

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 33)
Andreas Storm (Herausgeber)

Gesundheitsreport 2020

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 33)

Gesundheitsreport 2020

Stress in der modernen Arbeitswelt

Sonderanalyse: Digitalisierung und Homeoffice in der Corona-Krise

Herausgeber:

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit

DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg

Autoren:

Jörg Marschall, Susanne Hildebrandt, Kai-Michael Kleinlercher, Hans-Dieter Nolting

unter Mitarbeit von

Elena Burgart

Tobias Woköck

Lisa Vanessa Lellinger

Mylina Loos Mbomba

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

Oktober 2020

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.

© 2020 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-86216-633-6

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.

Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn
Titelbilder: © Gestresster Mann: istock/PeopleImages, © Waben: istock/NicoElNino
Titelbildgestaltung: Natalia Degenhardt
Printed in Germany

Vorwort

Ursprünglich wollten wir zwei aktuelle Phänomene zum Thema Stress in unseren Gesundheitsreport 2020 näher untersuchen. Wir wollten wissen, wie sich die zunehmende Dienstleistungsarbeit und die Digitalisierung der Arbeitswelt auswirken, um ein Schlaglicht auf die Belastungen der Arbeitswelt von heute zu werfen. Dann kam die Corona-Krise. Sie hat uns in unserem Vorhaben einerseits überholt und die Rahmenbedingungen in Teilen der Arbeitswelt schlagartig verändert, andererseits aber gezeigt, wie aktuell und relevant die von uns intendierte Fokussierung vor dem Hintergrund der Pandemie ist.

In den Medien und den politischen Debatten wurde mit der Corona-Krise die Bedeutung der Dienstleistungsarbeit – besonders in den systemrelevanten Bereichen – erstmalig mit anderen Augen wahrgenommen. Die Arbeit des Kassierers im Supermarkt erfährt ebenso wie die der Pflegerin im Krankenhaus auf den ersten Blick eine höhere Wertschätzung. Dass diese Wertschätzung keine Momentaufnahme bleiben sollte, zeigt unser diesjähriger Gesundheitsreport. Die Dienstleistungsarbeit, die oft personenbezogen ist, bringt schon in normalen Zeiten Belastungen ganz eigener Art mit sich. Was bedeutet der ständige Umgang mit Kunden, Klienten und Patienten für die Beschäftigten? Inwiefern gehen bestimmte Belastungen und Anforderungen mit personenbezogener Dienstleistungsarbeit einher? Welche gesundheitlichen Auswirkungen hat es, wenn Beschäftigte sich hohen Erwartungen und häufiger Kritik ausgesetzt sehen? Der Report analysiert erstmalig aus einer gesundheitlichen Perspektive und mit den Daten einer Krankenkasse zur Arbeitsunfähigkeit und ambulanten Versorgung solche Beanspruchungen und deren Folgen.

Durch die Pandemie wurde die Verbreitung digitaler Technologien und Medien im Arbeitsleben noch einmal beschleunigt. Homeoffice wurde in vielen Betrieben und Verwaltungen schlagartig zum Normalfall. Die Relevanz der Veränderungen und deren nachhaltiger Einfluss auf die Erwerbstätigen und ihre Gesundheit haben wir vor und in der Corona-Krise gemessen. Durch eine breit angelegte Befragung konnten wir ermitteln, wie die Digitalisierung von den Beschäftigten in Bezug auf ihre Gesundheit wahrgenommen wird und wie sich diese Wahrnehmung in der Corona-Krise verändert.

Homeoffice kann zu einer Auflösung der Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben führen und es Arbeitnehmern schwer machen, von der Arbeit abzuschalten. Ein erfreuliches Ergebnis ist es aber, dass die Wahrnehmung der Digitalisierung als eine Stressbelastung bei

vielen Beschäftigten während der Pandemie deutlich abgenommen hat. Wir sollten daher die positiven Aspekte aus der Krise für die Zukunft fruchtbar machen, ohne die negativen zu übergehen und nachhaltige sowie gesundheitsfördernde Konzepte für das Homeoffice und die Digitalisierung entwickeln.

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

Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Hamburg, Oktober 2020

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Zusammenfassung der Ergebnisse	IX
Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport	XI
1. Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2019	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	16
3.1 Die wichtigsten Krankheitsarten	16
3.2 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht	20
3.3 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen	22
3.4 Die wichtigsten Einzeldiagnosen	24
3.5 Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen	27
4. Schwerpunktthema 2020: Arbeitsstress vor dem Hintergrund der Digitalisierung der Arbeit sowie Interaktionsarbeit	28
4.1 Einleitung	28
4.2 Methodik und Beschreibung Stichprobe	30
4.3 Arbeitsstress, Belastung und Beanspruchung	37
4.4 Die Arbeit mit Kunden, Patienten und Klienten – Interaktions- und Emotionsarbeit	61
4.5 Digitalisierung der Arbeit	95
4.6 Präventionsmaßnahmen vor dem Hintergrund von Digitalisierung und Interaktionsarbeit	137
4.7 Zusammenfassung	145
4.8 Digitalisierung und Homeoffice in der Corona-Krise. Sonderanalyse zur Situation in der Arbeitswelt vor und während der Pandemie	148
5. Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	159
6. Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern	163
7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	172
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen	174
Anhang II: Tabellen	178
Anhang III: Fragebogen für Expertinnen und Experten	194

Abbildungsverzeichnis . . . . .	.198
Literaturverzeichnis . . . . .	.205

Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Jahr 2019 ist der Krankenstand nach einem Anstieg im Vorjahr praktisch konstant geblieben. Der Krankenstand im Jahr 2019 lag damit wieder bei rund 4,2 Prozent (2018: 4,2 Prozent).

Gesamtkrankenstand blieb auf Vorjahresniveau

Die Betroffenenquote lag 2019 bei 47,5 Prozent. Dies bedeutet, dass für weniger als jeden Zweiten eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Im Jahr 2019 ist die Betroffenenquote somit etwas gesunken (2018: 48,6 Prozent).

Betroffenenquote

Die Erkrankungshäufigkeit ist mit 121,6 Fällen pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr etwas gesunken (2018: 122,7 Arbeitsunfähigkeitsfälle). Die durchschnittliche Falldauer ist ebenfalls leicht gesunken. Sie beträgt im Jahr 2019 12,5 Tage (2018: 12,6 Tage).

Fallhäufigkeit und -dauer

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems entfielen 2019 mehr als die Hälfte (52,8 Prozent) aller Krankheitstage:

Wichtigste Krankheitsarten

- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lagen mit 323,2 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versichertenjahre nach wie vor an der Spitze aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit rund 324,8 Tagen etwas mehr Fehltage auf diese Diagnose.
- Psychische Erkrankungen lagen mit einem Anteil von rund 17,1 Prozent hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an zweiter Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr gab es hier einen Zuwachs bei der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage (von 236,0 auf 260,3 Tage pro 100 Versichertenjahre). Die Fallhäufigkeit stieg im Vergleich zum Vorjahr auf 7,4 Fälle an (7,0 Fälle pro 100 Versichertenjahre in 2018).
- Atemwegserkrankungen verursachten 14,5 Prozent des Krankenstandes und liegen somit auf Platz drei. 2019 gab es aufgrund von Atemwegserkrankungen 34,2 Erkrankungsfälle und 220,5 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre. Das ist deutlich weniger als noch im Vorjahr (2018: 247,9 AU-Tage).

Muskel-Skelett-Erkrankungen

Psychische Erkrankungen

Atemwegs-erkrankungen

Die Branche „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ lag mit einem Krankenstandswert von 4,8 Prozent an der Spitze und somit eindeutig über dem Durchschnitt aller Branchen. Am niedrigsten unter den Branchen mit hohem Anteil DAK-Gesundheit-Versicherter war der Krankenstand in der Branche „Rechtsberatung und andere Unternehmensdienstleistungen“ mit einem Krankenstand von 3,2 Prozent (2018: 3,3 Prozent).

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

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern stellen sich folgendermaßen dar: In den westlichen Bundesländern (mit Berlin) betrug der Krankenstand durchschnittlich 4,0 Prozent, in den östlichen Bundesländern 5,1 Prozent. In den westlichen Bundesländern streute der Krankenstand zwischen dem niedrigsten Wert in Höhe von 3,5 Prozent in Baden-Württemberg und dem höchsten im Saar-

Unterschiede zwischen den Bundesländern

land mit 4,9 Prozent. Sachsen-Anhalt stand 2019 mit einem Wert von 5,4 Prozent an der Spitze des Krankenstandsgeschehens der Bundesländer insgesamt und in den östlichen Bundesländern. Hier erzielte Sachsen mit einem Krankenstand von 4,5 Prozent den niedrigsten Wert.

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 2019 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:
Arbeitsunfähigkei-
ten im Überblick**

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

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

In Kapitel 4 wird das diesjährige Schwerpunktthema behandelt: mit Interaktionsarbeit und Digitalisierung der Arbeit werden zwei Trends der modernen Arbeitswelt und ihre Beziehung zu Stress und Wohlbefinden untersucht. Interaktionsarbeit spielt für einen großen Teil der Beschäftigten, insbesondere für Frauen, eine große Rolle. Interaktionsarbeitende bewältigen im Umgang mit Kunden, Patienten und Klienten sehr spezifische Anforderungen, die es in anderen Berufen so nicht gibt. Digitalisierung stellt sich in fast allen Tätigkeiten als sehr weit verbreitet heraus. Insbesondere Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit betrifft gut ein Drittel der Beschäftigten in hohem Maße. Eine Belastung stellt die Digitalisierung v. a. insofern dar, als dass Beschäftigte über das Fehlen von ablenkungsfreien Zeiten bei der Arbeit klagen. Insgesamt wird die Digitalisierung jedoch eher positiv als negativ gesehen.

**Kapitel 4: Schwer-
punktthema Arbeits-
stress, Digitalisie-
rung und Interakti-
onsarbeit**

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:
Analyse nach
Wirtschaftsgruppen**

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

**Kapitel 6:
Regionale Analysen**

Der DAK-Gesundheitsreports 2020 schließt mit einer übergreifenden Zusammenfassung und wesentlichen Schlussfolgerungen der DAK-Gesundheit zum Schwerpunktthema.

**Kapitel 7:
Schlussfolgerungen**

Weitere Informationen, Erläuterungen und Tabellen

Erläuterungen zu immer wieder auftauchenden Begriffen sowie zur Berechnung der wichtigsten verwendeten Kennzahlen sind im An-

**Anhang I:
Erläuterungen**

hang I zu finden. Außerdem wird dort das allgemeine methodische Vorgehen erklärt.

Anhang II: Tabellen Detaillierte Zahlenmaterialien zu den Arbeitsunfähigkeiten nach Regionen, Krankheitsarten und Wirtschaftsgruppen finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang II). Eine Übersicht über die aufgeführten Tabellen findet sich auf Seite 166.

Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen

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

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

Umstellung im Berechnungsverfahren

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

Andere Krankenkassen (z. B. AOK, BKK) verwenden abweichende Standardisierungsverfahren, weshalb Vergleiche mit 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 2019

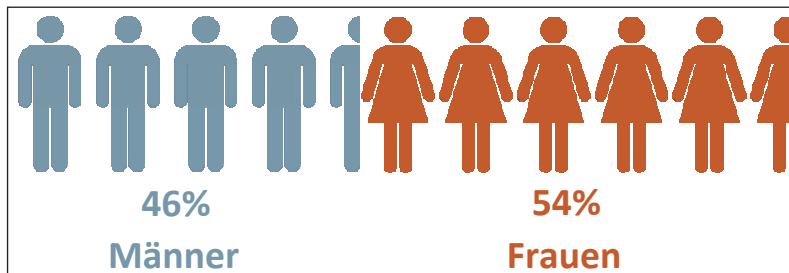
Der DAK-Gesundheitsreport 2020 berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2019 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK-Gesundheit waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK-Gesundheit hatten.

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 2019 umfasst rund 2,4 Mio. Mitglieder der DAK-Gesundheit, die sich zu 54 Prozent aus Frauen und zu 46 Prozent aus Männern zusammensetzen.

**Datenbasis 2019:
rund 2,4 Mio. Mitglieder der DAK-Gesundheit**

Abbildung 1: Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2019 nach Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

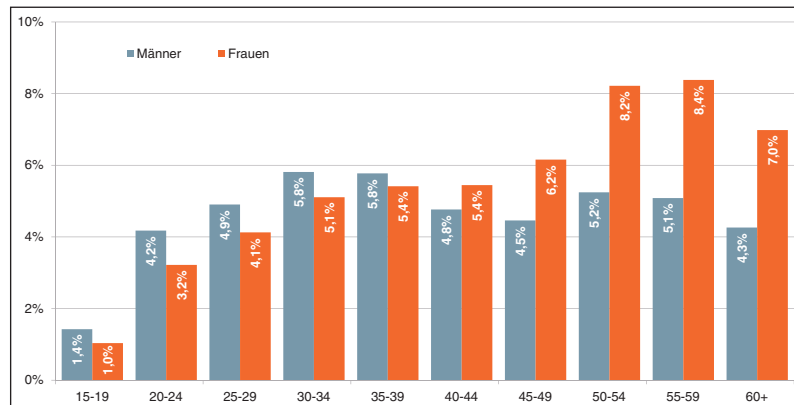
Die DAK-Gesundheit versichert aufgrund ihrer historischen Entwicklung als Angestelltenkrankenkasse insbesondere Beschäftigte in Berufen mit nach wie vor hohem Frauenanteil (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, in Büroberufen und Verwaltungen). Seit 1996 können auch andere Berufsgruppen Mitglied bei der 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 2019 umfasst die Datenbasis rund 2,2 Mio. Versichertenjahre.

2,4 Mio. Mitglieder entsprechen in etwa 2,2 Mio. Versichertenjahren

Alle in diesem Gesundheitsreport dargestellten Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten schließen nur diejenigen Erkrankungsfälle ein, für die der DAK-Gesundheit im Jahr 2019 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Abbildung 2: Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2019



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

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

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

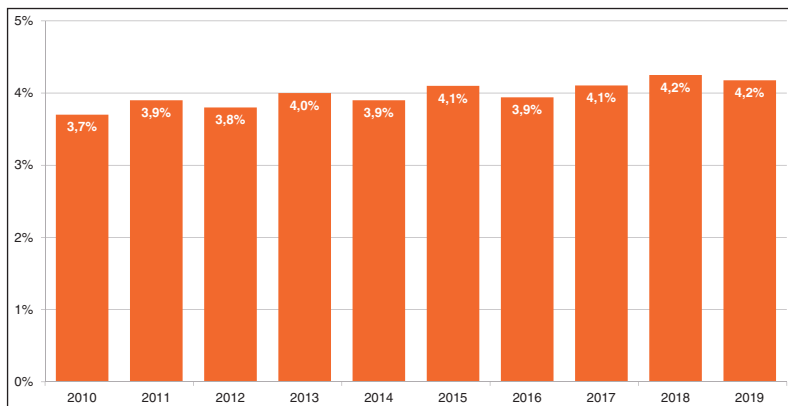
Zugleich sichert diese Vorgehensweise die Vergleichbarkeit der Krankenstandswerte mit den Zahlen anderer Ersatzkassen.

2. Arbeitsunfähigkeiten im Überblick

2.1 Der Krankenstand

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

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2019

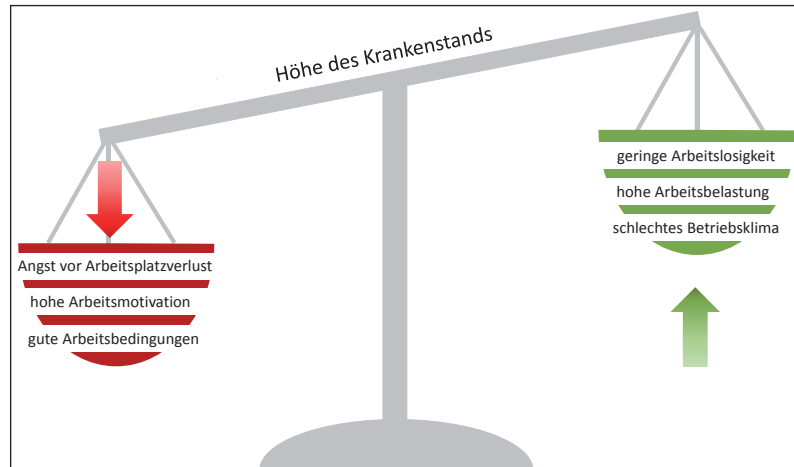
Der Krankenstand bewegt sich in den letzten Jahren insgesamt auf einem relativ niedrigen Niveau. Nach einem Anstieg im vergangenen Jahr ist der Wert des Krankenstands im Jahr 2019 minimal gesunken von 4,24 Prozent auf 4,18 Prozent, sodass sich wieder ein Wert von rund 4,2 Prozent ergibt.

**Krankenstand 2019
auf Vorjahresniveau**

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 Krankenstands bewirken könnte.

Abbildung 4: Einflussfaktoren auf den Krankenstand



Quelle: DAK-Gesundheit 2019

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

Faktoren auf der volkswirtschaftlichen Ebene:

Konjunktur und Situation am Arbeitsmarkt

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

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

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

Weitere volkswirtschaftliche Faktoren sind:

Wandel der Beschäftigtenstruktur

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

auch den Abbau gefährlicher oder körperlich schwerer Arbeit mit sich. Entsprechend führt dieser Wandel zu Veränderungen des Krankheitsspektrums sowie tendenziell zur Senkung des Krankenstandsniveaus. Wie die Statistiken zeigen, ist der Krankenstand in Angestelltenberufen in der Regel deutlich niedriger als im gewerblichen Bereich.

Verlagerung von Arbeitsplätzen vom gewerblichen in den Dienstleistungssektor

Betriebliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand:

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

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

Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung

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

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

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

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

beitsbedingungen und den Abbau von Arbeitsbelastungen nicht nachzulassen.

Strukturmerkmale des Krankenstandes

Vertiefte Analyse des Krankenstands

Der Krankenstand ist eine komplexe Kennziffer, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Eine Betrachtung der einzelnen Faktoren ermöglicht ein weitergehendes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für das Jahr 2019 dargestellt werden, werden diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert:

AU-Tage pro 100 ganzjährig versicherte Mitglieder

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

Krankenstand in Prozent

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

² Für Schaltjahre steht im Nenner die Zahl 366.

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

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

Für Schaltjahre erfolgt die Division durch 366 Tage.

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

- die in den Zeitraum der Lohnfortzahlung fallen (AU-Fälle bis zu sechs Wochen Dauer) und solchen, **AU-Fälle bis zu 6 Wochen und**
- die darüber hinaus gehen und bei denen ab der siebten Woche Krankengeldleistungen durch die DAK-Gesundheit erfolgen (AU-Fälle über sechs Wochen Dauer). **... über 6 Wochen Dauer**

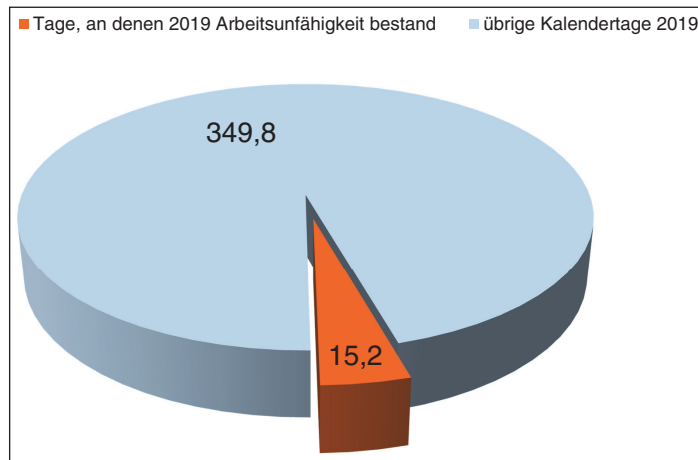
In der öffentlichen Diskussion über den Krankenstand genießen häufig die besonders kurzen Arbeitsunfähigkeiten größere Aufmerksamkeit. Solche Kurzfälle können in einem Unternehmen die Arbeitsabläufe erheblich stören – für die Krankenstandshöhe haben sie jedoch nur geringe Bedeutung.

Jedes dieser Strukturmerkmale beeinflusst die Krankenstandshöhe. Ihre Betrachtung ist daher sinnvoll, wenn man die Krankenstände im Zeitverlauf oder zwischen unterschiedlichen Betrieben, Branchen oder soziodemographischen 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 2019 im Durchschnitt 1.524 Fehltage wegen Arbeitsunfähigkeit (AU) registriert. Der Krankenstand von 4,2 Prozent in 2019 wird aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnet: Verteilt man die im Jahr 2019 je 100 Versicherte angefallenen 1.524 Arbeitsunfähigkeitstage auf die 365 Kalendertage des Jahres 2019, so waren an jedem Tag 4,2 Prozent der bei der DAK-Gesundheit versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.

Abbildung 5: AU-Tage eines durchschnittlichen Mitglieds der DAK-Gesundheit 2019 (Basis: 365 Kalendertage in 2019)



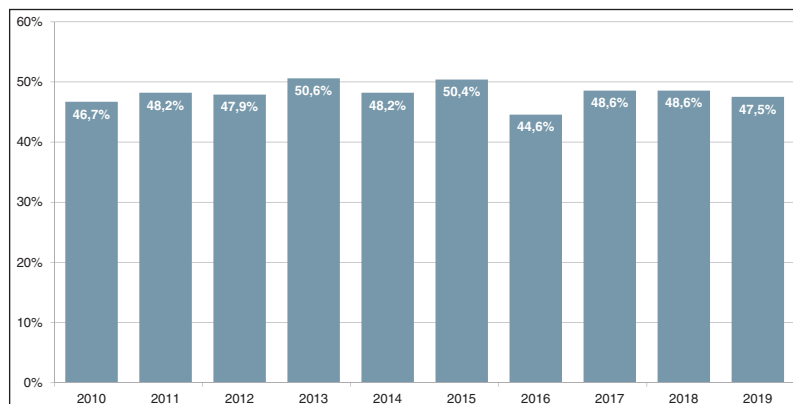
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

2.2 Betroffenenquote

2019 hatten 47,5 Prozent der Mitglieder der DAK-Gesundheit mindestens eine Arbeitsunfähigkeit. Das bedeutet, dass weniger als die Hälfte eine Arbeitsunfähigkeit in 2019 hatte.

Abbildung 6 zeigt die Betroffenenquoten für die Jahre 2010 bis 2019.

Abbildung 6: Betroffenenquote 2019 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2019

Gegenüber dem Vorjahr ist die Betroffenenquote im Jahr 2019 etwas gesunken und liegt wie im Vorjahr noch immer knapp unterhalb der 50 Prozent-Marke.

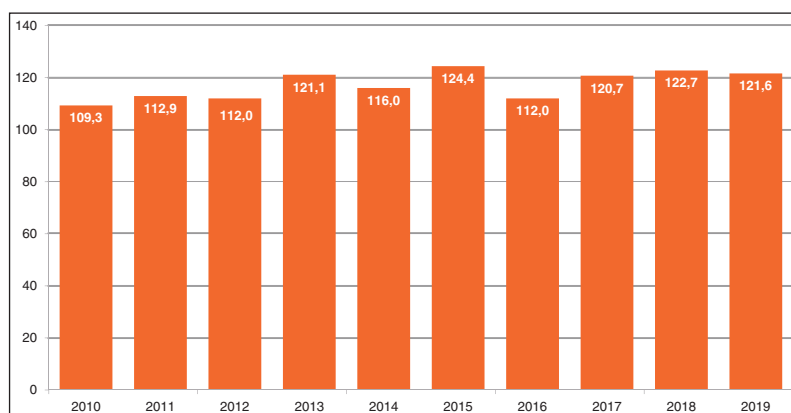
2.3 Häufigkeiten von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle ist im Jahr 2019 ganz leicht gesunken, die Häufigkeit sank ebenfalls leicht, sodass das Krankenstandsniveau 2019 etwas unter dem des Vorjahres liegt.

Die Erkrankungshäufigkeit lag 2019 mit 121,6 Erkrankungsfällen je 100 Versicherte etwas unter der im Vorjahr (2018: 122,7 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2019 durchschnittlich mit 1,22 Fällen (121,6 dividiert durch 100) mehr als einmal arbeitsunfähig.

121,6 Erkrankungsfälle pro 100 ganzjährig Versicherte

Abbildung 7: AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2019



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2019

In den Jahren 2010 bis 2012 war der Wert für die Erkrankungshäufigkeit nahezu unverändert. In den Jahren ab 2013 war der Wert mit Ausnahme des Wertes für 2016 etwas höher. Der Wert für 2019 ist gegenüber dem des Vorjahres wieder etwas gesunken.

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

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

Einerseits reichen nicht alle Mitglieder der DAK-Gesundheit die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihres Arztes bei der DAK-Gesundheit ein. Andererseits ist eine Bescheinigung für den Arbeitgeber in der Regel erst ab dem vierten Kalendertag erforderlich. Kurzzeit-Erkrankungen von ein bis drei Tagen Dauer werden durch die Krankenkassen folglich nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschrei-

Gründe für Unterfassung von AU-Fällen bei den Krankenkassen

bung 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.

Untersuchung zur AU-„Dunkelziffer“

Um diese „Dunkelziffer“ zu quantifizieren, hat die DAK-Gesundheit im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt: Berücksichtigt man z. B. auch die AU-Fälle, die den Krankenkassen nicht bekannt werden – entweder, weil die Betroffenen gar nicht beim Arzt waren oder weil die ärztliche Bescheinigung nicht bei der Krankenkasse eingereicht wurde – so ergibt sich eine im Durchschnitt um etwa 19 Prozent höhere Fallhäufigkeit. Übertragen auf die Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2019 bedeutet dieser Befund, dass die „wahre“ Häufigkeit von AU-Fällen geschätzt bei etwa 145 Fällen pro 100 Versicherte liegt.

Wahre Fallhäufigkeit um etwa 19 Prozent höher

Wahrer Krankenstand um 5 Prozent höher

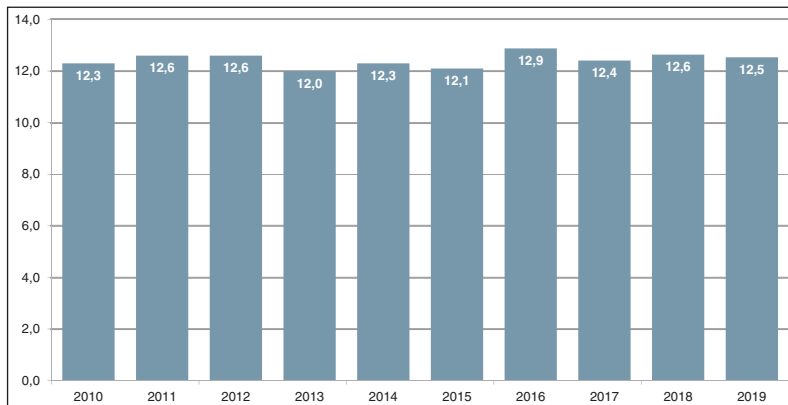
Aufgrund der geringen Dauer der nicht registrierten Fälle wird der „wahre“ Krankenstand dagegen nur um 5 Prozent unterschätzt. Korrigiert man den ermittelten DAK-Gesundheit-Krankenstand 2019 von 4,18 Prozent um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer Krankenstand“ von etwa 4,39 Prozent.

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

2.4 Durchschnittliche Falldauer

Innerhalb der letzten vier Jahre hat sich die durchschnittliche Erkrankungsdauer nur unwesentlich verändert. Ein AU-Fall dauerte 2019 im Durchschnitt 12,5 Tage. Der Wert liegt damit knapp unter dem des Vorjahres.

Abbildung 8: Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2019 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2019

Bedeutung der Arbeitsunfähigkeitsfälle unterschiedlicher Dauer

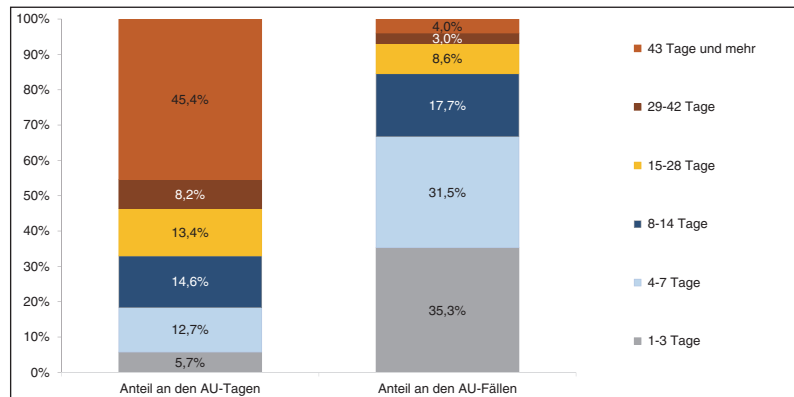
Hinter der Kennziffer „Krankenstand“ verbirgt sich ein sehr heterogenes Geschehen: Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt durch eine große Zahl von kurz dauernden und eine erheblich kleinere Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 9 veranschaulicht diesen Zusammenhang für das Berichtsjahr 2019:

- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machen 66,8 Prozent aller AU-Fälle aus (1 bis 3-Tages-Fälle 35,3 Prozent und 4 bis 7-Tages-Fälle 31,5 Prozent).
- Andererseits sind diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 18,4 Prozent der AU-Tage – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu drei Tagen Dauer verursachen nur 5,7 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 2019 insgesamt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

2019 machen Langzeitarbeitsunfähigkeiten 45,4 Prozent des Krankenstandes aus

- 45,4 Prozent der AU-Tage entfielen auf nur 4,0 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 etwas gestiegen (2018: 3,9 Prozent). Ihr Anteil an den AU-Tagen stieg ebenfalls leicht (2018: 43,9 Prozent).

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

Langzeitarbeitsunfähigkeiten durch betriebliches Eingliederungsmanagement überwinden

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

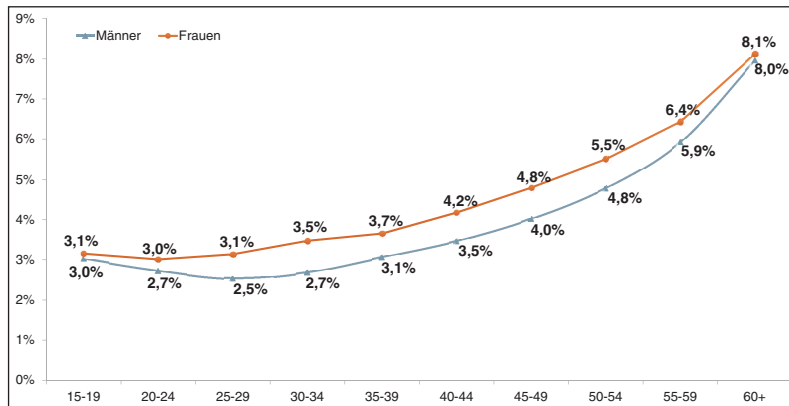
Zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gehören alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderung nachhaltig zu sichern.

Rehabilitationsträger und Integrationsämter bieten Betrieben Unterstützung

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

2.5 Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 10: Krankenstand 2019 nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten ist mit durchschnittlich 4,5 Prozent – wie auch in den Vorjahren – höher als der der männlichen Versicherten (3,9 Prozent). Wie der Altersverlauf zeigt, liegt der Krankenstand der Frauen in allen Altersgruppen über dem der Männer.

Krankenstand bei Frauen höher als bei Männern

Der höhere Krankenstand von Frauen ist im Wesentlichen auf eine höhere Fallhäufigkeit (132,1 Fälle bei Frauen gegenüber 112,6 Fällen bei Männern je 100 Versichertenjahre) zurückzuführen.

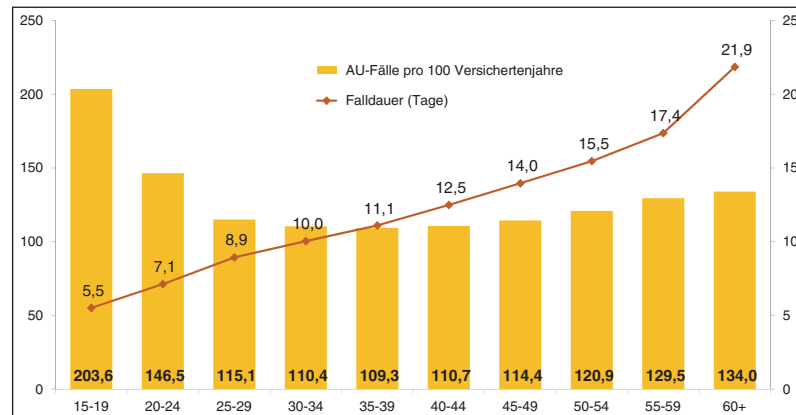
Im Schwerpunktthema 2016 „Männer und Frauen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen“ wurde der Frage nachgegangen, warum Frauen häufiger als Männer krankgeschrieben sind. Aspekte waren das Morbiditätsgeschehen, das sich zwischen den Geschlechtern deutlich unterscheidet, Einstellungen und Praktiken im Zusammenhang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

Schwerpunktthema 2016: Männer und Frauen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Der Altersverlauf der beiden Kurven in Abbildung 10 zeigt abgesehen vom Niveau insgesamt einen ähnlichen Verlauf. Zu Beginn, in der Altersspanne der 15- bis 24-Jährigen, fallen die Werte zunächst ab und erreichen ihr Minimum bei Männern etwa im Alter von 30 Jahren, bei Frauen etwas früher etwa bei einem Alter von 25 Jahren. Von da an nimmt der Krankenstand im weiteren Altersverlauf deutlich zu.

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

Abbildung 11: Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2019



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

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 204 Fällen pro 100 Versicherte fast doppelt so hoch.

SchwerpunkttHEMA 2011: Gesundheit junger Arbeitnehmer

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

Mit zunehmendem Alter dauern Arbeitsunfähigkeiten länger

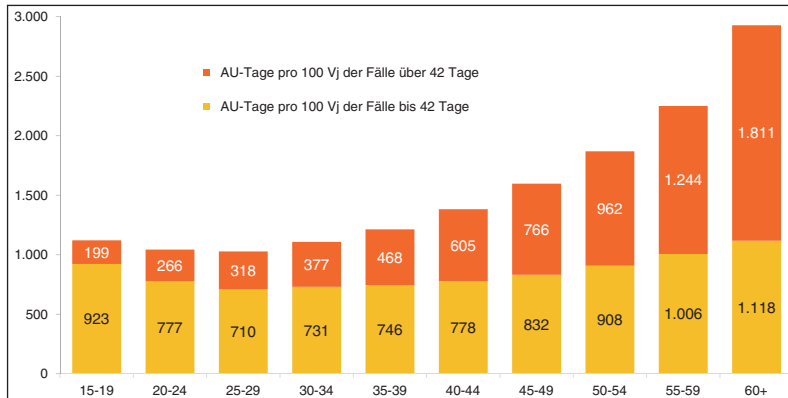
Mit anderen Worten: Jüngere Arbeitnehmer werden in der Regel zwar häufiger, allerdings meist nur wenige Tage krank. Eine durchschnittliche Krankschreibung eines 15- bis 19-Jährigen dauerte beispielsweise nur 5,5 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 17,4 Tage.

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

Abbildung 12 zeigt, wie viele AU-Tage in der jeweiligen Altersgruppe auf die Fälle von bis zu bzw. über sechs Wochen Dauer zurückzuführen waren. In jeder Altersgruppe sind die Säulen in zwei Teile zerlegt: Einerseits die Tage, die durch kürzere Krankheitsfälle bis

42 Tage Dauer verursacht wurden (heller Säulenabschnitt) und andererseits die Tage, die auf längere Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen entfielen (dunkler Säulenabschnitt).

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

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 17,7 Prozent (199 von (199+923)) des Krankenstandes auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, beträgt dieser Wert in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 61,8 Prozent (1.811 von (1.811+1.118)). Mit anderen Worten: Bei den über 60-Jährigen werden mehr als 60 Prozent des Krankenstandes durch Erkrankungen von über sechs Wochen Dauer verursacht.

3. Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Auswertung der medizinischen Diagnosen

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

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

Ausgangspunkt dieser Analyse sind die Angaben der Ärzte zu den medizinischen Ursachen für eine Arbeitsunfähigkeit, die mithilfe eines internationalen 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 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems entfallen 2019 mehr als die Hälfte aller Fehltage (52,8 Prozent)⁴:

Muskel-Skelett-Erkrankungen auch 2019 an der Spitze

Im Jahr 2019 hatten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems einen Anteil von 21,2 Prozent am Krankenstand. Mit 323,2 AU-Tagen je 100 Versicherte lag diese Krankheitsart – wie schon in den Vorjahren – beim Tagevolumen an der Spitze. Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit lagen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 17,6 Erkrankungsfällen pro 100 Versicherte an zweiter Stelle.

Die Fehltage wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind 2019 im Vergleich zum Vorjahr (2018: 324,8 AU-Tage pro 100 Versicherte) etwas gesunken.

Gesundheitsreport 2018

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

Zuwachs der AU-Tage wegen psychischen Erkrankungen

An zweiter Stelle hinsichtlich des AU-Tage-Volumens stehen die psychischen Erkrankungen mit 17,1 Prozent der Ausfalltage. Im Vergleich zum Vorjahr ist mit 260,3 AU-Tagen pro 100 Versicherte ein deutlicher Anstieg der Fehltage festzustellen (2018: 236,0 AU-Tage).

„Psychische Erkrankungen“ war 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

³ Vgl. DIMDI 2015

⁴ Abweichungen in der Summenbildung können rundungsbedingt auftreten.

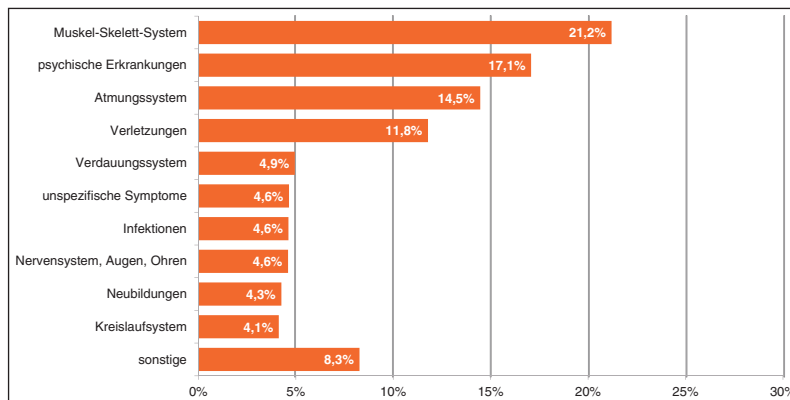
DAK-Gesundheit bereits mit Sonderanalysen in den Gesundheitsberichten 2002, 2005 und 2013 berücksichtigt. Die aktuellen Entwicklungen dazu finden Sie im nachfolgenden Abschnitt.

Atemwegserkrankungen weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: 2019 entfielen 28,2 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitsfälle auf derartige Diagnosen. 100 ganzjährig Versicherte waren im Durchschnitt 34,2 Mal wegen Diagnosen aus dieser Krankheitsart arbeitsunfähig.

Atemwegserkrankungen auf Platz 3

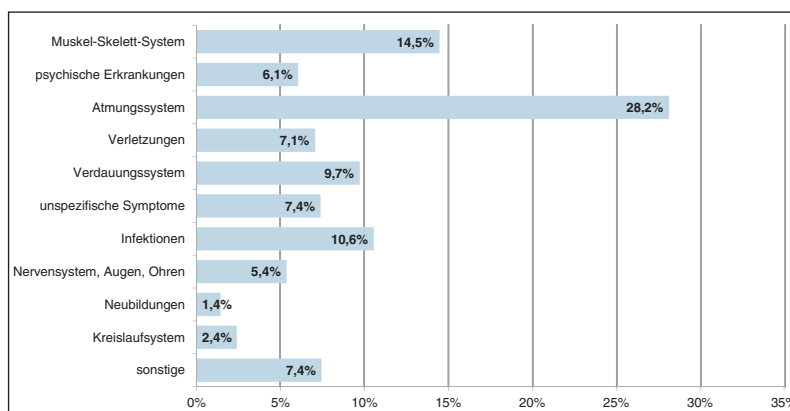
Bei den meisten Erkrankungen des Atmungssystems handelt es sich um eher leichte Erkrankungen, denn die durchschnittliche Falldauer von 6,4 Tagen ist vergleichsweise kurz. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dauern durchschnittlich 18,4 Tage. Noch länger dauern psychische Erkrankungen (durchschnittlich 35,4 Tage).

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

Rückgang der AU-Tage wegen Verletzungen

Verletzungen weisen mit 179,6 AU-Tagen pro 100 Versicherte einen Anteil von 11,8 Prozent am Krankenstand auf. Der Anteil der Fehltagge durch Verletzungen am Gesamt Krankenstand ist damit leicht gesunken (2018: 12,3 Prozent). Der einzelne Fall dauerte im Durchschnitt 20,9 Tage und es traten 2019 insgesamt 8,6 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte auf. Im Vergleich zum Vorjahr sank das AU-Volumen (2018: 191,4 AU-Tage pro 100 Versicherte), die Fallzahl sank ebenfalls (2018: 9,2 AU-Fälle pro 100 Versicherte).

Krankheiten des Verdauungssystems hatten 2019 einen Anteil von 4,9 Prozent am Krankenstand. Damit ist ihr Anteil am Krankenstand leicht gesunken (2018: Anteil von 5,0 Prozent). Generell sind Erkrankungen dieses Diagnosespektrums von vergleichsweise kurzer Falldauer, dafür eher von größerer Häufigkeit. In 2019 traten 11,8 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte mit einer durchschnittlichen Falldauer von 6,4 Tagen auf. Daraus resultiert ein Fehltagvolumen von 75,4 Tagen pro 100 Versicherte.

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

Aktuelle Entwicklungen bei psychischen Erkrankungen

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

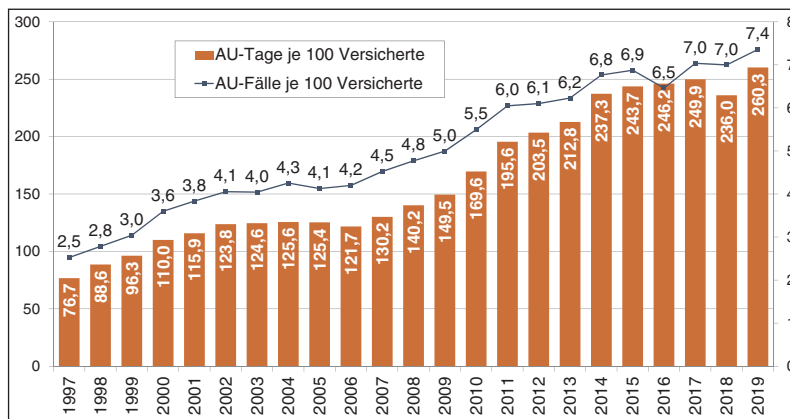
Im DAK-Gesundheitsreport 2013 finden sich zahlreiche Sonderanalysen zu diesem Thema. Die nachfolgenden beiden Abbildungen fassen die aktuellen Entwicklungen zusammen.

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

Es zeigt sich in Abbildung 15, dass die Zahl der Fehltagge aufgrund psychischer Erkrankungen, nach einem Rückgang im Jahr 2018, wieder angestiegen ist. Mit 260,3 Fehltagen bezogen auf 100 Versichertenjahre sind es 10,3 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Zahl der Krankschreibungsfälle stieg von 7,0 Fällen je 100 Versichertenjahre in 2018 auf 7,4 Fälle in 2019.

Der in den vergangenen Jahren beobachtete Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen setzt sich somit im Jahr 2019 wieder weiter fort.

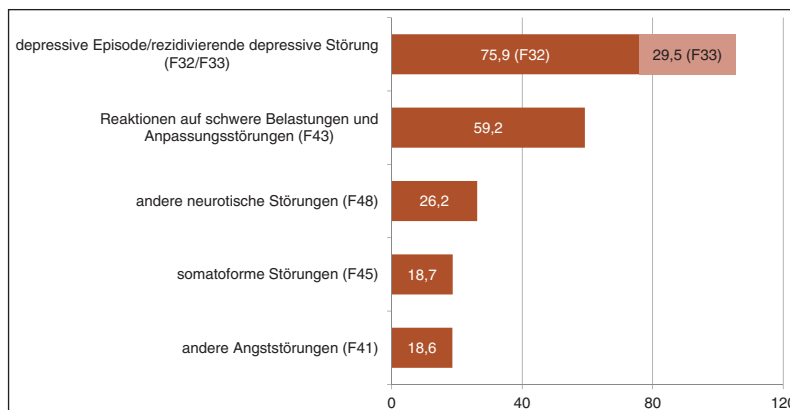
Abbildung 15: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997–2019

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

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



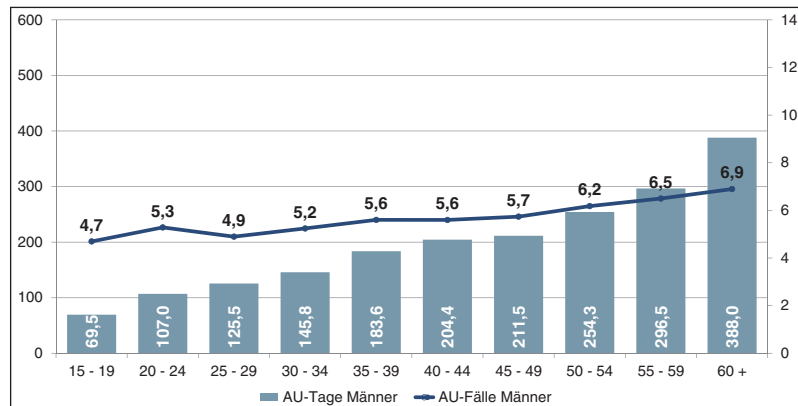
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

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 327,5 Fehltage je 100 Versicherte gegenüber 202,9 bei Männern). Die Veränderung der durchschnittlichen Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle mit dem Altersgang fällt bei

Frauen verzeichnen bei psychischen Erkrankungen deutlich mehr Fehltage als Männer

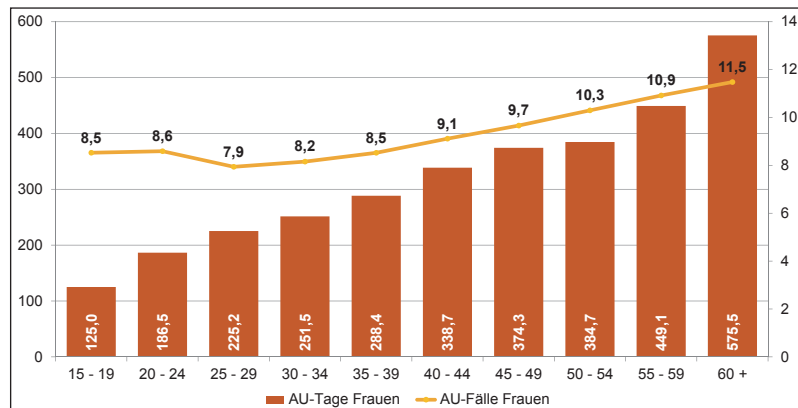
Männern deutlich moderater aus als bei Frauen (vgl. Abbildung 17 und Abbildung 18).

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



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2019

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



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2019

3.2 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

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

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems haben bei Männern mit einem Anteil von 23,4 Prozent an den AU-Tagen eine größere Bedeutung als bei Frauen (19,0 Prozent). Somit liegen die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems bei Männern an erster Stelle. Die psychischen Erkrankungen nehmen bei den Frauen den größten Anteil am Gesamtcrankenstand ein (20,0 Prozent).

Auf Platz zwei folgen bei Männern Verletzungen und Vergiftungen. Hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand haben diese bei den Frauen eine deutlich geringere Bedeutung als bei den Männern (14,4 Prozent bei den Männern gegenüber 9,1 Prozent bei den Frauen). Bei Frauen steht diese Erkrankungsgruppe erst an vierter Stelle.

Verletzungen: Größere Bedeutung bei Männern

An dritter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten stehen bei den Männern psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 14,2 Prozent.

Bei den Frauen stehen an dritter Stelle Atemwegserkrankungen mit einem Anteil von 15,4 Prozent an den AU-Tagen.

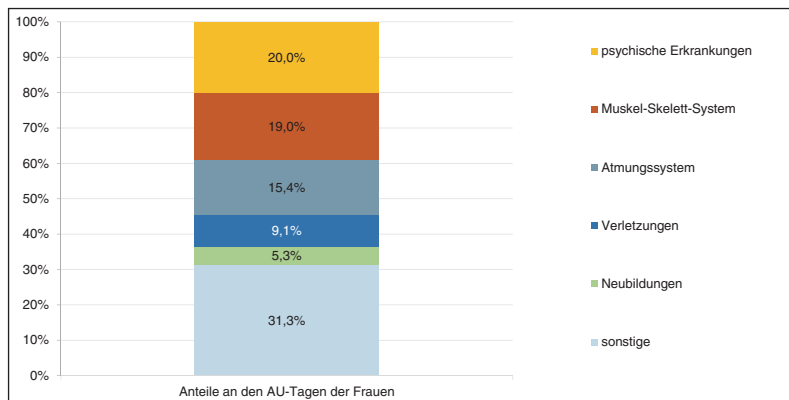
Atemwegserkrankungen stehen bei den Männern mit einem Anteil von 13,6 Prozent am Gesamtkrankenstand an vierter Stelle.

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

Erkrankungen des Verdauungssystems Platz fünf bei Männern

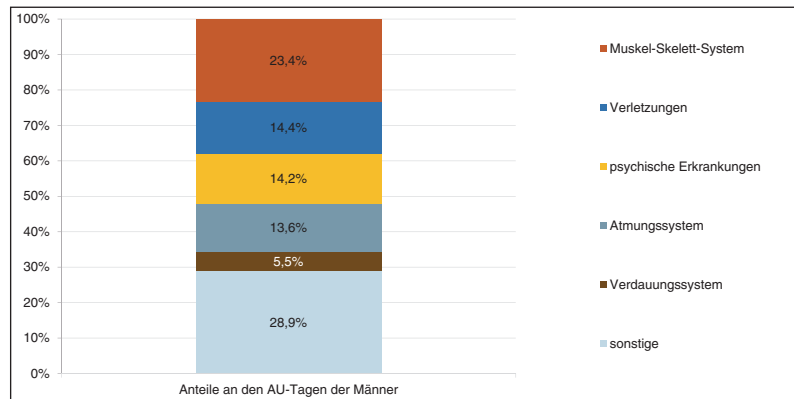
Bei Frauen stehen an fünfter Stelle mit einem Anteil von 5,2 Prozent an den AU-Tagen Neubildungen, die bei Männern nur einen Anteil von 3,3 Prozent am Krankenstand haben.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

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

3.3 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems im Alter

Abbildung 21 zeigt die Bedeutung der fünf wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 22 in den fünf höheren Altersgruppen. Wie aus den Abbildungen ersichtlich wird, steigt die Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, und zwar von 7,1 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen auf 26,7 Prozent bei den über 60-Jährigen.

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

Fehltag aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems bei den Jüngsten am höchsten

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems verhält es sich genau umgekehrt: Ihr Anteil am Krankenstand ist in der jüngsten Altersgruppe mit 24,0 Prozent am höchsten. Mit den Jahren nimmt ihre Bedeutung für den Gesamtkrankenstand jedoch ab. Bei den über 60-Jährigen entfallen nur noch 10,0 Prozent aller Ausfalltage auf Erkrankungen mit dieser Diagnose (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2011: „Wie gesund sind junge Arbeitnehmer?“).

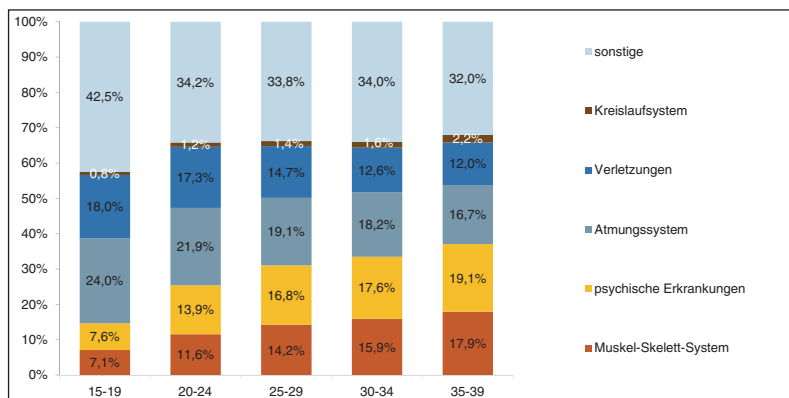
Fehltag aufgrund von Verletzungen sind mit zunehmendem Alter rückläufig

Auf die Krankheitsart Verletzungen entfallen bei den jüngsten Mitgliedern der DAK-Gesundheit 18,0 Prozent aller Krankheitstage. In

der obersten Altersgruppe liegt ihr Anteilswert nur noch bei 9,2 Prozent. Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursache, was u. a. auf ein anderes Freizeitverhalten und eine größere Risikobereitschaft zurückgeführt werden kann.

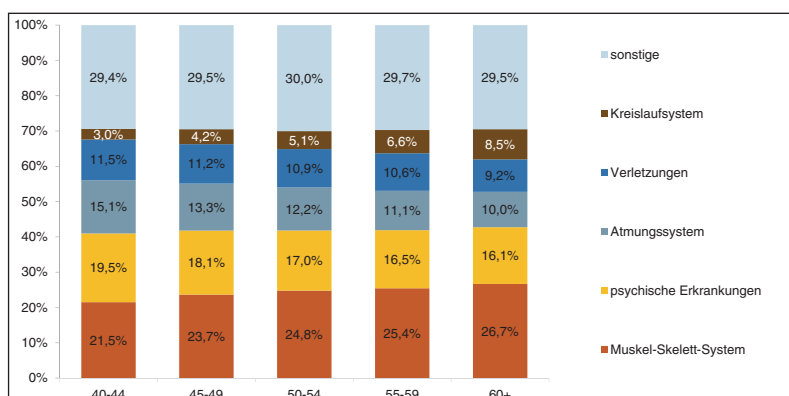
Der Anteil der psychischen Störungen am Gesamtkrankenstand steigt von 7,6 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 19,5 Prozent bei den 40- bis 44-Jährigen an. Ab dem 45. Lebensjahr nimmt die relative Bedeutung psychischer Erkrankungen (bei insgesamt steigendem Krankenstands-niveau) dann wieder ab. Ihr Anteil liegt bei den über 60-Jährigen nur noch bei 16,1 Prozent.

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

Erkrankungen des Kreislaufsystems haben hinsichtlich ihrer Altersverteilung eine mit zunehmendem Alter ansteigende Bedeutung für den Krankenstand. Erkrankungen mit dieser Diagnose sind bei den

Erkrankungen des Kreislaufsystems

15- bis 19-Jährigen für 0,8 Prozent des Krankenstands verantwortlich, bei den über 60-Jährigen ist der Anteil mit 8,5 Prozent deutlich höher.

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

3.4 Die wichtigsten Einzeldiagnosen

Um Geschlechtsunterschiede erweiterte Tabelle im Anhang II

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.

Rang 1: Infektion der Atemwege

An der Spitze der AU-Tage stehen aus der Gruppe der Atemwegserkrankungen die „Akuten Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (J06). An dreizehnter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen steht eine weitere wichtige Diagnose aus dem Bereich der Atemwegserkrankungen, die zu den insgesamt 20 wichtigsten Einzeldiagnosen zählen, nämlich die „Akute Bronchitis“ (J20).

Rang 2: Rückenbeschwerden

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

Rang 3: Depressive Episoden

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

Allgemeine Verletzungen auf Platz 14

Erst an vierzehnter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen 2019 die „Verletzungen einer nicht näher bezeichneten Körperregion“ (T14). Luxation, Verstauchungen und Zerrungen des

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

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

Darüber hinaus sind sonstige Viruserkrankungen zu finden, „Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation“ (B34). Ebenfalls unter den 20 wichtigsten Einzeldiagnosen findet sich der Brustkrebs „bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“ (C50) und „sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff“ (Z98).

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr:

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

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

Der Anteil der Diagnose „depressive Episode“ stieg von 4,2 Prozent auf 5,0 Prozent in ihrer Bedeutung.

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

Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2019

ICD 10	Diagnose	Anteil AU-Tag	Anteil AU-Fälle
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	6,6 %	14,4 %
M54	Rückenschmerzen	5,7 %	5,8 %
F32	Depressive Episode	5,0 %	1,2 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3,9 %	2,0 %
F33	Rezidivierende depressive Störung	1,9 %	0,3 %
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	1,9 %	5,5 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,8 %	0,6 %
F48	Andere neurotische Störungen	1,7 %	0,9 %
M75	Schulterläsionen	1,6 %	0,6 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,3 %	0,5 %
F45	Somatoforme Störungen	1,2 %	0,6 %
F41	Andere Angststörungen	1,2 %	0,3 %
J20	Akute Bronchitis	1,2 %	2,0 %
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,1 %	1,0 %
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,1 %	2,4 %
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1,1 %	0,1 %
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	1,1 %	0,9 %
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,0 %	0,4 %
Z98	Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	1,0 %	0,3 %
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,0 %	0,7 %
	Summe	42,5 %	40,6 %

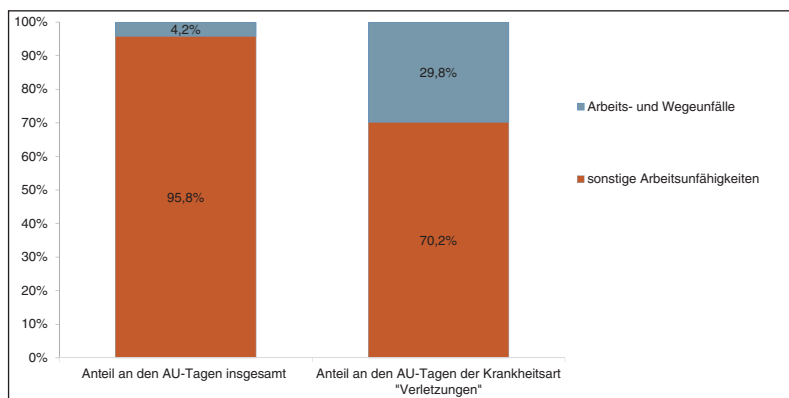
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

3.5 Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen

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

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

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



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

2019 wurden je 100 ganzjährig versicherter Mitglieder der DAK-Gesundheit 63,4 AU-Tage und 3,0 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamtkrankenstand betrug 4,2 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 (2018: 4,7 Prozent) gesunken. Als Anteil an der Krankheitsart „Verletzungen“ sind Arbeits- und Wegeunfälle gegenüber dem Vorjahr (2018: 29,5 Prozent) leicht gestiegen.

4. Schwerpunktthema 2020: Arbeitsstress vor dem Hintergrund der Digitalisierung der Arbeit sowie Interaktionsarbeit

4.1 Einleitung

Der Gesundheitsreport 2020 widmet sich in seinem Schwerpunktthema zwei Trends, die sich gegenwärtig in der Arbeitswelt zeigen:

- | | |
|---------------------------|---|
| Digitalisierung | 1. Die Digitalisierung prägt Arbeitsplätze und Tätigkeiten immer stärker und birgt damit Risiken und Chancen für die Arbeitsqualität. Sie beeinflusst Art und Stärke der Belastungen, denen Beschäftigte ausgesetzt sind, gleichzeitig entstehen neue Ressourcen, auf die Beschäftigte zurückgreifen können. |
| Interaktionsarbeit | 2. Die „Arbeit mit und am Kunden“, die so genannte Interaktionsarbeit spielt in vielen Dienstleistungstätigkeiten eine Rolle, und zwar immer dann und insofern, wenn Beschäftigte nicht ein Werkstück oder ein Formular bearbeiten, sondern eine personenbezogene Dienstleistung erbringen. Der Arbeitsgegenstand, so könnte man sagen, ist hier ein Mensch, und zwar als Kunde, als Patient oder als Klient, der an der Dienstleistung selbst mitwirken muss und auf den bei der Arbeitsgestaltung Rücksicht genommen werden muss. Das macht Interaktionsarbeit zu einer besonderen Arbeit. Auch hier ist zu fragen, welche spezifischen Belastungen und Ressourcen mit Interaktionsarbeit einhergehen. |
| Arbeitsstress | Da sich der Gesundheitsreport seinen Themen immer aus einer Perspektive der Prävention und Gesundheitsförderung bzw. aus einer Perspektive von Arbeitsbelastungen und -ressourcen nähert, fragt er, ob und in welchem Maße Arbeitsstress durch diese beiden Trends prävalenter wird, ob sich Stressoren in Art oder Umfang verändern und wie sich Stressfolgen darstellen. |

4.1.1 Aufbau des Schwerpunktthemas

Um diese drei Aspekte zusammenhängend bearbeiten zu können, wurde das Schwerpunktthema wie folgt aufgebaut:

- | | |
|--|--|
| 4.2: Methodik und Stichprobe der standardisierten Befragung | In Kapitel 4.2 wird der wichtigste methodische Baustein erläutert. Eine standardisierte Online-Befragung abhängig Beschäftigter zum Thema Stress, Digitalisierung und Interaktionsarbeit. Insbesondere die Inhalte der Befragung sowie die Zusammensetzung der Stichprobe sind dort dargestellt. |
| 4.3: Begrifflichkeit Stress, Daten zum Belastungsgeschehen | Kapitel 4.3 führt in die Begrifflichkeit zum Themenkomplex Stress, Belastung, Beanspruchung und Ressourcen ein. Darüber hinaus werden Daten der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung zur Verbreitung möglicher Stressoren und Ressourcen präsentiert, die ins- |

besondere durch den zeitlichen Vergleich als Kontext für das Schwerpunktthema wichtig sind. Hier werden auch bereits erste „eigene“ Daten präsentiert, soweit sie als Indikator für Stress und Stressfolgen in den weiteren Analysen verwendet werden.

Kapitel 4.4 präsentiert die Ergebnisse zur Verbreitung und gesundheitlichen Zusammenhängen zur Arbeit mit Kunden, Patienten und Klienten und Anforderungen der Interaktionsarbeit. Hierbei werden Daten der amtlichen Statistik, der DAK-Gesundheit und die Befragungsdaten für diesen Report ausgewertet und interpretiert.

4.4: Ergebnisse zur Interaktionsarbeit

In Kapitel 4.5 werden die Ergebnisse zur Verbreitung digitaler Arbeit und gesundheitlichen Zusammenhängen auf Basis der Beschäftigtenbefragung berichtet.

4.5: Ergebnisse zur digitalen Arbeit

Der Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung verfügen bereits seit längerem über Konzepte und Maßnahmen, wie vor dem Hintergrund der beiden Arbeitswelttrends Interaktionsarbeit und Digitalisierung Belastungen angemessen gestaltet werden können bzw. Ressourcen gestärkt werden können („Prävention 4.0“, Cernavin et al. 2018). In Kapitel 4.6 werden entsprechende Konzepte und Maßnahmen vorgestellt.

4.6: Konzepte zur „Prävention 4.0“

In Kapitel 4.7 werden die Ergebnisse zusammengefasst und ein Fazit gezogen. Kapitel 4.8 berichtet über eine Sonderanalyse zur Digitalisierung der Arbeitswelt während der Corona-Krise.

