

---

**DAK-Gesundheitsreport 2019  
für Berlin**

---

**DAK-Forschung**

Martin Kordt  
DAK-Gesundheit  
Nagelsweg 27 - 31  
20097 Hamburg  
Tel.: 040 2396-2649; Fax: 040 2396-4649  
E-Mail: martin.kordt@dak.de

Dieser Bericht wurde im Auftrag der DAK-Gesundheit erstellt durch die

**IGES Institut GmbH**

Friedrichstr. 180, D-10117 Berlin,  
Tel.: 030 230809-0, Fax 030 230809-11,  
Email: iges@iges.com

**Rechtlicher Hinweis zur Nutzung dieser Studie:**

Die ausschließlichen Rechte für diese Studie liegen bei der DAK-Gesundheit als Auftraggeberin.

Die Nutzung in Print- und Onlinemedien, Radio und TV bedarf keiner vorherigen Genehmigung.

Bedingung für die Nutzung ist der thematische Zusammenhang und die Angabe der Quelle (DAK-Gesundheit). Die vorherige schriftliche Genehmigung der DAK-Gesundheit ist aber in jedem Fall dann erforderlich, wenn die Nutzung im thematischen Zusammenhang mit der Werbung für Lebens-, Arznei- und Heilmittel erfolgen soll.

Das Recht zur Nutzung umfasst nicht Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen, Übersetzungen und die Einspeicherung in elektronische Systeme; diese weitergehende Nutzung ist ohne vorherige Zustimmung der DAK-Gesundheit unzulässig und strafbar.

Juni 2019

## Inhalt

Vorwort.....	5
1 Der Krankenstand in Berlin 2018 im Überblick.....	9
2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich? .....	13
3 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede .....	15
4 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen .....	18
5 Schwerpunktthema 2019: Alte und neue Süchte im Betrieb .....	20
5.1 Einleitung.....	20
5.2 Was ist Sucht und Abhängigkeit?.....	25
5.3 Administrative Prävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Bund).....	33
5.4 Tabak- und Nikotinabhängigkeit (Bund).....	54
5.5 Alkohol: Prävalenz des Konsums und der Abhängigkeit bei Beschäftigten sowie Folgen für die Arbeitswelt (Bund).....	95
5.6 Soziale Medien: Nutzung und Prävalenz der Abhängigkeit bei Beschäftigten sowie Folgen für die Arbeitswelt (Bund).....	123
5.7 Videospiele: Prävalenz der Nutzung und der Abhängigkeit bei Beschäftigten sowie Folgen für die Arbeitswelt (Bund).....	137
5.8 Analyse zu alten und neuen Süchten im Betrieb in Berlin.....	150
6 Schlussfolgerungen und Ausblick .....	160
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen .....	164
Anhang II: Tabellen .....	169
Abbildungsverzeichnis.....	174
Tabellenverzeichnis.....	179
Literaturverzeichnis .....	181



## Vorwort

Der Schwerpunkt des DAK-Gesundheitsreports 2019 beschäftigt sich erstmals mit dem Thema Sucht und Abhängigkeit. Er konzentriert sich dabei einerseits auf solche Suchterkrankungen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer seit vielen Jahren von Bedeutung sind, andererseits auf mögliche neue Abhängigkeiten, von denen in jüngerer Zeit angenommen wird, dass sie für Beschäftigte relevant sind bzw. relevanter werden.

Zur ersten Themengruppe gehören die „klassischen“ Suchterkrankungen Alkoholabhängigkeit und die Tabak- bzw. Nikotinsucht. Zur zweiten Gruppe gehören die Abhängigkeit von Computerspielen und die Abhängigkeit von Sozialen Medien.

Für eine aktuelle Bewertung der Bedeutung der klassischen Süchte Alkohol- und Tabaksucht in der heutigen Arbeitswelt wird ermittelt, welche Rolle sie für Beschäftigte spielen. Hierzu wurden die Arbeitsunfähigkeitsdaten sowie die ambulanten und stationären Versorgungsdaten aller erwerbstätigen DAK-Versicherten ausgewertet. Eine tiefere Vergleichsanalyse macht darüber hinaus auch die vordergründig nicht in den Daten erkennbaren Folgen von Suchterkrankungen für die Arbeitswelt sichtbar.

Der DAK-Gesundheitsreport basiert neben diesen Sekundärauswertungen von Versichertendaten auch auf einer repräsentativen Befragung von 5.614 abhängig Beschäftigten. Auf Basis dieser Erhebung wurden verschiedene Prävalenzstudien durchgeführt.

Eingang in unsere aktuelle Bestandsaufnahme hat neben der Verbreitung der Tabak- bzw. Nikotinsucht auch die Verbreitung der E-Zigarette gefunden, durch die zwar kein Tabak verbrannt, durch die jedoch in der Regel Nikotin konsumiert wird. Analysen zur Verbreitung des Rauchens und der E-Zigarettenverwendung, zu den Gründen für das Rauchen und der Verwendung der E-Zigarette sowie zu den Folgen für die Arbeitswelt ergänzen die Prävalenzstudie zur Tabak- bzw. Nikotinsucht.

Die möglichen Abhängigkeiten von Computerspielen und von sozialen Medien werden erst in jüngster Zeit erforscht und in Begriffen der Suchtmedizin zu verstehen versucht. Der DAK-Gesundheitsreport leistet zur weiteren Erforschung dieser neuen Süchte einen Beitrag, indem die Verbreitung unter Erwerbstätigen genauer untersucht wird. Die meisten Studien dazu konzentrierten sich bisher auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.

Komplettiert wird DAK-Gesundheitsreport seit langem durch die Befragung von Expertinnen und Experten, deren Kernaussagen in Form von Zitaten an vielen Stellen in diesen Report eingearbeitet sind. Insofern ergänzen und illustrieren die Zitate Aspekte, die durch die Analysen bearbeitet werden.

Wir hoffen, dass wir den Praktikern in der betrieblichen Suchtprävention mit unserer aktuellen Bewertung und Analyse alter und neuer Süchte im Betrieb anregende und nutzbringende Hinweise für ihre wichtige Arbeit geben können.



## Das Wichtigste auf einen Blick

2018 belief sich der Gesamtkrankenstand der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit in Berlin auf 4,5 Prozent. Der Krankenstand in Berlin erreichte damit einen über dem Bundesdurchschnitt liegenden Wert (Bund 4,2 Prozent). Gegenüber dem Vorjahr ist der Krankenstand gestiegen (2017: 4,3 Prozent).

**Gesamtkrankenstand gegenüber dem Vorjahr gestiegen**

Die Betroffenenquote lag 2018 bei 46 Prozent. Dies bedeutet, dass für 46 Prozent der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Berlin mindestens eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Der Wert in Berlin liegt etwas unter dem Bundesdurchschnitt der DAK-Gesundheit (49 Prozent).

**Betroffenenquote**

Mit 123,0 Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versichertenjahre waren die Mitglieder der DAK-Gesundheit in Berlin im Jahr 2018 etwas häufiger krankgeschrieben als im Bundesdurchschnitt (122,7 Fälle). Eine durchschnittliche Erkrankung dauerte mit 13,4 Tagen länger als im Bundesdurchschnitt (12,6 Tage).

**Fallhäufigkeit und Falldauer**

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes waren mit 19,4 Prozent Anteil am Krankenstand die wichtigste Krankheitsart. Es folgen Psychische Erkrankungen mit 16,9 Prozent, Krankheiten des Atmungssystems und Verletzungen und Vergiftungen mit 16,8 Prozent und mit 11,8 Prozent.

**Die wichtigsten Krankheitsarten**

Die Wirtschaftsstruktur in Berlin hat einen positiven Effekt auf das Krankheitsniveau. Der Krankenstand, der für einen „fairen“ Vergleich zwischen den Bundesländern herangezogen werden müsste, ist mit 4,60 Prozent immer noch über dem Bundesdurchschnitt.

**Wirtschaftsstruktur in Berlin beeinflusst Krankenstand um 0,08 Prozentpunkte**

Die Höhe des Krankenstandes in den bedeutenden Branchen variiert deutlich zwischen 6,0 Prozent im Bereich „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ und 3,9 Prozent im Bereich „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“.

**Branchen mit deutlich unterschiedlichem Krankenstand**

Die Analyse des Reports zeigt, dass Krankschreibungen mit der dokumentierten Ursache Substanzstörungen eine eher untergeordnete Rolle spielen, dass aber die Fehltagel, die gemäß ärztlicher Krankschreibung den Substanzstörungen zugeschrieben werden, nur die Spitze des Eisbergs sind: Tatsächlich gehen mit Substanzstörungen deutlich mehr Fehltagel einher.

**Welche Rolle spielen Substanzstörungen, darunter Sucht, in der Arbeitswelt?**

Der Schwerpunkt des DAK-Gesundheitsreports 2019 geht der Frage nach, welche Rolle gefährlicher und abhängiger Gebrauch von Substanzen in der Arbeitswelt spielt. Die Konzentration liegt dabei auf den Substanzen Alkohol und Tabak bzw. Nikotin. Zwei weitere „Gebrauchsstörungen“ aus dem Bereich der Online-Aktivitäten werden darüber hinaus thematisiert: Die so genannte Social Media Disorder (die man mit Gebrauchsstörung sozialer Medien übersetzen könnte) und die Internet Gaming Disorder (die sich auch auf nicht online gespielte Videospiele bezieht und die man mit Videospielegebrauchsstörung übersetzen könnte).

Die Prävalenzstudien, die auf Basis einer Beschäftigtenbefragung von 5.614 Befragten bundesweit durchgeführt wurden, zeigen die Verbreitung der untersuchten Substanz- bzw. Gebrauchsstörungen bundesweit und in Berlin auf.

**Prävalenzstudien zur Verbreitung in Berlin**





## 1 Der Krankenstand in Berlin 2018 im Überblick

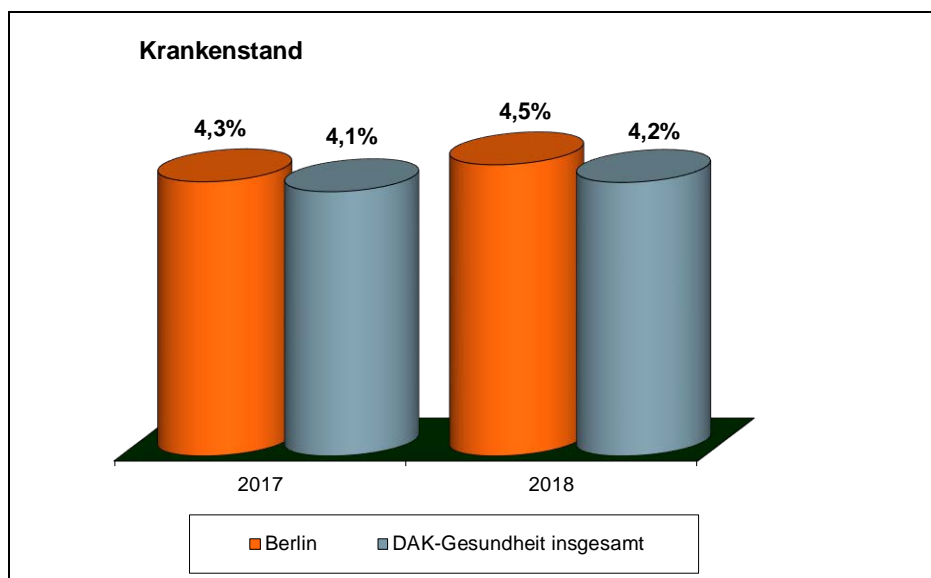
### 1.1 Welche Auffälligkeiten zeigen sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt?

Im Jahr 2018 lag der Krankenstand in Berlin bei 4,5 Prozent.

Das heißt, dass an jedem Kalendertag des Jahres durchschnittlich 4,5 Prozent der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Berlin aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig waren. Im Vergleich zum bundesweiten Krankenstand erreichte Berlin damit einen überdurchschnittlichen Wert (DAK-Gesundheit insgesamt: 4,2 Prozent, vgl. Abbildung 1).

Ein bei der DAK-Gesundheit versicherter Beschäftigter in Berlin war im Durchschnitt an insgesamt 16,5 Tagen arbeitsunfähig.

Abbildung 1: Krankenstand: Berlin im Vergleich zum Bund



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018

Im Jahr 2018 lag der DAK-Gesundheit für 46 Prozent der Mitglieder in Berlin eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes vor. Dies bedeutet auch: Mehr als die Hälfte aller Mitglieder der DAK-Gesundheit in Berlin war während des vergangenen Jahres kein einziges Mal aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig. Die Betroffenenquote im Bundesdurchschnitt der DAK-Gesundheit lag bei 49 Prozent.

Der Krankenstand setzt sich zusammen aus der Erkrankungshäufigkeit und der durchschnittlichen Dauer einer Erkrankung (vgl. Abbildung 2 und Abbildung 3).

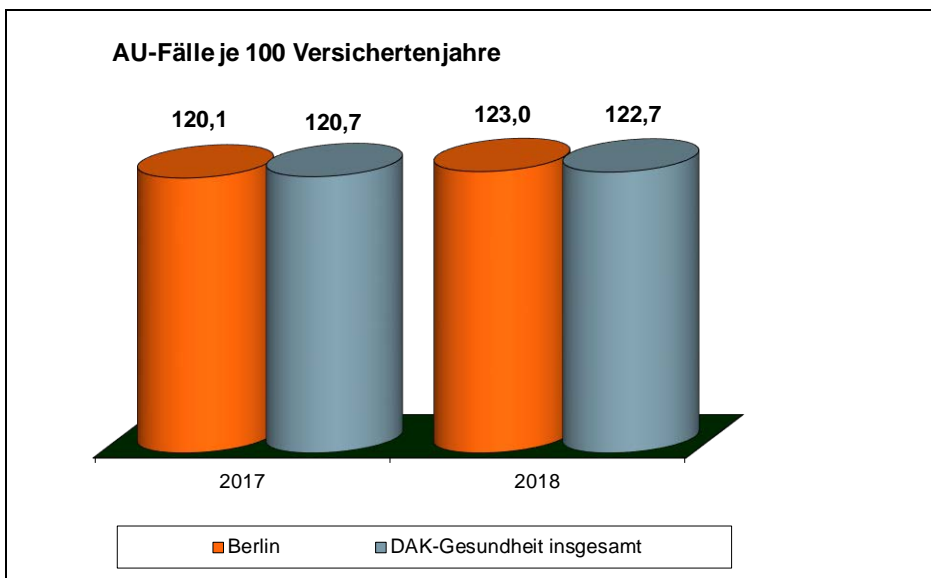
**Krankenstand in Berlin 2018 bei 4,5 Prozent**

**Betroffenenquote bei 46 Prozent**

**Häufigkeit von Erkrankungen und Erkrankungsdauer in Berlin über dem Bundesdurchschnitt**

Ein Blick auf die Zusammensetzung des Krankenstandes zeigt, dass die Häufigkeit von Erkrankungen in Berlin knapp über dem Bundesdurchschnitt lag. Auf 100 ganzjährig Versicherte entfielen 2018 123,0 Erkrankungsfälle. Im Bundesvergleich waren es 122,7 Erkrankungsfälle.

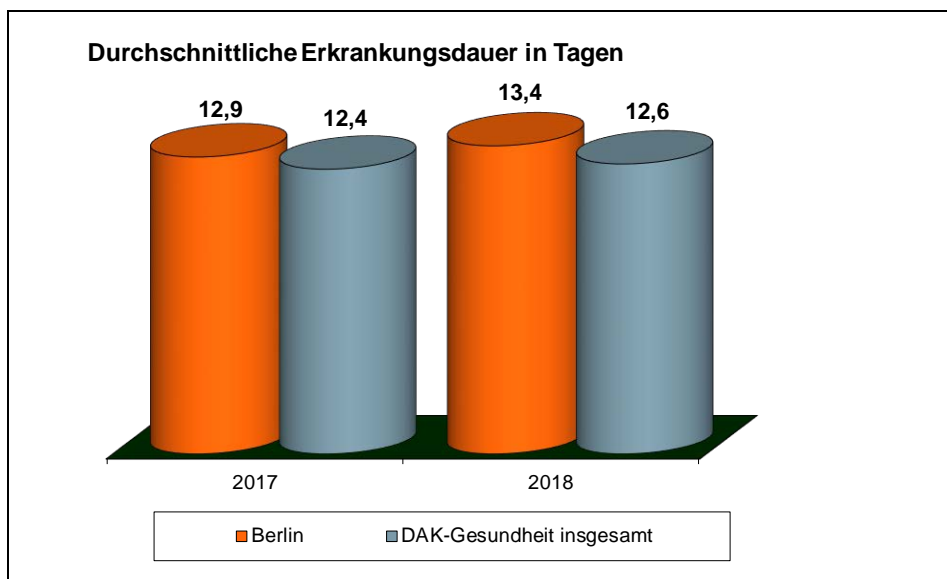
Abbildung 2: Anzahl der Erkrankungsfälle: Berlin im Vergleich zum Bund



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018

Eine Erkrankung dauerte in Berlin mit durchschnittlich 13,4 Tagen länger als bundesweit (12,6 Tage).

Abbildung 3: Dauer einer durchschnittlichen Erkrankung: Berlin im Vergleich zum Bund



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018

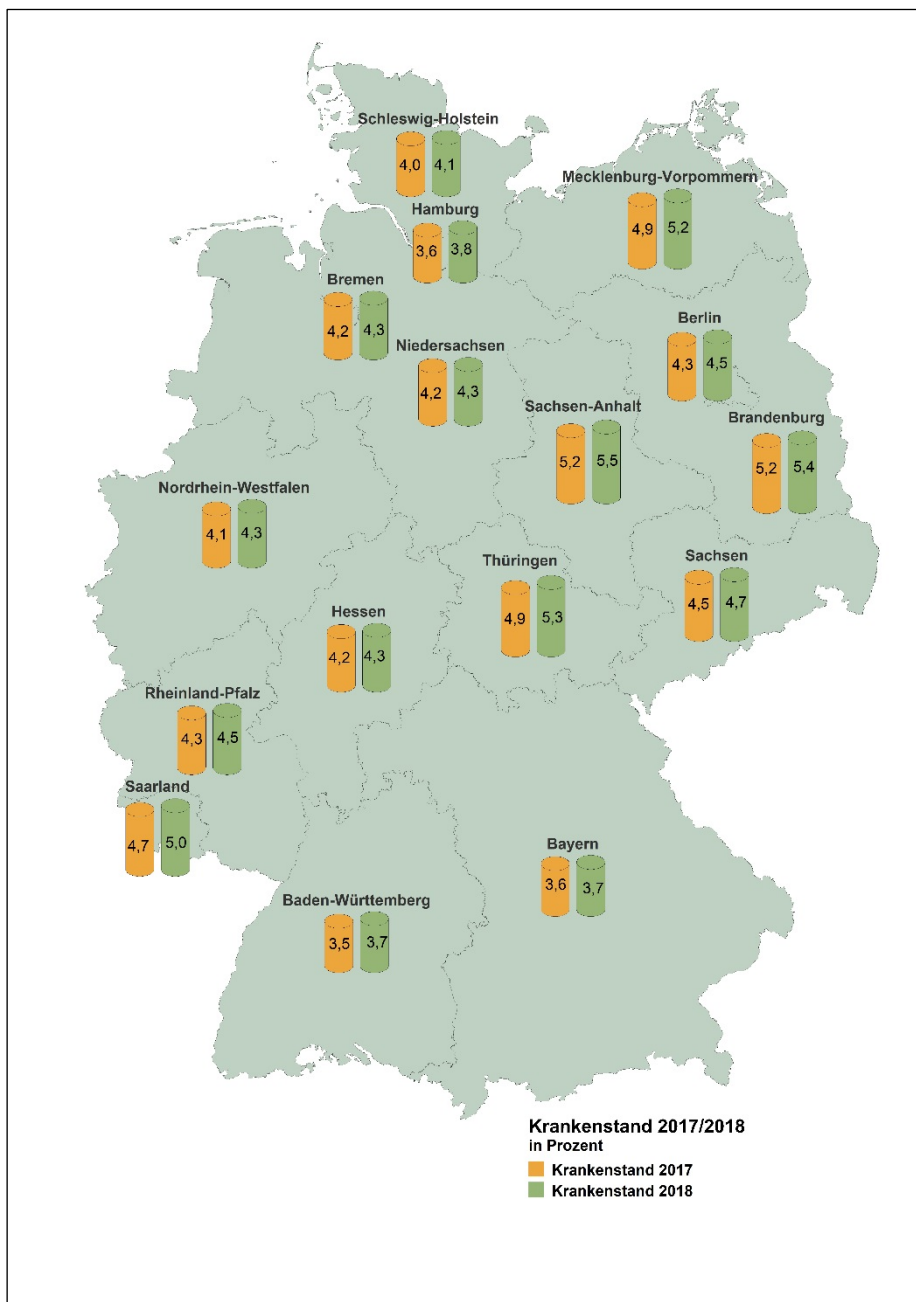
## 1.2 Berlin im Vergleich zu anderen Bundesländern

Berlin hatte – wie bereits im Jahr 2017 – erneut einen Krankenstandswert, der leicht über dem Bundesniveau liegt.

**Krankenstand in Berlin  
erneut über dem Bundesdurchschnitt**

Generell kann beobachtet werden, dass die östlichen Bundesländer sowie auch das Saarland überwiegend deutlich über und die westlichen Bundesländer nahe am Bundesdurchschnitt liegen. Die beiden südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern lagen in beiden Jahren deutlich unter dem Durchschnittswert.

Abbildung 4: Krankenstandswerte 2017 - 2018 nach Bundesländern



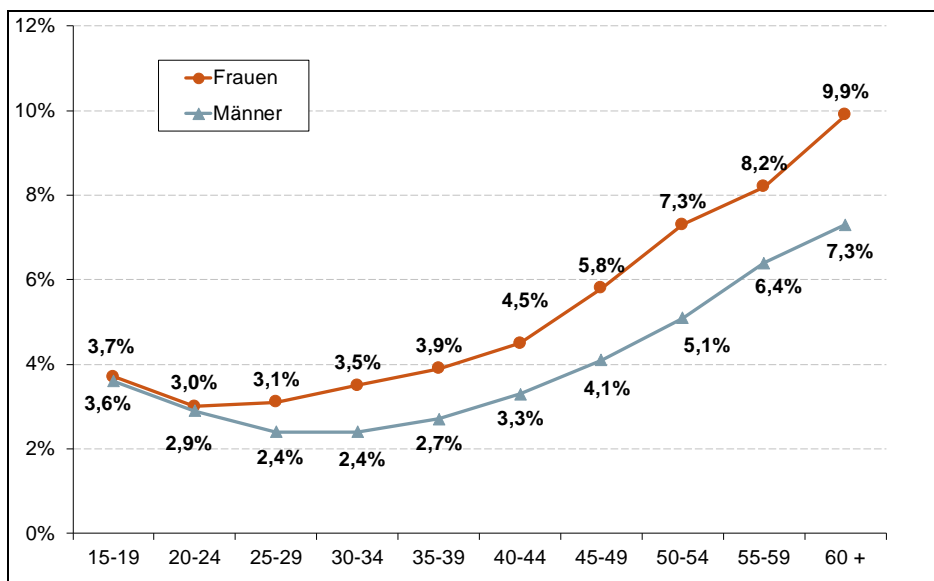
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018

### 1.3 Der Krankenstand in Berlin nach Alter und Geschlecht

**Soziodemografische Merkmale des Krankenstandes**

Die Analyse nach den wichtigsten soziodemografischen Merkmalen – Geschlecht und Alter – gibt Hinweise, welche Versichertengruppen in Berlin vor allem von Arbeitsunfähigkeiten betroffen sind. Abbildung 5 zeigt die Krankenstandswerte 2018 getrennt nach Geschlecht und Alter.

Abbildung 5: Krankenstand 2018 nach Geschlecht und zehn Altersgruppen in Berlin



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018

**Krankenstand der Frauen liegt über dem der Männer**

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten liegt über dem der Männer. Der durchschnittliche Krankenstand betrug 2018 bei den Frauen 5,2 Prozent und bei den Männern 3,9 Prozent.

**Mit zunehmendem Alter steigt der Krankenstand der Beschäftigten in Berlin tendenziell an**

Beide Kurven zeigen etwa ab dem 25.-29. Lebensjahr einen fast stetig ansteigenden Verlauf, was durch die mit zunehmendem Alter größere Wahrscheinlichkeit von schwereren und damit länger dauernden Erkrankungen zu erklären ist.

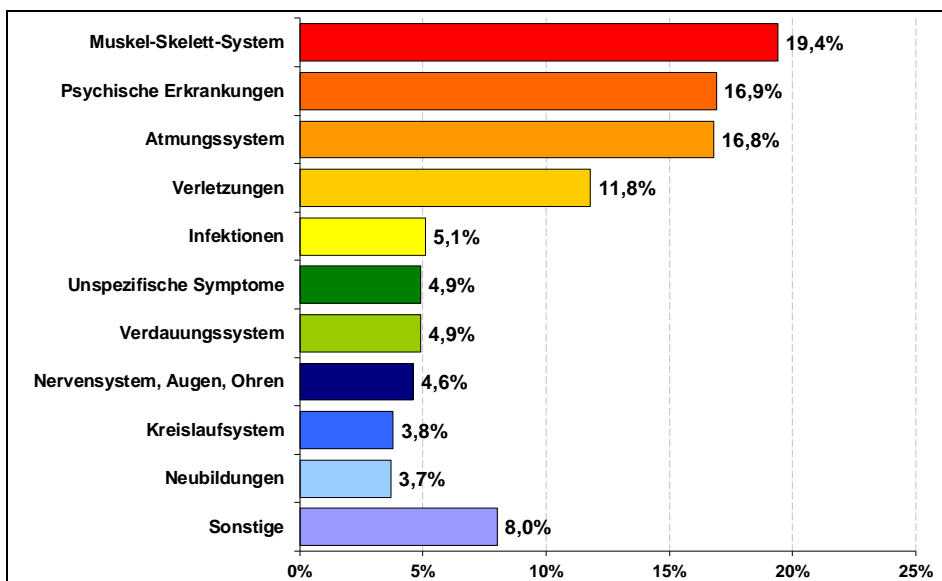
## 2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich?

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Arbeitsunfähigkeitstagen und damit am Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Berlin sind in Abbildung 6 dargestellt:

**Anteil der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen**

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Psychische Erkrankungen lagen mit 19,4 Prozent bzw. 16,9 Prozent an erster und zweiter Stelle. Zusammen mit der Diagnosegruppe „Krankheiten des Atmungssystems“ (16,8 Prozent) verursachten diese Erkrankungsarten rund 53 Prozent des Krankenstandes in Berlin.

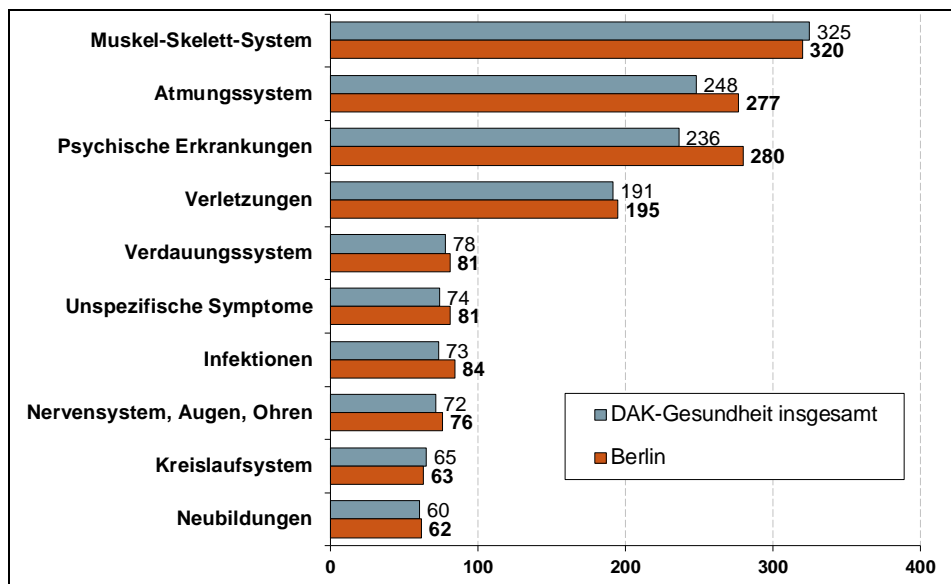
Abbildung 6: Anteile der 10 wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018

Die Rangfolge der wichtigsten Krankheitsarten weicht vom bundesweiten Bild ab. Psychische Erkrankungen kommen im Bund erst auf Platz 3. Für den Vergleich mit den Bundeswerten wird die Anzahl der Erkrankungstage herangezogen, die je 100 ganzjährig Versicherte aufgrund einer Krankheit entstanden sind.

Abbildung 7: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Krankheitsarten



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018

### 3 Ursachen für bundeslandspezifische Krankheitsstandsunterschiede

Der Krankenstand in Berlin lag 2018 mit 4,5 Prozent über dem Niveau des bundesweiten Krankenstandes der DAK-Gesundheit von 4,2 Prozent. Im Folgenden sollen mögliche bundeslandspezifische Ursachen für den Krankenstand näher analysiert werden.

#### 3.1 Wie können bundeslandspezifische Unterschiede im Krankenstand zustande kommen?

Auf der Landkarte der Krankheitsstände (Abbildung 4) sind teilweise deutliche regionale Abweichungen zum Bundesdurchschnitt erkennbar: Insbesondere Brandenburg und Sachsen-Anhalt liegen im Jahr 2018 mit einem Krankenstand von jeweils 5,4 Prozent bzw. 5,5 Prozent deutlich über den Werten von Baden-Württemberg und Bayern, die mit nur jeweils 3,7 Prozent deutlich unter dem Bundesdurchschnitt der DAK-Gesundheit liegen.

Bei Vergleichen zwischen einzelnen Bundesländern oder auch zwischen einem Bundesland und dem Bundesdurchschnitt ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Zusammensetzung der Versicherten in einem Bundesland deutlich von der Zusammensetzung der Versicherten bundesweit abweichen kann. Dies gilt zum einen für die Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht. Diese beiden Faktoren werden jedoch in allen DAK-Gesundheitsreporten bereits durch ein Standardisierungsverfahren ausgeglichen.

Zum anderen gibt es einen weiteren wichtigeren Faktor, der zu Krankheitsstandsunterschieden führen kann: Die Wirtschaftsstruktur ist nicht in allen Bundesländern identisch.

Beispielsweise zeigen die bundesweiten Zahlen der DAK-Gesundheit, dass Beschäftigte in Wirtschaftszweigen, wie etwa den Öffentlichen Verwaltungen oder dem Gesundheitswesen erheblich höhere Krankheitsstände haben als Beschäftigte, die bei Banken und Versicherungen oder in der Rechts- und Wirtschaftsberatung arbeiten. Der Gesamtkrankenstand in einem Bundesland hängt aus diesem Grund auch davon ab, wie groß die Anteile von Beschäftigten aus Wirtschaftszweigen mit hohem oder niedrigem Krankenstand an den Mitgliedern der DAK-Gesundheit in dem betreffenden Bundesland sind.

In den folgenden Auswertungen wird daher der Einfluss, den die Wirtschaftsstruktur eines Bundeslandes auf den Krankenstand hat, näher beleuchtet.

**Regionale Abweichungen der Krankheitsstände vom Bundesdurchschnitt**

**Einfluss von Alter und Geschlecht wird ausgeschaltet**

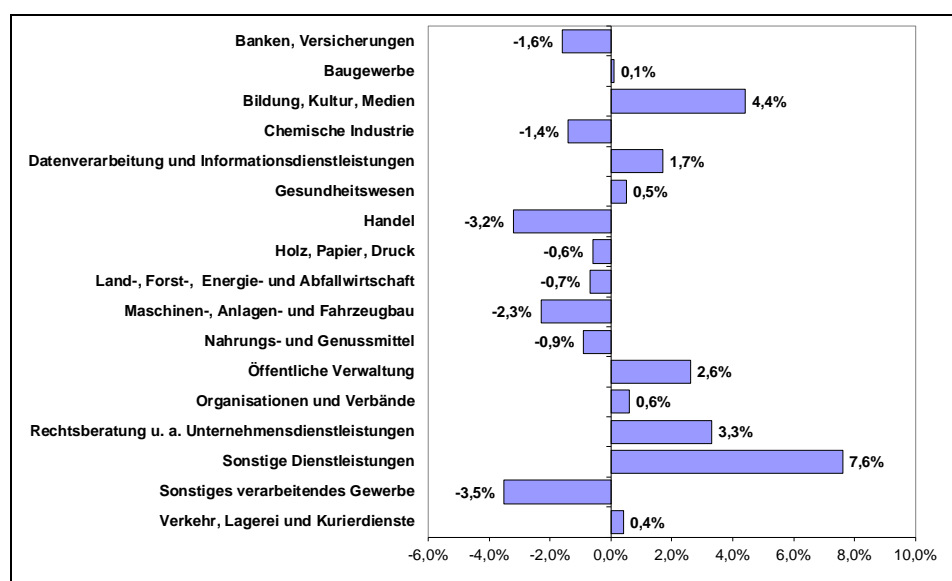
**Aber: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand**

**Abweichende Wirtschaftsstruktur kann Auswirkungen auf das Krankheitsstandsniveau haben**

### 3.2 Die Wirtschaftsstruktur der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Berlin im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Zunächst stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Zusammensetzung der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Berlin nach Wirtschaftsgruppen überhaupt nennenswert vom DAK-Gesundheit Bundesdurchschnitt abweicht. Abbildung 8 zeigt, welche Unterschiede zum Bundesdurchschnitt beim Anteil von Mitgliedern aus unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen bestehen.

Abbildung 8: Abweichungen in der Verteilung der Mitglieder der DAK-Gesundheit in Berlin auf Wirtschaftsgruppen 2018 vom DAK-Gesundheit Bundesdurchschnitt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018

Die Zusammensetzung der Wirtschaftszweige, in denen die Mitglieder der DAK-Gesundheit in Berlin beschäftigt waren, zeigt eine gegenüber der DAK-Gesundheit deutlich abweichende Struktur. Die Mitglieder der DAK-Gesundheit in Berlin waren im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weniger häufig in den Wirtschaftsgruppen „Handel“, „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ und „Banken, Versicherungen“ beschäftigt. Nennenswert häufiger waren sie demgegenüber in den Wirtschaftsgruppen „Sonstige Dienstleistungen“, „Bildung, Kultur, Medien“ und „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ tätig.

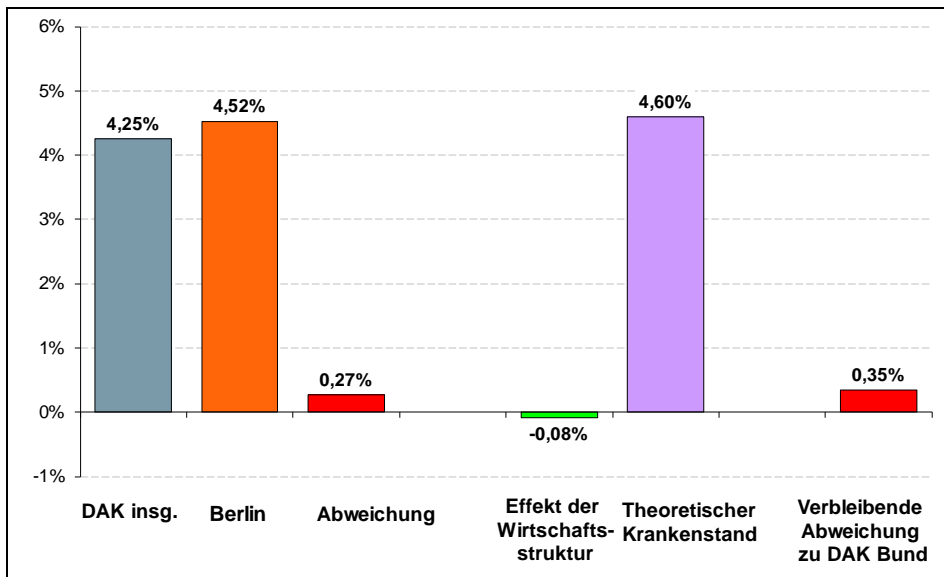
Angesichts der Vielzahl kleinerer und größerer Abweichungen in der Wirtschaftsstruktur des Bundeslandes Berlin gegenüber dem DAK-Gesundheit Bundesdurchschnitt lässt sich natürlich nicht auf einen Blick erkennen, ob daraus für das Bundesland insgesamt nun eine krankstandserhöhende oder -vermindernde Wirkung resultiert.



### 3.3 Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Berlin

Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf die Höhe des Krankenstandes lässt sich berechnen. Das Ergebnis ist: Die Wirtschaftsstruktur in Berlin wirkte sich günstig auf den Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit aus.

Abbildung 9: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Berlin



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018

Abbildung 9 zeigt den Krankenstandsunterschied zwischen Berlin und dem Bund gesamt:

Der Krankenstand in Berlin liegt um 0,27 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt. Der Effekt der Wirtschaftsstruktur in Berlin beträgt 0,08 Prozentpunkte. Das bedeutet, dass 0,08 Prozentpunkte des Krankenstandes in Berlin, durch eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt günstigere Wirtschaftsstruktur bedingt sind.

Dem Bundesdurchschnitt müsste man also den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur in Berlin auf den Krankenstand in Rechnung stellen. Abbildung 9 zeigt den theoretischen Krankenstand, der sich ergibt, wenn man den Krankenstandswert um den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur bereinigt. Beim Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt wären theoretisch also 4,60 Prozent anzusetzen.

**Der Krankenstand in Berlin wird durch die Wirtschaftsstruktur beeinflusst**

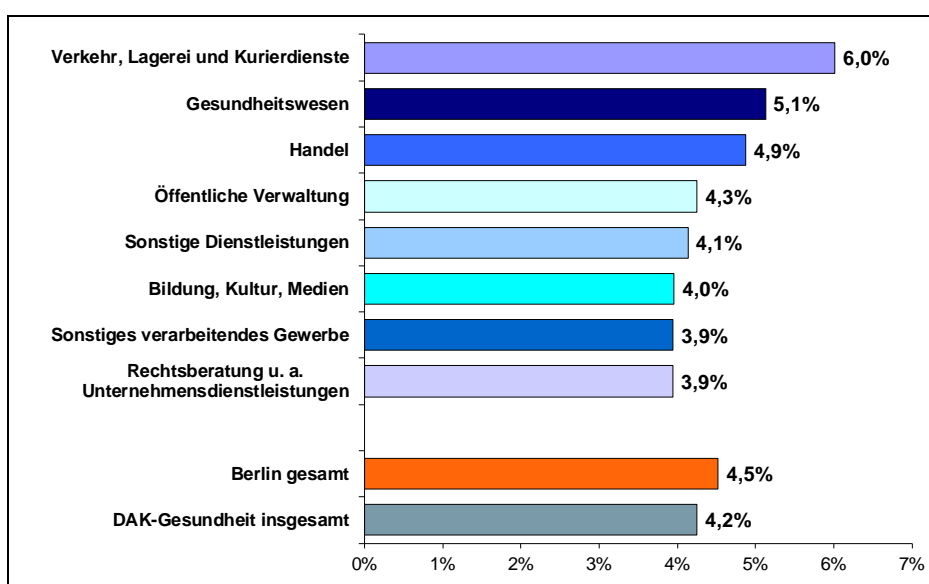
**Für einen fairen Vergleich muss der bereinigte Krankenstand in Höhe von 4,60 Prozent herangezogen werden**

## 4 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen

Nach den Betrachtungen zur Wirtschaftsstruktur und ihrem Einfluss auf den Krankenstand sollen nun abschließend die Krankenstände der einzelnen Branchen in Berlin dargestellt werden.

