Erwerbsleben zu unterstützen?
- 2.6 Welchen Stellenwert haben Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, um eine längere Erwerbsbeteiligung älterer Beschäftigter zu unterstützen? Sollte auf diese Maßnahmen ein höheres Augenmerk gelegt werden und halten Sie diesen Ansatz für hilfreich?

3. Bedeutung und Entwicklungsbedarf in Gesundheitsförderung und Prävention

In diesem letzten Abschnitt geht es – ohne Bezug auf bestimmte Zielgruppen – um die bisherige Bedeutung, die Eignung und den Entwicklungsbedarf von Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention zur Verringerung des Personal- und Fachkräftemangels.

- 3.1 Für den DAK-Gesundheitsreport wurde auch eine repräsentative Beschäftigtenbefragung (Grundgesamt 7.000 Beschäftigte) durchgeführt. Die ersten Analysen der Ergebnisse deuten darauf hin, dass insbesondere jene Betriebe, in denen die Arbeit in den letzten 12 Monaten mit dem vorhandenen Personal nur schwer zu bewältigen war, deutlich seltener Maßnahmen ergreifen bzw. ergriffen haben, um die Arbeit gesundheitsförderlich und möglichst belastungsarm zu gestalten. Gleichzeitig wünschen sich gerade die Beschäftigten dieser Betriebe verstärkt solche Maßnahmen. Wie bewerten Sie dieses Ergebnis und was wäre Ihre Empfehlung?
- 3.2 Welche Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung (z. B. Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen, Stressbewältigung und Ressourcenstärkung) sind für vom Personalmangel betroffene Unternehmen besonders gut geeignet?
- 3.3 Welche Unternehmen(stypen) und Unternehmen welcher Branchen sollten diese Unterstützungsangebote in einem stärkeren Maße in Anspruch nehmen?
- 3.4 Die Krankenkassen können die Unternehmen mit einem breiten Angebot beim Aufbau und der Weiterentwicklung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements unterstützen. Wo sehen Sie Gründe für die bislang zu geringe Nutzung der Unterstützungsangebote der Krankenkassen beim Aufbau und der Weiterentwicklung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in diesen Unternehmen bzw. Branchen?
- 3.5 Sehen Sie Forschungs- und Entwicklungsbedarf zu Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention, die sich speziell für Unternehmen und/oder Branchen mit (zunehmendem) Personalmangel eignen? Auf welche Aspekte sollte bei der Angebotsentwicklung besonderes Augenmerk gelegt werden?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2022 nach Geschlecht	1
Abbildung 2:	Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2022	2
Abbildung 3:	Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit im Vergleich zu den Vorjahren	3
Abbildung 4:	Einflussfaktoren auf den Krankenstand	4
Abbildung 5:	AU-Tage eines durchschnittlichen Mitglieds der DAK-Gesundheit 2022 (Basis: 365 Kalendertage in 2022)	8
Abbildung 6:	Betroffenenquote 2022 im Vergleich zu den Vorjahren	8
Abbildung 7:	AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2022	9
Abbildung 8:	Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2022 im Vergleich zu den Vorjahren	11
Abbildung 9:	Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2022 insgesamt	12
Abbildung 10:	Krankenstand 2022 nach Geschlecht und Altersgruppen	13
Abbildung 11:	Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2022	14
Abbildung 12:	AU-Tage pro 100 Versicherte der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage Dauer nach Altersgruppen	15
Abbildung 13:	Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen	18
Abbildung 14:	Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen	19
Abbildung 15:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen	20
Abbildung 16:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen	20
Abbildung 17:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Männer	21