4.7: Zusammenfassung und Fazit

4.1.2 Datenquellen des Schwerpunkts

Die Ergebnisse dieses Reports stützen sich auf verschiedene Datenquellen (Abbildung 24). Hierbei handelt es sich zum einen um die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit, die durch weitere Daten der DAK-Gesundheit zur ambulanten Versorgung ergänzt werden. Darüber hinaus wurde eine standardisierte Online-Befragung von 7.054 abhängig beschäftigten Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 65 Jahren durchgeführt (mehr dazu in Kapitel 4.2).

Datenquellen

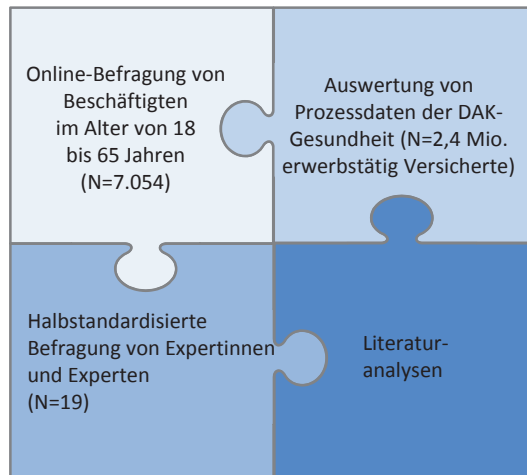
Eine weitere Datenquelle stellt eine halbstandardisierte Befragung von Expertinnen und Experten aus den Arbeits- und Sozialwissenschaften, Vertreterinnen und Vertretern von Gewerkschaften und Arbeitgebern sowie aus der betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Sie wurden u. a. zu Aspekten befragt, wie Digitalisierung definiert werden sollte, was der Gesundheitsschutz tun kann, um den damit verbundenen Herausforderungen zu begegnen, welche Anforderungen mit Interaktionsarbeit verbunden sind und wie sich Arbeitsstress in den letzten 10 Jahren quantitativ und qualitativ entwickelt hat. Der Experten-Fragebogen ist im Anhang des Reports zu finden.

Auf Methodik und Stichprobe der Beschäftigtenbefragung wird in Kapitel 4.2 eingegangen. Die Literaturanalysen wurden unternommen, um die Begrifflichkeiten von Stress-, sowie Belastungs- und

Beanspruchungstheorie aufzuarbeiten und darzustellen, ebenso wie zur Nutzung von Vergleichsdaten, die in der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung gefunden wurden. Die Literaturanalyse bereitet weiter die Themen Digitalisierung der Arbeit und Interaktionsarbeit vor.

Datenbasis dieses Gesundheitsreports

Abbildung 24: Datenbasis des Schwerpunktthemas



4.2 Methodik und Beschreibung Stichprobe

4.2.1 Methodik

Befragung von 7.054 Beschäftigten

Für diesen Report wurde eine Befragung von N=7.054 abhängig beschäftigten Erwerbstätigen durchgeführt, d. h. Arbeiter, Angestellte und Beamte im Alter von 18 bis 65 Jahren. Der Befragungszeitraum war der 13. Dezember 2019 bis zum 6. Januar 2020. Die Befragung wurde von der forsa Politik- und Sozialforschung GmbH als Online-Befragung durchgeführt. Die Befragten wurden zufällig aus dem forsa.omninet-Panel ausgewählt. Hierdurch werden auch Personen angesprochen, die keinen Internetanschluss haben, die aber alternativ über eine am Fernseher angeschlossene Box teilnehmen können. Ein Selektionsbias dahingehend, dass nur Personen mit Internetanschluss teilnehmen, wird dadurch vermieden.

Rücklaufquote: 41 Prozent

Um auch Auswertungen für bestimmte Bundesländer unternehmen zu können, wurden diese als Oversample gezogen. Die Rücklaufquote beträgt 41 Prozent. Ein Gewichtungsfaktor nach Alter, Geschlecht, Bildung und Bundesland auf Grundlage des Mikrozensus 2018 stellt sicher, dass die Stichprobe repräsentativ für Beschäftigte in Deutschland ist, u. a. wird also das Oversampling für bestimmte Bundesländer rechnerisch unwirksam gemacht.

4.2.2 Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 2 zeigt die Demografie der Befragten ohne Verwendung der Gewichtung.

Tabelle 2: Befragte nach Alter und Geschlecht (ungewichtet)

	Männer		Frauen		Total	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
18–24	58	1 %	76	1 %	134	2 %
25–29	293	4 %	284	4 %	577	8 %
30–34	612	9 %	507	7 %	1.119	16 %
35–39	399	6 %	370	5 %	769	11 %
40–44	527	7 %	449	6 %	976	14 %
45–49	728	10 %	619	9 %	1.347	19 %
50–54	394	6 %	319	5 %	713	10 %
55–59	448	6 %	342	5 %	790	11 %
60–65	344	5 %	285	4 %	629	9 %
Total	3.803	54 %	3.251	46 %	7.054	100 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N=7.054

Anmerkung: Bei den Prozentangaben handelt es sich um Tabellenprozent, sie beziehen sich also auf alle Befragten, nicht etwa auf die der jeweiligen Zeile oder Spalte.

Alle Auswertungen werden gewichtet und sind repräsentativ für die abhängig Beschäftigten in Deutschland

Tabelle 3: Befragte nach Alter und Geschlecht (gewichtet)

	Männer		Frauen		Total	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
18–24	63	1 %	84	1 %	147	2 %
25–29	339	5 %	315	4 %	654	9 %
30–34	699	10 %	562	8 %	1.260	18 %
35–39	294	4 %	294	4 %	588	8 %
40–44	388	5 %	364	5 %	752	11 %
45–49	580	8 %	516	7 %	1.096	16 %
50–54	414	6 %	404	6 %	819	12 %
55–59	521	7 %	419	6 %	940	13 %
60–65	358	5 %	440	6 %	798	11 %
Total	3.655	52 %	3.399	48 %	7.054	100 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N=7.054

Anmerkung: Bei den Prozentangaben handelt es sich um Tabellenprozent, sie beziehen sich also auf alle Befragten, nicht etwa auf die der jeweiligen Zeile oder Spalte.

Hinweis: Nicht alle Befragten antworteten auf alle Fragen. Dadurch gibt es bei den meisten Fragen fehlende Antworten. Der Anteil dieser fehlenden Antworten ist meist vernachlässigbar gering und bewegt sich in der Regel in der Größenordnung von 1 Prozent oder weniger. Fehlende Antworten werden daher in den Tabellen und Grafiken nicht berichtet und ausgewiesen. Generell gilt also: wenn als Basis weniger als 7.054 Befragte genannt sind, kommen die Fehlenden 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 Interaktionsarbeit leistet. In diesen Fällen verringert sich die Anzahl der Befragten („N“) auf diese jeweilige Gruppe. Auch hier kann es wiederum „keine Angabe“ oder „weiß nicht“-Antworten geben, die diese Zahl verringert.

In vielen Fällen werden innerhalb einer Darstellung die Antworten zu mehreren Fragen dargestellt. In diesen Fällen kann die Zahl der Befragten, die auf diese Fragen geantwortet haben, unterschiedlich sein (i. d. R. sind diese Unterschiede gering). Hier wird für die Zahl der Befragten ein Bereich oder Mindestgröße angegeben (z. B. $N=6.918 - 7.021$ oder $N \geq 6.918$).

Tabelle 4 zeigt den Schulabschluss der Befragten nach Geschlecht. Fast alle Befragten verteilen sich auf die Abschlüsse Abitur oder Fachabitur (40 Prozent), mittlere Abschlüsse wie Realschulabschluss (36 Prozent) und Haupt- bzw. Volksschulabschluss (20 Prozent). Nur sehr selten geben Befragte einen anderen Schulabschluss an oder haben keinen.

Den Abschluss Abitur- oder Fachabitur haben Männer und Frauen in etwa zu gleichen Anteilen. Frauen haben jedoch häufiger einen mittleren Abschluss als Männer; Männer dagegen häufiger einen einfachen Abschluss.

Die meisten Befragten haben (Fach-) Abitur oder mittlere Reife

Tabelle 4: Befragte nach Geschlecht und Schulabschluss

	Männer		Frauen		Total	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
kein Schulabschluss	34	1 %	40	1 %	74	1 %
Haupt-/Volksschulabschluss	867	24 %	507	15 %	1.375	20 %
mittlerer Abschluss (Mittlere Reife, Realschulabschluss, Polytechnische Oberschule)	1.173	32 %	1.338	40 %	2.511	36 %
Abitur oder Fachabitur	1.420	39 %	1.358	41 %	2.778	40 %
anderer Schulabschluss	133	4 %	106	3 %	239	3 %
Total	3.627	100 %	3.349	100 %	6.977	100 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten.

**Die Befragten sind
überwiegend
Angestellte**

Die Befragten sind zu 76 Prozent Angestellte, zu 15 Prozent Arbeiter und zu 9 Prozent Beamte. Frauen sind deutlich häufiger Angestellte als Männer, diese sind entsprechend häufiger Arbeiter. Beide Geschlechter sind in etwa gleichem Maße Beamte (Tabelle 5).

Tabelle 5: Beschäftigte nach Geschlecht und beruflicher Statusgruppe

	Männer		Frauen		Total	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Arbeiter	823	23 %	216	6 %	1.040	15 %
Angestellte	2.465	67 %	2.889	85 %	5.354	76 %
Beamte	366	10 %	292	9 %	658	9 %
Total	3.654	100 %	3.397	100 %	7.052	100 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N=7.052

Zusätzlich zu diesen demografischen Angaben zu den Befragten folgen einige Charakterisierungen, auf die in den weiteren Analysen des Reports Bezug genommen wird.

Eine Charakterisierung ist die Art der Tätigkeit, die vorwiegend geistig, vorwiegend körperlich oder etwa gleichermaßen körperlich und geistig sein kann. Der größte Anteil der Beschäftigten ist vorwiegend geistig tätig (63 Prozent), viele sind auch gleichermaßen geistig und körperlich tätig (30 Prozent) und nur ein kleiner Teil von 7 Prozent gibt an, vorwiegend körperlich tätig zu sein.

Knapp zwei Drittel der Befragten sind vorwiegend geistig tätig

Tabelle 6 zeigt nicht nur diese Anteile, sondern auch, dass sich Arbeiter keinesfalls nur aus körperlich arbeitenden Beschäftigten zusammensetzen, sondern v.a. aus geistig und körperlich Arbeitenden. Für die Angestellten und Beamten gilt, dass sie zwar mehrheitlich vorwiegend geistig arbeiten, aber auch Beschäftigtengruppen umfassen, die körperlich und geistig arbeiten. Im Verlauf der weiteren Analysen wird daher die Art der Tätigkeit und nicht der berufliche Status als Arbeiter, Angestellte und Beamte verwendet, weil diese die Tätigkeit besser charakterisiert als der berufliche Status.

Tabelle 6: Beschäftigte nach beruflichem Status und Art der Tätigkeit

	Arbeiter		Angestellte		Beamte		Total	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Vorwiegend geistig tätig	90	9 %	3.844	72 %	515	78 %	4.450	63 %
Vorwiegend körperlich tätig	251	24 %	212	4 %	11	2 %	474	7 %
Etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig	696	67 %	1.295	24 %	132	20 %	2.123	30 %
Total	1.036	100 %	5.352	100 %	658	100 %	7.046	100 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N=7.046

Etwa zwei Drittel der Befragten arbeiten mit 37 Stunden und mehr in einem klassischen Vollzeitarbeitsverhältnis. 17 Prozent arbeiten in vollzeintnaher Teilzeit von 30 bis weniger als 37 Wochenstunden. Weitere Teilzeitarbeitende sind 7 Prozent, die 20 bis 30 Stunden arbeiten sowie 9 Prozent, die weniger als 20 Stunden arbeiten (Tabelle 7).

Zwei Drittel der Befragten haben eine Wochenarbeitszeit von 37 Stunden und mehr

Tabelle 7: Vertraglich vereinbarte Wochenstundenzahl

	Anzahl	Anteil
20 Stunden und weniger	648	9 %
mehr als 20 – weniger als 30 Stunden	508	7 %
30 – weniger als 37 Stunden	1.176	17 %
37 Stunden und mehr	4.591	66 %
Total	6.923	100 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N=6.923.

Die Befragten leisten mehrheitlich Überstunden, nur 28 Prozent leisten keine. Etwa ein Viertel leistet 2 Stunden pro Woche, weitere 15 Prozent bis zu 4 und 17 Prozent bis zu 6 Überstunden pro Woche. 17 Prozent leisten sogar mehr als 6 Überstunden (Tabelle 8).

Die meisten Befragten leisten Überstunden

Tabelle 8: Anzahl Überstunden pro Woche

	Anzahl	Anteil
keine Überstunden	1.908	28 %
bis zu 2 Überstunden	1.575	23 %
mehr als 2 bis 4 Überstunden	1.048	15 %
mehr als 4 Überstunden bis 6	1.147	17 %
mehr als 6 Überstunden	1.157	17 %
Total	6.837	100 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N=6.837.

4.2.3 Inhalte der Befragung und Konstruktion des Fragebogens

Fragebogeninhalte Die Inhalte der Befragung und damit die Sachverhalte, die durch den Fragebogen abzufragen sind, sind durch die Abbildung 25 dargestellten Fragestellungen skizziert. Demnach ist durch die Befragung zu ermitteln, in welchem Ausmaß Beschäftigte eine Digitalisierung ihrer Arbeit erfahren bzw. welcher Anteil der Beschäftigten in hohem Maße „digital arbeitet“ (1a). Analog dazu bringt die Befra-

gung in Erfahrung, in welchem Ausmaß Beschäftigte Interaktionsarbeit leisten bzw. welcher Anteil der Beschäftigten Interaktionsarbeit leistet (1b).

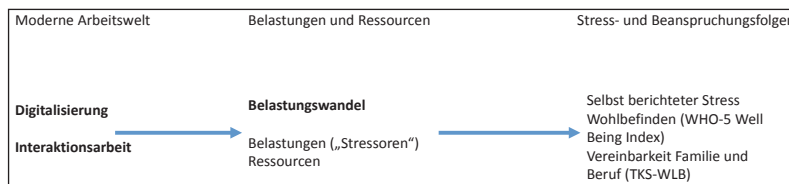
Unter der Perspektive von Belastungen und Ressourcen ist durch die Befragung zu ermitteln, ob und wie sich Beschäftigte hinsichtlich ihrer Belastungen und ihrer Ressourcen unterscheiden, je nachdem ob sie ein hohes Maß an Digitalisierung erfahren (gegenüber einem geringeren Maß an Digitalisierung) und ob sie ein hohes Maß an Interaktionsarbeit leisten (gegenüber einem geringeren Maß an Interaktionsarbeit) (3). Daher sind Belastungen („Stressoren“) und Ressourcen abzufragen. Die Beziehung zwischen (1) und (3) wird durch den o. g. Vergleich hergestellt, ist also nicht unmittelbar in Fragebogenitems zu operationalisieren.

Der dritte Komplex bezieht sich auf Stress- bzw. Beanspruchungsfolgen sowie auf weitere mögliche Outcomes einer günstigen oder ungünstigen Belastungssituation und Ressourcenausstattung, insbesondere Vereinbarkeit Familie und Beruf bzw. Work-Life Balance.

Darüber hinaus wurden Merkmale der Befragten wie Alter, Geschlecht und Bildung sowie beruflicher Status erfragt.

Die Konstruktion des Fragebogens wurde durch die in Abbildung 25 dargelegte Skizze des Schwerpunktthemas angeleitet.

Abbildung 25: Skizze des Schwerpunktthemas



4.3 Arbeitsstress, Belastung und Beanspruchung

Digitalisierung und Interaktionsarbeit sind zwei wichtige Trends der Arbeitswelt, die hier im Hinblick auf ihre Verbreitung und Wirkung auf die Gesundheit der Beschäftigten untersucht werden.

Vor diesem Hintergrund sind einige Begriffe zu klären, die damit in Zusammenhang stehen, und die bei der Ergebnisdarstellung dieses Reports Verwendung finden. Es sind dies insbesondere die Begriffe Belastung und Beanspruchung, Ressourcen, Stressreaktion, Stressoren und Stressfolgen.

Darüber hinaus werden in diesem Abschnitt aber auch bereits Ergebnisse berichtet, die nicht unmittelbar mit Digitalisierung und Interaktionsarbeit in Beziehung stehen, sondern über die Verbreitung von Stressoren und das gesundheitliche Wohlbefinden von Beschäftigten im Allgemeinen Auskunft geben. Dazu gehören insbesondere Wohlbefinden (Well-Being) sowie selbst berichteter Stress in den

Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit Stress

Daten zur Verbreitung von Stressoren

letzten zwei Wochen, die in späteren Abschnitten mit Digitalisierung einerseits, Interaktionsarbeit andererseits in Verbindung gebracht werden und die hier zunächst mit Bezug auf die Beschäftigten insgesamt dargestellt werden. Auch die Bewertung der eigenen Work-Life-Balance (im Sinne des Trierer Kurzfragebogens zur Messung von Work-Life-Balance (Syrek et al. 2013)) ist gleichzeitig Gegenstand dieses Kapitels als auch eine zu untersuchende mögliche Folge der Digitalisierung von Arbeit.

Als Datenquelle wird auch die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung genutzt

Eine weitere Datenquelle wird in diesem Kapitel genutzt: Die Verbreitung von Stressoren und Ressourcen wird auf Basis von Daten aus der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung dargestellt.

4.3.1 Stress

„F: Wie geht's Dir?

A: Ich bin gestresst“

(Alltagskonversation, ohne Nachweis)

Im Alltag wird Stress in der Regel häufig gleichgesetzt mit Hektik und Zeitdruck, mit „viel zu tun haben“. Ein Arbeitstag ist demnach „stressig“, wenn viel in kurzer Zeit zu erledigen ist. Aber auch das gleichzeitige Erledigen mehrerer Aufgaben und die Bewältigung von Störungen und Unterbrechungen werden als „stressig“ erlebt. Ein Beschäftigter wird am Ende eines solchen Arbeitstages vielleicht von sich sagen, dass er gestresst ist, was bedeuten mag, dass er sich besonders anstrengen musste, unter schwierigen Umständen und Bedingungen gearbeitet hat und nun erholungsbedürftig ist.

Wissenschaftlich gesehen gehört zu Stress immer Überforderung und Kontrollverlust

Wissenschaftliche Stressbegriffe unterscheiden sich von einem solchen Alltagsverständnis von Stress vor allem dadurch, dass von Stress nur in Verbindung mit Überforderung und Kontrollverlust gesprochen wird: „Stress [ist] insbesondere verbunden mit – tatsächlichem oder vermeintlichem – Kontrollverlust, der mit Gefühlen der Bedrohung, des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit und der Abhängigkeit einhergeht. Der Verlust von Kontrolle ist eine entscheidende Bedingung für chronischen Stress“ (Ulich 2011:488).⁵

Zudem werden im Rahmen wissenschaftlicher Stressmodelle verschiedene Komponenten oder Aspekte von Stress unterschieden. In folgender Definition der Stressreaktion von Greif und Cox

⁵ In diesem Report wird vom so genannten transaktionalen Stressmodell ausgegangen, das Stress als Prozess der Auseinandersetzung des Menschen mit Belastungen ansieht (transaktional = an der Beziehung von Mensch und Umwelt ansetzend). Es ist in der Literatur üblich, vom transaktionalen Stressmodell sowohl reizorientierte als auch reaktionsorientierte Modelle bzw. „Klassen von Stresskonzepten“ (Richter und Hacker 2012: 15ff.) zu unterscheiden. In reizorientierten Modellen führen Stressoren, d. h. Belastungen aus allen möglichen Lebensbereichen mehr oder weniger zwangsläufig zu einer Stressreaktion. Reaktionsorientierte Modelle konzentrieren sich auf die Stressreaktion als Anpassungsreaktion auf Einwirkungen aus der Umwelt.

(1995:435) tauchen alle Elemente des Stressmodells auf, die im Anschluss an dieses Zitat erörtert werden:

„Die ‚Stressreaktion‘ [kann] als subjektiver Zustand definiert werden, der aus der Befürchtung (englisch ‚threat‘) entsteht, dass eine stark aversive, zeitlich nahe und subjektiv lang andauernde Situation wahrscheinlich nicht vermieden werden kann. Dabei erwartet die Person, dass sie nicht in der Lage ist (oder sein wird), die Situation zu beeinflussen oder durch den Einsatz von Ressourcen zu bewältigen. Die Vermeidung der Situation wird daher für die Person wichtig. – ‚Stressoren‘ nennt man dagegen diejenigen Merkmale, die mit großer Wahrscheinlichkeit Stress auslösen“.

Stressoren sind Merkmale der Arbeit, „die mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu Stressfolgen führen“ (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Bamberg et al. 2012: 14), „stark aversive, zeitlich nahe und subjektiv lang andauernde Situation[en]“ (Greif & Cox 1995: 435) wie z. B. hohe Arbeitsintensität, arbeitsorganisatorische Probleme, Lärm und andere Umgebungsbelastung. Umstritten ist, ob auch Unterforderungsmerkmale wie z. B. Monotonie Stressoren sein können (vgl. Greif & Cox 1995 sowie Fußnote 6), wobei in der Praxis und praxisnahen Forschung diese Unterforderungsmerkmale in der Regel als mögliche Stressoren Berücksichtigung finden. Eine Stressreaktion tritt also nicht zufällig auf, sondern wird durch einen Stressor ausgelöst, genauer: durch einen Stressor, von dem man glaubt, ihn nicht bewältigen zu können (mehr dazu weiter unten).

Stressor

Stressmodelle stellen seit langem in Rechnung, dass Menschen nicht automatisch und zwangsläufig auf Stressoren mit einer Stressreaktion reagieren, sondern in Abhängigkeit von bestimmten Ressourcen und Bewältigungsstrategien. Dennoch gehen viele Arbeiten mindestens implizit davon aus, dass es „bestimmte Stressorenklassen“ gibt, die bei vielen Beschäftigten regelmäßig und mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Stressreaktion führen (Udris & Frese 1988:429). Die BGW (2015:6) definiert Stressoren dementsprechend als objektive Stressauslöser, die unabhängig von der subjektiven Einschätzung bei vielen Menschen Stress auslösen oder an anderer Stelle (Bamberg et al. 2012:56) als Merkmale, die mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu Stressfolgen führen.

Im Zusammenhang mit Stressoren sind so genannte Mikrostressoren oder „daily hassles“ (alltägliche Ärgernisse) interessant und relevant, weil diese häufig und alltäglich auftreten und sich typischerweise kumulieren – im Unterschied zu schwerwiegenden negativen Ereignissen, die relativ selten sind. Das gilt selbstverständlich auch für den Arbeitsplatz, denn hier sind „fast immer die täglichen Stressoren (wie z. B. häufige Unterbrechungen bei der Arbeit, nicht funktionierendes Werkzeug) für die Stressgenese wichtiger als große

Mikrostressoren

und seltene negative Ereignisse“ (Udris & Frese 1988: 431, vgl. auch die Ausführungen zum „digitalen Stress“ unter Abschnitt 4.5.2).

Stressreaktion Die Stressreaktion ist die unter bestimmten Umständen erfolgende Reaktion eines Menschen auf einen Stressor. Sie besteht aus einer physiologischen Reaktion, d. h. der Körper schüttet verstärkt Hormone (Cortisol, Adrenalin, Noradrenalin) aus, Blutzuckerspiegel, Herzschlag und Blutdruck steigen (Lohmann-Haislah 2012: 18). Die Stressreaktion ist aber nicht nur eine körperliche Reaktion, sondern ebenso ein subjektiver „Zustand angstbedingt erregter Gespanntheit“ mit dem Leitmerkmal der angstbetonten Dauererregung, „die im Bereich des Erlebens als Ängstigung und Gespanntheit, im Verhalten als überaktivierungsbedingte Übersteuerung mit hastigem Tempo, überzogenem Kraftaufwand und Desorganisationstendenzen in der Informationsverarbeitung sowie durch überhöhten Genussmittelverbrauch und im psychophysiologischen Bereich durch spezifische neuroendokrine Reaktionen vom Typ der unspezifischen Überaktivierung und Aversion gekennzeichnet ist“ (Hacker & Richter 1980: 74, vgl. auch Greif & Cox 1995:435).⁶

„Die Entwicklung von Arbeitsstress in den letzten 10 Jahren kennzeichnet sich durch die Ausweitung von Arbeitsstress in die Domänen geistiger Arbeit (Verwaltung, technische Entwicklung) und Dienstleistungen. Anstelle einzelner ‚Stressoren‘ wird der Arbeitsstress zunehmend multifaktoriell durch ‚Stress-Konstellationen‘ erzeugt. Widersprüchliches Zusammenwirken unterschiedlicher Einflüsse und Faktoren der Arbeit: Ressourcen, Anforderungen, Gratifikationen, Bewertung und Kontrolle, usw.“

Prof. Dr. Fritz Böhle, Universität Augsburg/ISF München

Stressfolgen Diese (kurzfristige) Stressreaktion selbst ist an sich nicht gesundheitsgefährdend. Die Folgen von Stress können jedoch über diese kurzfristige Stressreaktion hinausgehen und bestehen sowohl in körperlichen Reaktionen (z. B. Bluthochdruck), wirken sich auf das Verhalten aus (z. B. zu schnelles Fahren im Straßenverkehr), und können bestimmte Gedanken und Gefühle hervorrufen (Hilflosigkeit, Angst, Wut). Langfristige Stressfolgen treten dann auf, wenn Stressreaktionen zu oft und zu schnell aufeinander folgen und wenn die Erholung ausbleibt, was mit einer verminderten Belastbarkeit und

⁶ Sowohl Ulich (2011:487), der diese Definition zitiert, als auch Hacker und Richter selbst weisen darauf hin, dass diese Auffassung von Stress vergleichsweise eng gefasst ist. Aus ihr folgt, dass Zustände der Monotonie, Vigilanz, Langeweile und Unterforderung nur in Ausnahmefällen zu Stress führen. Die enge Auffassung von Stress ist außerdem mit folgender Annahme verbunden: „Im alltäglichen Arbeitsprozess in industriellen Massenberufen ist außerhalb von kurzfristigen Sondersituationen bei Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen des Arbeits-, Brand- und Gesundheitsschutzes einschließlich der Dequalifizierungsverhütung anhaltender Stress im hier definierten Sinne äußerst selten“. Allerdings, so Hacker und Richter (1980:76), sind neben diesen seltenen „eindeutigen Stresszuständen“ auch Übergangszustände zu berücksichtigen, denen ebenso durch arbeitsgestalterische, qualifikatorische und in Einzelfällen auch psychotherapeutische Maßnahmen zu begegnen ist.

Bewältigungsfähigkeit einhergeht (Bamberg et al. 2012: 33; Lohmann-Haislah 2012:18).

Der Prozess der Stressentstehung ist nicht alleine durch einen Stressor bestimmt. Vielmehr spielen kognitive Bewertungsprozesse eine große Rolle: Situationen werden daraufhin eingeschätzt, ob sie bedrohlich, herausfordernd, schädigend oder irrelevant sind. Durch diese erste Bewertung („primary appraisal“) wird also geprüft, ob es sich bei einer bestimmten Anforderung oder Umweltbedingung überhaupt um einen möglichen Stressor handelt. Eine zweite Bewertung („secondary appraisal“) prüft die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur erfolgreichen Beherrschung des Stressors. Dabei werden habituelle und situative Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungsressourcen in Betracht gezogen. Erst wenn beide Bewertungen dahingehend ausfallen, dass eine Bedrohung vorliegt und die Ressourcen zur Bewältigung nicht ausreichen, entsteht eine Stressreaktion (Richter und Hacker 2012:20; Lohmann-Haislah 2012:16).

Bewertungsprozesse

Als Coping (Bewältigung) gilt jeder Versuch, mit einem Stressor umzugehen, egal ob dieser erfolgreich ist oder nicht. Coping ist durch die Interaktion zwischen Mensch und Umwelt gekennzeichnet, insofern Menschen ihre Umwelтанforderungen verändern und andererseits mit diesen „in bestimmter Art und Weise zurecht“ kommen (Udris & Frese 428f).

Coping

Die Stressforschung unterscheidet verschiedene Strategien des Coping. Richter und Hacker (2012:20) stellen instrumentelle Bewältigungsstrategien palliativen Strategien gegenüber. Letztere sind Emotionsregulationen, die eine vorübergehende Entlastung bewirken, ohne den Stressor zu beseitigen oder zu mildern. Hierzu gehören die Einnahme von Psychopharmaka, Alkoholkonsum, Entspannungsübungen und kognitive Umbewertungen. Instrumentelle Bewältigungsformen sind „problemlösende kognitive Prozesse gezielter Informationssuche von Bewältigungsmöglichkeiten, direkten Aktionen gegen die Bedrohung beziehungsweise Unterlassungen von Handlungen, die die Gefährdung verstärken könnten.“

Ressourcen sind „eine Art Gegengewicht zu den Stressoren“, die Menschen zur Verfügung haben. Sie sind Mittel, die eingesetzt werden können,

Ressourcen

- um Stressoren bzw. Belastungen zu bewältigen,
- um ihr Auftreten überhaupt zu vermeiden,
- um das Ausmaß von Stressoren bzw. Belastungen zu mildern oder
- um deren negative Wirkung zu vermindern (Zapf & Semmer 2004:1042, zit. nach (Bamberg et al. 2012:14, BGW 2015:6)

Außerdem stimulieren Ressourcen einen motivationalen Prozess, der zu positiven Beanspruchungsfolgen wie z. B. eine erhöhte Moti-

vation, der persönlichen Entwicklung und der Förderung der Gesundheit beiträgt (Göpfert 2012:16; Bakker & Demerouti 2006: 312).

„Ich denke, dass sich in den letzten zehn Jahren der Stress quantitativ nicht unbedingt erhöht hat bzw. dass eine Erhöhung stressassoziierter Kriterien nicht auf höheren Workload zurückzuführen ist. Oftmals sind es die Bedingungen, unter denen die Arbeit verrichtet wird und/oder die Qualität der Arbeitsaufgabe, die problematisch sind. Einzig die Zunahme von Personen, die zwei oder mehr Arbeitstätigkeiten nachgehen müssen, um finanziell über die Runden zu kommen, könnte ein Indiz für eine quantitative Erhöhung sein.“

Dr. Sebastian Beitz, Bergische Universität Wuppertal

Personale und organisationale Ressourcen

In vielen Kontexten ist es sinnvoll, personale und organisationale bzw. bedingungsbezogene Ressourcen zu unterscheiden. Letztere können der Arbeitsaufgabe oder der Arbeitsorganisation innewohnen, so z.B. Kontrolle, Handlungsspielraum, Autonomie oder Aufgabenvielfalt. Personale Ressourcen sind demgegenüber Fähigkeiten und Mittel, über die ein Individuum selbst verfügt, so z.B. soziale Kompetenz, Bewältigungsstrategien, Kohärenzerleben, Optimismus, bestimmte Handlungsmuster (Bamberg et al. 2012:99). Richter und Hacker (2012:25) grenzen davon noch soziale Ressourcen ab und verstehen darunter Unterstützung durch Vorgesetzte, durch Arbeitskollegen, durch Lebenspartner oder durch andere Personen.

Neben diesem allgemeinen Stressmodell gibt es auch spezifische Arbeitsstressstheorien bzw. Theorien zur Erklärung von Arbeitsstress, die, weil sie in diesem Report nicht weiter Berücksichtigung finden, nur in Kürze genannt werden.

Anforderungs-Kontroll-Modell

Die Kombination von hohen Anforderungen und einem geringen Maß an Kontrolle bzw. Handlungsspielraum wird im Anforderungs-Kontroll-Modell als wesentlicher Stressor gesehen. Dies bedeutet auch: eine Tätigkeit, die zwar hohe Anforderungen stellt, gleichzeitig aber viel Kontrolle und Handlungsspielraum bietet, ist keine Quelle von Arbeitsstress, sondern eine „aktive Tätigkeit“ (Karasek 1979).

Modell der beruflichen Gratifikationskrise

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise (Effort-Reward-Imbalance) versteht Stress als ein Ungleichgewicht von Verausgabung (Effort) und Belohnung (Reward), wobei letztere neben dem Gehalt auch berufliche Aufstiegschancen und Arbeitsplatzsicherheit einschließt. Zudem berücksichtigt das Modell das so genannte Overcommitment. Hierbei handelt es sich um eine der Person zugehörige Eigenschaft und bezeichnet eine übersteigerte Verausgabungsbereitschaft (Kuper et al. 2002; Bosma et al. 1998).

DAK-Gesundheitsreport 2012

Etwa neun Prozent der Beschäftigten im Jahr 2011 litten unter dieser Form des Arbeitsstress, d.h. unter einer beruflichen Gratifikationskrise – so der DAK-Gesundheitsreport 2012 (Geerdes et al.

2012:89 f.). Besonders hoch war das Arbeitsstressrisiko für Angehörige von Berufsgruppen mit einem geringeren beruflichen Status. Unter den durch die Effort-Reward-Imbalance-Skala abgefragten Aspekten stellten sich Zeitdruck durch hohes Arbeitsaufkommen, eine Zunahme der Arbeitsmenge in den letzten Jahren sowie häufige Unterbrechungen als die verbreitetsten Einzelstressoren heraus, gleichwohl sie jeweils nur von etwa jedem fünften Befragten als sehr starke oder starke Belastung angegeben wurden. Auf der Seite eines Mangels an Gratifikation war ein nicht angemessenes Gehalt mit gut 20 Prozent am häufigsten genannt.

Das Modell der Organisationengerechtigkeit wird erst in jüngerer Zeit im Kontext von Arbeitsstressmodellen rezipiert, aber immer häufiger in einer Reihe mit den beiden oben genannten etablierten Modellen genannt (Pérez-Rodríguez et al. 2019; Ndjaboué et al. 2012; Junne et al. 2017; Siegrist & Siegrist 2014). Organisationale Gerechtigkeit bezieht sich auf die Wahrnehmung der Beschäftigten von Fairness und Ressourcenverteilung in Organisationen. Die Wahrnehmung von Ungerechtigkeiten hat eine negative emotionale Wirkung, die ein vermindertes Wohlbefinden von Beschäftigten zur Folge haben kann und die daher als eine Erklärung der Stressentstehung gilt.

Mit chronischem Stress, der sich nicht auf Arbeitsstress beschränkte, befasste sich der DAK-Gesundheitsreport 2014 (Marschall et al. 2014). Hierbei wurde das Trierer Inventar zum chronischen Stress eingesetzt (Schulz et al. 2004), die Ergebnisse wurden zusätzlich in einer Sonderauswertung aufbereitet (Marschall 2014).⁷ Als chronisch gestresst gilt eine Person dann, wenn sie sich viele Sorgen macht, überlastet und überfordert ist und keine Anerkennung für ihre Anstrengungen erhält. In der betrachteten Altersgruppe der 25- bis 40-Jährigen zeigte sich eine höhere Stressbelastung bei Frauen im Vergleich zu Männern, bei Erwerbstätigen mit Berufsausbildung im Vergleich zu Berufstätigen mit akademischem Abschluss, und bei nicht-Erwerbstätigen im Vergleich zu Erwerbstätigen.

„In den letzten 10 Jahren fand eine Zunahme von Arbeitsstress in vielen Bereichen der Arbeitswelt statt. Qualitativ ist von einer punktuellen Erhöhung des Stresslevels v. a. bei digitaler Kommunikation in mehreren Kanälen auszugehen.“

Prof. Dr. Christian Papsdorf, Technische Universität Chemnitz

Modell der Organisationengerechtigkeit

DAK-Gesundheitsreport 2014 und Sonderauswertung zu chronischem Stress

4.3.2 Belastung und Beanspruchung

Eine gewisse Konvergenz der angelsächsischen Stresstradition und der deutschsprachigen Belastungs- und Beanspruchungstradition

Konvergenz von Stress- und Belastungs-/Beanspruchungstheorie

⁷ Die Sonderauswertung steht auf der Homepage der DAK-Gesundheit zum Download zur Verfügung: <https://www.dak.de/dak/download/belastung-durch-chronischen-stress-sonderauswertung-2119648.pdf>.

wird häufig konstatiert (Udris & Frese 1988:428). Ulich (2011:485) sieht die Stressdiskussion als Teil der Belastungs- und Beanspruchungsthematik und der Stressreport der BAuA integriert die Stressreaktion als eine mögliche kurzfristige Beanspruchungsfolge, die auf eine Belastung folgen kann (Lohmann-Haislah 2012:13 f.).

Begriffe aus der Stresstradition und dem Belastungs- und Beanspruchungsmodell werden in sehr ähnlicher Weise, wenn nicht sogar synonym gebraucht, so dass auch in diesem Report so verfahren werden soll. Daher schließt sich an den vorangegangenen Abschnitt (4.3.1) eine Erläuterung der Begriffe des Belastungs- und Beanspruchungsmodells an.

Belastungen: objektive Merkmale des Arbeitsplatzes

An jedem Arbeitsplatz sind bestimmte äußere Bedingungen gegeben, die für jeden dort tätigen Menschen gleich sind – dies sind die Belastungen, die den potenziellen Stressoren entsprechen. Die Wirkung einer Belastung auf den einzelnen Menschen bezeichnet die Beanspruchung. Die Beanspruchung ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich und hängt von seinen individuellen Eigenschaften, Fähigkeiten und den jeweils gewählten Vorgehensweisen bei der Aufgabenbearbeitung ab (Richter und Schütte 2012:89). Belastungen sind also „objektive, von außen her auf den Menschen einwirkende Größen und Faktoren“. Beanspruchungen sind „deren Auswirkungen im Menschen und auf den Menschen“ (Rohmert und Rutenfranz 1975:8, zit. nach Ulich 2011:471).

Belastungen und Beanspruchungen sind „neutrale“ Begriffe

Nicht nur Belastungen sind „neutral“, insofern aus ihnen nicht zwangsläufig unabhängig von den Eigenschaften des Menschen und der Bedingungen eine bestimmte Beanspruchung folgt. Auch die Beanspruchung ist neutral insofern diese sowohl in Übungs- und Anregungseffekten als auch in einer Stressreaktion, in Ermüdung, Frustration, Anspannung etc. bestehen kann. Das häufige Erleben dieser kurzfristigen Beanspruchungsfolgen führt zu langfristigen Beanspruchungsfolgen, die im positiven Falle Persönlichkeitsentwicklung bedeutet, im negativen Fall Beschwerden, Erkrankungen oder eine verminderte Arbeitsfähigkeit bedeutet. Die kurz- und langfristigen Beanspruchungsfolgen fallen also zumindest im negativen Falle mit den kurz- und langfristigen Stressfolgen zusammen.

Ressourcen

So wie kein Automatismus zwischen Stressor und Stressreaktion besteht, so besteht auch die Beziehung zwischen Belastung und Beanspruchung nicht in einer einfachen Reiz-Reaktionsbeziehung, sondern wird von verschiedenen Vermittlungs- und Rückkopplungseffekten beeinflusst. Hier kommt der Begriff der Ressourcen ins Spiel, der bereits im Abschnitt zur Stressterminologie erläutert wurde. Lediglich die primären und sekundären Bewertungsprozesse des transaktionalen Stressmodells haben kein Pendant in der Belastungs- und Beanspruchungstheorie.

„Der quantitative Arbeitsstress hat auf jeden Fall zugenommen, die Arbeit ist zunehmend verdichtet. Viele leichte und einfache Tätigkeiten, Schonarbeitsplätze sind verschwunden.

Der qualitative Stress hat zugenommen bei Mitarbeitern die nicht gut vorbereitet und qualifiziert sind. Die Digitalisierung kann auch zu einer Verminderung des Stresses führen, aber nur, wenn sie in einen begleitenden Prozess eingebettet ist, der dem Individuum die notwendige Anpassung ermöglicht. ‚Von alleine‘ führt die Digitalisierung nicht zu entspannterer Arbeit, Individuen müssen sich immer anpassen. Im Vorteil sind mit Sicherheit Digital Natives.“

Andrea Weimar, Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe

4.3.3 Verbreitung und zeitliche Entwicklung von Stressoren und Ressourcen

„Viele Menschen sind überzeugt, dass Zeitdruck und Anforderungen durch vielfältige Aufgaben oder Belastungen in vielen Bereichen des Lebens allgemein zugenommen haben. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass die Medien diesem Thema eine teilweise geradezu zwanghafte Aufmerksamkeit widmen“ (Greif & Cox 1995: 462).

Dieses 25 Jahre alte Zitat verdeutlicht, dass die Sorge um die Zunahme von Stressoren keinesfalls erst in den letzten Jahren aufgetreten ist. In jüngerer Zeit flammt das Thema (Arbeits-)Stress in regelmäßigen Abständen immer wieder auf, aus Anlass z.B. der Zunahme von Fehltagen, die mit psychischen Erkrankungen begründet werden oder aus Anlass gesetzlicher Änderungen wie z.B. der Klarstellung im Arbeitsschutzgesetz, dass auch psychische Gefährdungen Gegenstand der Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen sein müssen⁸.

Zunahme von Belastungen und Stressoren?

⁸ Vgl. <https://www.gda-psyche.de/DE/Handlungshilfen/Gefaehrdungsbeurteilung/inhalt.html>

„Ich denke, dass durch die zunehmende Verbreitung digitaler Technologien und Medien im Arbeitskontext, die wir in den letzten 10 Jahren erlebt haben, immer mehr Arbeitnehmer/innen von Arbeitsstress (insb. digitalem Stress) betroffen sind. Vergleicht man die Anzahl an Mitarbeitenden, die im Jahr 2020 einen Arbeitslaptop und ein berufliches Smartphone haben mit der Anzahl von vor 10 Jahren, wird der Anstieg groß sein. Damit einher geht die Omnipräsenz der Arbeit – die Grenzen zwischen Arbeits- und Privatleben lösen sich immer weiter auf, das Gefühl der ständigen Erreichbarkeit löst Stress aus.“

Prof. Dr. Henner Gimpel, Kernkompetenzzentrum Finanz- und Informationsmanagement, Universität Augsburg, Projektgruppe Wirtschaftsinformatik des Fraunhofer FIT

BIBB/BAuA- Erwerbstätigen- befragung

Wie verbreitet Stressoren (Belastungen) und Ressourcen am Arbeitsplatz tatsächlich sind und welche zeitliche Dynamik dahintersteht, kann den verschiedenen Wellen der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung (im Folgenden BB-ETB) entnommen werden. Die BB-ETB befragt im Abstand von sechs Jahren deutschsprachige Erwerbstätige in Deutschland im Alter ab 15 Jahren mit mindestens 10 Stunden Wochenarbeitszeit. Die Stichprobe ist mit etwa 20.000 Befragten nicht nur sehr groß, sondern auch sorgfältig gezogen und umgesetzt. Die aktuelle Erhebungswelle beruht auf einer Feldzeit vom Oktober 2017 bis April 2018. Vorangegangene Erhebungswellen fanden 2011/2012 sowie 2005/2006 statt.

Stressreport der BAuA

Die BB-ETB stellte bereits 2012 die Datenbasis für den Stressreport der BAuA (Lohmann-Haislah 2012) dar. Hier wurde das Belastungsgeschehen zu den beiden Zeitpunkten 2005/2006 und 2011/2012, sowie die Verbreitung von Beanspruchungen und Ressourcen dargestellt. Theoretischer Hintergrund ist die oben dargestellte Stressterminologie bzw. die Belastungs- und Beanspruchungstheorie.

Der Stressreport kommt zu dem Ergebnis, dass es „bemerkenswert [ist], dass die erheblichen Steigerungen der Belastungswerte, die wir zwischen Ende der 90er und Mitte der 2000er Jahre im Rahmen der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung für Deutschland festgestellt haben, nicht mehr verzeichnet werden können. Vielmehr scheinen sich die Belastungswerte auf dem relativ hohen Niveau der 2000er Jahre einzupendeln.“ Multitasking sowie Termin- und Leistungsdruck werden als bedeutendste Stressoren ausgemacht. (Lohmann-Haislah:9).

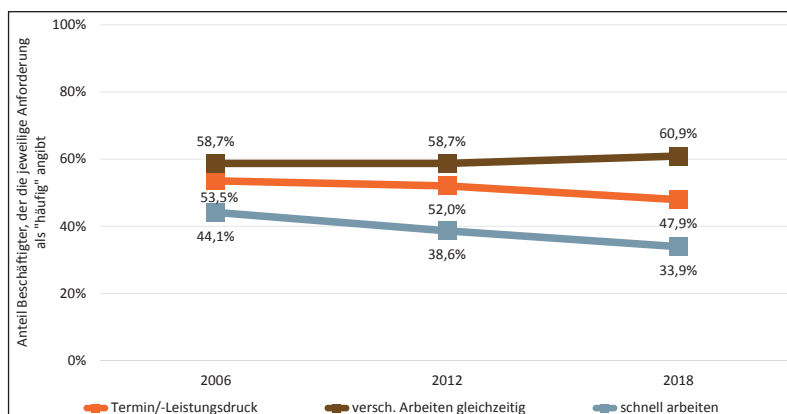
Mit der bereits publizierten Grundauszählung der BB-ETB 2018 besteht die Möglichkeit, die Zeitvergleiche des Stressreports zu einer Zeitreihe mit den Jahren 2006, 2012 und 2018 fortzuschreiben und so einen aktuellen Stand der Verbreitung und Entwicklung von Stressoren oder Belastungen herzustellen (Lück et al. 2019). Dies soll im Folgenden unternommen werden.

Multitasking, also die Anforderung, verschiedene Arbeiten gleichzeitig ausführen zu müssen, führt das Belastungsgeschehen klar an. Keine der hier betrachteten Belastungen ist so verbreitet wie Multitasking. 61 Prozent der Beschäftigten erleben dieses häufig in ihrer Arbeit. Dieser Anteil ist seit 2006 im Großen und Ganzen stabil. Termin und Leistungsdruck erfahren 48 Prozent der Beschäftigten häufig in ihrer Arbeit, 34 Prozent müssen häufig schnell arbeiten. Beide Stressoren sind seit 2006 in Abnahme begriffen, vor allem der Zwang zum schnellen Arbeiten sinkt in seiner Verbreitung seit 2006 kontinuierlich, von 2006 bis 2018 um 10 Prozentpunkte (Abbildung 26).

Multitasking, Termin- und Leistungsdruck

Belastet fühlen sich von Multitasking 32 Prozent derjenigen, die dies häufig erleben. Bei Termin und Leistungsdruck ist der Anteil der Belasteten unter den Betroffenen mit 66 Prozent deutlich höher. Das deutet darauf hin, dass es für viele Beschäftigte eine „neutrale“ Belastung darstellt, an vielen Aufgaben gleichzeitig zu arbeiten. „Schnelles Arbeiten müssen“ belastet 50 Prozent derjenigen, die diese Anforderung häufig erleben (Lück et al. 2019:33ff).⁹

Abbildung 26: Verbreitung potenzielle Stressoren: Termin/Leistungsdruck, Multitasking, schnell arbeiten müssen



Quelle: Lück et al. 2019/BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung. Eigene Darstellung. N (2018/2012/2006) \geq 19.955¹⁰

Anmerkung: Angegeben ist der Anteil, der die jeweilige Belastung als häufig angibt. Die weiteren Antwortmöglichkeiten sind manchmal, selten und nie.

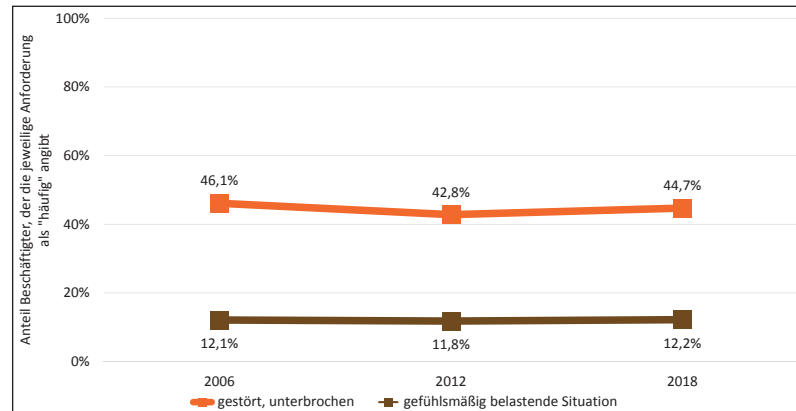
- 9 Der Anteil derjenigen, der sich vom jeweiligen Stressor belastet fühlt, wird durch eine Folgefrage ermittelt, die denjenigen gestellt wird, die den jeweiligen Stressor als häufig gegeben angeben. Sie wird mit Ja oder Nein beantwortet. In den Grafiken ist sie nicht ausgewiesen, kann aber bei Lück (2019) nachgeschlagen werden. Beispiel: 2018 geben 60,9 Prozent der Befragten an, dass sie bei ihrer Arbeit häufig verschiedenartige Arbeiten oder Vorgänge gleichzeitig im Auge behalten müssen. Davon geben 31,7 Prozent an, dass sie sich dadurch belastet fühlen.
- 10 Fragewortlaut: Wie häufig kommt es bei Ihrer Arbeit vor, dass Sie ... unter starkem Termin- und Leistungsdruck arbeiten müssen? / ... verschiedenartige Arbeiten oder Vorgänge gleichzeitig im Auge behalten müssen? / ... sehr schnell arbeiten müssen?

Unterbrechungen und Störungen

Als weit verbreitet kann die Belastung Unterbrechungen gelten: 2018 geben 45 Prozent der Beschäftigten an, dass sie bei ihrer Arbeit häufig gestört oder unterbrochen werden, z. B. durch Kollegen, schlechtes Material, Maschinenstörungen oder Telefonate. Diese Belastung ist bereits mindestens seit 2006 weit verbreitet und nimmt über den betrachteten Zeitraum nicht zu. 60 Prozent der Betroffenen fühlen sich hierdurch belastet. Unterbrechungen und Störungen werden im Zusammenhang mit digitaler Arbeit besonders diskutiert und spielen hier eine große Rolle (vgl. Abschnitt 4.5.3).

Gefühlmäßig belastende Situationen kommen für etwa 12 Prozent der Beschäftigten häufig vor, auch dieser Stressor hat sich in seiner Verbreitung im betrachteten Zeitverlauf nicht verändert (Abbildung 27).

Abbildung 27: Verbreitung potenzielle Stressoren: Unterbrechungen, Gefühlmäßig belastende Situationen



Quelle: Lück et al. 2019/BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung. Eigene Darstellung. $N(2018/2012/2006) \geq 19.978^{11}$

Anmerkung: Angegeben ist der Anteil, der die jeweilige Belastung als häufig angibt. Die weiteren Antwortmöglichkeiten sind manchmal, selten und nie.

Die Verbreitung der betrachteten Belastungen ist seit 2006 weitgehend konstant

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Belastungen am Arbeitsplatz seit 2006 nicht oder nur unwesentlich an Verbreitung zugenommen haben. Das gilt auch für jene Stressoren, von denen behauptet wird, dass sie durch die Digitalisierung verbreiteter werden, insbesondere Zeitdruck, schnell arbeiten müssen oder Störungen und Unterbrechungen. Der Zwang zum schnellen Arbeiten ist sogar deutlich weniger verbreitet als in den Wellen davor.

11 Fragewortlaut: Wie häufig kommt es bei Ihrer Arbeit vor,
 ... dass Sie bei der Arbeit gestört oder unterbrochen werden, z. B. durch Kollegen, schlechtes Material, Maschinenstörungen oder Telefonate?
 ... dass Ihre Tätigkeit Sie in Situationen bringt, die Sie gefühlmäßig belasten?

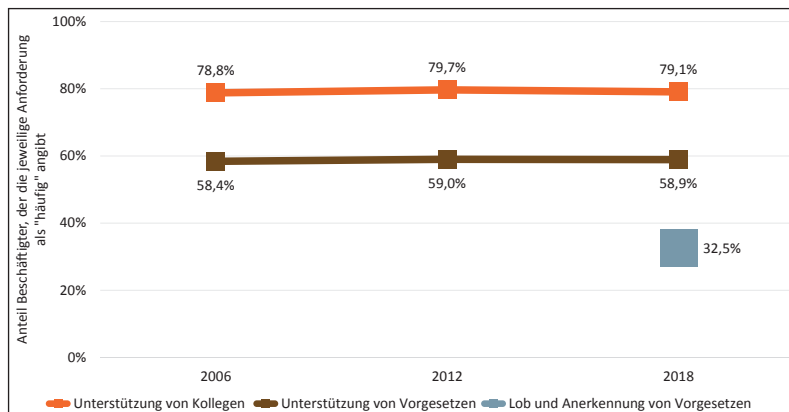
„Die umfassenden Daten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zur BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung zeigen uns, dass die Arbeitsintensität in den vergangenen 10 bis 15 Jahren relativ konstant geblieben sind und in manchen Teilbereichen (Termin- und Leistungsdruck sowie schnelles Arbeiten) sogar zurückgeht.“

Prof. Dr. Sascha Stowasser, ifaa – Institut für angewandte Arbeitswissenschaft

Die Ressource, auf die sich die große Mehrheit der Beschäftigten stützen kann, ist die Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen: 80 Prozent geben an, dass sie diese häufig bei der Arbeit erfahren. Dieser Wert ist seit 2006 recht konstant. Unterstützung von Vorgesetzten erfahren knapp 60 Prozent häufig, auch hier hat sich wenig im Zeitverlauf geändert. Lob und Anerkennung durch Vorgesetzte erfahren nur 33 Prozent der Beschäftigten häufig. Hier ist ein Zeitvergleich nicht möglich, weil dieser Frage erst seit der Welle 2018 gestellt wird (Abbildung 28).

80 Prozent erfahren häufig Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen

Abbildung 28: Verbreitung von Ressourcen: Unterstützung durch Kollegen, Anerkennung durch Vorgesetzte, Unterstützung durch Vorgesetzte



Quelle: Lück et al. 2019/BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung. Eigene Darstellung. N (2018/2012/2006) \geq 17.414¹²

Anmerkung: Angegeben ist der Anteil, der die jeweilige Belastung als häufig angibt. Die weiteren Antwortmöglichkeiten sind manchmal, selten und nie.

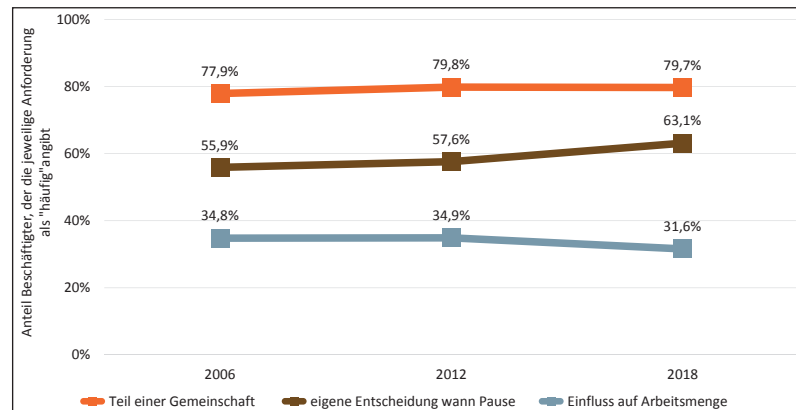
Der große Anteil, der angibt, sich häufig als Teil einer Gemeinschaft zu fühlen, korrespondiert mit der Verbreitung von Kollegenunterstützung. Zwei Aspekte von Entscheidungsspielraum sind hier bemerkenswert: 63 Prozent geben an, dass sie häufig selbst entscheiden

Unterstützung durch Kollegen, Entscheidungsspielraum

12 Fragewortlaut: Wie oft bekommen Sie Hilfe und Unterstützung für Ihre Arbeit von Kollegen, wenn Sie diese brauchen? / ... bekommen Sie Hilfe und Unterstützung für Ihre Arbeit von Ihrem direkten Vorgesetzten, wenn Sie diese brauchen? / ... gibt Ihnen Ihr direkter Vorgesetzter Lob und Anerkennung, wenn Sie gute Arbeit leisten?

können, wenn sie Pause machen, dieser Anteil betrug in den Wellen davon noch 58 und 56 Prozen. Häufig Einfluss auf die Arbeitsmenge haben 32 Prozent der Beschäftigten, dieser Wert war in den Wellen 2006 und 2012 höher (35 Prozent) (Abbildung 29).

Abbildung 29: Verbreitung von Ressourcen: „Teil einer Gemeinschaft“, „eigene Entscheidung wann Pause“ und Einfluss auf Arbeitsmenge



Quelle: Lück et al. 2019/BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung. Eigene Darstellung. N (2018/2012/2006) $\geq 18.895^{13}$

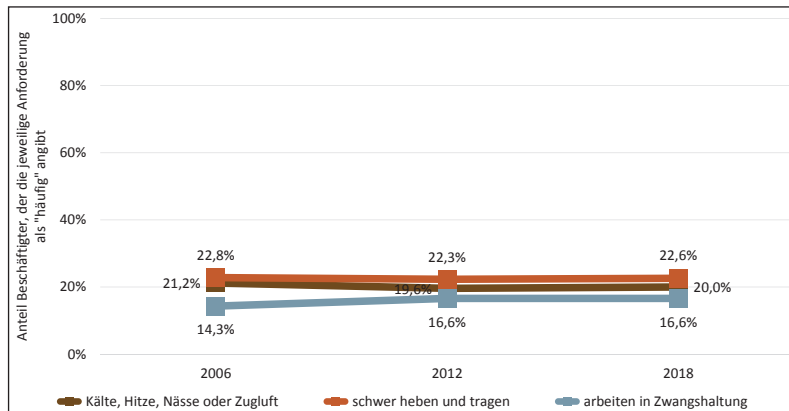
Anmerkung: Angegeben ist der Anteil, der die jeweilige Belastung als häufig angibt. Die weiteren Antwortmöglichkeiten sind manchmal, selten und nie.

Unveränderte Verbreitung körperlicher Belastungen

Körperliche Belastungen sind 2018 so verbreitet wie 2012 und 2006: Gut jeder fünfte Beschäftigte muss häufig schwer heben oder tragen. Jeder Fünfte arbeitet häufig unter schwierigen Umgebungsbelastungen, wie Hitze, Kälte oder Nässe, arbeiten. 17 Prozent müssen häufig in Zwangshaltung arbeiten, z. B. über Kopf, oder in der Hocke (Abbildung 30).

13 Fragewortlaut: Wie häufig kommt es vor, dass Sie ... sich an Ihrem Arbeitsplatz als Teil einer Gemeinschaft fühlen? / ... entscheiden können, wann Sie Pause machen? / ... Einfluss auf die Ihnen zugewiesene Arbeitsmenge haben?

Abbildung 30: Verbreitung körperlicher Belastungen: Umgebungsbelastungen, Schweres Heben und Tragen, Zwangshaltung



Quelle: Lück et al. 2019 / BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung. Eigene Darstellung. N (2018/2012/2006) \geq 19.986¹⁴

Anmerkung: Angegeben ist der Anteil, der die jeweilige Belastung als häufig angibt. Die weiteren Antwortmöglichkeiten sind manchmal, selten und nie.

4.3.4 Verbreitung von Belastungen und Ressourcen: Ergebnisse der Befragung von 7.054 Beschäftigten

Nachdem die Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung für die zeitliche Dynamik ausgewählter Stressoren, aber auch als Vergleichsmöglichkeit dargestellt wurde, werden im Folgenden die Ergebnisse der für diesen Report durchgeführten Erhebung von 7.054 Beschäftigten dargestellt. Im Fokus stehen dabei jene Aspekte, die allgemein mit Stress und Belastung, mit Stress- und Beanspruchungsfolgen sowie mit Work-Life Balance zu tun haben.

Die Bearbeitung von Interaktionsarbeit und Digitalisierung erfolgt in eigenen Abschnitten. Dort werden auch die Zusammenhänge von Interaktionsarbeit respektive Digitalisierung mit diesen Stress- und Beanspruchungsfolgen untersucht.

Die in Abbildung 31 dargestellten Stressoren sind bereits aus der BB-ETB bekannt. Multitasking stellt sich auch in dieser Erhebung als verbreitetster Stressor heraus: 57 Prozent erleben häufig die Anforderung, verschiedene Arbeiten und Vorgänge gleichzeitig im Auge behalten zu müssen. Nur 4 Prozent geben an, dass dies in ihrer Arbeit nie vorkommt.

Unterbrechungen und Störungen bei der Arbeit können durch Maschinenstörungen oder Computerabstürze, durch Kolleginnen

Ergebnisse der Befragung von N=7.054 Beschäftigten zum Thema Stress

Multitasking ist die verbreitetste Belastung

14 Frageantwortlaut: Wie häufig kommt es vor, dass Sie ... unter Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit oder Zugluft arbeiten? /... Lasten von mehr als (männlich 20 kg; weiblich 10 kg) heben und tragen? /... in gebückter, hockender, kniender oder liegender Stellung arbeiten?

und Kollegen, durch E-Mails oder Telefonate entstehen. 38 Prozent der Beschäftigten werden häufig bei der Arbeit gestört. Mit der Digitalisierung und allgemeiner mit Aspekten von „Arbeit 4.0“ ist zu erwarten, dass Routinetätigkeiten abnehmen und Beschäftigte demgegenüber immer wieder mit neuartigen Aufgaben zu tun haben, beispielsweise im Rahmen von Projektarbeit. Für 35 Prozent ist dies häufig der Fall, sie geben an, dass sie „häufig vor Aufgaben gestellt werden, in die sie sich erst mal hineindenken und einarbeiten müssen“.

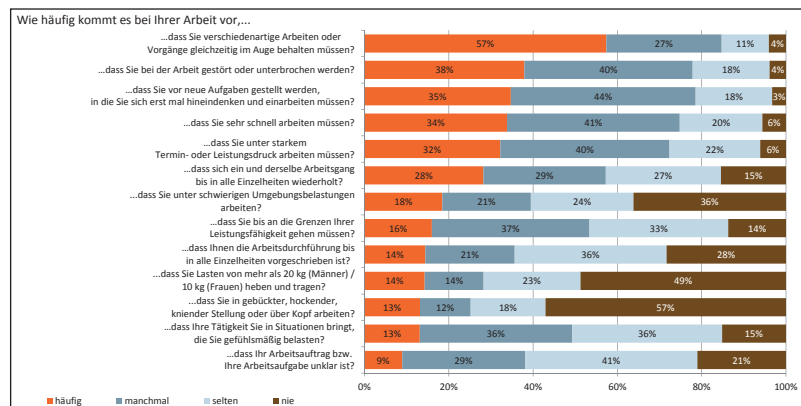
Einen Zwang zum schnellen Arbeiten erleben 34 Prozent der Beschäftigten häufig. 32 Prozent geben an, dass sie häufig unter starkem Termin- und Leistungsdruck arbeiten müssen. 16 Prozent müssen sogar häufig „bis an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit“ gehen (Abbildung 31).