Abbildung 10 zeigt die Krankenstände der Branchen, in denen Mitglieder der DAK-Gesundheit in Berlin wie auch bundesweit besonders stark vertreten sind. Abbildung 11 zeigt die Zahlen für die übrigen Wirtschaftsgruppen.

Abbildung 10: Krankenstandswerte 2018 in den Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von Mitgliedern der DAK-Gesundheit in Berlin



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018

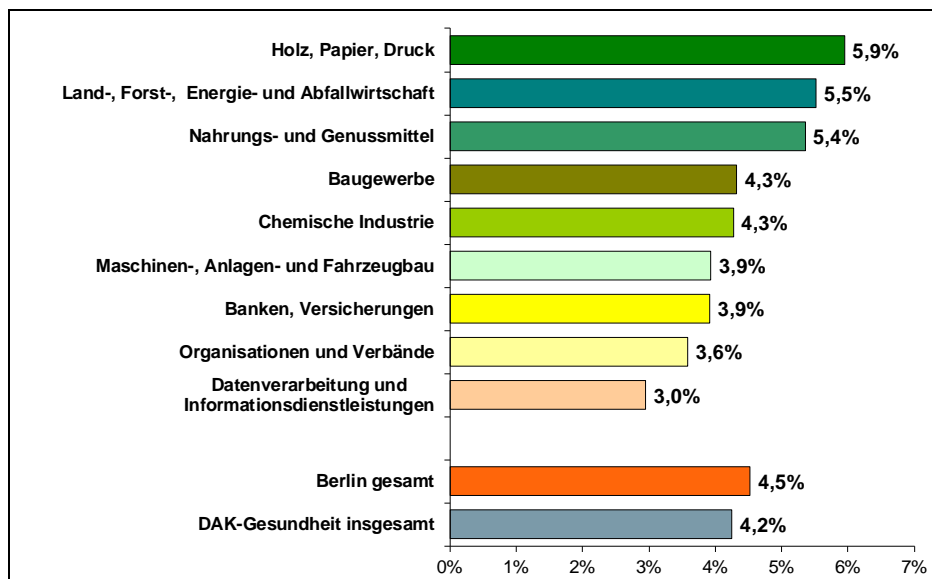
### Wirtschaftsgruppe „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ weist in Berlin den höchsten Krankenstand auf

In Berlin wies die Wirtschaftsgruppe „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ mit 6,0 Prozent den höchsten Krankenstand unter den wichtigen Branchen auf, gefolgt von „Gesundheitswesen“ mit 5,1 Prozent und „Handel“ mit 4,9 Prozent. Diese Krankenstände lagen deutlich über dem Durchschnitt in Berlin.

Unter dem Durchschnitt in Berlin liegen dagegen die Branchen „Öffentliche Verwaltung“ mit 4,3 Prozent, „Sonstige Dienstleistungen“ mit 4,1 Prozent, „Bildung, Kultur, Medien“ mit 4,0 Prozent sowie „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ und „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ mit jeweils 3,9 Prozent.

Der hohe Krankenstand in der Branche „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ ist vor allem durch die erhöhte Fallzahl verursacht; sie beträgt 149,7 AU-Fälle (je 100 VJ) im Unterschied zum Landesdurchschnitt von 123,0 AU-Fällen. Auch erhöht ist die Falldauer in dieser Branche (14,7 Tage zu 13,4 Tagen).

Abbildung 11: Krankenstandswerte 2018 in den übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2018

Bei den übrigen Wirtschaftsgruppen lagen „Holz, Papier, Druck“, „Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft“ und „Nahrungs- und Genussmittel“ über dem durchschnittlichen Krankenstand in Berlin. Die Krankenstandswerte der restlichen Branchen befanden sich auf dem oder lagen unter dem Durchschnittswert. Diese zum Teil besonders günstigen Werte sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass Mitglieder der DAK-Gesundheit hier überwiegend nicht in gewerblichen, sondern in Verwaltungs- und Büroberufen beschäftigt sind.

## 5 Schwerpunktthema 2019: Alte und neue Süchte im Betrieb

### 5.1 Einleitung

Sucht und Abhängigkeit ist erstmals Thema eines Schwerpunkts des DAK-Gesundheitsreports. Der Schwerpunkt 2019 konzentriert sich dabei einerseits auf solche Suchterkrankungen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer seit vielen Jahren von Bedeutung sind, andererseits auf mögliche neue Abhängigkeiten, von denen in jüngerer Zeit behauptet wird, dass sie für Beschäftigte relevant sind bzw. relevanter werden.

**Alkohol- und Tabakabhängigkeit sind klassische Beispiele für Sucht**

Zur ersten Themengruppe gehören die „klassischen“ Suchterkrankungen Alkoholabhängigkeit und die Tabak- bzw. Nikotinsucht. Zur zweiten Gruppe gehört die Abhängigkeit von Computerspielen und die Abhängigkeit von sozialen Medien.<sup>1</sup>

Zu jeder der klassischen Süchte Alkohol- und Tabaksucht wird ermittelt, welche Rolle sie für Beschäftigte spielt bzw. welche Bedeutung ihr in der Arbeitswelt zukommt. Im Einzelnen:

- Welche Rolle spielen diese Suchterkrankungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, in der ambulanten Versorgung und in der stationären Versorgung?
- Welche Arzneimittel werden zur Behandlung dieser Süchte verordnet?
- Als wie verbreitet erweisen diese Süchte sich im Rahmen einer Prävalenzstudie in der Erwerbsbevölkerung?

#### 5.1.1 Aufbau des Schwerpunktthemas

**Abschnitt 5.2: Was ist Sucht und Abhängigkeit?**

Im Anschluss an diese Einleitung wird in Abschnitt 5.2 eine Einführung in das Thema Sucht und Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch von Substanzen, Substanzstörungen sowie Verhaltenssüchten gegeben. Insbesondere die Symptome bzw. Kriterien von Sucht und die Definitionen, wie sie durch die beiden weltweit wichtigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5<sup>2</sup> gefasst sind, werden dargestellt.

**Abschnitt 5.3: Substanzstörungen in den Daten der DAK-Gesundheit**

In welchem Ausmaß sind Beschäftigte von Sucht und Abhängigkeit bzw. Substanzstörungen betroffen? Eine erste Aussage hierzu macht der Gesundheitsreport durch die Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten, von Daten zur ambulanten Versorgung sowie von Daten zur stationären Versorgung der DAK-Gesundheit. Hinzu kommt eine Analyse der Verordnungen bestimmter Medikamente, die im Rahmen der Suchttherapie verschrieben werden können. Diese Analysen ermöglichen Angaben zur administrativen Prävalenz von Sucht.

---

<sup>1</sup> Ein Anhang des Schwerpunkts Sucht stellt über diese beiden Gruppen von Abhängigkeit hinausgehend Daten zum Thema Opioide bereit, um der Frage nachzugehen, welche Anzeichen es gibt, dass die so genannte Opioid-Krise aus den USA auch in Deutschland stattfindet oder stattfinden könnte.

<sup>2</sup> ICD-10: International Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), 10. Überarbeitung. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage.

Eine besondere Analyse nutzt den Vergleich von Versicherten, die eine Diagnose aus dem Bereich der Sucht aufweisen<sup>3</sup> mit solchen, die keine Anzeichen einer Suchterkrankung zeigen. Für beide Gruppen wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen dargestellt – diese Analyse erlaubt es, die vordergründig nicht in den Daten sichtbaren Folgen von Suchterkrankungen für die Arbeitswelt sichtbar zu machen.

Der DAK-Gesundheitsreport basiert neben diesen Sekundärauswertungen von Versichertendaten auch auf einer eigens für den Report durchgeführten repräsentativen Erhebung: Eine Befragung von 5.614 abhängig Beschäftigten. Auf Basis dieser Erhebung werden verschiedene Prävalenzstudien durchgeführt.

In Abschnitt 5.4 geht es um die Verbreitung der Tabak- bzw. Nikotinsucht. Hierbei wird auch die E-Zigarette berücksichtigt, durch die zwar kein Tabak verbrannt, durch die jedoch in der Regel Nikotin konsumiert wird. Analysen zur Verbreitung des Rauchens und der E-Zigarettenverwendung, zu den Gründen für das Rauchen und der Verwendung der E-Zigarette sowie zu den Folgen für die Arbeitswelt ergänzen die Prävalenzstudie zur Tabak- bzw. Nikotinsucht.

Abschnitt 5.5 ermittelt auf Basis der Beschäftigtenbefragung die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit und des schädlichen Alkoholgebrauchs bei abhängig Beschäftigten. Analog zur Studie zur Tabak- bzw. Nikotinsucht werden daneben die Verbreitung des Alkoholkonsums, Folgen für die Arbeitswelt und Gründe des Alkoholkonsums thematisiert.

Die (möglichen) Abhängigkeiten von Computerspielen und von sozialen Medien werden erst in jüngster Zeit erforscht und in Begriffen der Suchtmedizin zu verstehen versucht. Der DAK-Gesundheitsreport leistet in den Abschnitten 5.6 und 5.7 zu hiermit in Zusammenhang stehenden Fragen einen Beitrag, der insbesondere nützlich insofern ist, als dass er die Verbreitung dieser (behaupteten) Süchte unter Erwerbstätigen untersucht (während sich die meisten Studien dazu auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene konzentrieren). Auch in diesem Teil des Schwerpunkts werden die Verbreitung dieser Abhängigkeiten sowie verschiedene damit thematisch verwandte Aspekte untersucht.

Die Ergebnisse des Schwerpunktthemas für Berlin sind in Abschnitt 5.8 dargestellt. Die Analyse stellt die Ergebnisse zur Rolle von Substanzstörungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen des Landes dar und gibt einen Überblick über die Verbreitung der untersuchten Süchte in Berlin.

Eine Gesamtschau der Ergebnisse, eine Zusammenfassung sowie Schlussfolgerungen mit Blick auf die Arbeitswelt erfolgt in Abschnitt 6.

### 5.1.2 Datenquellen des Schwerpunkts

Die Ergebnisse dieses Reports stützen sich auf verschiedene Datenquellen (Abbildung 12). Hierbei handelt es sich zum einen um die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit, die durch weitere Daten der DAK-Gesundheit zu Arzneiverordnungen sowie zu ambulanten und stationären Behandlungen ergänzt werden. Darüber hinaus wurde eine standardisierte Online-Befragung von 5.614 abhängig beschäftigten Erwerbstätigen im Alter von 18–65 Jahren durchgeführt.

**Abschnitt 5.4: Prävalenzstudie zur Tabak- und Nikotinsucht unter Berücksichtigung der E-Zigarette**

**Abschnitt 5.5: Prävalenzstudie zur Alkoholabhängigkeit**

**Abschnitt 5.6 und 5.7: Prävalenzstudie zur Computerspielesucht und zur Abhängigkeit von neuen Medien**

**Abschnitt 5.8: Analyse zu alten und neuen Süchten im Betrieb in Berlin**

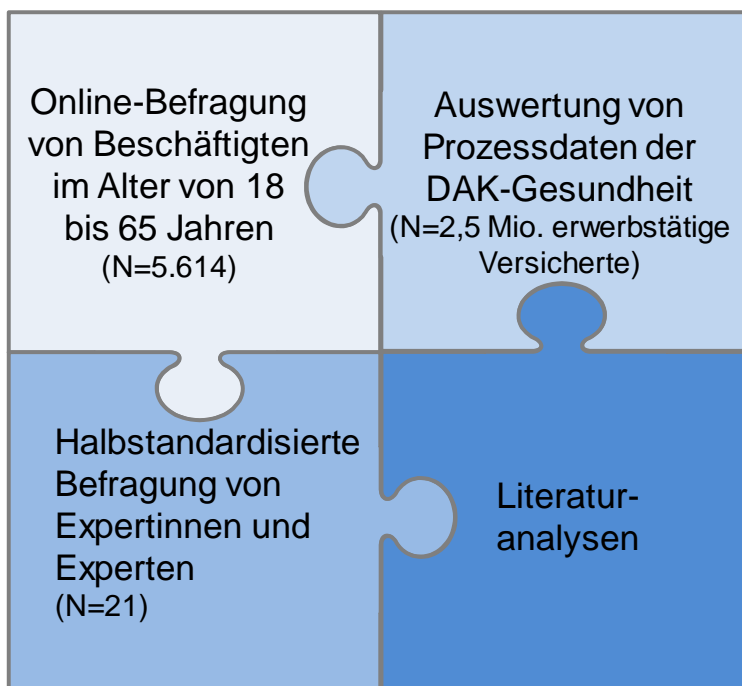
**Abschnitt 6: Zusammenfassung und Fazit**

**Datenquellen**

<sup>3</sup> Genauer: Eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Eine weitere Datenquelle stellt eine halbstandardisierte Befragung von Expertinnen und Experten aus der suchtmedizinischen Forschung und Praxis und dem Suchthilfesystem dar. Sie wurden u. a. zu Aspekten befragt, wie ein typischer Patient bzw. eine typische Patientin aussieht, der oder die wegen Computerspielesucht in der Praxis oder Klinik vorstellig wird; welche Rolle die Tabak-, welche Rolle die Alkoholsucht in der Arbeitswelt spielen; welche weiteren Süchte in der Arbeitswelt von Bedeutung sind. Der Experten-Fragebogen ist im Anhang dem Report beigelegt.

Abbildung 12: Dem Schwerpunktthema zugrunde liegende Datenquellen



### 5.1.3 Bevölkerungsbefragung: Methodik und Soziodemografie der Stichprobe

Die standardisierte Befragung von 5.614 Erwerbstätigen, d. h. abhängig Beschäftigte, sind die Basis für die Prävalenzstudien im Rahmen dieses Reports. Im Zentrum der Befragung stehen Instrumente zur Identifikation von Beschäftigten, die von den in Frage stehenden Abhängigkeiten betroffen sind:

- Der Alcohol Use Disorder Test (AUDIT)
- Der Penn State Cigarette Dependence Index
- Der Penn State E-Cigarette Dependence Index
- Die Social Media Disorder Scale
- Die Internet Gaming Disorder Scale

Die Instrumente werden im jeweiligen Abschnitt beschrieben.

Weiter werden mögliche Risiko- und Schutzfaktoren für Abhängigkeiten erfragt, darunter Arbeitsbedingungen und Soziodemografika sowie Gründe für den jeweiligen Konsum.

Die Befragung wurde im Dezember 2018 und Januar 2019 durch die forsa Politik- und Sozialforschung GmbH als Online-Befragung realisiert. Das von ForSa verwendete Panel befragt auch Personen ohne

Internetanschluss (diese Gruppe nimmt mittels einer Box am Fernsehgerät an Befragungen teil), sodass es hier nicht zu einer Verzerrung dahingehend kommt, dass nur Personen mit Internetanschluss beteiligt wären. Die Rücklaufquote wird von Forssa mit 47 Prozent angegeben. Alle hier dargestellten Auszählungen und Analysen wurden durch das IGES Institut auf Basis des von forssa übernommenen Rohdatensatzes erstellt.

Die Befragten wurden auf Basis der Daten des Mikrozensus nach Alter, Geschlecht, Bildung und Bundesland gewichtet, so dass der Datensatz repräsentativ für die abhängig beschäftigte Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren in Deutschland ist. Tabelle 1 zeigt die Demografie der Befragten ohne Verwendung der Gewichtung. Tabelle 2 zeigt die Befragten nach Alter und Geschlecht mit verwendetem Gewicht. Alle weiteren Auswertungen basieren auf dem gewichteten Datensatz.

**Die Befragung ist repräsentativ für die abhängig Beschäftigten in Deutschland.**

Tabelle 1: Befragte nach Alter und Geschlecht (ungewichtet)

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
18-29	190	3,4%	226	4,0%	416	7,4%
30-39	645	11,5%	590	10,5%	1.235	22,0%
40-49	942	16,8%	735	13,1%	1.677	29,9%
50-59	924	16,5%	741	13,2%	1.665	29,7%
60-65	371	6,6%	250	4,5%	621	11,1%
Gesamt	3.072	54,7%	2.542	45,3%	5.614	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019.

Tabelle 2: Befragte nach Alter und Geschlecht (gewichtet)

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
18-29	323	5,7%	320	5,7%	643	11,4%
30-39	791	14,1%	697	12,4%	1488	26,5%
40-49	811	14,4%	736	13,1%	1547	27,6%
50-59	689	12,3%	682	12,1%	1370	24,4%
60-65	295	5,3%	271	4,8%	566	10,1%
Gesamt	2908	51,8%	2706	48,2%	5614	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019.

Tabelle 3 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe nach Geschlecht und Schulabschluss. Hier ist zu konstatieren, dass die Stichprobe keine Befragte ohne Schulabschluss enthält, sodass von einem gewissen Selektionsbias in Richtung zu hoher Bildung der Befragten auszugehen ist. Jeweils ein gutes Drittel der Männer haben einen mittleren Schulabschluss wie Abitur bzw. Fachabitur. Unter den Frauen haben 40 Prozent einen mittleren Abschluss und 43 Prozent Abitur oder Fachabitur.

Die Stichprobe setzt sich aus Arbeitern, Angestellten und Beamten zusammen. In beiden Geschlechtern stellen die Angestellten die Mehrheit – insbesondere bei den Frauen, die zu 85 Prozent Angestellte sind (Tabelle 4).

Tabelle 3: Befragte nach Geschlecht und höchstem Schulabschluss<sup>4</sup>

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hauptschule	740	26,9%	428	16,7%	1.168	22,0%
mittl. Abschluss	1.004	36,4%	1.025	40,1%	2.028	38,2%
(Fach-)Abitur	1.011	36,7%	1.104	43,2%	2.115	39,8%
Gesamt	2.755	100,0%	2.557	100,0%	5.312	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019.

Tabelle 4: Befragte nach Geschlecht und beruflicher Statusgruppe

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Arbeiter	651	22,4%	156	5,8%	807	14,4%
Angestellte	1.960	67,4%	2.310	85,4%	4.271	76,1%
Beamte	297	10,2%	240	8,9%	537	9,6%
Gesamt	2.908	100,0%	2.706	100,0%	5.614	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019.

Tabelle 5: Hinweise zur Darstellung der Befragungsergebnisse bei fehlenden Werten und Teilgruppenauswertungen

**Hinweis:** Nicht alle Befragte antworteten auf alle Fragen. Dadurch gibt es bei den meisten Fragen fehlende Antworten. Der Anteil fehlender Angaben bewegt sich in der Regel in der Größenordnung von 1 Prozent oder weniger. Sie werden daher in den Tabellen und Grafiken nicht berichtet und ausgewiesen. Generell gilt also: auf zu 5.614 Fehlende kommen 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 Alkohol konsumiert. 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 sind (i. d. R. sind diese Unterschiede gering). Hier wird für die Zahl der Befragten ein Bereich angegeben (z. B. N=3.861–3.917).

<sup>4</sup> Bei den zu 5.614 fehlenden Befragten handelt es sich um Personen ohne Schulabschluss und um Befragte, die keine Angabe zu ihrem Schulabschluss gemacht haben.



## 5.2 Was ist Sucht und Abhängigkeit?

### 5.2.1 Verhaltenssuchte: „Jede Richtung des menschlichen Interesses vermag süchtig zu entarten“<sup>5</sup>

„Bislang erscheinen diese Verhaltenssuchte (Computerspiele- und soziale Mediensucht) zahlenmäßig deutlich geringer zu sein als die ‚klassischen‘ Süchte und haben entsprechend eine geringere Bedeutung für die Arbeitswelt. Man muss hier immer wieder deutlich machen, dass ein Verhaltensexzess ja noch nicht automatisch eine Sucht ist. Erst wenn sich ein Leidensdruck wegen des Verhaltens aufbaut und das Verhalten zu Lasten beruflicher und sozialer Aktivitäten geht, ergibt sich ein Suchtcharakter. Dies ist weit seltener. Wie beim sozialen Trinken, welches durchaus schädlich sein kann, werden auch diese Verhaltensexzesse von vielen ‚schädlich‘ betrieben ohne die Kriterien einer Abhängigkeit zu erfüllen.“

**Prof. Dr. Klaus Junghanns, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck**

Suchtwissenschaftler beschränkten die Begriffe der Sucht und der Abhängigkeit traditionell auf Substanzen, insbesondere Alkohol und andere Drogen, die ganz klar eine körperliche Abhängigkeit fördern. In den letzten Jahrzehnten werden jedoch zunehmend auch problematische Verhaltensweisen mit dem Suchtbegriff beschrieben und als Verhaltenssuchte oder stoffungebundene Süchte beschrieben (Holden 2001: 980). Die idealtypische und am längsten anerkannte Verhaltenssucht ist die Glücksspielsucht. „Der Begriff [Verhaltenssucht] bezieht sich auf die Tatsache, dass sich zunächst normale, angenehme Tätigkeiten in unangepasste, immer wiederkehrende Verhaltensweisen verwandeln“ (DGPPN 2016: 3).

Was spricht dafür, Verhaltensweisen als Sucht verstehen zu wollen? Dafür spricht, dass das Belohnungszentrum im Gehirn in gleicher Weise wie bei stoffgebundenen Süchten aktiviert wird (DGPPN 2016: 2). „Es lässt sich vermuten, dass im Wesentlichen das verhaltensverstärkende Belohnungssystem mit seinem Botenstoff Dopamin involviert ist – ebenso wie es bei der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen angenommen wird“ (Grüsser-Sinopoli 2003<sup>6</sup>). Auch Holden (2001: 980, eigene Übersetzung) betont die Rolle der Erkenntnisse der Hirnforschung für die Ausweitung des Suchtbegriffs auf Verhaltensweisen: „Neues Wissen über das Belohnungssystem des Gehirns, gewonnen v. a. durch hochentwickelte bildgebende Verfahren, legt nahe: eine Belohnung ist eine Belohnung, ob sie von einer Chemikalie oder einer Erfahrung kommt“.

Für die Beschreibung bestimmter Verhaltensweisen als Sucht spricht weiter, dass die Kriterien des Abhängigkeitssyndroms sehr gut zu funktionieren scheinen: Craving, Kontrollverlust und Toleranzentwicklung sind auch bei Verhaltenssuchten gegeben. Selbst psychische und körperliche Entzugserscheinungen berichten Patienten, darunter depressive Verstimmungen. Gereiztheit und Ängste, als auch Zittern,

**Eine stoffungebundene Sucht ist z. B. die Glücksspielsucht**

**Bei Verhaltens-süchten wird das Belohnungszentrum in gleicher Weise wie bei stoffgebundenen Süchten aktiviert**

**Die Kriterien des Abhängigkeitssyndroms lassen sich auf Verhaltenssuchte anwenden**

<sup>5</sup> von Gebtsattel (1954, zitiert nach Mörsen (2011)).

<sup>6</sup> Zit. nach Interview in Dlubis-Mertens (2003: 514).

innere Unruhe, Verdauungs- und Sexualstörungen (Dlubis-Mertens 2003: 513).

Schädliche Folgen treten bei Verhaltenssuchte ebenfalls ein: der finanzielle Ruin und die Zerrüttung der Familienverhältnisse bei abhängigen Glücksspielern steht hier wieder paradigmatisch für Verhaltenssucht (Dlubis-Mertens 2003: 513).

**Die Ausweitung des Suchtbegriffs auf exzessive Verhaltensweisen ist nicht unumstritten**

Die Ausweitung des Suchtbegriffs auf (exzessive) Verhaltensweisen ist nicht unumstritten. So argumentiert beispielsweise Hand (Hand 2018: 6f.), dass die klassische Suchtdefinition nur auf die wenigsten Menschen mit exzessivem Verhalten passt. Es sei falsch, diesen Betroffenen durch den Suchtbegriff zu verstehen zu geben, dass sie ihrem Suchtdruck hilflos ausgeliefert sind. Auch verlaufe exzessives Verhalten keinesfalls immer chronisch, so wie dies bei einer manifesten Sucht der Fall ist. Exzessives Verhalten sei ein ätiologisch sehr heterogenes Gebilde und keine übergeordnete Diagnose. Betroffene, so Hand, sollten eine Psychotherapie erhalten, die prüft, welche eigentliche Problematik hinter dem exzessiven Verhalten steht, statt in der Suchthilfe zu landen.

Im Zuge der Anerkennung der Computerspielesucht (Internet Gaming Disorder, IGD) äußern Kritiker die Sorge, dass die mehr oder weniger beliebige Ausweitung des Suchtbegriffs auf alle möglichen Verhaltensweisen dazu führt, dass der Suchtbegriff seine beschreibende und erklärende Kraft verliert (Király et al. 2015: 255). „Wenn jedes befriedigte Verlangen von Heroin bis hin zu Designerhandtaschen ein Abhängigkeitssymptom ist, dann erklärt der Begriff Alles und Nichts“ (Pies 2009: 31, eigene Übersetzung).<sup>7</sup>

**Anerkennung der Verhaltenssuchte im DSM-5**

Trotz der Kritik scheinen Suchtexperten der Ausweitung des Suchtbegriffs mittlerweile überwiegend positiv gegenüber zu stehen – was aber selbstverständlich nicht heißt, dass sich jede denkbare Verhaltensweise für den Suchtbegriff qualifiziert oder dass es in jedem Falle unumstritten wäre, welche Verhaltensweisen zu einer Abhängigkeit führen können. Die prinzipielle Anerkennung von nicht-stoffgebundenen bzw. Verhaltenssuchten drückt sich auch darin aus, dass das DSM-5 – im Unterschied zur Vorgängerversion DSM-4 – unter der Kategorie der „Substanzbezogenen und Abhängigkeitsstörungen“ sowohl stoffgebundene Süchte als auch die Glücksspielsucht als (bisher einzige) Verhaltenssucht umfasst (APA 2013: 481ff.).

**Anerkennung der Verhaltenssuchte erst im ICD-11**

Das Klassifikationssystem ICD wird dagegen erst in seiner elften Überarbeitung den Verhaltenssuchten Rechnung tragen: Die so genannte Gaming Disorder (6C51) wird in der Kategorie „Disorders due to substance use or addictive behaviours“ als „disorder due to addictive behaviours“ eingeordnet, gemeinsam (nur) mit der Glücksspielsucht (Gambling Disorder) (<https://icd.who.int/>).

**Computerspielesucht**

„Die Parallelen zu anderen Suchterkrankungen sind verblüffend. Als ich vor 11 Jahren anfang, in diesem Bereich zu arbeiten, dachte ich auch erst an eine ‚Modeerscheinung‘, was sich aber bald ändern sollte. Die Patienten sind erheblich beeinträchtigt durch die Sucht, nehmen oftmals kaum noch am sozialen Leben teil, haben ein deutlich vermindertes Selbstwertgefühl, sind oft sozial isoliert und weisen ver-

<sup>7</sup> Pies bedient sich hier eines Zitats von Amanda Heller.

gleichsweise deutliche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit auf. Oftmals ist der Antrieb gemindert, außer hinsichtlich der Nutzung von Computerspielen. Die Lebensqualität ist erheblich eingeschränkt, Perspektivlosigkeit bestimmt die subjektive Wahrnehmung. Noch ein eher persönlicher Eindruck: Man merkt diesen Menschen an, dass sie sehr viele Entwicklungsschritte auf Grund der Sucht verpasst haben und das Aufholen ist ein sehr, sehr mühseliger Prozess, der oftmals ins Scheitern führt. Leider spielt auch unter diesen Patienten Suizidalität eine Rolle.

Auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind von Computerspielsucht betroffen, auch wenn die vorliegenden Zahlen eher andeuten, dass es viele Betroffene auf Grund der Sucht gar nicht in den Arbeitsmarkt schaffen. Viele der Patienten in den mittleren 20er oder auch 30er Lebensjahre haben so gut wie keine Berufserfahrung, haben sich eher minimalistisch durch ihr vom Spiel bestimmtes Leben geschlagen.

Natürlich gibt es aber auch Berufstätige unter den Betroffenen. Diese halten die Sucht meist geheim und schaffen es sehr gut, eine Fassade des Normalen aufrechtzuerhalten; zumindest bis zu einem gewissen Punkt. Also ja: auch unter Arbeitnehmern halte ich dieses Gesundheitsproblem für sehr relevant.“

**Dr. Kai Müller, Ambulanz für Spielsucht, Universitätsmedizin Mainz**

### 5.2.2 Sucht und schädlicher Gebrauch

Hier normaler Konsum, dort Sucht – diese landläufige dichotomisierende Vorstellung ist Suchtexperten zufolge irreführend. Vielmehr gibt es „eine Vielzahl individuell ausgeprägter Suchtprobleme, die zu ganz unterschiedlichen sozialen und psychischen Folgeschäden führen können“ (Lindenmeyer 2013: 21). Zu den Konsummustern zählt Lindenmeyer häufige Rausche bzw. Konsumexzesse, Toleranzsteigerung, Toleranzminderung, Suchtmittelvergiftung, morgendlicher Konsum, Umsteigen auf härtere Substanzen, heimlicher Konsum, Konsum in „Gesellschaft unter Niveau“ und erfolglose Abstinenzversuche.

Dem trägt auch die Einordnung von Sucht und Abhängigkeit in der ICD-10 Rechnung. Das Abhängigkeitssyndrom ist dort nur eine unter mehreren Ausprägungen der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Zu den weiteren Ausprägungen der substanzbezogenen Störungen gehört die akute Intoxikation (z. B. „Komasaufen“), der Alkoholmissbrauch, der (noch) keine Sucht ist und Entzugserscheinungen (Tabelle 6).

Tabelle 6: Ausprägungen der Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10-F19) (Vierte Stelle der Kodierung)

4. Stelle ICD-10	Ausprägung
.0	Akute Intoxikation
.1	Schädlicher Gebrauch
.2	Abhängigkeitsyndrom
.3	Entzugssyndrom
.4	Entzugssyndrom mit Delir
.5	Psychotische Störung
.6	Amnestisches Syndrom
.7	Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
.9	Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

Quelle: DIMDI (2015b: 180f.). Beispiel: F10.2 ist die Alkoholabhängigkeit, F10.1 der schädliche Gebrauch von Alkohol.

### Schädlicher Substanzgebrauch

Die Kategorie des schädlichen Gebrauchs ist in diesem Report vor allem für Alkohol relevant, weil im Zusammenhang mit Alkoholkonsum mehr als bei anderen Substanzen ein Kontinuum von risikoarmen über riskanten Konsum hin zu schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit angenommen wird. In den Ergebnissen der Beschäftigtenbefragung wird teilweise der schädliche Gebrauch mit der Abhängigkeit zusammengefasst betrachtet. Das DSM-5 fasst unter der Bezeichnung Alcohol Use Disorder ebenfalls den schädlichen und den abhängigen Gebrauch zusammen.<sup>8</sup>

### 5.2.3 Definition und Kriterien des Abhängigkeitssyndroms

#### Abhängigkeitssyndrom

Ein Abhängigkeitssyndrom ist „eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln“ (DIMDI 2015b: 180). Eine Abhängigkeit ist von einem starken Wunsch geprägt, die Substanz, z.B. Alkohol, Opioide oder Nikotin einzunehmen. Hinzu kommen typischerweise Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, sowie ein anhaltender Substanzgebrauch selbst dann, wenn Betroffene das Auftreten schädlicher Folgen an sich selbst beobachten.

Zur Abhängigkeit gehört häufig auch, dass dem Konsum des jeweiligen Suchtmittels Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen eingeräumt wird. Toleranzentwicklung und ein körperliches Entzugssyndrom können hinzukommen (DIMDI 2015b: 180).

Gemäß ICD-10 liegt ein Abhängigkeitssyndrom genau dann vor, wenn mindestens drei der folgenden sechs Kriterien erfüllt sind (Dilling et al. 2011: 115, Lindenmeyer 2013: 22).

<sup>8</sup> Das DSM-5 reagiert damit auf die Forschungslage, die die Differenzierbarkeit von Missbrauch und Abhängigkeit in Frage stellt und statt einer kategorialen Differenzierung ein dimensionales Störungsmodell mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden nahe legt (Rumpf et al. 2011: 45f.).

1. **Starkes Verlangen (Craving)**
2. **Kontrollverlust**
3. **Körperliches Entzugssyndrom**
4. **Toleranzentwicklung**
5. **Einengung auf den Suchtmittelkonsum**
6. **Anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen**

**Kriterien von  
Abhängigkeit**

**Craving** ist der starke Wunsch oder Zwang, das jeweilige Suchtmittel zu konsumieren.

Der **Kontrollverlust** bezieht sich auf den Beginn, das Ende und/oder die Menge des Konsums.

Ein körperliches **Entzugssyndrom** tritt auf, wenn der Konsum des jeweiligen Suchtmittels beendet oder reduziert wird. Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn (1) durch Beendigung oder Reduktion des Suchtmittelkonsums ein Entzugssyndrom tatsächlich erlitten wird oder (2) wenn eine gleiche oder ähnliche Substanz konsumiert wird, um ein Entzugssyndrom zu mildern oder zu vermeiden.

**Toleranzentwicklung** bedeutet, dass zunehmend höhere Dosen des jeweiligen Suchtmittels erforderlich sind, um die Wirkung zu erzielen, die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreicht wurde.

Das Kriterium der **Einengung auf den Suchtmittelkonsum** beschreibt die fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen, Aktivitäten, Interessen und Verpflichtungen zugunsten des Substanzkonsums und einen erhöhten Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.

**Anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen** liegt vor, wenn der Konsum trotz körperlicher, psychischer und/oder sozialer Schäden fortgesetzt wird. Genau genommen, ist das Kriterium nur dann erfüllt, wenn der Konsument sich dabei dieser Schädigungen wenigstens zu einem gewissen Grad bewusst ist.

Tabelle 7: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
F16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F18	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Quelle: DIMDI 2015: 181f.

**Folgen von Suchtproblemen**

Die Folgen von Suchtproblemen sind oder können sein: **körperliche Folgeschäden** wie Entzugserscheinungen und verschiedene Krankheiten; **soziale Folgeschäden** wie Partnerschaftskonflikte, Schulden und Konflikte am Arbeitsplatz; **psychische Folgeschäden** wie verringertes Selbstwertgefühl, Gefühlsschwankungen, soziale Ängste (Lindenmeyer 2013: 22).

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z. B. Nikotin, Alkohol oder das Benzodiazepin Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z. B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen (DIMDI 2015b: 180).

**Stoffgebundene Süchte beziehen sich auf ein stoffliches Suchtmittel: auf eine psychotrope Substanz**

Die hier dargelegte Definition des Abhängigkeitssyndroms und die Kriterien der Abhängigkeit beziehen sich (nur) auf die Abhängigkeit von einem stofflichen Suchtmittel, genauer: von einer psychotropen Substanz. Die ICD-10 ermöglicht es, die in Tabelle 6 genannten Substanzstörungen zu kodieren.

**5.2.4 Ursachen von Suchterkrankungen****Eine Suchterkrankung entwickelt sich in der Regel im Verlauf mehrerer Jahre schleichend**

Eine Suchterkrankung entwickelt sich in der Regel im Verlauf mehrerer Jahre schleichend und ist daher den Betroffenen als auch seinen Bezugspersonen lange Zeit nicht bewusst. Es ist in der Regel auch nicht festzustellen, ab welchem Moment ein Betroffener abhängig wurde (Lindenmeyer 2013: 22). Die Entstehung der Sucht verläuft in der Regel über die drei folgenden Schritte:

1. Modelllernen und soziale Verstärkung sind für den ersten Konsum eines Suchtmittels von Bedeutung. Schon Kinder lernen am Vorbild der Erwachsenen beispielsweise, dass Alkohol eine angenehme Wirkung hat und dass Alkohol in bestimmten Situationen dazu gehört. In der Gleichaltrigengruppe machen sie dann als Jugendliche die Erfahrung, dass Suchtmittelkonsum angenehm enthemmt und zu Anerkennung der Peers führt. Risikofaktoren für einen exzessiven Suchtmittelkonsum sind ein sozial unangepasster Freundeskreis, Risikofreude, geringe Frustrationstoleranz und Impulsivität sowie geringe Kontrolle durch das Elternhaus des Jugendlichen (Lindenmeyer 2013: 24).
2. Der Suchtmittelkonsum wird mit der Zeit zur Gewohnheit und es ist in (vielen) bestimmten Situationen normal, zu konsumieren – so normal, dass, wenn doch auf das Suchtmittel verzichtet werden muss, der Verzicht ungewöhnlich und lästig ist. „Entscheidend ist aber, dass die Bildung jeder Gewohnheit automatisch dazu führt, dass alternative Verhaltensweisen seltener und damit immer ungewohnter und unangenehmer werden.“ (Lindenmeyer 2013: 24). Betroffene entwickeln für diese Situationen keine Sozialkompetenzen ohne Suchtmittel und sind in der Folge immer stärker auf die angenehme Wirkung des Suchtmittels angewiesen. In dieser Phase findet auch die Toleranzentwicklung des Körpers statt (Lindenmeyer 2013: 24).
3. Wie wird nun aus der Gewohnheit eine Abhängigkeit? Zwei Faktoren führen gemäß Lindenmeyer (2013: 24) dazu: Der erste Faktor sind die unangenehmen Nachwirkungen des Suchtmittelkonsums, die bei jedem Suchtmittel auf die Phase der erwünschten angenehmen Hauptwirkung folgen. Sie sind zwar weniger ausgeprägt als die Hauptwirkung, dauern aber länger an. Eine allmähliche „Auftürmung“ der unangenehmen Nachwirkungen kann auftreten und dann die Form von Entzugserscheinungen annehmen. Diese wiederum üben einen starken Druck auf den Betroffenen aus, er-

**Aus Gewohnheit kann u. U. eine Sucht werden**

neut das Suchtmittel zu konsumieren, um im Alltag funktionieren zu können.

Außerdem verändern sich Neurotransmittersysteme im Gehirn, die zu einer mangelnden Selbstaktivierung des Belohnungssystems führen und die erst durch erneute Suchtmittelleinnahme ausgeglichen werden (Lindenmeyer 2013: 25, vgl. auch Redecker 2012).