Abbildung 18:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Frauen	21
Abbildung 19:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Frauen	23
Abbildung 20:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Männern	23
Abbildung 21:	Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen.	24
Abbildung 22:	Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen	25
Abbildung 23:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund einer Coronavirus-Erkrankung (U07.1 und U07.2) nach Altersgruppen – Männer	26
Abbildung 24:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund einer Coronavirus-Erkrankung (U07.1 und U07.2) nach Altersgruppen – Frauen.	27
Abbildung 25:	Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“	29
Abbildung 26:	Dem Schwerpunktthema zugrunde liegende Datenquellen .	35
Abbildung 27:	Anteil Beschäftigte mit Personalmangel im Arbeitsbereich in den letzten 12 Monaten	39
Abbildung 28:	Personalmangel im Arbeitsbereich für ausgewählte Berufsgruppen	40
Abbildung 29:	Gründe für die hohe Arbeitsbelastung im eigenen Arbeitsbereich	42
Abbildung 30:	Personalmangel im Arbeitsbereich und Gründe	43
Abbildung 31:	Personalmangel im Arbeitsbereich und Gründe für ausgewählte Berufsgruppen	43
Abbildung 32:	Gründe für den Personalmangel im eigenen Arbeitsbereich	44
Abbildung 33:	Anforderungen an die Arbeit	46
Abbildung 34:	Auswirkungen der Arbeit auf das Privatleben der Beschäftigten	47
Abbildung 35:	Gesundheitliche Beschwerden an Arbeitstagen in den letzten 12 Monaten	48

Abbildung 36:	Anteil der Beschäftigten mit Krankmeldungen bzw. die trotz Erkrankung gearbeitet haben	49
Abbildung 37:	Strategien und Konsequenzen der Beschäftigten mit Personalmangel	50
Abbildung 38:	Strategien und Konsequenzen der Beschäftigten mit Personalmangel nach Berufen	51
Abbildung 39:	Krankenstand für ausgewählte Berufsgruppen mit hohem Anteil an konstantem Personalmangel	53
Abbildung 40:	Fehltage je 100 Versichertenjahre für ausgewählte Berufsgruppen mit hohem Anteil an konstantem Personalmangel	54
Abbildung 41:	Fehltage je 100 Versichertenjahre nach Erkrankungsgruppen für ausgewählte Berufsgruppen mit hohem Anteil an konstantem Personalmangel	55
Abbildung 42:	Fehltage je 100 Versichertenjahre nach Erkrankungsgruppen für ausgewählte Berufsgruppen mit hohem Anteil an konstantem Personalmangel nach Geschlecht	56
Abbildung 43:	Anteil Beschäftigte Männer in Voll- und Teilzeit.	58
Abbildung 44:	Anteil Beschäftigte Frauen in Voll- und Teilzeit.	59
Abbildung 45:	Krankenstand von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten nach Alter und Geschlecht	60
Abbildung 46:	Unterschied im Krankenstand von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten nach Alter und Geschlecht	62
Abbildung 47:	Anteil Beschäftigte nach Karrieretypen gruppiert nach Alter und Geschlecht	63
Abbildung 48:	Gründe für Teilzeit nach Geschlecht.	65
Abbildung 49:	Anteil Beschäftigte mit und ohne Kinder in Voll- und Teilzeit.	66
Abbildung 50:	Gründe für Teilzeit nach Geschlecht und Lebenssituation (mit Kindern/ ohne Kinder)	67
Abbildung 51:	Gründe für Teilzeit nach Geschlecht und Altersbereichen (unter/ab 50 Jahre).	69
Abbildung 52:	Gründe für das Ausweiten der Arbeitszeit nach Geschlecht und Altersgruppe.	73