Körperliche Belastungen, Umgebungsbelastungen

Beschäftigte bewältigen nicht nur psychische Belastungen, sondern sind zu einem Anteil auch mit Belastungen konfrontiert, die (eher) mit körperlicher Arbeit einhergehen: Schwierige Umgebungsbelastungen wie z. B. Lärm oder Hitze kommen für 18 Prozent häufig, für weitere 21 Prozent manchmal vor. Schweres Heben und Tragen kommt bei 14 Prozent der Beschäftigten häufig, bei weiteren 14 Prozent manchmal vor. In Zwangshaltungen arbeiten 13 Prozent häufig und weitere 12 Prozent manchmal.

Aspekte der qualitativen Unterforderung spielen offenbar eine Rolle für 28 Prozent der Beschäftigten, die angeben, dass sich in ihrer Arbeit „ein und derselbe Arbeitsgang“ häufig wiederholt. 14 und 21 Prozent verfügen offenbar über wenig Handlungsspielraum, sie geben an, dass ihnen häufig bzw. manchmal die Arbeitsdurchführung bis in alle Einzelheiten vorgeschrieben ist (Abbildung 31).

Abbildung 31: Verbreitung spezifischer Belastungen/Stressoren



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
 Basis: Alle Befragten. N= 7.004–7.025 (je nach Item)

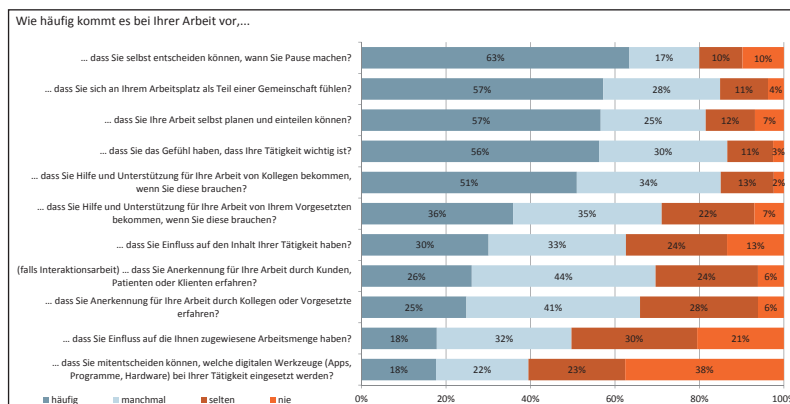
Beschäftigte können bei ihrer Arbeit zu größeren Teilen auf (Bewältigungs-) Ressourcen zurückgreifen. Insbesondere soziale Unterstützung und verschiedene Aspekte von Kontrolle und Handlungsspielraum sind verbreitet: 63 Prozent können häufig über ihre Pause selbst bestimmen, 57 Prozent können häufig ihre Arbeit selbst planen und einteilen. Einfluss auf den Inhalt der Tätigkeit haben 30 Prozent häufig, 18 Prozent geben sogar an, dass sie häufig Einfluss auf ihre Arbeitsmenge haben. Vor dem Hintergrund von Aspekten der Digitalisierung der Arbeit wurde auch gefragt, ob Beschäftigte über in ihrer Tätigkeit zu verwendende digitale Werkzeuge in Form von Software oder Hardware mitentscheiden können.

Ein großer Teil der Beschäftigten verfügt über Kontrolle und Handlungsspielraum und über soziale Unterstützung

Häufig als Teil einer Gemeinschaft fühlen sich 57 Prozent der Beschäftigten, 51 Prozent bekommen häufig Unterstützung durch Kollegen. Deutlich weniger verbreitet ist die Unterstützung durch Vorgesetzte: 36 Prozent geben an, häufig Unterstützung zu bekommen, wenn diese benötigt wird. Umgekehrt geben 29 Prozent an, selten oder nie diese Unterstützung zu bekommen.

Beschäftigte, die mindestens mehrmals pro Woche mit Kunden, Klienten oder Patienten zu tun haben, wurden nach Anerkennung durch Kunden, Patienten oder Klienten gefragt. 26 und 44 Prozent geben an, dass sie diese häufig oder manchmal erfahren (Abbildung 32).

Abbildung 32: Verbreitung spezifischer Ressourcen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N=6.852–7.009 (je nach Item)¹⁵

4.3.5 Stress- und Beanspruchungsfolgen

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse sind nicht per se Beanspruchungs- oder Stressfolgen, sondern dienen dem Vergleich verschiedener Gruppen im Hinblick auf mögliche Stressfolgen. Diese

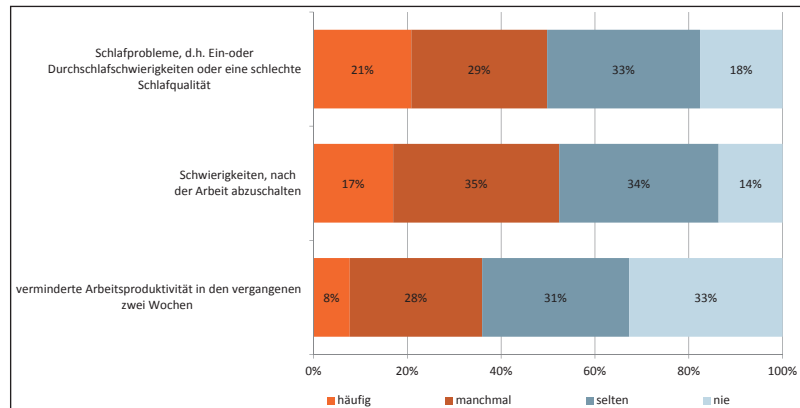
¹⁵ Die Frage nach Anerkennung für ihre Arbeit durch Kunden, Patienten oder Klienten wurde nur Befragten vorgelegt, die mindestens mehrmals pro Woche mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben. N= 5.983.

Vergleiche werden in den Kapiteln zu Interaktionsarbeit (4.4) und zu Digitalisierung (4.5) gezogen.

Die Ergebnisse sollen daher in aller Kürze als Referenz dargestellt werden.

Schlafprobleme wie Durchschlafschwierigkeiten können ihre Ursache in übermäßiger Belastung haben bzw. durch einen Stressor ausgelöst sein (DGSM 2009:45). Die hier abgefragten Schlafprobleme sind nicht zu verwechseln mit Schlafstörungen wie z. B. die nicht organische Insomnie, für deren Vorliegen mehrere Kriterien zusammenkommen müssen. 21 Prozent der Befragten geben häufige Schlafprobleme an. Schwierigkeiten, im Feierabend die Arbeit gedanklich loszulassen, geben 17 Prozent der Befragten an. Eine verminderte Arbeitsproduktivität geben 8 Prozent mit Bezug auf die letzten zwei Wochen an (Abbildung 33).

Abbildung 33: Mögliche Stress- bzw. Beanspruchungsfolgen



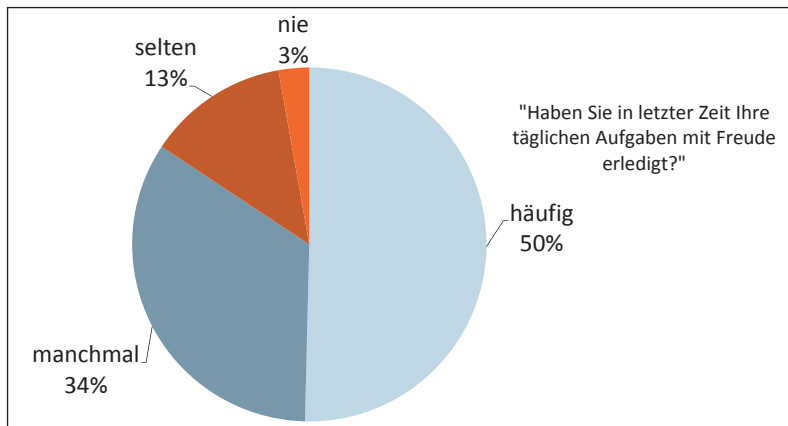
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N= 6.908–7.042 (je nach Item)

Erledigung der täglichen Aufgaben mit Freude

Als Stressindikator mit umgekehrten Vorzeichen wurde die Frage gestellt, ob die täglichen Aufgaben mit Freude erledigt wurden. Dies ist in hohem Maße der Fall: 50 Prozent geben an, dass dies häufig der Fall ist, 34 Prozent manchmal. Für 13 bzw. 3 Prozent gilt jedoch: sie erledigen die täglichen Aufgaben selten oder nie mit Freude (Abbildung 34).

Abbildung 34: Mögliche positive Beanspruchungsfolge



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N= 7.002

Ebenfalls ein Indikator für mögliche Stressfolgen ist der WHO-5 Well-Being Index. Tabelle 9 zeigt die Antworten auf die Einzelitems des Index. Abbildung 33 zeigt die Verteilung des daraus ermittelten Punktwertes. Das arithmetische Mittel für die Beschäftigten insgesamt beträgt 51, der Median ist 52. Tabelle 10 zeigt die Einteilung des WHO-5-Punktwertes in Kategorien.

Wohlbefinden: WHO-5 Well-Being Index

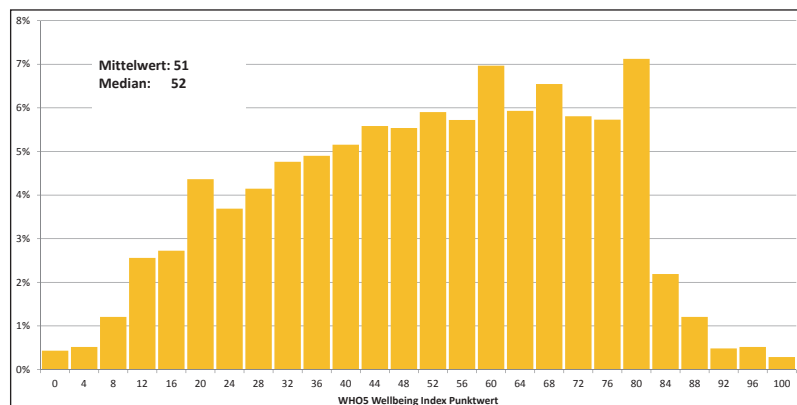
Tabelle 9: Items des WHO-Wellbeing Index

In den letzten zwei Wochen...	Zu keinem Zeitpunkt	Ab und zu	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Meistens	Die ganze Zeit	Gesamt	Anzahl
...war ich froh und guter Laune.	2,2%	16,3%	12,2%	21,9%	42,4%	5,1%	100%	6.993
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	7,5%	27,5%	15,8%	19,9%	26,6%	2,7%	100%	6.988
...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	7,1%	22,8%	16,5%	22,2%	29,1%	2,4%	100%	6.960
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	14,5%	27,7%	14,5%	16,5%	24,4%	2,4%	100%	6.981
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	2,5%	22,2%	14,3%	23,6%	33,0%	4,5%	100%	6.973

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

Verteilung des WHO-5 Well Being Index

Abbildung 35: Verteilung des WHO-5-Wohlbefindens-Index



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N=6.921.

Anmerkung: Punktwert 0 bezeichnet das schlechteste Wohlbefinden, Punktwert 100 das beste Wohlbefinden.

Tabelle 10: Punktwert des WHO-5 in Kategorien

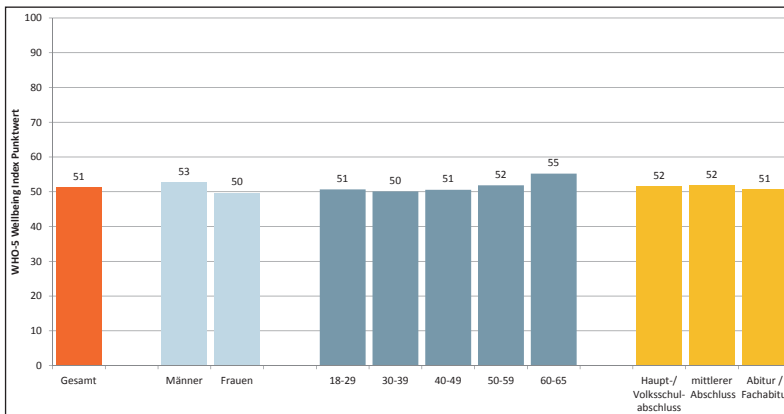
WHO-5 Punktwert kategorisiert	Anzahl	Anteil
Punktwert 0–19 / geringstes Wohlbefinden	515	7,4%
Punktwert 20–39	1.513	21,9%
Punktwert 40–59	1.931	27,9%
Punktwert 60–79	2.144	31,0%
Punktwert 80–100 / höchstes Wohlbefinden	817	11,8%
Total	6.921	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N=6.921.

Der WHO-5-Index variiert kaum über Alter, Geschlecht und Schulabschluss (Abbildung 36). Wenig bis keine Unterschiede zeigt der Index über beruflichen Status (hoch mittel, einfach) sowie zwischen Arbeitern, Angestellten und Beamten. Auch die Unterschiede nach Anzahl geleisteter Überstunden sind gering (Abbildung 37).

Abbildung 36: WHO-5 Index Gesamt und nach verschiedenen Merkmalen

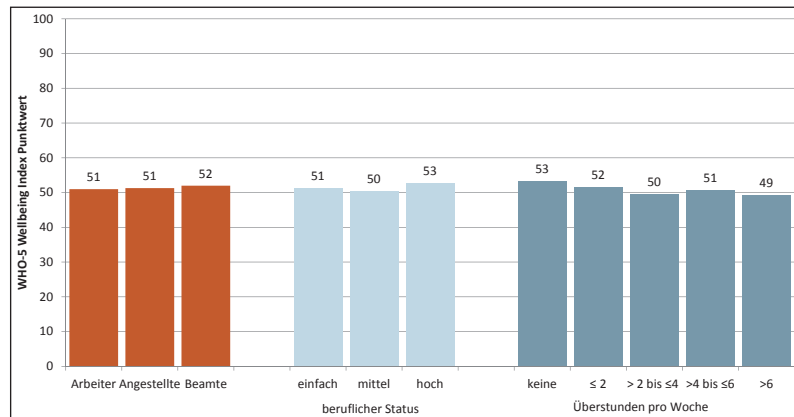


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragte. Für die Zahl der Befragten in den jeweiligen Gruppen vgl. Abschnitt 4.2.2

Anmerkung: Die Auswertung nach Schulabschluss schließt wegen geringer Fallzahl Befragte ohne Schulabschluss oder anderem Schulabschluss aus.

Abbildung 37: WHO-5 Index nach verschiedenen weiteren Merkmalen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

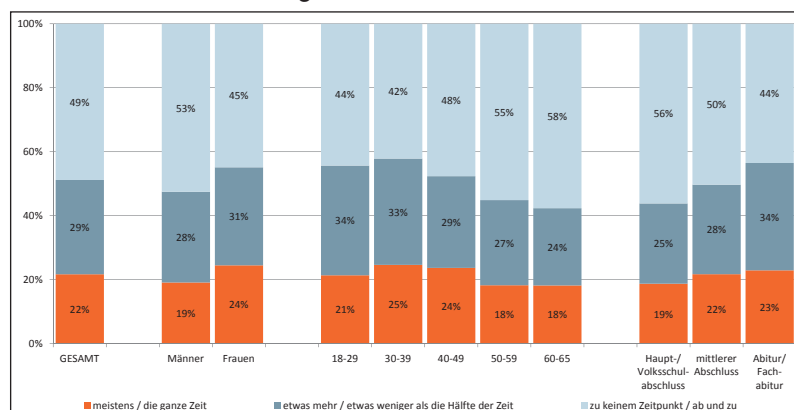
Basis: Alle Befragten. Für die Zahl der Befragten in den jeweiligen Gruppen vgl. Abschnitt 4.2.2

Selbst berichteter Stress in den letzten zwei Wochen

Ergänzend zu den genannten Indikatoren bzw. Instrumenten im Zusammenhang mit möglichen Stress- oder Beanspruchungsfolgen wurde die Frage gestellt, wie häufig man sich in den letzten zwei Wochen „gestresst gefühlt“ hat (Abbildung 38 und Abbildung 39).

Dieser selbst berichtete Stress – gemessen am Anteil, der angibt, sich meistens oder die ganze Zeit gestresst zu fühlen – ist bei Frauen höher als bei Männern und steigt tendenziell mit der Bildung bzw. dem sozioökonomischen Status sowie mit der Zahl der Überstunden.

Abbildung 38: Gefühl, gestresst zu sein in den letzten zwei Wochen Gesamt und nach verschiedenen Merkmalen der Beschäftigten

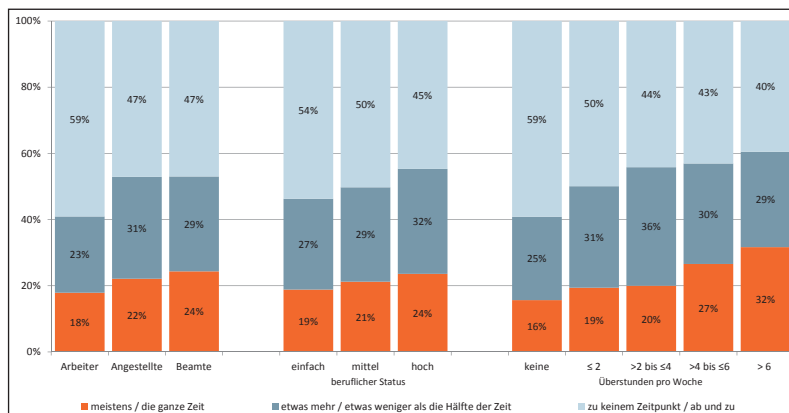


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. Für die Zahl der Befragten in den jeweiligen Gruppen vgl. Abschnitt 4.2.2

Anmerkung: Die Auswertung nach Schulabschluss schließt wegen geringer Fallzahl Befragte ohne Schulabschluss oder anderem Schulabschluss aus.

Abbildung 39: Gefühl, gestresst zu sein in den letzten zwei Wochen nach weiteren Merkmalen der Beschäftigten



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. Für die Zahl der Befragten in den jeweiligen Gruppen vgl. Abschnitt 4.2.2

Work-Life-Balance

Im Zusammenhang mit der Digitalisierung wird im Rahmen dieses Schwerpunktthemas auch die Work-Life-Balance betrachtet, und zwar im Zusammenhang mit Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit (Abschnitt 4.5.6). Zur Erhebung der Work-Life-Balance wurde ein validiertes Instrument verwendet, die Trierer Kurzsкала zur Messung von Work-Life-Balance (TKS-WLB) (Syrek et al. 2013).

Work-Life-Balance gilt hier nicht nur als Abwesenheit von Konflikten zwischen den verschiedenen Lebensbereichen oder Rollen, sondern nimmt die Balance-Perspektive ein. Mitgedacht ist die Möglichkeit, dass sich die beiden Bereiche positiv bereichern können. Im Unterschied zu älterer Literatur zum Work-Family Conflict fällt das Privatleben hier nicht mit dem Familienleben zusammen, sondern bezieht alle Bereiche des Privatlebens ein.

Work-Life Balance wird demnach definiert als Einstellung gegenüber der eigenen Lebenssituation, die sich auf das Vereinbaren verschiedener Lebensbereiche, Rollen und Ziele bezieht. Die subjektiv angestrebten Balancevorstellungen stehen im Einklang mit der realisierten Gestaltung (Syrek et al. 2013:135).

Die Skala soll eine „subjektive, globale und richtungsfreie Bewertung“ der Work-Life-Balance ermöglichen. Die Ableitung der Items folgt dabei der Annahme, „dass Personen, die im Arbeitsleben stehen, grundsätzlich die Anforderungen aus beiden Bereichen, Arbeit und Privatleben, erfüllen und dabei Zufriedenheit und Erfolg erfahren möchten“ (Syrek et al. 2013:136).

Die Antworten auf die einzelnen Items sind in Tabelle 11 dargestellt. Die Items zwei und drei geben die Bewertung wieder, wie Beschäf-

Trierer Kurzsкала zur Messung von Work-Life-Balance

„Ich bin zufrieden mit meiner Balance zwischen Arbeit und Privatleben“

tigte Privatleben und Beruf und die aus beiden Lebensbereichen heraus erwachsenen Anforderungen vereinbaren. 11 Prozent stimmen der Aussage zu, dass es ihnen schwerfällt, Berufs- und Privatleben zu vereinbaren (Antwort 5 oder 6), demgegenüber lehnen 60 Prozent der Aussage für sich ab (Antwort 1 und 2). Entsprechend geben 43 Prozent an, dass sie die Anforderungen aus Berufs- und Privatleben gleichermaßen gut erfüllen können (Antwort 5 und 6), 15 Prozent sehen das für sich als nicht zutreffend (Antwort 1 und 2).

Item 4 und 5 beziehen sich auf Erholung von und Ausgleich zwischen verschiedenartigen Anforderungen. 36 Prozent gelingt der Ausgleich zwischen belastenden und erholsamen Tätigkeiten (Antwort 5 und 6), 18 Prozent gelingt dieser nicht (Antwort 1 und 2). Zufrieden mit der Verteilung der Prioritäten in Bezug auf Beruf und Privatleben sind 42 Prozent (Antwort 5 und 6), unzufrieden dagegen 17 Prozent (Antwort 1 und 2).

Die globale Aussage zur Zufriedenheit (Item 1) fällt folgendermaßen aus: 49 Prozent sind zufrieden, 19 Prozent unzufrieden mit ihrer Balance zwischen Arbeit und Privatleben (Antworten 5 und 6 bzw. 1 und 2).

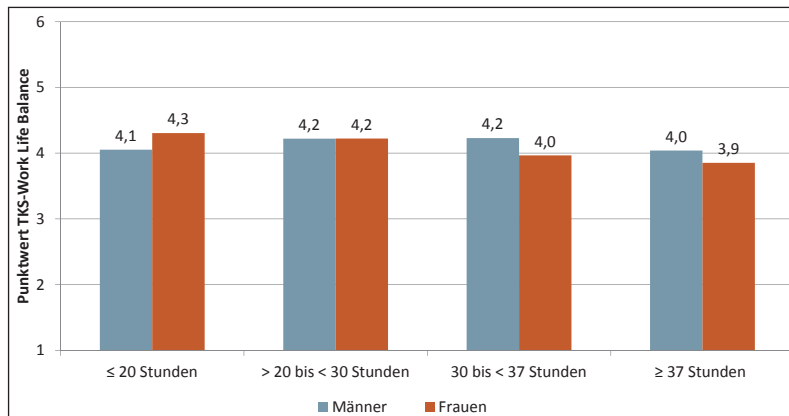
Tabelle 11: Items der Trierer Kurzskala zur Messung von Work-Life-Balance (Syrek et al. 2013)

	Stimme gar nicht zu				Stimmt genau	
	1	2	3	4	5	6
1. Ich bin zufrieden mit meiner Balance zwischen Arbeit und Privatleben.	5 %	15 %	20 %	19 %	25 %	14 %
2. Es fällt mir schwer, Berufs- und Privatleben miteinander zu vereinbaren.	27 %	33 %	17 %	12 %	8 %	3 %
3. Ich kann die Anforderungen aus meinem Privatleben und die Anforderungen aus meinem Berufsleben gleichermaßen gut erfüllen.	3 %	12 %	22 %	21 %	29 %	14 %
4. Es gelingt mir, einen guten Ausgleich zwischen belastenden und erholsamen Tätigkeiten in meinem Leben zu erreichen.	4 %	14 %	23 %	22 %	25 %	11 %
5. Ich bin damit zufrieden, wie meine Prioritäten in Bezug auf den Beruf und das Privatleben verteilt sind.	5 %	12 %	21 %	20 %	27 %	15 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N= 6.963–6.998 (je nach Item).

Abbildung 40 zeigt den Punktwert der Skala nach Geschlecht und wöchentlicher Arbeitszeit.

Abbildung 40: Punktwert der Trierer Skala zur Messung der Work-Life-Balance nach Geschlecht und Wochenarbeitszeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N (Männer/Frauen)=3.592/3.331.

Anmerkung: Der Punktwert reicht von 1 bis 6. Dabei steht 6 für die beste Work-Life-Balance. Punktwert Gesamt: 4,0.

4.4 Die Arbeit mit Kunden, Patienten und Klienten – Interaktions- und Emotionsarbeit

4.4.1 Interaktionsarbeit und Emotionsarbeit

Die Arbeit mit Kunden, Patienten und Klienten ist eine besondere Arbeit, die sich in vielerlei Hinsicht von der Bearbeitung eines Werkstücks oder der Sachbearbeitung mit einem Formular unterscheidet. Es handelt sich um Arbeit „mit und am Menschen“, die wesentlicher Bestandteil von Dienstleistung ist und deren Verbreitung und Bedeutung häufig unterschätzt wird, nicht zuletzt auch weil die Diskurse über Digitalisierung und Arbeit 4.0 dominieren. 63 Prozent aller Beschäftigten in Deutschland und 70 Prozent der Beschäftigten im Dienstleistungssektor arbeiten „sehr häufig“ oder „oft“ mit Kundenschaft oder anderen betriebsexternen Personengruppen, so eine Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit (Roth 2019:2).

Nicht nur die Interaktionsarbeit selbst wird häufig übersehen, auch die besondere Leistung, die Interaktionsarbeitende erbringen, wird selten anerkannt, weil die Interaktionsarbeit zu oft als Anhängsel der vermeintlich „eigentlichen Arbeit“ aufgefasst wird.¹⁶ Die Beschäftigte

Eine besondere Arbeit: Arbeit mit Kunden, Patienten und Klienten

¹⁶ Die Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit zeigt, dass nur 22 Prozent der Interaktionsarbeitenden der Meinung sind, dass die spezifischen Anforderungen dieser Tätigkeit bei ihrem Einkommen berücksichtigt werden.

im Handel räumt Regale ein, scheinbar nebenbei weist sie Kunden den Weg. Die Pflegekraft leert Urinbeutel und richtet Medikamente an und scheinbar nebenbei baut sie eine Beziehung zu ihren Patienten auf. Die Qualität der Dienstleistung, häufig auch ihr Zustandekommen und Gelingen, hängt jedoch entscheidend von der Interaktionsarbeit ab.

„Arbeit an und mit Menschen (und jegliche Arbeit im Kundenkontakt) ist (zumindest entsprechend unserer Konzepte der Interaktionsarbeit bzw. der ‚interaktiven Arbeit‘) ohne Interaktionsarbeit nicht zu leisten. Sie ist kein Sahnehäubchen, sondern ein Kennzeichen von Dienstleistungsarbeit. In Dienstleistungsbeziehungen geht es immer um die Herstellung einer Kooperationsbeziehung zwischen Dienstleisterinnen und Dienstleistern und Kundinnen und Kunden (‚interaktive Arbeit‘ bzw. Kooperationsarbeit). Des Weiteren geht es darum, dass Dienstleisterinnen und Dienstleister ihre eigenen Gefühle bearbeiten (Emotionsarbeit), an den Gefühlen ihrer Kundinnen und Kunden arbeiten (Gefühlsarbeit) und subjektivierendes Arbeitshandeln einsetzen (ein ‚Gespür‘ für die Situation und das Gegenüber). Und auch Kundinnen und Kunden leisten Interaktionsarbeit.“

Dr. Margit Wehrich, Universität Augsburg

Interaktionsarbeit ist nicht einfach Dienstleistung – sie findet, mehr oder weniger, im Rahmen jeder Dienstleistung statt und kennzeichnet sich durch folgende Merkmale bzw. Besonderheiten:

Koproduktion Eine Besonderheit von Interaktionsarbeit ist der Umstand, dass Kunden, Patienten und Klienten an der Erstellung der jeweiligen Dienstleistung mitwirken müssen, damit diese gelingt (Böhle 2011:456). Zum Beispiel muss eine Patientin bei einer Ärztin Angaben zu ihren Beschwerden machen und so im Dialog bei der Diagnose mithelfen.

Rolle von Emotionen und deren Darstellung Eine weitere Besonderheit von Interaktionsarbeit besteht in der Rolle von Emotionen und deren Darstellung. Zum einen besteht an viele Interaktionsarbeitende die Anforderung, dass sie ihre Gefühle unter Kontrolle haben müssen. Viele müssen – mehr noch – bestimmte Gefühle darstellen oder tatsächlich empfinden. Das klassische Beispiel sind Flugbegleiterinnen, die bei der Betreuung von Passagieren eine fröhliche und freundliche Ausstrahlung aufrechterhalten und gleichzeitig gegenüber Fluggästen die Abläufe und Regeln des Flugbetriebs durchsetzen müssen (Hochschild 2012 (1983)). Interaktionsarbeitende müssen ein „Management der eigenen Gefühle“ leisten, „um nach außen in Mimik, Stimme, und Gestik ein bestimmtes Gefühl zum Ausdruck zu bringen, unabhängig davon, ob dies mit den inneren Empfindungen übereinstimmt oder nicht“ (Zapf 2000:2).

Das Management der eigenen Gefühle kann als „Surface Acting“ geschehen, als oberflächliche Darstellung von Gefühlen, oder als „Deep Acting“, d. h. die Anpassung der eigenen Gefühle an das erwartete emotionale Verhalten. Die von Hochschild untersuchten Flugbegleiterinnen stellten sich vor, dass sie in einer privaten Situation Gäste bewirten. So fiel es ihnen leichter, authentisch freundlich zu sein (Böhle et al. 2015:21). Wenn es nicht gelingt, die eigenen Gefühle mit darzustellenden Gefühlen in Übereinstimmung zu bringen, spricht die Forschungsliteratur von emotionaler Dissonanz.

Nicht nur die eigenen Gefühle, auch die Emotionen der Kunden, Patienten oder Klienten müssen von Interaktionsarbeitenden berücksichtigt oder sogar beeinflusst werden. Diese Anforderungen werden auch Sensitivitätsanforderungen genannt (z. B. von Zapf et al. 2000:3). Ein Sozialarbeiter beispielsweise würde bestimmte Themen nach Möglichkeit nur dann bei seinem Klienten ansprechen, wenn sich dieser in einer zugänglichen Stimmung befindet.

„Interaktionsarbeit ist grundlegend bei sämtlicher Arbeit mit und an Menschen (in der Pflege ebenso wie bei Kundenkontakt bei Versicherungen oder der Software-Entwicklung). Sie bezieht sich auf die besonderen Anforderungen der Arbeit mit und an Menschen im Unterschied zur sonstigen Arbeit. Die Berücksichtigung von Interaktionsarbeit führt zur besseren Qualität der Arbeit sowohl für ‚Kunden‘ (im weiteren Sinne) als auch für die Beschäftigten.“

Prof. Dr. Fritz Böhle, Universität Augsburg/ISF München

Vor allem Böhle (2011:458f.) weist immer wieder auf die Unbestimmtheit der Arbeit mit und am Menschen hin, die daher dialogisch-explorativ und nur wenig planmäßig geleistet werden kann. Die Dienstleistung kann nur dann erbracht werden, „wenn die Arbeitenden in der Lage sind, Unvorhersehbarkeiten und Unwägbarkeiten zu bewältigen“, wenn sie situativ handeln können, wenn sie auch sinnliche Wahrnehmung nutzen, die auch diffuse Informationsquellen wie Körper, Gesichtsausdruck sowie Atmosphäre und Stimmungen aufnimmt. Wichtig sind weiter bildhaftes und assoziatives Denken, Beziehung zum Arbeitsgegenstand, die nicht distanziert ist, sondern auf Nähe und Verbundenheit beruht. Diese Art des Arbeitshandelns wird auch „subjektivierte Handeln“ genannt.

Surface-Acting und Deep Acting

Subjektiviertes Handeln

„Interaktionsarbeit ist Arbeit in Interaktionen, die letzten Endes mit physischen und psychischen Anstrengungen verbunden ist, die viel Kraft kosten kann. Die Besonderheit der Interaktionsarbeit besteht darin, dass die an der eigenen Person gebundene Subjektivität Eingang findet in den Arbeitsprozess sozialer personenbezogener Dienstleistungen. Die Fachkräfte bringen ihr Wissen, Erfahrungen, Gefühle und Kompetenzen in die Arbeit mit ein. Vor diesem Hintergrund deuten sie die in der Interaktion zum Ausdruck gebrachten körperlichen und sprachlichen Repräsentationen, in dem unter anderem die Bedürfnisse, Bedarfe wie auch die Gefühle der Nutzerinnen und Nutzer ein Arbeitsgegenstand der Interaktion sind.“

Dr. Carsten Schröder, Technische Universität Dortmund

Kontrolle durch Kunden, Patienten und Klienten

Für viele Interaktionsarbeitende gilt: Sie werden durch Kunden, Patienten und Klienten in gewissem Maße kontrolliert. Wenn sie abhängig beschäftigt sind, unterliegen sie damit einer doppelten Kontrolle, insofern sie auch von ihrem Arbeitgeber, bzw. von Vorgesetzten kontrolliert werden. „Für die Arbeitenden kann sich damit eine besondere Anerkennung ihrer Arbeit verbinden, aber auch besondere Belastungen und Restriktionen“ (Böhle 2011:459).

Interaktionsarbeit als potenzieller Stressor

Schon bei Hochschild standen Aspekte von Interaktionsarbeit als potenzielle Stressoren in Verdacht: Die emotionale Dissonanz, d. h. das Nicht-Übereinstimmen der eigenen Gefühle mit den zur Schau gestellten. Die von Zapf et al. (2000) zitierten Arbeiten zeigen Folgen von Emotionsarbeit dahingehend, „dass praktisch alle Aspekte der Emotionsarbeit mit emotionaler Erschöpfung einhergehen, dass aber andererseits insbesondere die Häufigkeit des Zeigens positiver Gefühle sowie Sensitivitätsanforderungen mit dem positiven Gefühl der Leistungserfüllung einhergeht.“ Die stärksten negativen Effekte zeigt die emotionale Dissonanz, auch weil sie nicht wie die anderen genannten Aspekte von Emotionsarbeit zu einem Gefühl der Leistungserfüllung beiträgt. Sie zeigt vielmehr Zusammenhänge mit psychosomatischen Beschwerden und geringerer Arbeitszufriedenheit.

Im Schwerpunktthema zum Gesundheitsreport 2020 wird das Thema Interaktionsarbeit folgendermaßen konzeptualisiert und untersucht:

- Auf Basis der Daten der DAK-Gesundheit werden Beschäftigtengruppen identifiziert, die personenbezogene Dienstleistungsarbeit leisten. Gemeinsam mit Verkaufsberufen werden sie als „Interaktionsarbeitende“ betrachtet. Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen dieser Gruppe wird vergleichend betrachtet, zusätzlich werden ambulante Diagnosen als Hinweise auf besondere Belastungen genutzt.

- Auf Basis der Beschäftigtenbefragung, die für diesen Report durchgeführt wurde, werden Interaktionsarbeitende untersucht, d. h. deren Anforderungen, Stressoren und mögliche Stressfolgen.
- Aus der Literatur zur Interaktionsarbeit sowie auf Basis der Ergebnisse der Befragung von Expertinnen und Experten werden Ansätze zur Prävention vor dem Hintergrund von Interaktionsarbeit extrahiert und dargestellt.

4.4.2 Das Thema Interaktionsarbeit im Spiegel der Daten zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und zur ambulanten Versorgungsdaten

Fragestellungen und Datengrundlage der Fehlzeitenanalyse

In diesem Abschnitt soll geklärt werden, inwieweit sich in jener Gruppe von Beschäftigten, deren Tätigkeit in besonderem Maße vom Umgang mit Kunden, Klienten und Patienten geprägt ist, Besonderheiten im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zeigen. Konkret soll geprüft werden, ob sich das Fehlzeitenvolumen dieser Beschäftigtengruppe gegenüber Beschäftigten anderer Berufsgruppen unterscheidet, welche Erkrankungsgruppen das Bild in besonderem Maße prägen und ob es Subgruppen von Beschäftigten gibt, die in Bezug auf ihre Fehlzeiten besonders ins Auge fallen.

Fragestellung der Fehlzeitenanalyse

In den Daten der DAK-Gesundheit und in der amtlichen Statistik lassen sich Beschäftigte, die mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben, folgendermaßen identifizieren:

Für die Meldung zur Sozialversicherung trägt jeder Beschäftigte einen 9-stelligen Tätigkeitsschlüssel, der Auskunft über die ausgeübte Tätigkeit gibt. Die ersten fünf Ziffern beschreiben den ausgeübten Beruf.

Identifikation der Interaktionsarbeitenden über den Tätigkeitsschlüssel

Die Klassifikation der Berufe¹⁷ ordnet diese Berufe sogenannten Berufssegmenten zu und diese wiederum sind thematisch gegliedert in die nachfolgenden fünf Berufssektoren:

- Sektor S1 Produktionsberufe
- Sektor S2 Personenbezogene Dienstleistungsberufe
- Sektor S3 Kaufmännische und unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe
- Sektor S4 IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe
- Sektor S5 Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungsberufe

¹⁷ Klassifikation der Berufe 2010 der Bundesagentur für Arbeit; KldB 2010

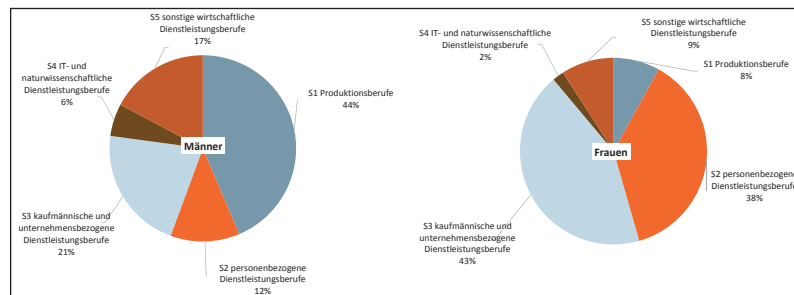
Die Beschäftigtenzahlen in den fünf Sektoren unterscheiden sich deutlich. Die Sektoren 1 bis 3 sind jeweils für sich genommen die größten Sektoren.¹⁸

Demnach gingen 2019 bundesweit 27 Prozent der Beschäftigten einer Tätigkeit aus dem Sektor S1 der Produktionsberufe nach, 24 Prozent aus den Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen (S2), 32 Prozent und damit am häufigsten, einer Tätigkeit im Sektor der kaufmännischen und unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufe (S3). Lediglich vier Prozent arbeiten in einem Beruf des Sektors der IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufe und 13 Prozent sind im Bereich der sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen tätig. Dabei gibt es erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Der Sektor der personenbezogenen Dienstleistungsberufe ist stark weiblich geprägt

Männer sind zu 44 Prozent in Produktionsberufen tätig und nur zu 12 Prozent im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen. Frauen hingegen sind zu 43 Prozent in kaufmännischen und unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen tätig und zu 38 Prozent im Sektor der personenbezogenen Dienstleistung (vgl. Abbildung 41).

Abbildung 41: Bundesweite Beschäftigtenstruktur nach Berufssectoren



Quelle: IGES nach Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2019)

Gegenstand der Fehlzeitenanalyse zum Thema Interaktionsarbeit sollen Beschäftigte im Sektor der personenbezogenen Dienstleistung (S2) sein.

Auf Ebene des Berufssegments hat der Sektor die Ausprägungen Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe (S21), medizinische und nicht-medizinische Gesundheitsberufe (S22) sowie Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe (S23). Die in Tabelle 12 ausgewiesenen Berufshauptgruppen sind demnach als personenbezogene Dienstleistungsberufe klassifiziert.

Einbezogen werden auch die Beschäftigten in Verkaufsberufen

Zusätzlich zu Sektor S2 sollen auch die Beschäftigten aus der Berufshauptgruppe der Verkaufsberufe (62) in die Betrachtungen eingeschlossen werden, da auch hier der Umgang mit Kunden ein zen-

¹⁸ Statistik der Bundesagentur für Arbeit; Tabellen, Beschäftigte nach Berufen (KIdB 2010) (Quartalszahlen); Nürnberg, Oktober 2019

trales Merkmal der Tätigkeit darstellt. In der Klassifikation sind die Verkaufsberufe dem Berufssegment S31 der Handelsberufe zugeordnet (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12 fasst alle Berufsgruppen zusammen, die in die Betrachtung einbezogen werden. Der Übersicht halber wird trotz Einschluss der Verkaufsberufe, die Gruppe „personenbezogene Dienstleistungsberufe“ (S2) und Verkaufsberufe (62) im Text kurz mit „personenbezogenen Dienstleistungsberufen“ bezeichnet. Unter allen Abbildungen und Tabellen befinden sich entsprechende Erläuterungen.

Tabelle 12: Personenbezogene Dienstleistungsberufe und Verkaufsberufe im Tätigkeitsschlüssel

Berufssegment		Berufshauptgruppe der KldB 2010	
S21	Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe	29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung
		63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe
S22	Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe	81	Medizinische Gesundheitsberufe
		82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik
S23	Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe	83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie
		84	Lehrende und ausbildende Berufe
		91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe
		94	Darstellende und unterhaltende Berufe
S31	Handelsberufe	62	Verkaufsberufe

Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2015)

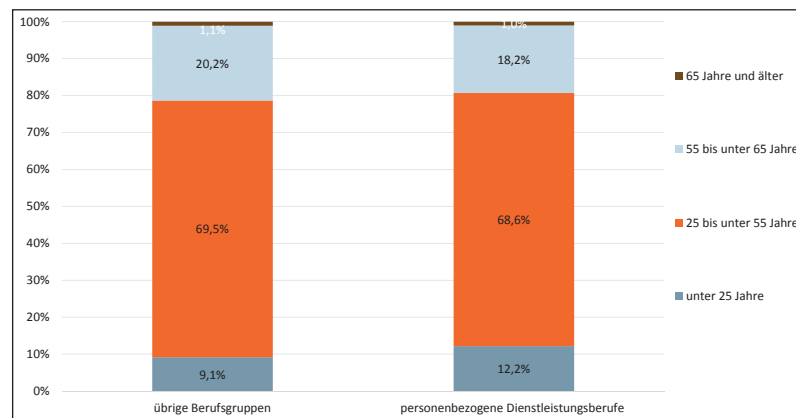
Einer Tätigkeit im Berufsfeld der personenbezogenen Dienstleistungen gehen 15 Prozent der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Männer und 48 Prozent der Frauen nach. Der Kontakt zu Kunden, Klienten oder Patienten prägt den Arbeitsalltag von Frauen also deutlich häufiger als den der Männer. Insgesamt üben bundesweit 30 Prozent der Beschäftigten einen personenbezogenen Dienstleistungsberuf aus.¹⁹ In ihrer Altersstruktur unterscheidet sich die Be-

30 Prozent der Beschäftigten üben einen personenbezogenen Dienstleistungsberuf aus

¹⁹ Von den Beschäftigten innerhalb dieses Berufsfeldes aus gesehen gilt: Das Berufsfeld ist stark weiblich geprägt und besteht zu 73 Prozent aus Frauen und zu 27 Prozent aus Männern.

rufungsgruppe nicht wesentlich von den übrigen Berufen. Der Anteil der unter 25-Jährigen ist etwas größer als in den übrigen Berufen. Größere Verschiebungen sind aber nicht zu erkennen (Abbildung 42). Alle weiteren vergleichenden Darstellungen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der beiden Gruppen werden auf Basis von standardisierten Kennzahlen gemacht, um demografische Unterschiede auszugleichen.

Abbildung 42: Anteil Beschäftigte nach Altersgruppen in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Basisgruppen nach Altersgruppen



Quelle: IGES nach Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2019)

Anmerkung: Personenbezogene Dienstleistungsberufe fasst alle Beschäftigten mit Tätigkeit im Sektor S2 (Personenbezogene Dienstleistungsberufe) und in der Berufsgruppe 62 (Verkaufsberufe) zusammen.

Die identifizierte Beschäftigtengruppe ist Gegenstand der nachfolgenden Analysen

Nach Identifikation der Personenbezogenen Dienstleistungsberufe soll diese besondere Beschäftigtengruppe im folgenden Abschnitt auf Basis von Daten der DAK-Gesundheit betrachtet werden. Datenbasis für die Analyse sind die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit aus dem Jahr 2019, in die Analyse gehen alle Beschäftigten mit einem gültigen Tätigkeitsschlüssel ein. Die Datenbasis umfasst 2.441.282 Versicherte, davon 904.119 Versicherte in der Gruppe der personenbezogenen Dienstleistungsberufe.

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen dieser Beschäftigtengruppe wird mit dem der Beschäftigten verglichen, für die im Tätigkeitsschlüssel kein besonderer Kundenkontakt dokumentiert ist.

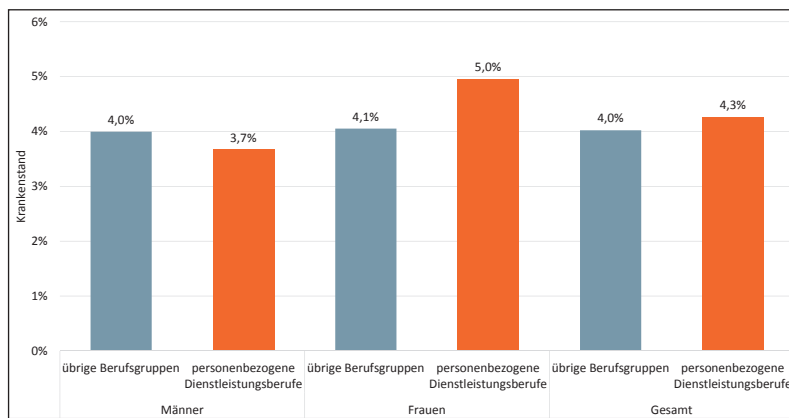
Ergebnisse der Fehlzeitenanalyse

Arbeitsunfähigkeit im Berufsfeld nach Geschlecht

Der Krankenstand der Beschäftigten in der Berufsgruppe der personenbezogenen Dienstleistungen liegt mit 4,3 Prozent über dem der übrigen Berufsgruppen (4,0 Prozent) (vgl. Abbildung 43). Dieser Krankenstandsunterschied kommt allerdings nur dadurch zustande,

dass der Krankenstand der Frauen in den personenbezogenen Dienstleistungstätigkeiten deutlich über dem der übrigen Berufsgruppen liegt. Männer in personenbezogenen Dienstleistungen haben dagegen einen niedrigeren Krankenstand als Männer in den übrigen Berufsgruppen. Der Geschlechterunterschied im Krankenstand ist in dieser Berufsgruppe übrigens deutlich größer als in den übrigen Berufsgruppen.

Abbildung 43: Krankenstand der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Berufsgruppen nach Geschlecht und Gesamt



Nur bei Frauen ein erhöhter Krankenstand in personenbezogenen Dienstleistungsberufen

Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2019.

Anmerkung: Personenbezogene Dienstleistungsberufe fasst alle Beschäftigten zusammen mit Tätigkeit im Sektor S2 (Personenbezogene Dienstleistungsberufe) und in der Berufsgruppe 62 (Verkaufsberufe).

Tabelle 13 stellt dar, in welchen Tätigkeitsfeldern innerhalb der personenbezogenen Dienstleistungsberufe der Krankenstand besonders auffällig ist. Der leicht erhöhte Krankenstand bei den personenbezogenen Dienstleistungsberufen entspricht rund sechs Prozent mehr Fehltagen in dieser Gruppe.

Die meisten Fehltag innerhalb der Berufsgruppe entfallen auf das Berufssegment der medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufe, wo mit 1.723,9 Fehltagen je 100 Versichertenjahre 17 Prozent mehr Fehltag zu verzeichnen sind als in den übrigen Berufsgruppen ohne die personenbezogenen Dienstleistungsberufen, bei Frauen ist hier der Krankenstand und damit auch die Zahl der Fehltag sogar um 26 Prozent und bei Männern um 10 Prozent gegenüber den übrigen Berufsgruppen erhöht. Die Krankenstände in den beiden Berufshauptgruppen innerhalb dieses Segments liegen bei Männern mit 4,3 Prozent bei den medizinischen Gesundheitsberufen (Krankenpflege, Ärzte, Medizinische Fachangestellte etc.) und 4,6 Prozent bei den nicht-medizinischen Gesundheitsberufen (Altenpflege, Körperpflege etc.) relativ nahe beieinander. Bei Frauen verhält sich das anders, hier liegt der Krankenstand für die

Besonders viele Fehltag in Gesundheitsberufen

medizinischen Gesundheitsberufe bei 4,9 Prozent und für die nicht-medizinischen Gesundheitsberufe mit 6,0 Prozent deutlich darüber.

Verkaufsberufe auf Platz zwei der Fehlzeiten

Innerhalb der Berufsgruppen der personenbezogenen Dienstleistungen folgen an zweiter Stelle die Verkaufsberufe mit 1.586,8 Fehltagen je 100 Versichertenjahre, auffällig ist hier vor allem die erhöhte Dauer einer Krankschreibung von 15,0 Tagen gegenüber 13,6 Tagen in allen personenbezogenen Dienstleistungsberufen und 11,9 Tagen bei den übrigen Berufsgruppen.

Die Kennzahlen für die Berufssegmente in der Berufsgruppe der personenbezogenen Dienstleistungsberufe sind in Tabelle 13 dargestellt. Eine tiefere Differenzierung der Kennzahlen nach Berufshauptgruppen findet sich in Tabelle 14.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass innerhalb der personenbezogenen Dienstleistungsberufe die Gruppe der medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufe besonders ins Auge fallen. Hier ist der Krankenstand bei Männern und bei Frauen gegenüber den übrigen Berufsgruppen deutlich erhöht. In allen anderen Teilbereichen finden sich nur bei Frauen auffällig hohe Krankenstände, wenig auffällig ist hier nur das Berufssegment Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe.

Tabelle 13: Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit nach Tätigkeitsbereichen und Geschlecht

	AU-Tage je 100 VJ	AU-Fälle je 100 VJ	Falldauer in Tagen	Kranken- stand
Personenbezogene Dienstleistungsberufe	1.340,6	97,2	13,8	3,7 %
Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe (S21)	1.312,7	91,0	14,4	3,6 %
Männer Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe (S22)	1.602,5	110,3	14,5	4,4 %
Soziale und kultu- relle Dienstleis- tungsberufe (S23)	1.181,3	97,0	12,2	3,2 %
Verkaufsberufe (62)	1.341,8	93,0	14,4	3,7 %
Übrige Berufs- gruppen	1.458,5	116,8	12,5	4,0 %

		AU-Tage je 100 VJ	AU-Fälle je 100 VJ	Falldauer in Tagen	Kranken- stand
Frauen	Personenbezogene Dienstleistungsberufe	1.808,9	134,8	13,4	5,0 %
	Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe (S21)	1.607,3	113,9	14,1	4,4 %
	Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe (S22)	1.866,0	133,5	14,0	5,1 %
	Soziale und kultu- relle Dienstleis- tungsberufe (S23)	1.773,8	154,4	11,5	4,9 %
	Verkaufsberufe (62)	1.873,5	121,3	15,4	5,1 %
	Übrige Berufs- gruppen	1.479,2	130,2	11,4	4,1 %
Gesamt	Personenbezogene Dienstleistungsberufe	1.556,4	114,5	13,6	4,3 %
	Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe (S21)	1.448,4	101,6	14,3	4,0 %
	Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe (S22)	1.723,9	121,0	14,3	4,7 %
	Soziale und kultu- relle Dienstleis- tungsberufe (S23)	1.454,3	123,4	11,8	4,0 %
	Verkaufsberufe (62)	1.586,8	106,0	15,0	4,3 %
	Übrige Berufs- gruppen	1.468,0	123,0	11,9	4,0 %

Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2019.
Bundesagentur für Arbeit (2015)

Anmerkung: Personenbezogene Dienstleistungsberufe fasst alle Beschäftigten zusammen mit Tätigkeit im Sektor S2 (Personenbezogene Dienstleistungsberufe) und in der Berufsgruppe 62 (Verkaufsberufe).

Tabelle 14: Krankenstand nach Berufshauptgruppen und Geschlecht

	Berufssegment	Berufshauptgruppe	Krankenstand
Männer	Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe (S21)	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung (29)	4,0 %
		Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe (63)	2,8 %
	Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe (S22)	Medizinische Gesundheitsberufe (81)	4,3 %
		Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik (82)	4,6 %
	Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe (S23)	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie (83)	4,0 %
		Lehrende und ausbildende Berufe (84)	2,2 %
		Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe (91)	3,0 %
		Darstellende und unterhaltende Berufe (94)	3,0 %
	Handelsberufe (S31)	Verkaufsberufe (62)	3,7 %
	Frauen	Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe (S21)	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung (29)	5,1 %
Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe (63)			3,9 %
Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe (S22)		Medizinische Gesundheitsberufe (81)	4,9 %
		Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik (82)	6,0 %
Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe (S23)		Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie (83)	5,3 %
		Lehrende und ausbildende Berufe (84)	3,2 %
		Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe (91)	4,0 %
		Darstellende und unterhaltende Berufe (94)	2,7 %
Handelsberufe (S31)		Verkaufsberufe (62)	5,1 %

	Berufssegment	Berufshauptgruppe	Krankenstand
Gesamt	Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe (S21)	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung (29)	4,5 %
		Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe (63)	3,3 %
	Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe (S22)	Medizinische Gesundheitsberufe (81)	4,6 %
		Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik (82)	5,3 %
	Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe (S23)	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie (83)	4,6 %
		Lehrende und ausbildende Berufe (84)	2,7 %
		Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe (91)	3,5 %
		Darstellende und unterhaltende Berufe (94)	2,9 %
	Handelsberufe (S31)	Verkaufsberufe (62)	4,3 %

Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2019. Bundesagentur für Arbeit (2015)

Anmerkung: Personenbezogene Dienstleistungsberufe fasst alle Beschäftigten zusammen mit Tätigkeit im Sektor S2 (Personenbezogene Dienstleistungsberufe) und in der Berufsgruppe 62 (Verkaufsberufe).

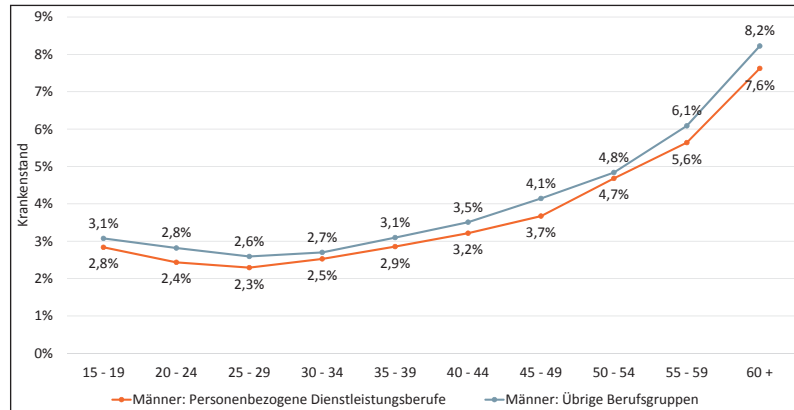
Arbeitsunfähigkeit im Berufsfeld nach Altersgruppen

Die Betrachtung des Krankenstandes nach Altersgruppen zeigt, dass sich für Männer und Frauen in jeder Altersgruppe der Unterschied zwischen den personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Berufsgruppen genauso darstellt, wie auf Ebene des altersstandardisierten Gesamtwertes. Bei Männern liegt der Krankenstand in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen in allen Altersgruppen leicht über dem der übrigen Berufsgruppen. Bei Frauen verhält es sich genau umgekehrt. Für alle Altersgruppen zeigt sich ein höherer Krankenstand in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen. Dieser Abstand wächst mit steigendem Alter.

Darüber hinaus ist zu erkennen, dass der Krankenstand der Frauen in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen in allen Altersgruppen deutlich über dem der Männer liegt. Bei den übrigen Berufsgruppen liegt der Krankenstand nur in den Altersgruppen zwischen 25 und 39 Jahren deutlich über dem der Männer, danach sind

die Werte fast gleich. Ab einem Alter von etwa 50 Jahren ist der Krankenstand der Männer höher.

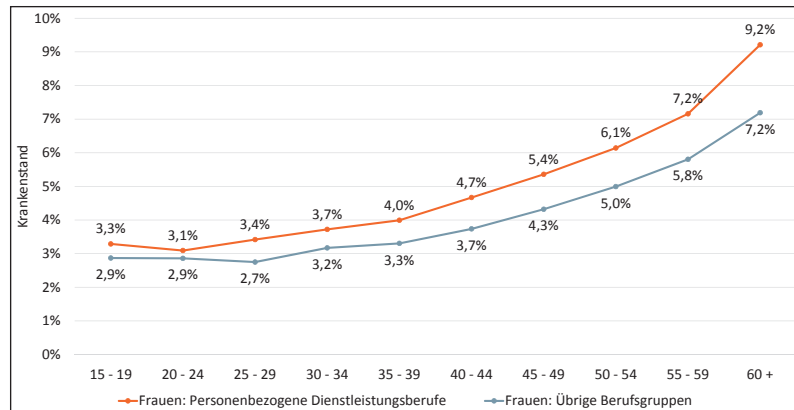
Abbildung 44: Krankenstand der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Berufsgruppen nach Altersgruppen: Männer



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2019.

Anmerkung: Personenbezogene Dienstleistungsberufe fasst alle Beschäftigten zusammen mit Tätigkeit im Sektor S2 (Personenbezogene Dienstleistungsberufe) und in der Berufsgruppe 62 (Verkaufsberufe).

Abbildung 45: Krankenstand der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Berufsgruppen nach Altersgruppen: Frauen



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2019.

Anmerkung: Personenbezogene Dienstleistungsberufe fasst alle Beschäftigten zusammen mit Tätigkeit im Sektor S2 (Personenbezogene Dienstleistungsberufe) und in der Berufsgruppe 62 (Verkaufsberufe).

Arbeitsunfähigkeit im Berufsfeld nach Erkrankungsgruppen

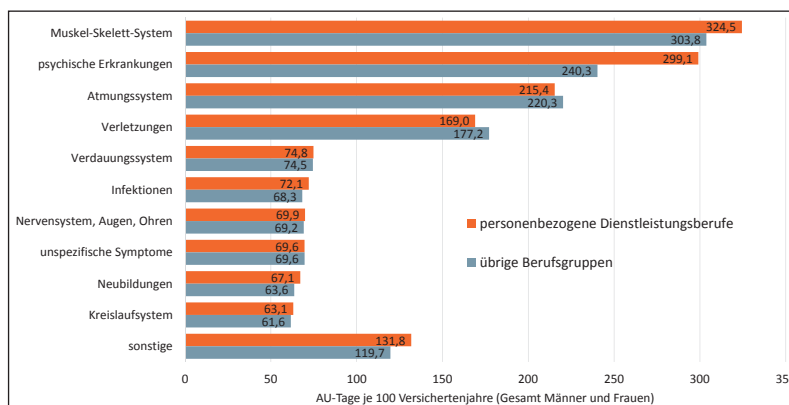
Die meisten Fehltag von Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen wurden durch Muskel-Skelett-Erkrankungen

begründet, gefolgt von psychischen Erkrankungen und Erkrankungen des Atmungssystems an dritter Stelle. Der in Abbildung 46 dargestellte Vergleich zu den übrigen Berufsgruppen zeigt, dass es bezüglich dieser Reihenfolge keine Unterschiede gibt. In den einzelnen Erkrankungsgruppen bestehen aber teilweise deutliche Unterschiede. Insgesamt liegt der Krankenstand in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen sechs Prozent über dem der übrigen Berufsgruppen. Bei den Fehltagen wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen sind es rund sieben Prozent mehr bei den personenbezogenen Dienstleistungsberufen.

Größer ist der Abstand bei den psychischen Erkrankungen. Dadurch werden mit 299 Fehltagen je 100 Versichertenjahre fast ein Viertel mehr Fehltag begründet als in den übrigen Berufsgruppen. Psychische Erkrankungen haben daher mit 19 Prozent auch in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen einen deutlich höheren Anteil am Krankenstand insgesamt (übrige Berufsgruppen 16 Prozent).

Auf Atemwegserkrankungen und Verletzungen entfallen insgesamt sogar weniger Fehltag in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen (vgl. Abbildung 46).

Abbildung 46: Fehltag der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Berufsgruppen nach Erkrankungsgruppen



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2019.

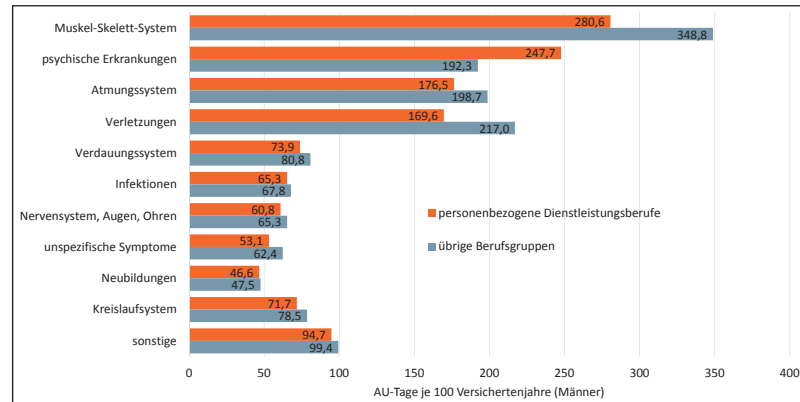
Anmerkung: Personenbezogene Dienstleistungsberufe fasst alle Beschäftigten zusammen mit Tätigkeit im Sektor S2 (Personenbezogene Dienstleistungsberufe) und in der Berufsgruppe 62 (Verkaufsberufe).

Der Vergleich der Fehlzeiten zwischen den beiden Vergleichsgruppen für Männer und Frauen getrennt, unterstreicht die besondere Bedeutung von Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen bei Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen. Obwohl Männer in diesem Berufsfeld insgesamt acht Prozent weniger Fehltag durch Krankschreibung haben, übersteigt die Zahl der Fehltag durch psychische Erkrankungen die der übrigen Berufsgruppen um 29 Prozent. Wie Abbildung 47 zeigt, entfallen bei Männern in perso-

Psychische Erkrankungen spielen in personenbezogenen Dienstleistungsberufen eine größere Rolle

nenbezogenen Dienstleistungsberufen 248 Fehltage durch psychische Erkrankungen auf 100 Versichertenjahre und in den anderen Berufsgruppen nur 192. In allen anderen Erkrankungsgruppen sind es in den übrigen Berufsgruppen mehr Fehltage.

Abbildung 47: Fehltage der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Berufsgruppen nach Erkrankungsgruppen: Männer



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2019.

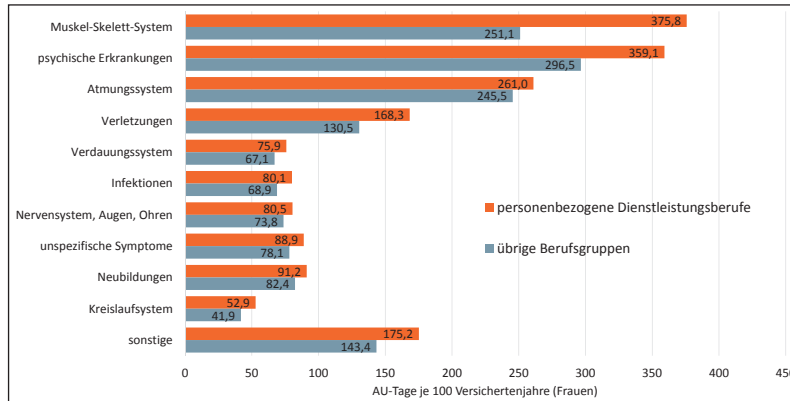
Anmerkung: Personenbezogene Dienstleistungsberufe fasst alle Beschäftigten zusammen mit Tätigkeit im Sektor S2 (Personenbezogene Dienstleistungsberufe) und in der Berufsgruppe 62 (Verkaufsberufe).