Der zweite Faktor, der dazu führt, dass aus einer Gewohnheit eine Sucht wird, wird mit der Metapher des „Suchtgedächtnisses“ beschrieben. Die neuronalen Aktivitäten im Belohnungszentrum konzentrieren sich auf jene Stimuli, die Belohnung ankündigen. „Eine Suchtmittelabhängigkeit wird somit als ein antizipatorischer Lerneffekt verstanden, der nur schwer zu überwinden bzw. zu vergessen ist. Da es sich bei der Anreizfunktion um unterschwellige Wahrnehmungs-, Assoziations- und Annäherungstendenzen handelt, haben die Betroffenen mitunter wenig Bewusstheit darüber, warum sie ihr Suchtmittel konsumieren (Lindenmeyer 2013: 25).

### **Suchtgedächtnis**

Vereinfachende Erklärungsversuche der Suchtentstehung weist Lindenmeyer (2013: 22) dagegen als Vorurteile zurück. Im Einzelnen sind die folgenden Erklärungsversuche unzulässig:

### **Vereinfachende Erklärungsversuche der Suchtentstehung sind oft falsch**

- Abhängigkeit ist keine Charakterfrage: Suchtmittelabhängige sind nicht besonders labile, willensschwache oder unbeherrschte Personen. (Lindenmeyer 2013: 23).
- Vererbung: Zwar gibt es genetisch bedingte Unterschiede, wie unser Körper auf Suchtmittel reagiert. Solche Unterschiede begünstigen die Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit jedoch nur, wenn Betroffene über einen langen Zeitraum größere Mengen des Suchtmittels konsumieren (Lindenmeyer 2013: 23).
- Das Leben von Suchtmittelabhängigen ist nicht zwangsläufig schwieriger oder unglücklicher verlaufen als das von nicht-Betroffenen. Weder eine schwere Kindheit noch dauernde Überlastung noch Schicksalsschläge können die Entstehung einer Sucht erklären (Lindenmeyer 2013: 23).

### 5.2.5 Sucht als Ursache für Erwerbsminderungsrente

Sucht ist eine wichtige Ursache für Erwerbsminderungsrenten. 5 Prozent der Neuzugänge in Erwerbsminderung unter Männern sind für das Jahr 2016 mit Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol begründet (Frauen: 1 Prozent). Auch Substanzstörungen durch Medikamente und Drogen führen zu Erwerbsminderung: 1 Prozent der EM-Renten-Zugänge unter den Männern und 0,4 Prozent unter den Frauen sind durch diese Diagnose begründet.

Tabelle 8: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI. Jahr 2016

Geschlecht versicherte Person	Männlich	Weiblich	Summe
<b>Diagnosengrundgruppen (ab Berichtsjahr 2016 verwendbar)</b>			
	<b>Anteil</b>	<b>Anteil</b>	<b>Anteil</b>
Krankheiten des Muskel-, Skelettsystems und des Bindegewebes	13%	13%	13%
Zerebrovaskuläre Krankheiten	5%	3%	4%
Ischämische Herzkrankheiten	3%	1%	2%
Krankheiten des Kreislaufsystems ohne zerebrovaskuläre u. ischämische (Herz-)Krankheiten	5%	2%	3%
Krankheiten des Verdauungssystems / Endokrine/Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	4%	3%	4%
Krankheiten des Atmungssystems	4%	3%	3%
Neubildungen	13%	13%	13%
Krankheiten des Urogenitalsystems	1%	1%	1%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	5%	2%	3%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Medikamente/Drogen	1%	0,4%	1%
Psychische Erkrankungen ohne Sucht	30%	47%	39%
Krankheiten des Nervensystems	7%	7%	7%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	0%	0%	0%

Quelle: DRV Bund: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI.



### 5.3 Administrative Prävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Bund)

Suchterkrankungen können Ursache für krankheitsbedingte Fehlzeiten sein, wenn Betroffene Angst haben, intoxiniert in den Dienst zu gehen, Zusammenbrüche, Entzugerscheinungen oder depressive Verstimmungen zu erleiden.“

**Dr. Hubert Buschmann, Vorstandsvorsitzender des Fachverbandes Sucht (FVS e.V.)**

#### 5.3.1 Substanzstörungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

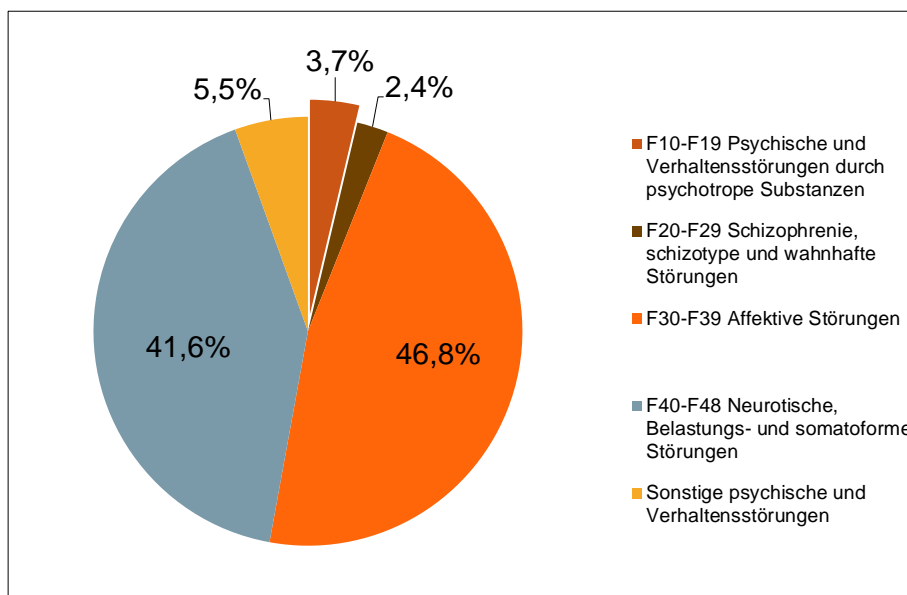
Dieser Abschnitt befasst sich zunächst mit der Frage, inwieweit sich Sucht im dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen niederschlägt, konkret also, wie viele Fehlzeiten den Krankschreibungen zuzuschreiben sind, für die auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eine oder mehrere Diagnosen aus der ICD-10 Gruppe Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) notiert sind. Darüber hinaus soll untersucht werden, welche strukturellen Auffälligkeiten es dabei für einzelne Beschäftigtengruppen gibt und wie sich das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Zeitverlauf entwickelt hat. Basis für diese Analyse bilden die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit der Jahre 2012 bis 2017.

Mit der Bedeutung von psychischen Erkrankungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen befasst sich der DAK-Gesundheitsreport seit vielen Jahren. Die aktuelle Entwicklung ist in Kapitel 3.4 dargestellt. Danach machten im Jahr 2017 durch psychische Erkrankungen verursachte Fehlzeiten mit 249,9 AU-Tagen je 100 Versichertenjahre einen Anteil von 16,7 Prozent an allen Fehltagen aus.

In Abbildung 13 ist dargestellt, welchen Anteil Fehlzeiten durch Krankschreibungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen innerhalb des Kapitels psychische Erkrankungen ausmachen. Mit 9,3 AU-Tagen je 100 Versichertenjahre stellt die Diagnosegruppe F10–F19 einen Anteil von 3,7 Prozent an allen Fehltagen – verursacht durch psychische Erkrankungen – dar. Bezogen auf die Fehlzeiten für alle Diagnosegruppen zusammen, haben diese Krankschreibungen einen Anteil von 0,62 Prozent (vgl. Tabelle 24). Neurotische und affektive Störungen dominieren die Anzahl an Fehltagen aufgrund von psychischen Erkrankungen

**Sucht innerhalb des Kapitels Psychische Erkrankungen**

Abbildung 13: Anteil der AU-Tage der Erkrankungsgruppe psychische Erkrankungen



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

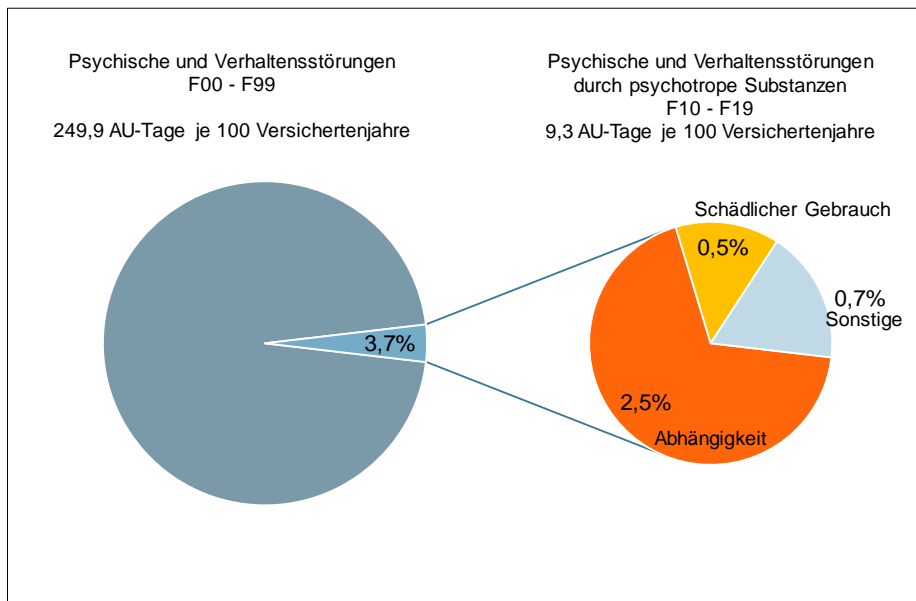
**Das Abhängigkeits-syndrom dominiert im AU-Geschehen**

Von den 9,3 AU-Tagen je 100 Versichertenjahre entfallen 6,3 AU-Tage auf Krankschreibungen, in denen an der 4. Stelle der Diagnose ein Abhängigkeitssyndrom kodiert wurde, also eine Diagnose aus dem Spektrum F10.2–F19.2 (vgl. Abbildung 14). Bezogen auf alle Fehltage aufgrund einer Krankschreibung wegen psychischer Erkrankungen stellen diese einen Anteil von 2,5 Prozent dar. Auf die Notation schädlicher Gebrauch der Substanzen entfallen 1,3 AU-Tage je 100 Versichertenjahre und damit ein Anteil von 0,5 Prozent der Fehltage im Bereich der psychischen Erkrankungen. Alle anderen Notationen in der vierten Stelle der Diagnose spielen nur eine untergeordnete Rolle.

**3,7 Prozent der Fehltage psychische Erkrankungen entfällt auf die Gruppe F10–F19**

Innerhalb der psychischen Erkrankungen stellt die Diagnosegruppe F10–F19 nur einen geringen Anteil dar. Wenn eine dieser Diagnosen auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung notiert wird, dann handelt es sich zum überwiegenden Teil (gemessen an den entstandenen Fehlzeiten) um ein Abhängigkeitssyndrom.

Abbildung 14: Anteil der AU-Tage der Erkrankungsgruppe an allen AU-Tagen für psychische Erkrankungen

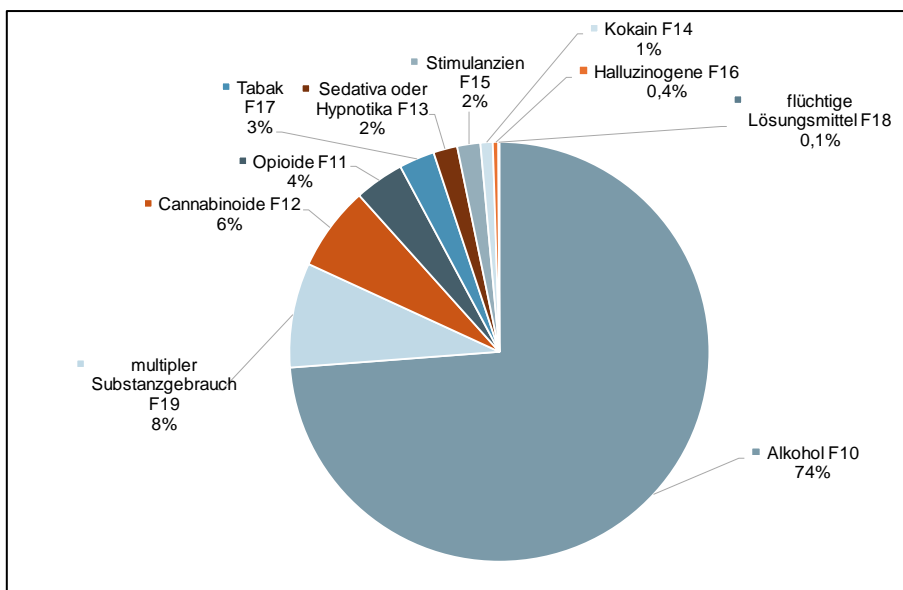


Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Die Verteilung der Fehltage auf die unterschiedlichen Substanzen, wie in Abbildung 15 dargestellt, zeigt, dass die Fehltage aufgrund der Diagnosegruppe F10–F19 dominiert werden durch psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10; 74 %). Mit deutlich geringeren Anteilen folgen Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (F19; 8 %) und Cannabinoide (F12; 6 %) an vierter Stelle folgen Opioide (F11; 4 %) und danach Tabak (F17; 3 %). Mit Blick auf Krankschreibungen spielt demnach der Alkohol die größte Rolle unter den Substanzen, alle anderen Substanzen werden im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen praktisch nicht sichtbar.

**Die meisten Fehltage entfallen auf Alkohol**

Abbildung 15: Anteil der Fehltage für einzelne Substanzgruppen an allen Fehltagen der Gruppe psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19)



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

### 5.3.1.1 Substanzstörungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Alter und Geschlecht

Auch wenn psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Substanzstörungen) im dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen eine deutlich untergeordnete Rolle spielen, lassen sich aufgrund der insgesamt sehr großen Datenbasis aller krankengeldberechtigten Mitglieder der DAK-Gesundheit (2,6 Mio. Versicherte) dennoch einige strukturelle Merkmale untersuchen.

**Männer haben doppelt so viele Fehltage wie Frauen durch Substanzstörungen**

In Tabelle 10 sind die wichtigsten Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen für die Diagnosegruppe F10–F19 und die Untergruppe F10.2–F19.2 (Abhängigkeitssyndrom) dargestellt. Bezogen auf 100 Versichertenjahre entfallen in der Diagnosegruppe insgesamt – so zeigt die Tabelle – auf Männer etwa doppelt so viele Fehltage wie auf Frauen (12,1 je 100 VSJ gegenüber 5,9 je 100 VSJ). Mit einem Anteil von 0,87 Prozent am Krankenstand ist der Anteil der Fehlzeiten, die durch die Diagnosegruppe F10–F19 verursacht werden, bei Männern zwar gering aber deutlich höher als bei Frauen (0,36 %).

**Substanzstörungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nur selten dokumentiert**

Der Blick auf die Fallzahlen verdeutlicht nochmal die geringe Rolle im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Bezogen auf 100 Versichertenjahre sind es in der Diagnosegruppe F10-F19 0,3 AU-Fälle, also etwa drei Fälle pro 1.000 Beschäftigte, bei Männern etwa vier, bei Frauen weniger als zwei (1,7). Der Blick auf die durchschnittliche Falldauer einer Krankschreibung macht aber deutlich, dass es im Fall einer Krankschreibung zu sehr hohen Ausfallzeiten von rund 30 Tagen und in der Gruppe mit notiertem Abhängigkeitssyndrom sogar zu rund 48 Tagen kommt.

„Die reale Bedeutung von Suchterkrankungen wird aus der Arbeitsunfähigkeitsstatistik nicht deutlich. Sucht wird selten behandelt und ist hoch schambelastet. Häufig wird sie auch von Hausärzten nicht erkannt und nicht benannt.

Ein Problem ist, dass eine Psychotherapie bei Abhängigkeit von Gutachter erst bei Abstinenz genehmigt wird. Außerdem sind komorbide Störungen häufig. Der Konsum als Selbstmedikation, steht dann eventuell auch bei einer Krankschreibung nicht im Vordergrund.“

**Dr. Eva-Maria Kraft, Psychotherapiepraxis Dr. Kraft**

Tabelle 9: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen je 100 Versichertenjahre

		AU-Tage	AU-Fälle	Falldauer	Anteil am Krankenstand
F10–F19	Gesamt	9,3	0,30	30,5	0,62%
	Männer	12,1	0,42	29,2	0,87%
	Frauen	5,9	0,17	34,0	0,36%
F10.2–F19.2	Gesamt	6,3	0,13	47,9	0,42%
	Männer	8,3	0,18	44,8	0,59%
	Frauen	4,1	0,07	57,5	0,25%

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Der differenzierte Blick auf die Zahl der Fehltage für die Diagnosegruppe F10–F19 nach Altersgruppen, jeweils für Männer und Frauen in Abbildung 16 dargestellt, zeigt für beide Geschlechter einen mit zunehmendem Alter steigenden Verlauf. Um trotz der relativ geringen Fallzahlen eine möglichst robuste Darstellung der Altersprofile zu erhalten, wurden die Zahlen der Jahre 2015 bis 2017 im Mittelwert dargestellt.

Bei Männern zeigt sich ein erster Höhepunkt der Fehlzeiten in der Altersspanne zwischen 30 und 44 Jahren, im weiteren Verlauf dann eine stärkere Zunahme bis zur Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen. Bei Frauen steigt die Zahl der Fehltage bis zur Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen zunächst quasi linear an und entwickelt sich danach ebenfalls stärker zunehmend bis zur Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen. In den oberen Altersgruppen entwickelt sich die Zahl der Fehltage wieder deutlich rückläufig, bei Frauen früher als bei Männern.

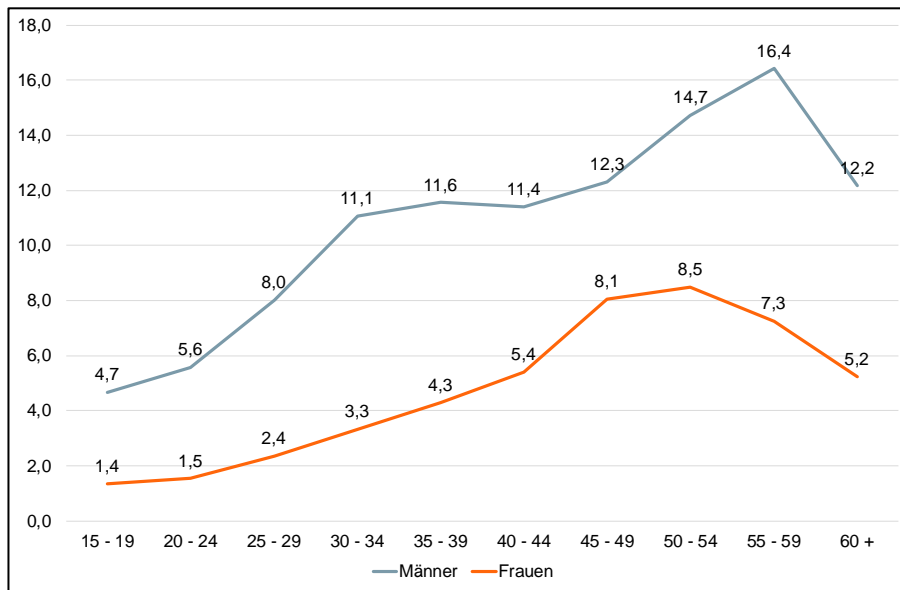
Dieser Effekt deutet darauf hin, dass die betroffenen Beschäftigten schon vor Erreichen des Rentenalters aus der Erwerbstätigkeit ausscheiden und die verbleibende Gruppe dann weniger betroffen ist von Krankschreibungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Healthy-Worker-Effekt). Das ist insofern eine Besonderheit in dieser Diagnosegruppe, weil es sich im Kapitel der Psychischen Erkrankungen insgesamt (F00–F99) anders darstellt. Hier steigt die Zahl der Fehltage bis hin zur obersten Altersgruppe kontinuierlich an, ein Healthy-Worker-Effekt ist dort nicht zu erkennen.

Dass psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, die den größten Anteil in der Diagnosegruppe F10-F19 darstellen, eine nennenswerte Rolle beim Zugang zur Erwerbsminderungsrente nach SGB VI spielen, zeigt auch die Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund, die diese Diagnosegruppe als eine der wichtigsten Einzeldiagnosen aufzählt (vgl. dazu Abschnitt 5.2.5 Tabelle 8).

**Zahl der Fehltage durch Substanzstörungen steigt mit dem Alter**

**Hinweise zu vorzeitigem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben bei Substanzstörungen**

Abbildung 16: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Fehltage je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen und Geschlecht



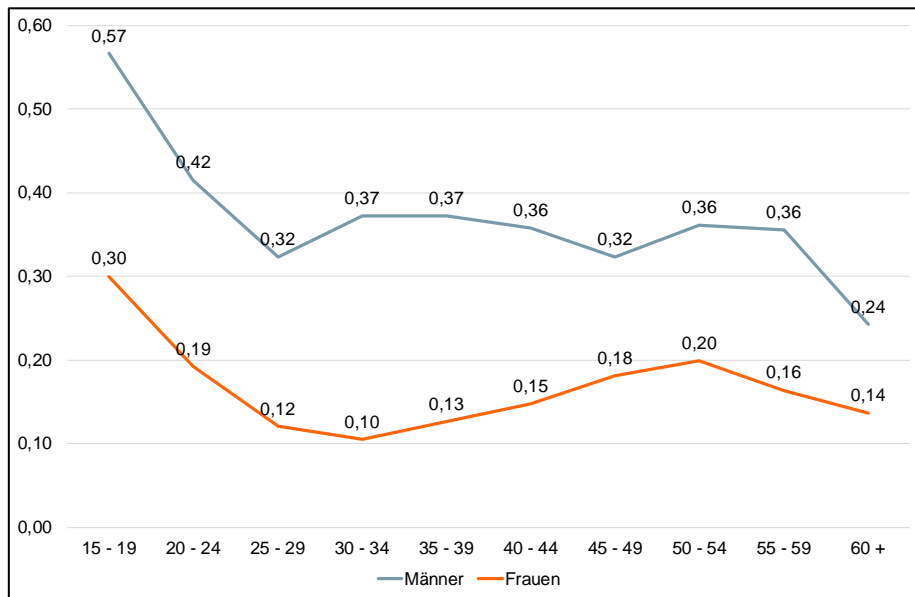
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2015–2017 (Mittelwert).

Der Blick auf die Häufigkeit von Krankschreibungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Altersverlauf zeigt, dass es am häufigsten in den unteren Altersgruppen zu Krankschreibungen mit diesen Diagnosen kommt. Dargestellt sind auch hier die Werte im Jahresmittel 2015 bis 2017. So entfallen, bezogen auf 100 Versichertenjahre, 0,57 Fälle von Arbeitsunfähigkeit auf Männer in der Altersgruppe bis 19 Jahren.

**Hohe Fallhäufigkeit bei jungen Erwerbstätigen**

Im weiteren Altersverlauf pendelt sich der Wert auf etwa 0,36 Fälle ein, danach sinkt der Wert auf 0,24 Fälle. Auch bei Frauen findet man die größte Fallhäufigkeit in der untersten Altersgruppe, danach fällt der Wert ab bis zur Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen, wo es auf 1.000 Beschäftigte gerade mal zu einem Fall pro Jahr kommt. Danach steigt die Fallzahl wieder langsam an und sinkt ebenfalls in den oberen Altersgruppen wieder ab.

Abbildung 17: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): AU-Fälle je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2015–2017 (Mittelwert)

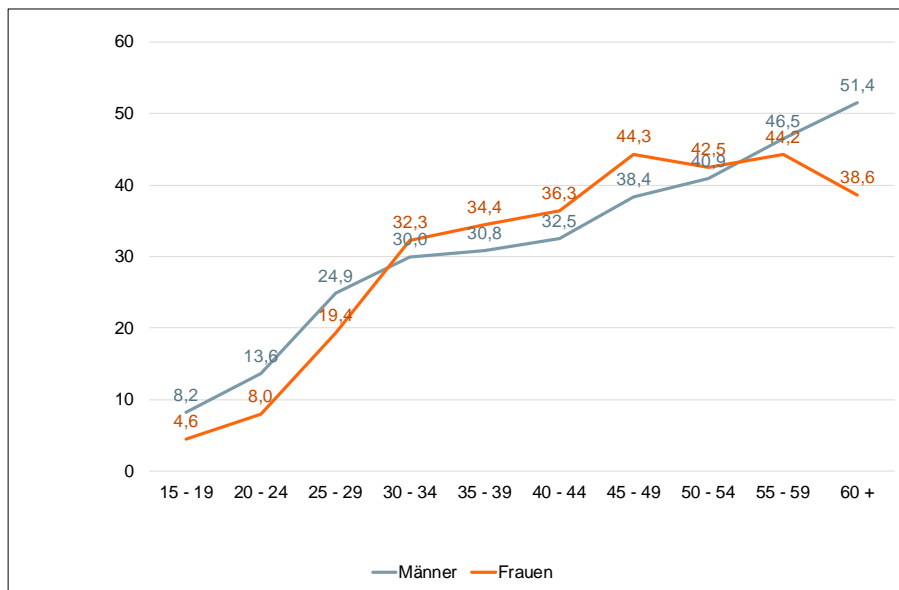
Dass es trotz der relativ hohen Fallzahlen in den unteren Altersgruppen hier nicht zu den meisten Fehltagen kommt, liegt an der relativ kurzen Falldauer bei Krankschreibungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen in dieser Altersgruppe.

Abbildung 18 zeigt, dass eine Krankschreibung der Diagnosegruppe im Jahresmittel 2015 bis 2017 für die 15- bis 19-jährigen Beschäftigten durchschnittliche 8,2 Kalendertage bei Männern und 4,6 bei Frauen dauert.<sup>9</sup> Die Falldauer steigt dann im Altersverlauf allerdings deutlich an und nimmt zumindest bei Männern dann auch in der oberen Altersgruppe nicht mehr ab. In der Altersgruppe der über 60-jährigen Männer dauert eine Krankschreibung in der Diagnosegruppe dann über 50 Tage im Jahresmittel 2015 bis 2017 und stellt damit zwar ein sehr seltenes aber dennoch schwerwiegendes Ereignis dar, dass wahrscheinlich dann auch häufig zum frühzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben führt.

**Falldauer der Krankschreibungen steigt mit dem Alter sehr deutlich**

<sup>9</sup> Zur Interpretation dieser Falldauern sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass das dokumentierte Arbeitsunfähigkeitsgeschehen die Fälle von Krankmeldungen ohne ärztliche Krankschreibung nicht berücksichtigen kann, da dafür den Krankenkassen keine „Meldungen“ vorliegen. Nicht mitgezählt werden also insbesondere solche Krankmeldungen, für die Arbeitgeber aufgrund von kurzer Dauer (in aller Regel bis zu drei Tagen) keine Vorlage einer Krankschreibung verlangt.

Abbildung 18: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Falldauer in Tagen nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2015–2017 (Mittelwert).

### 5.3.1.2 Substanzstörungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Branchen

Die Differenzierung der Fehlzeiten verursacht durch Substanzstörungen nach Branchen zeigt überdurchschnittlich viele Fehltage insbesondere in den Branchen, die auch bezogen auf alle Erkrankungsgruppen einen hohen Krankenstand aufweisen. In Abbildung 19 sind die Fehltage pro 100 Versichertenjahre für die einzelnen Branchen dargestellt.

**Die meisten Fehltage durch Substanzstörungen im Gesundheitswesen**

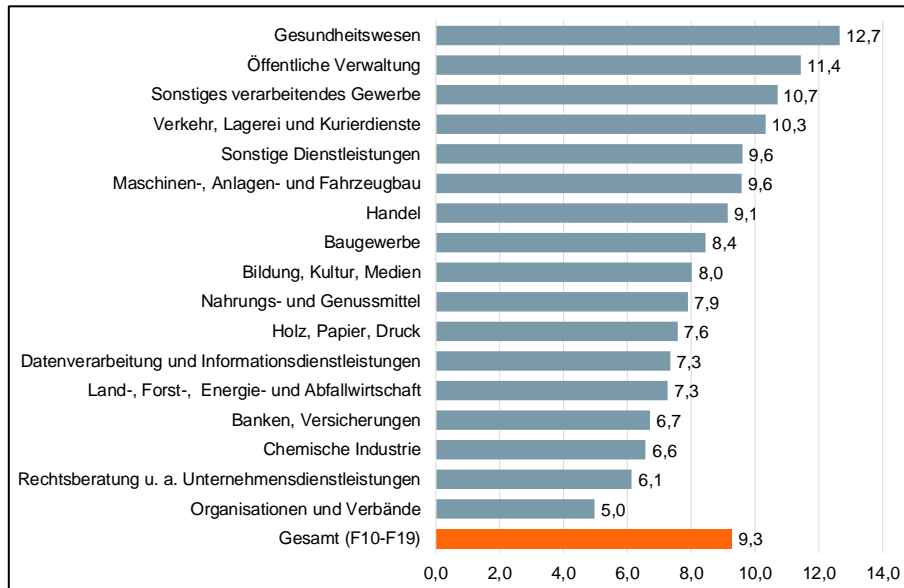
Deutlich über dem Durchschnittswert von 9,3 AU-Tagen pro 100 Versichertentage liegt das Gesundheitswesen mit einem Wert von 12,7 Fehltagen, die Branche öffentliche Verwaltung (11,4 Fehltage je 100 Versichertenjahre), das verarbeitende Gewerbe und auch die Branche Verkehr, Lagerei und Kurierdienste verzeichnen ähnlich viele Fehltage.

**Viele Fehltage durch Sucht in Branchen mit insgesamt hohen Krankenständen**

Abbildung 20 stellt für die Branchen dar, welchen Anteil die Diagnosegruppe psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen am Krankenstand insgesamt hat. Dargestellt sind die Branchen in der gleichen Reihenfolge wie in Abbildung 19, also sortiert nach dem Fehltagevolumen. Es wird deutlich, dass für die drei Branchen, die auf den ersten drei Plätzen genannt sind, der Anteil am Gesamtkrankenstand in etwa gleich groß ist (0,72 %–0,74 %). Die Bedeutung für den Krankenstand insgesamt ist also in etwa gleich groß. Weiter unten folgen Branchen, für die die Bedeutung am Gesamtkrankenstand ähnlich groß ist, wie die Branche Datenverarbeitung (0,71 %), aber gemessen an den Fehltagen folgt diese Branche sehr viel weiter hinten. Umgekehrt findet sich die Branche Verkehr, Lagerei und Kurierdienste zwar auf dem vierten Platz gemessen an den Fehltagen. Aufgrund des in dieser Branche hohen Gesamtkrankenstandes ist die Bedeutung von Fehlzeiten durch psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit 0,59 Prozent relativ gering.

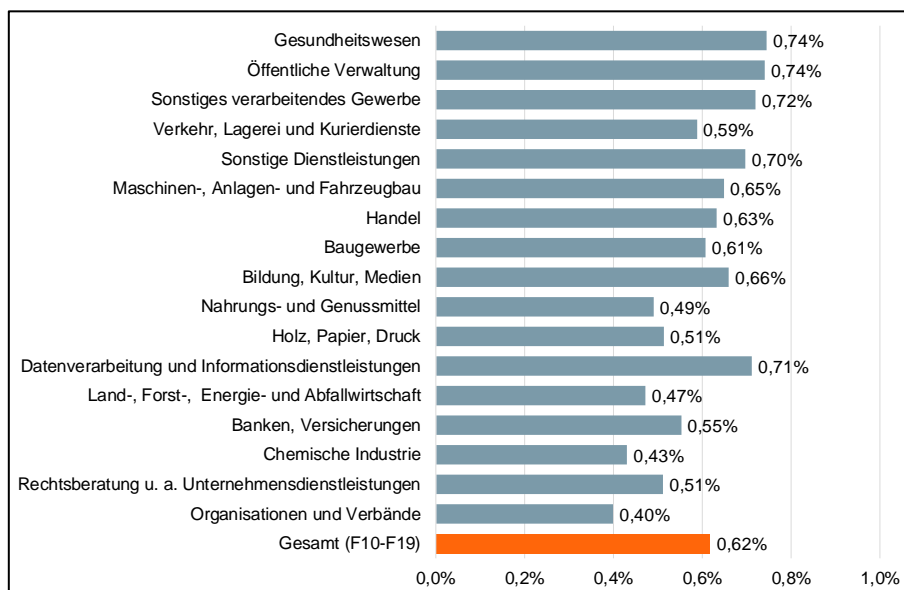


Abbildung 19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Fehltage je 100 Versichertenjahre nach Branchen



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Abbildung 20: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Anteil am Krankenstand nach Branchen



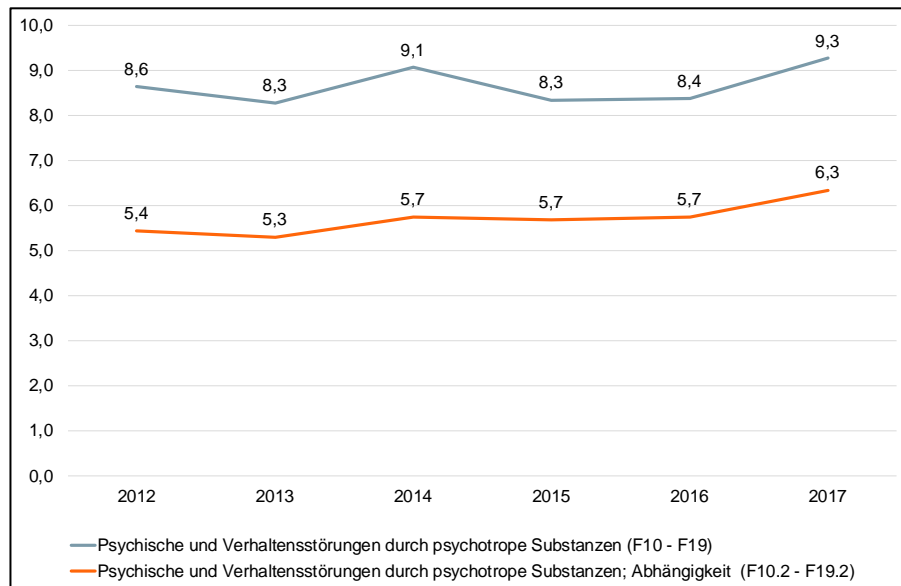
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

### 5.3.1.3 Substanzstörungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Zeitverlauf

Die Entwicklung der Fehltage für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zeigt in den Jahren 2012 bis 2017 keine Auffälligkeiten im Zeitverlauf. Das gilt für die gesamte Gruppe und auch die Untergruppe von Krankschreibungen, für die ein Abhängigkeitssyndrom dokumentiert wurde. Die zeitliche Entwicklung ist in Abbildung 21 dargestellt.

**Fehltage durch Substanzstörungen im Zeitverlauf stabil**

Abbildung 21: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Fehltage je 100 Versichertenjahre 2012–2017



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2012–2017.

### 5.3.1.4 Versteckte Fehltage durch Substanzstörungen? Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Suchtbetroffenen

#### Fehltagespektrum von Betroffenen mit Substanzstörungen

Die bisher dargestellten Ergebnisse zur Sucht im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen stellen lediglich eine Analyse aller der DAK-Gesundheit vorgelegten Krankschreibungen dar, auf denen eine Diagnose aus der Gruppe F10–F19 notiert wurde. Die nachfolgende Analyse geht ergänzend dazu der Frage nach, ob Beschäftigte, die von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen betroffen sind, ein anderes „Arbeitsunfähigkeitsprofil“ aufweisen als Beschäftigte, für die das nicht zutrifft. Verkürzt gesagt soll die Hypothese geprüft werden, ob Beschäftigte, die eine dokumentierte Symptomatik in dieser Gruppe aufweisen, insgesamt häufiger oder für längere Zeiträume krankgeschrieben sind als alle anderen Beschäftigten.

#### Zusammenschau aller Datenquellen

Um für eine solche Analyse die Aufteilung der Beschäftigten in zwei Gruppen (mit/ohne Symptomatik) zu operationalisieren, wurden Daten zur Arbeitsunfähigkeit, Daten zu ambulanten Behandlungsfällen und Krankenhausdaten der DAK-Gesundheit miteinander über ein Versichertenpseudonym verknüpft.

Die krankengeldberechtigten Mitglieder der DAK-Gesundheit wurden dazu in zwei Gruppen eingeteilt.

- Gruppe 1: Alle Personen, die in 2017
  - keinen AU-Fall mit einer Diagnose F10–F19 und
  - keinen ambulanten Behandlungsfall mit der Diagnose F10-F19 und
  - keinen Krankenhaus-Fall mit Hauptdiagnose oder Nebendiagnose F10-F19 hatten.
- Gruppe 2: Alle Personen, die in 2017
  - mindestens einen AU-Fall mit einer Diagnose F10-F19 oder/und
  - mindestens einen ambulanten Behandlungsfall mit einer der Diagnosen F10-F19 oder/und
  - mindestens einen Krankenhaus-Fall mit Hauptdiagnose oder Nebendiagnose F10-F19 hatten.

Die Gruppe der krankengeldberechtigten Mitglieder zerfällt durch diese Aufteilung in zwei disjunkte Gruppen, ein Beschäftigter ist also entweder in Gruppe 1 oder Gruppe 2 und nicht in beiden Gruppen. In Gruppe 2 sind alle Mitglieder zusammengefasst, für die es innerhalb des Jahres 2017 in einer der betrachteten Datenquellen eine dokumentierte Diagnose zu finden ist. Es sind also auch Personen enthalten, die keine Arbeitsunfähigkeit in dieser Diagnosegruppe hatten, sondern nur in einer der anderen Datenquellen „auffällig“ waren. In Gruppe 1 sind auch Personen mit Arbeitsunfähigkeitsfällen, ambulanten Behandlungsfällen oder Krankenhausaufenthalten enthalten, aber eben nicht aus der Diagnosegruppe F10–F19.

Auf Gruppe 1 entfallen 2.290.418 Versicherte und auf Gruppe 2 191.373 Versicherte.

Der Vergleich der beiden Gruppen zeigt in Gruppe 2 mit 7,6 Prozent einen deutlich höheren Krankenstand als in Gruppe 1 (3,8 Prozent). Dieser höhere Krankenstand wird verursacht durch eine deutlich höhere Zahl von Krankschreibungen und eine höhere Falldauer (vgl. Tabelle 10). Die Analyse zeigt weiter, dass nur 2,6 Prozent der Versicherten in Gruppe 2 eine Arbeitsunfähigkeit mit Ursache aus der Gruppe F10–F19 hatten. Das bestätigt die Annahme, dass es selbst bei Vorhandensein der entsprechenden Symptomatik häufig nicht zu Krankschreibungen mit dieser Ursache kommt bzw. diese nicht als vordergründige Ursache auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung genannt wird.