Abbildung 53:	Beschäftigte mit Wunsch nach Arbeitszeitausweitung nach Geschlecht und Altersgruppe	74
Abbildung 54:	Arbeitsumfang und Potenzial durch Ausweiten der Arbeitszeit.	75
Abbildung 55:	Arbeitsumfang und Potenzial durch Ausweiten der Arbeitszeit nach Geschlecht und Altersgruppe	76
Abbildung 56:	Arbeitsumfang und Ausweiten der Arbeitszeit nach Geschlecht und Karrieretyp	78
Abbildung 57:	Gesundheitliche Beschwerden an Arbeitstagen in den letzten 12 Monaten nach Alter (Angabe sehr häufig oder häufig)	80
Abbildung 58:	Anteil chronischer körperlicher Erkrankungen nach Alter. . .	81
Abbildung 59:	Anteil chronischer psychischer Erkrankungen nach Alter. . .	81
Abbildung 60:	Abruf der vollen Leistungsfähigkeit bei der Arbeit nach Alter	82
Abbildung 61:	Anteil Beschäftigte mit mindestens einer Behandlungsdiagnose aus den 29 wichtigsten AU-Diagnosen nach M2Q-Kriterium.	84
Abbildung 62:	Anteil Beschäftigte mit chronischer Behandlungsbedürftigkeit Rückenschmerzen (M54) nach M2Q-Kriterium und Betroffenenquote.	86
Abbildung 63:	Anteil Beschäftigte mit chronischer Behandlungsbedürftigkeit Depressive Episode (F32) nach M2Q-Kriterium und Betroffenenquote.	87
Abbildung 64:	Bewertung des Stellenwertes von Gesundheit im Betrieb. . .	92
Abbildung 65:	Bewertung des Stellenwertes der Gesundheit im Betrieb bei Personalmangel	93
Abbildung 66:	Maßnahmen und Wunsch zur gesundheitsförderlichen und möglichst belastungsarmen Gestaltung der Arbeit . . .	93
Abbildung 67:	Bewertung der ergriffenen Maßnahmen.	94
Abbildung 68:	Bewertung der ergriffenen Maßnahmen bei Personalmangel.	95
Abbildung 69:	Bewertung der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben im Betrieb.	99
Abbildung 70:	Bewertung der Unterstützung ältere Beschäftigter im Betrieb.	103

Abbildung 71:	Wertschätzung älterer Beschäftigter	103
Abbildung 72:	Wertschätzung älterer Beschäftigter nach Alter und Beschäftigungsumfang.	104
Abbildung 73:	Krankenstandswerte 2022 in den neun Wirtschafts- gruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl	109
Abbildung 74:	Krankenstandswerte 2022 in den acht übrigen Wirt- schaftsgruppen.	111
Abbildung 75:	Krankenstandswerte 2021–2022 in den neun Wirt- schaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl	112
Abbildung 76:	Krankenstandswerte 2021–2022 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen	112
Abbildung 77:	Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Ge- sundheit Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)	115
Abbildung 78:	Krankenstandswerte der Jahre 2021 und 2022 nach Bundesländern	117
Abbildung 79:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern	118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2022	28
Tabelle 2:	Befragte nach Altersgruppen und Geschlecht (ungewichtet)	36
Tabelle 3:	Befragte nach Altersgruppen und Geschlecht (gewichtet)	36
Tabelle 4:	Befragte nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht	37
Tabelle 5:	Befragte nach beruflicher Statusgruppe und Geschlecht	37
Tabelle 6:	Personalmangel im Arbeitsbereich der Beschäftigten nach Alter und Geschlecht	40
Tabelle 7:	Zuordnung der Berufsgruppen und Umfang der Datenbasis	52
Tabelle 8:	Bildung der Karrieretypen	63
Tabelle 9:	Anteil Teilzeit nach Karrieretypen	64
Tabelle 10:	Teilzeitausweitung nach Altersgruppen	70
Tabelle 11:	Teilzeitausweitung nach Geschlecht und Altersgruppen	71
Tabelle 12:	Gründe für das Ausweiten der Arbeitszeit	73
Tabelle 13:	Ausübung der jetzigen Tätigkeit bis zum Rentenalter nach Altersgruppen	89
Tabelle 14:	Angebote des Arbeitgebers zur Vereinbarung von Beruf und Privatleben	96
Tabelle 15:	Angebote des Arbeitgebers zur Unterstützung von älteren Beschäftigten (ab 50 Jahren)	100
Tabelle 16:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2022	113