Der in Abbildung 48 dargestellte Vergleich des Fehlzeitspektrums zeigt zwar auch für Frauen ein Mehr an Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen, allerdings unterscheiden sich die beiden Vergleichsgruppen nicht hinsichtlich der Bedeutung von psychischen Erkrankungen für den Gesamtkrankenstand. In beiden Gruppen liegt dieser Anteil bei rund 20 Prozent.

Bei Frauen fallen besonders viele Fehlzeiten durch Muskel-Skelett-Erkrankungen auf. In der Gruppe der weiblichen Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen sind es um die Hälfte mehr Fehltage als in den übrigen Berufsgruppen (plus 50 Prozent).

Deutlich mehr Fehlzeiten bei Frauen in personenbezogenen Dienstleistungsberufen durch Muskel-Skelett-Erkrankungen

Abbildung 48: Fehltag der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Berufsgruppen nach Erkrankungsgruppen: Frauen



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit.

Anmerkung: Personenbezogene Dienstleistungsberufe fasst alle Beschäftigten zusammen mit Tätigkeit im Sektor S2 (Personenbezogene Dienstleistungsberufe) und in der Berufsgruppe 62 (Verkaufsberufe).

Ambulante Behandlungsquoten zum Thema Interaktionsarbeit

In diesem Abschnitt sollen untersucht werden, ob Unterschiede zwischen der Gruppe der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den Beschäftigten in den übrigen Berufsgruppen hinsichtlich der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung bestehen.

Die Fehlzeitenanalyse der beiden Gruppen hat gezeigt, dass vornehmlich Frauen in personenbezogenen Dienstleistungsberufen mehr krankheitsbedingte Ausfallzeiten haben als in anderen Berufsgruppen. Besonders deutlich war der Unterschied bei Fehlzeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen wo auch bei Männern in dieser Berufsgruppe mehr Fehlzeiten zu verzeichnen sind. Es stellt sich also die Frage, ob sich diese Unterschiede auch in der ambulanten Versorgung zeigen.

Um der Frage nachzugehen wurden Behandlungsquoten berechnet, die angeben, welcher Anteil der Beschäftigten innerhalb eines Jahres mindestens einen ambulanten Behandlungsfall hatte, für den eine Diagnose gestellt wurde. Über alle Diagnosen hinweg konnte bezüglich dieser Quote kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen ermittelt werden. Der Anteil der Beschäftigten mit einem Behandlungsfall lag in beiden Gruppen bei 81 Prozent²⁰.

Keine Unterschiede bei den Behandlungsquoten

²⁰ Aus Gründen der Datengenerierung unterschätzt diese Quote den Anteil insgesamt leicht, aber in beiden Gruppen gleichmäßig.

Tabelle 15 stellt die Behandlungsquoten²¹ der beiden Gruppen nach Diagnosen gegenüber. Einen ambulanten Behandlungsfall, für den eine Diagnose aus dem Kapitel der Infektionen notiert wurde, hatten beispielsweise 24 Prozent der Beschäftigten in der Berufsgruppe der personenbezogenen Dienstleistungsberufe und 23 Prozent in der Gruppe der übrigen Berufe.

Insgesamt zeigt der Vergleich der beiden Gruppen allenfalls kleine Unterschiede. Um mehr als einen Prozentpunkt unterscheiden sich nur die Behandlungsquoten bei den psychischen Erkrankungen. Hier liegt der Wert in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen bei 31 Prozent und der in den übrigen Berufsgruppen bei 29 Prozent.

Auch differenziert nach Männern und Frauen werden keine deutlich größeren Unterschiede sichtbar. Der höhere Krankenstand der Frauen in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen und die längeren Ausfallzeiten der Männer durch psychische Erkrankungen geht demnach nicht mit einer stärkeren Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung, gemessen an den Behandlungsquoten, einher. Umgekehrt kann festgehalten werden, dass es in personenbezogenen Dienstleistungsberufen trotz gleicher Behandlungsquote zu mehr Fehltagen kommt. Die Gründe für die Fehlzeiten sind daher vermutlich nicht alleine im Auftreten der Erkrankung, sondern auch in der Tätigkeit zu suchen.

Tabelle 15: Behandlungsquoten nach Diagnosegruppe und Geschlecht

	Gesamt		Männer		Frauen	
	Andere Berufe	PD. Berufe	Andere Berufe	PD. Berufe	Andere Berufe	PD. Berufe
Infektionen	23 %	24 %	22 %	21 %	25 %	27 %
Neubildungen	15 %	14 %	9 %	9 %	21 %	19 %
Blut	5 %	5 %	3 %	3 %	7 %	8 %
Endokrine	31 %	31 %	25 %	23 %	39 %	39 %
Psychische Erkrankungen	29 %	31 %	24 %	25 %	35 %	37 %
Nervensystem, Augen, Ohren	34 %	33 %	29 %	28 %	40 %	39 %
Kreislaufsystem	26 %	26 %	25 %	23 %	28 %	30 %

²¹ Basis stellen alle Behandlungsfälle mit einer gesicherten Diagnose in der jeweiligen ICD Gruppe dar.

	Gesamt		Männer		Frauen	
	Andere Berufe	PD. Berufe	Andere Berufe	PD. Berufe	Andere Berufe	PD. Berufe
Atmungssystem	46 %	46 %	43 %	41 %	50 %	51 %
Verdauungssystem	24 %	24 %	23 %	22 %	25 %	26 %
Haut	21 %	20 %	16 %	16 %	27 %	26 %
Muskel-Skelett-System	44 %	43 %	42 %	38 %	47 %	50 %
Urogenitalsystem	32 %	31 %	10 %	10 %	58 %	56 %
Schwangerschaft					5 %	6 %
Symptome	35 %	34 %	28 %	27 %	42 %	43 %
Verletzungen	22 %	21 %	20 %	19 %	23 %	23 %
Äußere Ursachen und Faktoren	49 %	48 %	30 %	29 %	71 %	70 %

Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2018.

Anmerkung: PD.: Personenbezogene Dienstleistungsberufe fasst alle Beschäftigten zusammen mit Tätigkeit im Sektor S2 (Personenbezogene Dienstleistungsberufe) und in der Berufsgruppe 62 (Verkaufsberufe).

4.4.3 Anforderungen und Belastungen von Interaktionsarbeit: Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung

In welchem Ausmaß haben Beschäftigte mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun?

Ein gutes Drittel der Beschäftigten (35 Prozent) hat ständig oder fast ständig mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun. Die Arbeit dieser Beschäftigtengruppe besteht sehr wahrscheinlich nahezu ausschließlich oder weit überwiegend im Umgang mit Kunden, Patienten oder Klienten, wie z. B. bei Beschäftigten im Verkauf, in Service- und Callcentern, in der Alten- oder Krankenpflege, in der sozialen Arbeit usw. (Abbildung 49).

Hinzu kommt ein Anteil von einem guten Viertel (25 Prozent), der mehrmals täglich im Kundenkontakt steht, oder mit Patienten oder Klienten interagiert. Insgesamt stehen somit 60 Prozent der Beschäftigten entweder (fast) ständig oder mehrmals täglich in Kontakt mit Kunden, Patienten oder Klienten.

Einer Arbeit ganz ohne Kontakt mit Kunden, Patienten oder Klienten gehen 14 Prozent der Beschäftigten nach. Weitere 10 Prozent haben seltener als mehrmals pro Woche mit Kunden zu tun. Insgesamt

Ein Drittel der Beschäftigten hat ständig oder fast ständig mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun

hat also etwa ein Viertel der Beschäftigten nie oder selten Kontakt mit Kunden, Patienten oder Klienten.

Interaktionsarbeitende im engeren und im weiteren Sinne

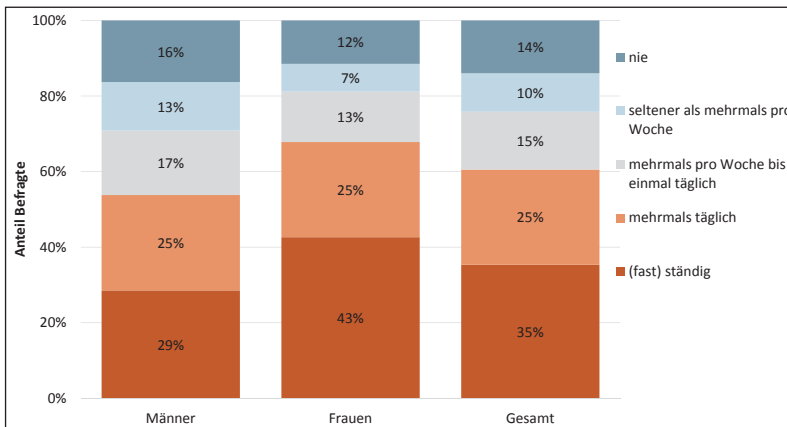
Die Arbeit der Beschäftigtengruppe, die (fast) ständig mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun hat, wird – davon kann ausgegangen werden – wesentlich in der Arbeit mit und am Kunden, Patienten oder Klienten bestehen. Demgegenüber gilt für die Gruppe, die „nur“ mehrmals täglich mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun hat, dass deren Arbeit zwar mit sehr viel Kundenkontakt einhergeht, sie aber nicht (nur) in der Arbeit mit und am Kunden besteht. Aus dieser Überlegung heraus werden die Befragten in folgende Gruppen eingeteilt, auf die im Verlaufe des Abschnitts immer wieder Bezug genommen wird:

- Als Interaktionsarbeitende im engeren Sinne werden die Beschäftigten bezeichnet, die ständig oder fast ständig mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben.
- Als Interaktionsarbeitende im weiteren Sinne gelten Beschäftigte, die mehrmals täglich im Kundenkontakt stehen bzw. mit Patienten oder Klienten zu tun haben.
- Als Beschäftigte mit Kontakt zu Kunden, Patienten oder Klienten gelten alle, die wenigstens mehrmals pro Woche Kunden-, Patienten- oder Klientenkontakt haben, sie schließen die Interaktionsarbeitenden ein. Viele Fragen zur Interaktionsarbeit wurden nur dieser Gruppe gestellt, nicht jedoch Befragten, die seltener als mehrmals pro Woche im Kunden-, Patienten- oder Klientenkontakt stehen.

Frauen sind zu einem deutlich größeren Anteil Interaktionsarbeitende i. e. S.

Frauen sind mit 43 Prozent zu einem deutlich größeren Anteil Interaktionsarbeiterinnen i. e. S. als Männer. Aber auch unter den männlichen Beschäftigten gibt es einen hohen Anteil Interaktionsarbeiter i. e. S. (29 Prozent), der also ständig oder fast ständig im Kundenkontakt steht. Bei der Gruppe der Interaktionsarbeitenden i. w. S. zeigt sich dagegen kein Geschlechterunterschied – sowohl Männer als auch Frauen haben zu 25 Prozent zwar viel, aber eben nicht ständig mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun.

Abbildung 49: Häufigkeit des Kontakts mit Kunden, Patienten oder Klienten nach Geschlecht

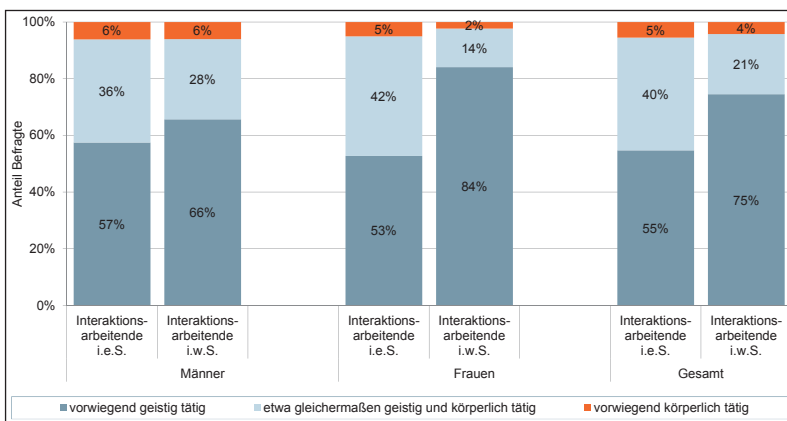


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Fragewortlaut: Wie häufig haben Sie bei Ihrer Arbeit mit Kunden, Klienten oder Patienten zu tun?
 Basis: Alle Befragten. N (Männer/Frauen)=3.641/3.382.

Interaktionsarbeitende arbeiten mehrheitlich entweder vorwiegend geistig oder etwa gleichermaßen geistig und körperlich. Nur sehr wenige arbeiten vorwiegend körperlich (Abbildung 50). Die Interaktionsarbeitenden i. e. S. arbeiten zu 55 Prozent vorwiegend geistig, zu 40 Prozent geistig und körperlich. Im Unterschied dazu arbeiten die Interaktionsarbeiter i. w. S. weit mehrheitlich vorwiegend geistig (75 Prozent) und nur zu 21 Prozent etwa gleichermaßen geistig und körperlich. Dieser Befund gilt für Frauen in besonderem Maße: sie arbeiten zu 84 Prozent geistig, wenn sie „nur“ mehrmals täglich mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben.

Interaktionsarbeit ist entweder vorwiegend geistig oder gleichermaßen geistig und körperlich

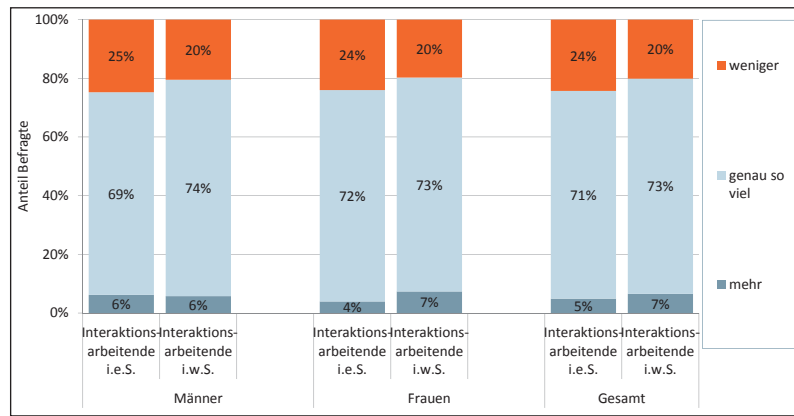
Abbildung 50: geistige, körperliche oder gemischte Tätigkeit der Interaktionsarbeitenden



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
 Basis: Befragte, die (fast) ständig oder mehrmals täglich mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben. N (Männer/Frauen)=1.975/2.292.

Bei der großen Mehrheit der Interaktionsarbeitenden entspricht der Kontakt zu Kunden-, Patienten oder Klienten ihrer Präferenz (Abbildung 51). Nur 24 Prozent der Interaktionsarbeitenden i. e. S. und 20 Prozent der Interaktionsarbeitenden i. w. S. wünschen sich, weniger mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun zu haben. Hierbei zeigen sich praktisch keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Abbildung 51: Mehr, weniger oder genauso viel mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben: Wünsche der Befragten



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Befragte, die (fast) ständig oder mehrmals täglich mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben. N (Männer/Frauen)=1.909/2.243.

„Die Bedeutung von Kundenkontakt bzw. Interaktionsarbeit wächst gerade im Zuge der Digitalisierung. Denn während Routinetätigkeiten zunehmend automatisiert werden, nehmen Tätigkeiten zu, die ‚soziale und kreative Intelligenz‘ benötigen. Die Arbeit mit Menschen bringt dabei besondere Belastungen mit sich vor allem in Bezug auf die Arbeitsintensität, die emotionalen Anforderungen und die Arbeitszeit. Wichtig dabei ist, dass die Digitalisierung nicht technikgetrieben stattfindet – nach dem Motto ‚alles was technisch möglich und finanziell umsetzbar ist, muss umgesetzt werden‘. Zuerst müssen bei der Digitalisierung von Dienstleistungsarbeit alle (auch die bisher unberücksichtigten) Arbeitsanforderungen, die die Beschäftigten bei der personenbezogenen Arbeit mit Kundinnen und Kunden, Klientinnen und Klienten sowie Patientinnen und Patienten etc. leisten, innovativ einbezogen, berücksichtigt und durch die Technikentwicklung eher unterstützt als entwertet oder abgeschafft werden.

Gerade in den Kunden- und Callcentern werden die ersten KI-Systeme in Form von Chat-/Voicebots angewendet, die wie die Digitalisierung zuvor, Tätigkeiten wegrationalisieren.“

Christoph Schmitz, Mitglied im ver.di-Bundesvorstand

Nach dieser Charakterisierung der Interaktionsarbeitenden ist zu prüfen, inwiefern die Überlegungen zu Interaktionsarbeit zutreffend sind? Zeigt sich auch empirisch, dass die Arbeit mit Kunden, Patienten oder Klienten mit Gefühlsdarstellung, Gefühlsregulation und mit der Diskrepanz eigener und der dazustellenden Gefühle, mit Sensitivitätsanforderungen etc. einhergeht?

Anforderungen von Interaktionsarbeit

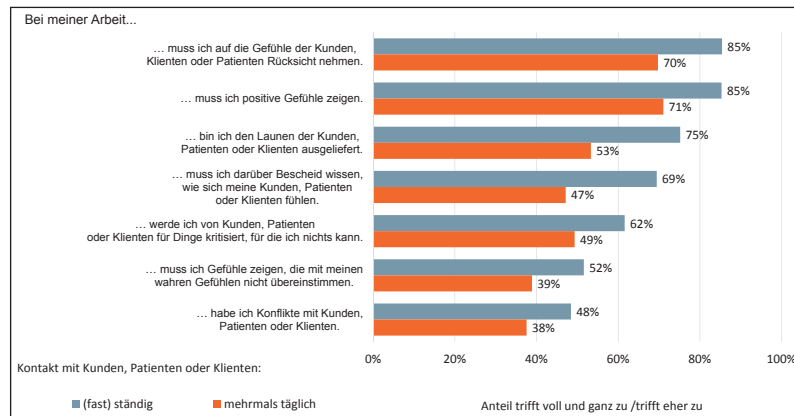
Die Arbeit mit Kunden, Patienten oder Klienten geht in hohem Maße mit den Anforderungen von Interaktionsarbeit einher, ganz besonders für die Interaktionsarbeitenden im engeren Sinne. (Abbildung 52). Für die allermeisten Beschäftigten mit (fast) ständigem Kontakt zu Kunden, Patienten oder Klienten gilt die Anforderung, auf deren Gefühle Rücksicht nehmen zu müssen (85 Prozent). Ebenso verbreitet ist die Anforderung, positive Gefühle zeigen zu müssen. Ein sehr großer Teil dieser Interaktionsarbeiter i. e. S. sieht sich den Launen der Kunden, Patienten oder Klienten ausgeliefert (75 Prozent). Sensitivitätsanforderungen, d. h. die Gefühle der Kunden, Patienten und Klienten zu kennen, müssen 69 Prozent der „Interaktionsarbeitenden“ gerecht werden.

Zwei Interaktionsarbeitsanforderungen, die wahrscheinlich mit einem besonderen Belastungspotenzial verbunden sind, bestehen an etwa die Hälfte der Beschäftigten mit (fast) ständigem Kunden-/Patienten-/Klientenkontakt: Sie müssen Gefühle zeigen, die mit den eigenen Gefühlen nicht übereinstimmen, und berichten von Konflikten mit Kunden, Patienten oder Klienten. Die genannten Anforderungen bestehen für Interaktionsarbeitende im weiteren Sinne eben-

Gefühle zeigen müssen, die mit den eigenen Gefühlen nicht übereinstimmen

falls, jedoch in nicht ganz so hohem Maße wie für Beschäftigte mit (fast) ständigem Kunden-, Patienten- oder Klientenkontakt (Abbildung 52).

Abbildung 52: Anforderungen der Interaktionsarbeit an Interaktionsarbeitende



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

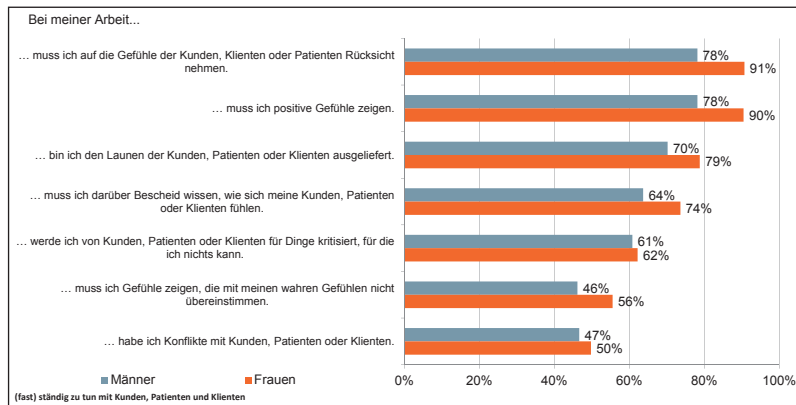
Basis: Befragte, die (fast) ständig (N=2.460–2.473) oder mehrmals täglich (N=1.740–1.762, je nach Item) mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben.

Anforderungen der Interaktionsarbeit sind für weibliche Interaktionsarbeitende in höherem Maße gegeben als für männliche

Alle genannten Anforderungen der Interaktionsarbeit berichten weibliche Beschäftigte mit (fast) ständigem Kunden-, Patienten- oder Klientenkontakt, zu größeren Anteilen als männliche Beschäftigte. Beispielsweise berichten 91 Prozent der Interaktionsarbeiterinnen i. e. S., aber nur 78 Prozent der Interaktionsarbeiter i. e. S., dass sie auf die Gefühle der Kunden, Klienten oder Patienten Rücksicht nehmen müssen. Ein fast gleich großer Unterschied zeigt sich auch bei der Anforderung, positive Gefühle zeigen zu müssen. Kaum gegeben ist der Geschlechterunterschied bei den Anforderungen „von Kunden, Patienten oder Klienten für Dinge kritisiert werden, für die ich nichts kann“ (62 bzw. 61 Prozent) sowie „Konflikte mit Kunden, Patienten oder Klienten“ (50 bzw. 47 Prozent) (Abbildung 53).

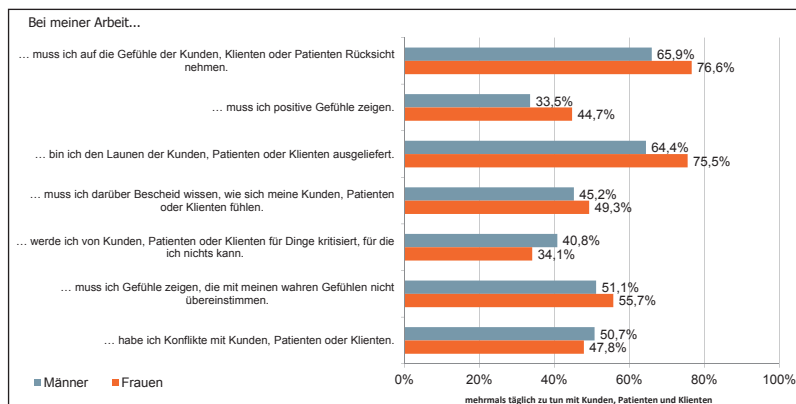
Ein ähnliches Bild bzgl. Geschlechterunterschieden zeigt sich auch, wenn die Interaktionsarbeitenden im weiteren Sinne betrachtet werden, also Beschäftigte, die mehrmals täglich mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben. Auch hier werden gemäß Selbstangaben Anforderungen der Interaktionsarbeit an Männer wie Frauen gestellt, an Frauen jedoch in höherem Maße (Abbildung 54).

Abbildung 53: Interaktionsarbeitsanforderungen nach Geschlecht bei Interaktionsarbeitern im engeren Sinne



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Befragte, die (fast) ständig mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben.
N (Männer/Frauen)=1.026–1.033/1.433–1.440 (je nach Item).

Abbildung 54: Interaktionsarbeitsanforderungen nach Geschlecht bei Interaktionsarbeitern im weiteren Sinne



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Befragte, die mehrmals täglich mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben.
N (Männer/Frauen)=905–917/835–846 (je nach Item).

Stellen diese Anforderungen eine (subjektiv berichtete) Belastung bzw. ein Stressor dar? Unterscheiden sie sich also in ihrem Potenzial, Stress auszulösen? Die Befragten, die die jeweilige Anforderung als „voll und ganz“ oder „eher“ zutreffend angaben, wurden gefragt, ob diese eine Belastung darstellt.²² Somit zeigt sich, welchen Anforderungen das größte Risiko innewohnt, ein Stressor zu sein (Abbildung 55):

Den Launen der Kunden, Patienten oder Klienten ausgeliefert sein stellt das größte Belastungspotenzial dar

²² Da hier der Begriff der Belastung im Fragebogen außerhalb der wissenschaftlichen Terminologie verwendet wurde, kann davon ausgegangen werden, dass die Befragten dies als eine negative Belastung (Fehlbelastung bzw. zu einer negativen Beanspruchungsfolge führenden Belastung) verstanden haben.

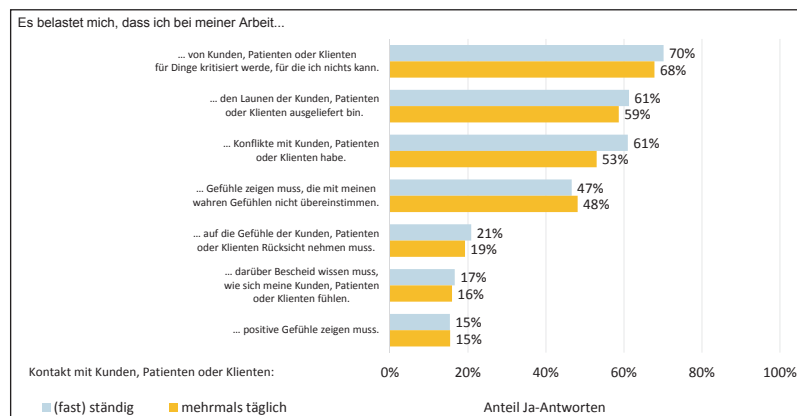
- Die Anforderung: „von Kunden, Patienten oder Klienten für Dinge kritisiert zu werden, für die man selbst nichts kann“, stellt für 70 Prozent der Betroffenen mit (fast) ständigem und für 68 Prozent der Betroffenen mit mehrmals täglichem Kunden-, Patienten oder Klientenkontakt eine Belastung dar.
- Den Launen der Kunden, Patienten oder Klienten ausgeliefert zu sein, ist für 61 Prozent der betroffenen Interaktionsarbeitenden i. e. S. und für 59 Prozent der Interaktionsarbeitenden i. w. S. eine Belastung.
- Konflikte mit Kunden, Patienten oder Klienten sind für 61 Prozent der Interaktionsarbeitenden i. e. S. und für 53 Prozent der Interaktionsarbeitenden i. w. S. eine Belastung.

Für diese drei Anforderungen scheint es eine nur geringe Rolle zu spielen, in welchem Ausmaß Beschäftigte mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben, denn auch diejenigen, die seltener Interaktionsarbeit leisten („nur“ mehrmals täglich), geben zu ähnlich hohen Anteil an, dass die jeweiligen Anforderungen eine Belastung darstellen.

Auf die Gefühle der Kunden, Patienten oder Klienten Rücksicht nehmen müssen stellt nur für wenige Betroffene eine Belastung dar

Während emotionale Dissonanz noch für knapp die Hälfte der Betroffenen eine Belastung darstellt, sind die weiteren Anforderungen nur noch für einen kleineren Teil der Betroffenen eine Belastung: Bescheid wissen über und Rücksicht nehmen auf die Gefühle der Kunden, Patienten und Klienten sowie positive Gefühle zeigen müssen, scheint der Mehrheit der Interaktionsarbeitenden wenig auszumachen (Abbildung 55).

Abbildung 55: Belastungen durch die Anforderungen von Interaktionsarbeit



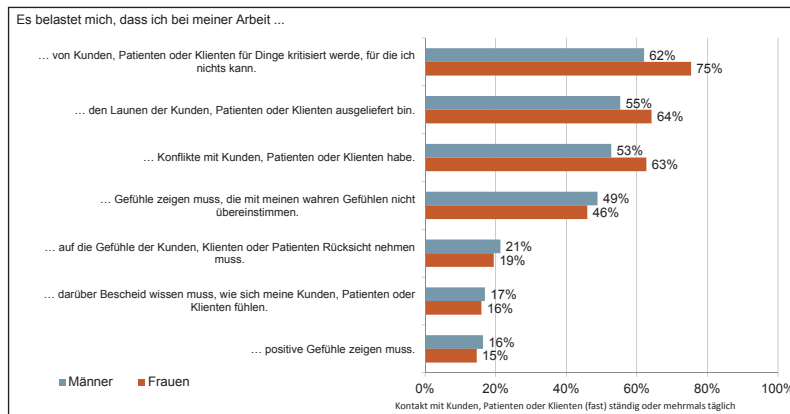
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Befragte, die mindestens mehrmals pro Woche mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben und die die jeweilige Anforderung mit „trifft voll und ganz zu“ oder „trifft eher zu“ beantwortet haben. N (Interaktionsarbeitende i. e. S. / i. w. S.)=1.178–2.084/651–1.205 (je nach Item).

Die drei identifizierten Anforderungen mit besonderem Belastungspotenzial stellen für Frauen noch häufiger eine Belastung dar als für Männer (Abbildung 56). Die anderen Anforderungen zeigen dagegen (fast) keine Geschlechterunterschiede. Für die Interpretation sei darauf hingewiesen, dass hier Männer und Frauen verglichen werden, die die jeweilige Anforderung als gegeben ansehen.

Für Frauen stellen Anforderungen der Interaktionsarbeit noch häufiger eine Belastung dar als für Männer

Abbildung 56: Belastungen durch die Anforderungen von Interaktionsarbeit nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

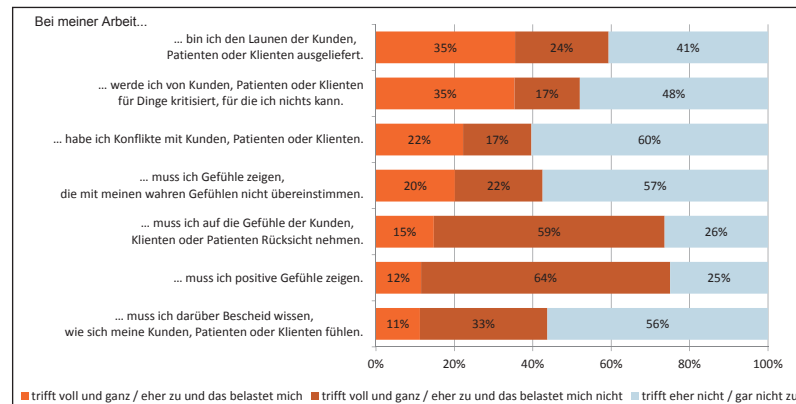
Basis: Interaktionsarbeitende (Befragte, die mindestens mehrmals täglich mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben), die die jeweilige Anforderung mit „trifft voll und ganz zu“ oder „trifft eher zu“ beantwortet haben. N (Männer/Frauen)= 761–1.379/990–1.911 (je nach Item).

Bezogen auf alle Beschäftigten im Kunden-, Patienten oder Klientenkontakt stellen die Anforderungen von Interaktionsarbeit wie in Abbildung 57 dargestellt eine Belastung dar. Ein Lesebeispiel: Für 59 Prozent (35+24 Prozent) der Beschäftigten im Kunden-, Patienten- oder Klientenkontakt trifft es zu („voll und ganz zu“ oder „eher zu“), dass sie den Launen der Kunden, Patienten oder Klienten ausgeliefert sind. Für 35 Prozent der Beschäftigten im Kunden-, Patienten- oder Klientenkontakt stellt dies eine (subjektiv berichtete) Belastung dar. Demgegenüber trifft es für 41 Prozent der Beschäftigten im Kunden-, Patienten- oder Klientenkontakt nicht zu, dass sie den Launen der Kunden, Patienten oder Klienten ausgeliefert sind.

Diese Analyse hat gegenüber der in Abbildung 55 dargestellten Analyse den Vorteil, dass das Vorliegen der Anforderung und die daraus ggf. resultierende Belastung gleichzeitig dargestellt wird. Im Ergebnis ergibt sich gleichwohl eine fast gleiche Rangfolge der Anforderungen wie in Abbildung 55. Die Bedeutung der Anforderungen „Den Launen der Kunden, Patienten oder Klienten ausgeliefert zu sein“, für Dinge kritisiert werden, für die man nichts kann“ und „Konflikte“ ist demnach zu unterstreichen, weil sie vergleichsweise häufig vorkommen und gleichzeitig eine Belastung darstellen.

Dagegen gilt für die Anforderungen „positive Gefühle zeigen müssen“, und „Rücksicht nehmen müssen auf die Gefühle der Kunden, Patienten oder Klienten“, dass sie zwar häufig im Kundenkontakt vorkommen, aber nur für einen kleinen Teil der „Betroffenen“ eine Belastung darstellen.

Abbildung 57: Anforderungen und selbst berichtete Belastung von Interaktionsarbeit bei Beschäftigten im Kunden-, Klienten- oder Patientenkontakt



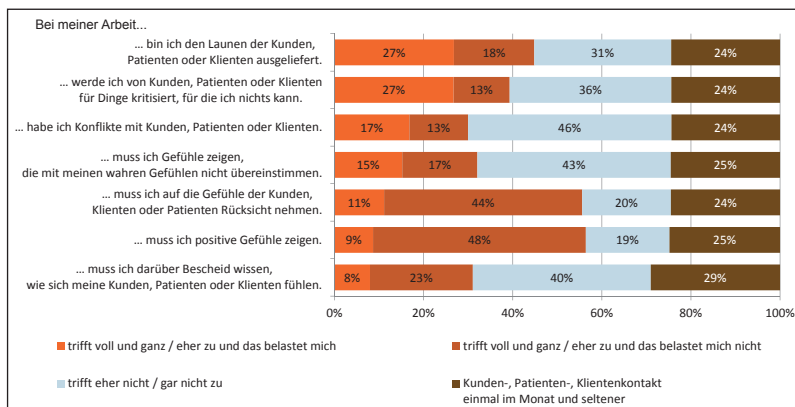
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Befragte, die mindestens mehrmals pro Woche mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben. N= 4.153–5.269 (je nach Item).

27 Prozent aller Beschäftigten belastet, weil sie den Launen der Kunden ausgeliefert sind

Die in Abbildung 58 dargestellte Analyse weitet die Basis der Betrachtung noch weiter aus und bezieht sich auf alle Beschäftigten, einschließlich derer, die nur selten oder nie Kunden-, Patienten oder Klientenkontakt haben. Hier zeigt sich, welche starke Verbreitung Anforderungen und Belastungen von Interaktionsarbeit unter allen Beschäftigten haben: 27 Prozent aller Beschäftigten fühlen sich belastet dadurch, dass sie den Launen der Kunden, Patienten oder Klienten ausgeliefert sind, ein ebenso großer Anteil fühlt sich belastet dadurch, dass er für „Dinge kritisiert wird“, für die man selbst nichts kann. 30 Prozent der Beschäftigten haben Konflikte mit Kunden, Patienten oder Klienten, 17 Prozent der Beschäftigten insgesamt fühlen sich dadurch belastet.

Abbildung 58: Anforderungen und selbst berichtete Belastung von Interaktionsarbeit bei allen Beschäftigten



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N=5.851–6.966 (je nach Item).

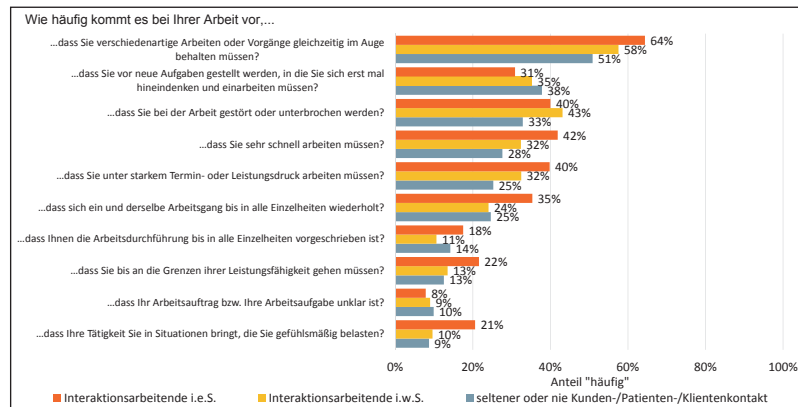
Ein großer Teil der hier betrachteten Belastungen betrifft Interaktionsarbeitende im besonderen Maße, solche mit (fast) ständigem Kunden-, Patienten- oder Klientenkontakt noch mehr als Interaktionsarbeitende i. w. S., die „nur“ mehrmals täglich mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben. Interaktionsarbeitende müssen häufiger als andere Beschäftigte Multitasking bewältigen, sehr schnell arbeiten, stehen unter Termin- und Leistungsdruck und müssen häufiger an die Grenzen der Leistungsfähigkeit gehen.²³ Dass die Tätigkeit mit gefühlsmäßig belastenden Situationen einhergeht, wurde bereits bei den spezifischen Anforderungen der Interaktionsarbeit herausgearbeitet, zeigt sich nun aber auch bei den allgemeiner formulierten Belastungen.

Zudem haben die Interaktionsarbeitenden i. e. S. häufig mit sich wiederholenden Arbeitsvorgängen zu tun, die u. U. eine Monotonie-Belastung darstellen können (Abbildung 59).

Interaktionsarbeitende haben viele Belastungen häufiger als andere Beschäftigtengruppen

²³ Vergleichbare Ergebnisse erzielte auch der Branchenreport Handel (Marschall/ Barthelmes 2015:71f.). Auch hier ging der vermehrte Kontakt mit Kunden mit „schnell arbeiten müssen“, Termin- und Leistungsdruck, und „an die Grenzen der Leistungsfähigkeit gehen müssen“ einher.

Abbildung 59: Allgemeine Belastungen nach Ausprägungen von Interaktionsarbeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten.

Anmerkung: Interaktionsarbeitende i.e.S. sind Beschäftigte, die (fast) ständig mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben. N= 2.462–2472; Interaktionsarbeitende i.w.S. haben mehrmals täglich Kunden-, Patienten- oder Klientenkontakt. N= 1.761–1.768. Beschäftigte mit seltenerem oder keinem oder Kunden-, Patienten- oder Klientenkontakt: N= 2.750–2.761.

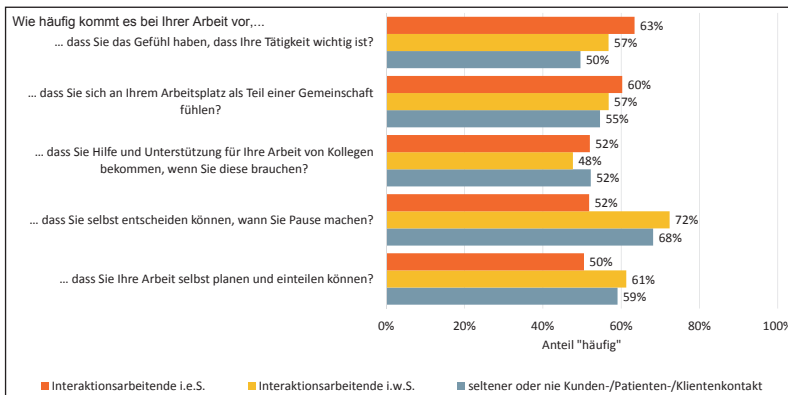
Interaktionsarbeitende haben häufiger das Gefühl, dass ihre Tätigkeit wichtig ist als andere Beschäftigte

Interaktionsarbeitende haben bestimmte Ressourcen häufiger als andere Beschäftigtengruppen: Sie haben häufiger das Gefühl, dass ihre Tätigkeit wichtig ist, fühlen sich häufiger als Teil einer Gemeinschaft am Arbeitsplatz und bekommen Anerkennung durch Kunden, Patienten oder Klienten. In bestimmten Bereichen zeigt sich jedoch auch ein Mangel an Ressourcen im Vergleich zu anderen Beschäftigtengruppen: V.a. Interaktionsarbeitende im engeren Sinne, also diejenigen, die (fast) ständig mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben, können zu deutlich geringeren Anteil selbst entscheiden, wann sie Pause machen. Sie können sich auch seltener ihre Arbeit selbst einteilen und haben etwas seltener Einfluss auf die zugewiesene Arbeitsmenge (Abbildung 61, Abbildung 62).

„Mit Blick auf Gestaltungsansätze von Interaktionsarbeit sind vor allem ausreichende Spielräume, Entscheidungen zu treffen, notwendig. Diese sind unter der Ökonomisierung der vergangenen Jahre weitgehend eingeschränkt worden. Interaktionsarbeit muss als integraler Bestandteil von Dienstleistungsarbeit verstanden werden und nicht als nettes Add-on, das man aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus auch weglassen kann. Die dafür erforderliche Zeit muss in Kostenberechnungen aufgenommen werden.“

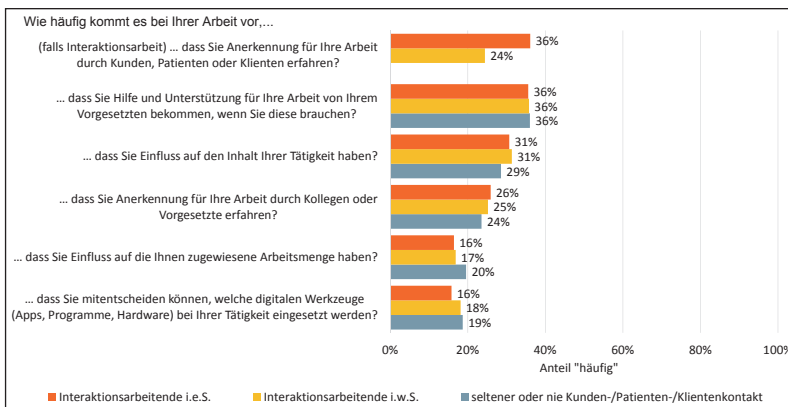
Ludwig Thiry, Leiter Bildungszentrum, Universitätsklinikum Köln

Abbildung 60: Ressourcen nach Ausprägungen von Interaktionsarbeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
 Basis: Alle Befragten. N (Interaktionsarbeitende i.e.S./Interaktionsarbeitende i.w.S./seltener oder nie Kunden-/Patienten-/Klientenkontakt)= 1.575–2.465/ 1.328–1762/ 2.691–2.754

Abbildung 61: Ressourcen nach Ausprägungen von Interaktionsarbeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
 Basis: Alle Befragten. N (Interaktionsarbeitende i.e.S./Interaktionsarbeitende i.w.S./seltener oder nie Kunden-/Patienten-/Klientenkontakt)= 1.575–2.465/ 1.328–1762/ 2.691–2.754

„Für Beschäftigte im Kundenkontakt ist die Digitalisierung insofern von Bedeutung, dass der Kundenkontakt technisch mediatisiert wird (z. B. Call-Center). Sofern (noch) unmittelbarer Kundenkontakt besteht, müssen die Inhalte und die Abläufe an eine digitalisierte bzw. digitalisierbare Dokumentation angepasst werden. Hierdurch können auch die Inhalte und Abläufe technisch vorstrukturiert und gesteuert werden (man kann erst einen bestimmten Inhalt ansprechen, wenn zuvor bestimmte Schritte durchgeführt wurden). Des Weiteren wird der direkte Kundenkontakt durch technische Dialogsysteme ersetzt (z. B. Banküberweisungen).“

Prof. Dr. Fritz Böhle, Universität Augsburg/ISF München

4.4.4 Interaktionsarbeit und mögliche Stressfolgen

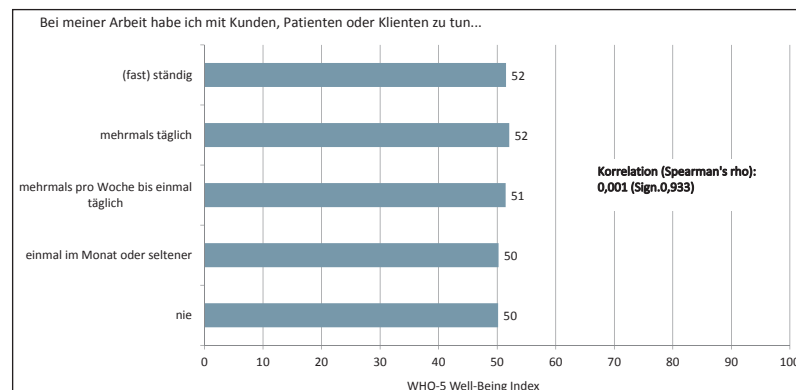
Interaktionsarbeit und Stressfolgen

Inwiefern zeigen sich bei Interaktionsarbeit negative Beanspruchungsfolgen („Stressfolgen“)? Zur Beantwortung dieser Frage wird im Folgenden das Vorliegen von Interaktionsarbeit mit bestimmten Outcomes in Verbindung gebracht, hier mit dem Wohlbefinden (WHO-5 Well-Being Index und selbst berichtetem Stress in den letzten zwei Wochen).

Das psychische Wohlbefinden zeigt keinen Zusammenhang mit der Häufigkeit des Kunden-, Patienten-, oder Klientenkontakts

Zunächst ist festzustellen, dass das psychische Wohlbefinden nicht mit der Häufigkeit des Kunden-, Patienten-, oder Klientenkontakts zusammenhängt. Alle Befragten, unabhängig wie häufig sie bei ihrer Arbeit mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben, erzielten auf dem WHO-5 Well-Being Index einen Punktwert von etwa 50 (Abbildung 62).

Abbildung 62: Psychisches Wohlbefinden (WHO-5 Well-Being Index) nach Häufigkeit der Arbeit mit Kunden-, Patienten oder Klienten



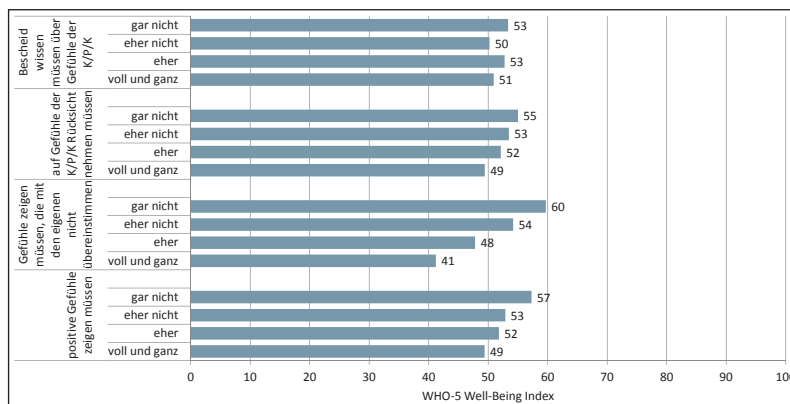
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N=6.894.

Jedoch finden sich sehr deutliche Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen den Anforderungen von Interaktionsarbeit und psychischem Wohlbefinden. Abbildung 63 und Abbildung 64 zeigen den bivariaten Zusammenhang zwischen den Anforderungen von Interaktionsarbeit und dem psychischen Wohlbefinden, gemessen mit dem WHO-5 Well-Being Index. Bis auf eine Ausnahme zeigt sich der folgende Zusammenhang: Je mehr eine Anforderung vorliegt, umso schlechter ist der Wert für das psychische Wohlbefinden. Am stärksten zeigt sich dieser Zusammenhang für die Anforderung „Gefühle zeigen müssen, die mit den eigenen Gefühlen nicht übereinstimmen“: wer diese Anforderung erfüllen muss („trifft voll und ganz zu“) hat einen Punktwert von 41, wer sie gar nicht erfüllen muss, hat einen Punktwert von 60.

Auch die Anforderung „von Kunden, Patienten oder Klienten für Dinge kritisiert werden, für die ich nichts kann“ zeigt einen starken Zusammenhang: Wer dieser Anforderung nicht ausgesetzt ist, erfreut sich mit einem Punktwert von 61 einem relativ guten Wohlbefinden, wer dieser Anforderung „voll und ganz“ ausgesetzt ist, muss ein relativ schlechtes Wohlbefinden von 44 hinnehmen. Vier weitere Anforderungen der Interaktionsarbeit hängen auf diese Weise mit dem psychischen Wohlbefinden zusammen. Nur die Anforderung „Bescheid wissen müssen über Gefühle der Kunden, Patienten oder Klienten“ zeigt diesen Zusammenhang nicht.

„Von Kunden, Patienten oder Klienten für Dinge kritisiert werden, für die ich nichts kann“

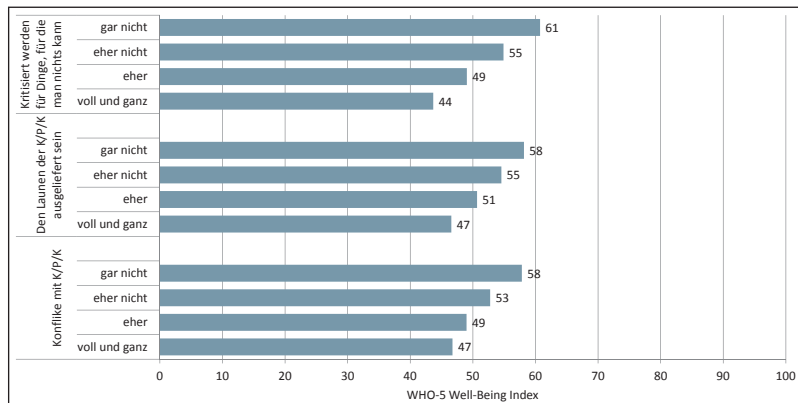
Abbildung 63: Zusammenhang von Anforderungen der Interaktionsarbeit und dem psychischen Wohlbefinden (als WHO-5 Well-Being-Index) (1/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

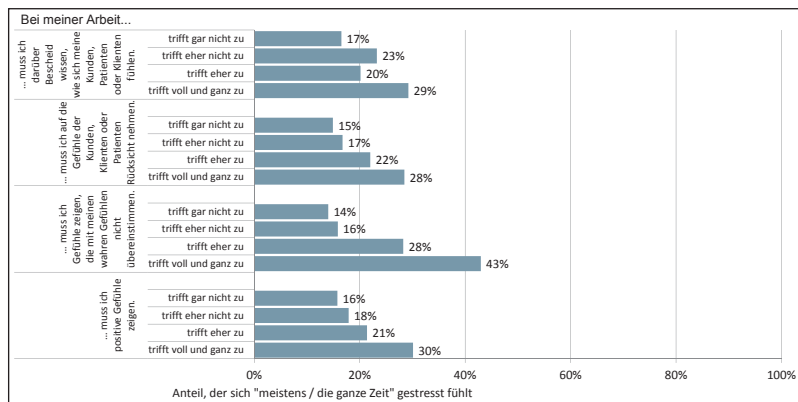
Basis: Befragte, die mindestens mehrmals pro Woche mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben. N=5.232.

Abbildung 64: Zusammenhang von Anforderungen der Interaktionsarbeit und psychischem Wohlbefinden (2/2)



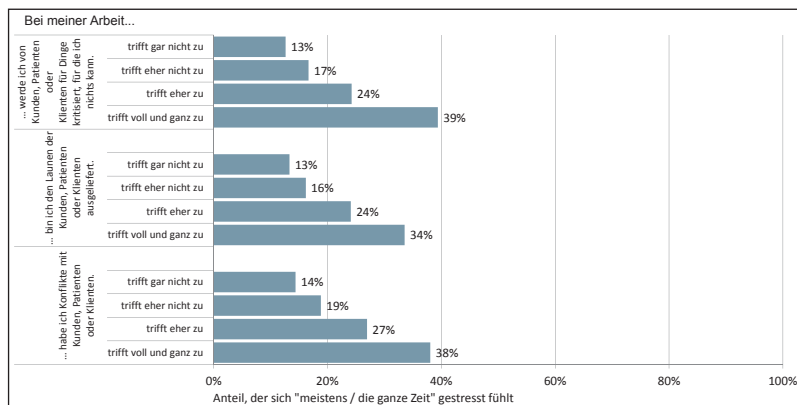
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
 Basis: Befragte, die mindestens mehrmals pro Woche mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben. N=5.232.

Abbildung 65: Zusammenhang von Anforderungen der Interaktionsarbeit und selbst berichtetem Stress (1/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
 Basis: Befragte, die mindestens mehrmals pro Woche mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben. N=5.212–5.252 (je nach Item).
 Anmerkung: Ausgewiesen ist der Anteil, der angibt, sich in den letzten zwei Wochen gestresst gefühlt zu haben.

Abbildung 66: Zusammenhang von Anforderungen der Interaktionsarbeit und selbst berichtetem Stress (2/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Befragte, die mindestens mehrmals pro Woche mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben. N= 5.246–5.253 (je nach Item).

Anmerkung: Ausgewiesen ist der Anteil, der angibt, sich in den letzten zwei Wochen gestresst gefühlt zu haben.

4.5 Digitalisierung der Arbeit

„Für Beschäftigte im Büro war zunächst der PC mit seiner spezifischen Bürosoftware (Textverarbeitung, Tabellenkalkulation etc.) ein großer Umbruch, dann das Internet und nun die Digitalisierung von immer mehr Arbeitsgegenständen (Stichwort: digitale Akte). Vermehrt können Arbeitsvorgänge auch durch Künstliche Intelligenz digitalisiert und automatisiert werden.

Die zunehmende Bildschirmarbeit führt zu spezifischen Belastungen wie Bewegungsarmut, ständiges Sitzen und eine besondere Belastung der Augen.

In der Produktion werden immer weniger Beschäftigte gebraucht, die Tätigkeiten verschoben sich hin zur Überwachung der Produktion und Wartung, auch zur ‚Werkstattprogrammierung‘. In den 1970er Jahren hielt vermehrt Gruppenarbeit Einzug in die Produktion sowie andere neue Managementkonzepte wie Lean.“

Christoph Schmitz, Mitglied im ver.di-Bundesvorstand

4.5.1 Was ist Digitalisierung von Arbeit?

Die Digitalisierung der Arbeit – „Sie steht als Schlagwort für die informationstechnologisch getriebenen Veränderungen von Wirtschaft und Arbeit insgesamt“ (BMAS 2017: 19). Sie ist ein Impuls und Treiber, der Arbeitsplätze und Tätigkeiten verändert, sie ist allgegenwärtig und wenige Arbeitsplätze sind von ihr ganz unberührt. Unter Di-

Digitalisierung ist ein facettenreicher Begriff

gitalisierung werden in der Literatur sehr unterschiedliche Dinge verstanden. Für manche Autoren ist sie vereinfacht gesagt einfach die Summe (digitaler) Technologien, die an einem Arbeitsplatz vorhanden sind und genutzt werden. Für andere sind es die Technologien, die vergleichsweise neu sind und gerade in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit große Fortschritte machen wie Robotik, Sensorik, Künstliche Intelligenz (KI) und lernende Algorithmen. Für wiederum andere ist es eine neue Qualität der Vernetzung nicht nur von Menschen und Arbeitsplätzen, sondern von „Dingen“, die sich über eine gesamte Wertschöpfungskette hinweg selbst organisieren und dabei noch die Wertschöpfungskette selbst optimieren („Industrie 4.0“).

Häufig wird Digitalisierung der Arbeit auch stark von den mittel- und unmittelbaren Folgen her gedacht und überschneidet sich stark mit dem Schlagwort von „Arbeit 4.0“. Digitalisierung ist dann die Flexibilisierung von Arbeitsort und Arbeitszeit, Automatisierung und Ersatz menschlicher Arbeit, das Verschwinden von Berufen, das Entstehen neuer Berufe, hohe Qualifikationsanforderungen für einige Beschäftigte und gleichzeitig das anspruchloser-werden jener Restarbeiten, die die Maschinen (noch) nicht können.

Digitalisierung manifestiert sich für Beschäftigte unterschiedlich

Weil die Digitalisierung facettenreich und komplex ist, und obwohl sie allgegenwärtig ist, manifestiert sie sich für Beschäftigte dann doch individuell und auf unterschiedliche Art und Weise (Böhm et al. 2016:13). Dies könnte der Grund dafür sein, dass sie so unterschiedlich aufgefasst wird.

Für diesen Report wird von einer relativ gegenstandsnahen Definition und Operationalisierung von Digitalisierung von Arbeit ausgegangen:

Digitalisierung von Arbeit bezieht sich auf Arbeitsmittel, den Arbeitsgegenstand und die Zusammenarbeit

Digitale Arbeit kann sich auf Arbeitsmittel, auf den Arbeitsgegenstand und auf die Zusammenarbeit beziehen, oftmals auf alle drei Aspekte. Arbeitsgegenstände sind dabei digitalisierte Informationen, z. B. ein Text, eine Kalkulation, ein Foto, eine digitale Personalakte, ein Softwarecode oder eine CAD-Konstruktion. Arbeitsmittel sind „komplexe digitalisierte Arbeitsumgebungen“, darunter vernetzte Laptops, Tablets und Smartphones. Digitalisierte Zusammenarbeit wäre Kommunikation, Koordination, Austausch von Arbeitsgegenständen etc. durch digitale Kommunikationsmittel (vgl. Boes et al.:12 f.).

Digitalisierung der Arbeit ist demnach der vermehrte Einsatz von bzw. die Verbreitung digitaler Technologien in der Arbeitswelt. Über die einfachen „Basistechnologien“ eines aktuellen Büroarbeitsplatzes hinaus sind im Besonderen Systeme zur automatischen Erfassung von Leistungen und Arbeitsfortschritten zu nennen, digitale Assistenz und Wissenssysteme (mit und ohne künstliche Intelligenz) sowie Smartphones und andere mobile Endgeräte.

„Der Begriff der Digitalisierung zur Beschreibung aktueller Veränderungen ist etwas irreführend, da digitale Technik in der Arbeitswelt bereits vor Jahrzehnten Einzug gehalten hat (z. B. durch den Computer). Die neue Qualität aktueller technischer Innovationen besteht m. E. in der umfassenden Vernetzung von Menschen und Maschinen, der enormen Beschleunigung von Datensammlung und -verarbeitung, den wachsenden Möglichkeiten ‚intelligenter‘ Algorithmen sowie den damit verbundenen Automatisierungspotenzialen. Wie sich diese Innovationen auf die Arbeitssituation der Beschäftigten auswirken, ist jedoch keine technische Frage, sondern hängt immer von sozialen Aushandlungsprozessen und (politischen) Entscheidungen ab.“

Dr. Rolf Schmucker, Institut DGB-Index Gute Arbeit

Warum findet die Diskussion um die Digitalisierung der Arbeit gerade jetzt statt, wo doch der Einzug digitaler Arbeitsmittel und -gegenstände in die Arbeitswelt längst vollzogen ist? Tatsächlich vollzieht sich der Übergang von analoger zu digitaler Technik seit den 1980er Jahren, die Verbreitung des Internets seit den 1990er Jahren und die Verbreitung mobiler Endgeräte seit den 2000er Jahren. Im Weißbuch „Arbeit 4.0“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) wird der aktuelle Stand der Digitalisierung so gesehen: Derzeit wird eine Schwelle überschritten, „an der die Digitalisierung weite Teile des täglichen Lebens, der Wertschöpfungsprozesse und des Arbeitens durchdringt“ (BMAS 2017:19). Die Technologien, die den digitalen Strukturwandel vorantreiben, werden sich in nächster Zeit so rasant weiterentwickeln, dass die Technik an „Tipping Points“ kommt, d. h. Verbesserungen erfährt, die nicht mehr schrittweise erfolgt, sondern zu „qualitativ neuen Anwendungen“ kommt, die sich rasch verbreiten. Dazu zählen gemäß der vom BMAS herangezogenen Experten selbstfahrende Autos, komplexe Produkte, die durch 3-D-Drucker hergestellt werden sowie Roboter, die hochwertige Dienstleistungen ausführen können.

Dabei spielen Fortschritte aus drei Bereichen eine Rolle (BMAS 2017:21):

- Die sich weiter steigernde Leistung von IT und Software, insbesondere der Prozessoren, die u. a. Algorithmen bis hin zur KI ermöglichen.
- Robotik und Sensorik, die immer günstiger wird und für die es immer mehr Anwendungsmöglichkeiten gibt, darunter neue Fertigungstechniken wie additive Verfahren.
- Neue Grade der Vernetzung, durch die die „cyber-physischen“ Systeme der Industrie 4.0 entstehen.

Wie alle großen Trends bietet auch die Digitalisierung im Allgemeinen als auch die Digitalisierung der Arbeit im Besonderen Chancen und birgt gleichzeitig Risiken.

Weißbuch „Arbeit 4.0“ des BMAS

Drei Bereiche, in denen aktuell besondere Fortschritte gemacht werden

Chancen der Digitalisierung von Arbeit

Chancen für die Arbeitsqualität ergeben sich unter anderem im Zusammenhang mit der Mensch-Maschine-Interaktion, wenn sich der Zuschnitt von Aufgaben und Rollen zwischen Mensch und Maschine verändert. Im besten Falle werden Beschäftigte von Routinetätigkeiten entlastet und finden mehr Möglichkeiten vor, ihre Kompetenzen zu entwickeln. Dies führt idealerweise auch zu einer besseren Arbeitsqualität, weil Arbeiten mit ungünstigem Belastungsprofil an Maschinen abgegeben werden können.

Es bieten sich möglicherweise auch neue Möglichkeiten der Teilhabe am Arbeitsleben, insofern körperliche Defizite oder sensorische Einschränkungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Hilfe von Assistenzsystemen kompensiert werden (BMAS 2017:20).

„Für die Beschäftigten bedeutet Digitalisierung mehr Flexibilität, anspruchsvollere Tätigkeiten, an die eigenen Ansprüche angepasste Informationsbereitstellung und Erleichterung bei monotonen Routinetätigkeiten. Neben der erhöhten Informationsverfügbarkeit verbessert die Digitalisierung die Abstimmungs- und Kommunikationsprozesse im Unternehmen.“

Prof. Dr. Sascha Stowasser, ifaa –
Institut für angewandte Arbeitswissenschaft

Eine weitere Chance der Digitalisierung der Arbeit sind größer werdende räumliche und zeitliche Freiheitsgrade in der Tätigkeitsausübung, aber auch die durch sie ermöglichte Flexibilisierung von Arbeitszeit und Arbeitsort. Dadurch nimmt die Vielfalt der Arbeitsformen zu, es gibt immer mehr unterschiedliche Beschäftigungsformen und Qualifikationsanforderungen (Adolph et al. 2016:77 f.).

Möglichkeit des orts- und zeitflexiblen Arbeitens

Gerade die Möglichkeiten des orts- und zeitflexiblen Arbeitens, dazu gehört das Homeoffice, bieten möglicherweise eine bessere Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben, können aber auch zu einer Entgrenzung führen, die zu Mehrarbeit führt und auf Kosten des Privatlebens geht. Die Erreichbarkeit von Beschäftigten außerhalb der Arbeitszeit wurde bereits in den DAK-Gesundheitsreporten mehrmals thematisiert und ist auch in diesem Report Thema.

„Digitalisierung der Arbeit bedeutet für die Beschäftigten einen zunehmenden Anteil von wissensintensiven Aufgaben (Problemlösung, kreativer/innovativer Anteil von Aufgaben bleibt unverändert) und eine Automatisierung von routinisierten Aufgaben.“

Dr. Matthias Weigl, Medizinische Fakultät,
Klinikum der LMU München

Mit der Digitalisierung von Arbeit gehen die genannten Chancen, aber auch eine Reihe möglicher Probleme einher:

Zum einen wird vielfach das Spannungsverhältnis von Qualifizierung und Dequalifizierung beschrieben, das aus der Digitalisierung erwächst: Einerseits kann Technologie (Maschinen, Hardware, Software) die Tätigkeit der Beschäftigten anreichern, insofern diese komplexer werden und mit mehr Verantwortung einhergehen. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn Beschäftigte ein erweitertes, komplexeres Aufgabenbündel bearbeiten und digitale Technik dabei Hilfestellung gibt.