**Substanzstörungen gehen mit einem insgesamt deutlich höheren Krankenstand einher**

Tabelle 10: Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen je 100 Versichertenjahre nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10–F19 in den Routinedaten

	AU-Fälle	AU-Tage	Falldauer	Krankenstand
Gruppe 1 Nicht auffällig	116,2	1.388,3	11,9	3,8 %
Gruppe 2 Auffällig	177,8	2.770,7	15,6	7,6 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

„Die dokumentierten Krankschreibungen entsprechen sicherlich nicht der realen Bedeutung von Suchterkrankungen. Die Zahl der Krankschreibungen und die Fehltage, die Alkoholfolge sind, dürften deutlich höher liegen. Da Suchterkrankungen gerade von den Betroffenen meist schamvoll verheimlicht werden, auch dem Arzt gegenüber, dürften andere akzeptiertere Diagnosen von den Betroffenen genannt werden, wie etwa Grippe, Kopfschmerzen, Depression, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall, die ja auch allesamt aus dem Konsum erwachsen können.“

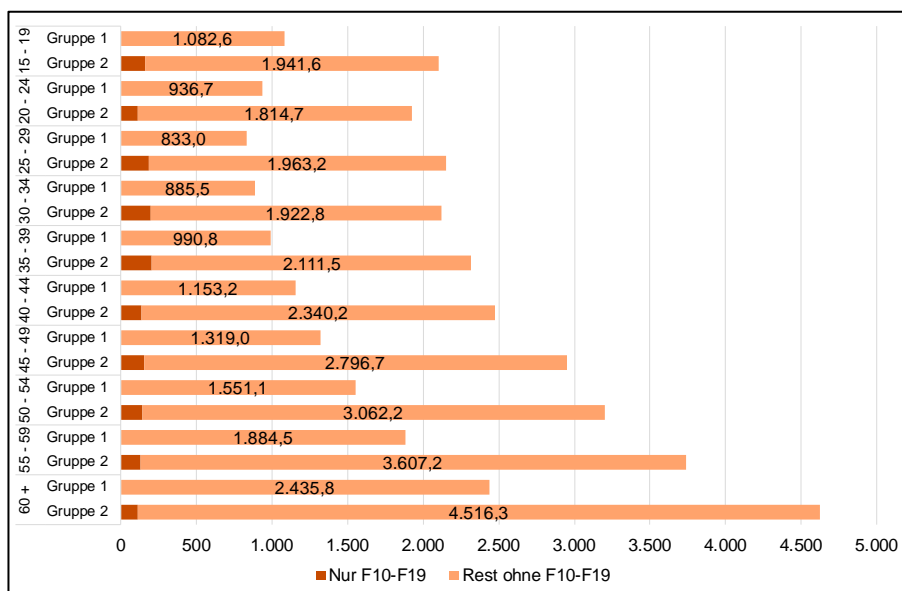
**Prof. Dr. Klaus Junghanns, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck**

Für Gruppe 2 muss man in Rechnung stellen, dass durch die Gruppenbildung alle Fehltage für Krankschreibung der Diagnosegruppe F10–F19 auf Gruppe 2 entfallen. Die beiden nachfolgenden Abbildungen zeigen aber sehr eindrücklich, dass das deutlich höhere Fehltage-

volumen in Gruppe 2 nicht vollständig dadurch erklärt wird. Dargestellt ist für beide Gruppen die Zahl der Fehltage pro 100 Versichertenjahre und zwar differenziert nach der Ursache F10–F19 und andere Diagnosen. Auf Männer der Gruppe 1 in der Altersgruppe 20- bis 24 Jahre entfallen z. B. 936,7 Fehltage je 100 Versichertenjahre und laut Definition betrifft das nicht die Diagnosegruppe F10–F19. Auf Männer im gleichen Alter in Gruppe 2 entfallen 1.814,7 Fehltage je 100 Versichertenjahre ohne die Fehltage verursacht durch die Diagnosegruppe F10–F19.

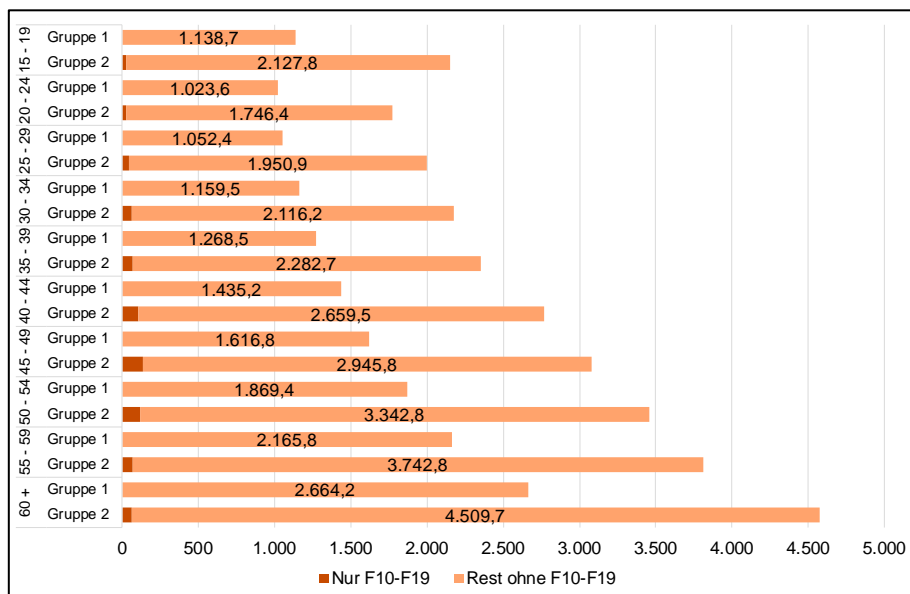
Es wird also sehr deutlich, dass die Diagnosegruppe F10–F19 im dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen kaum sichtbar wird, die Gruppe der Erwerbstätigen, die von einer dokumentierten Symptomatik in dieser Diagnosegruppe betroffen sind, aber einen deutlich überdurchschnittlichen Krankenstand aufweisen.

Abbildung 22: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10–F19 in den Routinedaten und Altersgruppen; Männer



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2012–2017.

Abbildung 23: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10–F19 in den Routinedaten und Altersgruppen; Frauen



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2012–2017.

In Tabelle 11 ist das Diagnosespektrum der Fehltage für die beiden Gruppen dargestellt, absteigend sortiert nach dem Anteil am Krankenstand in Gruppe 2. Den größten Anteil am Krankenstand haben in Gruppe 2 psychische Erkrankungen. In dieser Erkrankungsgruppe ist der Unterschied in der Zahl der Fehltage in den beiden Gruppen auch am größten. Aber auch in allen anderen Erkrankungsgruppen sind es in Gruppe 2 deutlich mehr Fehltage.

**Starke Komorbidität bei Substanzstörungen**

Tabelle 11: Fehltage je 100 Versichertenjahre nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10–F19 in den Routinedaten nach Diagnosegruppen

	Gruppe 1 nicht auffällig	Gruppe 2 auffällig
Gesamt	1.388,3	2.770,7
Psychische Erkrankungen	214,1	694,8
davon: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F10-F19	0,0	120,9
davon: Übrige F; Nicht F10-F19	214,1	573,9
Muskel-Skelett-System	304,4	573,8
Atmungssystem	221,3	335,6
Verletzungen	170,9	259,9
Kreislaufsystem	52,2	150,1
Verdauungssystem	70,8	130,8
Symptome	56,3	115,3
Nervensystem, Augen, Ohren	62,7	115,2
Neubildungen	62,2	105,4
Infektionen	67,8	99,6
Sonstige	105,7	190,2

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

„Suchterkrankungen können Ursache für krankheitsbedingte Fehlta-  
ge sein, häufig ‚getarnt‘ unter anderen psychischen Diagnosen (z.B.  
Depression), häufig auch im Rahmen einer sekundären Abhängigkeit  
als komorbide psychische Störung.“

**Prof. Dr. Thomas Hillemacher, Leiter der Klinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie der Universitätsklinik der Paracelsus Medi-  
zinischen Privatuniversität**

### 5.3.2 Substanzstörungen in der ambulanten Behandlung

Welche Rolle spielt die Behandlung der Erkrankungsgruppe psychi-  
sche und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im  
Rahmen der ambulanten Versorgung für die Gruppe der Erwerbstäti-  
gen? Dieser Frage wird auf Basis der ambulanten Behandlungsdaten  
der DAK-Gesundheit nachgegangen. Welche Substanzgruppen ste-  
hen hier im Vordergrund und welche Rolle spielt dabei das Abhängig-  
keitssyndrom?

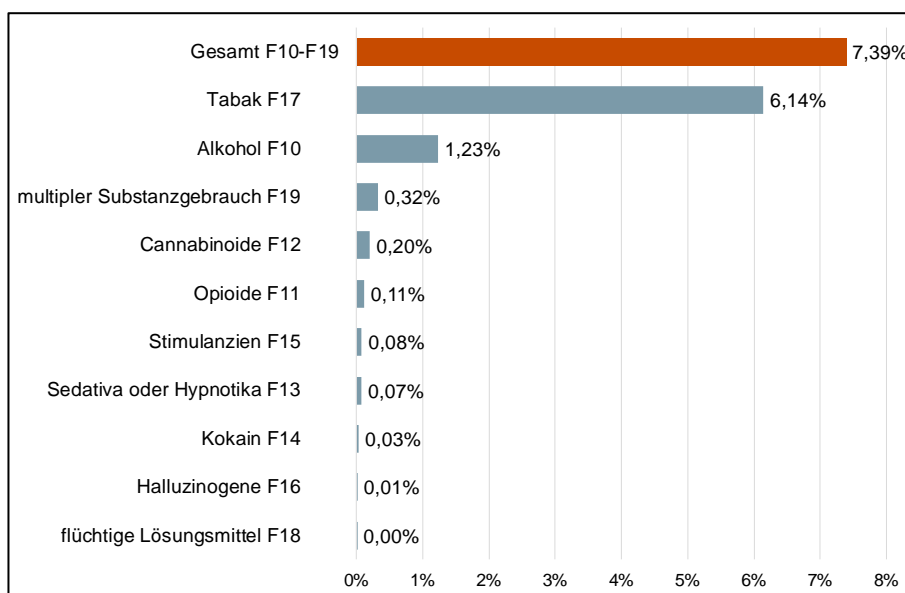
**7,4 Prozent mit Sub-  
stanzstörungen in am-  
bulanter Behandlung**

In Abbildung 24 ist der Anteil der krankengeldberechtigten Mitglieder  
dargestellt, der 2017 einen ambulanten Behandlungsfall mit einer oder  
mehreren der dargestellten Diagnosen hatte (Behandlungsprävalenz).  
Eine Behandlung zu irgendeiner der Diagnosen aus der Gruppe F10–  
F19, oder auch zu mehreren davon, hatten 7,4 Prozent der Versiche-  
rten.

**Psychische und Verhal-  
tensstörungen durch  
Tabak dominiert die  
ambulante Versorgung**

Die größte Bedeutung hat dabei der Tabak, hier liegt die Behand-  
lungsprävalenz bei 6,1 Prozent. Das Thema Alkohol, das das Arbeits-  
unfähigkeitsgeschehen in der Gruppe dominiert, folgt an zweiter Stelle  
mit deutlichem Abstand und einer Behandlungsprävalenz von  
1,2 Prozent. Der multiple Substanzgebrauch und alle weiteren Sub-  
stanzgruppen folgen danach mit Behandlungsprävalenzen von unter  
einem Prozent.

Abbildung 24: Behandlungsprävalenz von psychischen und Verhaltens-  
störungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F19) in  
der ambulanten Versorgung



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

„Die reale Bedeutung von Suchterkrankungen wird im dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen vermutlich nicht sichtbar. Kodiert wird häufig die Komorbidität oder aber die Alkoholabhängigkeit lässt sich lange verbergen oder wird toleriert.“

**Olaf Szakinnis, Therapeutischer Leiter der Fachklinik Klosterwald**

Tabelle 12 stellt für psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak und durch Alkohol dar, zu welchen Anteilen für Versicherte, die einen ambulanten Behandlungsfall mit der Diagnose hatten, die jeweilige Ausprägung in der vierten Stelle der Diagnose kodiert wurde.

So wurde für 84 Prozent aller Versicherten, die wegen psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak in Behandlung waren ein schädlicher Gebrauch (F17.1) und für knapp 20 Prozent ein Abhängigkeitssyndrom (F17.2) notiert. Für den Alkohol halten sich diese beiden Anteile in etwa die Waage, 49 Prozent schädlicher Gebrauch und 57 Prozent Abhängigkeitssyndrom.

**Bei Tabak steht schädlicher Gebrauch im Vordergrund, bei Alkohol ein Abhängigkeitssyndrom**

Tabelle 12: Behandlungsprävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der ambulanten Versorgung

Psychische und Verhaltensstörungen durch ...	Tabak F17.*	Alkohol F10.*
Akute Intoxikation	0,06%	5,62%
Schädlicher Gebrauch	84,32%	48,63%
Abhängigkeitssyndrom	19,67%	57,04%
Entzugssyndrom	0,43%	5,38%
Entzugssyndrom mit Delir	< 0,01%	0,45%
Psychotische Störung	0,03%	0,43%
Amnestisches Syndrom	0,01%	0,41%
Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	0,01%	0,31%
Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	0,02%	0,59%
Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	0,21%	1,31%

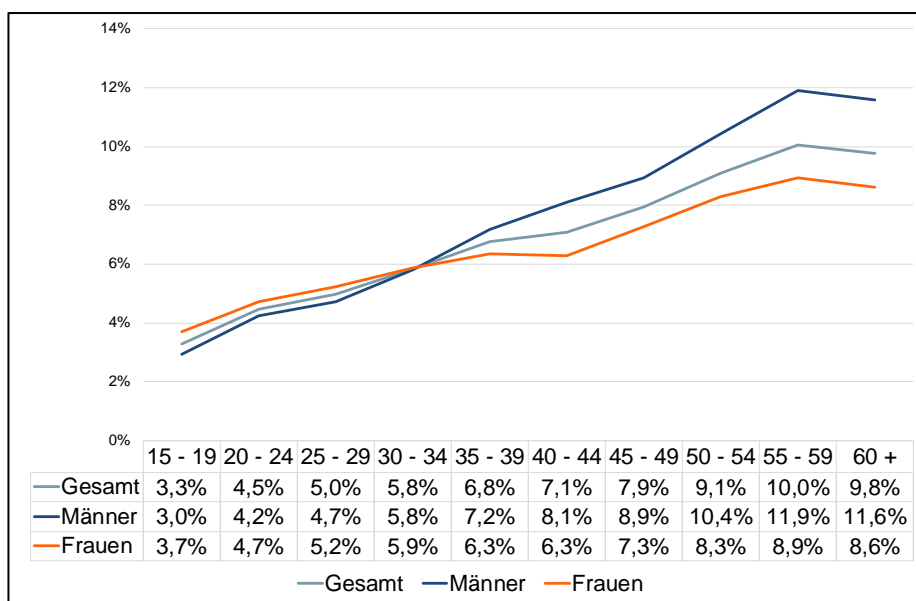
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017; beobachtete Werte.

### 5.3.2.1 Substanzstörungen in der ambulanten Behandlung nach Alter und Geschlecht

Wie sich die Behandlungsprävalenz im Altersverlauf entwickelt, ist in Abbildung 25 dargestellt. Insgesamt ist ein mit dem Alter deutlich zunehmender Verlauf zu erkennen, der für Männer deutlich steiler verläuft als für Frauen. Im Altersbereich bis Anfang 30 ist die Behandlungsprävalenz bei den Männern niedriger als bei Frauen, danach ist sie deutlich höher.

**Mit zunehmendem Alter deutlich häufiger Diagnosen zu Substanzstörungen**

Abbildung 25: Behandlungsprävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der ambulanten Versorgung nach Altersgruppen und Geschlecht



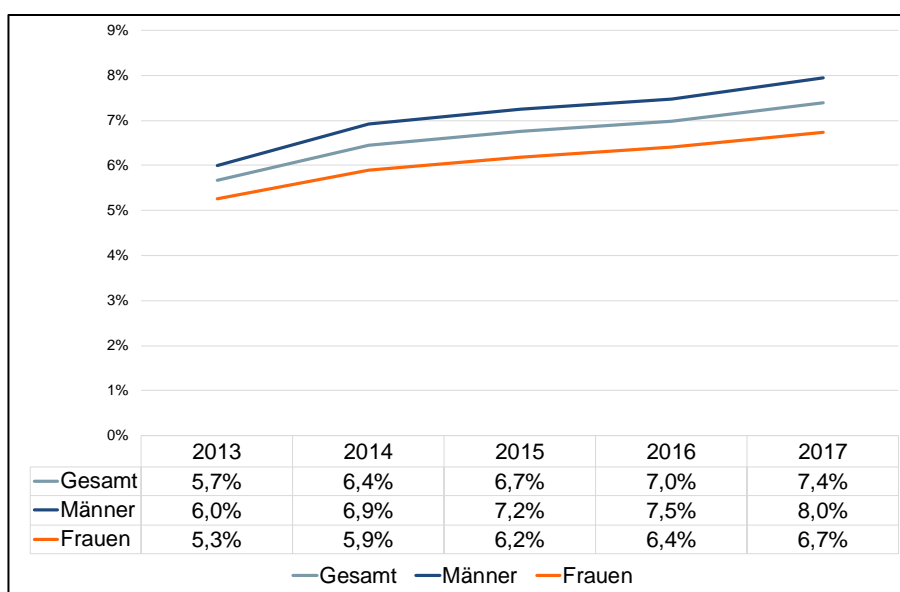
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

### 5.3.2.2 Substanzstörungen in der ambulanten Behandlung im Zeitverlauf

#### Leichter Anstieg im Zeitverlauf

Der in Abbildung 26 dargestellte Zeitverlauf der Behandlungsprävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zeigt in den Zahlen 2013 bis 2017 eine leicht ansteigende Tendenz. Die Werte der Männer liegen im gesamten Zeitverlauf über denen der Frauen.

Abbildung 26: Behandlungsprävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der ambulanten Versorgung nach Geschlecht 2013–2017



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.



### 5.3.3 Substanzstörungen in den stationären Behandlungsdaten

Wie häufig es bei Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen in der Gruppe der krankengeldberechtigten Mitglieder der DAK-Gesundheit zu Krankenhausaufenthalten kommt, soll in diesem Abschnitt berichtet werden. Auch hier stellt sich die Frage, welche Substanzgruppe in der stationären Versorgung der Versicherten die größte Rolle spielt.

Tabelle 13 stellt dazu dar, welcher Anteil der Versicherten in 2017 einen Krankenhausaufenthalt mit einer Hauptdiagnose aus der Gruppe F10 bis F19 hatte. Berücksichtigt wurden dabei die Krankenhaüs-fälle mit der entsprechenden Entlassungsdiagnose. Darüber hinaus ist die Zahl dieser Krankenhaüs-fälle bezogen auf 100 Versichertenjahre dargestellt.

Krankenhaüs-fälle aus der Gruppe psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) kommen offenbar sehr selten vor. Nur 0,59 Prozent aller Versicherten hatten einen entsprechenden Krankenhausaufenthalt. Bezogen auf 100 Versichertenjahre waren es 2017 insgesamt 0,803 Krankenhaüs-fälle. Männer sind dabei vergleichsweise häufiger betroffen als Frauen. Männer hatten zu 0,83 Prozent einen Krankenhaüs-fall und Frauen zu 0,32 Prozent.

**Krankenhaüs-aufenthalte aufgrund von Substanzstörungen**

**0,8 Krankenhaüs-fälle je 100 Versichertenjahre**

Tabelle 13: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der stationären Versorgung

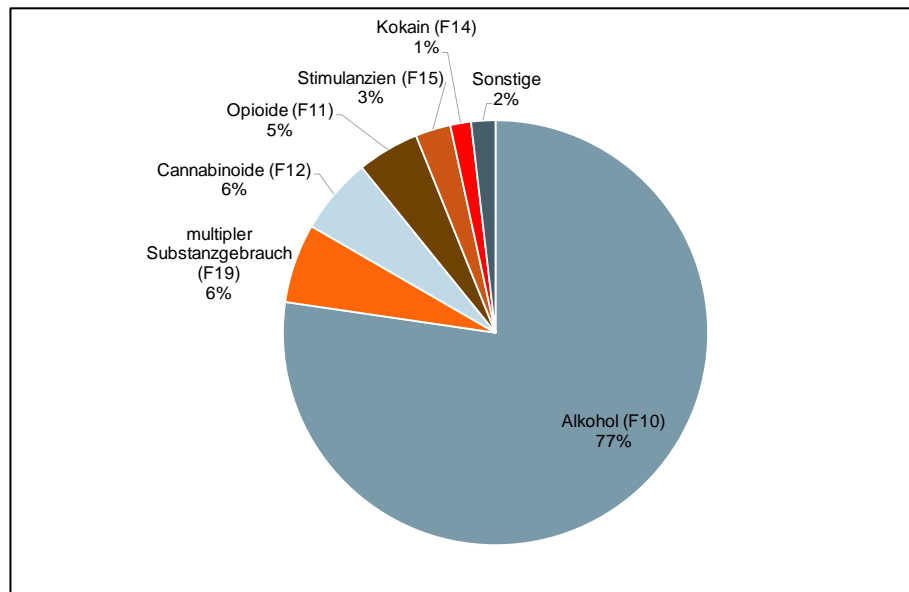
		Anteil Versicherte mit einem KH-Fall	Anzahl KH-Fälle je 100 Versichertenjahre
Alkohol (F10)	Gesamt	0,45%	0,621
	Männer	0,62%	0,838
	Frauen	0,25%	0,367
Opioide (F11)	Gesamt	0,03%	0,038
	Männer	0,05%	0,056
	Frauen	0,01%	0,017
Cannabinoide (F12)	Gesamt	0,05%	0,047
	Männer	0,07%	0,071
	Frauen	0,02%	0,019
<b>Gesamt (F10-F19)</b>	<b>Gesamt</b>	<b>0,59%</b>	<b>0,803</b>
	<b>Männer</b>	<b>0,83%</b>	<b>1,101</b>
	<b>Frauen</b>	<b>0,32%</b>	<b>0,455</b>

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Der überwiegende Teil der Krankenhaüs-fälle (77 %) entfällt dabei auf psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol. Alle anderen Substanzen spielen in der Gruppe der Erwerbstätigen im Rahmen der stationären Versorgung jeweils für sich betrachtet keine nennenswerte Rolle. Die Verteilung der insgesamt 0,803 Krankenhaüs-fälle je 100 Versichertenjahre ist in Abbildung 27 dargestellt.

**Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol bei 77 Prozent der KH-Fälle der Grund**

Abbildung 27: Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Anteil der KH-Fälle je 100 Versichertenjahre mit Hauptdiagnose nach Substanzen



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

**Substanzstörungen werden häufig als Nebendiagnose dokumentiert**

Die hier dargestellten Krankenhausfälle basieren, wie oben dargestellt, auf den Hauptdiagnosen der Krankenhausfälle. Es handelt sich also um Krankenhausfälle, für die eine Diagnose aus der Gruppe psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F19) hauptsächlich verantwortlich für den Krankenhausaufenthalt war. Darüber hinaus werden relevante Komorbiditäten, Komplikation oder Beschwerden als Nebendiagnosen dokumentiert<sup>10</sup>. Eine Auszählung aller Krankenhausfälle, in denen eine Diagnose aus der Gruppe F10–F19 als Haupt- oder Nebendiagnose dokumentiert wurde zeigt, dass diese Diagnosegruppe so gefasst in der stationären Versorgung eine größere Rolle spielt.

„Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Verdauungstraktes, Krebserkrankungen und erhöhtes Unfallrisiko im Haushalt, bei der Arbeit, im Straßenverkehr und beim Sport führen zu erheblichen Arbeitsausfällen, die häufig anders deklariert werden (z. B. Gastritis) ohne Nennung der Ursache wie z. B. erhöhter und regelmäßiger Alkoholkonsum.“

**Conrad Tönsing, Geschäftsbereichsleitung Suchtprävention und Rehabilitation des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück e.V.**

<sup>10</sup> Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc Abr test logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=11115](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc Abr test logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=11115); Abruf 21.02.2019

Tabelle 14: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der stationären Versorgung (Hauptdiagnose oder Nebendiagnose)

	Anzahl KH-Fälle je 100 Versichertenjahre Hauptdiagnose F10-F19	Anzahl KH-Fälle je 100 Versichertenjahre Hauptdiagnose oder Nebendiagnose F10-F19
Gesamt	0,803	2,109
Männer	1,101	2,735
Frauen	0,455	1,377

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Ein Abhängigkeitssyndrom der Substanzen war in 51 Prozent aller Krankenhausfälle die Hauptdiagnose, eine akute Intoxikation in 25 Prozent der Fälle. Ein Entzugssyndrom war in 17 Prozent der Fälle der Hauptgrund für den Krankenhausaufenthalt, ein schädlicher Gebrauch der Substanzen in 2 Prozent der Fälle. Letzterer wurde aber in 40 Prozent der Krankenhausfälle, in denen eine Diagnose aus der Gruppe F10 bis F19 als Nebendiagnose notiert war, angegeben. Das Abhängigkeitssyndrom wird in 71 Prozent der Fälle mit entsprechenden Nebendiagnosen kodiert.

**Abhängigkeits-  
syndrom Grund für  
51 Prozent der Kran-  
kenhausfälle**

Tabelle 15: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der stationären Versorgung (Hauptdiagnose oder Nebendiagnose)

	Anteil KH-Fälle je 100 Versichertenjahre Hauptdiagnose F10–F19	Anteil KH-Fälle je 100 Versichertenjahre Hauptdiagnose oder Nebendiagnose F10–F19
Akute Intoxikation	25%	26%
Schädlicher Gebrauch	2%	40%
Abhängigkeitssyndrom	51%	71%
Entzugssyndrom	17%	20%
Sonstige	5%	k.a.

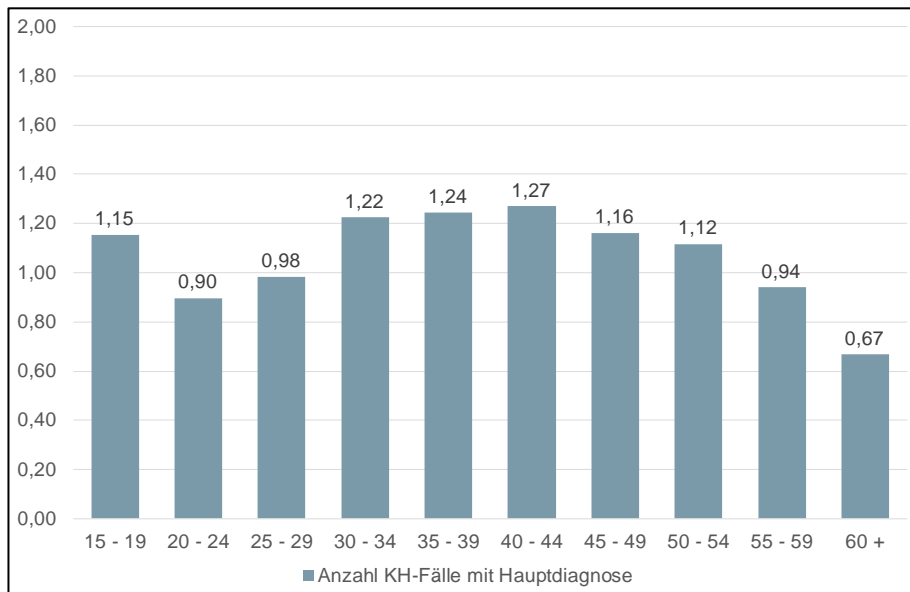
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017; Doppelzählungen bei Nebendiagnosen.

### 5.3.3.1 Substanzstörungen in der stationären Behandlung nach Alter und Geschlecht

Das Altersprofil der Krankenhausfälle mit Hauptdiagnose psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, in Abbildung 28 für Männer und in Abbildung 29 für Frauen, zeigt nur eine sehr geringe Altersabhängigkeit. Frauen haben in allen Altersgruppen deutlich weniger Krankenhausfälle mit der Diagnosegruppe, besonders wenige in der Altersspanne zwischen 20- und 44 Jahren. Bei Männern ist die Fallzahl im Altersbereich 30 bis 44 Jahre dagegen am höchsten.

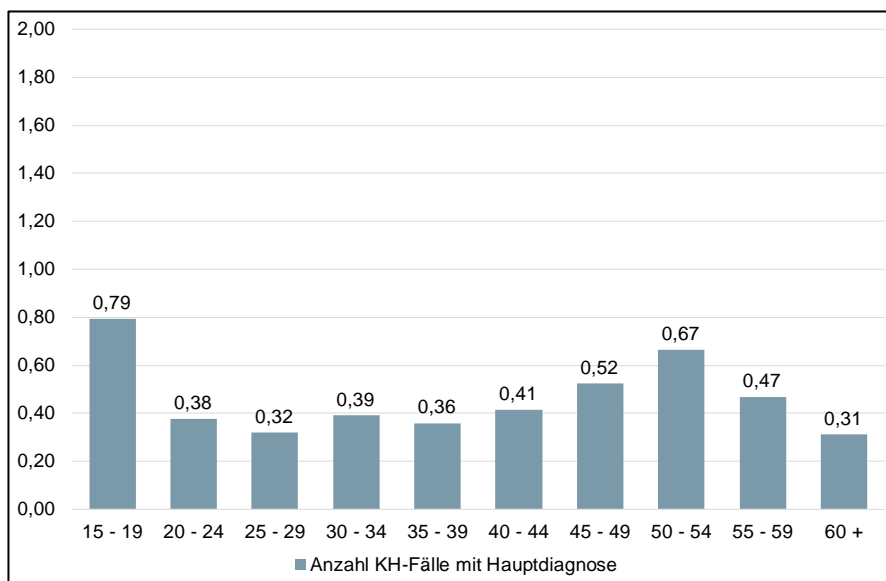
**Zahl der Krankenhausfälle wegen Substanzstörungen zeigen keinen auffälligen Altersverlauf**

Abbildung 28: Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): KH-Fälle je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen (Männer)



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Abbildung 29: Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): KH-Fälle je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen (Frauen)



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

### 5.3.4 Medikamentenverordnungen im Rahmen von pharmakologischen Ansätzen der Suchttherapie

Die Therapie von Suchterkrankungen kann auch pharmakologische Ansätze enthalten. Dies gilt nicht nur im Rahmen von Substitutionsprogrammen, sondern auch im Rahmen der Behandlung der Nikotinabhängigkeit. Hier können (neben Nikotinersatzstoffen in Form von Pflastern, Kaugummis oder Sprays, die hier nicht betrachtet werden) Vareniclin und Buprion eingesetzt werden.

Im Folgenden werden Analysen zur Verordnung von „Mitteln zur Behandlung von Suchterkrankungen“ (ATC: N07B\*) dargestellt. Diese Analyse gibt Hinweise darauf, ob und inwieweit Medikamente in der Suchttherapie eingesetzt werden.

#### 5.3.4.1 Mittel zur Behandlung von Suchterkrankungen (ATC: N07B\*)

Aus den Arzneimitteldaten lässt sich nicht nur ablesen, welche Medikamente ein Versicherter verordnet bekommen hat, es kann darüber hinaus auch das Verordnungsvolumen bestimmt werden. Das Verordnungsvolumen wird in sogenannten „Defined Daily Doses“ (DDD) gemessen. Diese definierte Tagesdosis gibt an, wieviel Wirkstoff ein Erwachsener zur Behandlung der Hauptindikation über den Zeitraum von einem Tag benötigt. Die Anzahl der DDD gibt an, wie viele Tagesdosen verordnet wurden.

In Tabelle 16 sind die Ergebnisse zu den Verordnungen der Versicherten, die wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in ambulanter Behandlung waren. Zu rund 0,5 Prozent wurde diesen Versicherten ein Medikament zur Behandlung von Sucht verordnet (ATC-Code N07B\*). Im Durchschnitt lag die Zahl der Verordnungen 2013 pro 100 Versicherte bei 4,01, 2017 kamen auf 100 Versicherte mit Behandlungsfall 4,67 Verordnungen. Bezogen auf 100 Versicherte mit Behandlungsfall stieg die Zahl der verordneten Tagesdosen von 120,3 in 2013 auf 182,5 in 2017. 2013 erhielten Versicherte mit ambulantem Behandlungsfall durchschnittlich 236 DDD, 2017 351.

Tabelle 16: Verordnung der Medikamente gegen Sucht (N07B\*) von Versicherten mit Behandlungsfall F10–F19

	Anteil Versicherte mit Verordnung	Anzahl Verordnungen pro 100 Versicherte	Summe DDD pro 100 Versicherte	Summe DDD pro Versicherte mit Verordnung
2013	0,51%	4,01	120,3	236,0
2014	0,51%	3,95	151,8	299,8
2015	0,49%	4,53	169,5	347,8
2016	0,44%	4,41	159,8	362,0
2017	0,52%	4,67	182,5	351,1

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2013–2017  
 Anmerkung: Basis bilden im jeweiligen Jahr die Versicherten, die einen ambulanten Behandlungsfall mit Diagnose F10–F19 hatten.

## 5.4 Tabak- und Nikotinabhängigkeit (Bund)

### 5.4.1 Einleitung

**Zigaretten sind stark abhängigkeits-erzeugend**

Zigaretten sind abhängigkeits-erzeugend im gleichen Sinne wie Heroin oder Kokain. Zu diesem Ergebnis kommt der Report des Surgeon General von 1988 (Davis et al. 1988), Leiter der Gesundheitsbehörde PHSCC<sup>11</sup> und Sprecher der US-Regierung in Fragen der Public-Health. Nach Sichtung der wissenschaftlichen Studienlage stellte er fest, dass Zigaretten und andere Darreichungsformen von Tabak suchterzeugend sind, wobei Nikotin der wesentliche suchterzeugende Wirkstoff im Tabak ist. Die pharmakologischen und Verhaltensprozesse, so der Report, sind jenen ähnlich, die eine Heroin- oder Kokainabhängigkeit verursachen und aufrechterhalten.

Dieser Report gilt als Meilenstein in der Anerkennung der Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit (DKFZ 2015: 1, Fagerström 2012: 75). Zwar hatte bereits 1979 ein Vorgängerreport Rauchen als die „prototypische stoffgebundene Abhängigkeit“ bezeichnet.<sup>12</sup> Die deutliche Anerkennung des Rauchens als Sucht erfolgte jedoch erst mit großer Verzögerung im Vergleich zur Anerkennung der gesundheitlichen Folgen des Rauchens.

**Rauchen wurde vergleichsweise spät als Suchterkrankung anerkannt**

1964, zu einer Zeit also als die kausale Rolle des Rauchens für die Entstehung von Lungenkrebs, weiteren Krebsarten sowie kardiovaskulären Erkrankungen wissenschaftlich weitgehend unstrittig war, bezeichnete das Advisory Committee to the Surgeon General (1964: 351) Rauchen noch als eine „Drug Habituation“, also einen „gewohnheitsmäßigen Gebrauch“. Im Unterschied zu einer Drogenabhängigkeit ist der gewohnheitsmäßige Gebrauch zwar mit einem Wunsch verbunden, das Rauchen für ein verbessertes Wohlbefinden fortzusetzen, dieser ist jedoch nicht zwanghaft und es liegt nicht das überwältigende Verlangen nach der Zigarette vor. Es gebe, so das Komitee, keine Dosissteigerung, wie sie eine Drogensucht charakterisiert, keine Entzugssymptome bzw. körperliche Abhängigkeit und nur eine geringe psychische Abhängigkeit.

Bis in die 1980er Jahre blieb auch in Deutschland der Begriff der Abhängigkeit harten Drogen wie Heroin und Kokain vorbehalten, Rauchen dagegen galt als Gewohnheit. Das lag übrigens auch daran, dass körperliche Entzugserscheinungen in Folge des Verzichts auf Tabakkonsum noch nicht erforscht waren (DKFZ 2015: 1).

Heute ist es weitgehend Konsens, „dass der Konsum von Nikotin im Tabak zu einer Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit führen kann und die Entscheidung für eine Beendigung des Rauchens nicht allein als eine Frage der Motivation und Willensbildung zu betrachten ist.“ (Seitz 2013: 8f.). Der erwähnte einflussreiche 1988er Report des Surgeon General (1988: iv) zeigt, dass eine Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit die Kriterien für eine Sucht erfüllt: zwanghafter fortgesetzter Konsum des Suchtstoffs trotz Schädigung, eine hohe Priorität des Konsums im Vergleich zu anderen Aktivitäten, Toleranzentwicklung, Entzugssymptome und die Gefahr des Rückfalls bei Abstinenzversuchen.

<sup>11</sup> U.S. Public Health Service Commissioned Corps

<sup>12</sup> Im Wortlaut: „the prototypical substance-abuse dependency“ (Pinney 1979: 1–32).

Warum ist Nikotin abhängigkeits erzeugend? Was passiert körperlich beim Rauchen? Raucher inhalieren den Tabakrauch und nehmen Nikotin (sowie zahlreiche weitere Tabakrauchbestandteile) über die Lungenschleimhaut auf.<sup>13</sup> Das Nikotin erreicht über den Blutkreislauf die nikotinergeren Acetylcholin-Rezeptoren des Gehirns und beeinflusst hierdurch diverse neuronale Transmittersysteme. Es kommt zu einer erhöhten zerebralen Verfügbarkeit von Dopamin, Serotonin, Noradrenalin und Beta-Endorphinen, Acetylcholin und Vasopressin. Die Wirkung ist je nach Dosis und Kontext sedierend, anxiolytisch, konzentrationsfördernd, antidepressiv oder stimulierend, auch weitere psychische Auswirkungen treten auf. Je schneller Nikotin das Gehirn erreicht, umso größer ist das dort ausgelöste Wohlbefinden und umso schneller macht Nikotin abhängig. (Batra et al. 2019: 240f., DKFZ 2015: 1).