Literaturverzeichnis

- Ahlers, E. (2016): WSI Report Nr. 33, November 2016. Arbeit und Gesundheit im betrieblichen Kontext: Befunde aus der Betriebsrätebefragung des WSI 2015.
- Ahlers, E. (2020): Arbeitsintensivierung in den Betrieben. Problemdeutungen und Handlungsfelder von Betriebsräten. WSI-Mitteilungen, 73(1), 29-37.
- Ahlers, E.; Erol, S.; Schleicher, S. (2020): WSI Policy Brief 41. Fachkräftemangel oder schlechte Personalplanung? Stellenbesetzungsprobleme in den Betrieben aus Sicht der Betriebsräte.
- Ahlers, E.; Villalobos, V. Q. (2022): WSI Report Nr. 76, Juli 2022. Fachkräftemangel in Deutschland? Befunde der WSI-Betriebs- und Personalrätebefragung 2021/22.
- Brandes, S.; Stark, W. (2021): BZgA Leitbegriffe. Empowerment/Befähigung. Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/empowermentbefaehigung/>, zuletzt geprüft am 02.02.2023.
- Bundesagentur für Arbeit (2020): KldB 2010. Online verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikationen-der-Berufe/KldB2010-Fassung2020-Nav.html>, zuletzt geprüft am 20.02.2023.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2022): Fachkräftestrategie der Bundesregierung. Online verfügbar unter: https://www.bmas.de/shared.Docs/Downloads/DE/Publikationen/fachkraeftestrategie-der-bundesregierung.pdf?__blob=publicationFile&v=8, zuletzt geprüft am 28.02.2023.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt. Bericht der Sachverständigenkommission.
- DIHK (2021): Fachkräftengpässe schon über Vorkrisenniveau. DIHK-Report Fachkräfte.
- DIMDI (2023): ICD-10-GM Version 2023. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2023/zusatz-00-additionalinfo.htm>, zuletzt geprüft am 28.02.2023.
- Göpel, B. (2015): BZgA Leitbegriffe. Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/systemische-perspektive-in-der-gesundheitsfoerderung/>, zuletzt geprüft am 02.02.2023.
- Hartung, S.; Rosenbrock, R. (2022): BZgA Leitbegriffe. Settingansatz – Lebensweltansatz. Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/>, zuletzt geprüft am 02.02.2023.
- Hickmann, H.; Koneberg, F. (2022): Die Berufe mit den aktuell größten Fachkräftelücken. IW-Kurzbericht 76.

- Hünefeld, L.; Ahlers, E.; Vogel, S. E.; Meyer, S.-C. (2021): Arbeitsintensität und ihre Determinanten. Eine Übersicht über das Analysepotential von Erwerbstätigenbefragungen. In: Z. Arb. Wiss. 76 (1), S. 1–9. DOI: 10.1007/s41449-021-00273-8
- Hupfeld, J.; Wanek, V. (2022): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V.
- Kohler, H. (2002): Krankenstand – Ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz. 01/2002. Nürnberg: IAB-Werkstattbericht.
- Koneberg, F.; Jansen, A. (2022): Ältere am Arbeitsmarkt: Herausforderungen und Chancen für die Fachkräftesicherung. KOFA-Studie. (Nr. 1/2022).
- Prognos (2022): Policy Paper. Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Beitrag zur Fachkräftesicherung. Online verfügbar unter: http://www.prognos.com/site/default/files/2022-10/221005_Policy-Paper_Vereinbarkeit.pdf, zuletzt geprüft am 28.02.2023.
- Soucek, R.; Voss, A. S. (2022): Pictorial scales on work intensity. Arbeitsverdichtung – wissenschaftliche Erschließung eines (un)bekannten Konstrukts. Unter Mitarbeit von Open Science Framework.
- Statistisches Bundesamt (2020a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Erwerbstätigkeit der Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus zum Arbeitsmarkt. Online verfügbar unter: http://www.destatis.de/DE/Service/Bibliothek/_publikationen-fachserienliste-1.html#590890, zuletzt geprüft am 28.02.2023.
- Statistisches Bundesamt (2020b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung Ergebnisse des Mikrozensus zum Arbeitsmarkt (Endgültige Ergebnisse). Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/_inhalt.html#_c29mbwqnc, zuletzt geprüft am 28.02.2023.
- Trappe, H.; Pollmann-Schult, M.; Schmitt, C. (2015): The rise and decline of the male breadwinner model: Institutional underpinnings and future expectations. *European Sociological Review*. Jahrgang: 31. Heftnummer: 2. S. 230-242.
- Weber, E.; Zimmer, F. (2018): Arbeitszeiten zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Wie Diskrepanzen entstehen und wie man sie auflöst. IAB-Kurzbericht. Heftnummer: 13.