Chance der Anreicherung von Tätigkeiten

Der Einsatz von Technologie kann aber andererseits dazu führen, dass vormals komplexe Tätigkeiten vereinfacht und vollständig standardisiert werden. Wenn das benötigte Knowhow und Erfahrungswissen für eine Tätigkeit abnimmt, der Beschäftigte im Extremfall für jeden Arbeitsschritt eine Anweisung erhält oder ausschließlich Signalen folgen muss, sodass ein Großteil seiner Kompetenzen ungenutzt bleibt, bleibt eine Arbeit übrig, die wenig qualitativ und sicher nicht persönlichkeitsförderlich ist (vgl. BMAS 2017:71). Adolph et al. (2016:79) sehen die Gefahr, dass dem Menschen nur noch Restarbeiten in Automatisierungslücken übertragen werden, die häufig durch einseitige körperliche Belastung, monotone und dequalifizierende Aufgaben sowie zunehmende körperliche Inaktivität charakterisiert sind.

Dequalifizierungsgefahr durch digitale Technologie

Arbeitsverdichtung ist ein weiteres Schlagwort, das mit der Digitalisierung in Verbindung gebracht wird und „neue Risiken in Bezug auf psychische und physische Fehlbeanspruchungen“ birgt (BMAS 2017:71).

Die Erreichbarkeit durch Informations- und Kommunikationstechnik (IKT) und die Möglichkeiten orts- und zeitflexiblen Arbeitens wird nicht nur als Chance für die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben gesehen, sondern auch als Gefahr der Entgrenzung der Arbeit und übersteigerte Flexibilisierungsanforderungen an Beschäftigte. Unter Umständen führen diese Möglichkeiten auch zur Zusammenarbeit in weniger stabilen Teams bzw. in Einheiten mit vergleichsweise geringerem sozialen Zusammenhalt (vgl. Hasselmann et al. 2017:47).

Entgrenzung der Arbeit

Als „Ironie der Automatisierung“ bezeichnet das Weißbuch Arbeit 4.0 die Entwertung des Erfahrungswissens, die sich durch zunehmende Automatisierung und dadurch zunehmende Beschränkung der menschlichen Tätigkeit auf Überwachungstätigkeiten vollzieht. Dabei verschwinden Störungen des automatischen Systems aber nie vollständig und müssen von Menschen beseitigt werden, die aber immer weniger Gelegenheit haben, das dazu notwendige Erfahrungswissen aufzubauen.

„Ironie der Automatisierung“

Digitalisierte Arbeit geht häufig mit der Generierung von Daten einher. Daten werden benötigt, um Prozesse zu optimieren, Lagerbestände aufzufüllen, Roboter zum Ausweichen zu bringen usw. Diese Daten könnten auch zur Überwachung von Beschäftigten missbraucht werden (BMAS 2017:66).

„Die wesentlichen Herausforderungen der Digitalisierung für die Qualität der Arbeit von Beschäftigten liegen

- *in der Gefahr für die Individualität, insbesondere in Dienstleistungsbereichen, wenn eine Software z.B. Arbeitsschritte rigide vorschreibt;*
- *in der Gefahr von Überwachung der individuellen Arbeitsleistung sowie*
- *in der Gefahr, dass Arbeitsprozesse noch wesentlich stärker unter Ökonomisierungsdruck geraten.“*

Ludwig Thiry, Leiter Bildungszentrum, Universitätsklinikum Köln

4.5.2 „Digitaler Stress“

Digitalisierung und Gesundheit

Digitalisierung der Arbeit wird in den letzten Jahren häufig mit der Gesundheit der Beschäftigten in Verbindung gebracht. Die meisten, wenn nicht alle Studien, sehen sowohl Chancen als auch Risiken der Digitalisierung für die Gesundheit am Arbeitsplatz. Gleichwohl liegt in der Ergebnisdarstellung der meisten Studien dann doch der Schwerpunkt auf den negativen Folgen für die Gesundheit, der Schwerpunkt wird auf die Frage gelegt, inwiefern die Digitalisierung der Arbeit zu vermehrter Belastung bzw. Arbeitsstress der Beschäftigten führt.

Im Folgenden werden einige theoretisch-konzeptionelle Bezugspunkte und Studien referiert, die für die in diesem Gesundheitsreport durchgeführte Erhebung und Konzeption eine Anregung waren.

Ein wichtiger Bezugspunkt, der auch in diesem Gesundheitsreport hergestellt wird, ist die Arbeit von Ragu-Nathan et al. (2008). Sie sprechen von „Techno-Stress“ bzw. digitalem Stress, der bei der Verwendung digitaler Technologien entstehen kann, sowie dessen konkreten Erzeugern („Techno-Stress Creators“; vgl. auch Gimpel et al. 2018 und 2019). Dies sind nach Ragu-Nathan et al. (2008: 426 ff.) die folgenden fünf Faktoren²⁴:

Techno-Stress: Digitale Stressoren

1. **Techno-Overload:** Situationen, in denen IKT (Informations- und Kommunikationstechnologien) die Anwender zwingt, schneller und länger zu arbeiten.
2. **Techno-Invasion:** Invasiver Effekt von IKT in Situationen, in denen Beschäftigte jederzeit erreicht werden können und die Notwendigkeit empfinden, immer online zu sein, und dadurch Arbeit und Privatleben verschwimmen lässt.
3. **Techno-Complexity:** Situationen, in denen die mit IKT verbundene Komplexität dazu führt, dass Anwender sich inadäquat mit Bezug auf ihre Computer-Skills fühlen. Dies

²⁴ Diese haben sich in einer von Ragu-Nathan et al. (2008) durchgeführten Faktorenanalyse bestätigt.

zwingt sie, Zeit und Anstrengung aufzubringen, um ihr Verständnis zu verbessern.

4. **Techno-Insecurity:** Situationen, in denen Anwender sich bedroht fühlen, ihren Job zu verlieren. Entweder durch die mit IKT verbundene Automatisierung oder durch andere Berufstätige, die bessere Computerskills als sie selbst haben.
5. **Techno-Uncertainty:** andauernde IKT-Veränderungen und Upgrades verursachen Unsicherheit bei Anwendern, sodass diese sich fortlaufend weiterbilden müssen.

Diese Liste von digitalen Stressoren wurde erweitert, u. a. durch den von Ayyagari et al. (2001, zit. nach Gimpel et al. 2018:8) eingeführten Stressor der Techno-Unreliability:

6. **Techno-Unreliability:** Das Erleben eines Individuums von Unzuverlässigkeit der verwendeten digitalen Technologien.

Weitere digitale Stressoren führte die Studie von Gimpel et al. (2019:7) ein²⁵:

7. **Unterbrechungen:** „beziehen sich auf das Gefühl, dass es durch die Nutzung von digitalen Technologien und Medien vermehrt zu Ablenkungen oder Unterbrechungen kommt, die als störend wahrgenommen werden.“
8. **„Gläserne Person“:** „beschreibt das Gefühl, dass durch die Nutzung digitaler Technologie und Medien die Privatsphäre verletzt werden könnte.“
9. **Unklarheit der Rolle:** „das Gefühl, dass mehr Zeit in die Lösung von Problemen mit digitalen Technologien und Medien investiert werden muss als in die eigentliche Arbeitstätigkeit.“
10. **Nicht-Verfügbarkeit:** das Gefühl, dass die zur Erledigung der Arbeit benötigten digitalen Technologien und Medien nicht zur Verfügung stehen.
11. **Leistungsüberwachung:** „der Umstand, dass durch die Nutzung digitaler Technologien und Medien die Leistungsüberwachung und -bewertung zunehmen“
12. **Mangelndes Erfolgserlebnis:** Beschäftigte nehmen aufgrund der Nutzung digitaler Technologien und Medien eigene Arbeitsfortschritte bzw. -erfolge nicht wahr.

²⁵ Vergleiche auch Dragano 2019.

„Für Beschäftigte in der Produktion führt die Digitalisierung zu einer Polarisierung (De- oder Requalifikation), für ältere Arbeitnehmer zu Stress. Beschäftigte treten in Konkurrenz zu Robotern.“

Prof. Christian Papsdorf, Technische Universität Chemnitz

Dragano (2019:6) fasst die mittlerweile vorliegenden Studien zu einigen dieser Punkte so zusammen: „So deutet vieles darauf hin, dass digitale Technologien Arbeitsverdichtung, Multitasking und Komplexität befördern, z.B. indem E-Mail oder Social-Media-Anwendungen immer mehr und immer komplexere Interaktionen ermöglichen.“ Stressreaktionen können auch durch technische Fehler ausgelöst werden. Als kaum empirisch untersucht sieht Dragano dagegen die Folgen der Mensch-Maschine-Interaktion und die Überwachung durch Technologie an.

Die Chancen der Digitalisierung für die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben sieht Dragano (2019:6) wenigstens teilweise empirisch bestätigt: „Bei manchen Beschäftigten führt die ständige Verfügbarkeit durch mobile IKT tatsächlich zu Entgrenzung zwischen Arbeit und Privatleben, verbunden mit entsprechenden Belastungen. Andere Beschäftigte berichten aber im selben Kontext von einer psychischen Entlastung durch mehr Flexibilität bei der Arbeitsplanung.“

Gimpel et al. 2018 Zwei Studien, die mit diesen Konzepten arbeiten, sind die Arbeiten von Gimpel et al. 2018 und 2019. In der Befragung von Erwerbstätigen²⁶, die in Gimpel et al. (2018) berichtet wird, gehen die Autoren von einem „Digitalisierungsgrad“ aus, der sich an der Summe der an einem Arbeitsplatz eingesetzten und genutzten Technologien bemisst. Mit Technologien sind dabei so verschiedene Dinge wie E-Mail, Drucker, Künstliche Intelligenz, Scanner, Telefon etc. gemeint:

„In ihrem Arbeitsalltag nutzen die Teilnehmer in ihrer Gesamtheit vornehmlich individuelle Hardware wie Drucker, PC und Telefon, Anwendungen wie das World Wide Web und Office Anwendungen und digitale Technologien aus den Bereichen Kommunikation, Interaktion und Zusammenarbeit, Sicherheit und Netzwerke.“ Die von Beschäftigten am häufigsten genutzten Technologien sind E-Mail (88 Prozent), Drucker, Scanner und Faxgeräte (81 Prozent) und das World Wide Web. Die Studienautoren ermitteln mit Bezug auf den Digitalisierungsgrad auch, wie Beschäftigte die Auswirkungen digitaler Technologien auf ihren Arbeitsalltag bewerten. Die Bewertung fällt „deutlich zugunsten einer positiven Sichtweise aus“ (Gimpel et al. 2018:22).

Die Verbreitung von digitalem Stress wird von Gimpel et al. als Skala, die sich aus den Ausprägungen von sechs der o.g. digitalen Stressoren ableitet, berichtet. Auf dieser Skala, die Werte von 1

²⁶ Es handelt sich um N=2.640 abhängig Beschäftigte im Alter von 19 bis 88 Jahren (sic), deren Verteilung nach Bundesländern und Wirtschaftszeigen „nicht wesentlich von der Verteilung der Arbeitnehmer in Deutschland abweicht.

(kein digitaler Stress) bis 5 (sehr starker digitaler Stress) annehmen kann, befindet sich die Mehrheit der Befragten im Bereich von 1.5 bis 2,5. Die Befragten nehmen in ihrer Gesamtheit einen Mittelwert von 2,3 (Median: 2,2) ein. Diese Werte deuten nicht auf ein hohes Level an digitalem Stress hin und Skalenwerte von 3,5 und größer kommen nur noch vereinzelt vor.

Die Bedeutung der einzelnen digitalen Stressoren, gemessen an ihrem jeweiligen Skalenwert, stellt sich so dar, dass Verunsicherung („Techno-Uncertainty“) der wichtigste Stressor ist, gefolgt von Unzuverlässigkeit („Techno-Unreliability“) und Überflutung („Techno-Overload“). Auf einem eher gering einzuschätzenden Niveau sind Beschäftigte also am ehesten von der Digitalisierung der Arbeit „gestresst“, insofern sie sich häufig auf neue Technik einstellen müssen, mit der Unzuverlässigkeit dieser Techniken zu kämpfen haben und sie durch IKT schneller und länger arbeiten müssen.

Deutlich auf dem letzten Platz als digitaler Stressor (gemessen am Median) ist dagegen der Faktor Omnipräsenz („Techno-Invasion“), zu der auch Belastungen durch Erreichbarkeit bzw. räumlich-zeitliche Flexibilität gehören. Demnach fühlen sich Beschäftigte von diesem Faktor mehrheitlich nicht oder kaum gestresst (Gimpel et al. 2018:27 f.).

Gimpel et al. 2019 berichten über eine Befragung von N=5.005 „Wissensarbeitern“ zum Thema digitaler Stress. Diesen definieren sie als Stressreaktion, die durch die Belastungsfaktoren digitaler Arbeit „im Schwerpunkt bedingt“ ist. Digitale Arbeit meint dabei: Nutzung von informations- und kommunikationstechnischen Arbeitsmitteln; sowie an anderer Stelle als negative Beanspruchungsfolge durch Belastungsfaktoren im Umgang mit digitalen Technologien und Medien (Gimpel et al. 2019:12, 43). Die Belastungsfaktoren sind dabei die zwölf oben genannten.

Auch diese Befragung deutet nicht auf eine hohe Stressbelastung durch digitale Arbeit hin: Für 27 Prozent der Befragten ermittelt die Studie keine oder eine sehr geringe Belastung, für 33 Prozent eine geringe Belastung und für 27 Prozent eine moderate Belastung. Dagegen weisen 11 Prozent eine starke und 2 Prozent eine sehr starke Belastung durch digitale Belastungsfaktoren auf – in einer Stichprobe von „Wissensarbeitern“.

Für 47 Prozent ermittelt die Studie keinen oder sehr geringen digitalen Stress, für 24 Prozent geringen digitalen Stress und für 21 Prozent moderaten digitalen Stress. Jedoch: 6 Prozent leiden unter starkem digitalen Stress und 2 Prozent unter sehr starkem digitalen Stress.

Die Mehrheit der Befragten ist offenbar unterdurchschnittlichem digitalen Stress ausgesetzt

Gimpel et al. 2019

„Welche konkreten Folgen haben technologische Neuerungen für Arbeitsbedingungen und Arbeitsprozesse? Diese Frage wird nicht ausreichend bedacht, wenn es darum geht digitale Technologie einzuführen.

Digitalisierung im Büro ist ein Prozess, der seit vielen Jahren meist schleichend und unspektakulär läuft, teils mit erheblichen Konsequenzen. Standortverlagerungen, Arbeitsplatzabbau, weniger Gestaltungsspielräume für den/die Einzelne, Rationalisierung. Arbeitsverdichtung ist hier schwer messbar.“

Dr. Manuela Maschke, Hans-Böckler Stiftung

Böhm et al. 2016 Einen Digitalisierungsgrad der Beschäftigten in Deutschland ermittelt auch die Studie von Böhm et al. (2016). Maßgeblich ist hierbei die individuell wahrgenommene Digitalisierung des eigenen Arbeitsplatzes und ausdrücklich nicht der objektive Grad der Digitalisierung. Hierzu bilden sie einen Digitalisierungsindex, „der die Arbeits- und Wissensinhalte von Tätigkeiten in Zeiten der Digitalisierung“ beschreibt. Diese sind:

- Vielfalt der Inhalte (Beispielitem: „Meine Arbeit beinhaltet das Lösen von Problemen, die keine eindeutig richtige Lösung haben.“)
- Informationsmenge („In meiner Arbeit muss ich den Überblick über eine Vielzahl von Informationen behalten.“)
- Kommunikationsrauschen („Ich muss viele E-Mails beantworten, die zwar mit dem Geschäft zu tun haben, aber nicht direkt mit dem, was ich erledigen muss.“)
- Technologische Anforderungen („Meine Arbeit verlangt eine Vielzahl von technologischen Kompetenzen.“)
- Technologischer Anpassungsdruck („Technologie am Arbeitsplatz zwingt mich, deutlich schneller zu arbeiten“)
- Interdependenz („Meine Stelle setzt voraus, dass ich meine Arbeit erledige, bevor andere ihre Arbeit erledigen können.“) (Böhm et al. 2016:14).

Auf Basis einer standardisierten Befragung von 8.019 internetnutzenden Erwerbstätigen ab 18 Jahren wird erstens der Digitalisierungsgrad der Arbeit der Beschäftigten ermittelt, zweitens werden Zusammenhänge von Aspekten der Digitalisierung und Gesundheit hergestellt. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, „dass die Digitalisierung die Erwerbstätigen voll erfasst hat bzw. von ihnen stark wahrgenommen wird.“ Eine eindeutig positive oder im Gegenteil negative Wirkung der Digitalisierung können sie nicht feststellen: „Interessanterweise scheint die Wirkung der Digitalisierung weder eindeutig positiv noch negativ für die Mitarbeitenden, überzogene ‚Unkenrufe‘ wie ‚Heilsversprechen‘ scheinen gleichermaßen unbegründet“ (Böhm et al. 2016:39).

4.5.3 Verbreitung, Anforderungen und Belastungen von digitalisierter Arbeit

Im Folgenden werden die Ergebnisse der für diesen Gesundheitsreport durchgeführten repräsentativen Befragung von Beschäftigten dargestellt. Methodik und Stichprobe dieser Befragung werden in Kapitel 4.2 beschrieben.

Digitale Technologien sind am Arbeitsplatz weit verbreitet. Die Arbeit am Computer (am Laptop, Desktop PC oder Tablet) ist für 81 Prozent der Beschäftigten alltäglich, insofern sie (fast) ständig oder mehrmals täglich am Computer arbeiten. Für gut zwei Drittel der Beschäftigten (67 Prozent) gehört es zu ihrer alltäglichen Arbeit, mit einem digitalen Arbeitsgegenstand zu tun zu haben, also z. B. digitale Formulare, Textverarbeitungsdokumente oder Tabellen zu bearbeiten etc.).

Die große Mehrheit der Beschäftigten arbeitet alltäglich mit dem Computer und hat mit einem digitalen Arbeitsgegenstand zu tun

Die Nutzung von E-Mail und Internet ist ebenfalls sehr weit verbreitet und selbst das im Vergleich zu den anderen Technologien vergleichsweise „junge“ Smartphone wird von 35 Prozent der Beschäftigten mindestens mehrmals täglich genutzt.

Deutlich wird auch, dass die Basistechnologie des Zugangs zu digitaler Technologie, d. h. der Computer (Laptop, Desktop PC, Tablet) nur für kleine Anteile der Beschäftigten gar keine Rolle spielt: Nur 9 Prozent arbeiten nie oder fast nie mit dem Computer, nur 14 bzw. 13 Prozent kommunizieren nie (im Rahmen ihrer Tätigkeit) per E-Mail bzw. arbeiten mit dem Internet.

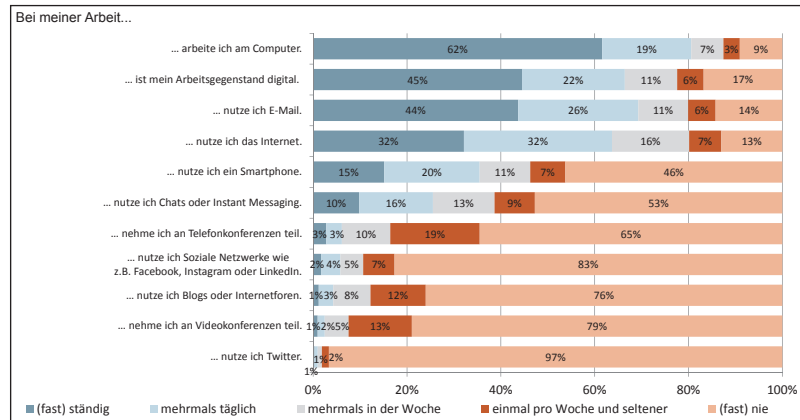
Kommunikation findet außer per E-Mail auch per Chat oder Instant Messenger statt – insgesamt 49 Prozent geben an, dass sie mindestens mehrmals pro Woche eine solche Technologie nutzen. Telefonkonferenzen und Videokonferenzen spielen für einen kleineren Teil der Beschäftigten eine Rolle. Auch Soziale Netzwerke, Blogs/ Internetforen oder Twitter werden nur von vergleichsweise kleinen Beschäftigtengruppen (im Rahmen ihrer Arbeit) genutzt.

Etwa die Hälfte nutzt beruflich Chat oder Instant Messaging

„Chancen der Digitalisierung für die Qualität der Arbeit von Beschäftigten bestehen in höherer Individualisierung und Flexibilisierung, durch die Beschäftigte stärker nach seinen persönlichen Stärken eingebunden wird. Durch effizientere Prozesse steigt auch die Effektivität der Arbeit. Steigende Zufriedenheit (bspw. durch Homeoffice) kann sich in positiven Ergebnissen widerspiegeln.“

Prof. Dr. David Matusiewicz, FOM Hochschule

Abbildung 67: Nutzung digitaler Technologien



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N=6.965–7.030 (je nach Item)

„Aus meiner Sicht geht es im Zuge der Digitalisierung v. a. um den vermehrten Einsatz digitaler Technologien, insbesondere Informations- und Kommunikationstechnologien im Arbeitsprozess.“

Dr. Sebastian Beitz, Bergische Universität Wuppertal

Mögliche Stressoren digitaler Arbeit

Mit der Nutzung digitaler Technologien gehen bestimmte Anforderungen einher, von denen einige das Potenzial haben, ein Stressor zu sein (Abbildung 68): Insbesondere Arbeitsunterbrechungen durch Probleme mit dem Computer oder der Internetverbindung sind verbreitet²⁷: 54 Prozent aller Beschäftigten geben dies als zutreffend für ihre Arbeit an.

Beschäftigte müssen sich häufig mit neuer Technik vertraut machen

Digitalisierung verlangt von den Beschäftigten Weiterbildung und den Umgang mit für sie neuer Technik („Techno-Complexity“, „Techno-Uncertainty“), was sich in den Anforderungen der Arbeit widerspiegelt: Gute die Hälfte aller Beschäftigten gibt an, dass sie sich häufig mit neuer Technik vertraut machen müssen, knapp die Hälfte der Befragten gibt an, dass sie sich ständig weiterbilden müssen.

Es gibt aber auch, wie von der Literatur beschrieben, das umgekehrte Phänomen, dass Tätigkeiten durch die Digitalisierung anspruchsloser werden. Dies kommt zwar deutlich seltener vor als steigende Qualifizierungsanforderungen, jedoch gibt gut jeder Fünfte an, dass die eigene Tätigkeit durch die technische Entwicklung immer anspruchsloser wird.

Ein Teil der Beschäftigten gibt Informationsüberlastung an und kämpft gegen Ablenkung: 50 Prozent geben an, dass einkommende

²⁷ In der Literatur wird dies unter dem Begriff „Techno-Unreliability“ als Bestandteil oder Faktor digitalen Stresses beschrieben (Ayyagari et al. 2001, zit. Nach Gimpe et al. 2018:8).

Informationen eine ständige Ablenkung darstellen und 42 Prozent fehlen „ablenkungsfreie Zeiten am Arbeitsplatz“. 38 Prozent müssen E-Mails zur Kenntnis nehmen, die sie für ihre eigentliche Tätigkeit nicht brauchen („Kommunikationsrauschen“), 16 Prozent erhalten E-Mails, die mit ihrer eigentlichen Tätigkeit sogar nichts zu tun haben.

Das E-Mail-Aufkommen scheint für die Mehrzahl der Beschäftigten bewältigbar. Immerhin 18 Prozent der Befragten geben jedoch an, dass sie mehr E-Mails erhalten, als sie bearbeiten können.

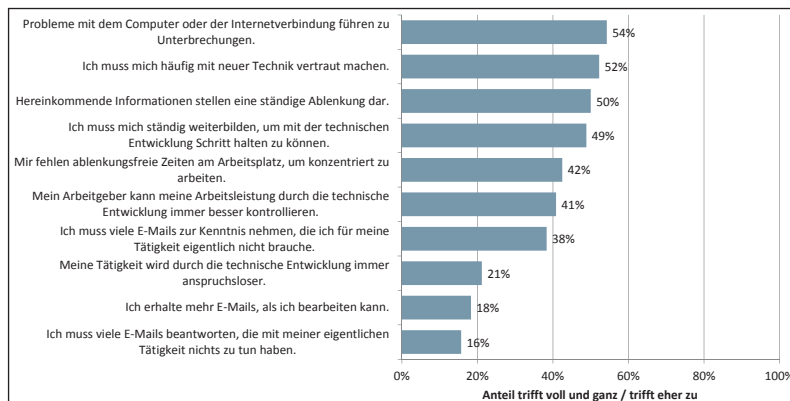
Stärkere Möglichkeiten der Leistungsüberwachung durch ihren Arbeitsgeber durch die Digitalisierung sehen 41 Prozent als gegeben an.

Für die meisten Beschäftigten ist das E-Mail-Aufkommen bewältigbar

„Kompetenzen, durch die Beschäftigte besser mit den Herausforderungen digitalisierter Arbeit umgehen können, sind IT-Kompetenzen, um die Programme besser zu verstehen, Selbstkompetenzen z. B. Zeitmanagement, Work-Life-Balance sowie soziale Kompetenzen für gute Kommunikation auch ohne physische Präsenz.“

Prof. Dr. Daniela Rastetter, Universität Hamburg

Abbildung 68: Anforderungen digitaler Arbeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N=6.736–7.023 (je nach Item)

Welche dieser Anforderungen ein besonderes Potenzial haben, als Stressor zu wirken, zeigt Abbildung 69. Die Angaben beziehen sich auf jene Beschäftigten, die die jeweilige Anforderung als vorhanden angegeben haben. Ausgewiesen ist der Anteil, der die jeweilige Anforderung als Belastung wahrnimmt. Das Fehlen von ablenkungsfreien Zeiten, um konzentriert arbeiten zu können, ist für 81 Prozent der Beschäftigten, auf die das zutrifft, eine Belastung. Arbeitsunterbrechungen durch Computerprobleme, zu viele E-Mails sowie Ablenkung durch einkommende Information sind für etwa zwei Drittel

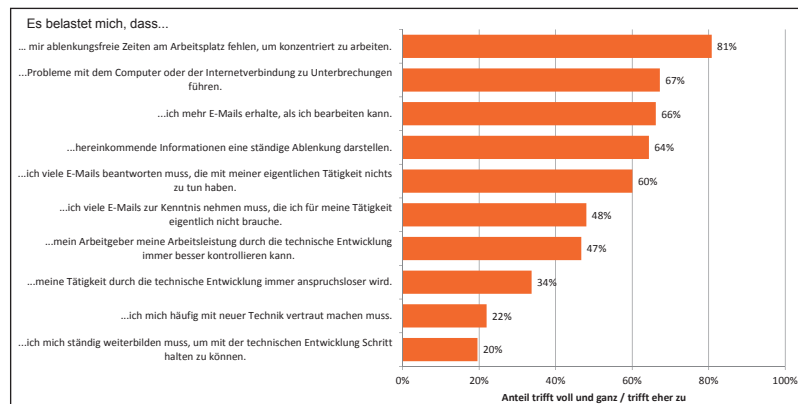
Welche Anforderungen digitaler Arbeit sind Stressoren?

der Betroffenen keine neutralen Anforderungen, sondern stellen eine Belastung dar.

Knapp die Hälfte der jeweils Betroffenen nimmt es als Belastung wahr, E-Mails zur Kenntnis nehmen zu müssen, die mit der eigenen Tätigkeit nichts zu tun haben, für ebenfalls knapp die Hälfte der Betroffenen ist die mögliche Leistungsüberwachung durch den Arbeitgeber eine Belastung.

Sich mit neuer Technik vertraut machen und sich weiterbilden zu müssen ist dagegen nur für eine Minderheit der Betroffenen eine Belastung.

Abbildung 69: Belastung durch die jeweiligen Anforderungen digitaler Arbeit (1/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragte, die die zugrunde liegende Anforderung als „voll und ganz“ oder „eher“ zutreffend angeben (vgl. Abbildung 68). N=1.081–3.783 (je nach Item)

„Die Arbeitsmittel werden aus meiner Sicht insgesamt technischer und anspruchsvoller werden. Alleine schon die Entwicklungen unter dem Begriff Internet der Dinge implizieren, dass die physischen Elemente (z. B. Endgeräte) ein entsprechendes technisches Niveau aufweisen werden. Ich denke da z. B. an Handhelds wie Tablets.“

Dr. Sebastian Beitz, Bergische Universität Wuppertal

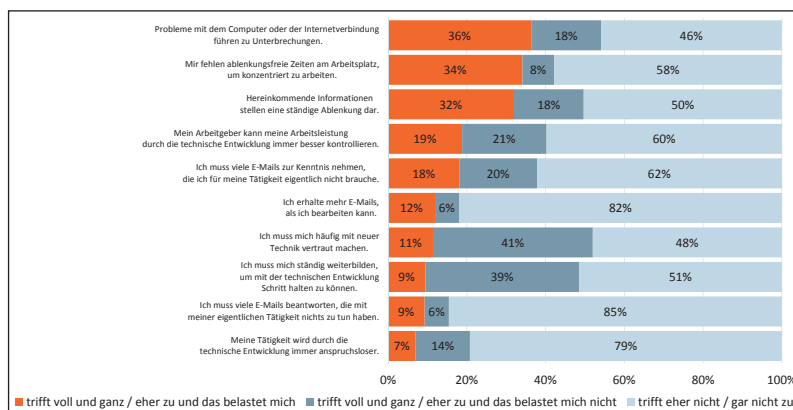
Um den Anteil der Belasteten und den Anteil der von einer Anforderung Betroffenen gleichzeitig darstellen und auf alle Beschäftigten beziehen zu können, weist Abbildung 70 dies mit Bezug zu allen Beschäftigten aus. Ein Lesebeispiel: 36 Prozent aller Beschäftigten fühlen sich von Unterbrechungen durch Computer- oder Internetprobleme belastet, 18 Prozent erfahren zwar solche Unterbrechungen, fühlen sich jedoch nicht durch sie belastet. 46 Prozent der Beschäftigten erfahren solche Unterbrechungen nicht.²⁸

²⁸ Genauer: Sie antworten auf die entsprechende Frage mit „trifft eher nicht“ oder mit „trifft gar nicht zu“.

Somit lässt sich die Verbreitung digitaler Anforderungen und ihr Belastungspotenzial gleichzeitig ablesen: Demnach sind Unterbrechungen und Störungen weit verbreitet, 36 Prozent der Beschäftigten fühlen sich davon belastet. Ebenfalls weit verbreitet ist das Fehlen ablenkungsfreier Zeiten am Arbeitsplatz, das 34 Prozent der Beschäftigten belastet. Die Ablenkung durch hereinkommende Informationen ist weit verbreitet, 32 Prozent der Beschäftigten fühlen sich hierdurch belastet. Einen etwas geringeren Verbreitungsgrad haben Kontrollmöglichkeiten des Arbeitgebers sowie das „Kommunikationsrauschen“. Weil diese Anforderungen nur etwa die Hälfte der Betroffenen belasten, ist auch der Anteil der Belasteten an allen Beschäftigten mit 19 bzw. 18 Prozent geringer als bei den zuvor genannten Anforderungen. Zwei Anforderungen, die weit verbreitet sind, aber nur wenige Beschäftigte belasten, sind Weiterbildungsanforderungen und die Anforderung, sich mit neuer Technik vertraut machen zu müssen. Nur 11 bzw. 9 Prozent der Beschäftigten fühlen sich hierdurch belastet.

Unterbrechungen und Störungen sowie Ablenkung sind die wichtigsten Stressoren im Zusammenhang mit digitaler Arbeit

Abbildung 70: Belastung durch die jeweiligen Anforderungen digitaler Arbeit (2/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N= 6.671–6.996 (je nach Item)

Die betrachteten Belastungen digitalisierte Arbeit stehen dabei in recht deutlichem Zusammenhang mit dem Wohlbefinden (WHO-5 Well-Being Index). Je ausgeprägter die jeweilige Belastung ist (beispielsweise durch „trifft voll und ganz zu“ gegenüber „trifft eher zu“), umso schlechter ist das Wohlbefinden²⁹ (Tabelle 16).

Besonders stark mit einem schlechteren Wohlbefinden stehen die Belastungen Fehlen von ablenkungsfreien Zeiten am Arbeitsplatz, Ablenkung durch ständig einkommende Informationen, Kontrollmöglichkeiten des Arbeitgebers, Computerprobleme und die E-Mail-Menge. Dagegen steht nicht oder kaum in Zusammenhang mit dem

Das Fehlen ablenkungsfreier Zeiten steht in besonders starkem Zusammenhang mit schlechterem Wohlbefinden

²⁹ Dieser Zusammenhang wird als positiver Korrelationskoeffizient ausgedrückt, weil die Belastungen durch Digitalisierung mit 1 = trifft voll und ganz zu (...) und 4 = trifft gar nicht zu kodiert sind.

Wohlbefinden: Das anspruchslose Werden der Tätigkeit und häufiges sich vertraut machen müssen mit der neuen Technik.

Tabelle 16: Korrelation zwischen Aspekten der Digitalisierung und dem WHO-5 Well-Being Index

	Spearman's Rho	Sig. (2-tailed)	N
Mir fehlen ablenkungsfreie Zeiten am Arbeitsplatz, um konzentriert zu arbeiten.	0,303**	0,000	7.089
Hereinkommende Informationen (z. B. neue E-Mails, Kollegen, Telefonanrufe) stellen eine ständige Ablenkung dar.	0,221**	0,000	7.117
Mein Arbeitgeber kann meine Arbeitsleistung durch die technische Entwicklung immer besser kontrollieren.	0,143**	0,000	6.847
Probleme mit dem Computer oder der Internetverbindung (z. B. Abstürze, Verlangsamung, Datenverluste) führen zu Unterbrechungen.	0,122**	0,000	7.139
Ich erhalte mehr E-Mails, als ich bearbeiten kann.	0,107**	0,000	7.130
Ich muss viele E-Mails zur Kenntnis nehmen, die ich für meine Tätigkeit eigentlich nicht brauche.	0,093**	0,000	7.137
Ich muss viele E-Mails beantworten, die mit meiner eigentlichen Tätigkeit nichts zu tun haben.	0,088**	0,000	7.130
Meine Tätigkeit wird durch die technische Entwicklung immer anspruchsloser.	0,042**	0,000	7.086
Ich muss mich häufig mit neuer Technik vertraut machen.	0,020	0,091	7.135
Ich muss mich ständig weiterbilden, um mit der technischen Entwicklung Schritt halten zu können.	0,002	0,890	7.100

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

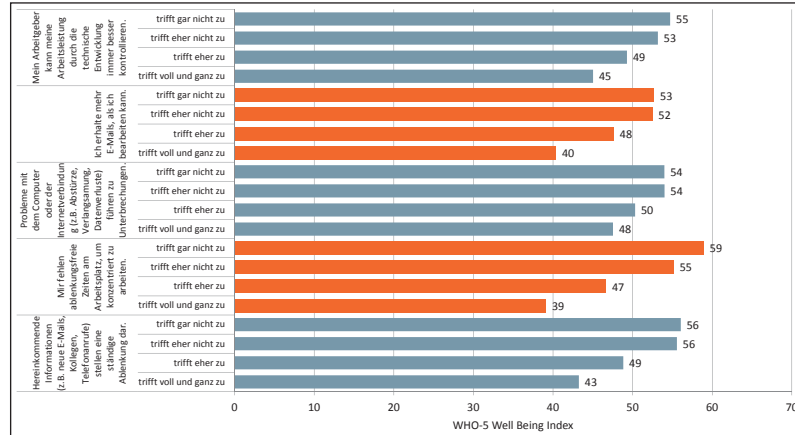
Tabelle 17: Korrelation zwischen Aspekten der Digitalisierung und selbst berichtetem Stress

	Spearman's Rho	Sig. (2-tailed)	N
Mir fehlen ablenkungsfreie Zeiten am Arbeitsplatz, um konzentriert zu arbeiten.	-,349**	0,000	7.208
Hereinkommende Informationen (z. B. neue E-Mails, Kollegen, Telefonanrufe) stellen eine ständige Ablenkung dar.	-,298**	0,000	7.239
Ich erhalte mehr E-Mails, als ich bearbeiten kann.	-,224**	0,000	7.256
Probleme mit dem Computer oder der Internetverbindung (z. B. Abstürze, Verlangsamung, Datenverluste) führen zu Unterbrechungen.	-,168**	0,000	7.265
Ich muss viele E-Mails beantworten, die mit meiner eigentlichen Tätigkeit nichts zu tun haben.	-,158**	0,000	7.259
Ich muss viele E-Mails zur Kenntnis nehmen, die ich für meine Tätigkeit eigentlich nicht brauche.	-,151**	0,000	7.264
Mein Arbeitgeber kann meine Arbeitsleistung durch die technische Entwicklung immer besser kontrollieren.	-,138**	0,000	6.958
Ich muss mich häufig mit neuer Technik vertraut machen.	-,106**	0,000	7.258
Ich muss mich ständig weiterbilden, um mit der technischen Entwicklung Schritt halten zu können.	-,105**	0,000	7.223

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

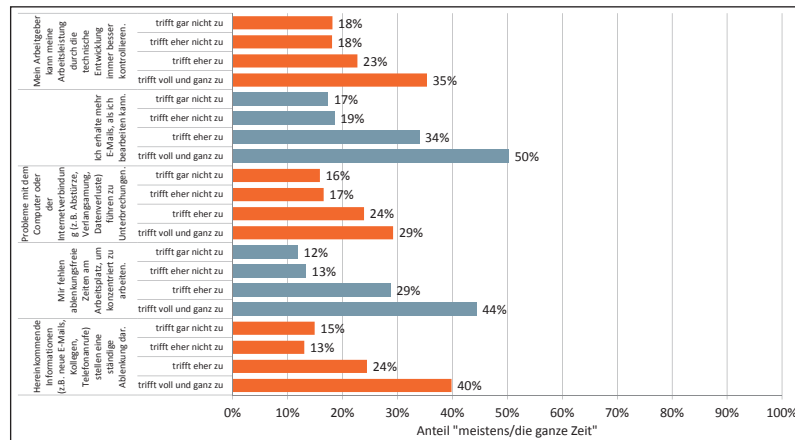
Die beschriebenen Zusammenhänge werden in den folgenden beiden Diagrammen (Abbildung 71, Abbildung 72) anhand der 5 Items, die den stärksten Zusammenhang zeigen, veranschaulicht: Je stärker die betreffenden Anforderungen ausgeprägt sind, umso schlechter das Wohlbefinden.

Abbildung 71: Wohlbefinden (WHO-5 Well-Being Index) nach Ausprägungen von Belastungen im Zusammenhang mit Digitalisierung



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
 Basis: Alle Befragten. N=6.628–6.902 (je nach Item)

Abbildung 72: Selbst berichteter Stress in den letzten zwei Wochen (meistens/die ganze Zeit) nach Ausprägungen von Belastungen im Zusammenhang mit Digitalisierung



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
 Basis: Alle Befragten. N= 6.684–6.965 (je nach Item)

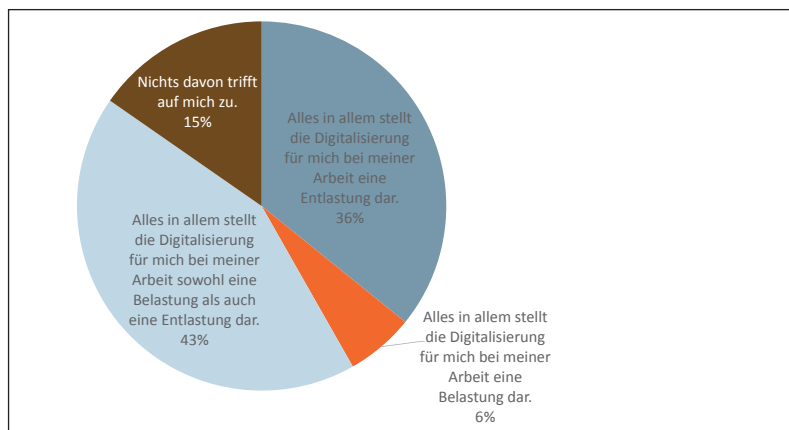
4.5.4 Bewertung digitalisierter Arbeit

„Ich verstehe unter Digitalisierung der Arbeit die durch Technologien getriebenen Veränderungen der Arbeitsinhalte, -mittel, -prozesse und -strukturen. Als eine zentrale Folge sehe ich in diesem Zusammenhang die Flexibilisierung von Arbeitszeit und Arbeitsort an, die Herausforderungen für die Zusammenarbeit, aber auch für die Selbststeuerung mit sich bringt.“

Dr. Miriam Baumgärtner, Universität St. Gallen

Wie bewerten die Beschäftigten selbst – ganz pauschal – die Digitalisierung sowie deren Folgen für die eigene Arbeit? Negativ, als ausschließliche Belastung, bewerten nur 6 Prozent der Befragten die Digitalisierung. Der größte Teil sieht differenziert auf die Digitalisierung und gibt an, dass sie sowohl Belastung als auch Entlastung ist. 36 Prozent, mehr als ein Drittel sehen die Digitalisierung sogar „Alles in allem“ als Entlastung an. 15 Prozent der Befragten können mit der Frage offenbar nichts anfangen und geben an, dass nichts davon auf sie zutrifft (Abbildung 73).

Abbildung 73: „Alles in allem“-Bewertung der Digitalisierung der Arbeit



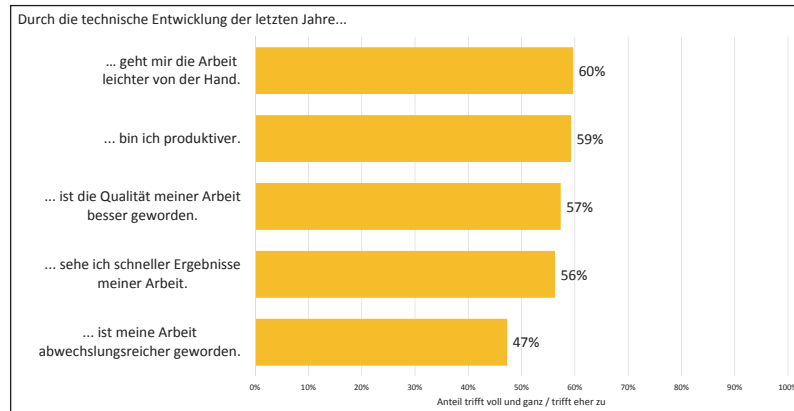
Nur 6 Prozent der Beschäftigten bewerten die Digitalisierung als ausschließliche Belastung

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N= 6.946.

Den Befragten wurden neben dieser „Alles in allem“-Bewertung auch konkrete positive Aspekte der Digitalisierung vorgelegt (Abbildung 74). Demnach geben knapp 60 Prozent an, dass „durch die technische Entwicklung der letzten 10 Jahre“ ihnen die Arbeit leichter von der Hand geht. 59 Prozent sehen nicht nur abstrakt einen Produktivitätsgewinn durch die Digitalisierung, sondern für ihre eigene Arbeit. 57 Prozent sehen die Qualität ihrer Arbeit gesteigert, 56 Prozent sehen schneller Ergebnisse der eigenen Arbeit. Dass die Arbeit durch die Digitalisierung abwechslungsreicher geworden ist, nimmt knapp die Hälfte der Befragten an.

Positive Folgen der Digitalisierung der Arbeit

Abbildung 74: Positive Folgen der Digitalisierung der Arbeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N=6.605–6.752 (je nach Item)

„Die Digitalisierung bietet umfassende technische Möglichkeiten verschiedene Typen von Arbeit/Arbeitsinhalte mit Assistenzsystemen zu unterstützen.

Beispiele:

1. *Exoskelett zur Erleichterung des Sitzens und von Bewegungsabläufen*
2. *Handhabungsunterstützender, kollaborativer Roboter zum Handling und Einbau großer bzw. schwerer Teile*
3. *Datenbrille zur Informationsbereitstellung für variantenspezifische Montage- und Qualitätssicherungshinweise und, gleichzeitig durch Kameratechnik zur Prozessdokumentation und sowie situativ zur Aufnahme (auch verbal) von Verbesserungsvorschlägen oder ähnlichen Informationen durch das Montagepersonal.*

Arbeit wird im Rahmen der Digitalisierung gesünder. Stark belastete körperliche Arbeit wird es im digitalen Zeitalter nur noch selten geben: Viele monotone und unter Erschwernissen stattfindende Arbeiten werden automatisiert, individuell auf den Beschäftigten abgestimmte Arbeitsanweisungen reduzieren Stress für Beschäftigte und senken die Fehlerquote.“

Dr. Mikko Börkircher, METALL NRW – Verband der Metall- und Elektroindustrie Nordrhein-Westfalen

4.5.5 „Digitalisierungsgrad“ von Tätigkeiten

Analog zu den im Abschnitt 4.5.2 dargestellten Studien soll auch hier der Versuch unternommen werden, den Grad der Digitalisierung von Tätigkeiten zu bestimmen. Im Unterschied jedoch zu den

genannten Studien werden hierbei zwei Dimensionen unterschieden: Zum einen die Kommunikation, Zusammenarbeit und Abstimmung mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologie, zum anderen die Arbeit an einem digitalen Arbeitsgegenstand. Diese Herangehensweise ist zum einen durch die obige Definition digitaler Arbeit, die sich auf Arbeitsmittel, Arbeitsgegenstand und die Zusammenarbeit beziehen kann, angeleitet. Zum anderen lieferte eine explorative Faktorenanalyse Hinweise auf diese beiden Dimensionen.

Die Dimension Arbeit am digitalen Arbeitsgegenstand wird auf Basis des folgenden Items gebildet:

- „Bei meiner Arbeit ist mein Arbeitsgegenstand digital (z.B. ein digitales Formular, ein Word-Dokument, eine Excel-Tabelle, eine Grafik usw.)

Die Verteilung der Antworten ist in Abbildung 67 dargestellt. Um der empirischen Verteilung der Antworten Rechnung zu tragen, werden auf Basis dieses Items folgende drei Gruppen unterschieden:

- Eine Gruppe, die ständig oder fast ständig einen digitalen Arbeitsgegenstand bearbeitet. Diese Zuschneidung ergibt auch deswegen Sinn, weil Beschäftigte dieser Gruppe wahrscheinlich wenig weitere nicht-digitale Tätigkeiten ausüben können. 45 Prozent der Beschäftigten fallen in diese Gruppe.
- Eine Gruppe, die mindestens mehrmals pro Woche, aber nicht fast ständig einen digitalen Arbeitsgegenstand bearbeitet. Für diese Gruppe dürfte es Routine sein, an einem digitalen Arbeitsgegenstand zu arbeiten, sie hat aber offensichtlich auch größere weitere Tätigkeitsanteile. In diese Gruppe fallen 33 Prozent der Beschäftigten.
- Eine Gruppe, die einmal pro Woche oder seltener einen digitalen Arbeitsgegenstand bearbeitet. 22 Prozent der Beschäftigten gehören zu dieser Gruppe.

Als zweite Dimension digitaler Arbeit wird die Nutzung von Kommunikationstechnologien gesehen, unter den abgefragten Technologien konkret: E-Mail, Chat, Web 2.0-Anwendungen (soziale Netzwerke, Twitter sowie Blogs/Internetforen, die zu einem Item zusammengefasst wurden), Smartphone sowie Video- oder Telefonkonferenz (diese wurden ebenfalls zusammengefasst).

Die Dimension wird über eine Punktzahl operationalisiert: zwei Punkte werden für jede der genannten Technologien gegeben, die (fast) ständig im Rahmen der Arbeit genutzt werden; ein Punkt für jede Technologie, die mehrmals täglich genutzt werden. Seltener Nutzung dieser Technologien werden nicht berücksichtigt, da angenommen werden kann, dass eine Nutzung nur mehrmals pro Woche die alltägliche Arbeit kaum prägt.

Eine Dimension des Digitalisierungsgrades ist Arbeit am digitalen Arbeitsgegenstand

Die zweite Dimension ist die Kommunikation mit digitaler Technologie

Aus der beschriebenen Indexbildung über fünf betrachtete Technologien ergibt sich der folgende Index, der von 0 (keine Technologie wird wenigstens mehrmals täglich genutzt) bis 10 (alle fünf Technologien werden (fast) ständig genutzt) reicht.³⁰

Tabelle 18: Verteilung des Index zur Kommunikationsdimension

Punktwert	Anzahl	Anteil
0	1.568	23 %
1	1.206	17 %
2	1.865	27 %
3	686	10 %
4	756	11 %
5	345	5 %
6	296	4 %
7	96	1 %
8	99	1 %
9	17	0 %
10	18	0 %
GESAMT	6.951	100 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N=6.951.

Die Punktwerte werden so zusammengefasst, dass vier Gruppen entstehen (Tabelle 19):

- Beschäftigte mit null Punkten verwenden keine der digitalen Kommunikationstechnologien auf einer wenigstens täglichen Basis.
- Beschäftigte mit einem Punkt verwenden eine der Technologien mehrmals täglich.
- Beschäftigte mit zwei Punkten verwenden entweder eine Technologie (fast) ständig oder zwei Technologien mehrmals täglich.
- Beschäftigte mit drei und mehr Punkten nutzen in verschiedenen Kombinationen die genannten Technologien auf einer täglichen oder (fast) ständigen Basis.

³⁰ Der Index wurde nur für Befragte gebildet, die alle entsprechenden Items beantwortet haben. 103 Befragte wurden daher wegen fehlender Angaben aus der Indexbildung ausgeschlossen.

Tabelle 19: Zusammenfassung des Index zur Kommunikationsdimension in vier Gruppen

Punktwert	Anteil
0 Punkte	23 %
1 Punkt	17 %
2 Punkte	27 %
3 Punkte und mehr	33 %
Gesamt	100 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N=6.951.

„Bezüglich der Kommunikation und Zusammenarbeit vor dem Hintergrund der Digitalisierung besteht aus meiner Sicht die größte Herausforderung in der Beschleunigung der Kommunikation und Zusammenarbeit. Es werden möglicherweise in Echtzeit Absprachen und Entscheidungen getroffen, die direkt Auswirkungen auf die Arbeit haben, und über die man unter Umständen nicht mehr ‚richtig nachdenken‘ kann. Auch die Kommunikation mit mehreren Kollegen und dem Chef gleichzeitig, z. B. über WhatsApp, kann Stress bewirken, da die Informationsflut und möglicherweise auch die Unklarheit der Kommunikation enorm zugenommen hat (Wer antwortet wem? Was ist wirklich verbindlich?).“

Andrea Weimar, Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe

Eine Typenbildung auf Basis dieser zwei Dimensionen führt zu 12 Typen digitaler Arbeit (Tabelle 20). Beispielsweise arbeiten 14 Prozent der Beschäftigten mit keiner digitalen Technologie zur Kommunikation auf alltäglicher Basis und gleichzeitig vergleichsweise selten an einem digitalen Arbeitsgegenstand. Im anderen Extrem arbeiten 21 Prozent der Beschäftigten (fast) ständig mit einer digitalen Kommunikationstechnologie und gleichzeitig (fast) ständig an einem digitalen Arbeitsgegenstand.

Die Typologie zeigt auch: Wer viel mit digitalen Technologien kommuniziert, arbeitet auch typischerweise häufig an digitalen Arbeitsgegenständen und umgekehrt. Von nur einem dieser beiden Aspekte betroffen sind dagegen nur sehr wenige Beschäftigte. Beispielsweise arbeiten nur 3 Prozent der Beschäftigten fast ständig mit einem digitalen Arbeitsgegenstand und kommunizieren nicht auf einer täglichen Basis mit wenigstens einer Kommunikationstechnologie. Unter denjenigen Beschäftigten, die selten an einem digitalen Ar-

12 Typen digitaler Arbeit

Die Arbeit an digitalen Arbeitsgegenständen geht sehr stark mit digitaler Kommunikation einher

beitsgegenstand arbeiten (nur einmal pro Woche und seltener) gibt es nur wenige Beschäftigte, die 2 oder 3 Punkte auf der Dimension digitale Kommunikation haben (3 bzw. 2 Prozent).

Tabelle 20: Typen digitaler Arbeit (1/2)

Arbeit am Digitalen Arbeitsgegenstand	(fast) ständig	3%	5%	15%	21%
	mindestens mehrmals pro Woche	6%	8%	9%	10%
	einmal pro Woche und seltener	14%	4%	3%	2%
		0	1	2	3+
		Punktwert „Digitale Kommunikation“			

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N=6.908.

Die 12 Typen werden zu vier Typen zusammengefasst

Um mit der Typologie weiter arbeiten zu können, wird sie weiter zusammengefasst. Die Dimension „Arbeit an digitalen Arbeitsgegenständen“ wird auf nur zwei Ausprägungen gekürzt: (fast) ständig gegenüber allen anderen Häufigkeiten. Die Dimension „Digitale Kommunikation“ wird auf die zwei Ausprägungen Punktwert 0 oder 1 gegenüber Punktwert 2 und mehr zusammengefasst.

Hieraus ergibt sich die in Tabelle 21 gezeigten Gruppen:

1. 32 Prozent der Beschäftigten arbeiten wenig (d.h. nicht alltäglich) oder gar nicht mit digitalen Kommunikationstechnologien und wenig oder gar nicht mit digitalen Arbeitsgegenständen. Sie sind die am wenigsten digitalisierte Gruppe.
2. Eine relativ kleine Gruppe von Beschäftigten arbeitet (fast) ständig an digitalen Arbeitsgegenständen, kommuniziert aber eher selten, d.h. nicht auf alltäglicher Basis mit digitalen Kommunikationstechnologien.
3. 24 Prozent der Beschäftigten kommunizieren auf alltäglicher Basis mit digitalen Technologien, arbeiten aber nicht (fast) ständig an digitalen Arbeitsgegenständen.
4. 37 Prozent der Beschäftigten arbeiten in der täglichen Arbeit mit mindestens zwei digitalen Kommunikationstechnologien mehrmals täglich oder mit einer (fast) ständig UND arbeiten (fast) ständig mit einem digitalem Arbeitsgegenstand. Sie sind, gemessen an diesen Dimensionen, Beschäftigte mit dem höchsten Digitalisierungsgrad. Man kann davon ausgehen, dass diese Gruppe nur ausnahmsweise Tätigkeiten verrichtet, die ohne digitale Arbeitsmittel oder -gegenstände auskommt.

Tabelle 21: Typologie digitaler Arbeit (2/2)

Arbeit am digitalen Arbeitsgegenstand	(fast) ständig	Gruppe 2 8 %	Gruppe 4 37 %
	mehrmals täglich und seltener	Gruppe 1 32 %	Gruppe 3 24 %
		0–1 Punkte	2 und mehr Punkte
Punktwert Nutzung von digitalen Technologien zur Kommunikation			

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N=6.908.

Tabelle 22 zeigt, dass vor allem vorwiegend geistig Tätige in die Gruppe vier fallen, also fast ständig an digitalen Arbeitsgegenständen arbeiten als auch alltäglich mit digitaler Technologie kommunizieren. Umgekehrt haben vorwiegend körperlich Arbeitende zu 76 Prozent eine gering digitalisierte Tätigkeit. Bemerkenswert aber ist, dass selbst die vorwiegend körperlich arbeitenden Beschäftigten als auch gleichermaßen geistig und körperlich Tätigen auch zu größeren Anteilen in die Gruppe 3 fallen, das heißt (fast) ständig digital kommunizieren und/oder mit mehreren Technologien mehrmals täglich kommunizieren.

Vor allem geistig Tätige fallen in die am höchsten digitalisierte Gruppe

Tabelle 22: Typen digitalisierter Arbeit nach Art der Tätigkeit (geistig, körperlich, geistig und körperlich)

	Gruppe 1: Gering digitalisierte Arbeit	Gruppe 2: Arbeit an digitalen Arbeitsgegenständen, wenig digitale Kommunikation	Gruppe 3: Wenig Arbeit an digitalen Arbeitsgegenständen, viel digitale Kommunikation	Gruppe 4: In hohem Maße digitalisierte Arbeit
vorwiegend geistig tätig	14 %	10 %	24 %	52 %
vorwiegend körperlich tätig	76 %	2 %	19 %	2 %
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig	58 %	5 %	25 %	12 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N (geistig/körperlich/geistig und körperlich)= 4.386/454/2.063.

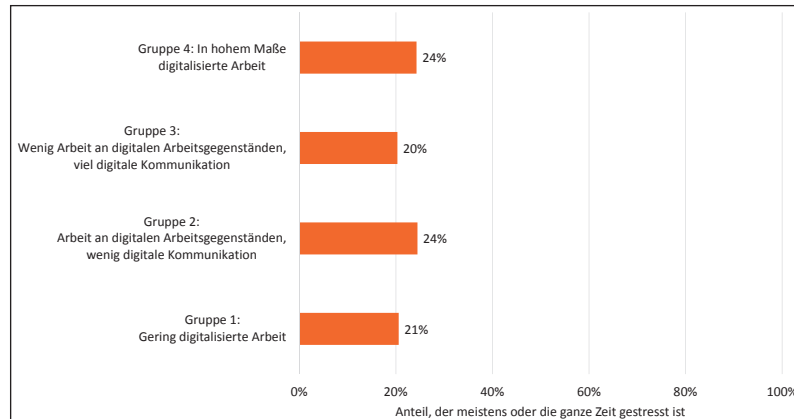
„Der Begriff der Digitalisierung beschreibt heutzutage einen umfassenden Megatrend. Dabei geht es insbesondere um den Einsatz moderner Mikroelektronik, Sensorik, Robotik sowie digitaler Assistenz- und Wissenssysteme unter Zuhilfenahme ‚künstlicher Intelligenz‘ (sowohl im direkten wie auch im indirekten Bereich). Unter das Schlagwort ‚Digitalisierung‘ subsumiert wird dabei auch die Verwendung mobiler Geräte, Smart Devices und flexibler Datennetze, die einen orts- und zeitunabhängigen Zugriff auf Prozesse ermöglichen sowie die branchenübergreifende Vernetzung der gesamten Wertschöpfungskette mittels der genannten Techniken.“

Dr. Hans-Jürgen Urban, IG Metall

Stress nach Typen digitaler Arbeit

Sind für unterschiedliche Ausmaße bzw. für unterschiedliche Typen von Digitalisierung Anzeichen für Stress festzustellen? Dies wird im Folgenden anhand des WHO-5 Well-Being Index als auch des selbst berichteten Stressgefühls geprüft. Es werden hierbei nur die vorwiegend geistig arbeitenden Beschäftigten betrachtet, weil erstens die Art der Tätigkeit (geistig, körperlich, geistig und körperlich) mit dem selbst berichteten Stress korreliert ist, und zweitens die beiden nicht vorwiegend geistig arbeitenden Gruppen nur in geringem Maße in die Digitalisierungstypen 2 und 4 fallen.

Abbildung 75: Anteil mit selbst berichtetem Stress nach Digitalisierungstyp

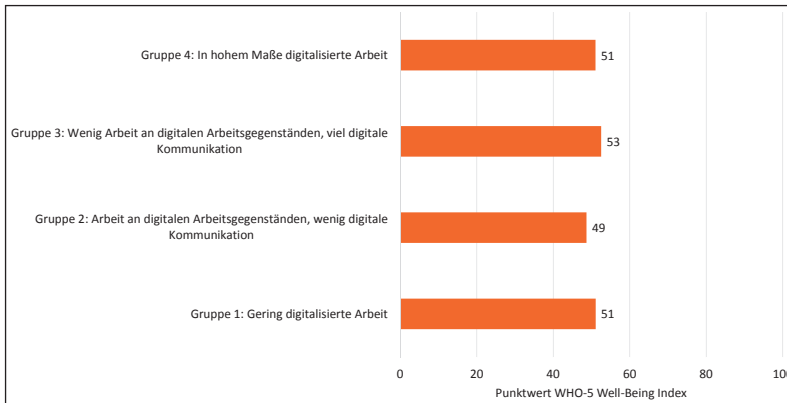


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Befragten, die vorwiegend geistig arbeiten. N=4.350.

Die vier Typen digitaler Arbeit zeigen in etwa das gleiche Wohlbefinden

Stressfolgen im Sinne eines verminderten Wohlbefindens oder selbst berichteten Stresses zeigen sich dagegen nicht oder kaum (Abbildung 75, Abbildung 76) – vielmehr weisen Beschäftigte der vier Typen digitaler Arbeit praktisch den gleichen Punktwert für das Wohlbefinden auf.

Abbildung 76: Wohlbefinden nach Typen digitalisierter Arbeit



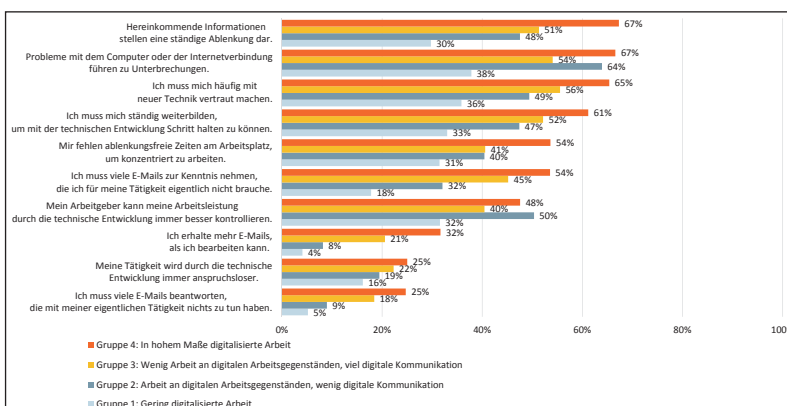
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Befragte, die vorwiegend geistig arbeiten. N= 4.323.

Keine Zusammenhänge zeigen sich übrigens auch zwischen den einzelnen Fragen, die in die Typologie eingehen sowie den weiteren Fragen zur Technisierung von Arbeitsmitteln (Übersicht in Abbildung 67) und Wohlbefinden (WHO-5) sowie selbst berichtetem Stress. Die technische Ausstattung des Arbeitsplatzes bzw. die Arbeitsmittel alleine beeinflussen offenbar nicht das Wohlbefinden und Stresserleben.

Für die meisten Belastungen jedoch, die mit digitaler Arbeit einhergehen, gilt: je höher der Digitalisierungsgrad, umso größere Anteile der Beschäftigten müssen diese Belastungen bewältigen (Abbildung 77). Auf Rang 1 sind hereinkommende Informationen, die eine Ablenkung darstellen, auf Rang 2 sind Störungen (die die Gruppe 3 in etwa so betrifft wie Gruppe 1) usw. (Abbildung 77).

Die technische Ausstattung des Arbeitsplatzes steht nicht im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der Beschäftigten

Abbildung 77: Belastungen digitaler Arbeit nach Digitalisierungstyp



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N Gruppe 1= 2.100–2.167. N Gruppe 2= 538–562. N Gruppe 3= 1.588–1.644. N Gruppe 4= 2.384–2.521.