### **Wirkung des Nikotins im Körper**

Einem neueren Forschungsstand zufolge spielen neben dem Nikotin auch andere Stoffe im Zigarettenrauch eine Rolle für das Suchtpotential der Zigarette. Als Tabakzusatzstoffe verstärken sie direkt oder indirekt das Abhängigkeitspotential des Nikotins. Die vom DKFZ in diesem Zusammenhang genannten Stoffe stellen nur eine Auswahl von im Tabakrauch vorkommenden Stoffen dar, die die durch Nikotin ausgelöste Abhängigkeit verstärken (DKFZ 2015: 4, vgl. auch Fagerström 2012: 76f.):

### **Zusatzstoffe im Tabak erhöhen das Suchtpotential der Zigarette**

- Ammoniak, das den pH-Wert des Tabaks und des Rauchs erhöht, so dass Nikotin besser verfügbar ist und leichter von den Zellen aufgenommen werden kann.
- Zucker, dessen Verbrennungsprodukt Acetaldehyd ein Enzym hemmt, das Botenstoffe abbaut, die mit Abhängigkeit zu tun haben. In der Folge bleiben die durch Nikotin erhöhten Mengen bestimmter Botenstoffe im Gehirn länger erhalten, da die Botenstoffe weniger effektiv abgebaut werden.
- Typtophan, das mit Aldehyden im Tabakrauch reagiert und dabei Beta-Carboline formt, die ein Enzym hemmen, das Botenstoffe abbaut, die mit Abhängigkeit zusammenhängen. Dadurch bleiben die durch Nikotin erhöhten Mengen bestimmter Botenstoffe im Gehirn länger erhalten, da die Botenstoffe weniger effektiv abgebaut werden.
- Ätherische Öle, wie Menthol oder Thymol, die den Rachenraum leicht betäuben und dadurch den Tabakgeschmack überdecken. Dies hat zur Folge, dass das Kratzen des Tabakrauchs im Rachen abgemildert wird. Raucher können den Rauch tiefer, in größeren Mengen und häufiger inhalieren, sodass sie mehr Nikotin aufnehmen können. Ätherische Öle sind nicht nur Menthol-Zigaretten zugesetzt, sondern – in geringeren Mengen – auch anderen Zigaretten.
- Pyrazine, die den Rachenraum leicht betäuben. Auch dies führt dazu, dass mehr Rauch tiefer und häufiger inhaliert werden kann, sodass mehr Nikotin aufgenommen wird.
- Theobromine, die die Bronchien erweitern. Tabakrauch kann so tiefer und in größeren Mengen inhaliert werden – es wird mehr Nikotin aufgenommen.

Raucher mit körperlicher Abhängigkeit berichten bei einem Rauchstopp über folgende Entzugserscheinungen: zunächst leichte vegetative Entzugserscheinungen wie Reizbarkeit und Ruhelosigkeit sowie ein starkes Verlangen zu Rauchen (Craving). Bei anhaltender Abstinenz

### **Entzugserscheinungen**

<sup>13</sup> Bei anderen Tabakprodukten wie Kau- oder Schnupftabak wird das Nikotin auf anderem Wege aufgenommen.

erleben abhängige Raucher über mehrere Tage bis zu 6 Wochen Konzentrationsstörungen, Angstsymptome, Appetitsteigerung und/oder Schlafstörungen. Auch depressive Symptome bis zu einem depressiven Syndrom einschließlich Gefahr der Suizidalität können (in extremen Fällen) auftreten (Batra et al. 2019: 13).

#### **Nikotin bestimmt nicht alleine das Suchtpotenzial von Zigaretten**

Nikotin macht – darauf deuten Studien hin – nicht alleine das Suchtpotential der Zigarette aus – und die dort vorgebrachten Argumente dürften der Erfahrung vieler Raucher entsprechen: Raucher ziehen eine (stark) nikotin-reduzierte Zigarette nikotinhaltigen Ersatzprodukten wie Kaugummis vor. Auch nikotinreduzierte Zigaretten reduzieren das Verlangen (Craving). Das Kratzen im Hals beim Inhalieren des Zigarettenrauchs scheint Teil des belohnenden Vergnügens des Rauchens zu sein. Zudem gibt es keine Hinweise auf den Missbrauch puren Nikotins (Fagerström 2012: 75).

#### **Psychosoziale Faktoren der Tabakabhängigkeit**

Hinzu kommen psychosoziale Faktoren, die mit ursächlich für eine Tabakabhängigkeit sind (Batra et al. 2019, Fagerström 2012). Dazu gehören sozialkommunikative Aspekte wie das Anbieten einer Zigarette, das Fragen nach einer Zigarette als Mittel der Kontaktaufnahme; den Anlass oder die Rechtfertigung, (gemeinsam) eine Pause zu machen; etwas in der Hand zu haben, wenn man nicht recht weiß, was man mit den Händen tun soll.

Auch der Rauchvorgang selbst ist stark gewohnheitsbildend und damit ein Baustein der Tabakabhängigkeit, d. h. das Entnehmen der Zigarette aus der Packung, das Anzünden, das Halten während des Rauchens. Der Sinneseindruck des Inhalierens im Mund, dann im Hals, daraufhin das Ausatmen durch die Nase oder den Mund. „Die ganze Prozedur kann an sich entspannend sein (...) Es ist nicht unvorstellbar dass alle diese Verhaltensweisen an sich schwer zu durchbrechen sind“ (Fagerström 2012: 76, eigene Übersetzung).

### **5.4.2 Tabakabhängigkeit in der ICD-10**

#### **Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom**

Gemäß ICD-10 wird eine Abhängigkeit von Tabak als „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom“ bezeichnet (F17.2). Die Tabakabhängigkeit ist gemeinsam mit neun weiteren stoffgebundenen Süchten im Kapitel der psychischen und Verhaltensstörungen eingeordnet.

Mindestens drei von sechs Diagnosekriterien müssen innerhalb der letzten 12 Monate erfüllt worden sein, damit von einer Tabakabhängigkeit gesprochen werden kann (Tabelle 17):

#### **Kriterien der Tabakabhängigkeit nach ICD-10**

Tabelle 17: Kriterien der Tabakabhängigkeit (F17.2) nach ICD-10

1. Ein starker Wunsch oder Zwang, Tabak zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
4. Toleranzentwicklung: Um eine gleichbleibende Wirkung zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Konsums.
6. Anhaltender Konsum trotz Folgeschäden. Der Konsument (Raucher) ist sich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren.

Quelle: Dilling et al. (2011: 115), DIMDI (2015b: 179–182). Für eine Tabakabhängigkeit müssen mindestens drei von sechs Diagnosekriterien innerhalb der letzten 12 Monate erfüllt worden sein.



Die ICD-10 spricht von Tabakabhängigkeit, nicht von Nikotinabhängigkeit, mit dem Argument, dass eine Abhängigkeit von Nikotin ohne Tabakkonsum nicht auftritt.<sup>14</sup> Zudem berücksichtigt die Bezeichnung die Möglichkeit, dass Nikotin nicht die einzige abhängig machende Substanz beim Rauchen ist.

Tabelle 18: Kriterien des DSM-5 einer Tabakkonsumstörung

1. Tabak wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.
2. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Tabakkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
3. Hoher Zeitaufwand, um Tabak zu beschaffen oder zu konsumieren.
4. Craving, d. h. ein starkes Verlangen, Tabak zu konsumieren.
5. Wiederholter Tabakkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (z. B. Behinderung der Arbeit).
6. Fortgesetzter Tabakkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen des Tabaks verursacht oder verstärkt werden (z. B. Streit mit anderen über den Tabakkonsum).
7. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Tabakkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
8. Wiederholter Tabakkonsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt (z. B. Rauchen im Bett).
9. Fortgesetzter Tabakkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch Tabak verursacht wurde oder verstärkt wird
10. Toleranzentwicklung definiert durch eines der folgenden Kriterien:
  - a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen erwünschten Effekt herbeizuführen.
  - b. Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an Tabak.
11. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
  - a. Charakteristisches Entzugssymptom in Bezug auf Tabak (siehe Kriterium A und B der Kriterien für Tabakentzug).
  - b. Tabak (oder eine sehr ähnliche Substanz wie etwa Nikotin) wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

Quelle: Falkai et al. (2015: 784f.) Für eine Tabakkonsumstörung müssen mindestens zwei der 11 Diagnosekriterien innerhalb der letzten 12 Monate erfüllt worden sein. Bestimmung des aktuellen Schweregrades: F10.10 Leicht: 2 bis 3 Symptomkriterien sind erfüllt. F10.20 Mittel: 4 bis 5 Symptomkriterien sind erfüllt. F10.20 Schwer: 6 oder mehr Symptomkriterien sind erfüllt.

Analog zu psychischen und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (bspw. Alkohol, Opioide, Cannabinoide) ermöglicht die ICD-10 auch die Diagnose einer akuten Tabakintoxikation (F17.0), eines schädlichen Gebrauchs von Tabak (F17.1), eines Entzugssyndroms (F17.3) usw.

Das aktuelle Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-5), das in den USA zur Diagnose psychischer Erkran-

**DSM-5: Tabakge-  
brauchsstörung**

<sup>14</sup> Hier ist offenbar die Möglichkeit des Nikotinkonsums mittels E-Zigaretten (noch) nicht in Betracht gezogen.

kungen eingesetzt wird, ordnet tabakbezogene Störungen in die „Substance-Related and Addictive Disorders“ ein, gemeinsam mit bspw. Alkohol, Cannabis, Koffein, Phencyclidin und andere Halluzinogene. Eine Tabakkonsumstörung (Tobacco Use Disorder) ist charakterisiert durch die folgenden Kriterien, von denen mindestens zwei erfüllt sein müssen, um eine Tabakgebrauchsstörung zu diagnostizieren.

#### **5.4.3 Exkurs: Verbreitung des Rauchens unter Erwerbstätigen nach Mikrozensus**

Auch wenn Rauchen nicht mit Tabakabhängigkeit gleichzusetzen ist, soll als Hintergrund zunächst die Prävalenz des Rauchens, insbesondere unter Erwerbstätigen dargestellt werden. Gute Informationen zur Raucherquote liefert der Mikrozensus, der es auch erlaubt, zwischen Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen zu unterscheiden.<sup>15</sup>

**Knapp jeder vierte Erwerbstätige raucht täglich**

23 Prozent der Erwerbstätigen rauchen täglich, sie gelten dem Mikrozensus zufolge als regelmäßige Raucher. Hinzu kommen 5 Prozent Gelegenheitsraucher, d. h. Raucher, die seltener als täglich rauchen. Insgesamt rauchen somit 28 Prozent der Erwerbstätigen. Die Angaben zeigen auch: Der überwiegende Teil der Raucher raucht regelmäßig, nur ein deutlich kleinerer Teil der Raucher raucht (nur) gelegentlich (Abbildung 30).

Der Mikrozensus unterscheidet weiterhin die „starken Raucher“, also Raucher, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchen. In diese Gruppe fallen 2,2 Prozent der Erwerbstätigen (ohne Abbildung).

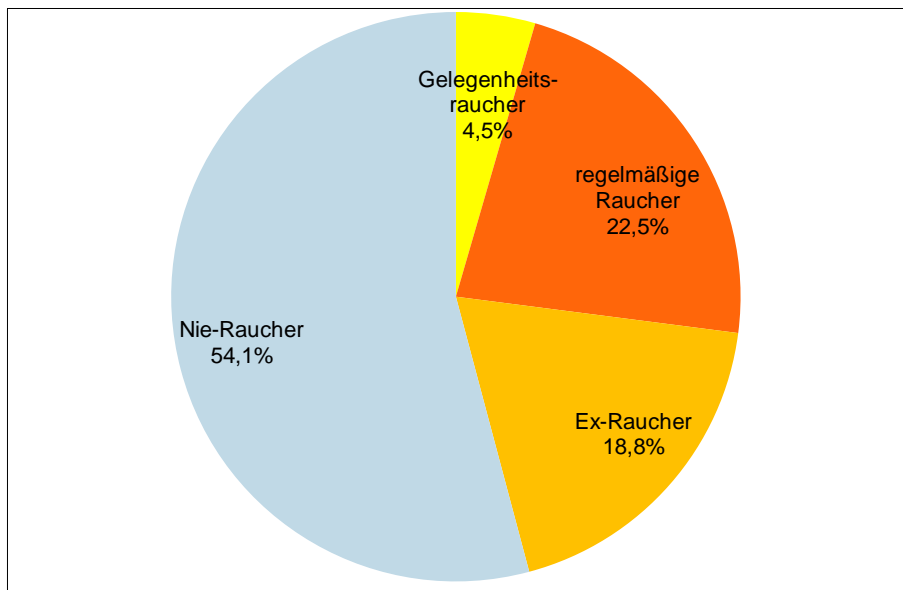
**Mehr als die Hälfte der Erwerbstätigen hat nie geraucht**

Eine größere Gruppe unter den Erwerbstätigen sind die Ex-Raucher, in die 19 Prozent der Erwerbstätigen fallen. Gut die Hälfte (54 Prozent) hat niemals geraucht.

---

<sup>15</sup> Damit stehen Vergleichsdaten zu den im Rahmen dieses Gesundheitsreports erhobenen Raucherquoten zur Verfügung. Limitation haben diese Daten jedoch für den Vergleich: Sie erlauben es nicht, zwischen abhängig Beschäftigten und selbständigen Erwerbstätigen zu unterscheiden. Die Mikrozensusdaten umfassen alle Erwerbstätigen, also auch die Selbständigen. Die Beschäftigten der Befragung für den Gesundheitsreport umfassen dagegen nur abhängig Beschäftigte. Die zweite Limitation betrifft die Altersspanne und die Definition von „erwerbstätig“: Erwerbstätige sind im Mikrozensus alle Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, die „im Berichtszeitraum wenigstens 1 Stunde für Lohn oder sonstiges Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldaten und Soldatinnen sowie mithelfender Familienangehöriger), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben“. In der Erhebung für den DAK-Gesundheitsreport wurden dagegen nur Erwerbstätige mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 10 Stunden oder mehr ab einem Alter von 18 Jahren befragt.

Abbildung 30: Erwerbstätige nach Raucherstatus im Jahr 2017

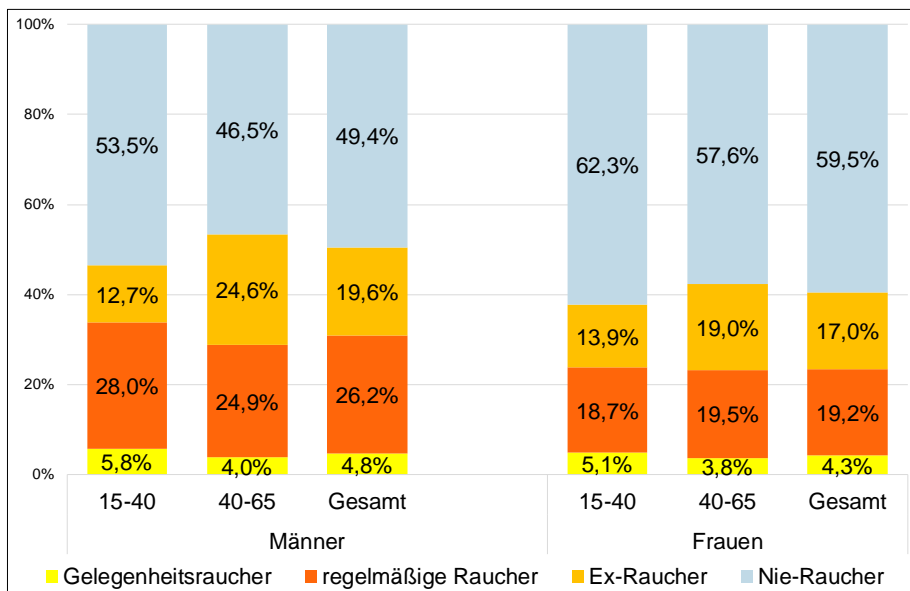


Quelle: Mikrozensus 2017. Eigene Berechnungen. Erwerbstätige im Alter von 15–65 Jahren. Regelmäßiges Rauchen = tägliches Rauchen, unabhängig von der Menge.

Die höchste Quote regelmäßiger Raucher gibt es unter den jüngeren Männern (15 bis 40 Jahre) mit 28 Prozent. Demgegenüber rauchen ältere Männer (40 bis 65 Jahre) mit 25 Prozent etwas seltener. Unter den Frauen rauchen beide Altersgruppen zu einem geringeren Anteil als die jeweils gleichaltrigen Männer (19 Prozent und 20 Prozent). Frauen sind auch zu einem höheren Anteil Nie-Raucher.

**Unter den Erwerbstätigen rauchen Männer zwischen 15-40 Jahren am häufigsten**

Abbildung 31: Erwerbstätige nach Raucherstatus, Alter und Geschlecht im Jahr 2017

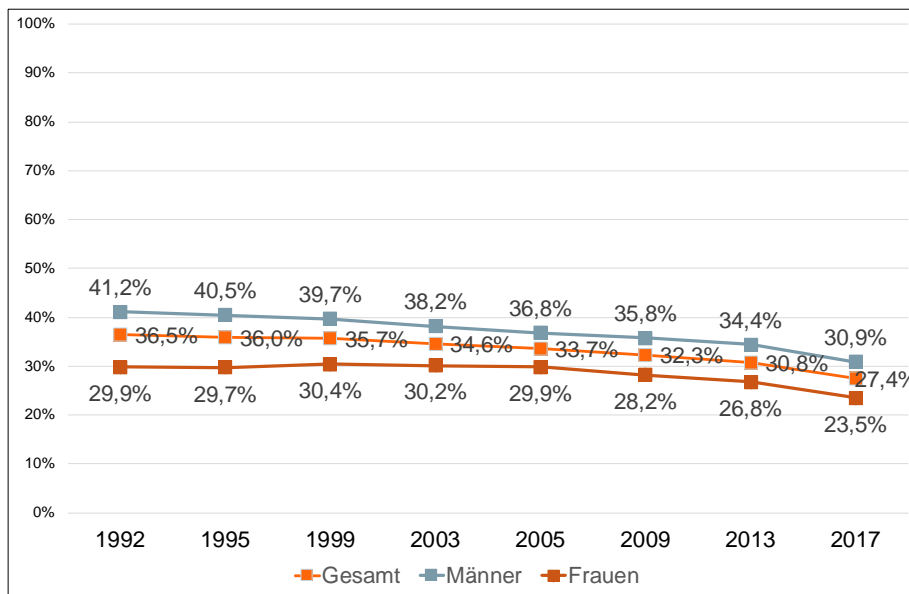


Quelle: Mikrozensus 2017. Eigene Berechnungen. Erwerbstätige im Alter von 15–65 Jahren. Regelmäßiges Rauchen = tägliches Rauchen, unabhängig von der Menge.

**Internationalen Studien  
beträgt die Punkt-  
prävalenz der Ta-  
bakabhängigkeit  
14 Prozent**

Die Verbreitung des Rauchens unter Erwerbstätigen nimmt in den letzten 15 Jahren langsam, aber stetig ab, von 37 Prozent auf 27 Prozent. Der Rückgang der Raucherquoten zeigt sich in beiden Geschlechtern (Abbildung 32).

Abbildung 32: Entwicklung der Raucherquoten bei Erwerbstätigen nach Geschlecht 1992–2017



Quelle: Mikrozensus 1992–2017. Eigene Berechnungen. Erwerbstätige im Alter von 15–65 Jahren.

„Die Tabak bzw. Nikotinsucht hat eine deutlich geringere Bedeutung in der Arbeitswelt als noch etwa vor 10 Jahren.“  
**Hans Joachim Abstein, Referatsleiter Suchthilfe beim AGJ-Fachverband Freiburg**

Wie hoch ist die Prävalenz der Tabakabhängigkeit? Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Seitz 2013: 20f.) gibt an, dass die Angaben dazu aufgrund einer uneinheitlichen Auslegung der diagnostischen Kriterien stark schwanken: zwischen 20 bis 80 Prozent der Raucher sind demnach abhängig. Internationale Studien, die durch die DHS ausgewertet wurden, geben die Lebenszeitprävalenz mit 25 Prozent und die Punktprävalenz mit 14 Prozent in der Bevölkerung an (also nicht nur in der Gruppe der Raucher). Der Anteil der Abhängigen unter den regelmäßigen Rauchern wird mit 50 bis 60 Prozent angegeben. Die DHS merkt dazu an, dass auch „leichtere Gelegenheitsraucher“ Merkmale der Abhängigkeit aufweisen und von therapeutischen Maßnahmen profitieren könnten. Der Anteil abhängiger Raucher steigt mit dem Lebensalter.<sup>16</sup>

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zur Prävalenz des Rauchens, zur Prävalenz der Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit sowie zu Aspekten des Rauchens am Arbeitsplatz berichtet. Im Anschluss wird die Verbreitung der E-Zigaretten-Verwendung („Dampfen“) und die Prävalenz der Abhängigkeit von der E-Zigarette

<sup>16</sup> SAMHSA 2005, zit. nach Seitz (2013)

berichtet. Abschließend wird die Kombination von Rauchen und Dampfen betrachtet.

#### 5.4.4 Verbreitung des Rauchens unter Beschäftigten<sup>17</sup>

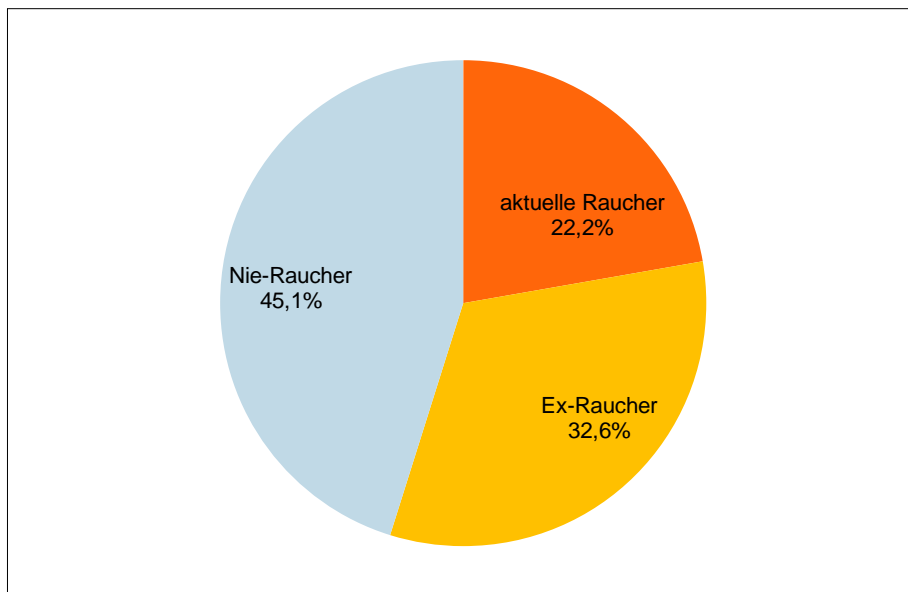
Wie verbreitet ist das Rauchen unter Erwerbstätigen? Abbildung 33 zeigt die Befragten nach Raucherstatus, wobei zwischen aktuellen Rauchern, ehemaligen (Ex-) Rauchern und Nie-Raucher unterschieden wird. Als Raucher gilt, wer die Frage „Rauchen Sie, wenn auch nur gelegentlich?“ bejaht. Als Ex-Raucher gilt, wer die Frage mit „Nein, nicht mehr“ beantwortet. Nie-Raucher sind Befragte, die angeben, noch nie geraucht zu haben.

Gut jeder fünfte Beschäftigte raucht, zumindest gelegentlich (22,2 Prozent). Etwa ein Drittel der Beschäftigten rauchen nicht mehr, haben aber früher geraucht (32,6 Prozent). Nicht ganz die Hälfte (45,1 Prozent) haben noch nie geraucht.

Die Verwendung der E-Zigarette („Dampfen“) wird hier übrigens explizit nicht als Rauchen aufgefasst. Hierauf wurden die Befragten hingewiesen. Wer also nur E-Zigarette verwendet, jedoch nicht raucht, zählt nicht als Raucher.

**Gut jeder fünfte Beschäftigte raucht, zumindest gelegentlich**

Abbildung 33: Verbreitung des Rauchens: Beschäftigte nach Raucherstatus



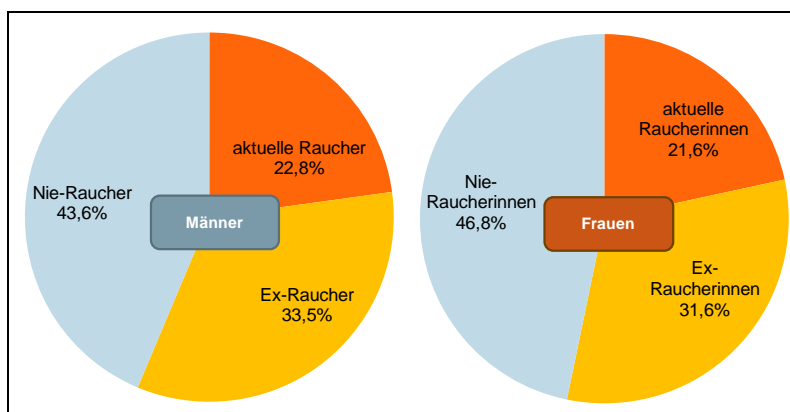
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N=5.597.

Sowohl unter den Männern als auch unter den Frauen raucht etwa jeder Fünfte. Auch die Ex-Raucher und Nie-Raucher sind unter beiden Geschlechtern in etwa gleich repräsentiert.<sup>18</sup>

**Männer und Frauen im Erwerbsleben rauchen etwa gleich häufig**

<sup>17</sup> Zur Methodik der Beschäftigtenbefragung, zur Soziodemografie der Stichprobe und zu Hinweisen zur Darstellung der Ergebnisse vgl. Abschnitt 5.1.3.

<sup>18</sup> Damit unterscheiden sich die hier erzielten Ergebnisse in gewissem Maße von den Angaben des Mikrozensus, denen zufolge erwerbstätige Männer zu höheren Anteilen rauchen als Frauen. Dies könnte u. a. daran liegen, dass im DAK-Report nur abhängig Beschäftigte befragt wurden und dass die Altersspanne sich zumindest leicht unterscheidet (15 bis 65 Jahre im Mikrozensus statt 18 bis 65 Jahre im DAK-Report).

Abbildung 34: Beschäftigte nach Raucherstatus und Geschlecht<sup>19</sup>

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N (Männer/Frauen) = 2.900/2.697.

### Die 18-bis 29-jährigen Erwerbstätigen rauchen deutlich seltener als die Altersgruppen ab 30 Jahren

Die Raucherprävalenz zeigt keinen klaren Altersgang: Zumindest ab dem Alter von 30 Jahren gibt es keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Lediglich Beschäftigte in der jüngsten Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren rauchen deutlich seltener als alle anderen Altersgruppen (16,3 Prozent). Hier könnte sich der deutliche Rückgang der Verbreitung des Rauchens unter Jugendlichen zeigen.

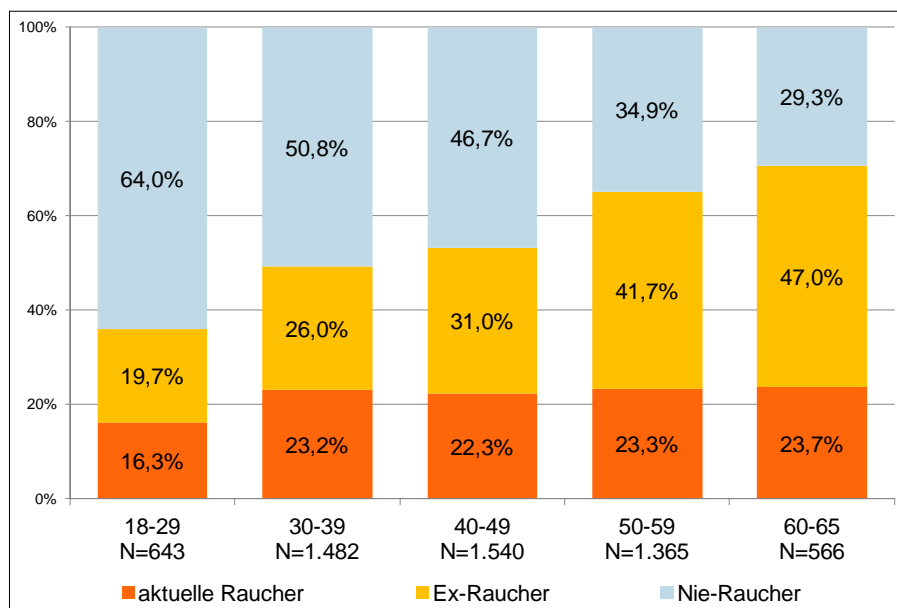
Einen klaren Altersgang zeigt dagegen der Anteil der Ex-Raucher (und korrespondierend der Anteil der Nie-Raucher): Er steigt von Altersgruppe zu Altersgruppe an. Unter den unter 30-jährigen Erwerbstätigen sind 20 Prozent Ex-Raucher, unter den 60 bis 65-Jährigen 47 Prozent. Korrespondierend dazu der Anteil der Nie-Raucher: Fast zwei Drittel (64,0 Prozent) sind es bei den unter 30-Jährigen, weniger als ein Drittel (29,3 Prozent) bei den unter den 60- bis 65-Jährigen (Abbildung 35).

Der Altersgang des Ex-Rauchens ist natürlich auch darin begründet, dass mit zunehmendem Alter mehr Gelegenheiten bzw. Zeit zu Verfügung stand, um mit dem Rauchen anzufangen, und es wieder aufzugeben. Es ist aber davon auszugehen, dass die übergroße Mehrheit der Raucher im jugendlichen bzw. jungen Erwachsenenalter mit dem Rauchen beginnt: Der Mikrozensus gibt als Durchschnittsalter bei Rauchbeginn 17,7 Jahre an. Nur in Ausnahmefällen werden die Nie-Raucher also noch zu Rauchern werden.

Insofern könnte dieses Ergebnis ein Erfolg der Tabak-Eindämmung folgendermaßen anzeigen: jüngere Erwerbstätige fangen gar nicht erst mit dem Rauchen an, ältere Erwerbstätige geben immer häufiger das Rauchen auf.

<sup>19</sup> Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich ihres Raucherstatus (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=5,694$ ,  $p=0,127$ ). Vergleicht man nur den Anteil der Nie-Raucher, ist ein signifikanter Unterschied festzustellen (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=5,478$ ;  $p=0,019$ ).

Abbildung 35: Verbreitung des Rauchens im Altersgang: Beschäftigte nach Raucherstatus und Alter<sup>20</sup>



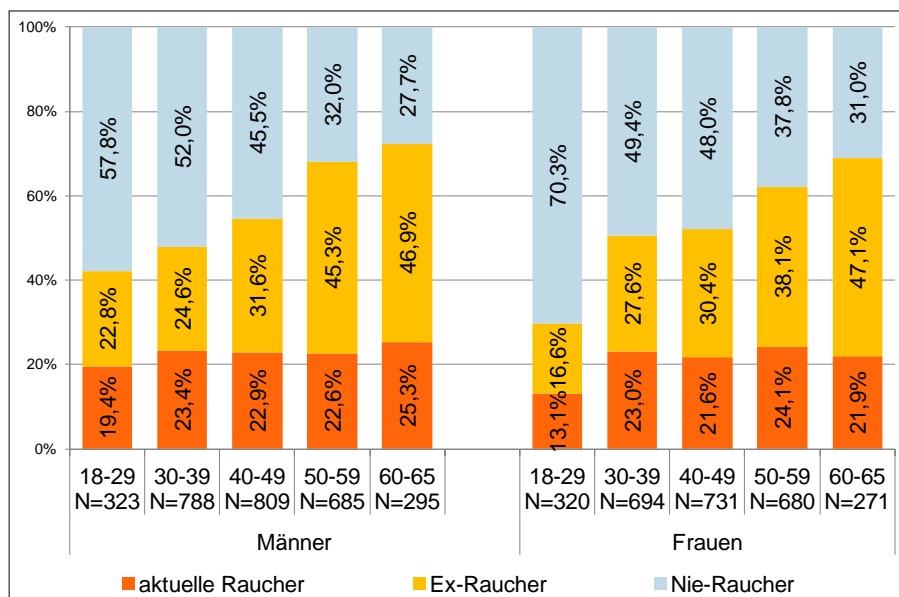
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Der beschriebene Altersgang beim Raucherstatus zeigt sich bei den beschäftigten Frauen deutlicher als bei den Männern: Die jüngste Altersgruppe der beschäftigten Frauen, die der unter 30-Jährigen, raucht nur noch zu 13 Prozent, im Unterschied zu den gleichaltrigen Männern, die noch zu 19 Prozent rauchen. Ab dem Alter von 30 Jahren gilt jedoch das zuvor festgestellte: Der Raucheranteil unterscheidet sich nicht oder kaum zwischen den Altersgruppen, der Anteil der Ex-Raucher nimmt jedoch mit dem Alter deutlich zu (Abbildung 36).

**Unter den unter 30-Jährigen Beschäftigten rauchen Frauen deutlich seltener als Männer**

<sup>20</sup> Scheffé-Prozedur: Hinsichtlich des Anteils aktueller Raucher unterscheiden sich die 18- bis 29-Jährigen signifikant von den restlichen Altersgruppen. Bezüglich des Anteils der Ex-Raucher und der Nie-Raucher besteht ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter.

Abbildung 36: Verbreitung des Rauchens im Altersgang bei Männern und Frauen: Beschäftigte nach Raucherstatus, Geschlecht und Alter<sup>21</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

### 5.4.5 Prävalenz der Tabak-Abhängigkeit unter Beschäftigten

#### 5.4.5.1 Der Penn State Cigarette Dependence Index (PSCDI) zur Ermittlung der Tabakabhängigkeit

**Mit Befragungsinstrumenten kann eine Tabakabhängigkeit festgestellt werden**

Foulds et al. (2015) verwenden ein 10-Item-Instrument zur Messung des Grades der Abhängigkeit von Zigaretten und eine Variante davon zur Messung des Grades der Abhängigkeit von E-Zigaretten (Penn State Cigarette Dependence Index sowie Penn State Electronic Cigarette Dependence Index). Das Instrument erhebt u. a. die Zahl der Zigaretten pro Tag; die Zeit, die zwischen Aufstehen am Morgen und der ersten Zigarette vergeht; Ob man Craving erlebt und wie stark dieses ist etc. Tabelle 19 stellt das Instrument im Fragewortlaut dar. Unter den Frauen unterscheiden sich die 18- bis 29-Jährigen hinsichtlich des Anteils der aktuellen Raucher signifikant von den älteren Altersgruppen. Hinsichtlich des Anteils der Ex-Raucher und der Nie-Raucher zeigt sich bei den Frauen ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter.

Tabelle 19: Penn State Cigarette Dependence Index (Foulds et al. 2015, eigene Übersetzung)

Frage	Antwortmöglichkeiten
1 Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 bis 4 Zigaretten pro Tag (1)</li> <li>• 5 bis 9 Zigaretten pro Tag (2)</li> <li>• 10 bis 14 Zigaretten pro Tag (3)</li> <li>• 15 bis 19 Zigaretten pro Tag (4)</li> </ul>

<sup>21</sup> Scheffé-Prozedur: Hinsichtlich des Anteils der aktuellen Raucher unterscheiden sich die Männer nicht nach Altersgruppen. Hinsichtlich des Anteils der Ex-Raucher unterscheiden sich die Männer unter 50 Jahren und die ab 50 Jahren signifikant. Der Anteil der Nie-Raucher unter den Männern zeigt einen signifikanten Altersgang.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 bis 29 Zigaretten pro Tag (5)</li> <li>• 30 und mehr Zigaretten pro Tag (6)</li> </ul>
2 Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innerhalb von 5 Minuten nach dem Aufstehen (5)</li> <li>• 6 bis 15 Minuten nach dem Aufstehen (4)</li> <li>• 16 bis 30 Minuten nach dem Aufstehen (3)</li> <li>• 31 bis 60 Minuten nach dem Aufstehen (2)</li> <li>• 61 bis 120 Minuten nach dem Aufstehen (1)</li> <li>• 121 Minuten oder später nach dem Aufstehen (0)</li> </ul>
3 Wachen Sie manchmal nachts auf, um eine Zigarette zu rauchen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja (1)</li> <li>• Nein (0)</li> </ul>
4 (falls ja) An wie vielen Nächten pro Woche wachen Sie üblicherweise auf, um zu rauchen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• an 0 bis einer Nacht pro Woche (0)</li> <li>• an 2 bis 3 Nächten pro Woche (1)</li> <li>• an 4 und mehr Nächten pro Woche (2)</li> </ul>
5 Rauchen Sie noch, weil Ihnen das Aufhören so schwer fällt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja (1)</li> <li>• Nein (0)</li> </ul>
6 Haben Sie jemals ein starkes Verlangen zu rauchen? Kennen Sie das Gefühl, dass Sie jetzt unbedingt rauchen müssen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja (1)</li> <li>• Nein (0)</li> </ul>
7 Wie stark war Ihr Verlangen zu rauchen in den letzten 7 Tagen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gar nicht bis leicht (0)</li> <li>• mittel bis stark (1)</li> <li>• sehr stark bis extrem stark (2)</li> </ul>
8 Fällt es Ihnen schwer, an Orten nicht zu rauchen, an denen man nicht rauchen sollte?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja (1)</li> <li>• Nein (0)</li> </ul>
9 Wenn Sie eine Zeit lang nicht geraucht haben, oder Sie versucht haben, das Rauchen aufzugeben: Fühlten Sie sich reizbarer als sonst, weil Sie nicht rauchen konnten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja (1)</li> <li>• Nein (0)</li> </ul>
10 Wenn Sie eine Zeit lang nicht geraucht haben, oder Sie versucht haben, das Rauchen aufzugeben: Fühlen Sie sich nervös, ruhelos oder ängstlich, weil Sie nicht rauchen konnten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja (1)</li> <li>• Nein (0)</li> </ul>

Der Penn State Cigarette Dependence Index hat eine Punktzahl zwischen 1 und 20 als Ergebnis, die sich wie folgt in Grade der Abhängigkeit übersetzt:

- 0–3 Punkte: keine Abhängigkeit,
- 4–8 Punkte: leichte Abhängigkeit,
- 9–12 Punkte: mittlere Abhängigkeit und
- 13–20 Punkte: hohe Abhängigkeit.

### Weitere Instrumente

Für den Einsatz in der Befragung Beschäftigter im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports zur Ermittlung der Prävalenz der Tabakabhängigkeit wurden verschiedene Instrumente in Erwägung gezogen, jedoch aus unterschiedlichen Gründen verworfen:

- Der **Fagerström-Test** for Nicotine Dependence (FTND) (Heatherton et al. 1991: 1125). Die 6 Items des Tests sind: Zeit bis zur ersten Zigarette nach dem Aufwachen; Schwierigkeit, an Orten mit Rauchverbot auf Zigaretten zu verzichten; die Zigarette, auf die man nicht verzichten wollen würde (die Zigaret-

**Das eingesetzte Instrument wurde aus einer größeren Zahl alternativer Instrumente ausgewählt**

te am Morgen vs. andere); die Zahl der Zigaretten pro Tag; ob mehr am Morgen geraucht wird als später am Tag sowie Rauchen bei Krankheit.

- Der **Heaviness of Smoking Index (HIS)** (Heatherton et al. 1989): Der HIS verwendet zwei Fragen um die „Schwere“ des Rauchens zu ermitteln: die Zahl der Zigaretten pro Tag sowie die Zeit bis zur ersten Zigarette nach dem Aufwachen. Diese beiden Fragen, die ein Auszug aus dem Fagerström-Test sind, wurden bereits vor Heathertons Studie verwendet, es fehlte jedoch an einer einheitlichen Cut-Off Setzung.
- Die **Nicotine Dependence Syndrom Scale (NDSS)** (Shiffman et al. 2004, zit. nach Etter et al. 2015: 4), die einen Gesamt-Score sowie Scores für fünf Subskalen ermittelt und insgesamt 19 Items umfasst. Die Subskalen sind (1) Drive (Craving & Withdrawal, subjective compulsion to smoke); (2) Priority (preference for smoking over other reinforcers), (3) Tolerance (reduced sensitivity to the effects of smoking); (4) Continuity (regularity of smoking rate) und Stereotypy (invariance of smoking)
- Die **Cigarette Dependence Scale (CDS)** (Etter und Eissenberg 2015) (Etter 2008, Courvoisier und Etter 2010, beide zit. nach Etter und Eissenberg 2015:4) umfasst 12 Items, durch die DSM-IV- und ICD-10-Kriterien der Nikotin- bzw. Tabak-Abhängigkeit erfasst werden.

Für die Befragung im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports wird der Penn State (Electronic) Cigarette Index verwendet. Für ihn spricht, dass mit dem gleichen Maßstab die Sucht nach Zigaretten und die Sucht nach E-Zigarette beurteilt werden kann. Wenngleich er als Ganzes nicht validiert ist, setzt er sich doch aus Instrumenten zusammen, die vergleichsweise gut erforscht sind.

Der Index wurde für diesen Report ins Deutsche übersetzt. Sofern einzelne Items als Bestandteil bereits übersetzter Instrumente schon in einer deutschen Fassung vorlagen, wurden diese übernommen (z. B. Item 1 und 2 aus dem deutschen FTND gemäß DKFZ<sup>22</sup>).

#### 5.4.5.2 Prävalenz der Tabakabhängigkeit gemäß PSCDI

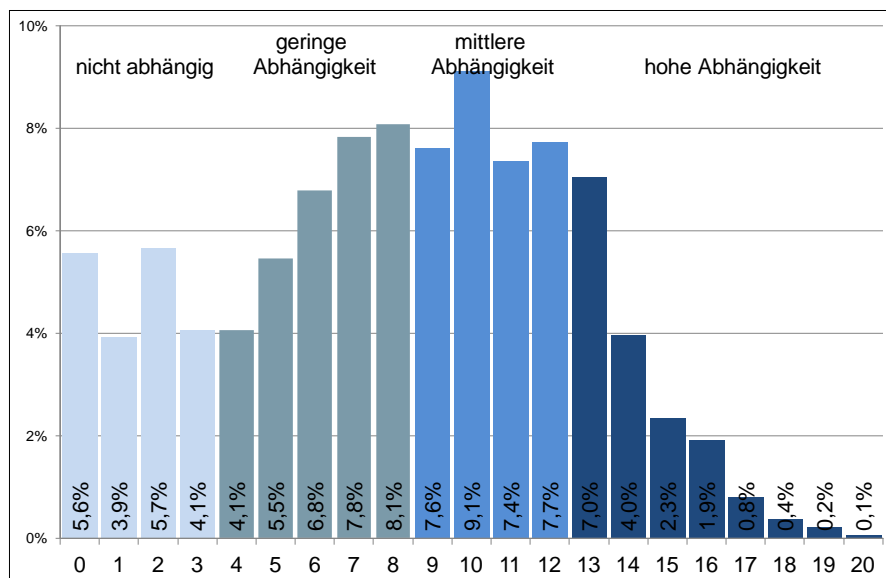
Da Rauchen auch schon bei niedriger Dosis gesundheitsschädliche Folgen zeigt, ist es eines der großen Public Health Themen. Aus der Perspektive der gesundheitsschädlichen Folgen des Rauchens ist (auch) Gelegenheitsrauchen, Ex-Rauchen und nicht-abhängiges Rauchen relevant. Aus der Perspektive dieses Reports jedoch, die Perspektive der Sucht, ist das abhängige Rauchen, die Tabak- und Nikotinsucht das eigentliche Thema.

**Nicht jeder Raucher erfüllt die Kriterien einer Tabaksucht**

Die Verbreitung des Rauchens ist nicht gleichzusetzen mit der Verbreitung der Tabakabhängigkeit, da nicht jeder Raucher die Kriterien für eine Tabaksucht erfüllt. Der Anteil der Tabakabhängigen wurde mit dem oben beschriebenen Penn State Cigarette Dependence Index (PSCDI) ermittelt. Befragte erreichen auf diesem Index einen Punktwert, der wiederum in Grade der Abhängigkeit kategorisiert wird. Abbildung 37 zeigt die Verteilung der Punktwerte und die korrespondierenden Grade der Abhängigkeit.

<sup>22</sup> [www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Fagerstroem.html](http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Fagerstroem.html)

Abbildung 37: Raucher nach PSCDI-Punktwert



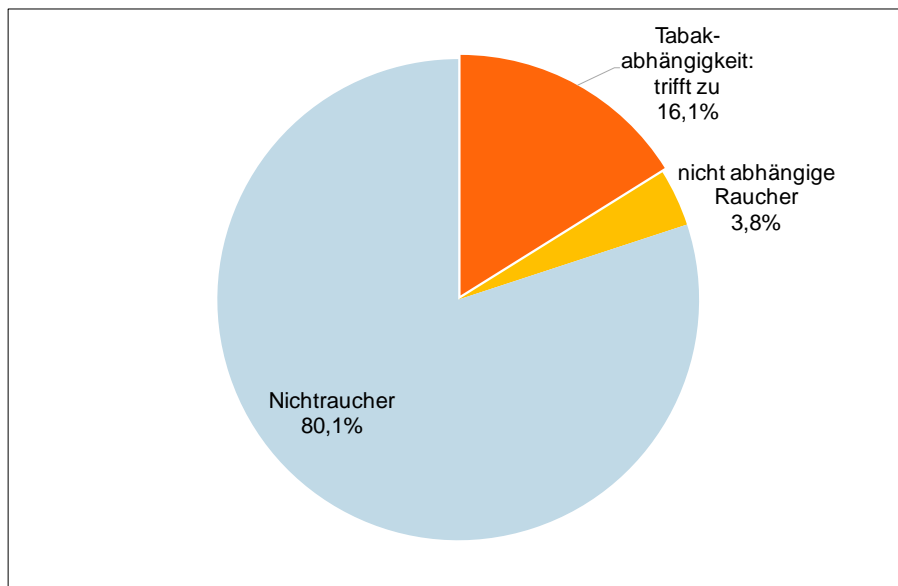
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: aktuelle Raucher. N=1.085.

Bezogen auf alle Befragte gilt: 16 Prozent der Befragten sind tabakabhängig. Diese Gruppe ist gleichzusetzen mit den abhängigen Rauchern. Die Nicht-Tabakabhängigen setzen sich vor allem aus den Nichtrauchern zusammen, aber auch aus jenen Rauchern, die gemäß dem PSCDI nicht die Anzeichen einer Abhängigkeit zeigen, m. a. W. aus nichtabhängigen Rauchern (Abbildung 38).

**Die Punktprävalenz der Tabaksucht in der Population der abhängig Beschäftigten beträgt 16 Prozent**

Es mag ungewohnt erscheinen, den Anteil der Tabakabhängigen auf alle Beschäftigte zu beziehen, die ja mehrheitlich Nichtraucher sind. Die Kategorie der nicht abhängigen Raucher ist ebenfalls ungewohnt. Dennoch wird die Prävalenz einer Sucht üblicherweise nicht in Bezug auf diejenigen angegeben, welche die jeweilige Substanz gebrauchen (hier Tabak bzw. Nikotin), sondern mit Bezug auf die jeweilige Population insgesamt. Man denke an die Prävalenzangaben zur Alkoholsucht, die ja auch nicht mit Bezug nur auf die Alkoholkonsumierenden, sondern auf „Alle“, d. h. mit Bezug auf die interessierende Population.

Abbildung 38: Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Tabakabhängigkeit gemäß Penn State Cigarette Dependence Index

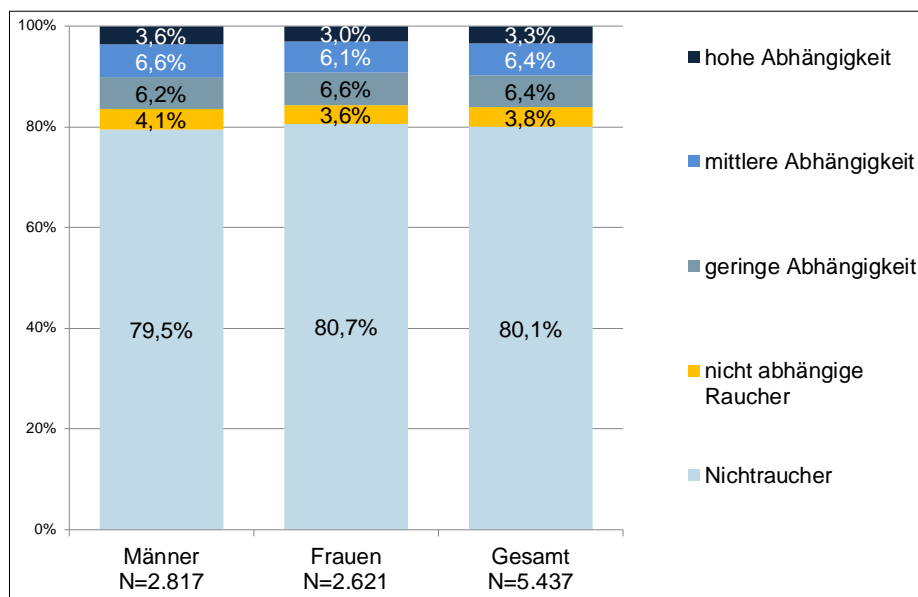


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte. N=5.437.

**3 Prozent der Beschäftigten weisen eine starke Tabakabhängigkeit auf**

Abbildung 39 weist die Grade der Abhängigkeit mit Bezug auf alle Befragten, also wiederum einschließlich der Nichtraucher, aus. Die nicht von Tabak-Abhängigkeit Betroffenen setzen sich wieder aus den Nichtrauchern sowie den nicht abhängigen Rauchern zusammen und stellen 84 Prozent der Erwerbstätigen dar. Umgekehrt sind 16 Prozent der Erwerbstätigen tabakabhängig, d. h. (mindestens zu einem geringen Grad) abhängige Raucher. 3 Prozent sind sogar zu einem hohen Grad abhängig, weitere 6 Prozent zu einem mittleren Grad abhängig. Abbildung 39 zeigt auch: Hinsichtlich der Tabakabhängigkeit bestehen keine oder nur sehr geringfügige Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Abbildung 39: Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Grad der Tabakabhängigkeit und Geschlecht<sup>23</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

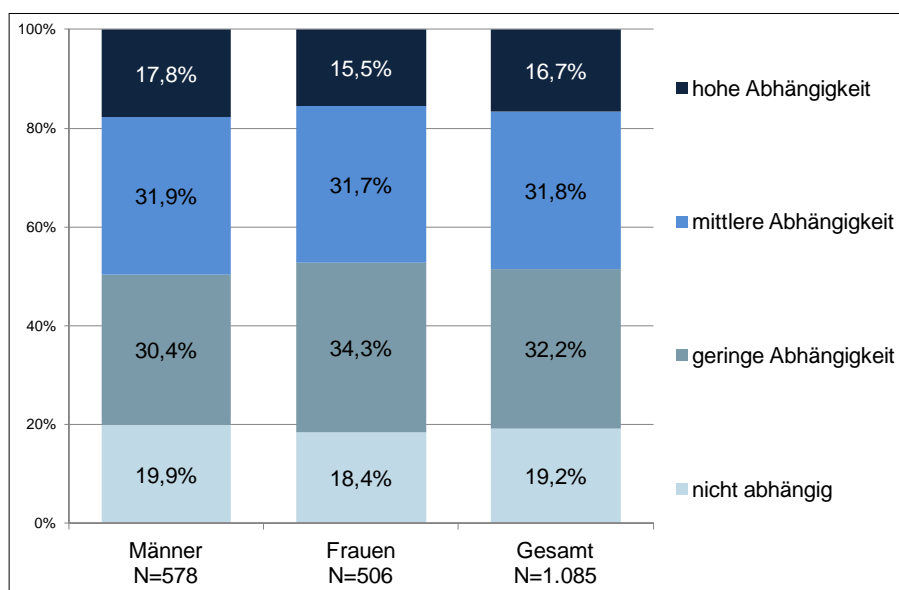
Abbildung 40 zeigt die Verteilung der Raucher auf diese Grade der Abhängigkeit und weist sie nach Geschlecht aus – hier wird der Bezug also auf die Raucher eingeschränkt.

Nur knapp jeder fünfte Raucher (19,2 Prozent) ist gemäß der Kriterien des PSCDI nicht abhängig vom Rauchen (bzw. vom Tabak oder Nikotin). Dementsprechend sind vier Fünftel der Raucher (80,8 Prozent) tabakabhängig.

32 Prozent der Raucher weisen einen geringen Grad und 32 Prozent einen mittleren Grad der Tabakabhängigkeit auf. 17 Prozent sind in hohem Maße abhängig.

**Vier Fünftel der Raucher sind tabakabhängig**

<sup>23</sup> Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich des Nicht-Raucher-Status bzw. des Grades der Abhängigkeit nicht signifikant voneinander (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=3,627$ ,  $p=0,459$ )

Abbildung 40: Raucher nach Grad der Abhängigkeit<sup>24 25</sup>

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Aktuelle Raucher.

### Ältere Raucher zeigen einen etwas höheren Grad der Abhängigkeit als jüngere Raucher

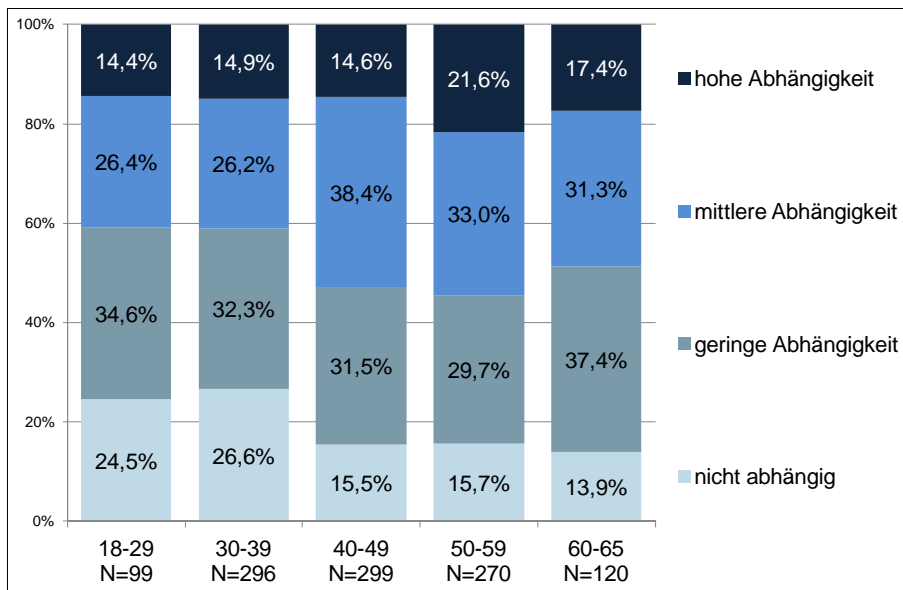
Abbildung 41 stellt den Grad der Abhängigkeit der Raucher nach Alter dar. Sie zeigt eine Tendenz dahingehend, dass ältere Raucher einen höheren Grad der Abhängigkeit zeigen als jüngere Raucher. So ist der Anteil der nicht Abhängigen in den Altersgruppen ab 40 Jahren niedriger als in den Altersgruppen unter 40 Jahren. Gleichzeitig ist der Anteil mit hoch- und mittelgradiger Abhängigkeit in den Altersgruppen über 40 höher als in jenen unter 40 Jahren. Ein Grund für den höheren Grad der Abhängigkeit könnte ein Selektionseffekt derart sein, dass Raucher mit stärkerer Abhängigkeit seltener das Rauchen aufgeben als Raucher mit schwächerer Abhängigkeit, und sich daher in den älteren Altersgruppen mehr Raucher mit höherer Abhängigkeit finden.

Eine genauere Analyse, die auch das Geschlecht berücksichtigt, zeigt, dass diese Unterschiede zwischen den über- und unter-40-Jährigen nur bei den Männern bestehen (Abbildung 42). Bei den Frauen gibt es keine eindeutige Tendenz über die Altersgruppen. Zwar nimmt auch hier der Anteil der nicht abhängigen Raucher mit dem Alter ab, jedoch folgt der Anteil der geringfügig Abhängigen keiner Regelmäßigkeit.

<sup>24</sup> Eine Berechnung der Tabakabhängigkeitsprävalenz für alle Befragte aus diesen Angaben und dem Anteil der Raucher ergibt leicht abweichende Ergebnisse von den in Abbildung 38 ausgewiesenen Angaben. Dies ist in der vergleichsweise hohen Zahl von Missings bei der Summenbildung des PSCDI begründet.

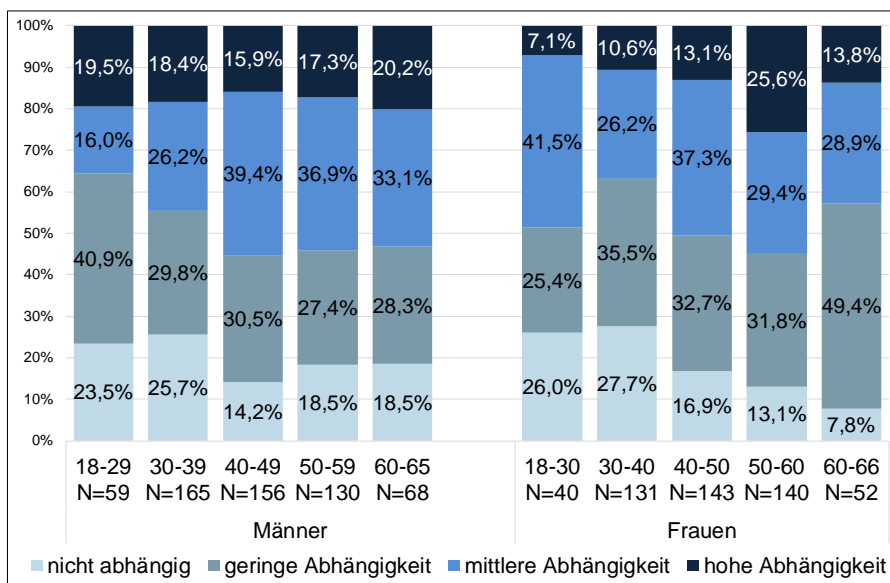
<sup>25</sup> Männliche und weibliche Raucher unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich ihres Grades der Abhängigkeit voneinander (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=2,405$ ,  $p=0,493$ )

Abbildung 41: Raucher nach Grad der Abhängigkeit und Alter<sup>26</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Aktuelle Raucher.

Abbildung 42: Raucher nach Grad der Abhängigkeit, Geschlecht und Alter<sup>27</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Raucher.

Im Folgenden wird die Prävalenz der Tabakabhängigkeit erneut auf alle Befragte bezogen. Abbildung 43 zeigt, dass die Prävalenz der Tabakabhängigkeit mit dem Alter zunimmt, von 12 Prozent in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen über 17 Prozent in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen bis zu 19 Prozent in der Gruppe der 60- bis 65-

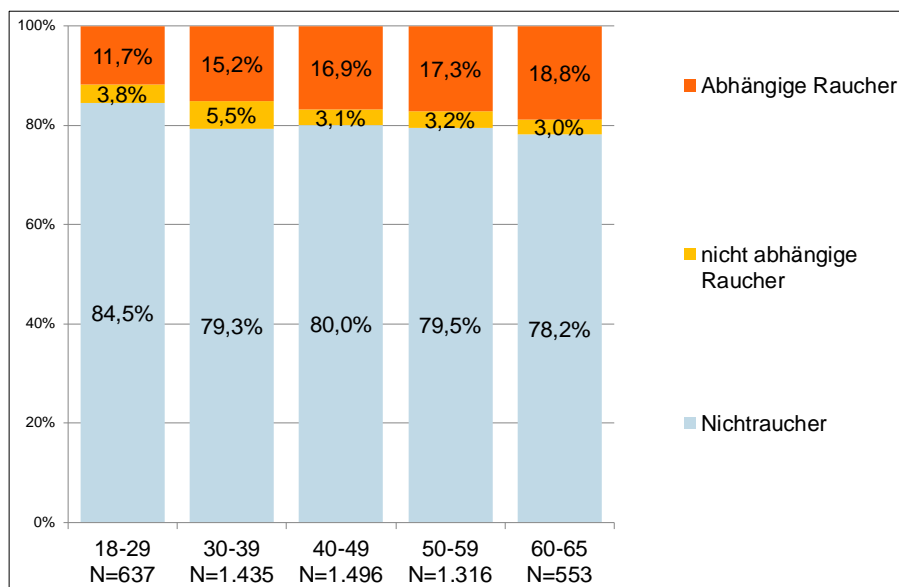
**Die Prävalenz der Tabakabhängigkeit nimmt mit dem Alter leicht zu**

<sup>26</sup> Scheffé-Prozedur: Die Altersgruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihres Grades der Abhängigkeit.

<sup>27</sup> Scheffé-Prozedur: Weder männliche noch weibliche Raucher zeigen hinsichtlich des Grades der Abhängigkeit einen signifikanten Altersgang.

Jährigen. Dieser – nur schwach ausgeprägte – Altersgang der Tabaksucht liegt einerseits darin, dass der Anteil der Nichtraucher mit dem Alter leicht abnimmt. Andererseits am Anteil der nicht abhängigen Raucher, der mit dem Alter tendenziell abnimmt.

Abbildung 43: Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Tabakabhängigkeit und Alter<sup>28</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: alle Beschäftigten.

Der Altersgang der Tabakabhängigkeit ist nicht in beiden Geschlechtern eindeutig gegeben (Abbildung 44). Für die männlichen Beschäftigten gilt: In der jüngste Altersgruppe (die unter 30-Jährigen) ist die Tabakabhängigkeit mit 14 Prozent am wenigsten verbreitet, bei den über 60- bis 65-Jährigen dagegen ist die Prävalenz der Tabakabhängigkeit mit 19 Prozent am höchsten.

Bei den weiblichen Beschäftigten ist ein eher kontinuierlicher Anstieg der Tabakabhängigkeit mit dem Alter zu beobachten. Lediglich von der zweitältesten auf die älteste Altersgruppe steigt der Anteil tabakabhängiger Arbeitnehmerinnen nicht weiter an.

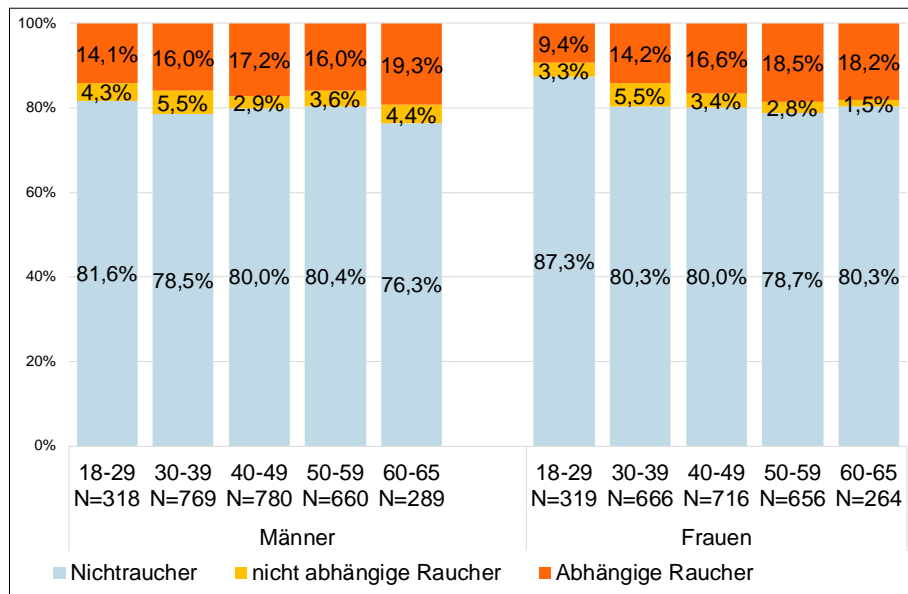
**Die 18-bis 29-jährigen Frauen sind die am wenigsten von Tabaksucht betroffene Alters- und Geschlechtsgruppe**

Der Vergleich von Männern und Frauen nach Altersgruppen zeigt bzgl. der Tabakabhängigkeit auch, dass jüngere Frauen am wenigstens von der Tabakabhängigkeit betroffen sind, und dass Männer und Frauen mit zunehmendem Alter tendenziell immer ähnliche Quoten Tabakabhängiger aufweisen.

<sup>28</sup> Scheffé-Prozedur: Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang des Anteils Tabakabhängiger mit dem Alter.



Abbildung 44: Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Tabakabhängigkeit, Geschlecht und Alter<sup>29</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: alle Beschäftigten.

Steht die Tabakabhängigkeit mit Bedingungen der Arbeit und des Arbeitsverhältnisses in Zusammenhang? Dies soll im Folgenden mit Bezug zu Belastungen und Ressourcen geprüft werden. Unter Belastungen sind dabei im Sinne der Arbeitswissenschaft und Arbeitspsychologie „objektive, von außen her auf den Menschen einwirkende Größen und Faktoren“ zu verstehen (Rohmert und Rutenfranz 1975, zit. nach Ulich 2011: 471). Zur Belastung gehört theoretisch die so genannte Beanspruchung, d. h. die Auswirkung einer Belastung im Menschen und auf den Menschen.

**Arbeitsbedingungen und Tabakabhängigkeit**

Der Begriff der Belastung ist – im Unterschied zum Alltagsverständnis – nicht prinzipiell negativ gemeint. Vielmehr kann eine Belastung sowohl eine angenehme Herausforderung sein, deren Bewältigung förderliche Effekte auf einen Beschäftigten hat. Sie kann aber auch bei zu intensiver oder zu langer Belastung überfordernd sein und zu einer Fehlbeanspruchung führen (Marschall und Barthelmes 2016: 2, Normenausschuss Ergonomie (FNErg) im DIN 2000: 5). Ein häufiges Erleben negativer Beanspruchungsfolgen kann zu Beschwerden, Erkrankungen, Fehlzeiten oder auch vermehrtem Tabak- und Alkoholkonsum führen (Ulich 2011: 472).

**Begriff Belastung**

Ressourcen tragen durch Minderung von Fehlbeanspruchung und durch Reduktion von Belastungen zur Gesundheit bei. Sie können außerdem negative Wirkungen von Belastungen „abpuffern“ und stimulieren einen motivationalen Prozess, der zu positiven Beanspruchungsfolgen, wie z. B. erhöhte Motivation, persönliche Entwicklung und Förderung der Gesundheit führt (Göpfert 2012: 16, Marschall und Barthelmes 2016: 3f.). Es wird angenommen, dass Ressourcen Ein-

**Begriff Ressourcen**

<sup>29</sup> Scheffé-Prozedur: Bei den Männern zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang des Anteils der Tabakabhängigen mit dem Alter.

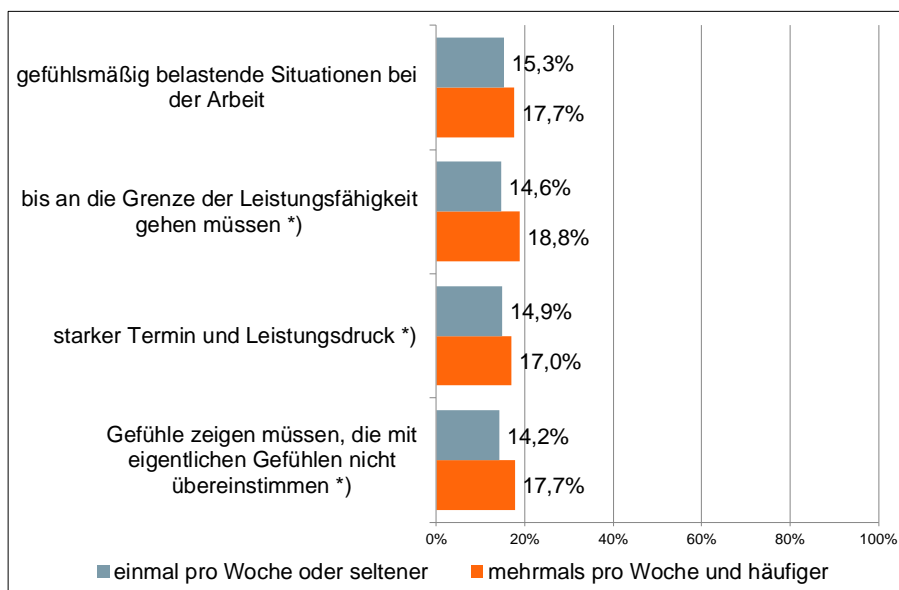
Bei den Frauen zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang des Anteils der Tabakabhängigen mit dem Alter.

fluss sowohl auf das Ausmaß unmittelbarer Beanspruchungsfolgen (z. B. Stress) als auch auf langfristige Beanspruchungsfolgen wie z. B. gesundheitliche Beschwerden nehmen (z. B. Lohmann-Haislah 2012: 68). Untersuchungen wie z. B. der Stressreport der BAUA, aber auch die Analysen der DAK-Gesundheitsreporte können vielfach Assoziationen zwischen Ressourcen und Belastungen einerseits und Beanspruchungsfolgen andererseits zeigen.<sup>30</sup> Diese Vorüberlegungen legen nahe, den Zusammenhang von Belastungen und Ressourcen mit Tabakabhängigkeit zu prüfen. Abbildung 45 zeigt den Anteil der Tabakabhängigen an allen Beschäftigten, und unterscheidet dabei nach Beschäftigten mit stärkerer Belastung im Unterschied zu Beschäftigten mit geringerer Belastung bei der Arbeit. Stärkere bzw. geringere Belastung meint: Beschäftigte erleben die Belastung häufig (mindestens mehrmals pro Woche) oder selten (einmal pro Woche oder seltener).

**Eine stärkere Belastung geht mit einer höheren Tabaksuchtprävalenz einher**

Stärker belastete Beschäftigte haben entlang aller hier abgefragten Belastungen zu höheren Anteilen eine Tabakabhängigkeit. Zum Beispiel sind Beschäftigte, die häufiger bis an die Grenze der Leistungsfähigkeit gehen müssen, zu 19 Prozent tabakabhängig, Beschäftigte, die seltener an die Grenze gehen, nur zu 15 Prozent. Beschäftigte, die häufiger Gefühle zeigen müssen, die mit den tatsächlichen Gefühlen nicht übereinstimmen, sind zu 18 Prozent tabakabhängig, Beschäftigte, die dies seltener müssen, zu nur 14 Prozent. Diese Belastung haben typischerweise Beschäftigte, die mit Kunden zu tun haben.

Abbildung 45: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Belastungen bei der Arbeit<sup>31</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. \*) markiert signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat-Test auf 5 % Niveau). N=5.344–5.412.

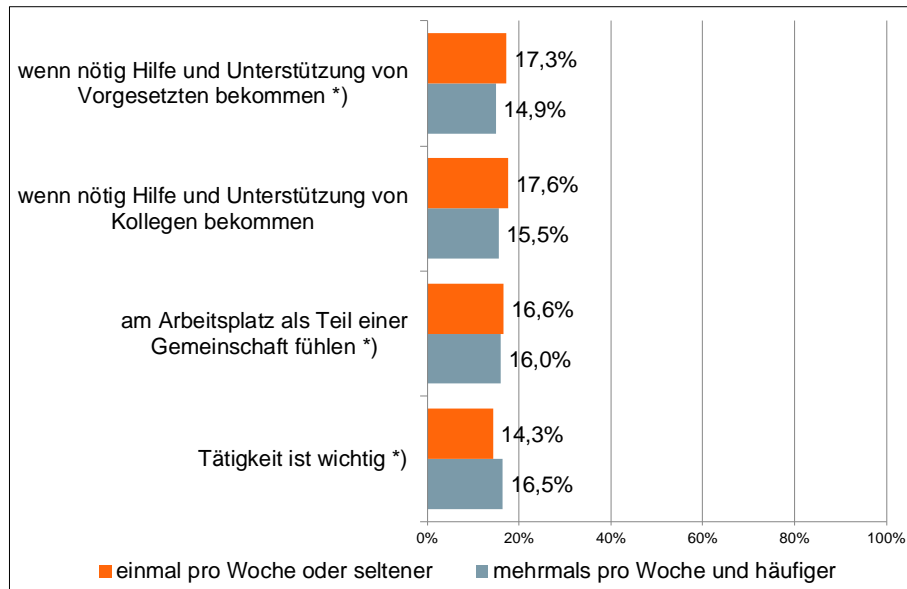
<sup>30</sup> Zuletzt wurde der Zusammenhang zwischen Rückenschmerzen und Arbeitsbedingungen wie Arbeiten in unbequemer Körperhaltung, Termin- und Leistungsdruck oder Arbeiten an der Grenze der Leistungsfähigkeit gezeigt (Marschall et al. 2018: 92ff.). Im Gesundheitsreport 2017 konnte die Assoziation zwischen Schlafstörungen und Merkmalen der Arbeit (z. B. Samstagsarbeit) sowie zwischen Schlafstörungen und Arbeitsbelastungen (z. B. Termin- und Leistungsdruck, Arbeit mit Kunden, Arbeiten an der Grenze der Leistungsfähigkeit) gezeigt werden (z. B. Marschall et al. 2017: 87ff.).

<sup>31</sup> Tabakabhängige Beschäftigte sind gering, mittelgradig oder stark abhängige Raucher. Nicht tabakabhängige Beschäftigte setzen sich aus Nichtraucher sowie nicht abhängigen Rauchern zusammen.

Auch das Vorhandensein bzw. Fehlen von Ressourcen hängt mit der Tabaksuchtprävalenz zusammen, wie Abbildung 46 zeigt. Wer z. B. häufig Unterstützung vom Vorgesetzten erhält oder wer seine Tätigkeit als wichtig empfindet, ist im Durchschnitt seltener tabakabhängig, als jemand, der seltener Unterstützung durch Vorgesetzte erhält bzw. seine Tätigkeit seltener als wichtig ansieht.

**Das Fehlen von Ressourcen geht mit einer höheren Tabaksuchtprävalenz einher**

Abbildung 46: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Ressourcen bei der Arbeit<sup>32</sup>

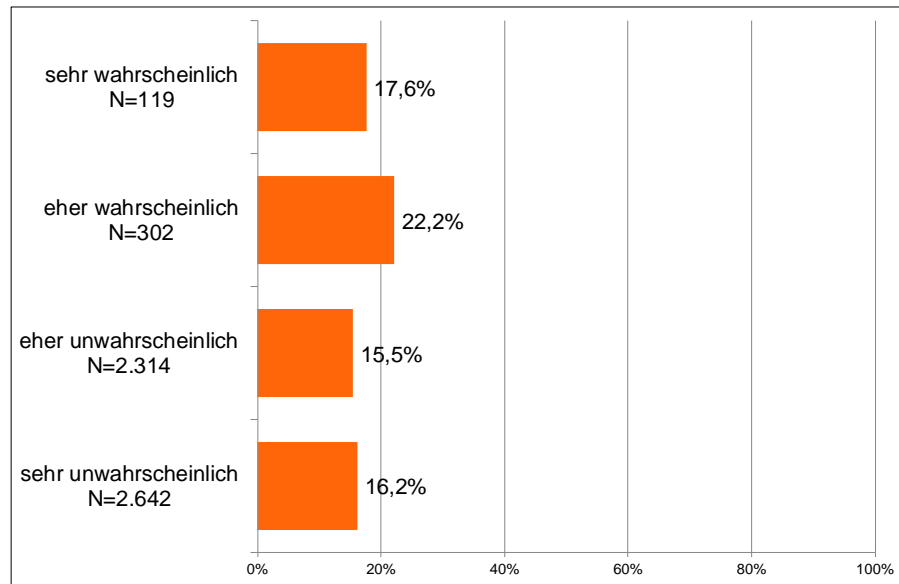


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N=5.344–5.412.

Assoziationen zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Tabakabhängigkeit (Abbildung 47) sowie zwischen der Anzahl Überstunden pro Woche und Tabakabhängigkeit (Abbildung 48) sind dagegen entweder schwach ausgeprägt oder schwer zu interpretieren. So sind zwar Beschäftigte, die es für eher wahrscheinlich halten, dass sie gegen ihren Willen ihren Arbeitsplatz verlieren, zu einem größeren Anteil tabakabhängig als Beschäftigte, die dies für unwahrscheinlich halten (22 Prozent zu 16 Prozent). Jedoch zeigt die Gruppe mit der höchsten Arbeitsplatzunsicherheit wieder eine kaum erhöhte Tabaksuchtprävalenz (18 Prozent). Der Zusammenhang zwischen Überstunden und Tabaksucht verläuft eher U-förmig, d. h. Beschäftigte mit keinen oder wenigen Überstunden und Beschäftigte mit vielen oder sehr vielen Überstunden zeigen eine höhere Suchtprävalenz als Beschäftigte mit einem mittleren Ausmaß an Überstunden (Abbildung 48).

<sup>32</sup> Tabakabhängige Beschäftigte sind gering, mittelgradig oder stark abhängige Raucher. Nicht tabakabhängige Beschäftigte setzen sich aus Nichtraucherern sowie nicht abhängigen Rauchern zusammen.

Abbildung 47: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Arbeitsplatzsicherheit (Wahrscheinlichkeit, den Arbeitsplatz zu verlieren)<sup>33 34</sup>

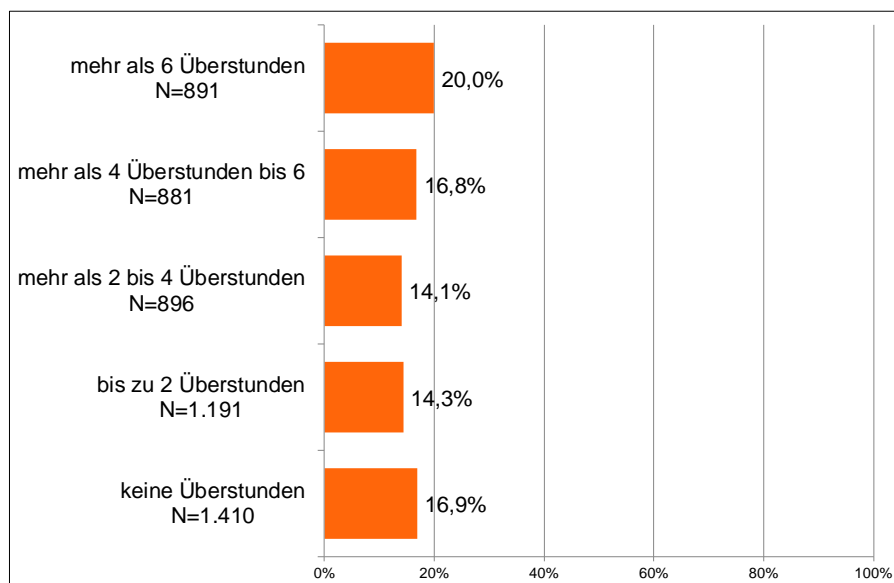


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte. Fragewortlaut der Frage nach der Arbeitsplatzsicherheit: „Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie gegen Ihren Willen Ihren jetzigen Arbeitsplatz verlieren?“

<sup>33</sup> Tabakabhängige Beschäftigte sind gering, mittelgradig oder stark abhängige Raucher. Nicht tabakabhängige Beschäftigte setzen sich aus Nichtrauchern sowie nicht abhängigen Rauchern zusammen.