Anmerkung: Ausgewiesen ist der Anteil, der „trifft voll und ganz“ oder „trifft eher zu“ angegeben hat.

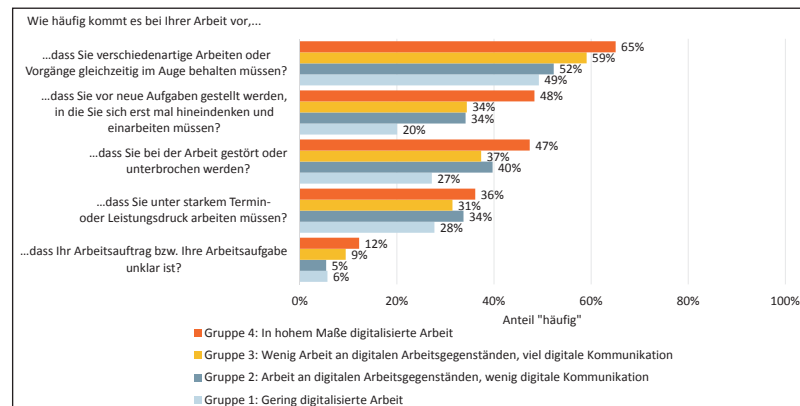
Es zeigt sich auch ein Zusammenhang des Digitalisierungstyps mit der Verbreitung von allgemeinem Belastungen, d.h. solchen Belastungen, die nicht unmittelbar mit Aspekten der Digitalisierung zusammenhängen wie die zuvor genannten und die in Abschnitt 4.3.3 auf Basis der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung referiert wurden. Hier zeigt sich recht deutlich, welche Belastungen mit einem stärkeren Digitalisierungsgrad einhergehen. Eine gewisse Aufgabenunklarheit, wie sie auch von Böhm et al. 2016 als „Vielfalt der Inhalte bezeichnet wird“ (vgl. Abschnitt 4.5.2) zeigt sich mit steigendem Digitalisierungsgrad. So gibt fast die Hälfte der Beschäftigten mit dem hohen Digitalisierungsgrad der Gruppe 4 an, dass man häufig vor neue Aufgaben gestellt wird, in die man sich erst hinein-arbeiten muss. 12 Prozent dieser Gruppe, aber weniger aus den anderen Gruppen, geben an, dass häufig der Arbeitsauftrag bzw. die Arbeitsaufgabe unklar ist (Abbildung 78).

Multitasking nimmt mit dem Digitalisierungsgrad zu

Multitasking ist eine Belastung, die offenbar mit steigendem Digitalisierungsgrad zunimmt. 65 Prozent der hoch digitalisierten Gruppe 4, aber nur 49 Prozent der gering digitalisierten Gruppe 1 müssen häufig verschiedene Aufgaben und Vorgänge im Auge behalten. Trotz der Unterschiede ist allerdings festzuhalten, dass diese Belastung alle Beschäftigten in einem gewissen Maße betrifft. Ähnliches gilt für die Belastung „Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit“.

Nicht oder wenig mit dem Digitalisierungsgrad einhergehend sind dagegen die Belastungen starker Termin- und Zeitdruck sowie schnell arbeiten müssen (Abbildung 78).

Abbildung 78: Allgemeine Belastungen nach Digitalisierungstyp (1/2)



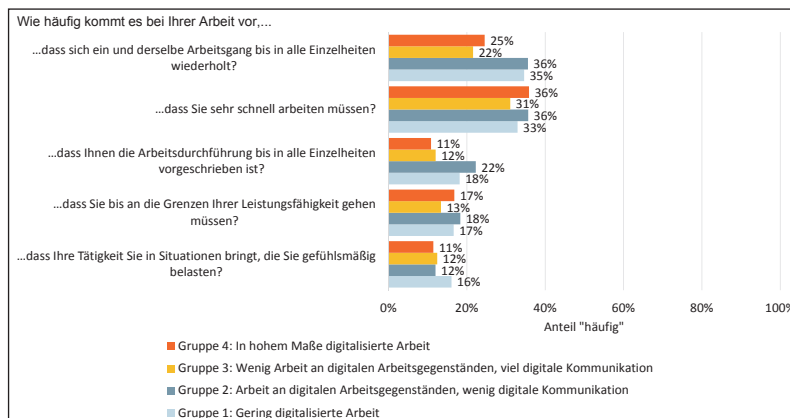
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N Gruppe 1= 2.157–2.165. N Gruppe 2=558–563. N Gruppe 3=1.638–1.644. N Gruppe 4=2.513–2.522.

Anmerkung: Ausgewiesen ist der Anteil, der die jeweilige Belastung häufig erlebt. Die anderen Antwortkategorien waren manchmal, selten und nie.

Andere Belastungen betreffen eher Gruppen von Beschäftigten mit weniger digitalisierter Tätigkeit: sich wiederholende Arbeitsgänge, mangelnder Handlungsspielraum bei der Arbeitsdurchführung oder gefühlsmäßig belastende Situationen (Abbildung 79).

Abbildung 79: Allgemeine Belastungen nach Digitalisierungstyp (2/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N Gruppe 1= 2.157–2.165. N Gruppe 2=558–563. N Gruppe 3=1.638–1.644. N Gruppe 4=2.513–2.522.

Anmerkung: Ausgewiesen ist der Anteil, der die jeweilige Belastung häufig erlebt. Die anderen Antwortkategorien waren manchmal, selten und nie.

Beschäftigte mit einem hohen Digitalisierungsgrad genießen vergleichsweise viel Handlungsspielraum. Sie können sich häufiger als andere Beschäftigte die Arbeit selbst einteilen und sie können häufiger als andere Beschäftigte selbst entscheiden, wann sie Pause machen. Sie können auch häufiger als andere Beschäftigte mitentscheiden, welche digitalen Werkzeuge bei ihrer Tätigkeit eingesetzt werden. Bei anderen Ressourcen zeigen sich dagegen keine oder nur geringe Zusammenhänge zwischen Ressourcen und Digitalisierungstyp. Insbesondere Ressourcen aus dem Bereich soziale Unterstützung am Arbeitsplatz und Sinnerleben zeigen keine deutlichen Unterschiede nach Digitalisierungstyp (Abbildung 80, Abbildung 81).

Der Handlungsspielraum nimmt mit dem Digitalisierungsgrad zu

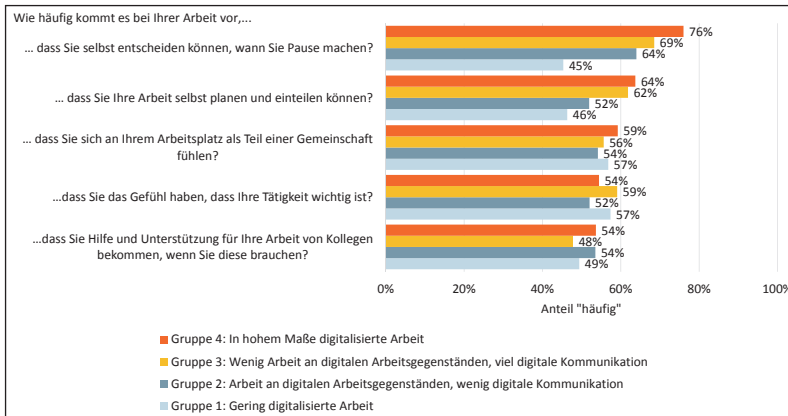
„Wesentliche Herausforderungen der Digitalisierung für die Qualität der Arbeit der Beschäftigten sind u. a.:

- *eine technik-induzierte Beschleunigung von Fertigungsverfahren und Kommunikationsprozessen, die nicht nur zu einer problematischen Dynamik wechselnder Anforderung (Multi-Tasking) sondern auch zu einer signifikanten Zunahme von Termin und Leistungsdruck führt,*
- *Stressbelastungen durch häufigere Störungen und Unterbrechungen, die mit der Informatisierung und Beschleunigung betrieblicher Ablaufprozesse einhergehen,*
- *neue Möglichkeiten der umfassenden Mitarbeiterüberwachung durch digitale Techniken, die Persönlichkeitsrechte der Beschäftigten verletzen können,*
- *die weitere Steigerung des Leistungsdrucks in Folge von zunehmend verschärfter Verhaltensüberwachung und Leistungskontrolle,*
- *die ‚Polarisierung der Tätigkeiten‘, d.h. ein Auseinanderdriften in ‚hoch-, und ‚niedrigqualifizierte Arbeit‘,*
- *neue Unsicherheiten insbesondere im Bereich der Facharbeit, wenn Weiterbildung und Qualifizierung dieser Belegschaftsgruppen weiterhin vernachlässigt wird,*
- *eine De-Qualifizierung durch den Einsatz von digitalen Assistenzsystemen,*
- *eine Re-Taylorisierung der Fertigung und hiermit verbundene Belastungen durch hohe Taktung und monotone repetitive Tätigkeiten sowie*

die Etablierung arbeitnehmerfeindlicher Geschäftspraktiken, z.B. der Abbau sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung zugunsten von ‚Solo-Selbstständigen‘ Crowd- oder Cloud-Workern ohne soziale Absicherung.“

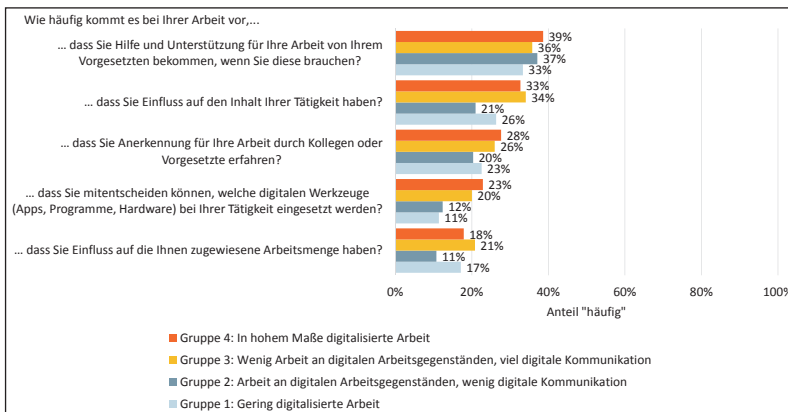
Dr. Hans-Jürgen Urban, IG Metall

Abbildung 80: Ressourcen nach Digitalisierungstyp (1/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
 Basis: Alle Befragten. N Gruppe 1= 2.062–2.160. N Gruppe 2= 556–563. N Gruppe 3= 1.615–1.641. N Gruppe 4= 2.496–2.518.
 Anmerkung: Ausgewiesen ist der Anteil, der die jeweilige Ressource häufig erlebt. Die anderen Antwortkategorien waren manchmal, selten und nie.

Abbildung 81: Ressourcen nach Digitalisierungstyp (2/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
 Basis: Alle Befragten. N Gruppe 1= 2.062–2.160. N Gruppe 2= 556–563. N Gruppe 3= 1.615–1.641. N Gruppe 4= 2.496–2.518.
 Anmerkung: Ausgewiesen ist der Anteil, der die jeweilige Ressource häufig erlebt. Die anderen Antwortkategorien waren manchmal, selten und nie.

4.5.6 Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit und Arbeiten von zu Hause aus

„Insbesondere die Flexibilisierung von Arbeitszeit und Arbeitsort sehe ich als Chance für die Beschäftigten, um Arbeit und Privatleben besser in Einklang bringen und entsprechend der eigenen Bedürfnisse und Lebenssituation gestalten zu können (gleichzeitig stellt die Flexibilisierung aber auch ein Risiko dar, das aktiv gemanagt werden muss). Im Tätigkeitsbereich sind beispielsweise die Automatisierung von Arbeitsprozessen und die Vereinfachung körperlich belastender sowie eintöniger Aufgaben als Chancen der Digitalisierung zu nennen.“

Dr. Miriam Baumgärtner, Universität St. Gallen

Nur 28 Prozent der Beschäftigten werden nie telefonisch kontaktiert

Ein großer Teil der Beschäftigten wird zumindest hin oder wieder außerhalb der Arbeitszeit kontaktiert bzw. liest E-Mails (Abbildung 82). Dabei spielt das Telefon (Festnetz oder Mobiltelefon) die größte Rolle: Nur 28 Prozent der Befragten werden nie von Kollegen oder Vorgesetzten außerhalb der Arbeitszeit angerufen. Für die meisten Beschäftigten ist der Anruf außerhalb der Arbeitszeit aber eher eine Ausnahme: 40 Prozent werden einmal pro Monat oder seltener angerufen. Umgekehrt werden 2 Prozent (fast) täglich und 8 Prozent mehrmals pro Woche angerufen. Weitere 8 Prozent erhalten immerhin etwa einmal pro Woche einen dienstlichen Anruf außerhalb der Arbeitszeit.

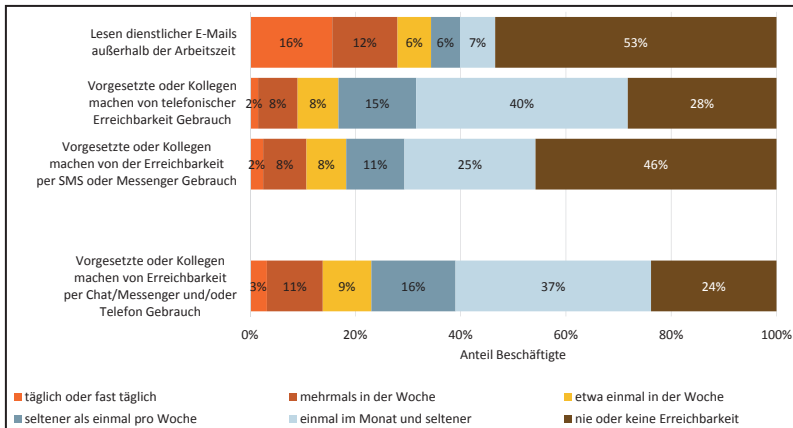
Die Erreichbarkeit per SMS oder Messenger-Nachrichten (z. B. über WhatsApp) verhält sich sehr ähnlich zur telefonischen Erreichbarkeit, allerdings ist hier der Anteil größer, der nie eine Nachricht außerhalb der Arbeitszeit erhält (46 Prozent). Der letzte gestapelte Balken der Abbildung 82 zeigt die Erreichbarkeit über Telefon und/oder Nachrichten per SMS oder Messenger, hier sind also diese beiden Formen der Erreichbarkeit zusammengefasst. Die Ergebnisse sind ein Hinweis, dass die per Text-Nachricht erreichten Beschäftigten eine Teilmenge derer sind, die per Telefon erreicht werden.

16 Prozent der Beschäftigten lesen (fast) täglich E-Mails außerhalb der Arbeitszeit

Das Lesen von E-Mails außerhalb der Arbeitszeit findet einerseits häufiger statt als Telefon- und SMS/Messenger: Insbesondere lesen 16 Prozent der Beschäftigten (fast) täglich ihre E-Mails außerhalb der Arbeitszeit, weitere 12 Prozent mehrmals pro Woche. Andererseits gibt es einen großen Anteil von 53 Prozent, der nie außerhalb der Arbeitszeit E-Mails liest oder gar keine dienstliche E-Mail-Adresse hat bzw. keine dienstlichen E-Mails bekommt.³¹

³¹ 24 Prozent der Beschäftigten, die nie E-Mails außerhalb der Arbeitszeit lesen, geben an, keine dienstlichen E-Mails bzw. keine E-Mail-Adresse zu haben. An allen Beschäftigten beträgt dieser Anteil 13 Prozent.

Abbildung 82: Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N=6.967–7.024 (je nach Item).

Anmerkung: Die Kategorie „Nie oder keine Erreichbarkeit“ schließt sowohl Befragte ein, die im Prinzip erreichbar sind (z. B. weil die Telefonnummer den Kollegen und Vorgesetzten vorliegt), aber nie kontaktiert werden, als auch Beschäftigte, die gar nicht erreichbar sind (weil sie keine dienstliche Mail-Adresse haben, bzw. die Telefonnummer nicht bekannt ist).

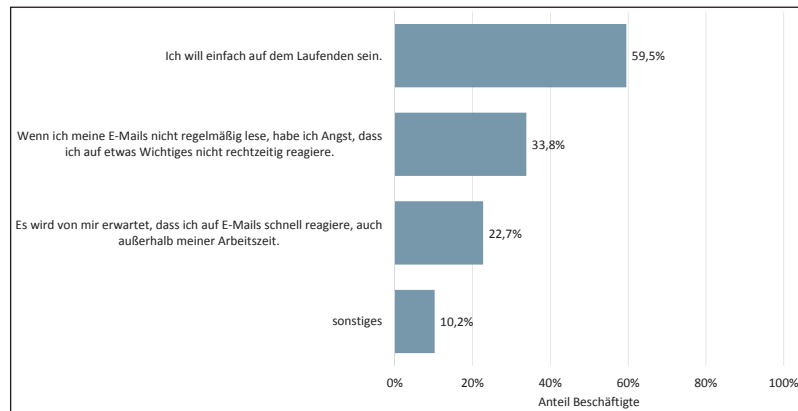
E-Mails außerhalb der Arbeitszeit werden vor allem gelesen, um auf dem Laufenden zu sein. Dies ist der am häufigsten angegebene Grund. Befragte, die dies angeben, geben übrigens zu 72 Prozent keine der beiden weiteren Gründe an. Während dieser Grund zunächst auf eine gewisse Freiwilligkeit hindeutet, zeigen die weiteren beiden Gründe eine Verpflichtung an: 34 Prozent befürchten, auf etwas Wichtiges nicht rechtzeitig reagieren zu können und 23 Prozent geben an, dass es von ihnen erwartet wird, auch außerhalb der Arbeitszeit schnell auf E-Mails zu reagieren.

E-Mails werden außerhalb der Arbeitszeit gelesen, um auf dem Laufenden zu sein

„Digitalisierung der Arbeit bedeutet: Arbeitsprozesse sind ganz oder teilweise durch Informationstechnologie unterstützt. Sie können deshalb Zeit- und ortsunabhängig durchgeführt werden.“

Prof. Dr. Daniela Rastetter, Universität Hamburg

Abbildung 83: Gründe für das Lesen von E-Mails außerhalb der Arbeitszeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten, die einmal wöchentlich oder öfter E-Mails außerhalb der Arbeitszeit lesen. N=2.371

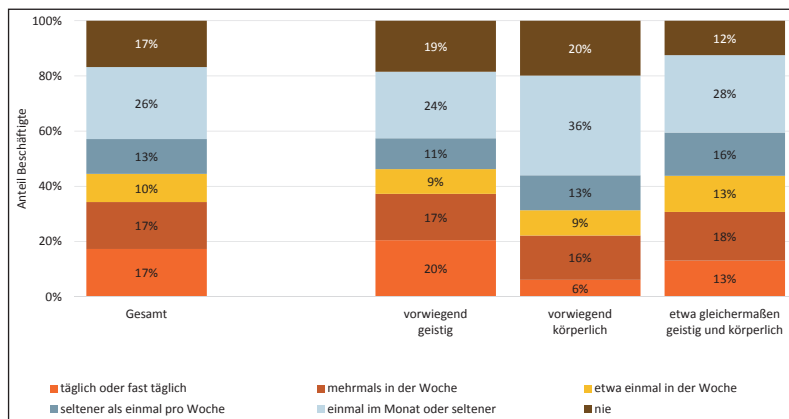
Anmerkung: 72 Prozent der Befragten, die den Grund angeben, „ich will einfach auf dem Laufenden sein“, geben keinen der beiden weiteren Gründe an („auf etwas Wichtiges nicht reagieren“; „es wird von mir erwartet“)

Die bisher dargelegten Auswertungen lassen offen, ob die verschiedenen Arten der Erreichbarkeit eher gemeinsam stattfinden – sodass die Erreichbarkeit per E-Mail zur telefonischen hinzukommt – oder ob sie alternativ zueinander stattfinden, sodass jemand, der per E-Mail nicht erreicht wird, stattdessen per Telefon oder SMS/Messenger erreicht wird. Dies muss jedoch geklärt sein, um eine Aussage über die Erreichbarkeit Beschäftigter im Gesamten ermitteln zu können.

Jeder dritte Beschäftigte wird mehrmals pro Woche oder (fast) täglich außerhalb der Arbeitszeit erreicht

Die entsprechende Analyse hierzu zeigt Abbildung 84. Demnach werden 17 Prozent der Beschäftigten (fast) täglich außerhalb der Arbeitszeit erreicht (ein Anteil der v. a. durch das Lesen von E-Mails zustande kommt, vgl. hierzu Abbildung 82). Weitere 17 Prozent werden zwar nicht täglich, aber mehrmals die Woche erreicht. Insgesamt gilt also für jeden dritten Beschäftigten, dass er oder sie wenigstens mehrmals pro Woche außerhalb der Arbeitszeit per E-Mail, Telefon oder Textnachricht erreicht wird.

Abbildung 84: „Gesamt-Erreichbarkeit“ (per E-Mail, Telefon und/oder SMS/Messenger) nach Art der Tätigkeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N (Gesamt/geistig/körperlich/geistig und körperlich)= 6.970/4.415/463/2.092.

„Beschäftigte, die überwiegend im Büro arbeiten sind meiner Meinung nach durch die Digitalisierung der Arbeit am stärksten betroffen.

Diese Beschäftigten interagieren meist mit viel Informationen und Wissen und nutzen demnach bereits jetzt digitale Technologien und Medien. Diese Nutzung wird im Laufe der Zeit noch mehr zunehmen und zu einem integralen Bestandteil werden.“

Prof. Dr. Henner Gimpel, Kernkompetenzzentrum Finanz- und Informationsmanagement, Universität Augsburg, Projektgruppe Wirtschaftsinformatik des Fraunhofer FIT

Abbildung 85 und Abbildung 86 zeigen die Erreichbarkeit in ihren verschiedenen Formen nach Art der Tätigkeit an. Tägliche oder mehrmals wöchentliche Telefonanrufe, SMS oder Messengernachrichten außerhalb der Arbeitszeit betreffen tendenziell alle Beschäftigte zu gleich großen Anteilen, d. h. egal, ob sie eher geistig oder eher körperlich oder in beider Hinsicht tätig sind. Jedoch sind die körperlich und v. a. die körperlich-geistig Tätigen etwas mehr von Anrufen und Nachrichten außerhalb der Arbeitszeit betroffen als vorwiegend geistig arbeitende Beschäftigte.

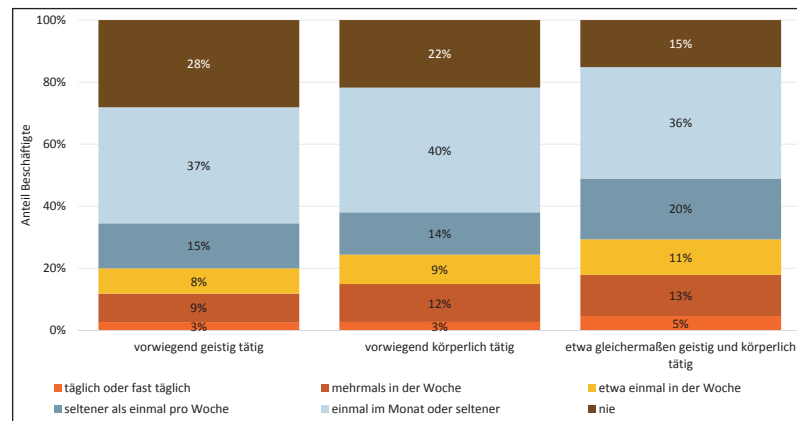
Die Erreichbarkeit per E-Mail dagegen zeigt eine deutlich dazu gegenläufige Tendenz: Hier sind die geistig arbeitenden Beschäftigten klar häufiger betroffen. Alleine das (fast) tägliche Lesen von E-Mails betrifft 19 Prozent dieser Gruppe. Hinzu kommen 14 Prozent Beschäftigte, die mehrmals wöchentlich E-Mails außerhalb der Arbeitszeit lesen.

Vorwiegend geistig und gleichermaßen geistig und körperlich Tätige sind von E-Mails außerhalb der Arbeitszeit besonders betroffen

Gleichwohl werden auch die körperlich-geistig Tätigen außerhalb der Arbeitszeit per E-Mail erreicht: 10 Prozent täglich und 10 Prozent mehrmals pro Woche.

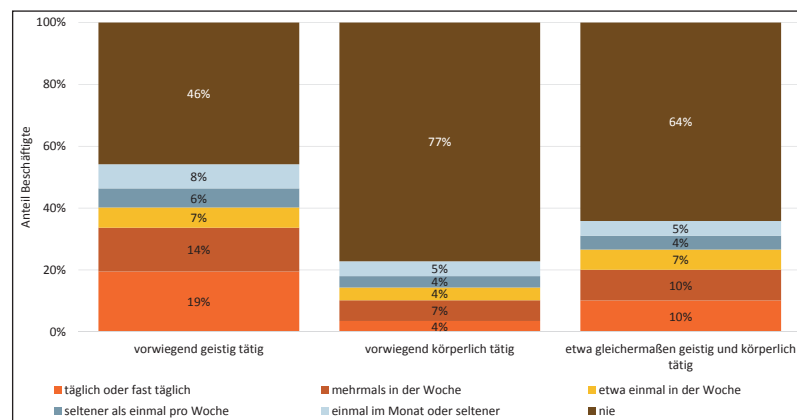
Einerseits sind also die geistig Tätigen am stärksten von Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit betroffen. Gleichzeitig gilt aber, dass Telefon- und Nachrichten körperlich sowie für körperlich-geistig Tätige eine größere Rolle spielen als für vorwiegend geistig tätige Beschäftigte. Diese Form der Erreichbarkeit dürfte einen für die Freizeit invasiveren Charakter haben als das asynchrone Medium E-Mail.

Abbildung 85: Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit durch Telefon und/oder SMS/Messenger nach Art der Tätigkeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
 Basis: Alle Befragten. N (geistig/körperlich/geistig und körperlich)= 4.383/461/2.086.

Abbildung 86: Erreichbarkeit: Lesen von E-Mails außerhalb der Arbeitszeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
 Basis: Alle Befragten. N (Gesamt/geistig/körperlich/geistig und körperlich)= 6.930/4.275/2.75/1.586.

„Durch die zunehmende Digitalisierung befindet sich die Büroarbeit im Wandel: Mobiles Arbeiten gewinnt für bestimmte Berufsgruppen und Tätigkeiten an Bedeutung und verdrängt den klassischen Büroarbeitsplatz sowie die Bedeutung der Präsenzkultur.

Als mobile Arbeit wird eine Arbeitsform bezeichnet, in der die Beschäftigten ihre Arbeit an beliebigen Orten und zu unterschiedlichen Zeiten erledigen können und dafür keinen festen Arbeitsplatz im Unternehmen benötigen. Dieser kann beim Kunden, auf Dienstreisen im Hotel oder in der Bahn sowie zu Hause liegen.

Mobile Arbeit steigert die Mitarbeiterzufriedenheit und Attraktivität des Unternehmens: Zeitliche und räumliche Dimensionen eröffnen Unternehmen und Beschäftigten neue Wege, Beruf und Privatleben erfolgreich miteinander zu vereinbaren, die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erhöhen sowie qualifizierte Fachkräfte zu gewinnen und langfristig an das Unternehmen zu binden.

Die Einführung von flexibler und mobiler Arbeit erfordert jedoch eine bedarfsgerechte und maßgeschneiderte Arbeitsorganisation sowie betriebsindividuelle Regelungen. Dabei geht es in erster Linie um die Festlegung von betrieblichen Rahmenbedingungen, welche für die erfolgreiche Einführung und Gestaltung mobiler Arbeit wichtig sind. Für die Unternehmen bedeutet dies konkret:

- *mit arbeitsbezogener Erreichbarkeit offen umgehen*
- *transparente und verbindliche Regeln schaffen*
- *Erwartungen an die Führungskräfte und Beschäftigte klar formulieren*
- *Beschäftigte unterstützen und qualifizieren*
- *Eigenverantwortung der Beschäftigten fördern*
- *der Fürsorgepflicht nachkommen.“*

Prof. Dr. Sascha Stowasser,
ifaa – Institut für angewandte Arbeitswissenschaft

Welche Folgen hat die Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit für Beschäftigte? Um hierfür Hinweise zu erhalten, wird im Folgenden der Grad der Erreichbarkeit mit der Work-Life-Balance in Verbindung gebracht.³² Daten zur Work-Life Balance und Ausführungen zum Messinstrument, der Trierer Kurzskaala zur Messung von Work-Life-Balance finden sich in Abschnitt 4.3.4.

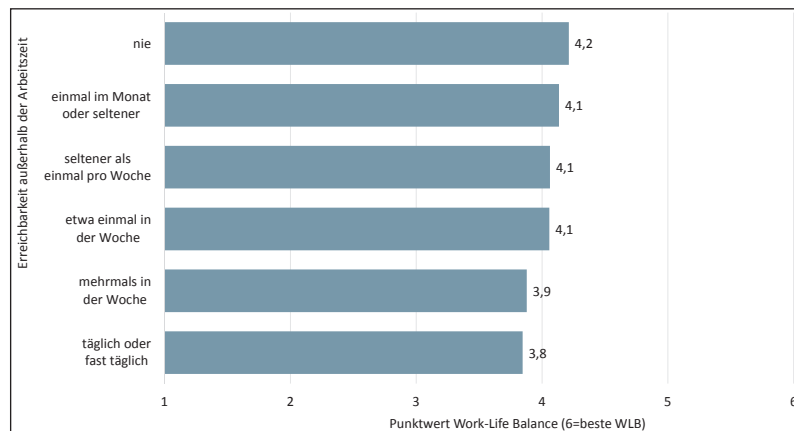
Folgen der Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit

³² Interpretierbare Zusammenhänge zwischen Erreichbarkeit einerseits und selbst berichtetem Stress sowie Wohlbefinden (WHO-5 Being Index) wurden dagegen nicht gefunden.

Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit geht mit einer schlechteren Work-Life-Balance einher

Die Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit (in Form von E-Mail, Telefon sowie Nachrichten per SMS oder Messenger) zeigt einen zwar schwachen, aber klaren Zusammenhang mit der Work-Life-Balance (Abbildung 87). Beschäftigte, die nie außerhalb der Arbeitszeit erreichbar sind, weisen mit einem Punktwert von 4,2 die beste Work-Life-Balance, je stärker die Erreichbarkeit, umso geringer der Punktwert bis zu nur 3,8 der täglich oder fast täglich erreichten Beschäftigten. Zumindest auf Basis dieses bivariaten Zusammenhangs zwischen den beiden Sachverhalten kann also gesagt werden, dass Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit mit einer schlechteren Work-Life-Balance assoziiert ist.

Abbildung 87: Work-Life-Balance nach Erreichbarkeit per Mail, Telefon, SMS oder Messenger



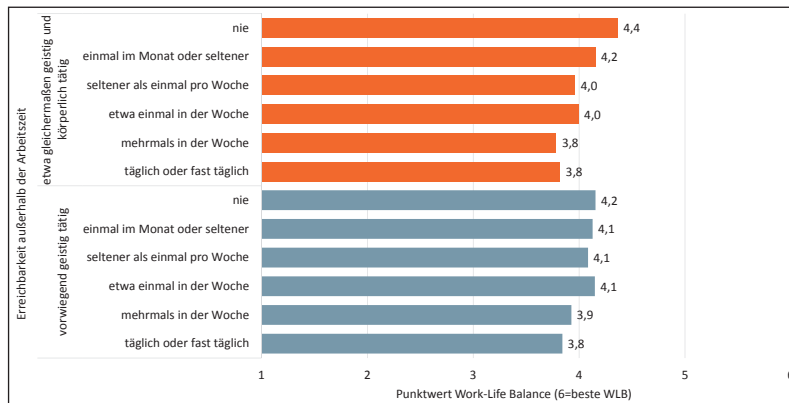
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.
Basis: Alle Befragten. N= 6.837.³³

Zusammenhang zwischen Erreichbarkeit und Work-Life-Balance

Der Zusammenhang zwischen Erreichbarkeit und Work-Life-Balance ist stärker ausgeprägt bei Beschäftigten, die etwa gleichermaßen geistig und körperlich arbeiten ($r_s=0,145$), etwas schwächer dagegen bei Beschäftigten, die vorwiegend geistig arbeiten ($r_s=0,098$) (Abbildung 88). Bei den geistig Arbeitenden zeigt sich vor allem keine „Dosis-Response-Beziehung“, es scheint vielmehr so zu sein, dass die Erreichbarkeit mehrmals pro Woche und häufiger zu unterscheiden ist von den geringeren Graden an Erreichbarkeiten.

³³ Anmerkung: Spearman's Rho für den Zusammenhang von Erreichbarkeit und Work-Life-Balance beträgt 0,111 ($p=0,000$).

Abbildung 88: Work-Life-Balance nach Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit und Art der Tätigkeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N (geistig/geistig und körperlich)=4.337/2.046.³⁴

Anmerkung: Vorwiegend körperlich Tätige wurden nicht in die Analyse eingeschlossen, weil wegen geringer Fallzahl die Analyse nicht ausreichend robust ist.

Stärker erweist sich übrigens der Zusammenhang zwischen der Erreichbarkeit per Telefon/SMS/Messenger gegenüber der Erreichbarkeit per E-Mail (Tabelle 23). Dies gilt insbesondere für Beschäftigte, die gleichermaßen geistig und körperlich tätig sind. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass Anrufe oder Textnachrichten invasiver in das Privatleben eingreifen als E-Mail, für deren Bearbeitung man sich den Zeitpunkt möglicherweise selbst wählen kann und deren Bearbeitung, wie oben gesehen, einer gewissen Freiwilligkeit unterliegt.

Der Zusammenhang zwischen Telefon/SMS/Messenger Erreichbarkeit ist vergleichsweise stark

Tabelle 23: Zusammenhang zwischen verschiedenen Formen der Erreichbarkeit und der Work-Life-Balance

	Vorwiegend geistig Tätige	Gleichermaßen geistig und körperlich Tätige
Erreichbarkeit per E-Mail	0,088	0,097
Erreichbarkeit per Telefon, SMS oder Messenger	0,096	0,176

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N (geistig/geistig und körperlich)=4.457/2.137

Anmerkung: Für alle hier dargestellten: Zusammenhänge gilt: $p=0,000$

Neben der Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit ist die Arbeit von zu Hause aus oder von unterwegs ein Aspekt der Flexibilisierung

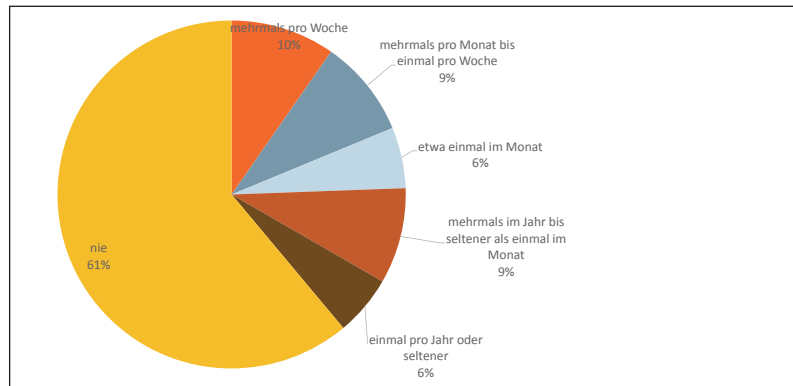
³⁴ Die Korrelation für den Zusammenhang zwischen Erreichbarkeit und Work-Life-Balance beträgt bei vorwiegend geistig Tätigen Spearman's Rho: 0,098 ($p=0,000$); Bei den geistig und körperlich tätigen Beschäftigten beträgt Spearman's Rho: 0,145 ($p=0,000$).

von Arbeitszeit und Arbeitsort, der durch die Digitalisierung ermöglicht, zumindest aber leichter gemacht wird. Den mit 61 Prozent größten Anteil diesbezüglich stellen Beschäftigte, die nie von zu Hause aus arbeiten (Abbildung 89). Hinzu kommen weitere Beschäftigte, die nur ausnahmsweise von zu Hause aus arbeiten, d. h. einmal pro Jahr und seltener (6 Prozent) oder seltener als einmal im Monat (9 Prozent).

Etwa ein Viertel der Beschäftigten arbeitet mindestens einmal pro Monat von zu Hause aus

Demgegenüber arbeitet etwa ein Viertel wenigstens einmal pro Monat von zu Hause aus: 6 Prozent etwa einmal pro Monat, 9 Prozent bis zu einmal pro Woche und 10 Prozent mehrmals pro Woche. Das hier abgefragte Arbeiten von zu Hause aus ist übrigens nicht gleichzusetzen mit Homeoffice. Vielmehr erfasst die Frage auch, wenn Beschäftigte z. B. vor oder nach einem Bürotag noch eine Aufgabe erledigen.

Abbildung 89: Häufigkeit des Arbeitens von zu Hause aus



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

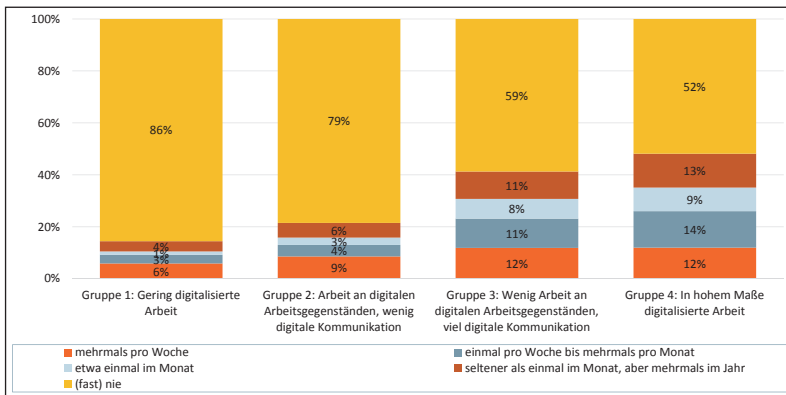
Basis: Alle Befragten. N=7.020. Fragewortlaut: „Bei meiner Arbeit ... arbeite ich auch von zu Hause aus.“

Beschäftigte mit gering digitalisierter Tätigkeit arbeiten selten von zu Hause

Arbeiten von zu Hause aus ist eher selten bei Beschäftigten mit gering digitalisierter Tätigkeit (Gruppe 1), allerdings arbeiten immerhin 6 Prozent der Beschäftigten dieser Gruppe mehrmals pro Woche von zu Hause aus (Abbildung 90). Demgegenüber ist Arbeiten von zu Hause aus für viele Beschäftigte mit stark digitalisierter Tätigkeit vergleichsweise häufig: 12 Prozent dieser Gruppe arbeiten mehrmals pro Woche, weitere 14 Prozent mehrmals pro Monat von zu Hause aus. Allerdings: Auch in der stark digitalisierten Gruppe 4 gilt aber für die große Mehrheit von 64 Prozent: sie arbeitet nie oder nur in Ausnahmefällen von zu Hause aus.

Die Gruppe mit häufiger Arbeit am digitalen Arbeitsgegenstand ohne häufige digitale Kommunikation (Gruppe 2) zeigt deutlich mehr Ähnlichkeit mit der gering digitalisierten Gruppe als mit den Beschäftigten der Gruppen 3 und 4. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Möglichkeit, mit digitaler Technik zu kommunizieren oder sich abzustimmen das Arbeiten von zu Hause aus begünstigt.

Abbildung 90: Häufigkeit des Arbeitens von zu Hause aus nach Digitalisierungstyp



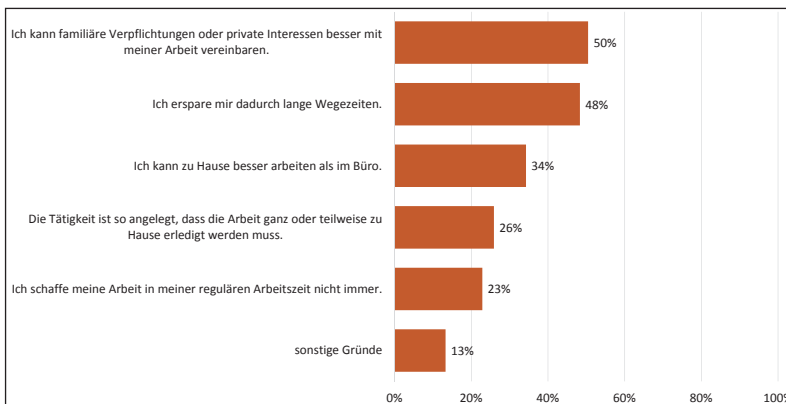
Je digitalisierter die Tätigkeit, umso häufiger arbeiten Beschäftigte auch von zu Hause aus

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N=7.020. N Gruppe 1= 2.170. N Gruppe 2= 560. N Gruppe 3= 1.635. N Gruppe 4=2.520.

Beschäftigte arbeiten vor allem aus zwei Gründen von zu Hause aus: Sie können familiäre Verpflichtungen bzw. private Interessen so besser mit der Arbeit vereinbaren (50 Prozent) oder sie ersparen sich lange Wegezeiten (48 Prozent). Etwa ein Drittel derjenigen, die gelegentlich von zu Hause aus arbeiten geben an, zu Hause besser als im Büro arbeiten zu können. Etwa ein Viertel arbeitet von zu Hause aus, weil die Arbeit in der regulären Arbeitszeit nicht bewältigt werden konnte (Abbildung 91).

Abbildung 91: Gründe für das Arbeiten von zu Hause aus



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Befragte, die mindestens mehrmals pro Monat von zu Hause aus arbeiten. N=1.308.

Beschäftigte arbeiten von zu Hause, um Wegezeiten zu ersparen und Arbeit besser mit dem Privatleben zu vereinbaren

Arbeiten von zu Hause aus wird wie die Flexibilisierung von Arbeitszeit und -ort ambivalent gesehen: Es kann im Interesse der Beschäftigten sein und Wohlbefinden und Work-Life-Balance verbessern, wenn diese sich an starre Arbeitszeiten halten müssen. Es kann aber auch zu Mehrarbeit führen, die Erholung im Feierabend beeinträchtigen und somit auf Kosten von Wohlbefinden und Work-Life-Balance der Beschäftigten gehen.

Arbeiten von zu Hause aus zeigt keinen klaren Zusammenhang mit Wohlbefinden, selbst berichtetem Stress oder Work-Life-Balance

Die Ergebnisse hierzu sprechen weder für die eine noch für die andere These: Weder die Work-Life-Balance, noch das Wohlbefinden (WHO-5 Well-Being-Index) oder der selbst berichtete Stress zeigen einen Zusammenhang mit der Häufigkeit des Arbeitens von zu Hause, der in die eine oder andere Richtung ginge. Allenfalls die Work-Life-Balance zeigt einen (sehr schwachen) Zusammenhang dahingehend, dass häufigeres zu Hause arbeiten mit einer schlechteren Work-Life-Balance einhergeht.

Tabelle 24: Work-Life-Balance, Wohlbefinden und selbst berichteter Stress nach Arbeiten von zu Hause aus

Bei meiner Arbeit arbeite ich auch von zu Hause aus	Work-Life-Balance	WHO5	Meistens/ die ganze Zeit gestresst
mehrmals pro Woche	3,9	52	29 %
einmal pro Woche bis mehrmals pro Monat	4,0	53	20 %
etwa einmal im Monat	4,0	53	19 %
seltener als einmal im Monat, aber mehrmals im Jahr	4,0	52	25 %
(fast) nie	4,1	51	21 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.

Basis: Alle Befragten. N= 6.873–6.957 (je nach Item)

Anmerkung: Die Work-Life-Balance-Skala kann Werte von 1 bis 6 annehmen, wobei 6 die beste Work-Life-Balance darstellt. Der WHO-5 Well-Being Index kann Werte von 0 bis 100 annehmen, 100 zeigt das beste Wohlbefinden an. Der selbst berichtete Stress basiert auf dem Item „In den letzten zwei Wochen ... habe ich mich gestresst gefühlt.“

„Die hohe Entwicklungsdynamik der Digitalisierung führt dazu, dass sich Arbeitsaufgaben schneller verändern als bisher. Die Digitalisierung wird zu veränderten Anforderungen an die Arbeitsaufgaben führen. Dementsprechend unterliegen diese Anforderungen, u. a. Qualifikationen, Kompetenzen, Fertigkeiten, an den Menschen dynamischeren Veränderungen. Folglich nimmt die Bedeutung von Kompetenzen zum Umgang mit neuen oder veränderten Arbeitssituationen ebenso zu wie die Bedeutung der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Wissens (lebenslanges Lernen).

Beispiel 1: die typischen ‚shop floor‘-Beschäftigten, wie z. B. Meister, Vorarbeiter, Produktionskoordinatoren werden zukünftig viel stärker als Schnittstellenmanager innerhalb eines Netzwerks agieren; dies wird sicherlich Änderungen in den Anforderungsmerkmalen „Handlungs- und Entscheidungsspielraum“ sowie „Kooperation“ nach sich ziehen.

Beispiel 2: Ferner werden von der Digitalisierung betroffene Prozesse zunehmend standardisiert. In der Folge fallen einfache Routineaufgaben weg und Mitarbeiter müssen anspruchsvollere Aufgaben übernehmen. So sind sie zunehmend gefordert – neben den entsprechenden technischen Fertigkeiten wie IT-Kenntnissen – komplexere Unternehmensprozesse zu überblicken und mehr Entscheidungen zu treffen.

Aufgrund der sich verändernden (niedriger/höherer) Anforderungen an die Arbeitsaufgaben werden auch Neu- und Umgruppierungen erforderlich sein.“

Dr. Mikko Börkircher, METALL NRW – Verband der Metall- und Elektroindustrie Nordrhein-Westfalen

4.6 Präventionsmaßnahmen vor dem Hintergrund von Digitalisierung und Interaktionsarbeit

Arbeitgeber können eine Reihe von Maßnahmen ergreifen, damit die Belastungen durch Digitalisierung und Interaktionsarbeit ein möglichst geringes Risiko für die Gesundheit der Mitarbeitenden darstellen. Welche Maßnahmen zur Prävention geeignet sind, hängt stark von der jeweiligen Arbeitssituation (z. B. den verwendeten Technologien oder den Leistungsvoraussetzungen der Mitarbeitenden) ab. Deshalb sollten Präventionsmaßnahmen immer auf einer Analyse der Arbeitssituation basieren, aus der passgenaue Maßnahmen abgeleitet werden (Gefährdungsbeurteilung). In diesem Abschnitt wird eine Auswahl an Maßnahmen dargestellt, die sich eignen könnten, um auf bestimmte Gefährdungen durch Digitalisierung und Interaktionsarbeit zu reagieren.

Arbeitgeber haben viele Möglichkeiten präventiv zu handeln

„Betriebliches Gesundheitsmanagement und Arbeitsschutz haben, wenn sie als Leitbild ganz oben aufgehängt sind und auch ‚gelebt‘ werden, eine hohe Chance und Möglichkeit, Gesundheit zu erhalten und Freude bei der Arbeit zu stiften.“

Dr. med. Ulrike Stefanowski

4.6.1 Präventionsmaßnahmen im Bereich Digitalisierung

Um gesundheitlichen Risiken im Kontext digitalisierter Arbeit vorzubeugen, bieten sich u. a. folgende Handlungsansätze an:

- Vereinbarung von Richtlinien für die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT)
- Mitarbeitergerechte Einführung neuer Technologien
- Strategien der Personal- und Organisationsentwicklung
- Optimierung des technischen Supports
- Entwicklung von Unternehmenskultur und Führungsverhalten.

Richtlinien für die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT)

Regeln für die Kommunikation mit IKT

In Organisationen können Regeln für die Kommunikation mit IKT (z. B. E-Mail, Smartphone) festgelegt werden, um die Informationsüberflutung einzudämmen und den Mitarbeitenden zu erleichtern, Berufs- und Privatleben voneinander zu trennen (z. B. Hasselmann et al. 2018; Eichendorf 2018). Mit Hinblick auf die Informationsüberflutung sollte z. B. festgelegt werden, wann es sinnvoll ist, Personen im CC einer E-Mail zu adressieren oder welche Angelegenheiten vorzugsweise persönlich/beim nächsten Jour fixe zu klären sind.

Regeln für die Trennung von Berufs- und Privatleben

Um Mitarbeitenden zu erleichtern, sich in der Freizeit gedanklich von der Arbeit zu lösen bzw. „abzuschalten“, könnte z. B. festgelegt werden, dass eine Kontaktaufnahme außerhalb der Arbeitszeit zu unterlassen ist oder es könnten Regeln dazu vereinbart werden, in welchen (Ausnahme-)Fällen eine Kontaktaufnahme legitim ist. Für die Akzeptanz und Verbindlichkeit derartiger Richtlinien ist es entscheidend, dass sie unter Einbindung aller Beteiligten in der Organisation erarbeitet und verabschiedet werden.

4.6.2 Mitarbeitergerechte Einführung neuer Technologien

Die Einführung neuer Technologien bedeutet immer einen Lernaufwand für die Mitarbeitenden und geht häufig mit Unsicherheit einher. Denn Beschäftigte könnten daran zweifeln, dass sie den neuen Anforderungen gerecht werden und sich fragen, ob ihre Fähigkeiten noch länger gebraucht werden. Stress bei der Einführung neuer Technologien kann vorgebeugt werden, indem

- angemessene Schulungs- und Trainingsmöglichkeiten angeboten werden,
- die Beschäftigten umfassend über Ablauf und Zweck der Einführung informiert werden,
- die Beschäftigten in die Gestaltung des Einführungsprozesses einbezogen werden,
- die Beschäftigten Verantwortung im Rahmen des Einführungsprozesses übernehmen (Ragu-Nathan et al. 2008; Baronas & Louis 1988).

Aspekte einer mitarbeitergerechten Einführung

Die Einbindung der Beschäftigten kann dazu führen, dass diese sich weniger „ausgeliefert“ gegenüber der neuen Technologie fühlen. Mit Hinblick auf den Lernaufwand sollten Vorgesetzte kommunizieren, dass ihnen bewusst ist, dass einige Abläufe im Rahmen der Einführungsphase mehr Zeit in Anspruch nehmen und Zeiträume für Lernprozesse einplanen. Dadurch kann dem Erleben von Zeitdruck vorgebeugt werden (Diedrich et al. 2015; Kupersmith 1992).

Strategien der Personal- und Organisationsentwicklung

Eine mitarbeitergerechte Einführung neuer Technologien alleine stellt nicht sicher, dass alle Beschäftigten eine entsprechende Anpassung vornehmen wollen und können. Um entsprechenden Konflikten und Fehlbeanspruchungen vorzubeugen, müssen ggf. umfassendere Maßnahmen der Personalentwicklung (z. B. Qualifizierungsprogramme, betriebsinterne Umschulungen) oder der Organisationsentwicklung (z. B. partizipativer Diskurs darüber, in welchem Ausmaß neue Technologien eingeführt werden sollen) getroffen werden (Eichendorf 2018). Ein Bedarf an neuen Strategien der Personal- und Organisationsentwicklung besteht auch dann, wenn mit der Einführung neuer Technologien eine gesundheitsgefährdende Unterforderung der Beschäftigten einhergeht (z. B. dadurch, dass anspruchsvollere Aufgaben von neuen Technologien ausgeführt werden).

Qualifizierung, Umschulung und Diskurs über neue Technologien

Im Handlungsfeld Personalentwicklung können auch Angebote aus dem Bereich der Verhaltensprävention genutzt werden. Vor dem Hintergrund der Belastungen durch digitalisierte Arbeit könnten z. B. Trainings und Schulungen zu den Themen Kommunikationsverhalten (z. B. Smartphone-Nutzung), Priorisierung und Informationsfilterung, stresssenkender Umgang mit Unterbrechungen und Multitasking, effizientes Zeitmanagement und Nutzung von Flexibilität für eine bessere Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben angeboten werden (Hasselmann et al. 2018). In diesem Zusammenhang ist anzuführen, dass Maßnahmen der Verhaltensprävention einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten können, die Ursache der Gesundheitsgefährdung aber in den Arbeitsbedingungen zu sehen ist, so dass die Gestaltung der Arbeitsbedingungen (Verhältnisprävention) immer im Vordergrund stehen sollte (§ 4 ArbSchG).

Verhaltensprävention: Trainings und Schulungen

Optimierung des technischen Supports

Support und aktuelle Hard- und Software

Ein ebenso naheliegender wie vielversprechender Handlungsansatz zur Prävention besteht in der Optimierung des technischen Supports für digitale Arbeitsmittel (Nelson 1990). Dabei ist insbesondere wichtig, möglichst schnellen Support zu gewährleisten, denn technische Probleme werden vor allem dadurch zum Stressor, dass Arbeit unterbrochen wird und Zeitdruck entsteht (Day et al. 2012). Auch die Bereitstellung aktueller Hard- und Software ist eine Möglichkeit, ärgerlichen Unterbrechungen bei der Arbeit mit digitalen Arbeitsmitteln vorzubeugen. Diesbezüglich sollte beachtet werden, dass Aktualisierungen entsprechend der Bedarfe vorgenommen werden, nicht nur um der Neuerung selbst willen. Denn der häufig auftretende Glaube, der neueste Stand der Technik würde auch das höchste Maß an Benutzerfreundlichkeit bieten, trifft nicht immer zu (Wood 2001).

„Beteiligung der Beschäftigten bei der Entwicklung von Software insbesondere in Dienstleistungsbereichen und bei Tätigkeiten im unmittelbaren Kundenkontakt ist aus meiner Sicht ein wesentlicher Faktor der Aufrechterhaltung von Motivation und Gesundheit.“

Ludwig Thiry, Leiter Bildungszentrum. Universitätsklinikum Köln

Entwicklung von Unternehmenskultur und Führungsverhalten

Bewusstsein über Chancen und Risiken der Digitalisierungen

Ein konsequentes und nachhaltiges Engagement im Bereich Prävention und Digitalisierung setzt das Bewusstsein voraus, dass Digitalisierung sowohl mit Chancen als auch mit Risiken für die Gesundheit einhergeht und entsprechend gehandelt wird.

Vorbildhaftes Führungsverhalten

Eine entscheidende Rolle für die Entwicklung einer solchen Unternehmenskultur kommt den Führungskräften zu. Indem diese z. B. vorleben, dass die Nutzung von Telearbeit nicht bedeutet, dass die Mitarbeitenden „Tag und Nacht“ kontaktiert werden können oder das Thema der Überwachungsmöglichkeiten durch digitalisierte Arbeit offen ansprechen, werden entsprechende Perspektiven und Werte vermittelt. Neben dem Verhalten von Vorgesetzten hängt die Entwicklung einer Kultur der Prävention vor allem auch von den Werten, Visionen und Strategien der Unternehmensführung ab. Erklärungen und Richtlinien zur Stärkung der Prävention von Seite des Managements können einen kulturellen Wandel ebenso befördern wie z. B. die partizipative Erarbeitung und Verabschiedung von Regeln für die Kommunikation mit IKT (vgl. Abschnitt 0).

Digitalisierung als Chance für die Prävention

„Digitale Innovationen können zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen beitragen. Denkbar ist z.B. eine Entlastung von monotonen Tätigkeiten oder die Reduzierung schwerer körperlicher Anforderungen.“

Dr. Rolf Schmucker, Institut DGB-Index Gute Arbeit

Im Kontext von Digitalisierung und Prävention kann betriebliche Prävention in hohem Maße von neuen Technologien profitieren. Eine fortschreitende Automatisierung und der Einsatz von Robotern bedeutet, dass der Mensch von einer immer größeren Anzahl an monotonen und gefährlichen Tätigkeiten entbunden werden kann. Darüber hinaus können neue Technologien den Menschen bei der Ausführung seiner Tätigkeit so unterstützen, dass Gesundheitsrisiken gemindert werden. Serviceroboter können beispielsweise schwere Werkstücke zuführen und positionieren, so dass das Muskel-Skelett-System nicht mehr durch schweres Heben belastet wird. Die Durchführungen von Schweißarbeiten durch Roboter, die von Menschen bisher nur in ergonomisch sehr ungünstigen Positionen durchgeführt werden konnten, ist ein weiteres Beispiel (Thomas et al. 2011). Auch im Dienstleistungssektor werden neue Technologien mit möglichem Nutzen für die Prävention erprobt. Für eine zeitliche Entlastung von Pflegekräften werden beispielsweise große Hoffnungen auf Pflegeroboter gesetzt.

Des Weiteren werden digitale Medien bereits vielfach genutzt, um gesunde Verhaltensweisen zu verfestigen. Apps können beispielsweise zu einer besseren Ernährung und mehr Bewegung beitragen, indem sie informieren (z. B. über gesunde Lebensmittel), über das Klingeln des Smartphone an das gewünschte Verhalten erinnern oder motivieren (z. B. dadurch, dass eigene Bewegungsleistungen mit denen anderer Teilnehmer vergleichen werden können) (Hasselman et al. 2018). Auch Gesundheitsrisiken, die im Zusammenhang mit der Digitalisierung der Arbeitswelt stehen, kann mit Hilfe des Einsatzes digitaler Medien begegnet werden. So können beispielsweise internetbasierte Selbstcoachings Beschäftigte dabei unterstützen, Berufs- und Privatleben besser voneinander zu trennen (Rexroth et al. 2017).

Der Mensch kann von monotonen und gefährlichen Tätigkeiten entbunden werden

Gesundes Verhalten mit Apps trainieren

4.6.3 Präventionsmaßnahmen im Bereich Interaktionsarbeit

Um gesundheitlichen Risiken im Kontext von Interaktionsarbeit vorzubeugen, bieten sich u. a. folgende Handlungsansätze an:

- Pausensysteme und Job Rotation
- Soziale Unterstützung
- Training von Emotionsregulationskompetenzen

- Darstellungsregeln und Interventionspläne
- Arbeitszeitorganisation.

Pausensysteme und Job Rotation

„Spezifische Maßnahmen können z.B. darin bestehen, Möglichkeiten für die Beschäftigten zu schaffen, mit denen die anspruchsvollen Interaktionsphasen begrenzt werden. Dies kann sowohl zeitlich (z.B. durch Pausenregelungen) als auch räumlich (z.B. durch Rückzugsmöglichkeiten) oder auch arbeitsorganisatorisch (z.B. durch Tätigkeitswechsel) geschehen.“

Dr. Rolf Schmucker, Institut DGB-Index Gute Arbeit

Regelmäßige, vorhersehbare und verbindliche Pausen

Um einer Überforderung der Emotionsregulation vorzubeugen, liegt es nahe, Interaktions- bzw. Emotionsarbeit regelmäßig durch ein gut gestaltetes Pausensystem zu unterbrechen. Insbesondere bei schlecht planbarer und emotional fordernder Arbeit sind regelmäßige, vorhersehbare und verbindliche Pausen wichtig für die Prävention (Hacker 2018). Die Pausen sollten mit Aktivitäten ausgestattet werden, die wenig Emotions- und Selbstregulation erfordern (Trogakos et al. 2008) und/oder gemeinsam mit Kollegen erfolgen.

Wechsel von beanspruchenden und weniger beanspruchenden Aufgaben

Einer überfordernden Beanspruchung der Emotionsregulation kann auch durch Job Rotation vorgebeugt werden, also dadurch, dass sich die Teammitglieder bei der Bearbeitung unterschiedlicher Aufgaben abwechseln. Im Einzelhandel könnte beispielsweise ermöglicht werden, dass auf die Arbeit im Verkauf (mit Anforderungen der Emotionsarbeit) Arbeiten im Büro oder im Lager folgen (Aufgaben mit geringerer Beanspruchung der Emotionsregulation).

Den Beschäftigten Entscheidungsspielräume mit Hinblick auf Pausenplanung und Job Rotation zu geben, könnte diesen ermöglichen, flexibel und kurzfristig auf besonders fordernde Phasen der Emotionsarbeit zu reagieren (Freund et al. 2012).

Soziale Unterstützung

Bei Kollegen „den Gefühlen freien Lauf lassen“

Ein besonderer Nutzen von Pausen bei Emotionsarbeit wird in der Möglichkeit gesehen, sich mit Kolleginnen und Kollegen auszutauschen – „den Gefühlen freien Lauf lassen zu können“. Damit soziale Unterstützung als wertvolle Ressource im Kontext von Emotionsarbeit wirken kann, muss eine „Atmosphäre des Vertrauens“ geschaffen werden, in der ein freier Emotionsausdruck innerhalb des Teams sowie ein Besprechen von frustrierenden Kundenerlebnissen möglich ist (Schöllgen & Schulz 2016). Auch hier kommt es besonders auf die Vorgesetzten an, die durch vorbildhaftes Verhalten, „ein offenes Ohr“ und gerechte Entscheidungen die Weichen für eine Atmosphäre des Vertrauens stellen können.

Kollegiale Unterstützung könnte ganz konkret dadurch gefördert werden, dass Kolleginnen und Kollegen, die besonders erfahren mit den Belastungen der Emotionsarbeit und ihrer Bewältigung sind, als Ansprechpartner benannt werden. Daraufhin sollten Möglichkeiten für einen Austausch mit diesen Ansprechpartnern organisiert werden.

Von den Erfahrungen anderer lernen

Training vom Emotionsregulationskompetenzen

„Beachtung der eigenen Emotionen, arbeitsbezogene Emotionskontrolle und Darstellung, aber auch Schutz gegenüber emotionaler Beanspruchung und Möglichkeiten des Ausgleichs emotionaler Beanspruchung sind Kompetenzen, die Beschäftigten dabei helfen können, mit den Herausforderungen der Interaktionsarbeit besser umzugehen.“

Prof. Dr. Fritz Böhle, Universität Augsburg/ISF München

Als vielversprechende Maßnahmen der Verhaltensprävention gelten Trainings, durch die die Emotionsregulationskompetenzen von Beschäftigten gestärkt werden. Ziel dieser Trainings ist insbesondere die Befähigung zum sogenannten Deep Acting, das heißt, dass Techniken erprobt und eingeübt werden, um das eigene emotionale Erleben mit den Emotionen in Einklang zu bringen, die in der Interaktion mit dem Kunden gezeigt werden sollen (Chen et al. 2012). Entsprechende Techniken sind z.B. gedankliche Umbewertungen („Ich rege mich jetzt nicht über den Kunden auf, der hatte bestimmt nur einen sehr harten Tag“) oder Perspektivübernahmen. Letztere Technik kann u. a. im Rahmen von Rollenspielen, bei denen die Perspektive von Kunden eingenommen wird, geübt werden.

Training in der Anpassung von Emotionen

Um Fehlbeanspruchungen vorzubeugen, wird auch die Testung von Emotionsregulationskompetenzen im Rahmen der Personalauswahl in Erwägung gezogen (Schöllgen & Schulz 2016). Da berufliche Tätigkeit aber immer auch als Entwicklungsmöglichkeit aufgefasst werden sollte, wäre diese Maßnahme mit Bedacht zu wählen und nur in Berufen mit sehr starken emotionalen Belastungen in Erwägung zu ziehen.