<sup>34</sup> Die Unterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=9,041$ ,  $p=0,029$ ).

Abbildung 48: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Überstunden (pro Woche)<sup>35 36</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

„Die Tabak- bzw. Nikotinsucht hat vor allem in den manuellen Berufen (wie Baugewerbe, Gastronomie oder Pflegeberufen) nach wie vor eine Bedeutung – also in den Berufen mit der höchsten Raucherquote“

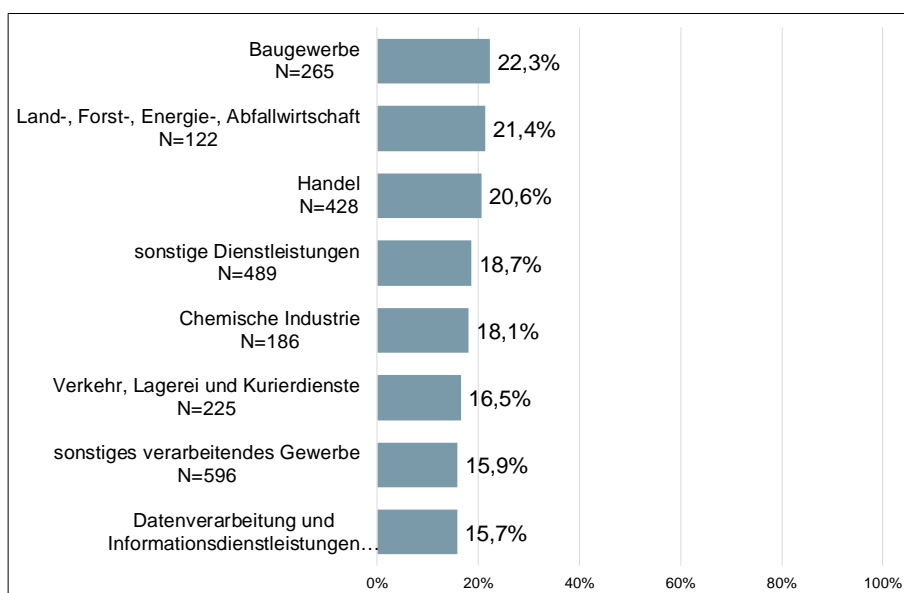
**Dr. Martina Pötschke-Langer, Vorsitzende des Aktionsbündnis Nichtraucher sowie Mitglied und stellvertretende Sprecherin des Wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen**

Die Tabakabhängigkeitsprävalenz nach Branchen zeigen Abbildung 49 und Abbildung 50. Trotz der großen Gesamtstichprobe ist die Unsicherheit dieser Analyse wegen der geringen Fallzahl für die meisten Branchen groß, was sich an weiten Konfidenzintervallen um die Branchen-Anteilswerte zeigt. Sehr deutlich stechen dennoch zwei Branchen heraus: Das Baugewerbe, das einen signifikant höheren Anteil von Tabakabhängigen beschäftigt als der Durchschnitt über alle Wirtschaftszweige (22 zu 16 Prozent). Zudem die Banken und Versicherungen, deren Beschäftigte signifikant deutlich unterdurchschnittlich tabakabhängig sind (10 Prozent zu 16 Prozent).

<sup>35</sup> Tabakabhängige Beschäftigte sind gering, mittelgradig oder stark abhängige Raucher. Nicht tabakabhängige Beschäftigte setzen sich aus Nichtrauchern sowie nicht abhängigen Rauchern zusammen.

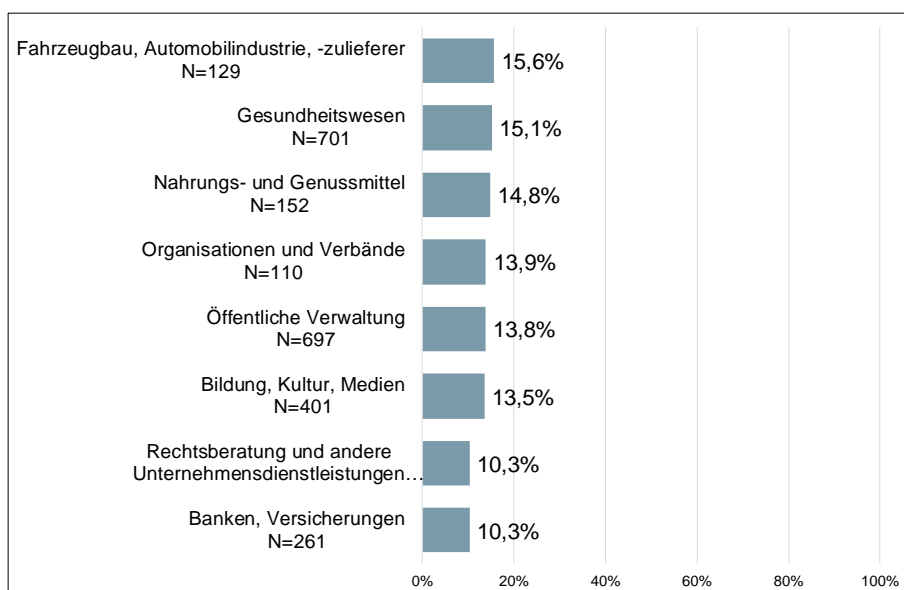
<sup>36</sup> Die Unterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=23,667$ ,  $p=0,000$ ).

Abbildung 49: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Branche (1/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Abbildung 50: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Branche (2/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

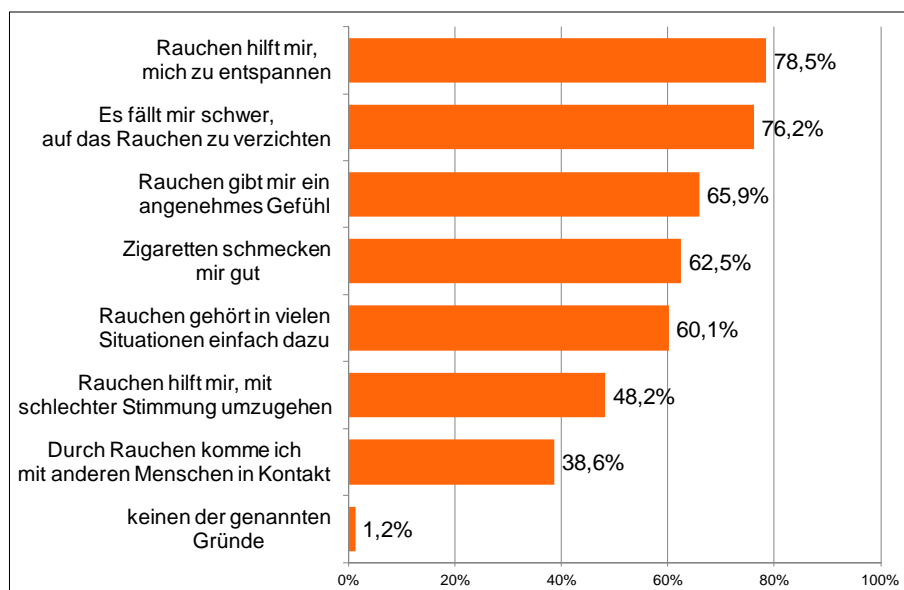
### 5.4.6 Gründe für das Rauchen

- Grund Nr. 1: Hilfe zur Entspannung**
- Grund Nr. 2: nicht auf das Rauchen verzichten können**

Welche Gründe geben Raucher dafür an, dass sie rauchen? Gemessen am Anteil der „trifft-zu“-Antworten stehen zwei Gründe an erster und zweiter Stelle: Hilfe zur Entspannung (79 Prozent) sowie Schwierigkeiten, auf das Rauchen zu verzichten (76 Prozent). Demnach wissen viele Raucher zumindest zu einem Grad von ihrer Abhängigkeit. Zwei Drittel der Raucher geben als Grund an, dass das Rauchen ihnen ein angenehmes Gefühl gibt, 63 Prozent geben an, dass Zigaretten ihnen gut schmecken. Dass Rauchen in vielen Situationen „einfach dazu gehört“, ist für 60 Prozent der Raucher ein Grund. Die vorgegebene Liste der Gründe enthielt offenbar für fast alle Raucher min-

destens einen für sie zutreffenden Grund, das zeigt der Anteil von nur einem Prozent, der keinen der Gründe als zutreffend angibt.

Abbildung 51: Gründe für das Rauchen



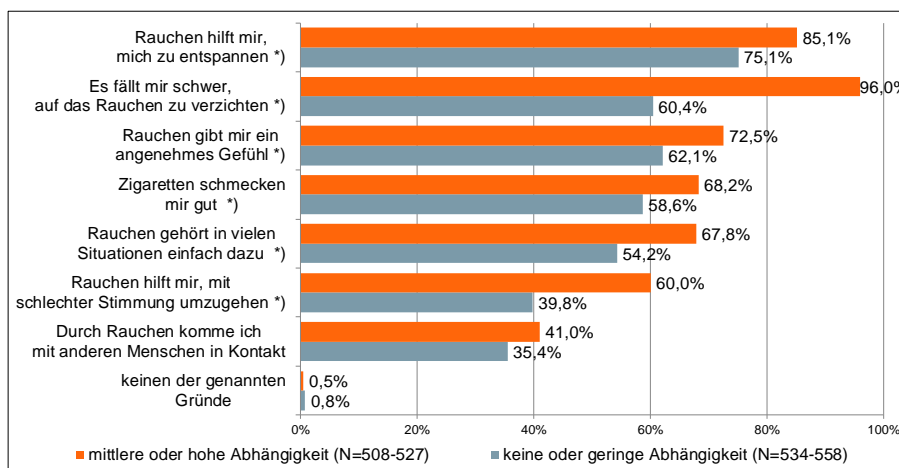
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: aktuelle Raucher. N=1.185–1.244.

Je abhängiger Raucher sind, umso mehr Gründe geben sie für das Rauchen an und umso mehr ist ihnen selbst bewusst, dass sie nicht ohne Weiteres auf das Rauchen verzichten können. Abbildung 52 unterscheidet nicht oder geringgradig abhängige Raucher von mittelgradig oder stark abhängigen Rauchern und stellt die Gründe dieser beiden Gruppen im Vergleich dar. Nur für die nicht oder wenig abhängigen Raucher steht der Grund der Entspannung an erster Stelle. Die mittelgradig oder stark abhängigen Raucher geben am häufigsten als Grund an: „Es fällt mir schwer, auf das Rauchen zu verzichten“. Fast alle (96 Prozent) dieser Gruppe geben diesen Grund an.

Stärker abhängige Raucher geben alle Gründe häufiger an als nicht oder schwach abhängige Raucher. Bei zwei Gründen ist diese Differenz besonders groß: „Es fällt mir schwer, auf das Rauchen zu verzichten“ und „Rauchen hilft mir mit schlechter Stimmung umzugehen“.

**Je abhängiger Raucher sind, umso eher wissen sie, dass sie nicht ohne Weiteres auf das Rauchen verzichten können**

Abbildung 52: Gründe für das Rauchen. Vergleich zwischen stärker und schwächer abhängigen Rauchern



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Aktuelle Raucher. Signifikante Unterschiede sind durch \*) markiert.

### 5.4.7 Rauchen und Arbeitswelt

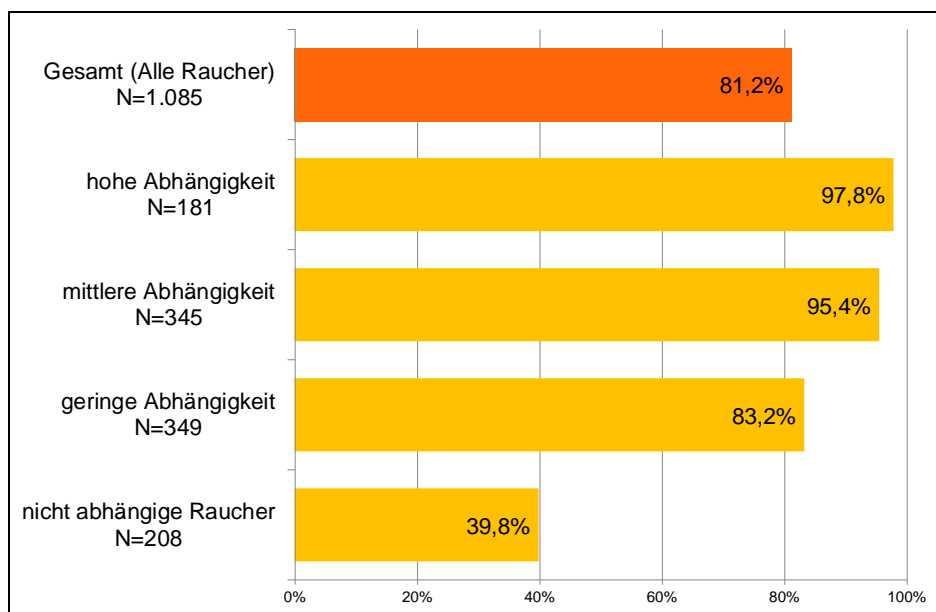
Rauchen am Arbeitsplatz, d. h. in Büros, Werkshallen, Geschäften etc. ist in den letzten Jahren stark zurückgedrängt worden. Lediglich in bestimmten Gaststätten in einigen Bundesländern wird noch in stärkerem Ausmaß am Arbeitsplatz geraucht. In welchem Ausmaß rauchen Beschäftigte in Arbeitspausen und während der Arbeit und wie steht dies mit der Tabakabhängigkeit in Zusammenhang?

**Raucher mit einer mittleren und starken Abhängigkeit rauchen praktisch alle in Arbeitspausen**

81 Prozent der Raucher rauchen in Arbeitspausen. Dabei gilt: je höher der Grad der Abhängigkeit der Raucher, umso mehr rauchen sie in Arbeitspausen. Nicht abhängige Raucher rauchen nur zu 40 Prozent in Arbeitspausen – dieser Anteil nimmt mit dem Grad der Abhängigkeit zu. Schon Raucher mit einem geringen Grad der Abhängigkeit rauchen zu 83 Prozent in Arbeitspausen. Raucher mit einer mittelgradigen Abhängigkeit und stark abhängige Raucher rauchen praktisch alle in Arbeitspausen (95 bzw. 98 Prozent) (Abbildung 53).



Abbildung 53: Rauchen in Arbeitspausen nach Grad der Tabakabhängigkeit<sup>37</sup>



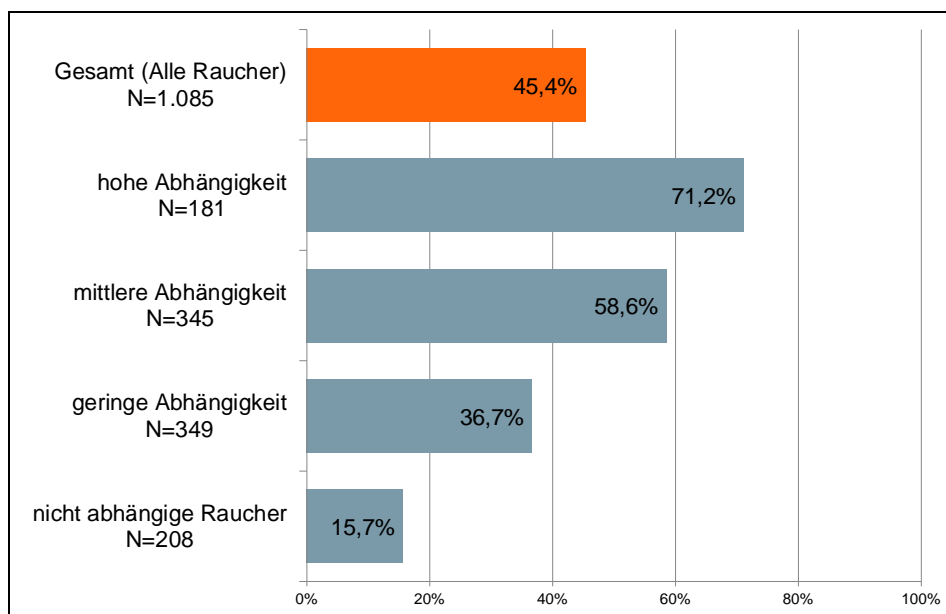
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: aktuelle Raucher. Fragewortlaut: „Rauchen Sie in Arbeitspausen, z. B. in der Mittagspause?“

„Die Bedeutung der Tabaksucht im Arbeitsleben schätze ich als mittelhoch ein. Sie führt zum Ausfall von Arbeitszeit durch Rauchpausen (wo dies betrieblich möglich ist), zu einem höheren Krankenstand und zu geringerer Arbeitsleistung zwangsabstinenter Raucher.“

**Dr. Dieter Geyer, Präsident der Deutschen Suchtmedizinische Gesellschaft**

Nicht ganz die Hälfte der Raucher (45 Prozent) raucht nicht nur während der Arbeitspausen, sondern auch während der Arbeitszeit (also explizit außerhalb von Pausen). Auch dieser Anteil steigt mit dem Grad der Abhängigkeit: Schon geringgradig abhängige Raucher rauchen bereits zu 37 Prozent auch während der Arbeitszeit, mittelgradig abhängige Raucher zu 59 Prozent und stark abhängige Raucher zu 71 Prozent (Abbildung 54).

<sup>37</sup> Die Unterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=313,705$ ,  $p=0,000$ ).

Abbildung 54: Rauchen während der Arbeitszeit nach Grad der Tabakabhängigkeit<sup>38</sup>

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: aktuelle Raucher. Fragewortlaut: „Rauchen Sie während der Arbeit (also außerhalb von Pausen)?“

**Je höher der Grad der Tabakabhängigkeit, umso mehr Krankmeldungen**

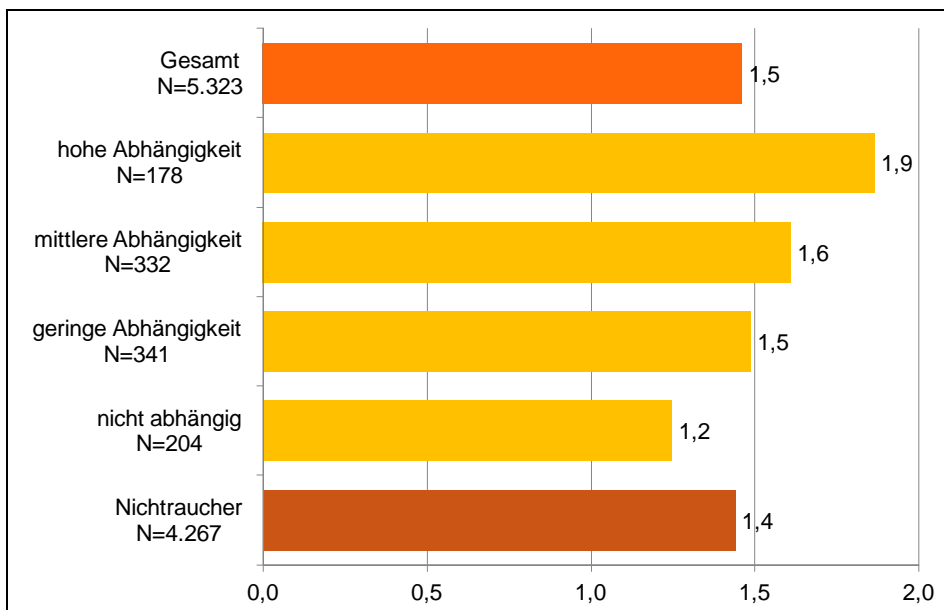
Mit dem Grad der Tabakabhängigkeit steigt die Anzahl der Krankmeldungen. Während Nichtraucher im Schnitt 1,4 Krankmeldungen pro Jahr angeben, geben stark abhängige Raucher 1,9 Krankmeldungen pro Jahr an. Auch mittelgradig abhängige Raucher haben eine überdurchschnittliche Zahl von Krankmeldungen: 1,6 pro Jahr. Raucher, die nur geringgradig tabakabhängig sind, weisen nur eine geringfügig erhöhte Anzahl Krankmeldungen im Vergleich zu Nichtrauchern auf (1,5).

Eine besondere Gruppe scheinen die nicht abhängigen Raucher zu sein, sie geben nur 1,2 Krankmeldungen pro Jahr an. Hieraus kann nicht geschlossen werden, dass nicht abhängiges (Gelegenheits-) Rauchen die Gesundheit fördert. Vielmehr ist anzunehmen, dass diese Gruppe bestimmte Eigenschaften hat, die zu weniger Krankmeldungen führen.

Generell ist hier darauf hinzuweisen, dass weder das querschnittliche Studiendesign noch die bivariate Analyse eine kausale Zuschreibung erlauben. Insbesondere wird es hier gelten, dass ein höherer Grad der Abhängigkeit mit einem erhöhten Konsum an Zigaretten einhergeht und dies zu einer schlechteren Gesundheit der mittelgradig und stärker abhängigen Raucher führt.

<sup>38</sup> Die Unterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=157,587$ ,  $p=0,000$ ).

Abbildung 55: Durchschnittliche Anzahl Krankmeldungen in den letzten 12 Monaten nach Raucherstatus bzw. Grad der Abhängigkeit<sup>39</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte.

„Nikotinabhängigkeit bleibt ein maßgeblicher Faktor für erhöhte Morbidität und damit indirekt für Fehltage, ist aber im Gegensatz zu Alkohol aufgrund der fehlenden konsumbedingten unmittelbaren Beeinträchtigungen primär bedeutsam im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.“

**Dr. Gallus Bischof, Psychologischer Psychotherapeut am Universitätsklinikum Berlin Campus Lübeck**

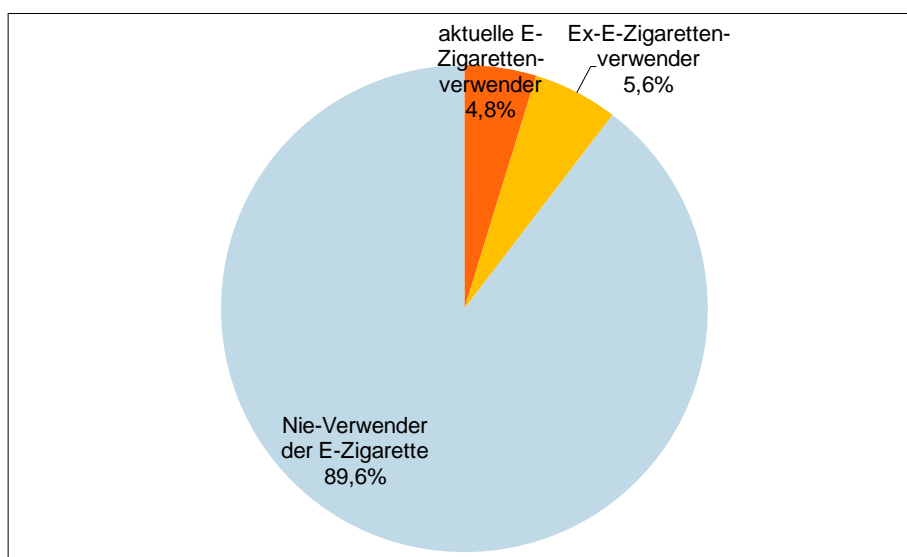
#### 5.4.8 E-Zigarette („Dampfen“): Prävalenz der Verwendung und der Abhängigkeit bei Beschäftigten sowie Folgen für die Arbeitswelt

##### 5.4.8.1 Verbreitung der E-Zigarette

Unter den befragten Beschäftigten verwenden 4,8 Prozent aktuell eine E-Zigarette, entweder regelmäßig oder gelegentlich. Sie sind „Dampfer“, wie sich E-Zigaretten-Verwender häufig selbst bezeichnen. Weitere 5,6 Prozent dampften in der Vergangenheit, haben aber mittlerweile aufgehört. Die große Mehrheit von 90 Prozent hat dagegen keine Erfahrung mit der E-Zigarette. (Abbildung 56).

<sup>39</sup> Die Unterschiede sind nicht signifikant (Varianzanalyse mit  $\alpha=5\%$ :  $F=1,587$ ;  $p=0,175$ ).

Abbildung 56: Beschäftigte nach Verwendung E-Zigarette



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N=5.600.

#### Dampfer sind entweder Raucher oder Ex-Raucher

Die aktuellen E-Zigaretten-Verwender sind fast ausschließlich entweder aktuelle Raucher oder ehemalige Raucher: 56 Prozent der E-Zigaretten-Verwender („Dampfer“) rauchen – diese Gruppe wird auch Dual-Konsumierende genannt. 41 Prozent der Dampfer sind ehemalige Raucher. Bei dieser Gruppe könnte es sich um Umsteiger handeln, die zwar nicht gänzlich auf Nikotin verzichten wollen oder können, sich aber einen gesundheitlichen Nutzen durch den Umstieg versprechen. Näheres hierzu werden die Gründe zeigen, aus denen die Dampfer zur E-Zigarette greifen<sup>40</sup> (Abbildung 57).

#### Mehr als zwei Drittel der Ex-Dampfer sind Raucher

Die Gruppe der ehemaligen E-Zigaretten-Verwender (E-Dampfer) besteht zu einem noch größeren Anteil aus aktuellen Rauchern: 68 Prozent der Ex-Dampfer sind aktuelle Raucher. Möglicherweise befinden sich hier viele Raucher darunter, die erfolglos einen Umstieg versucht haben. Die zweitgrößte Gruppe unter den Ex-Dampfern ist die der Ex-Raucher. Bei dieser Gruppe könnte es sich einerseits um Erwerbstätige handeln, die das Rauchen komplett aufgegeben haben und im Übergang zur vollständigen Abstinenz auf die E-Zigarette umgestiegen sind. Auch könnten sich in dieser Gruppe ehemalige Dual-Konsumierende befinden, die mittlerweile beides aufgegeben haben (Abbildung 57).

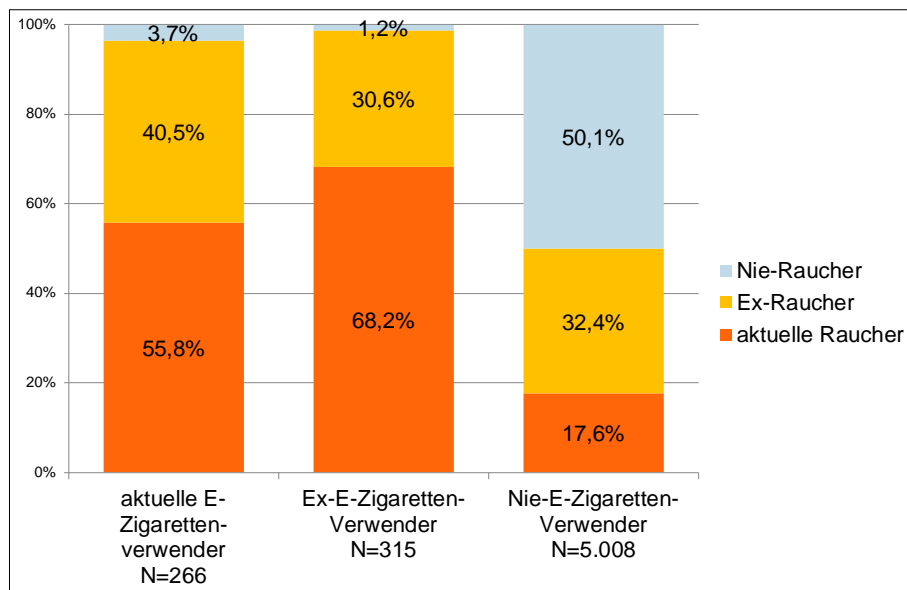
#### Nur sehr wenige Dampfer haben niemals geraucht

Nur vereinzelt finden sich unter den Dampfern Erwerbstätige, die niemals geraucht haben, und somit ohne eine Vorgeschichte des Rauchens bzw. des Nikotinkonsums zu Dampfern wurden: Knapp 4 Prozent der Dampfer hat noch nie geraucht (Abbildung 57). Diese Gruppe näher zu beleuchten wäre interessant, u. a. dahingehend, ob sie überhaupt Nikotin mit ihrem Liquid konsumieren (bzw. Tabak verdampfen) und aus welchen Gründen sie dampfen. Eine solche Betrachtung ist jedoch wegen der geringen Größe dieser Gruppe in der Stichprobe nicht möglich. Zwar liegt dem DAK-Gesundheitsreport eine sehr große Gesamtstichprobe zugrunde, hierin finden sich jedoch wegen der immer noch geringen Verbreitung des Dampfens nur vergleichsweise

<sup>40</sup> Diese werden in Abbildung 67 berichtet.

wenig Dampfer (N=267). Der sehr kleine Teil der Nie-Raucher in dieser Gruppe macht dann nur N=10 Befragte aus.

Abbildung 57: Beschäftigte nach Verwendung E-Zigarette und Raucherstatus<sup>41</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Wie sieht der Duale Konsum aus, wenn nicht die Dampfer, sondern die Raucher (sowie Ex- und Nie-Raucher) betrachtet werden? Zwar sind – wie zuvor gezeigt – viele Dampfer gleichzeitig Raucher, das Umgekehrte gilt jedoch nicht: Nur 12 Prozent der Raucher dampfen auch, sind also somit Dual-Konsumierende. Weitere 17 Prozent der Raucher sind ehemaliger Verwender der E-Zigarette. Unter den Ex-Rauchern sind die Anteile der aktuellen und ehemaligen Verwender der E-Zigarette noch geringer: 6 Prozent der Ex-Raucher dampfen, weitere 5 Prozent der Ex-Raucher sind gleichzeitig ehemalige Dampfer.

**Dual-Konsumierende:  
12 Prozent der Raucher  
dampfen**

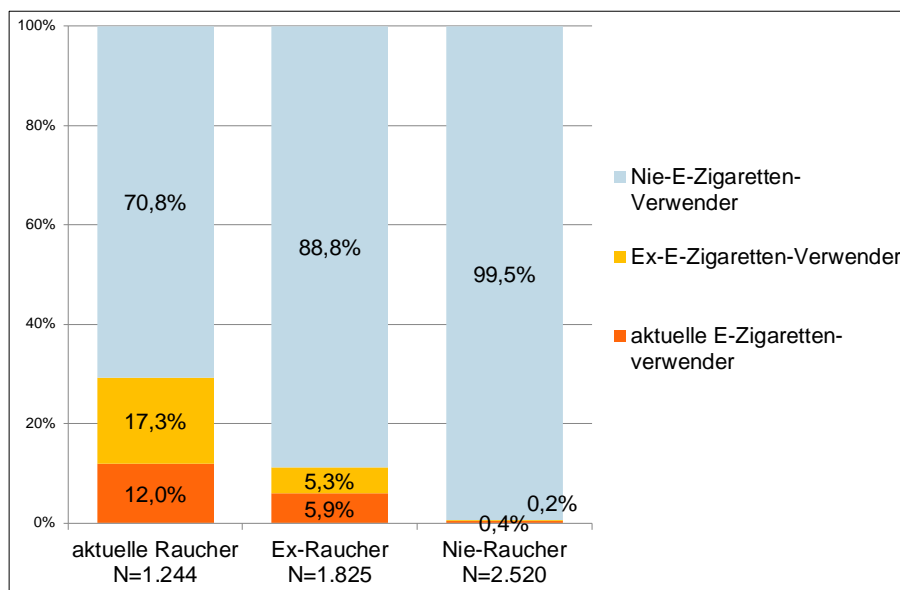
Wer nie geraucht hat, dampft auch nicht: In der Gruppe der Nie-Raucher sind nur 0,4 Prozent Dampfer und 0,2 Prozent Ex-Dampfer (Abbildung 58).<sup>42</sup>

**Wer nie geraucht hat,  
dampft auch nicht**

<sup>41</sup> Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=751,974$ ,  $p=0,000$ .

<sup>42</sup> Unter den aktuellen Dampfern unter den Nie-Rauchern dampfen 2 (auch) Tabak und 7 nur ein Liquid (also niemals Tabak). Von den 7 nur-Liquid Konsumenten konsumieren 5 niemals Nikotin, 2 gelegentlich (d. h. nicht täglich).

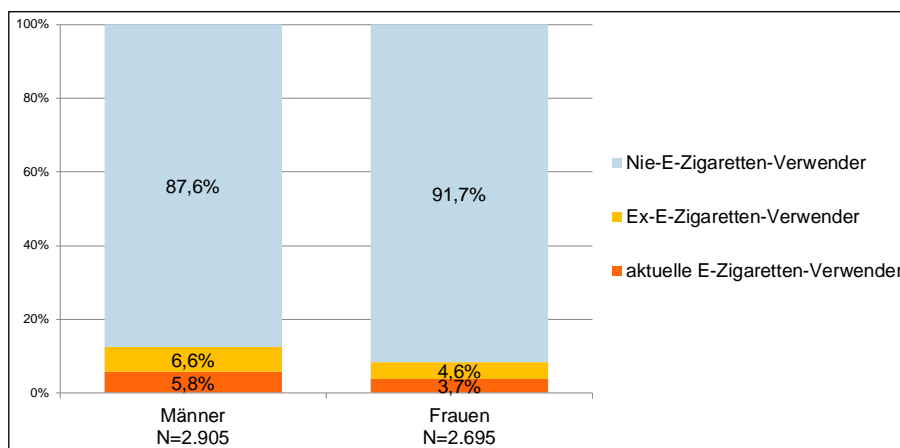
Abbildung 58: Beschäftigte nach Raucherstatus und Verwendung E-Zigarette<sup>43</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Männer dampfen zu einem etwas höheren Anteil als Frauen (6 zu 4 Prozent) und sind zu einem etwas höheren Anteil Ex-Dampfer (7 zu 5 Prozent). Dementsprechend ist der Anteil der Nie-Dampferinnen größer (92 zu 88 Prozent) (Abbildung 59).

Abbildung 59: Beschäftigte nach Geschlecht und Verwendung E-Zigarette<sup>44</sup>

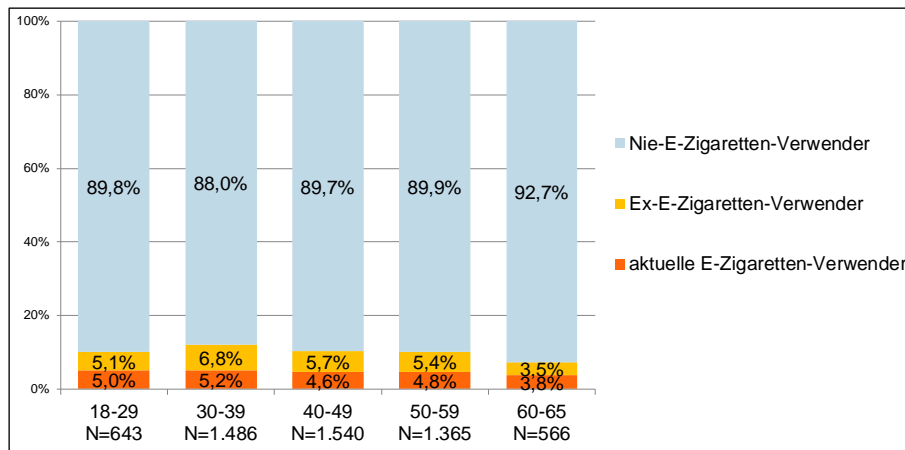


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

<sup>43</sup> Chi-Quadrat Test mit  $\alpha = 5\%$ :  $\chi^2 = 751,974$ ,  $p = 0,000$

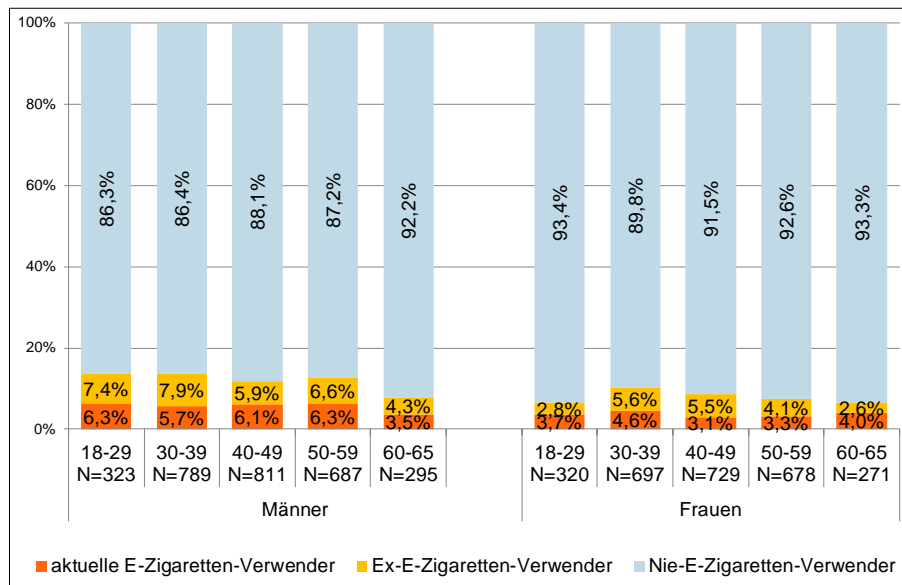
<sup>44</sup> Männer verwenden zu signifikant höheren Anteilen als Frauen E-Zigarette (Vgl. aktuelle E-Zigaretten-Verwender nach Geschlecht: Chi-Quadrat Test mit  $\alpha = 5\%$ :  $\chi^2 = 12,811$ ,  $p = 0,000$ ).

Abbildung 60: Beschäftigte nach Alter und Verwendung E-Zigarette<sup>45</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Abbildung 61: Beschäftigte nach Alter, Geschlecht und Verwendung E-Zigarette<sup>46</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Nicht alle E-Zigaretten-Konsumenten nehmen durch das Dampfen Nikotin auf, vielmehr gibt es Konsumenten, die lediglich ein Liquid mit Aroma dampfen.<sup>47</sup> Zudem fällt unter den Begriff der E-Zigarette auch der Tabakverdampfer, durch den nicht ein Liquid, sondern Tabak verdampft wird. Dieser enthält Nikotin.

<sup>45</sup> Scheffé-Prozedur: kein signifikanter Zusammenhang zwischen aktueller Verwendung E-Zigarette und Alter.