Testung bei der Personalauswahl

„Um mit den besonderen Herausforderungen von Interaktionsarbeit umgehen zu können, brauchen Beschäftigte folgende Kompetenzen:

- *eine Kooperationsbeziehung herstellen können (aushandeln, Vertrauen aufbauen, Konflikte managen);*
- *mit den eigenen Emotionen umgehen können;*
- *die Gefühle der Kundinnen und Kunden bearbeiten;*
- *subjektivierend handeln (Schritt für Schritt vorgehen, ganzheitlich denken, alle Sinne einsetzen, eine Beziehung zum Gegenüber eingehen).*

All das sind Kompetenzen, die man lernen kann. Auf jeden Fall darf nicht selbstverständlich vorausgesetzt werden, dass dies Kompetenzen sind, die man mitbringt (insbesondere als weibliches Arbeitsvermögen) – und von denen man daher meint, sie müssten nicht ausgebildet und gewürdigt werden.“

Dr. Margit Wehrich, Universität Augsburg

Darstellungsregeln und Interventionspläne

Die „gute Miene“ muss nicht immer gewahrt werden

Interaktionsarbeit kann auch mit Hilfe von Regularien präventiv gestaltet werden. So wäre es möglich festzulegen, dass die Darstellungsregeln (das gegenüber dem Kunden gewünschte Verhalten) nicht unter allen Umständen zu befolgen sind. So könnte z. B. vereinbart werden, dass zuvorkommende Freundlichkeit (Darstellungsregel) nicht bei aggressivem oder besonders unhöflichem Kundenverhalten gezeigt werden muss (Christoforou & Ashforth 2015). Um Konflikte zwischen Mitarbeitenden und Führungskräften zu vermeiden, sollte genau beschrieben werden, bei welchen Verhaltensweisen von den Darstellungsregeln abgewichen werden kann. Ebenso könnte die Protokollierung von Situationen, in denen von den Darstellungsregeln abgewichen wurde, derartigen Konflikten vorbeugen.

Pläne für belastende Situationen

Auch das Vorliegen von Plänen dazu, welche Handlungsmöglichkeiten in bedrohlichen oder emotional besonders fordernden Situationen bestehen, können die Beschäftigten entlasten und schützen. Die Inhalte solcher Interventionspläne reichen von der Möglichkeit, auf andere Zuständigkeiten zu verweisen (Böhle 2018) über das Recht auf außerordentliche Pausen und Aufgabenwechsel bei bestimmtem Kundenverhalten (Grandey et al. 2012) bis hin zu ausgearbeiteten Ablaufplänen im Fall von bedrohlich aggressivem Kundenverhalten.

Arbeitszeitorganisation

Unvorhersehbare Aufwände berücksichtigen

Neben den emotionalen Anforderungen sind besondere zeitliche Anforderungen ein wichtiger Aspekt bei der Prävention im Kontext von Interaktionsarbeit. Denn die Zeitaufwände bei der Interaktionsarbeit (z. B. Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und Beratungsbedarf

fe im Handel) lassen sich nur sehr bedingt vorhersagen. Um dem Erleben von Zeitdruck vorzubeugen, sollten bei der Personalplanung und Arbeitszeitbemessung unvorhersehbare Zeitaufwände berücksichtigt werden (Hacker 2018). Die Unvorhersagbarkeit von Zeitaufwänden in vielen Bereichen der Interaktionsarbeit gefährdet die Wahrnehmung von Pausen, z.B. bei einem unerwarteten Andrang (ungeduldiger) Kunden. Dem könnte durch eindeutige Stellvertretungsregelungen vorgebeugt werden (Melzer 2018). Eine Möglichkeit für zeitliche Entlastung besteht auch im routinemäßigen Hinterfragen und wenn möglich Reduktion bürokratischer Verpflichtungen (z. B. Pflegedokumentation) (Thomsen 2018).

„Gefährdungsfaktoren, die Interaktionsarbeit entstehen (können), müssen konsequent in die Gefährdungsbeurteilung aufgrund von eingearbeitet werden.³⁵ Dabei sollte auf die Entwicklung von verhältnspräventiven Maßnahmen ein höherer Wert gelegt werden, um die Ursachen möglicher Fehlbeanspruchungen zu beseitigen (z.B. durch ausreichend Personal, Rückzugsmöglichkeiten, den Belastungen angemessenen Pausen- und Ruhezeitenregelungen etc.).

Es gibt bereits Ansätze insbesondere für Emotionsarbeit (s. BAuA: bspw. entsprechende Pausen, Wechsel der Tätigkeiten, Höchstmaß etc.).

Zudem müsste – als Extremform – die Gewaltprävention stärker in den Mittelpunkt des Arbeitsschutzes gerückt werden.“

Christoph Schmitz, Mitglied im ver.di-Bundesvorstand

4.7 Zusammenfassung

Interaktionsarbeit

Ein großer Teil der Beschäftigten ist laut amtlicher Statistik in personenbezogenen Dienstleistungsberufen tätig: 12 Prozent der Männer und 38 Prozent der Frauen – hier sind die Verkaufsberufe noch nicht eingerechnet. Entsprechend viele Beschäftigte arbeiten mit Kunden, Patienten oder Klienten: 35 Prozent ständig oder fast ständig und weitere 25 Prozent mehrmals täglich. Zusammengenommen sind dies 60 Prozent der Beschäftigten, für deren Arbeit es prägend ist, dass sie mit Kunden, Patienten oder Klienten alltäglich umgehen.

Die „Interaktionsarbeit“, die hierbei erforderlich ist, stellt besondere Anforderungen an die betreffenden Beschäftigten. Sie müssen positive Gefühle zeigen, sind der Launen der Kunden ausgeliefert, werden für Dinge kritisiert, für die sie nichts können, unter Umständen müssen sie sogar Gefühle darstellen, die den eigenen nicht entsprechen oder haben Konflikte mit Kunden, Patienten und Klienten. Für

38 Prozent der Frauen arbeiten in sogenannten personenbezogenen Dienstleistungsberufen

³⁵ Z. B. <http://www.verdi-gefaehrungsbeurteilung.de/page.php?view=&lang=1&si=5e30305456d24&k1=main&k2=strategieakteure&k3=interaktionsarbeit&k4>

Belastungen der Interaktionsarbeit hängen mit vermindertem Wohlbefinden zusammen

einen großen Teil der Betroffenen sind insbesondere die letztgenannten Anforderungen eine Belastung.

Diese Belastungen schlagen sich nieder und korrelieren mit einem verminderten Wohlbefinden, wie es durch ein Instrument der WHO gemessen wird – dem WHO-5 Well-Being Index. Sogar im dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen schlagen sich die Belastungen der Interaktionsarbeit nieder: Unter den Frauen haben die personenbezogenen Dienstleistungsberufe einschließlich der Verkaufsberufe einen mit 5,0 zu 4,1 Prozent deutlich höheren Krankenstand als die übrigen Berufe.

(Nur) ein Teil der Erklärung liegt darin, dass hier die Kranken- und Altenpflegerufe, die nicht nur Interaktionsarbeit leisten müssen, sondern auch körperliche Belastungen bewältigen, den Krankenstand beeinflussen.

Unter den Männern zeigt sich der Krankenstandsunterschied nicht. Im Gegenteil: hier weisen die personenbezogenen Dienstleistungsberufe sogar einen um 0,3 Prozentpunkte niedrigeren Krankenstand auf. Allerdings deutet die Krankenstandsanalyse auch bei den Männern darauf hin, dass die psychische Gesundheit durch die Arbeit mit Kunden, Patienten und Klienten besonders herausgefordert ist. Männer im Kunden-, Patienten- oder Klientenkontakt haben mehr Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen als die anderen Berufsgruppen, ein deutlicher Indikator vor dem Hintergrund des ansonsten niedrigeren Krankenstands der männlichen Interaktionsarbeiter.

Dass die Interaktionsarbeiter in den ambulanten Versorgungsdaten nicht auffällig ist, könnte darauf hinweisen, dass sie bei gleicher Morbiditätslast häufiger arbeitsunfähig sind, z. B. weil man mit Anzeichen einer Erkältung nicht mit Kunden-, Patienten oder Klienten arbeiten kann, und möglicherweise auch, weil leichtere Einschränkungen der psychischen Gesundheit im Kunden-, Patienten- oder Klientenkontakt nicht kompensiert oder überspielt werden können. Interaktionsarbeit stellt besondere Ansprüche an die psychische und physische Gesundheit stellt.

Digitalisierung

Es gibt kaum noch Tätigkeiten, die nicht wenigstens hin und wieder mit digitalen Arbeitsmitteln oder an einem digitalen Arbeitsgegenstand ausgeführt werden. Ein sehr großer Anteil der Beschäftigten verwenden einen PC, nutzen E-Mail und arbeiten an digitalen Arbeitsgegenständen. Weniger verbreitet ist dagegen die Nutzung von Sozialen Netzwerken, Twitter oder Blogs und Foren für die eigene Tätigkeit. Ebenso sind Video- und Telefonkonferenzen nur für einen kleineren Teil der Beschäftigten eine regelmäßig genutzte Technologie.

Klassifiziert man Beschäftigte nach der Häufigkeit der Arbeit an digitalen Arbeitsgegenständen einerseits, und der Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien andererseits, so zeigt sich:

Typologie von digitaler Arbeit

32 Prozent der Beschäftigten sind vergleichsweise wenig digitalisiert, sie arbeiten seltener als „fast ständig“ an digitalen Arbeitsgegenständen und kommunizieren höchstens mehrmals täglich mit digitalen Kommunikationstechnologien.

Demgegenüber gehen 37 Prozent der Beschäftigten einer in hohem Maße digitalisierten Tätigkeit nach. Sie arbeiten fast ständig an digitalen Arbeitsgegenständen und verwenden mindestens eine digitale Kommunikationstechnologie fast ständig bzw. zwei mehrmals täglich.

Alleine am Vorhandensein und der Nutzung digitaler Technik lässt sich jedoch kein Zusammenhang zu Beanspruchungs- bzw. Stressfolgen herstellen. Die unmittelbaren Folgen des Technikeinsatzes zeigen sich als Belastung für große Teile der davon Betroffenen. Vor allem das Fehlen ablenkungsfreier Zeiten bei der Arbeit, die Ablenkung durch einkommende Informationen wie E-Mails oder Telefonate, die durch die Digitalisierung erweiterten Kontrollmöglichkeiten des Arbeitgebers und Computer- und Internetstörungen hängen mit einem verminderten Wohlbefinden und erhöhtem selbst berichteten Stress zusammen.

Ein besonderer Aspekt der Digitalisierung ist die Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit: Hier zeigt sich, dass erhebliche Teile der Beschäftigten außerhalb der Arbeitszeit E-Mails lesen und/oder telefonisch bzw. per SMS/Messenger kontaktiert werden. 34 Prozent werden mindestens mehrmals pro Woche kontaktiert bzw. lesen ihre E-Mails außerhalb der Arbeitszeit. Ein Zusammenhang zwischen diesem Grad der Erreichbarkeit und Stress und Wohlbefinden zeigt sich jedoch nicht, allerdings scheint die Work-Life-Balance umso schlechter zu sein, je höher der Grad der Erreichbarkeit ist.

Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit

Die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung hat Konzepte sowohl zum Umgang mit Interaktionsarbeit als auch mit Digitalisierung. Es kommt auf die Ausgestaltung der Digitalisierung und auf die Beteiligung der Beschäftigten an. Und: Auf die Anerkennung der besonderen Leistung der Interaktionsarbeiter.

„Welche konkreten Folgen haben technologische Neuerungen für Arbeitsbedingungen und Arbeitsprozesse? Diese Frage wird meist nicht ausreichend bedacht, wenn es darum geht digitale Technologie einzuführen.

Es zeigt sich, dass es von hoher Relevanz ist, die Fragen der Technologiefolgen frühzeitig in den Blick zu nehmen und abzuschätzen. Es geht um Mitbestimmung beim Umgang mit den Folgen technologischer Neuerungen in Betrieb und Verwaltung.“

Dr. Manuela Maschke, Hans-Böckler Stiftung

4.8 Digitalisierung und Homeoffice in der Corona-Krise. Sonderanalyse zur Situation in der Arbeitswelt vor und während der Pandemie

Vorher-Nachher- Messung Digitali- sierung der Arbeitswelt

Das folgende Zusatzkapitel berichtet über eine Studie, die als Erweiterung der im Rahmen des Reports durchgeführten Beschäftigtenbefragung zu Themen der Digitalisierung der Arbeitswelt geplant und durchgeführt wurde. Die Erweiterung beschäftigt sich mit der Frage, wie Beschäftigte und deren Arbeitgeber in der Hochzeit der Corona-Krise³⁶ in Deutschland, d. h. während des „Lockdowns“ und der Kontaktbeschränkungen, die Möglichkeiten der Digitalisierung und der Arbeit im Homeoffice nutzten. Der Umstand, dass die Befragung im Dezember und Januar stattfand, also unmittelbar vor der Corona-Krise, konnte dahingehend genutzt werden, dass diese gemeinsam mit einer zweiten Befragung im April und Mai 2020 als Vorher-Nachher-Messung der Arbeitswelt mit Bezug zur Corona-Krise genutzt werden konnte.

Nach einem kurzem Abschnitt zur Methodik (Abschnitt 4.8.1) folgen die Themen „Digitalisierungsschub in der Coronakrise“ (Abschnitt 4.8.2) sowie „Deutschland im Homeoffice“ (4.8.3).

4.8.1 Methodik der Erweiterungsstudie

N=5.845 Panel- teilnehmer

Die Teilnehmenden der ersten Befragung wurden eingeladen, an einer zweiten Befragung teilzunehmen. Zusätzlich wurden neue Teilnehmenden zufällig ausgewählt, um den Rücklauf der zweiten Befragung auf die Größe der ursprünglichen Stichprobe aufzustocken. Die Feldzeit der zweiten Befragung ging vom 21. April bis 05. Mai 2020. Die Grundgesamtheit und die Durchführungsmodalitäten sind analog zur ersten Befragung, so dass für weitere Aspekte der Methodik auf Abschnitt 4.2 verwiesen wird.

Nach Abschluss der Feldphase liegt vor:

- N=7.226 Teilnehmende der zweiten Befragung
- Davon N=5.845 Befragte, die an beiden Befragungen teilgenommen haben (im Folgenden „Panelteilnehmer“).

4.8.2 Digitalisierungsschub in der Corona-Krise

Unternehmen in Deutschland mussten durch die Corona-Krise plötzlich auf Anforderungen an das digitale Arbeiten reagieren, weil sie die Möglichkeiten zur Arbeit im Homeoffice sowie zur digitalen Kommunikation und Kooperation (bspw. Videokonferenzen) schaf-

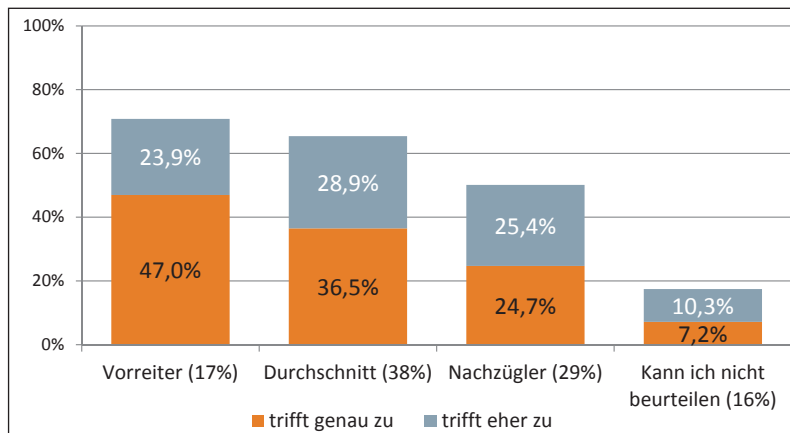
³⁶ Als Corona-Krise werden die Auswirkungen der COVID-19 Pandemie (SARS-CoV-2 - „Corona-Virus“) und die damit verbundenen behördlichen Anordnungen wie die Schließung von Schulen, Kitas und Geschäften sowie Kontaktbeschränkungen und Abstandsregeln verstanden.

fen mussten. Aus Sicht der befragten Beschäftigten ist den Betrieben in Deutschland dies weitgehend gelungen (Abbildung 92).

57 Prozent der Befragten geben an, dass ihr Arbeitgeber die Möglichkeiten, über digitale Arbeitsmethoden im Homeoffice zu arbeiten, sprunghaft ausgeweitet hat (Angabe „trifft genau“ oder „trifft sehr zu“). Dies ist bei den Betrieben, die von ihren Beschäftigten als „digitale Vorreiter“ gesehen werden, besonders der Fall: Hier geben 71 Prozent der Beschäftigten an, dass die digitalen Möglichkeiten zum Homeoffice sprunghaft ausgeweitet wurden. Aber selbst bei den Betrieben, die von ihren Beschäftigten eher als „digitale Nachzügler“ angesehen werden, geben die Beschäftigten zu 51 Prozent an, dass der Arbeitgeber sprunghaft die Möglichkeiten zum Homeoffice geschaffen hat.

ArbeitgeberInnen weiten Möglichkeiten digitalen Arbeitens sprunghaft aus

Abbildung 92: „Sprunghafte Ausweitung der Möglichkeiten, über digitale Arbeitsmethoden im Homeoffice zu arbeiten“³⁷



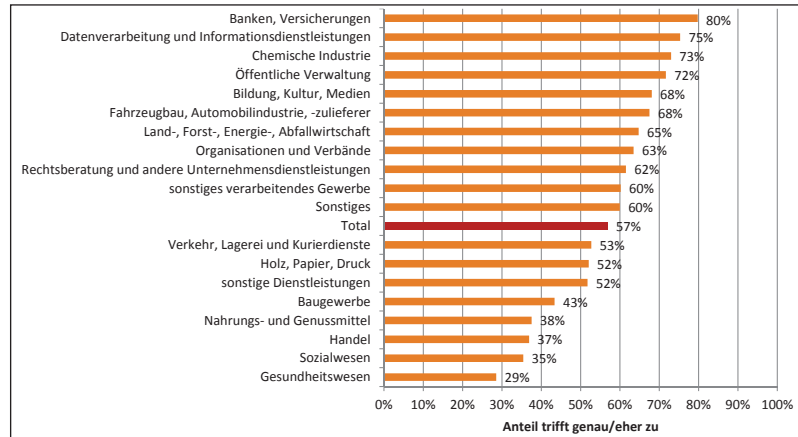
Basis: Alle Teilnehmer der zweiten Befragung. N= 7.226. Fragewortlaut: „Im Zuge der Corona-Krise hat mein Arbeitgeber die Möglichkeiten, über digitale Arbeitsmethoden im Homeoffice zu arbeiten, sprunghaft ausgeweitet.“

Die Ausweitung der Möglichkeiten digitalen Arbeitens ist dabei sehr ungleich über verschiedene Branchen verteilt. Banken und Versicherungen sowie die Branche Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen fallen als Branchen auf, die zu sehr großen Anteilen die technischen Möglichkeiten zum Homeoffice ausweiten konnten. Am anderen Ende des Spektrums stehen der Handel, das Sozialwesen sowie das Gesundheitswesen. In diesen Branchen berichten Beschäftigte, dass ihre Arbeitgeber zu nur geringen Anteilen die Möglichkeiten zum Homeoffice ausweiten konnten.

Vor allem in den Branchen Banken und Versicherungen, Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen

³⁷ Der Durchschnitt über alle Beschäftigte, die angeben, dass ihr Arbeitgeber die Möglichkeiten, über digitale Arbeitsmethoden im Homeoffice zu arbeiten, sprunghaft ausgeweitet hat, lag bei 57 Prozent (trifft genau/trifft sehr zu).

Abbildung 93: „Sprunghafte Ausweitung der Möglichkeiten, über digitale Arbeitsmethoden im Homeoffice zu arbeiten“ nach Branchen

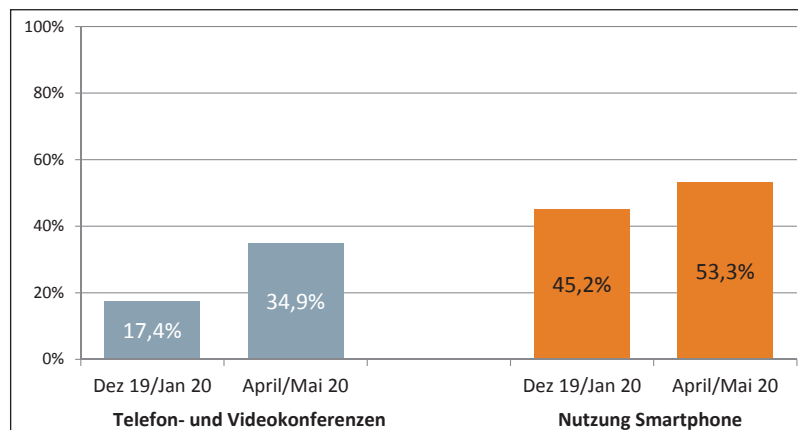


Basis: Alle Teilnehmer der zweiten Befragung. N= 7.226. Fragewortlaut: „Im Zuge der Corona-Krise hat mein Arbeitgeber die Möglichkeiten, über digitale Arbeitsmethoden im Homeoffice zu arbeiten, sprunghaft ausgeweitet.“

Nutzung von Telefon- und Videokonferenzen hat während der Corona-Krise stark zugenommen

Neben Möglichkeiten zum Homeoffice hat sich die Nutzung von Telefon- und Videokonferenzen sehr stark verbreitet: Vor der Corona-Krise haben nur 17 Prozent der Beschäftigten Telefon-, oder Videokonferenzen oder beides genutzt. Dieser Anteil verdoppelte sich während der Corona-Krise auf 35 Prozent. Die Nutzung von Smartphones bei der Arbeit nahm ebenfalls zu, wenn auch nicht im gleichen Maße wie Telefon-/Videokonferenzen: 53 Prozent der Beschäftigten (gegenüber 45 Prozent vor der Krise) geben an, bei ihrer Arbeit regelmäßig ein Smartphone zu nutzen (Abbildung 94).

Abbildung 94: Nutzung von Telefon- und Videokonferenzen sowie Smartphone-Nutzung bei der Arbeit

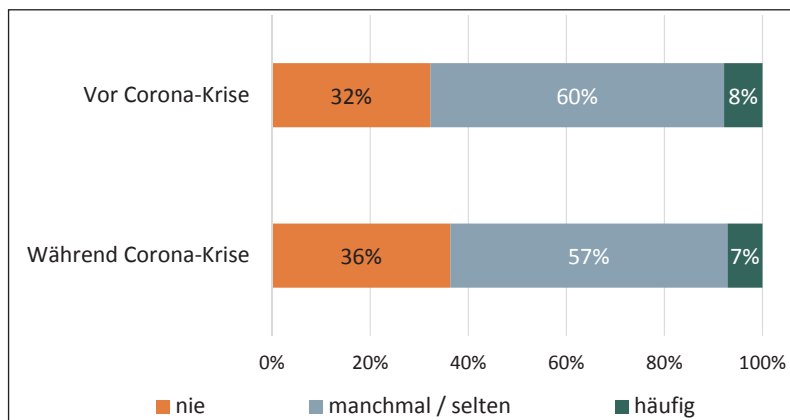


Basis: Panelteilnehmer. N=5.845.

Die Corona-Krise scheint sich nicht auf die Arbeitsproduktivität der Beschäftigten niedergeschlagen zu haben, weder durch die Umstellung auf vermehrtes Arbeiten mit digitalen Arbeitsmethoden noch durch die ggf. auftretende Verunsicherung durch die Krise. Auf die Frage, ob man eine verminderte Arbeitsproduktivität in den letzten zwei Wochen bei sich festgestellt hat, antworten während der Corona-Krise sogar etwas weniger Beschäftigte zustimmend als vor der Krise (Abbildung 95).

Keine verminderte Arbeitsproduktivität während der Corona-Krise

Abbildung 95: Selbst berichtete verminderte Arbeitsproduktivität vor und nach der Corona-Krise

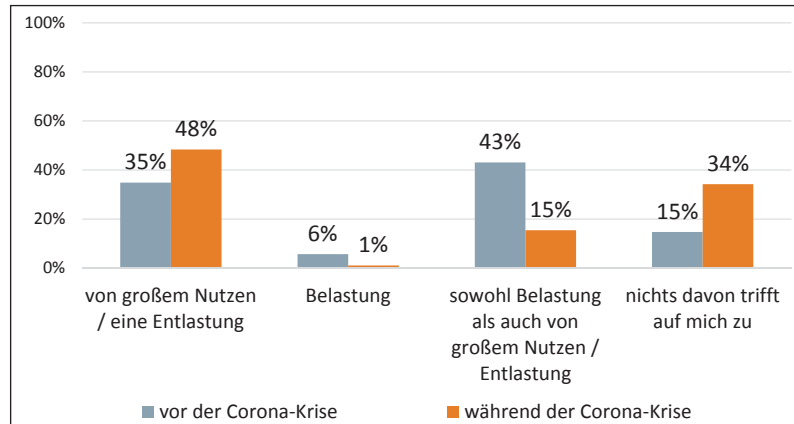


Basis: Panelteilnehmer. N=5.845. Fragewortlaut: „Haben Sie in den vergangenen zwei Wochen eine verminderte Arbeitsproduktivität bei sich festgestellt?“

In der Corona-Krise erwies sich „die Digitalisierung“ (pauschal als „Alles in Allem“-Formulierung) für viele Beschäftigte als Entlastung, insbesondere im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Krise. Während der Corona-Krise gibt fast die Hälfte der Beschäftigten an, dass die Digitalisierung „für mich bei meiner Arbeit“ eine Entlastung darstellt, gegenüber 35 Prozent vor der Corona-Krise (vgl. Abbildung 96). Kaum ein Beschäftigter nimmt dagegen die Digitalisierung (nur) als Belastung war, wobei dieser Anteil vor der Corona-Krise mit 6 Prozent schon niedrig war.

In der Corona-Krise erweist sich die Digitalisierung für viele Beschäftigte als Entlastung

Abbildung 96: Digitalisierung als Entlastung oder Belastung



Basis: Panelteilnehmer. N=5.845. Fragewortlaut: „Alles in allem ist die Digitalisierung für mich bei meiner Arbeit ...“

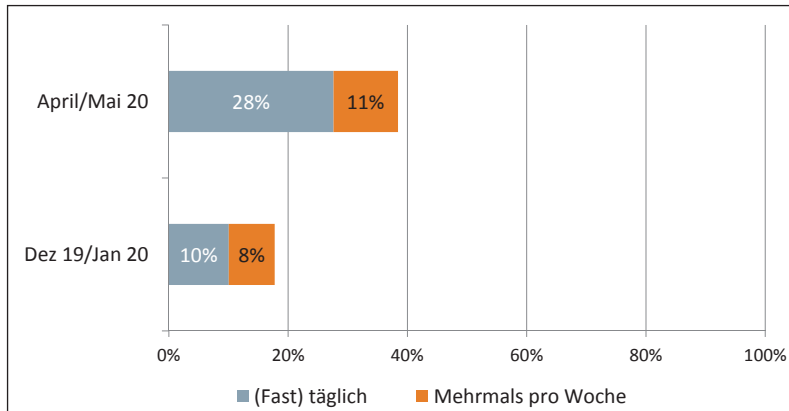
4.8.3 Deutschland im Homeoffice

Plötzliche und massenhafte Verbreitung der Arbeit im Homeoffice

Ein Kennzeichen der Corona-Krise für die Arbeitswelt war die plötzliche und massenhafte Verbreitung der Arbeit im Homeoffice. Im April und Mai arbeiteten 28 Prozent der Beschäftigten täglich oder fast täglich von zu Hause aus. Hinzu kommen 11 Prozent, die mehrmals pro Woche Homeoffice nutzen (Abbildung 97). Gegenüber der Zeit vor der Corona-Krise stellt dies eine deutliche Steigerung dar, zu dieser Zeit arbeiteten nur 10 Prozent der Beschäftigten (fast) täglich und weitere 8 Prozent mehrmals pro Woche im Homeoffice.

Die Ergebnisse machen gleichzeitig deutlich, dass eine große Mehrheit der Beschäftigten seltener als mehrmals pro Woche, teilweise auch nie im Homeoffice arbeitet, sei es, weil die Tätigkeit dies nicht zulässt (Tätigkeiten im Handel, im Gesundheitswesen, im Handwerk, in der Produktion), oder weil der Arbeitgeber die Voraussetzungen hierfür nicht geschaffen hat.

Abbildung 97: Arbeit im Homeoffice



Basis: Panelteilnehmer. N=5.845

Die folgenden Ergebnisse nehmen Beschäftigte mit regelmäßigem Homeoffice während der Corona-Krise näher in den Blick (Abbildung 98 bis Abbildung 104). Diese Beschäftigtengruppe bewägt die Arbeit im Homeoffice offenbar sehr gut: 82 Prozent geben an, dass sie im Homeoffice die grundsätzlich geeigneten Arbeitsaufgaben „genauso gut“ im Homeoffice erledigen kann („trifft eher, trifft genau zu“). 59 Prozent sind ihrer eigenen Einschätzung zufolge sogar produktiver im Homeoffice als am normalen Arbeitsplatz (Abbildung 98).

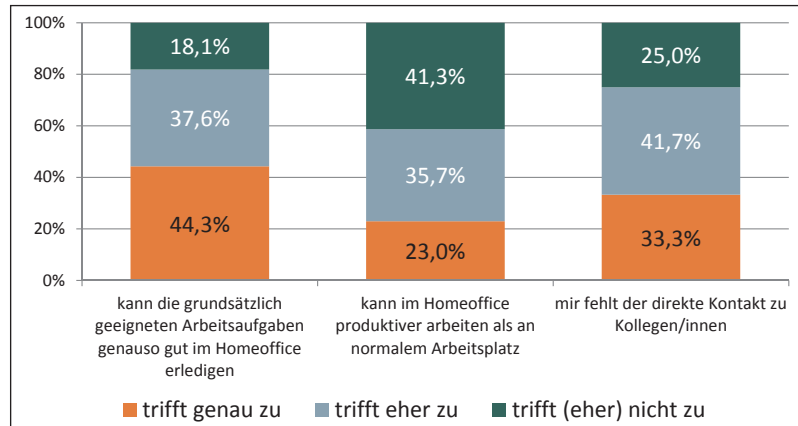
Auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gelingt vielen im Homeoffice besser: 77 Prozent mit Kindern unter 12 Jahren und 65 Prozent der übrigen Befragten im Homeoffice geben an, dass sie im Homeoffice Beruf und Familie besser miteinander vereinbaren können (Abbildung 99).

Von den abgefragten Nachteilen steht der fehlende Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen an erster Stelle: 75 Prozent der Befragten im Homeoffice stimmen der Aussage („genau“/„eher“) zu: „Mir fehlt der direkte Kontakt zu den Kolleg/innen“ (Abbildung 98). 46 Prozent der Homeoffice-Arbeitenden fehlt eine klare Trennung zwischen Berufs- und Privatleben (Abbildung 99).

Die Arbeit im Homeoffice hat viele Vorteile für die Beschäftigten

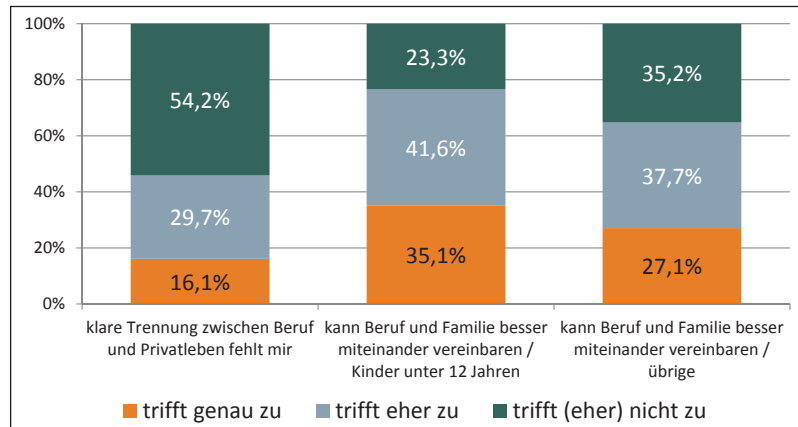
Den fehlenden Kontakt zu den KollegInnen sehen viele Beschäftigte als Nachteil der Arbeit im Homeoffice

Abbildung 98: Vor- und Nachteile der Arbeit im Homeoffice 1



Basis: Alle Teilnehmer der zweiten Befragung mit regelmäßigem Homeoffice. N= 2.586.

Abbildung 99: Vor- und Nachteile der Arbeit im Homeoffice 2

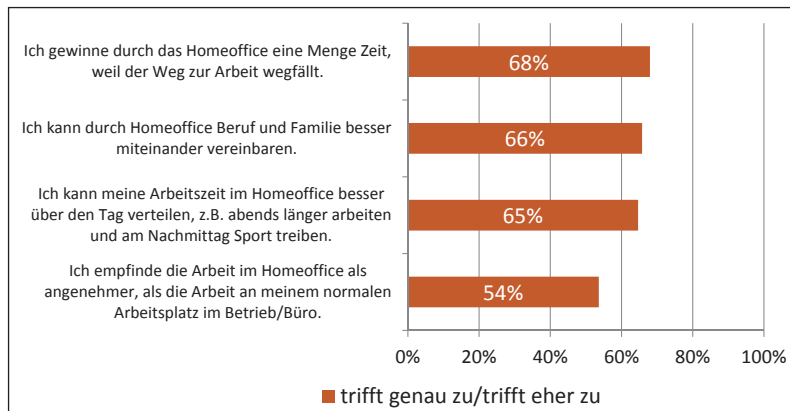


Basis: Alle Teilnehmer der zweiten Befragung mit regelmäßigem Homeoffice. N= 2.586.

Zeitgewinn durch den Wegfall von Pendelzeit ist ein häufig genannter Vorteil von Homeoffice

Abbildung 100 stellt die wichtigsten Vorteile der Arbeit im Homeoffice in einer Übersicht zusammen. Demnach ist der Zeitgewinn durch Wegfall von Pendelzeit der am häufigsten genannte Vorteil. Fast ebenso häufig wird aber auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie eine bessere Zeitsouveränität genannt. Jeder dieser Vorteile wird von etwa zwei Dritteln der Befragten als gegeben gesehen.

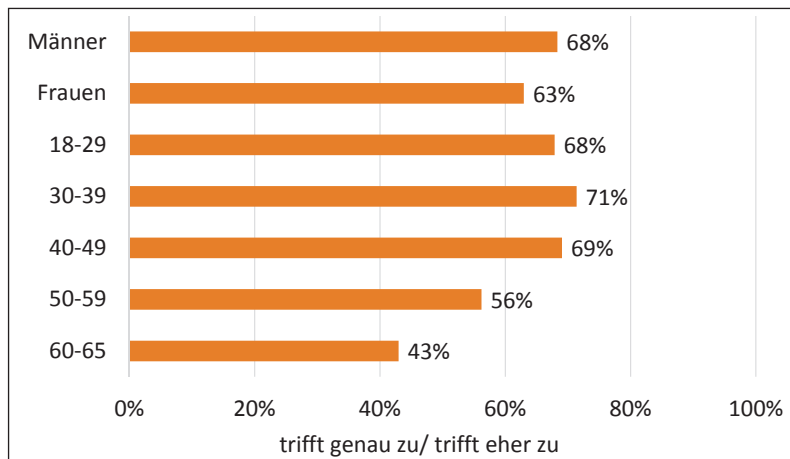
Abbildung 100: Vor- und Nachteile der Arbeit im Homeoffice 3



Basis: Alle Teilnehmer der zweiten Befragung mit regelmäßigem Homeoffice. N=2.586.

Die bessere Vereinbarkeit durch Homeoffice wird von Männern eher als von Frauen gesehen. Unter den Altersgruppen sind es die 18- bis 49-Jährigen, die vom Homeoffice im Hinblick auf Vereinbarkeit besonders profitieren, während Beschäftigte im Alter von 50 Jahren und älter diesen Vorteil deutlich weniger sehen (Abbildung 101).

Abbildung 101: Vorteil Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch Homeoffice nach Alter und Geschlecht



Basis: Alle Teilnehmer der zweiten Befragung mit regelmäßigem Homeoffice. N=2.586. Fragewortlaut: „Ich kann durch Homeoffice Beruf und Familie besser miteinander vereinbaren“.

Mit der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf korrespondiert ein möglicher Nachteil der Arbeit im Homeoffice: Unter Umständen gelingt die Trennung von Berufs- und Privatleben im Homeoffice schlechter, etwa weil die räumliche Trennung fehlt und sich Arbeits-

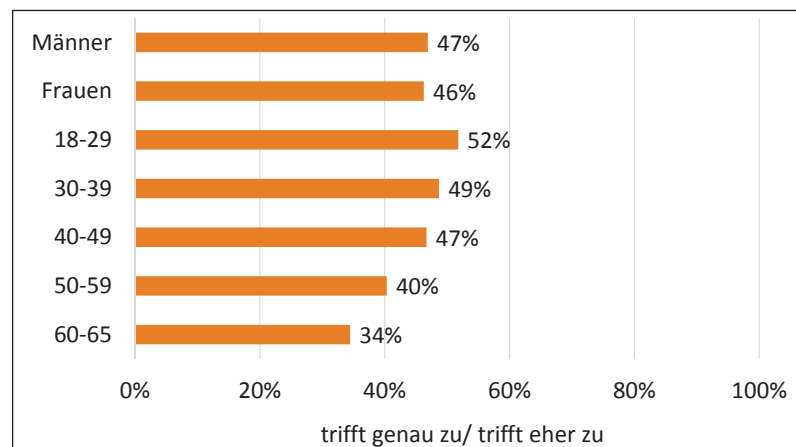
zeit und Freizeit nicht durch den Weg von und zur Arbeit klar voneinander abgrenzen.

Je jünger Befragte sind, umso schwerer fällt ihnen die Trennung von Berufs- und Privatleben im Homeoffice

Abbildung 102 zeigt die Zustimmung zur entsprechenden Aussage nach Alter und Geschlecht. Demnach sehen Frauen und Männer zu gleichen Anteilen als Nachteil an, dass sich Beruf und Privates im Homeoffice schlecht trennen lassen. Die Verteilung nach Alter zeigt einen deutlichen Trend: Je jünger Befragte sind, umso schwerer fällt ihnen die Trennung von Berufs- und Privatleben im Homeoffice.

Bei der Verallgemeinerung dieser Ergebnisse sollte beachtet werden, dass die hier befragten regelmäßig Homeoffice Arbeitenden tendenziell solche Beschäftigten enthalten, die eine Präferenz zum Homeoffice haben. Auch wenn viele Beschäftigte die Entscheidung für oder gegen Homeoffice in der Corona-Krise nicht alleine treffen können, werden diejenigen, die Schwierigkeiten mit der Arbeit im Homeoffice haben, eher an ihrem üblichen Arbeitsplatz gearbeitet haben.

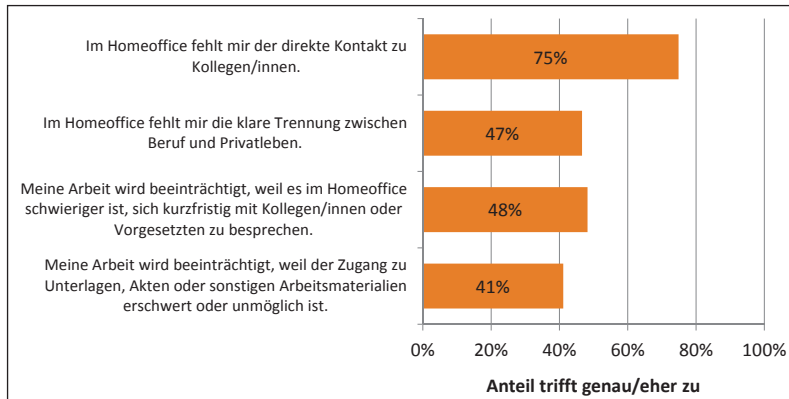
Abbildung 102: Nachteil fehlende Trennung von Berufs- und Privatleben durch Homeoffice nach Alter und Geschlecht



Basis: Alle Teilnehmer der zweiten Befragung mit regelmäßigem Homeoffice. N=2.586. Fragewortlaut: „Im Homeoffice fehlt mir die klare Trennung zwischen Beruf und Privatleben“.

Unter den weiteren Nachteilen der Arbeit im Homeoffice sticht ein Nachteil klar heraus: Beschäftigten im Homeoffice fehlt der direkte Kontakt zu den Kolleginnen und Kollegen. Drei Viertel der regelmäßig Homeoffice Arbeitenden geben dies an. Eine Übersicht der weiteren abgefragten Nachteile zeigt Abbildung 103.

Abbildung 103: Nachteile der Arbeit im Homeoffice

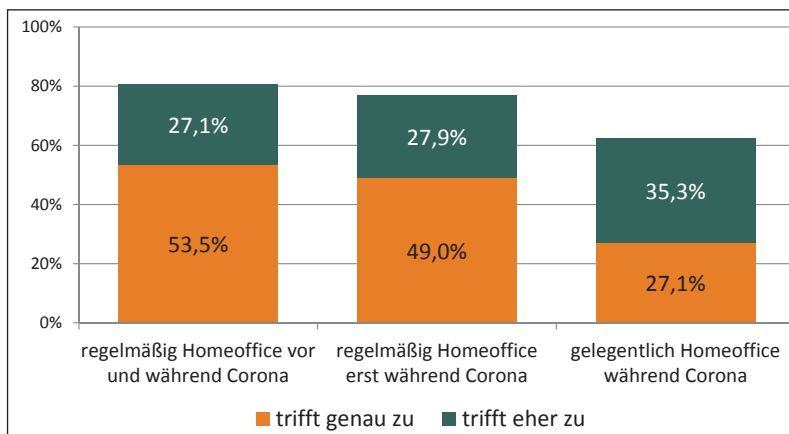


Basis: Alle Teilnehmer der zweiten Befragung mit regelmäßigem Homeoffice. N= 2.586.

Größere Anteile der Beschäftigten, die in der Corona-Krise regelmäßig im Homeoffice arbeiteten, möchten diese Arbeitsform zumindest in Teilen auch dann fortführen, wenn wieder „normale“ Bedingungen herrschen. Das gilt in besonders starkem Maße für die Gruppe von Beschäftigten, die bereits vor der Corona-Krise regelmäßig von zu Hause aus gearbeitet hat (Abbildung 104).

Viele Homeoffice-Arbeitende möchten auch nach der Corona-Krise (teilweise) im Homeoffice arbeiten

Abbildung 104: Fortführung der Arbeit im Homeoffice nach der Corona-Krise



Basis: Alle Teilnehmer der zweiten Befragung mit regelmäßigem Homeoffice. N= 2.586. Fragewortlaut: „Was erwarten bzw. wünschen Sie sich für die Zeit nach der Corona-Krise, wenn wieder normale Bedingungen herrschen? Ich würde gerne weiter zumindest einen Teil meiner Arbeitszeit im Homeoffice arbeiten.“

4.8.4 Fazit

Die Sonderanalyse zur Situation in der Arbeitswelt vor und während der Covid-19-Pandemie hat gezeigt, dass viele Betriebe – auch solche, die bis dahin nicht zu den „Vorreitern“ im Bereich digitaler Arbeitsformen gehörten – kurzfristig die entsprechenden technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die Arbeit im Homeoffice geschaffen haben. Neben der Arbeit im Homeoffice hat es auch eine sprunghafte Zunahme von digitalen und mobilen Arbeitsformen gegeben, insbesondere was den Einsatz von Telefon- und Videokonferenzen angeht.

Die Vorteile von Homeoffice scheinen die Nachteile deutlich zu überwiegen

Die Befragung der Beschäftigten zeigt, dass es dabei meist nicht zu größeren Problemen gekommen ist. Die Vorteile des Homeoffice scheinen die Nachteile für viele zu überwiegen, vor allem die Produktivität im Homeoffice scheint gewährleistet.

Die Befragung zeigt jedoch auch, dass ein Teil der Beschäftigten auch Nachteile sieht, weil z. B. die Kontaktmöglichkeiten zu Kollegen/innen und Vorgesetzten erschwert, Arbeitsmaterialien nicht greifbar oder zu viele Ablenkungen vorhanden sind.

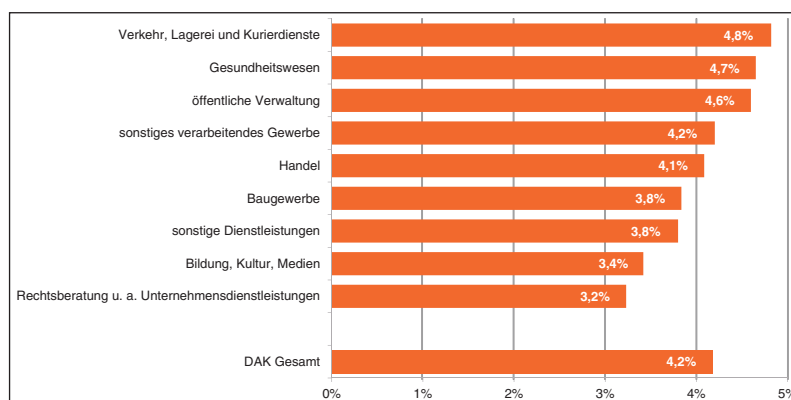
Viele Beschäftigte – bei den Befragten, die in der Corona-Krise regelmäßig im Homeoffice gearbeitet haben, sind es zwischen 49 und 54 Prozent – sind sich sicher, dass sie auch nach der Krise weiter die Möglichkeit haben wollen, zumindest einen Teil der Arbeitszeit im Homeoffice zu arbeiten.

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.³⁸

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 105). Abbildung 106 geht auf die übrigen Wirtschaftszweigen ein.

Abbildung 105: Krankenstandswerte 2019 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

Die Branche „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ lag mit einem Krankenstandswert von 4,8 Prozent an der Spitze und somit eindeutig über dem Durchschnitt aller Branchen. Die Branchen „Gesundheitswesen“ und „öffentliche Verwaltung“ folgen mit einem Krankenstand von 4,7 Prozent bzw. 4,6 Prozent auf den Plätzen zwei und drei. Unter dem Durchschnitt lagen die Branchen „Handel“ mit 4,1 Prozent sowie „Baugewerbe“ und „sonstige Dienstleistungen“ mit jeweils 3,8 Prozent. Am anderen Ende der Skala befinden sich die Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Rechtsberatung und andere Unternehmensdienstleistungen“ mit einem deutlich unterdurchschnittlichen Krankenstand in Höhe von jeweils 3,4 Prozent bzw. 3,2 Prozent.

Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von Mitgliedern der DAK-Gesundheit

Branche „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ an der Spitze

³⁸ Für die Auswertungen im Rahmen der 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 „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ ist vor allem die erhöhte Falldauer von durchschnittlich 13,5 Tagen pro Krankheitsfall. Die Fallhäufigkeit war mit 130,2 Fällen pro 100 VJ nur leicht erhöht gegenüber dem Gesamtdurchschnitt (121,6 Fälle pro 100 VJ).
- Die hohen Ausfallzeiten im „Gesundheitswesen“ sind ebenfalls auf eine überdurchschnittliche Falldauer zurückzuführen: Je 100 ganzjährig Versicherter konnten 2019 124,7 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 13,6 Tage dauerten.

DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege und im DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006

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

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

- In der „öffentlichen Verwaltung“ beträgt die Fallhäufigkeit je 100 Versicherte 123,1 Erkrankungsfälle und liegt damit nur leicht über dem Durchschnitt (121,6 AU-Fälle). Die Erkrankungsdauer lag in der „Öffentlichen Verwaltung“ mit durchschnittlich 13,6 Tagen über dem Durchschnitt aller Branchen (12,5 Tage je AU-Fall).

Gründe für hohen Krankenstand in der öffentlichen Verwaltung

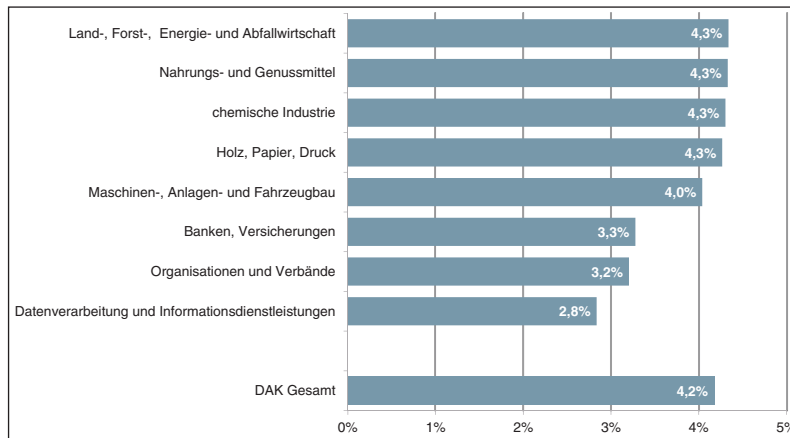
Der im Vergleich zur Privatwirtschaft hohe Krankenstand in den öffentlichen Verwaltungen wird in verschiedenen Studien zum Teil mit einem höheren Anteil an Schwerbehinderten im öffentlichen Sektor begründet.³⁹ Auch bieten öffentliche Verwaltungen gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbstätigen noch immer eher eine Beschäftigungsmöglichkeit als kleinbetrieblich strukturierte Branchen wie z. B. „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“.

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

³⁹ Marstedt et al.: Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im Öffentlichen Dienst, in: Fehlzeiten-Report 2001; Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2003

- 100 ganzjährig Beschäftigte im Wirtschaftszweig „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ waren 2019 nur 110,8 Mal arbeitsunfähig erkrankt. Eine Erkrankung dauerte hier im Durchschnitt nur 10,6 Tage.

Abbildung 106: Krankenstandswerte 2019 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

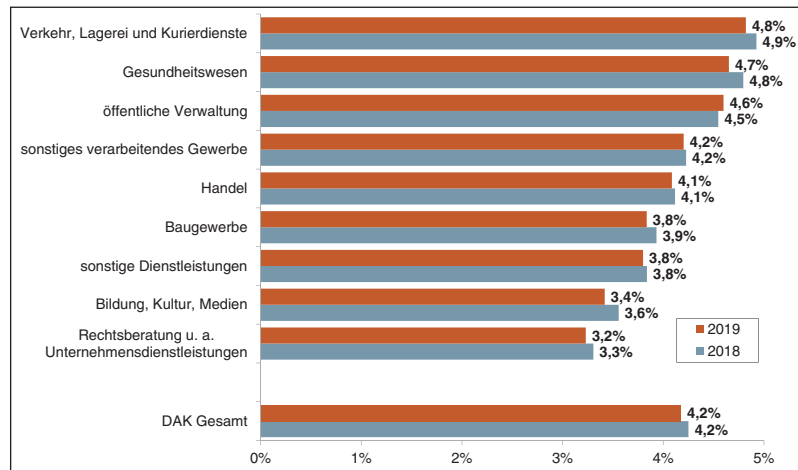
Abbildung 106 zeigt die Krankenstände in den übrigen acht Wirtschaftsgruppen. Es zeigt sich, dass einige der Branchen, die dem verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen sind, wie z. B. „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“, unter dem DAK-Gesundheit-Durchschnitt liegende Krankenstandswerte aufweisen. Einen besonders niedrigen Wert erzielte die Branche „Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen“, die über alle Branchen hinweg den niedrigsten Krankenstand aufweist.

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

In Abbildung 107 und Abbildung 108 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der Jahre 2018 und 2019 vergleichend gegenübergestellt.

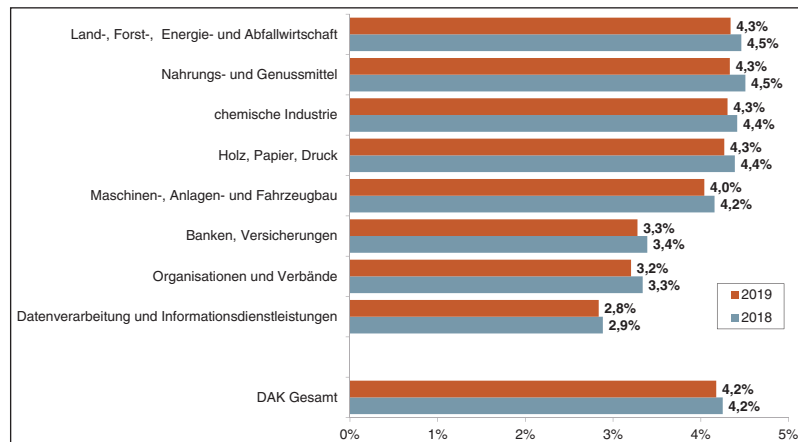
Es zeigt sich, dass die Krankenstände in fast allen Wirtschaftsgruppen um 0,1 bis 0,4 Prozentpunkte gestiegen sind. Eine Ausnahme stellt dabei das Gesundheitswesen sowie die Rechtsberatung und die anderen Unternehmensdienstleistungen dar.

Abbildung 107: Krankenstandswerte 2018–2019 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

Abbildung 108: Krankenstandswerte 2018–2019 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

Bei den acht übrigen Wirtschaftsgruppen ist der Krankenstand in der Land-, Forst, Energie und Abfallwirtschaft, bei den Banken und Versicherungen sowie den Organisationen und Verbänden leicht zurückgegangen. In den übrigen Wirtschaftsgruppen ist der Krankenstand leicht gestiegen.

6. Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

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

Um Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Versicherten aufzuzeigen, werden neben Analysen für die einzelnen Bundesländer auch die Gesamtwerte für West- und Ostdeutschland ausgewiesen. Tabelle 25 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2019.

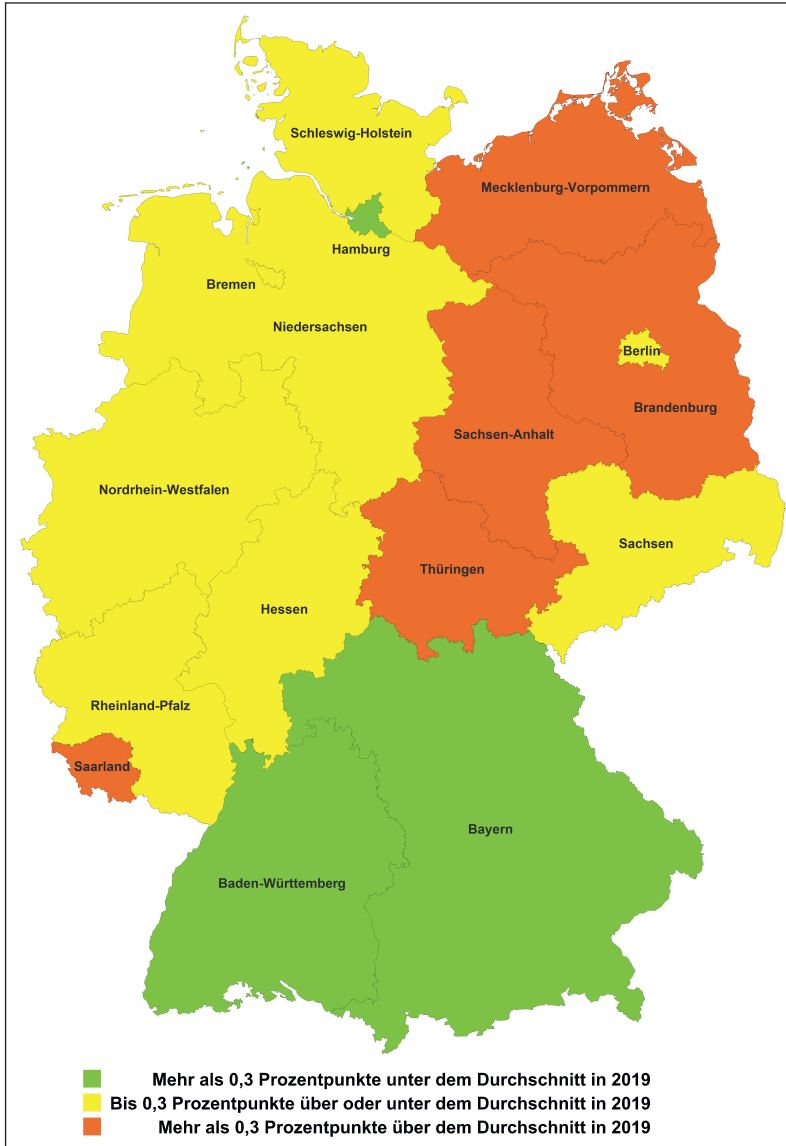
Tabelle 25: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2019

Bundesland	Krankenstand	pro 100 Versichertenjahre		
		AU-Tage	AU-Fälle	Ø Falldauer
Baden-Württemberg	3,5 %	1.284,0	108,9	11,8
Bayern	3,8 %	1.377,3	113,5	12,1
Berlin*	4,2 %	1.551,2	122,0	12,7
Bremen	3,9 %	1.437,6	114,4	12,6
Hamburg	3,7 %	1.350,4	111,3	12,1
Hessen	4,3 %	1.568,1	130,1	12,1
Niedersachsen	4,2 %	1.534,4	119,9	12,8
Nordrhein-Westfalen	4,1 %	1.511,3	117,6	12,8
Rheinland-Pfalz	4,3 %	1.585,3	123,8	12,8
Saarland	4,9 %	1.787,8	122,7	14,6
Schleswig-Holstein	4,1 %	1.503,3	123,0	12,2
Westliche Bundesländer	4,0 %	1.472,1	118,5	12,4
Brandenburg	5,3 %	1.922,4	144,5	13,3
Mecklenburg-Vorpommern	5,1 %	1.867,8	144,7	12,9
Sachsen	4,5 %	1.654,6	136,0	12,2
Sachsen-Anhalt	5,4 %	1.957,0	150,4	13,0
Thüringen	5,3 %	1.916,6	147,8	13,0
Östliche Bundesländer	5,1 %	1.873,3	144,6	13,0
Gesamt	4,2 %	1.524,3	121,6	12,5

Quelle: AU Daten der DAK-Gesundheit 2019 * Berlin (Ost und West) gehört krankensicherungsrechtlich zu den westlichen Bundesländern (Rechtskreis West)

Regionale Unterschiede bestehen auch im Jahr 2019 fort Hinter dem Gesamtkrankenstand von 4,2 Prozent verbergen sich regionale Unterschiede: Wie auch in den Vorjahren sind 2019 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 109). Das südliche Bundesland Baden-Württemberg verzeichnet einen besonders günstigen Wert: Hier liegt das Krankenstandsniveau deutlich – d. h. mehr als 0,3 Prozentpunkte – unter dem DAK-Gesundheit-Bundesdurchschnitt. Bayern und Hamburg gehören ebenfalls zu dieser Gruppe.

Abbildung 109: Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Gesundheit Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

Günstigste Krankenstandswerte neben Baden-Württemberg und Hamburg auch in Bayern

Die Bundesländer Baden-Württemberg und Hamburg weisen mit einem Krankenstand in Höhe von 3,5 Prozent bzw. 3,7 Prozent die niedrigsten Werte auf. Dahinter folgt das Bundesland Bayern mit ei-

Hamburg erstmals an zweiter Stelle

nem ebenfalls deutlich unterdurchschnittlichen Krankenstand in Höhe von 3,8 Prozent. Hamburg ist damit erstmals auf den zweiten Platz vor Bayern vorgerückt.

Westliche Bundesländer liegen um den Durchschnitt

Mit Ausnahme der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg und Saarland weichen die übrigen westlichen Bundesländer nicht mehr als 0,3 Prozentpunkte vom Bundesdurchschnitt ab. Knapp über dem Durchschnitt liegen Hessen und Rheinland-Pfalz.

Hervorzuheben ist, dass 2019 der Krankenstand im Saarland, nach Annäherung an den Durchschnitt im Jahr 2008, auch dieses Jahr wieder mehr als 0,3 Prozentpunkte über dem Durchschnitt lag.

Alle östlichen Länder über dem DAK-Gesundheit Bundesdurchschnitt

In Ostdeutschland werden allgemein über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände beobachtet. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen dar, wo mit 4,5 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 deutlich über dem Durchschnitt. Sachsen-Anhalt und Brandenburg lagen mit einem Krankenstand von 5,4 Prozent bzw. 5,3 Prozent an der Spitze.

Hohe Fallzahlen in Verbindung mit teils überdurchschnittlichen Erkrankungsdauern sind Ursache des erhöhten Krankenstandes im Osten

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

Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versicherte in den westlichen Ländern zwischen 108,9 (Baden-Württemberg) und 130,1 (Hessen) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 136,0 (Sachsen) und 150,4 (Sachsen-Anhalt) auf. Die Falldauer bewegt sich zwischen 11,8 Tagen in Baden-Württemberg und 14,6 Tagen im Saarland.

Entwicklung des Krankenstandes 2018–2019

Rückgang des Krankenstands in fast allen Bundesländern

Abbildung 110 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2019 im Vergleich zum Vorjahr. Ein Rückgang der Krankenstandswerte um 0,1 bis 0,4 Prozentpunkte ist in den meisten Bundesländern zu beobachten.

Westliche Bundesländer

In den westlichen Bundesländern verzeichnet Bremen den größten Rückgang des Krankenstandes um 0,4 Prozentpunkte. In den restlichen westlichen Bundesländern ist der Wert ebenfalls gesunken, am stärksten in Berlin, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg mit einem Rückgang um 0,2 Prozentpunkte.

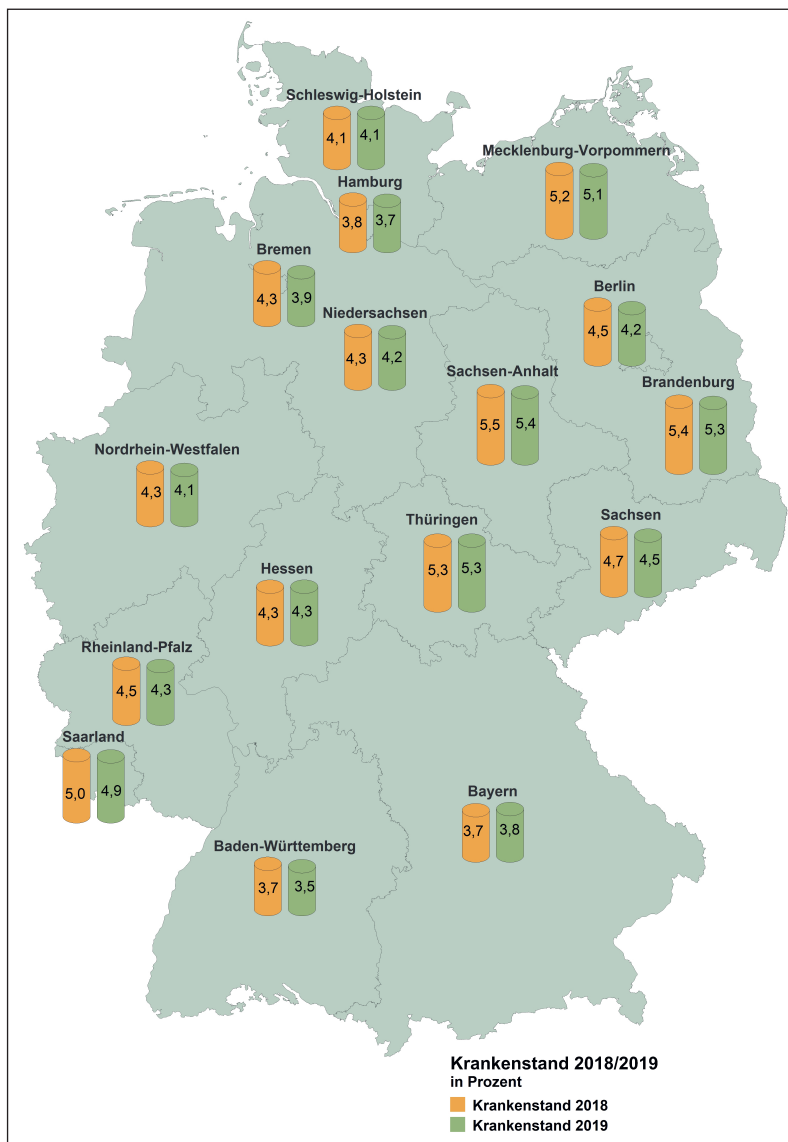
Östliche Bundesländer

Auch in den östlichen Bundesländern ist ein Rückgang des Krankenstands zu beobachten. Der stärkste Rückgang lässt sich in Sachsen um 0,2 Prozentpunkte beobachten.

Übersichtstabellen im Anhang

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2018 und 2019 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A1 und A2 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

Abbildung 110: Krankenstandswerte der Jahre 2018 und 2019 nach Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018–2019

Ursachen für die Unterschiede im Krankenstand zwischen Ost- und Westdeutschland

Seit vielen Jahren berichtet die DAK-Gesundheit über den Krankenstand ihrer versicherten Mitglieder und beobachtete jährlich, dass der Krankenstand im Osten deutlich über dem im Westen liegt.

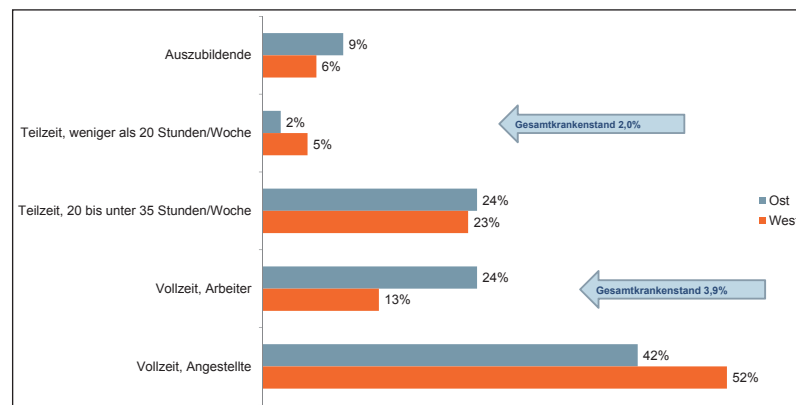
Um herauszufinden, was diesen Unterschied begründet, hat die DAK-Gesundheit im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt werden. Als zentrale Erkenntnisse dieser Kurzstudie sind hervorzuheben:

Der Krankenstand im Osten wird durch eine ungünstigere und im Westen durch ein günstigeres Versicherten- sowie Wirtschaftsstruktur beeinflusst.

Das Meldeverhalten der Versicherten im Osten führt im Vergleich zum Meldeverhalten der Versicherten im Westen zu einer exakteren Erfassung des Krankenstandes.

Zur Erklärung der Krankenstandsunterschiede wurde eine vertiefte Analyse der AU-Daten des Jahres 2006 durchgeführt. Wie die Abbildung 111 zeigt, sind im Osten gewerbliche Arbeitnehmer über- und Teilzeitkräfte mit einem Beschäftigungsumfang von weniger als 20 Wochenstunden unterrepräsentiert.

Abbildung 111: Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2006

Für Arbeiter ist im Vergleich zu den Teilzeitbeschäftigten oder auch Angestellten ein überdurchschnittlich hoher Krankenstand in Höhe von 4,2 Prozent kennzeichnend, was sich aufgrund ihres höheren Anteils unter den Versicherten der DAK-Gesundheit in Ostdeutschland steigernd auf den Krankenstand Ost im Vergleich zum Krankenstand West auswirkt.

Neben den strukturellen Unterschieden in Bezug auf das Merkmal berufliche Stellung ergaben die AU-Analysen, dass die höheren Krankenstände im Rechtskreis Ost zu einem weiteren Teil auch auf ungünstigere Wirtschaftsstrukturen zurückzuführen sind, wenn die Verteilung der Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen in die Analyse miteinbezogen werden. In den östlichen Bundesländern arbeitet ein größerer Anteil der Mitglieder in Branchen, die allgemein ein höherer Krankenstand kennzeichnet.

Die folgende Abbildung 112 zeigt, wie groß der Einfluss der hier aufgezeigten Strukturunterschiede ist bzw. ein wie großer Unterschied bestehen würde, fände man die strukturellen Abweichungen in Bezug auf Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur so nicht vor.

Abbildung 112: Vergleich beobachteter und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) in 2006



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2006

Beobachtet Stand (AU-Daten 2016) wird eine Differenz von 0,7 Prozentpunkten im Krankenstand. Das entspricht einem Volumen von 272 AU-Tagen. Daneben abgebildet ist der Krankenstand, den man bei gleicher Versichertenstruktur nach Alter, Geschlecht, Wirtschaftsstruktur und dem Merkmal Stellung im Beruf bzw. Beschäftigungsumfang in Ost und West erwarten würde: Die beobachtete Krankstandsdifferenz zwischen den Rechtskreisen Ost und West ist zu rund 50 Prozent (135 AU-Tage) auf diese Strukturmerkmale zurückzuführen. Die Wirtschaftsstruktur spielt dabei die größte Rolle.

Die Auswertung einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage der DAK-Gesundheit im Herbst 2007 zeigt zudem, dass ein weiterer Teil der beobachteten Krankstandsdifferenz auf eine stärkere Untererfassung von AU-Fällen im Westen im Vergleich zum Osten zurückzuführen ist.

Die Fallhäufigkeiten werden im Westen um insgesamt 27 Prozent und im Osten lediglich um 10 Prozent unterschätzt. Dies begünstigt den Krankenstandswert im Westen stärker als im Osten.

Als Hauptursache für diese Untererfassung ist das Nichteinreichen des gelben Scheins zu nennen. Wie die Auswertung der Umfrage

zeigt, sind beinahe 50 Prozent aller untererfassten Fälle darauf zurückzuführen.

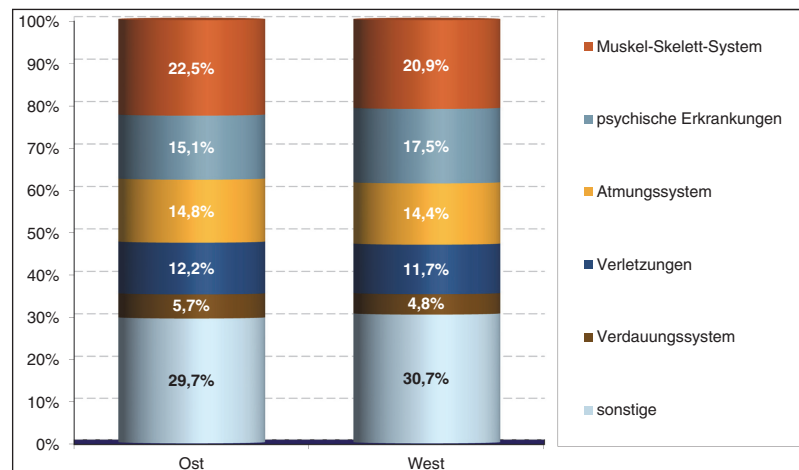
Korrigiert man nun die beobachteten Krankenstandswerte rechnerisch um die untererfassten AU-Fälle, so nähern sich die beobachteten Krankenstandswerte weiter an. Die „beobachtete“ Differenz entspräche dann angewandt auf die AU-Daten von 2006 nur noch einem Fehltagevolumen von 209 Tagen (statt 272 Tagen) oder 0,6 Prozentpunkten.

Für den über die aufgezeigten Erklärungsansätze hinaus weiterhin bestehenden Unterschied im Krankenstand müssen andere Ursachen in Betracht gezogen werden, wie bestehende Morbiditätsunterschiede (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen oder Muskel-Skelett-Erkrankungen).

Bedeutung der Krankheitsarten in den östlichen und westlichen Bundesländern

In den vorangehenden DAK-Gesundheitsreporten wurden Unterschiede zwischen den westlichen und den östlichen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 113 zeigt die Anteile am Krankenstand 2019 der fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 113: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

Psychische Erkrankungen haben größere Bedeutung im Rechtskreis West

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

Der Anteil lag in den westlichen Bundesländern über dem Wert der östlichen Bundesländer (17,5 Prozent gegenüber 15,1 Prozent Anteil am Krankenstand insgesamt).

7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mit dem Gesundheitsreport 2020 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 2019 wird folgende Bilanz gezogen:

Gesamtkrankenstand blieb konstant

- Der Krankenstand lag bei 4,2 Prozent. Nach dem Anstieg des Krankenstandes in 2018 um 0,1 Prozentpunkte blieb der Wert für das Jahr 2019 auf dem gleichen Niveau.

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

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

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert deutlichen Anstieg des Krankenstandes

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

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

AU bleibt bei Langzeiterkrankungen leicht gestiegen

- Das Gesamtvolumen an AU-Tagen ist 2019 gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Krankmeldungen bei Langzeitarbeitsunfähigkeiten mit 4,0 Prozent allerdings leicht gestiegen (3,9 Prozent in 2018), ihr Anteil an den AU-Tagen stieg ebenfalls leicht auf 45,4 Prozent.

Anstieg bei psychischen Erkrankungen

- Wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf der Ebene von Krankheitsarten betrachtet, zeigt sich im Vorjahresvergleich, dass Fehltag aufgrund von psychischen Erkrankungen deutlich 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 2020 für das Berichtsjahr 2019 zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten.

2019 lag die Branche Verkehr, Lagerei und Kurierdienste erneut an der Spitze und verzeichnete den höchsten Krankenstand.

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

Strukturelle Aspekte, Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen

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

Für das Fazit zum Schwerpunktthema siehe Abschnitt 4.7.

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

- ... pro 100 Versichertenjahre bzw. Mitglieder** An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße „100 Versicherte“ verwendet, dabei handelt es sich jedoch um „100 Versichertenjahre“ bzw. 100 ganzjährig versicherte Mitglieder. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2019 über bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten in Tagen wurden daher auf volle Jahre umgerechnet. Zur Berechnung bspw. der Fallhäufigkeit werden die Arbeitsunfähigkeitsfälle nicht auf 100 Mitglieder bezogen, sondern auf 100 ganze Versicherte.
- Betroffenenquote** Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 Prozent ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.
- AU-Fälle oder Fallhäufigkeit** Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Diagnose gezählt. Im Gesundheitsbericht finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versicherte.
- Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK-Gesundheit nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.
- Krankenstand** Die Kennzahl „Krankenstand“ wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK-Gesundheit eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.
- AU-Tage pro 100 Versicherte** Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltag – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365 (Schaltjahr Division durch 366), so erhält man den Krankenstandswert.
- Durchschnittliche Falldauer** Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert wird.
- AU-Diagnosen** Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Diagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

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

Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und der jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, dann wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren – es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.

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

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

Dies bedeutet, dass beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsberichten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wurde dazu bisher gemäß der „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 SGB V“ der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik im Mai 1992.

Je länger man an der gewählten Bezugsbevölkerung festhält, desto größer wird der Zeitraum für den man Zeitreihen der gebildeten Kennzahlen betrachten kann. Der Nachteil dabei ist, dass sich die standardisierten Kennzahlen immer weiter von den tatsächlich beobachteten Werten entfernen, wenn sich die Alters- und Geschlechtsstruktur der Erwerbsbevölkerung spürbar verändert.

Passt man in dieser Situation die Bezugsbevölkerung im Standardisierungsverfahren an, so verliert man die Vergleichbarkeit der aktuell berichteten Werte mit denen aus zurückliegenden Jahren. Zeitreihen lassen sich dann erst nach Ablauf weiterer Jahre erzeugen,

Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!

Eine Lösung: Altersgruppenweise Vergleiche

Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen

Standardisierung nach Geschlecht und Alter

Aktualisierte Bezugsbevölkerung

wenn noch mehr Werte auf Basis der neuen, aktuelleren Bezugsbevölkerung berechnet werden konnten.

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

Mit dem Gesundheitsreport 2012 stellte die DAK-Gesundheit die Bezugsbevölkerung auf die Erwerbsbevölkerung aus dem Jahr 2010 um. Grundlage hierfür ist eine Vereinbarung auf Ebene der Ersatzkassen zum Standardisierungsverfahren.

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

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

Hinweise zur Umstellung von ICD 9 auf ICD 10

Zusammenfassung der ICD 10 Kapitel „Krankheiten des Nervensystems, des Auges und der Ohren“

Die Auswertungen der DAK-Gesundheit für die Jahre 1997 bis 1999 erfolgten auf Basis der bis dahin gültigen 9. Version des ICD-Schlüssels. Seit 2000 werden die Diagnosen nach dem neuen ICD 10 verschlüsselt. Um eine größtmögliche Kontinuität und Vergleichbarkeit zwischen den beiden Schlüsselsystemen zu gewährleisten, werden die im ICD 10 als getrennte Kapitel behandelten Krankheiten des Nervensystems, des Auges und der Ohren weiterhin zu einer Gesamtgruppe zusammengefasst – die frühere Hauptgruppe VI „Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane“ des ICD 9 wird also in der Darstellung beibehalten.

Durch die Umstellung des Diagnoseschlüssels sind gewisse Verzerrungen in der Zeitreihe vor und nach 2000 möglich. Der ICD 10 eröffnet neue Möglichkeiten der Diagnoseverschlüsselung, sodass es denkbar ist, dass ein identischer Krankheitsfall im Jahr 2000 oder später in einem anderen ICD-Kapitel kodiert wird als 1999 oder 1998.

Zurückhaltende Interpretation von Unterschieden vor und nach 2000

Die Einschränkungen hinsichtlich der Vergleichbarkeit mit den Jahren vor dem Berichtszeitraum 2000 beziehen sich wohlgerneht nur auf die Auswertungen nach Krankheitsarten und hier vor allem auf die Ebene der Einzeldiagnosen. Die übrigen Krankenstandsvergleiche sind davon nicht berührt.

Hinweise zur Umstellung von ICD 10 auf ICD 10 GM

Seit dem 1.1.2004 gilt der ICD 10 GM (German Modification) für ambulante und stationäre Diagnosen. Der ICD 10 GM verfügt über eine feinere Gliederung der Einzeldiagnosen, welche aber für die Vergleichbarkeit der Zahlen zu Krankheitsarten mit den Jahren 2000 bis 2003 weitestgehend irrelevant ist. Für den Gesundheitsreport werden die Einzeldiagnosen zu Gruppen zusammengefasst, welche bis auf Einzelfälle im ICD 10 und im ICD 10 GM identisch sind. Die vorliegenden Zahlen zu den Krankheitsarten sind somit trotz Änderung des ICD-Schlüssels mit den Vorjahren vergleichbar.

Umstellung des ICD 10 auf ICD 10 GM führte zu keinen relevanten Einschränkungen der Vergleichbarkeit der Daten mit den Vorjahren

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 2018 und 2019 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 2019	167
Tabelle A2:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2018	168
Tabelle A3:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2019	169
Tabelle A4:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2018	170
Tabelle A5:	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2019	171
Tabelle A6:	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2019	172
Tabelle A7:	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1) 2019 . .	173
Tabelle A8:	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2) 2019 . .	174
Tabelle A9:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2019	175
Tabelle A10:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2018	176
Tabelle A11:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 1) 2019	177
Tabelle A12:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 2) 2019	178

Tabelle A13: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 3) 2019.	179
Tabelle A14: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 4) 2019.	180

Tabelle A1: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2019

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,5 %	1.284,0	108,9	11,8
Bayern	3,8 %	1.377,3	113,5	12,1
Berlin*	4,2 %	1.551,2	122,0	12,7
Bremen	3,9 %	1.437,6	114,4	12,6
Hamburg	3,7 %	1.350,4	111,3	12,1
Hessen	4,3 %	1.568,1	130,1	12,1
Niedersachsen	4,2 %	1.534,4	119,9	12,8
Nordrhein-Westfalen	4,1 %	1.511,3	117,6	12,8
Rheinland-Pfalz	4,3 %	1.585,3	123,8	12,8
Saarland	4,9 %	1.787,8	122,7	14,6
Schleswig-Holstein	4,1 %	1.503,3	123,0	12,2
Westliche Bundesländer	4,0 %	1.472,1	118,5	12,4
Brandenburg	5,3 %	1.922,4	144,5	13,3
Mecklenburg-Vorpommern	5,1 %	1.867,8	144,7	12,9
Sachsen	4,5 %	1.654,6	136,0	12,2
Sachsen-Anhalt	5,4 %	1.957,0	150,4	13,0
Thüringen	5,3 %	1.916,6	147,8	13,0
Östliche Bundesländer	5,1 %	1.873,3	144,6	13,0
DAK Gesamt	4,2 %	1.524,3	121,6	12,5

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A2: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2018

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,7 %	1.341,3	110,3	12,2
Bayern	3,7 %	1.342,2	113,6	11,8
Berlin*	4,5 %	1.651,2	123,0	13,4
Bremen	4,3 %	1.566,0	115,1	13,6
Hamburg	3,8 %	1.374,7	111,4	12,3
Hessen	4,3 %	1.561,2	130,5	12,0
Niedersachsen	4,3 %	1.553,4	121,8	12,7
Nordrhein-Westfalen	4,3 %	1.553,6	119,0	13,1
Rheinland-Pfalz	4,5 %	1.630,5	126,4	12,9
Saarland	5,0 %	1.811,2	125,7	14,4
Schleswig-Holstein	4,1 %	1.512,6	121,3	12,5
Westliche Bundesländer	4,1 %	1.494,9	119,4	12,5
Brandenburg	5,4 %	1.988,6	146,3	13,6
Mecklenburg-Vorpommern	5,2 %	1.883,9	144,3	13,1
Sachsen	4,7 %	1.721,2	137,9	12,5
Sachsen-Anhalt	5,5 %	1.995,3	152,1	13,1
Thüringen	5,3 %	1.936,6	152,1	12,7
Östliche Bundesländer	5,3 %	1.918,6	146,4	13,1
DAK Gesamt	4,2 %	1.551,1	122,7	12,6

* Berlin gehört krankensicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A3: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2019

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	70,4	12,8	5,5	4,6 %
		Männer	67,0	12,3	5,5	4,7 %
		Frauen	74,4	13,5	5,5	4,5 %
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	64,9	1,7	37,4	4,3 %
		Männer	46,4	1,4	32,1	3,3 %
		Frauen	86,6	2,1	41,8	5,3 %
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	260,3	7,4	35,4	17,1 %
		Männer	202,9	5,7	35,6	14,2 %
		Frauen	327,5	9,3	35,2	20,0 %
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	70,1	6,5	10,8	4,6 %
		Männer	64,2	5,5	11,6	4,5 %
		Frauen	77,1	7,7	10,1	4,7 %
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	62,9	2,9	21,6	4,1 %
		Männer	76,4	3,0	25,4	5,4 %
		Frauen	47,1	2,8	16,9	2,9 %
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	220,5	34,2	6,4	14,5 %
		Männer	193,4	30,4	6,4	13,6 %
		Frauen	252,2	38,7	6,5	15,4 %
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	75,4	11,8	6,4	4,9 %
		Männer	78,9	11,7	6,7	5,5 %
		Frauen	71,3	11,9	6,0	4,4 %
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	323,2	17,6	18,4	21,2 %
		Männer	333,5	19,1	17,4	23,4 %
		Frauen	311,2	15,8	19,7	19,0 %
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	70,9	9,0	7,9	4,6 %
		Männer	60,4	7,6	8,0	4,2 %
		Frauen	83,1	10,6	7,8	5,1 %
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	179,6	8,6	20,9	11,8 %
		Männer	205,9	9,8	21,1	14,4 %
		Frauen	148,8	7,2	20,6	9,1 %
Gesamt		Gesamt	1.524,3	121,6	12,5	100,0 %
		Männer	1.427,1	112,6	12,7	100,0 %
		Frauen	1.638,2	132,1	12,4	100,0 %

Tabelle A4: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2018

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99 Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	73,2	12,8	5,7	4,7%
	Männer	69,6	12,3	5,7	4,8%
	Frauen	77,4	13,5	5,7	4,7%
C00- D48 Neubildungen	Gesamt	60,3	1,7	35,4	3,9%
	Männer	43,3	1,4	30,7	3,0%
	Frauen	80,2	2,1	39,1	4,8%
F00- F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	236,0	7,0	33,7	15,2%
	Männer	183,0	5,4	33,8	12,5%
	Frauen	298,1	8,9	33,7	18,0%
G00- H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	71,7	6,2	11,6	4,6%
	Männer	65,1	5,3	12,3	4,5%
	Frauen	79,3	7,2	11,0	4,8%
I00- I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	65,0	3,0	21,8	4,2%
	Männer	79,2	3,1	25,6	5,4%
	Frauen	48,4	2,8	17,0	2,9%
J00- J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	247,9	36,2	6,9	16,0%
	Männer	218,9	32,2	6,8	15,0%
	Frauen	281,8	40,8	6,9	17,0%
K00- K93 Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	78,0	11,7	6,6	5,0%
	Männer	80,8	11,6	7,0	5,5%
	Frauen	74,7	11,9	6,3	4,5%
M00- M99 Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	324,8	17,3	18,7	20,9%
	Männer	336,3	18,8	17,9	23,0%
	Frauen	311,4	15,6	19,9	18,8%
R00- R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	73,8	8,6	8,5	4,8%
	Männer	63,2	7,3	8,7	4,3%
	Frauen	86,2	10,2	8,4	5,2%
S00- T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	191,4	9,2	20,8	12,3%
	Männer	220,7	10,6	20,9	15,1%
	Frauen	157,2	7,7	20,5	9,5%
Gesamt	Gesamt	1.551,1	122,7	12,6	100,0%
	Männer	1.460,7	113,9	12,8	100,0%
	Frauen	1.656,9	133,0	12,5	100,0%

Tabelle A5: Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2019

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	68,7	12,8	5,4	4,7 %
		Männer	66,1	12,3	5,4	4,8 %
		Frauen	71,8	13,2	5,4	4,6 %
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	63,1	1,7	38,1	4,3 %
		Männer	45,0	1,4	32,2	3,3 %
		Frauen	84,2	2,0	43,0	5,3 %
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	258,2	7,1	36,1	17,5 %
		Männer	207,6	5,7	36,7	15,0 %
		Frauen	317,5	8,9	35,7	20,2 %
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	68,7	6,3	10,9	4,7 %
		Männer	63,5	5,4	11,7	4,6 %
		Frauen	74,9	7,4	10,1	4,8 %
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	58,6	2,7	21,6	4,0 %
		Männer	71,5	2,8	25,3	5,2 %
		Frauen	43,4	2,6	16,9	2,8 %
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	212,4	33,9	6,3	14,4 %
		Männer	188,5	30,4	6,2	13,6 %
		Frauen	240,5	38,0	6,3	15,3 %
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	70,7	11,1	6,4	4,8 %
		Männer	74,3	11,1	6,7	5,4 %
		Frauen	66,5	11,1	6,0	4,2 %
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	307,7	16,9	18,2	20,9 %
		Männer	318,2	18,5	17,2	23,0 %
		Frauen	295,4	15,1	19,6	18,8 %
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	69,9	8,9	7,9	4,7 %
		Männer	59,4	7,5	7,9	4,3 %
		Frauen	82,1	10,5	7,8	5,2 %
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	171,6	8,3	20,6	11,7 %
		Männer	194,8	9,4	20,7	14,1 %
		Frauen	144,4	7,0	20,5	9,2 %
Gesamt		Gesamt	1.472,1	118,5	12,4	100,0 %
		Männer	1.385,0	110,4	12,5	100,0 %
		Frauen	1.574,0	127,9	12,3	100,0 %

Tabelle A6: Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2019

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	84,8	14,0	6,1	4,5 %
		Männer	77,8	12,9	6,0	4,2 %
		Frauen	93,1	15,2	6,1	5,0 %
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	77,4	2,3	34,1	4,1 %
		Männer	55,8	1,8	30,9	3,0 %
		Frauen	102,6	2,8	36,4	5,5 %
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	282,6	9,0	31,5	15,1 %
		Männer	186,4	6,3	29,5	10,0 %
		Frauen	395,1	12,1	32,8	21,1 %
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	79,7	7,9	10,0	4,3 %
		Männer	69,2	6,6	10,5	3,7 %
		Frauen	91,9	9,5	9,7	4,9 %
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	89,9	4,2	21,6	4,8 %
		Männer	106,5	4,2	25,4	5,7 %
		Frauen	70,5	4,1	17,1	3,8 %
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	278,0	37,5	7,4	14,8 %
		Männer	234,0	32,1	7,3	12,5 %
		Frauen	329,5	43,9	7,5	17,6 %
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	106,3	16,8	6,3	5,7 %
		Männer	109,6	16,4	6,7	5,9 %
		Frauen	102,4	17,3	5,9	5,5 %
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	421,2	22,0	19,1	22,5 %
		Männer	434,3	23,5	18,5	23,2 %
		Frauen	405,8	20,3	20,0	21,7 %
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	74,1	9,3	7,9	4,0 %
		Männer	62,2	7,7	8,1	3,3 %
		Frauen	88,1	11,3	7,8	4,7 %
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	228,2	10,3	22,1	12,2 %
		Männer	272,6	12,1	22,6	14,6 %
		Frauen	176,3	8,3	21,2	9,4 %
Gesamt		Gesamt	1.873,3	144,6	13,0	100,0 %
		Männer	1.722,6	131,0	13,1	100,0 %
		Frauen	2.049,8	160,6	12,8	100,0 %

Tabelle A7: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tagen insgesamt) (Teil 1) 2019

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	Gesamt	112,7	18,5	6,1	7,3 %
		Frauen	127,1	20,4	6,2	7,7 %
		Männer	100,4	16,8	6,0	6,9 %
M54	Rückenschmerzen	Gesamt	82,6	6,8	12,2	5,3 %
		Frauen	74,2	5,8	12,8	4,5 %
		Männer	89,9	7,6	11,9	6,2 %
F32	Depressive Episode	Gesamt	64,9	1,4	47,7	4,2 %
		Frauen	80,7	1,7	47,1	4,9 %
		Männer	51,5	1,1	48,7	3,5 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Gesamt	51,4	2,3	22,8	3,3 %
		Frauen	69,5	3,1	22,7	4,2 %
		Männer	36,0	1,6	23,0	2,5 %
F33	Rezidivierende depressive Störung	Gesamt	28,4	0,4	72,7	1,8 %
		Frauen	37,7	0,5	76,1	2,3 %
		Männer	20,5	0,3	67,9	1,4 %
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	Gesamt	27,8	6,4	4,4	1,8 %
		Frauen	28,3	6,4	4,4	1,7 %
		Männer	27,3	6,3	4,3	1,9 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	Gesamt	26,4	0,7	37,3	1,7 %
		Frauen	23,3	0,6	38,3	1,4 %
		Männer	29,0	0,8	36,6	2,0 %
M75	Schulterläsionen	Gesamt	25,5	0,8	32,1	1,6 %
		Frauen	23,4	0,7	32,7	1,4 %
		Männer	27,2	0,9	31,6	1,9 %
F48	Andere neurotische Störungen	Gesamt	23,4	1,0	22,9	1,5 %
		Frauen	31,5	1,4	22,8	1,9 %
		Männer	16,6	0,7	23,0	1,1 %
J20	Akute Bronchitis	Gesamt	21,8	2,8	7,8	1,4 %
		Frauen	24,1	3,0	8,0	1,5 %
		Männer	19,9	2,6	7,7	1,4 %
		Gesamt	633,8	51,9	558,4	40,9 %
		Frauen	706,4	54,8	568,8	42,6 %
		Männer	571,8	49,3	473,9	39,2 %

Tabelle A8: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2) 2019

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	Gesamt	20,0	0,6	32,2	1,3 %
		Frauen	15,5	0,5	32,6	0,9 %
		Männer	23,9	0,7	31,9	1,6 %
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	Gesamt	19,3	3,2	6,0	1,2 %
		Frauen	21,9	3,6	6,2	1,3 %
		Männer	17,1	2,9	5,8	1,2 %
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	Gesamt	17,6	0,5	35,0	1,1 %
		Frauen	14,5	0,4	36,4	0,9 %
		Männer	20,3	0,6	34,1	1,4 %
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	Gesamt	17,3	1,4	12,5	1,1 %
		Frauen	13,3	1,1	12,1	0,8 %
		Männer	20,6	1,6	12,7	1,4 %
F45	Somatoforme Störungen	Gesamt	17,1	0,7	24,6	1,1 %
		Frauen	22,6	0,9	24,8	1,4 %
		Männer	12,5	0,5	24,2	0,9 %
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	Gesamt	16,7	2,2	7,7	1,1 %
		Frauen	18,8	2,4	7,9	1,1 %
		Männer	14,9	2,0	7,5	1,0 %
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	Gesamt	16,0	1,0	15,8	1,0 %
		Frauen	14,1	0,8	17,3	0,8 %
		Männer	17,6	1,2	14,9	1,2 %
F41	Andere Angststörungen	Gesamt	15,9	0,4	42,8	1,0 %
		Frauen	21,2	0,5	43,7	1,3 %
		Männer	11,4	0,3	41,4	0,8 %
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	Gesamt	14,4	0,9	16,2	0,9 %
		Frauen	13,4	0,8	16,6	0,8 %
		Männer	15,3	1,0	15,8	1,0 %
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	Gesamt	14,4	0,1	99,7	0,9 %
		Frauen	31,2	0,3	100,1	1,9 %
		Männer	0,0	0,0	24,7	0,0 %
		Gesamt	633,8	51,9	558,4	40,9 %
		Frauen	706,4	54,8	568,8	42,6 %
		Männer	571,8	49,3	473,9	39,2 %

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2019

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (64–66)	3,3 %	1.196,4	110,8	10,8
Baugewerbe (41–43)	3,8 %	1.399,9	110,8	12,6
Bildung, Kultur, Medien (58–60, 72–73, 85, 90–93)	3,4 %	1.247,5	115,7	10,8
Chemische Industrie (19–22)	4,3 %	1.571,2	138,1	11,4
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen (61–63)	2,8 %	1.035,3	97,7	10,6
Gesundheitswesen (75, 86–88)	4,7 %	1.697,8	124,7	13,6
Handel (45–47)	4,1 %	1.491,2	114,1	13,1
Holz, Papier, Druck (16–18)	4,3 %	1.557,7	130,6	11,9
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01–09, 35–39)	4,3 %	1.584,0	122,1	13,0
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28–30)	4,0 %	1.474,7	131,3	11,2
Nahrungs- und Genussmittel (10–12)	4,3 %	1.580,7	116,1	13,6
Öffentliche Verwaltung (84)	4,6 %	1.678,3	123,1	13,6
Organisationen und Verbände (94, 97)	3,2 %	1.169,7	106,5	11,0
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69–71, 74, 78, 80)	3,2 %	1.178,8	110,8	10,6
Sonstige Dienstleistungen (55–56, 68, 77, 79, 81–82, 96)	3,8 %	1.386,6	105,4	13,2
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13–15, 23–27, 31–33, 95)	4,2 %	1.533,8	132,2	11,6
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49–53)	4,8 %	1.759,4	130,2	13,5
DAK Gesamt	3,3 %	1.196,4	110,8	10,8

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

Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2018

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (64–66)	3,4 %	1.237,2	115,5	10,7
Baugewerbe (41–43)	3,9 %	1.435,3	111,5	12,9
Bildung, Kultur, Medien (58–60, 72–73, 85, 90–93)	3,6 %	1.298,2	117,9	11,0
Chemische Industrie (19–22)	4,4 %	1.611,6	138,9	11,6
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen (61–63)	2,9 %	1.052,5	100,2	10,5
Gesundheitswesen (75, 86–88)	4,8 %	1.750,0	126,4	13,8
Handel (45–47)	4,1 %	1.502,4	114,8	13,1
Holz, Papier, Druck (16–18)	4,4 %	1.601,5	128,3	12,5
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01–09, 35–39)	4,5 %	1.628,8	125,5	13,0
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28–30)	4,2 %	1.517,3	132,6	11,4
Nahrungs- und Genussmittel (10–12)	4,5 %	1.645,6	115,6	14,2
Öffentliche Verwaltung (84)	4,5 %	1.659,3	120,7	13,7
Organisationen und Verbände (94, 97)	3,3 %	1.218,2	108,4	11,2
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69–71, 74, 78, 80)	3,3 %	1.206,3	113,0	10,7
Sonstige Dienstleistungen (55–56, 68, 77, 79, 81–82, 96)	3,8 %	1.400,6	106,1	13,2
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13–15, 23–27, 31–33, 95)	4,2 %	1.542,5	133,0	11,6
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49–53)	4,9 %	1.797,5	129,3	13,9
DAK Gesamt	4,2 %	1.551,1	122,7	12,6

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

Tabelle A11: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 1) 2019

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
01	Angehörige der regulären Streitkräfte	Gesamt	1.557,4	132,6
		Männer	1.539,1	119,0
		Frauen	1.579,0	148,6
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	Gesamt	1.507,8	96,8
		Männer	1.409,0	92,7
		Frauen	1.623,5	101,6
12	Gartenbauberufe und Floristik	Gesamt	1.781,0	133,6
		Männer	1.837,3	136,6
		Frauen	1.715,1	130,2
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung	Gesamt	2.177,1	150,5
		Männer	2.028,2	142,2
		Frauen	2.351,4	160,2
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung	Gesamt	1.994,8	154,3
		Männer	1.914,5	139,6
		Frauen	2.088,8	171,6
23	Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung	Gesamt	1.497,8	127,3
		Männer	1.499,2	122,4
		Frauen	1.496,2	133,2
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	Gesamt	2.079,3	160,7
		Männer	1.925,3	150,6
		Frauen	2.259,6	172,5
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	Gesamt	1.951,9	157,0
		Männer	1.725,6	136,5
		Frauen	2.216,8	181,0
26	Mechatronik-, Energie- und Elektroberufe	Gesamt	1.661,1	143,7
		Männer	1.475,0	126,0
		Frauen	1.878,8	164,6
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe	Gesamt	1.231,5	117,5
		Männer	1.120,7	103,8
		Frauen	1.361,2	133,6
28	Textil- und Lederberufe	Gesamt	1.761,5	138,3
		Männer	1.905,3	135,5
		Frauen	1.593,1	141,6

Tabelle A12: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 2) 2019

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	Gesamt	1.649,2	113,4
		Männer	1.458,5	97,9
		Frauen	1.872,3	131,4
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe	Gesamt	1.022,6	100,3
		Männer	1.015,6	88,1
		Frauen	1.030,9	114,5
32	Hoch- und Tiefbauberufe	Gesamt	1.635,4	117,9
		Männer	1.789,3	116,5
		Frauen	1.455,3	119,5
33	(Innen-)Ausbauberufe	Gesamt	2.042,2	132,2
		Männer	1.798,4	122,2
		Frauen	2.327,7	143,9
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	Gesamt	1.719,0	133,2
		Männer	1.763,6	131,4
		Frauen	1.666,9	135,3
41	Mathematik-, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	Gesamt	1.611,1	140,9
		Männer	1.621,5	134,6
		Frauen	1.598,8	148,3
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	Gesamt	1.160,7	111,1
		Männer	967,4	91,4
		Frauen	1.387,0	134,2
43	Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	Gesamt	1.061,5	102,7
		Männer	899,3	88,7
		Frauen	1.251,2	119,0
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	Gesamt	1.840,5	143,2
		Männer	1.735,5	137,7
		Frauen	1.963,5	149,7
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	Gesamt	2.025,6	122,4
		Männer	1.741,3	111,5
		Frauen	2.358,4	135,1
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	Gesamt	1.976,3	138,4
		Männer	1.735,9	127,7
		Frauen	2.257,6	150,9

Tabelle A13: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 3) 2019

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
54	Reinigungsberufe	Gesamt	1.680,8	119,4
		Männer	1.518,4	108,5
		Frauen	1.870,9	132,1
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe	Gesamt	1.121,2	104,3
		Männer	965,4	89,3
		Frauen	1.303,6	122,0
62	Verkaufsberufe	Gesamt	1.586,8	106,0
		Männer	1.341,8	93,0
		Frauen	1.873,5	121,3
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	Gesamt	1.214,1	89,5
		Männer	1.025,6	77,7
		Frauen	1.434,8	103,3
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	Gesamt	1.139,5	102,2
		Männer	1.007,6	88,2
		Frauen	1.294,0	118,5
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	Gesamt	1.091,2	104,8
		Männer	940,0	88,8
		Frauen	1.268,3	123,5
73	Berufe in Recht und Verwaltung	Gesamt	1.443,6	130,1
		Männer	1.288,5	115,4
		Frauen	1.625,2	147,3
81	Medizinische Gesundheitsberufe	Gesamt	1.663,6	119,9
		Männer	1.567,6	109,1
		Frauen	1.776,0	132,6
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	Gesamt	1.921,4	123,6
		Männer	1.682,9	111,9
		Frauen	2.200,5	137,2
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	Gesamt	1.666,2	140,2
		Männer	1.450,8	118,9
		Frauen	1.918,2	165,0
84	Lehrende und ausbildende Berufe	Gesamt	979,1	88,1
		Männer	818,9	73,2
		Frauen	1.166,6	105,5

Tabelle A14: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 4) 2019

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	Gesamt	1.274,5	110,4
		Männer	1.104,8	88,8
		Frauen	1.473,0	135,8
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	Gesamt	1.320,0	117,9
		Männer	1.155,7	104,3
		Frauen	1.512,3	133,8
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	Gesamt	1.252,4	117,3
		Männer	1.275,3	108,7
		Frauen	1.225,7	127,4
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	Gesamt	1.045,5	77,8
		Männer	1.088,4	70,2
		Frauen	995,2	86,7

Anhang III: Fragebogen für Expertinnen und Experten

Befragung von Expertinnen und Experten zum Thema Arbeitsstress, Digitalisierung und Interaktionsarbeit

Der DAK-Gesundheitsreport 2020 thematisiert Arbeitsstress vor dem Hintergrund zweier Trends bzw. Phänomene der modernen Arbeitswelt:

Die **Digitalisierung der Arbeit** gilt als einer der wichtigsten Treiber des Wandels der Arbeitswelt. So macht z. B. das „Weißbuch Arbeiten 4.0“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales die Digitalisierung als einen der drei wichtigsten Treiber und Trends aus, die Einfluss auf die Arbeitswelt von morgen haben. Digitalisierung steht als „Schlagwort für die informationstechnisch getriebenen Veränderungen von Wirtschaft und Arbeit insgesamt“.⁴⁰

Interaktionsarbeit, d. h. „Arbeit mit und am Menschen“⁴¹ sowie Emotionsarbeit oder generell personenbezogene Dienstleistungsarbeit.

Vor diesem Hintergrund bitten wir Sie um Einschätzungen zu folgenden Themen:

1. Digitalisierung der Arbeit

1.1 „Digitalisierung der Arbeit“ – was konkret sollte man aus Ihrer Sicht darunter verstehen? Insbesondere wenn es um die Arbeit und Arbeitssituation von Beschäftigten geht?

1.2 Welche Entwicklungen in diesem Zusammenhang sind im Speziellen von Bedeutung für ...

1.2.1 ... die Arbeitsinhalte der Beschäftigten?

1.2.2 ... die Arbeitsmittel, mit denen Beschäftigte arbeiten?

40 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017): Weißbuch Arbeiten 4.0. Berlin: BMAS. Die beiden weiteren Treiber und Trends sind die Globalisierung und der demografische Wandel.

41 Böhle, Fritz (2011): Interaktionsarbeit als wichtige Arbeitstätigkeit im Dienstleistungssektor. *WSI-Mitteilungen* 64(9), 456-461.

1.2.3 ... die Kommunikation und Zusammenarbeit?

1.2.4 ... Beschäftigte, die überwiegend im Büro arbeiten?

1.2.5 ... Beschäftigte in der Produktion?

1.2.6 ... Beschäftigte im Kundenkontakt?

1.3 Wo sehen Sie die wesentlichen Chancen der Digitalisierung für die Qualität der Arbeit⁴² von Beschäftigten?

1.4 Wo sehen Sie die wesentlichen Herausforderungen der Digitalisierung für die Qualität der Arbeit von Beschäftigten?

1.5 Welche Gestaltungsansätze für digitalisierte Arbeit sollten das betriebliche Gesundheitsmanagement und der Arbeitsschutz anbieten?

⁴² Qualität der Arbeit im Sinne guter Arbeitsinhalte und guter Arbeitsbedingungen

1.6 Welche Kompetenzen sollten Beschäftigte haben oder entwickeln, um mit den besonderen Herausforderungen digitalisierter Arbeit besser umgehen zu können?

--

2. Interaktionsarbeit

2.1 Welche Chancen und Herausforderungen bietet Interaktionsarbeit für die Qualität der Arbeit von Beschäftigten?

--

2.2 Welche Gestaltungsansätze für Interaktionsarbeit sollte das betriebliche Gesundheitsmanagement und der Arbeitsschutz anbieten?

--

2.3 Welche Kompetenzen sollten Beschäftigte haben oder entwickeln, um mit den besonderen Herausforderungen von Interaktionsarbeit besser umgehen zu können?

--

3. Arbeitsstress

3.1 Wie schätzen Sie die Entwicklung der Verbreitung von Arbeitsstress in den letzten 10 Jahren quantitativ und qualitativ ein?

quantitativ
qualitativ

3.2 Abgesehen von den Aspekten Digitalisierung und Interaktionsarbeit: Welche Trends der Arbeitswelt spielen für diese Entwicklung eine Rolle?

3.3 Inwiefern sind betriebliches Gesundheitsmanagement und Arbeitsschutz in der Lage, dieser Entwicklung zu begegnen?

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2019 nach Geschlecht	1
Abbildung 2:	Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2019	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 2019 (Basis: 365 Kalendertage in 2019)	8
Abbildung 6:	Betroffenenquote 2019 im Vergleich zu den Vorjahren	8
Abbildung 7:	AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2019	9
Abbildung 8:	Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2019 im Vergleich zu den Vorjahren.	11
Abbildung 9:	Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2019 insgesamt	12
Abbildung 10:	Krankenstand 2019 nach Geschlecht und Altersgruppen	13
Abbildung 11:	Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2019.	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	17
Abbildung 14:	Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen	17
Abbildung 15:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen	19
Abbildung 16:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen	19
Abbildung 17:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Männer.	20

Abbildung 18:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Frauen	20
Abbildung 19:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Frauen	21
Abbildung 20:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Männern	22
Abbildung 21:	Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen .	23
Abbildung 22:	Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen .	23
Abbildung 23:	Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“	27
Abbildung 24:	Datenbasis des Schwerpunktthemas	30
Abbildung 25:	Skizze des Schwerpunktthemas	37
Abbildung 26:	Verbreitung potenzielle Stressoren: Termin/Leistungsdruck, Multitasking, schnell arbeiten müssen	47
Abbildung 27:	Verbreitung potenzielle Stressoren: Unterbrechungen, Gefühlsmäßig belastende Situationen	48
Abbildung 28:	Verbreitung von Ressourcen: Unterstützung durch Kollegen, Anerkennung durch Vorgesetzte, Unterstützung durch Vorgesetzte	49
Abbildung 29:	Verbreitung von Ressourcen: „Teil einer Gemeinschaft“, „eigene Entscheidung wann Pause“ und Einfluss auf Arbeitsmenge	50
Abbildung 30:	Verbreitung körperlicher Belastungen: Umgebungbelastungen, Schweres Heben und Tragen, Zwangshaltung	51
Abbildung 31:	Verbreitung spezifischer Belastungen/Stressoren	52
Abbildung 32:	Verbreitung spezifischer Ressourcen	53
Abbildung 33:	Mögliche Stress- bzw. Beanspruchungsfolgen .	54
Abbildung 34:	Mögliche positive Beanspruchungsfolge	55
Abbildung 35:	Verteilung des WHO-5-Wohlbefindens-Index . .	56
Abbildung 36:	WHO-5 Index Gesamt und nach verschiedenen Merkmalen	57

Abbildung 37:	WHO-5 Index nach verschiedenen weiteren Merkmalen	58
Abbildung 38:	Gefühl, gestresst zu sein in den letzten zwei Wochen Gesamt und nach verschiedenen Merkmalen der Beschäftigten	58
Abbildung 39:	Gefühl, gestresst zu sein in den letzten zwei Wochen nach weiteren Merkmalen der Beschäftigten.	59
Abbildung 40:	Punktwert der Trierer Skala zur Messung der Work-Life-Balance nach Geschlecht und Wochenarbeitszeit.	61
Abbildung 41:	Bundesweite Beschäftigtenstruktur nach Berufssektoren	66
Abbildung 42:	Anteil Beschäftigte nach Altersgruppen in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Basisgruppen nach Altersgruppen	68
Abbildung 43:	Krankenstand der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Berufsgruppen nach Geschlecht und Gesamt	69
Abbildung 44:	Krankenstand der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Berufsgruppen nach Altersgruppen: Männer	74
Abbildung 45:	Krankenstand der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Berufsgruppen nach Altersgruppen: Frauen	74
Abbildung 46:	Fehltage der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Berufsgruppen nach Erkrankungsgruppen	75
Abbildung 47:	Fehltage der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Berufsgruppen nach Erkrankungsgruppen: Männer	76
Abbildung 48:	Fehltage der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen und den übrigen Berufsgruppen nach Erkrankungsgruppen: Frauen.	77
Abbildung 49:	Häufigkeit des Kontakts mit Kunden, Patienten oder Klienten nach Geschlecht	81

Abbildung 50:	geistige, körperliche oder gemischte Tätigkeit der Interaktionsarbeitenden.	81
Abbildung 51:	Mehr, weniger oder genauso viel mit Kunden, Patienten oder Klienten zu tun haben: Wünsche der Befragten	82
Abbildung 52:	Anforderungen der Interaktionsarbeit an Interaktionsarbeitende	84
Abbildung 53:	Interaktionsarbeitsanforderungen nach Geschlecht bei Interaktionsarbeitern im engeren Sinne	85
Abbildung 54:	Interaktionsarbeitsanforderungen nach Geschlecht bei Interaktionsarbeitern im weiteren Sinne	85
Abbildung 55:	Belastungen durch die Anforderungen von Interaktionsarbeit	86
Abbildung 56:	Belastungen durch die Anforderungen von Interaktionsarbeit nach Geschlecht	87
Abbildung 57:	Anforderungen und selbst berichtete Belastung von Interaktionsarbeit bei Beschäftigten im Kunden-, Klienten- oder Patientenkontakt	88
Abbildung 58:	Anforderungen und selbst berichtete Belastung von Interaktionsarbeit bei allen Beschäftigten.	89
Abbildung 59:	Allgemeine Belastungen nach Ausprägungen von Interaktionsarbeit.	90
Abbildung 60:	Ressourcen nach Ausprägungen von Interaktionsarbeit	91
Abbildung 61:	Ressourcen nach Ausprägungen von Interaktionsarbeit	91
Abbildung 62:	Psychisches Wohlbefinden (WHO-5 Well-Being Index) nach Häufigkeit der Arbeit mit Kunden-, Patienten oder Klienten	92
Abbildung 63:	Zusammenhang von Anforderungen der Interaktionsarbeit und dem psychischen Wohlbefinden (als WHO-5 Well-Being-Index) (1/2)	93
Abbildung 64:	Zusammenhang von Anforderungen der Interaktionsarbeit und psychischem Wohlbefinden (2/2)	94

Abbildung 65:	Zusammenhang von Anforderungen der Interaktionsarbeit und selbst berichtetem Stress (1/2)	94
Abbildung 66:	Zusammenhang von Anforderungen der Interaktionsarbeit und selbst berichtetem Stress (2/2)	95
Abbildung 67:	Nutzung digitaler Technologien	106
Abbildung 68:	Anforderungen digitaler Arbeit	107
Abbildung 69:	Belastung durch die jeweiligen Anforderungen digitaler Arbeit (1/2).	108
Abbildung 70:	Belastung durch die jeweiligen Anforderungen digitaler Arbeit (2/2).	109
Abbildung 71:	Wohlbefinden (WHO-5 Well-Being Index) nach Ausprägungen von Belastungen im Zusammenhang mit Digitalisierung	112
Abbildung 72:	Selbst berichteter Stress in den letzten zwei Wochen (meistens/die ganze Zeit) nach Ausprägungen von Belastungen im Zusammenhang mit Digitalisierung.	112
Abbildung 73:	„Alles in allem“-Bewertung der Digitalisierung der Arbeit	113
Abbildung 74:	Positive Folgen der Digitalisierung der Arbeit	114
Abbildung 75:	Anteil mit selbst berichtetem Stress nach Digitalisierungstyp.	120
Abbildung 76:	Wohlbefinden nach Typen digitalisierter Arbeit	121
Abbildung 77:	Belastungen digitaler Arbeit nach Digitalisierungstyp	121
Abbildung 78:	Allgemeine Belastungen nach Digitalisierungstyp (1/2)	122
Abbildung 79:	Allgemeine Belastungen nach Digitalisierungstyp (2/2)	123
Abbildung 80:	Ressourcen nach Digitalisierungstyp (1/2)	125
Abbildung 81:	Ressourcen nach Digitalisierungstyp (2/2)	125
Abbildung 82:	Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit	127
Abbildung 83:	Gründe für das Lesen von E-Mails außerhalb der Arbeitszeit	128

Abbildung 84:	„Gesamt-Erreichbarkeit“ (per E-Mail, Telefon und/oder SMS/Messenger) nach Art der Tätigkeit . . . . .	.129
Abbildung 85:	Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit durch Telefon und/oder SMS/Messenger nach Art der Tätigkeit . . . . .	.130
Abbildung 86:	Erreichbarkeit: Lesen von E-Mails außerhalb der Arbeitszeit. . . . .	.130
Abbildung 87:	Work-Life-Balance nach Erreichbarkeit per Mail, Telefon, SMS oder Messenger . . . . .	.132
Abbildung 88:	Work-Life-Balance nach Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit und Art der Tätigkeit . .	.133
Abbildung 89:	Häufigkeit des Arbeitens von zu Hause aus . .	.134
Abbildung 90:	Häufigkeit des Arbeitens von zu Hause aus nach Digitalisierungstyp. . . . .	.135
Abbildung 91:	Gründe für das Arbeiten von zu Hause aus. . .	.135
Abbildung 92:	„Sprunghafte Ausweitung der Möglichkeiten, über digitale Arbeitsmethoden im Homeoffice zu arbeiten“ . . . . .	.149
Abbildung 93:	„Sprunghafte Ausweitung der Möglichkeiten, über digitale Arbeitsmethoden im Homeoffice zu arbeiten“ nach Branchen . . . . .	.150
Abbildung 94:	Nutzung von Telefon- und Videokonferenzen sowie Smartphone-Nutzung bei der Arbeit . . .	.150
Abbildung 95:	Selbst berichtete verminderte Arbeitsproduktivität vor und nach der Corona-Krise . . . . .	.151
Abbildung 96:	Digitalisierung als Entlastung oder Belastung. .	.152
Abbildung 97:	Arbeit im Homeoffice . . . . .	.153
Abbildung 98:	Vor- und Nachteile der Arbeit im Homeoffice 1 .	.154
Abbildung 99:	Vor- und Nachteile der Arbeit im Homeoffice 2 .	.154
Abbildung 100:	Vor- und Nachteile der Arbeit im Homeoffice 3 .	.155
Abbildung 101:	Vorteil Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch Homeoffice nach Alter und Geschlecht. .	.155
Abbildung 102:	Nachteil fehlende Trennung von Berufs- und Privatleben durch Homeoffice nach Alter und Geschlecht . . . . .	.156
Abbildung 103:	Nachteile der Arbeit im Homeoffice . . . . .	.157
Abbildung 104:	Fortführung der Arbeit im Homeoffice nach der Corona-Krise . . . . .	.157

Abbildung 105: Krankenstandswerte 2019 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl	159
Abbildung 106: Krankenstandswerte 2019 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen	161
Abbildung 107: Krankenstandswerte 2018–2019 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl	162
Abbildung 108: Krankenstandswerte 2018–2019 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen	162
Abbildung 109: Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Gesundheit Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot).	165
Abbildung 110: Krankenstandswerte der Jahre 2018 und 2019 nach Bundesländern	167
Abbildung 111: Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West	168
Abbildung 112: Vergleich beobachteter und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) in 2006	169
Abbildung 113: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern	170

Literaturverzeichnis

- Adolph L, Rothe I & Windel A (2016): Arbeit in der digitalen Welt – Mensch im Mittelpunkt. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 70, 77–81.
- Ayyagari R, Grover V & Purvis R (2011): Technostress. Technological Antecedents and Implications. MIS Quarterly 35(4), 831–858.
- Bamberg E, Keller M, Wohler C & Zeh A (2012): BGW-Stresskonzept. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.
- Baronas AMK & Louis MR (1988): Restoring a sense of control during implementation: how user involvement leads to system acceptance. MIS Quarterly, 111–124.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2015): Diagnose Stress. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.
- Böhle F (2018): Interaktionsarbeit- neue Herausforderungen an eine humane Arbeitsgestaltung. In: Arbeit VBluG: Arbeiten mit Menschen- Interaktionsarbeit humanisieren. Frankfurt am Main 36–44.
- Böhle F (2011): Interaktionsarbeit als wichtige Arbeitstätigkeit im Dienstleistungssektor. WSI-Mitteilungen 64(9), 456–461.
- Böhle F, Stöger U & Wehrich M (2015a): Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für eine humane Dienstleistungstätigkeit. Berlin: Edition Sigma. <https://doi.org/10.21241/ssoar.64813>.
- Böhle F, Stöger U & Wehrich M (2015b): Wie lässt sich Interaktionsarbeit menschengerecht gestalten? Zur Notwendigkeit einer Neubestimmung. AIS-Studien 8(1), 37–54. <https://doi.org/10.21241/ssoar.64813>.
- Böhm SA, Bourovoi K, Brzykcy AZ, Kreissner LM & Breier C (2016): Auswirkungen der Digitalisierung auf die Gesundheit von Berufstätigen: Eine bevölkerungsrepräsentative Studie in der Bundesrepublik Deutschland. St. Gallen: Universität St. Gallen.
- Bosma H, Peter R, Siegrist J & Marmot M (1998): Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. American Journal of Public Health 88(1), 68–74.
- Bundesagentur für Arbeit (2018): Arbeitsmarkt nach Berufen. August 2019. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesagentur für Arbeit (2019): Beschäftigte nach Berufen (KlDB 2010). Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017): Weißbuch Arbeiten 4.0. Berlin: BMAS.
- Cernavin OS, W., Stowasser, S. (2017): Prävention 4.0: Analysen und Handlungsempfehlungen für eine produktive und gesunde Arbeit 4.0. Wiesbaden Springer Verlag
- Chen ZS, H., Lam, W., Hu, Q., Huo, Y., Zhong, J.A. (2012): Chinese hotel employees in the smiling masks: Roles of job satisfaction, burnout, and supervisory support in relationships between emotional labor and performance. *The International Journal of Human Resource Management* 4(23), 826–845.
- Christoforou, P.S., Ashforth, B.E. (2015): Revisiting the debate on the relationship between display rules and performance: Considering the explicitness of display rules. *Journal of Applied Psychology* 1(100), 149–261.
- Day AP, S., Scott, N., Hambley, L. (2012): Perceived information and communication technology (ICT) demands on employee outcomes: The moderating effect of organizational ICT support. *Journal of Occupational Health Psychology* 4(17), 473–491.
- DGSM (2009): S3-Leitlinie. Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. *Somnologie* 13 (Suppl 1), 4–160.
- Diedrich L, Fischer S, Kleinlercher K-M & Rössler W (2015): Gesundheit im Unternehmen. Psychosoziale Ressourcen erhalten, Potenziale entwickeln. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dragano N (2019): Aspekte psychischer Gesundheit in der digitalen Arbeitswelt. *Impulse für Gesundheitsförderung* (105), 5–6.
- Eichendorf W (2018): Anforderungen der DGUV an eine Arbeit 4.0. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Freund ND, S., Schmidt, K.-H. (2012): Kontrollspielräume als protektive Ressource bei Emotionsarbeit. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 3(56), 143–151.
- Geerdes S, Marschall, J., Nolting, H-D. (2012): Gesundheitsreport 2012. Analyse der Arbeitsunfähigkeiten. Schwerpunkt: Job, Gene, Lebensstil – Risiko für's Herz? Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Gimpel H, Lanzl J, Manner-Romberg T & Nüske N (2018): Digitaler Stress in Deutschland. Eine Befragung von Erwerbstätigen zu Belastung und Beanspruchung durch Arbeit mit digitalen Technologien. Düsseldorf: Hans-Böckler Stiftung.
- Gimpel H, Lanzl J, Regal C, Urbach N, Wischniewski S, Tegtmeier P, Kreilos M, Kühlmann TM, Becker J, Eimecke J & Derra ND (2019): Gesund digital arbeiten?! Eine Studie zu digitalem Stress in Deutschland. Augsburg, Dormund, Bayreuth.

- Göpfert A-L (2012): Wie beeinflusst die Führungskraft die Mitarbeitergesundheit? Ein integrativer Ansatz zur Identifikation der Einflusswege von Führung auf die psychische Gesundheit und der Bedeutung des Führungskontextes. Bochum: Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- Grandey A, Foo, S. C., Groth, M., Goodwin, R. E. (2012): Free to be you and me: A climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology* 1(17), 1–14.
- Greif S & Cox T (1995): Stress. In: Greif S, Holling H & Nicholson N: *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 432–439.
- Hacker W (2018): *Menschengerechtes Arbeiten in der digitalisierten Welt. Eine Wissenschaftliche Handreichung*. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Hacker W & Richter P (1980): Psychische Fehlbeanspruchung: Psychische Ermüdung, Monotonie, Sättigung und Stress. *Spezielle Arbeits- und Ingenieurpsychologie in Einzeldarstellungen*. Lehrtext 2. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Hasselmann O, Schauerte B & Schröder J (2017): Digitalisierung. Herausforderungen meistern und Krisen vermeiden. Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J & Meyer M: *Fehlzeitenreport 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung*. Berlin: Springer, 39–51.
- Hasselmann O, Meyn, C., Schröder, J. & Sareika C (2018): *Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Hochschild A (2012): *The managed heart. Commercialization of human feeling*. Berkeley. Los Angeles. London: University of California Press.
- Junne F, Rieger M, Michaelis M, Nikendei C, Gündel H, Zipfel S & Rothermund E (2017): Psychische Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt: Modelle und Prävention. *Psychother Psych Med* 67(03/04), 161–173. DOI: 10.1055/s-0043–103270.
- Karasek R (1979): Job demands, job decision latitude, and mental strain. Implications for job redesign. *Administration Science Quarterly* 24, 285–307.
- Kohler H (2002): *Krankenstand – Ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz*. Nürnberg: IAB-Werkstattbericht.
- Kupersmith J (1992): Technostress and the reference librarian. *Reference Services Rev.* 2(20), 7–14.
- Lohmann-Haislah A (2012): *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Berlin: BAuA.

- Lück M, Hünefeld L, Brenscheidt S, Bödefeld M & Hünefeld A (2019): Grundausswertung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. Vergleich zur Grundausswertung 2006 und 2012. Dortmund/Berlin/Dresden: BAuA.
- Marschall J (2014): Belastung durch chronischen Stress. Sonderauswertung der Befragung der DAK-Gesundheit im Rahmen des Schwerpunktthemas 2014 – „Rushhour des Lebens“. Berlin: IGES.
- Marschall J & Barthelmes I (2016): Branchenreport Handel. Sicherheit und Gesundheit im Groß- und Einzelhandel – eine Frage der Unternehmenskultur? Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Marschall J, Nolting H-D, Hildebrandt S & Schmucker C (2014): Gesundheitsreport 2014: Analysen der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Die Rushhour des Lebens. Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Melzer M (2018): Gestaltung von Interaktionsarbeit: Aktivitäten und Angebote der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. In: Arbeit VBIG: Arbeiten mit Menschen – Interaktionsarbeit humanisieren Frankfurt am Main, 36–44.
- Ndjaboué R, Brisson C & Vézina M (2012): Organizational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occupational and environmental Medicine* 69, 694–700.
- Nelson DL (1990): Individual adjustment to information-driven technologies: A critical review. *MIS Quart.* 1(14), 79–98.
- Pérez-Rodríguez V, Topa G & Beléndez M (2019): Organizational justice and work stress: The mediating role of negative, but not positive, emotions. *Personality and Individual Differences* 151, 109392.
- Ragu-Nathan TS, Tarafdar M, Ragu-Nathan BS & Tu Q (2008): The Consequences of Technostress for End Users in Organizations. *Information Systems Research* 19(4), 417–433.
- Rexroth M, Michel, A., Bosch, C. (2017): Promoting well-being by teaching employees how to segment their life domains. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 61, 197–212.
- Richter G & Schütte M (2012): Belastungen sind neutral! Das Belastungs-Beanspruchungsmodell. In: Faller G: Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans-Huber, 89–94.
- Richter P & Winfried H (2012 (1_1998)): Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Heidelberg: Asanger.

- Rohmert W & Rutenfranz J (1975): Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Forschungsbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Roth I (2019): Arbeiten mit Menschen – Interaktionsarbeit. Eine Sonderauswertung auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit 2018 für den Dienstleistungssektor. Berlin: ver.di.
- Schöllgen IS, A. (2016): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Emotionsarbeit. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Schulz Pea (2004): Trierer Inventar zum chronischen Stress. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Siegrist J & K. S (2014): Stresstheoretische Modelle arbeitsbedingter Erkrankungen. In: P A, J G & H. G: Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Landsberg am Lech: ecomed Medizin, 64–73.
- Syrek C, Claudia B-E & Antoni C (2013): Entwicklung und Validierung der Trierer Kurzsкала zur Messung von Work-Life Balance (TKS-WLB). Diagnostica 57(3), 134–145.
- Thomas C, Busch, F., Kuhlencoetter, B., Deuse, J. (2011): Process and human safety in human-robot-interaction – A hybrid assistance system for welding applications. International Conference on Intelligent Robotics and Applications 1, 112–121.
- Thomsen K (2018): Interaktionsarbeit in Rehakliniken – die Sicht von Betriebsräten. In: Arbeit VBluG: Arbeiten mit Menschen – Interaktionsarbeit humanisieren Frankfurt am Main, 36–44.
- Trougakos JP, Beal, DJ, Green, SG, Weiss HM (2008): Making the break count: An episodic examination of recovery activities, emotional experiences, and positive affective displays. Academy of Management Journal 51, 131–146.
- Udris I & Frese M (1988): Belastung, Stress, Beanspruchung und ihre Folgen. In: Frey D, Graf Hoyos C & Stahlberg D: Angewandte Psychologie. Ein Lehrbuch. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union, 427–447.
- Ulich E (2011): Arbeitspsychologie. Stuttgart: Schäffer Poeschel.
- Wood C (2001): Dealing with tech rage. McLeans's (114), 41–42.
- Zapf D, Seifert C, Mertini H, Voigt C, Holz M, Vondran E, Isic A & Schmutte B (2000): Emotionsarbeit in Organisationen und psychische Gesundheit. In: Musahl H-P & Eisenhauer T: Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen Heidelberg: Asanger, 99–106.

Zapf D & Semmer N (2004): Stress und Gesundheit in Organisationen. In: Schuler H: Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 1007–1112.