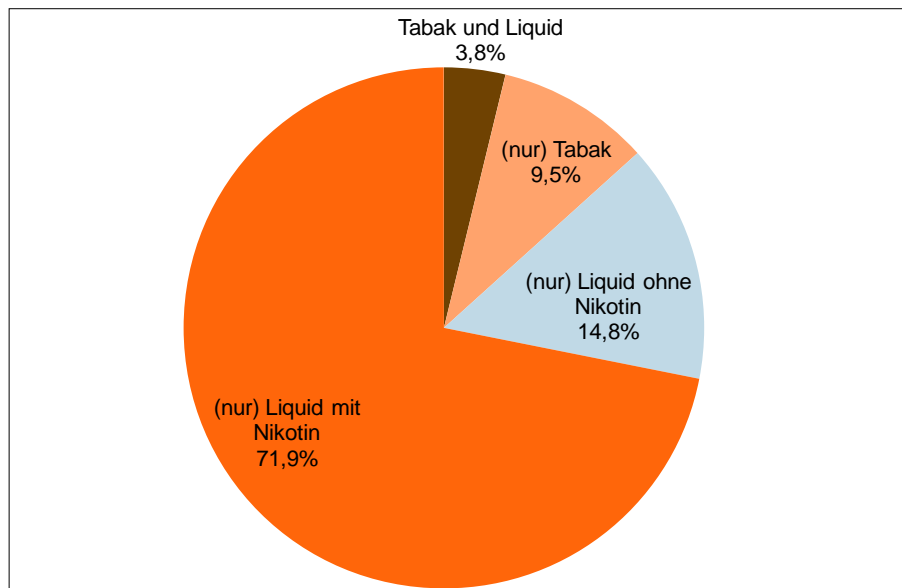
<sup>46</sup> Scheffé-Prozedur: Weder bei Männern noch Frauen zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem E-Zigaretten-Verwender-Anteil und dem Alter.

<sup>47</sup> In diesen Fällen wird auch von E-Shisha gesprochen, also das elektronische Pendant zu einer Wasserpfeife, in der auch häufig Tabak ohne Nikotin konsumiert wird.

### 85 Prozent der E-Zigaretten-Verwender konsumieren Nikotin

Aus Sicht des Nikotinkonsums lassen sich die E-Zigarettenverwender wie folgt einteilen (Abbildung 62): Insgesamt konsumieren 85 Prozent der E-Zigaretten-Verwender Nikotin. Die große Mehrheit der Dampfer konsumiert ein Nikotinhaltiges Liquid (72 Prozent). 10 Prozent verdampfen Tabak und 4 Prozent konsumieren sowohl (nikotinhaltiges) Liquid als auch Tabak. Demgegenüber konsumieren 15 Prozent der Dampfer ausschließlich Nikotin-freies Liquid.<sup>48</sup>

Abbildung 62: E-Zigarettenverwender nach Nikotinkonsum



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle E-Zigarettenverwender. N=263.

#### 5.4.8.2 Prävalenz der Abhängigkeit von der E-Zigarette

##### Penn State Electronic Cigarette Dependence Index (PSECDI)

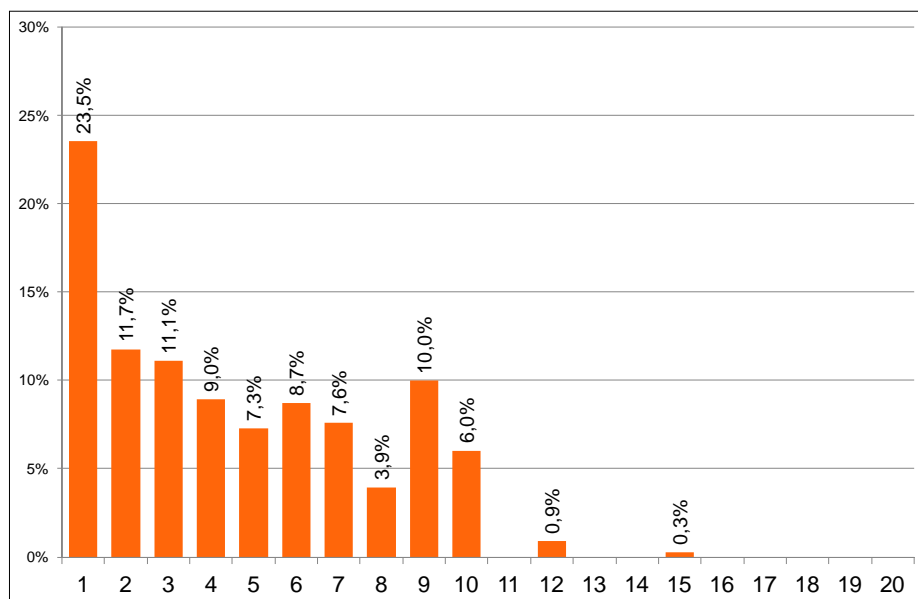
Wie stark sind die Dampfer von ihrer E-Zigarette abhängig? Analog zur Tabaksucht wurde auch für die E-Zigarettenverwender ein Befragungsinstrument eingesetzt, das den Grad der Abhängigkeit ermittelt: Der Penn State E-Cigarette Dependence Index, der analog zum Penn State Cigarette Dependence Index aufgebaut ist.

Abbildung 63 zeigt die Verteilung der Punktwerte, die der Einsatz des Instruments bei den E-Zigaretten-Verwendern ermittelt hat.

<sup>48</sup> Die Summe der Nikotin konsumierenden Dampfer wird auf Basis der Angaben in Abbildung 62 gebildet, nicht auf Basis der (gerundeten) Angaben im Text.



Abbildung 63: E-Zigaretten-Verwender nach Punktwert im Penn State E-Cigarette Dependence Index



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle E-Zigaretten-Verwender. N=216.

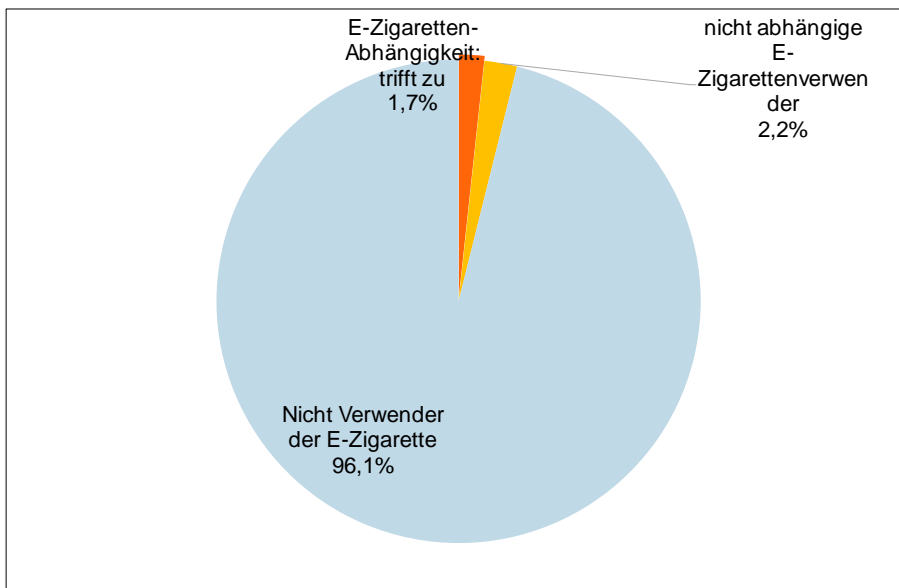
Wie auch der Penn State Cigarette Dependence Index hat auch der Penn State E-Cigarette Index eine Punktzahl zwischen 1 und 20 als Ergebnis, die sich wie folgt in Grade der Abhängigkeit übersetzt:

- 0–3 Punkte: keine Abhängigkeit,
- 4–8 Punkte: leichte Abhängigkeit,
- 9–12 Punkte: mittlere Abhängigkeit und
- 13–20 Punkte: hohe Abhängigkeit.

Die Verbreitung der Nikotinsucht, soweit sie durch die E-Zigarette getragen wird, zeigt in Abbildung 64. 1,7 Prozent der Beschäftigten sind abhängig von der E-Zigarette. 2,2 Prozent der Beschäftigten sind nicht-abhängige E-Zigarettenverwender. Bei letzter Gruppe handelt es sich, wie weiter unten gezeigt wird, zum Teil um Raucher, die ggf. von der Zigarette abhängig sind. Gleiches gilt für die Nicht-Verwender der E-Zigarette, die zum Teil rauchen und dementsprechend zum Teil tabakabhängig sind.

**1,7 Prozent der Beschäftigten sind abhängig von der E-Zigarette**

Abbildung 64: Beschäftigte nach Verwendungsstatus E-Zigarette bzw. Nikotinabhängigkeit gemäß Penn State E-Cigarette Dependence Index



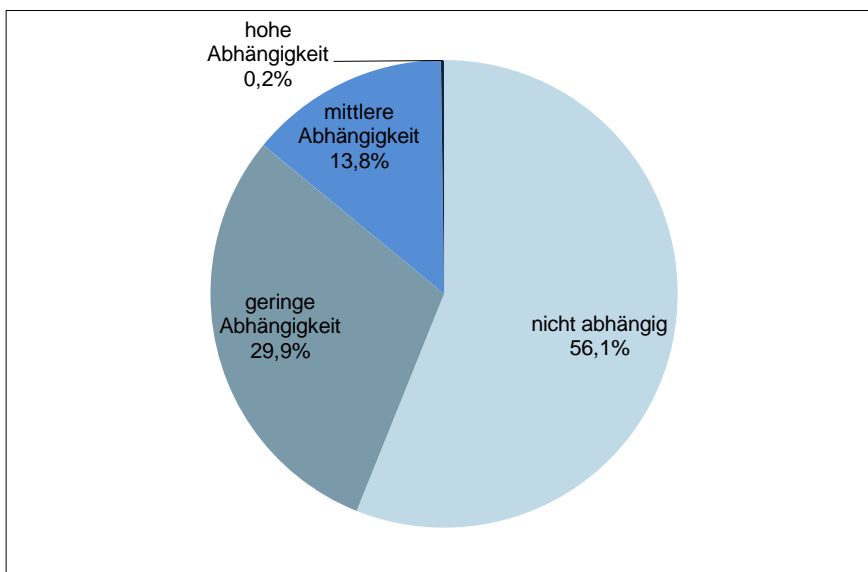
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N= 5.549.

**44 Prozent der E-Zigaretten-Verwender sind von ihr abhängig**

Ergänzend hierzu werden (nur) die Dampfer in Grade der Abhängigkeit eingeteilt, die jeweiligen Anteile beziehen sich also nur auf die E-Zigaretten-Verwender (Abbildung 65): Demnach ist gut die Hälfte der Dampfer (56,1 Prozent) nicht abhängig von der E-Zigarette. Für 30 Prozent ermittelt der Penn State-Index eine geringe Abhängigkeit, für weitere 13,8 Prozent eine mittlere Abhängigkeit. Eine hohe Abhängigkeit von der E-Zigarette zeigt dagegen praktisch keiner der befragten Dampfer.

Insgesamt sind also 44 Prozent der Dampfer zu einem wenigstens geringen Grad von der E-Zigarette abhängig.

Abbildung 65: E-Zigaretten-Verwender nach Grad der Abhängigkeit

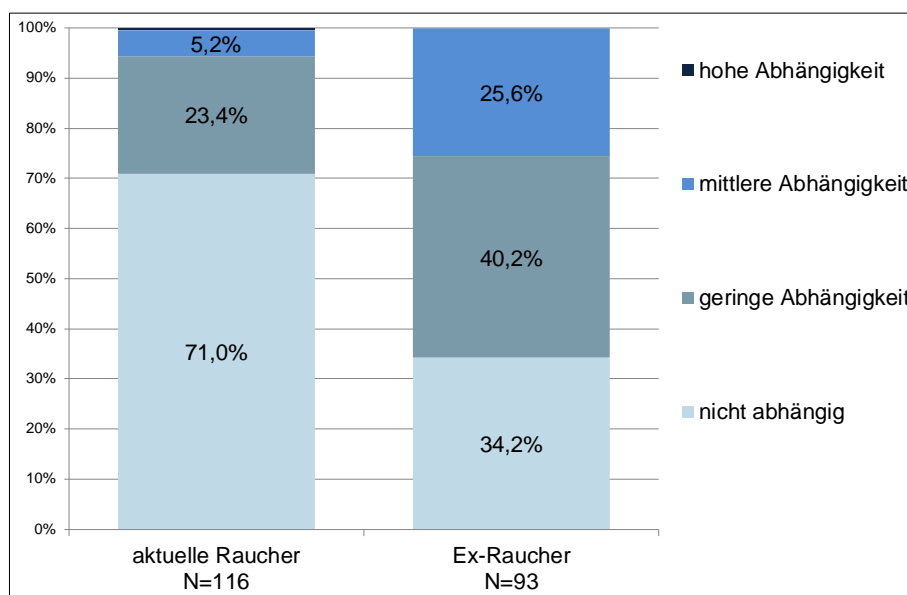


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle E-Zigaretten-Verwender. N=216.

Eine gewisse Problematik bei der Interpretation dieses Ergebnis stellt der Umstand dar, dass ein großer Teil der Dampfer gleichzeitig Raucher ist. Wenn diese „Dual-Konsumierenden“ ein Craving verspüren, bezieht sich das auf die Zigarette oder die E-Zigarette? Ebenso gilt für Entzugserscheinungen, dass unklar bleibt, ob diese durch den Verzicht auf die Zigarette oder die E-Zigarette verursacht werden und auch, wie die Befragten beim Ausfüllen des hiermit umgegangen sind. Es kann vermutet werden, dass Dual-Konsumierende Craving und Entzugserscheinungen in erster Linie auf die Zigarette beziehen und weniger oder gar nicht auf die E-Zigarette, weil letztere in ihrer eigenen Rauchgeschichte als auch in ihrem Abhängigkeitspotential sekundär zur Zigarette sein dürfte.

Im Folgenden wird daher der Grad der Abhängigkeit vom Dampfen nach Raucherstatus ausgewiesen (Abbildung 66). Tatsächlich zeigt sich, dass die Raucher unter den Dampfern weniger von der E-Zigarette abhängig sind als die Ex-Raucher – was darauf hindeutet, dass sich ihre Abhängigkeit in erster Linie auf die Zigarette bezieht. Bei 66 Prozent der ehemaligen Raucher, aber nur bei 29 Prozent der aktuellen Raucher, ermittelt der PSECDI einen wenigstens geringen Grad der Abhängigkeit.

Abbildung 66: Grad der Abhängigkeit von der E-Zigarette nach Raucherstatus<sup>49 50</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle E-Zigaretten-Verwender.

„Das Aufkommen der E-Zigarette verändert in unterschiedlicher Weise Erscheinungsform, Folgen und den betrieblichen Umgang mit der Nikotinsucht. Zum Teil findet ein Umstieg auf E-Zigarette bei Einstellung des Zigarettenkonsums statt, zum Teil reduzieren Beschäftigte den Zigarettenkonsum bei zusätzlichem Konsum der E-Zigarette.“

<sup>49</sup> Nie-Rauchende E-Zigaretten-Verwender werden nicht in die Analyse einbezogen, da ihre Zahl in der Stichprobe zu gering ist.

<sup>50</sup> Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=32,327$ ,  $p=0,000$

Der betriebliche Umgang mit E-Zigaretten einschließlich des Umgangs in therapeutischen Einrichtungen ist uneinheitlich, überwiegend bisher analog dem Umgang mit Zigarettenkonsum.“

**Dr. Thomas Kuhlmann, Chefarzt der psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach, Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen**

**26 Prozent der Dual-Konsumierenden sind von Zigarette und E-Zigarette abhängig**

Betrachtet man nur die Dualkonsumierenden, zeigt sich, dass diese vorrangig von der Zigarette abhängig sind. Die tabakabhängigen Dualkonsumierenden sind weit überwiegend nicht abhängig von der E-Zigarette, umgekehrt ist nur ein kleiner Teil der nicht tabakabhängigen Dualkonsumierenden abhängig von der E-Zigarette. 26 Prozent der Dualkonsumierenden zeigen eine Abhängigkeit mit Bezug auf Zigarette und E-Zigarette.

Tabelle 20: Dualkonsumierende nach Abhängigkeit von Zigarette und E-Zigarette

		E-Zigarette	
		nicht abhängig	abhängig
Zigarette	nicht abhängig	9%	2%
	abhängig	63%	26%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Dual-Konsumierende. N=102. Als abhängig wurden alle zusammengefasst, die einen wenigstens geringen Grad der Abhängigkeit aufweisen.

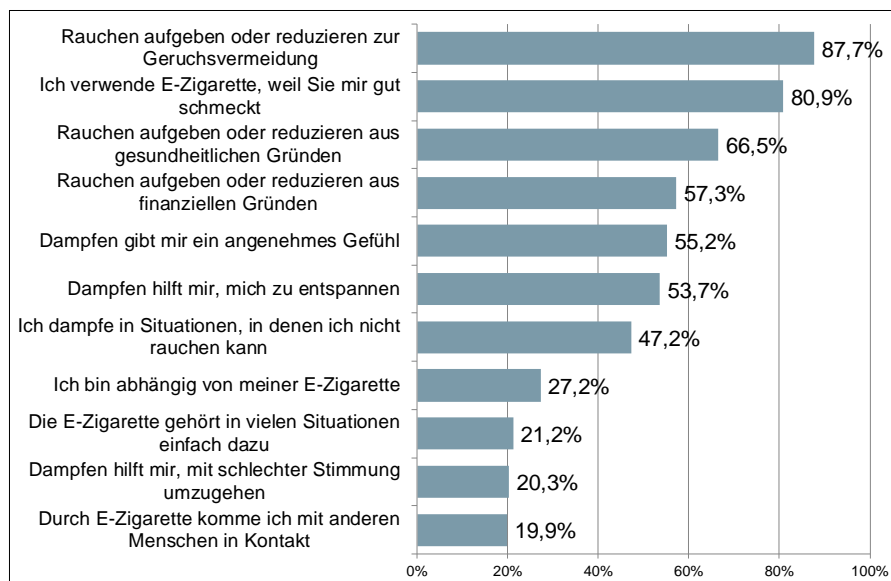
**17,0 Prozent der Beschäftigten sind tabak- bzw. nikotinabhängig**

Werden abhängige Raucher und abhängige Dampfer gemeinsam betrachtet, um die Prävalenz der Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit anzugeben, ergibt sich ein Anteil von 17,0 Prozent, der entweder von der Zigarette oder von der E-Zigaretten abhängig ist, oder auf den beides zutrifft (ohne Abbildung).

**5.4.8.3 Gründe der E-Zigarettenverwender**

Abbildung 67 zeigt mögliche Gründe für die Verwendung der E-Zigarette. Angegeben ist der Anteil der Dampfer, der den jeweiligen Grund als zutreffend angegeben hat. Die Frage ließ Mehrfachnennungen zu, so dass sich die Anteile auf weit mehr als 100 Prozent aufsummieren. Häufigster Grund für die E-Zigaretten-Verwendung ist die Aufgabe oder Reduktion des Rauchens zur Geruchsvermeidung. 88 Prozent der „Dampfer“ geben diesen Grund als für sie zutreffend an. 81 Prozent der Dampfer geben an, dass sie aus geschmacklichen Gründen E-Zigarette verwenden. Gesundheitliche Gründe kommen erst an dritter Stelle: 67 Prozent verwenden die E-Zigarette, um einen gesundheitliche Vorteil gegenüber dem Rauchen zu erreichen. Weitere Gründe zeigt die Abbildung.

Abbildung 67: Gründe der E-Zigaretten-Verwender für die Verwendung

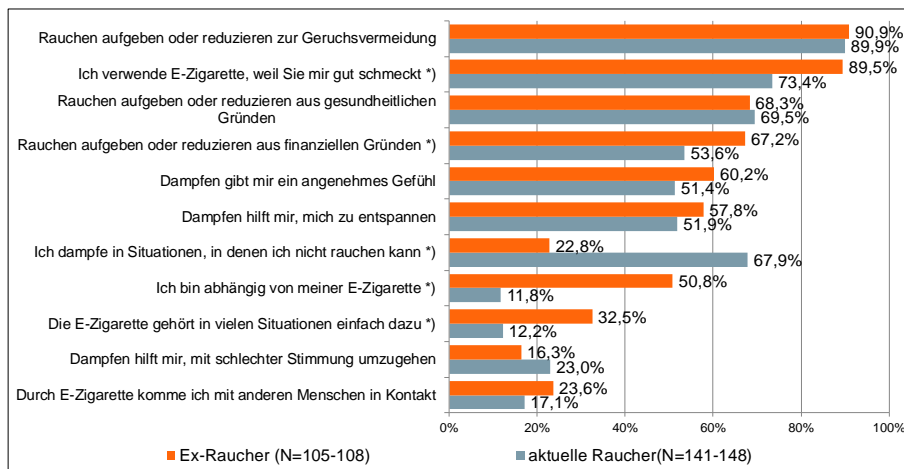


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle E-Zigaretten-Verwender. N=258–265. Angegeben ist je Grund der Anteil der Dampfer, der den jeweiligen Grund als zutreffend angegeben hat.

Die in Abbildung 68 gezeigte Analyse geht von der Annahme aus, dass sich die Gründe für die E-Zigaretten-Verwendung zwischen Rauchern, die dampfen (Dual-Konsumierende) und ehemaligen Rauchern, die (wahrscheinlich) auf die E-Zigarette umgestiegen sind, unterscheiden. Die Analyse gibt Hinweise, warum Raucher gleichzeitig auch dampfen: Erstens geht es ihnen mehrheitlich genau wie den Umsteigern um eine Alternative zum Rauchen: Sie möchten genauso häufig wie die nicht mehr rauchenden Dampfer eine Geruchsvermeidung erreichen und eine gesundheitliche Verbesserung erzielen. Es wird aber auch deutlich, dass sie die E-Zigarette als Ergänzung zur Zigarette sehen: 68 Prozent nutzen die E-Zigarette in Situationen, in denen sie nicht rauchen können. Sie geben kaum an, dass sie abhängig von der E-Zigarette sind, was die weiter oben herausgearbeitete Vermutung stützt, dass sich die Abhängigkeit der Raucher auf die Zigarette bezieht.

Die Ex-Raucher unter den Dampfern dagegen geben zu 51 Prozent an, dass sie abhängig von der E-Zigarette sind. Wahrscheinlich haben sie das Rauchen zwar aufgeben können, sind aber noch abhängig vom Nikotin. Weitere Gründe können Abbildung 68 entnommen werden.

Abbildung 68: Gründe der E-Zigaretten-Verwender für die Verwendung. Rauchende und Ex-Rauchende E-Zigaretten-Verwender im Vergleich



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle E-Zigaretten-Verwender, die Raucher oder Ex-Raucher sind (d. h. exklusive der Nie-Raucher unter den E-Zigaretten-Verwendern). Signifikante Unterschiede sind durch \*) markiert.

„Die Tabak- bzw. Nikotinsucht hat in der Arbeitswelt weiterhin eine große Bedeutung. Die Bedeutung der Alkoholabhängigkeit in der Arbeitswelt hat sich leichtgradig verringert, aber weiterhin hohes Niveau.“

**Prof. Dr. Thomas Redecker, Psychosomatischer Chefarzt der Median-Klinik am Park Bad Oeynhausen**

## 5.5 Alkohol: Prävalenz des Konsums und der Abhängigkeit bei Beschäftigten sowie Folgen für die Arbeitswelt (Bund)

Dass heute von Alkoholsucht gesprochen wird und es entsprechende Therapieangebote gibt, war lange nicht selbstverständlich. Nur als Folge einer Gerichtsentscheidung wurde 1968 Alkoholabhängigkeit in Deutschland als Krankheit anerkannt (AWMF 2016:1). Zuvor war bereits im Jahr 1952 der „Alkoholismus“ als eine Form der „Süchtigkeit“ in die internationale Klassifikation der Krankheiten aufgenommen worden. Eine wichtige Rolle beim Verstehen von Alkoholismus als Krankheit („Disease Concept of alcoholism“) spielte der Biostatistiker Elvin Mortin Jellinek, dessen Alkoholismuskonzept von der WHO übernommen wurde (Spode 2008:5).

**Alkoholsucht wurde lange Zeit nicht als Krankheit verstanden**

Das Verständnis der Alkoholsucht läuft aber nicht geradlinig auf ein modernes Verständnis hin, sondern hat eine wechselhafte Geschichte, wie Spode (2005: 3f.) anhand der Einträge von Alkoholismus in verschiedenen Bänden der Brockhaus-Enzyklopädie zeigt:

- 1894: Alkoholismus als Inbegriff der körperlichen, geistigen und sittlichen Schäden und Nachteile des Missbrauchs geistiger Getränke, dessen unheilvolle Wirkungen sich nicht nur auf das einzelne Individuum, sondern auf die ganze Gesellschaft erstrecken.
- 1953: Das Stichwort Alkoholismus fehlt, stattdessen gibt es den Begriff ‚Alkoholgenuss‘, der „tief im Volksleben verwurzelt“ sei.
- 1966: Das Stichwort ‚Alkoholismus‘ taucht wieder auf, jedoch nur als Hinweis auf sozial bedingten Missbrauch.
- 1975: (Nur) im Ergänzungsband wird eine entscheidende“ Revision vollzogen: „Heute gilt der Alkoholismus als Krankheit und wird als solche von den Krankenkassen (...) anerkannt“ (zit. nach Spode 2008:4).

Die moderne epidemiologische Forschung geht davon aus, dass regelmäßiger Alkoholkonsum zu den wichtigsten Gesundheitsrisiken gehört (Lim et al. 2012, zit. n. AWMF 2016:1). Plass (2014; zit. n. AWMF 2016:1) geht davon aus, dass in Deutschland bei Männern der Alkoholkonsum den fünften Platz der Hauptrisiken für die Entstehung von Krankheiten einnimmt.

Am Arbeitsplatz ist Alkoholkonsum aus verschiedenen Perspektiven ein Problem. Neben den Gefahren, die von alkoholisierten Beschäftigten ausgehen, wird im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention versucht, Beschäftigte anzusprechen, die durch Alkoholkonsum am Arbeitsplatz auffallen. Lindenmeyer (2013: 21) geht davon aus, dass etwa 9 Prozent der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer regelmäßig Alkohol am Arbeitsplatz konsumieren und etwa 5 Prozent zu Arbeitsbeginn noch unter der Wirkung von Alkohol stehen. Alkoholabhängige fehlen etwa siebenmal häufiger am Arbeitsplatz.<sup>51</sup>

„Es ist in der Regel weder im Interesse der Süchtigen noch ihrer Arbeitgeber oder Behandler, Probleme mit Suchterkrankungen an die große Glocke zu hängen. Treten gravierende Probleme am Arbeits-

<sup>51</sup> Die weiter unten dargestellten Ergebnisse ermitteln zu diesen Sachverhalten deutlich niedrigere Angaben.

platz auf, so kommt es meist früher oder später zur Kündigung. Mit den Programmen zu ‚Sucht am Arbeitsplatz‘ gibt es seit einiger Zeit allerdings interessante Ansätze, um die Situation für Alkohol missbrauchende und süchtige Beschäftigte zu verbessern. Haben wichtige Entscheidungsträger das Thema für sich entdeckt – z. B. für Publikationen, Vorträge oder Maßnahmenforderungen –, nimmt die Berichtsräte in deren Zuständigkeitsbereich plötzlich zu (siehe z. B. die Zunahme der dokumentierten stationär behandelten Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich seit 1990<sup>52</sup>). Der tatsächliche Stellenwert von Alkoholproblemen am Arbeitsplatz ist höchstwahrscheinlich viel größer, als man anhand der offiziellen Statistiken vermuten würde.“

**Dr. Alfred Uhl, Abteilungsleiter Stv. des Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich, Wien**

### 5.5.1 Definition und Kriterien der Alkoholabhängigkeit, des schädlichen Alkoholgebrauchs und des riskanten Konsums

Selbstverständlich setzen weder das Alltagsverständnis noch die Wissenschaft den Konsum von Alkohol mit Alkoholabhängigkeit gleich. Vielmehr geht die Forschung von verschiedenen Konsumklassen aus, unter denen der „normale“ Alkoholkonsum und der „abhängige Alkoholkonsum“ zwei Extrempole sind (Darstellung nach AWMF et al. 2016:4–7)<sup>53</sup>:

#### Risikoarmer Alkoholkonsum

Der so genannte **risikoarme Konsum** ist der Konsum von höchstens 24 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Männern und höchstens 12 Gramm pro Tag bei Frauen. Diese Angabe bezieht sich auf gesunde Erwachsene, nicht auf Kinder und Jugendliche und nicht auf Schwangere. Die genannte Menge entspricht ungefähr zwei kleinen Gläsern Bier (von 0,3 Liter Fassungsvermögen) bei Männern und einem kleinen Glas Bier bei Frauen. Zwei Tage in der Woche sollte auch bei dieser Dosis ganz auf Alkohol verzichtet werden. Der Begriff risikoarm (an Stelle von etwa risikolos) trägt der Tatsache Rechnung, dass schon kleine Mengen Alkohol – je nach körperlichen Voraussetzungen des einzelnen Menschen – das Risiko für bestimmte Krankheiten erhöhen.

#### Riskanter Alkoholkonsum

**Riskanter Alkoholkonsum** liegt bei einer Konsummenge von mehr als 24 Gramm bei Männern bzw. mehr als 12 Gramm bei Frauen. Auch diese Angabe bezieht sich auf gesunde Erwachsene, nicht auf Kinder und Jugendliche und nicht auf Schwangere. Riskant heißt diese Konsumform, weil das Risiko für alkoholbedingte Folgeschäden ab dieser Trinkmenge relevant steigt.

#### Schädlicher Alkoholgebrauch (F10.1)

Der **schädliche Alkoholgebrauch** ist ein Konsummuster, das bereits krankheitswertig ist und mit der ICD-10-Diagnose F10.1 kodiert werden kann. Durch dieses Konsummuster hat ein Betroffener bereits körperliche, psychische und/oder soziale Folgeschäden erlitten. Eine Abhängigkeit liegt jedoch (noch) nicht vor.

<sup>52</sup> Vgl. Uhl und Koberna (2012).

<sup>53</sup> Vgl. zusätzlich Seitz/Bühringer (o.J.:2f.); Lindenmeyer (2016:13); Barbor et al. (2001:5).



Ein **Alkoholabhängigkeitssyndrom** (ICD-10: F10.2) ist ein Bündel von Verhaltens-, kognitiven und physiologischen Phänomenen, das nach wiederholtem Alkoholkonsum auftreten kann. Typischerweise gehört zu diesen Phänomenen ein starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren, eingeschränkte Kontrolle über den Konsum, fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen, eine hohe Priorität des Alkoholkonsums gegenüber anderen Aktivitäten und Verpflichtungen, Toleranzentwicklung und ein körperliches Entzugssymptom (Barbor et al. 2001:5). Es werden hier also die Kriterien der Sucht bzw. des Abhängigkeitssyndroms auf die Substanz Alkohol angewendet (vgl. Abschnitt 4.2).

**Alkoholabhängigkeit (F10.2)**

Ein weiteres Alkoholkonsummuster ist das des **Rauschtrinkens**, das in den Medien in jüngerer Zeit immer wieder unter dem Stichwort „Komasaufen“ bei Jugendlichen thematisiert wurde. Es meint die Einnahme großer Alkoholmengen innerhalb von kurzer Zeit. Konkret sind damit fünf oder mehr Standarddrinks bei einer Gelegenheit (Männer) bzw. vier oder mehr Standarddrinks (Frauen) gemeint. Im Zusammenhang mit dem AUDIT-Instrument (s. weiter unten in diesem Abschnitt) geht man auch von 6 bzw. 5 Getränken aus.

**Rauschtrinken**

Kein Konsummuster, aber eine akute Folge des Konsums größerer Mengen Alkohol, ist die **Akute Intoxikation** (ICD-10: F10.0), worunter ein vorübergehendes Zustandsbild nach Aufnahme von Alkohol mit Störungen des Bewusstseins, der kognitiven Funktionen, der Wahrnehmung, des Affekts, des Verhaltens oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen verstanden wird.

**Akute Intoxikation**

Die **Alkoholgebrauchsstörung** (Alcohol Use Disorder) ist ein Störungsbild, zu dem der schädliche Gebrauch und die Abhängigkeit im DSM-5 zusammengefasst werden.

### 5.5.2 Prävalenz des Alkoholkonsums unter Beschäftigten<sup>54</sup>

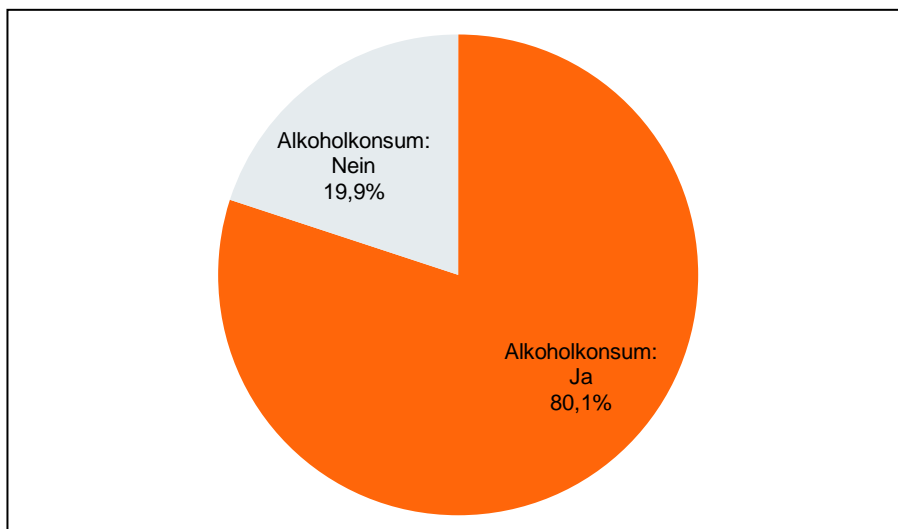
Bevor der Anteil der Alkoholabhängigen unter den Beschäftigten ermittelt wird, soll zunächst die Verbreitung des Alkoholkonsums unter Erwerbstätigen berichtet werden. Dies ist auf Basis der Beschäftigtenbefragung möglich. Demnach trinken 80 Prozent der Befragten (zumindest gelegentlich) Alkohol. Umgekehrt bedeutet dies, dass 20 Prozent der Befragten abstinent leben, also niemals Alkohol trinken (Abbildung 69).

**80 Prozent der Beschäftigten trinken Alkohol**

Mehr Männer als Frauen unter den Erwerbstätigen trinken Alkohol: 83 Prozent der männlichen Erwerbstätigen gegenüber 77 Prozent der weiblichen Erwerbstätigen trinken zumindest gelegentlich Alkohol. Trotz dieses Geschlechterunterschieds ist aber festzuhalten: Für die große Mehrheit der Beschäftigten – Männer wie Frauen – ist es ‚normal‘, Alkohol zu konsumieren (Abbildung 70).

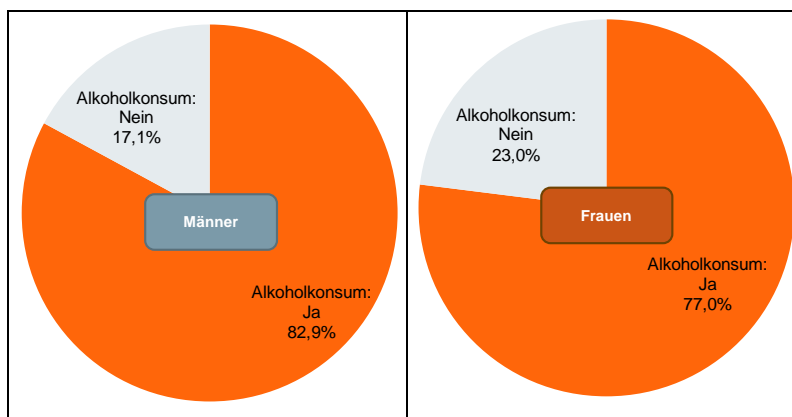
<sup>54</sup> Zur Methodik der Beschäftigtenbefragung, zur Soziodemografie der Stichprobe und zu Hinweisen zur Darstellung der Ergebnisse vergleiche Abschnitt 5.1.3.

Abbildung 69: Alkoholkonsumstatus der Befragten



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Fragewortlaut: „Trinken sie Alkohol, wenn auch nur gelegentlich?“ Basis: Alle Befragten. N=5.597.

Abbildung 70: Alkoholkonsumstatus nach Geschlecht<sup>55</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N (Männer/Frauen) = 2.903/2.694.

**In allen Altersgruppen trinkt die große Mehrheit Alkohol**

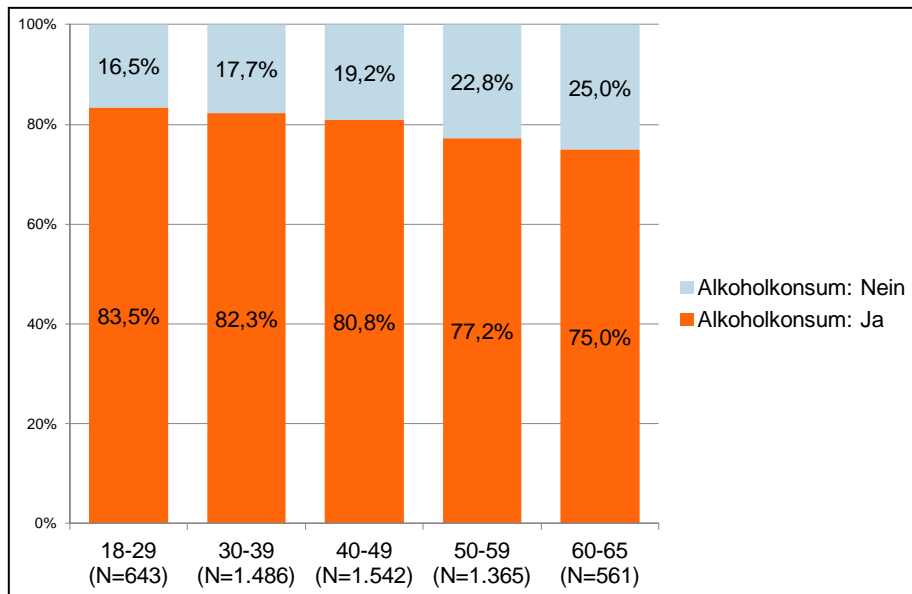
Normal ist Alkoholkonsum auch in allen Altersgruppen (Abbildung 71). Gleichwohl nimmt der Alkoholkonsum mit dem Alter leicht, aber kontinuierlich ab, von 84 Prozent bei den unter 29-Jährigen, über 81 Prozent bei den 40- bis 49-Jährigen bis zu 75 Prozent bei den 60- bis 65-Jährigen. Der Altersgang beim Alkoholkonsum gilt für beide Geschlechter, auch wenn sich bei der nach Geschlecht stratifizierten Betrachtung des Altersgangs keine ganz kontinuierliche Abnahme zeigt (Abbildung 72).

**20 Prozent der Beschäftigten sind abstinent in Bezug auf Alkohol**

Die andere Seite des Alkoholkonsums ist die Abstinenz: 20 Prozent der Beschäftigten sind abstinent in Bezug auf Alkohol. Frauen häufiger als Männer, Ältere eher als Jüngere.

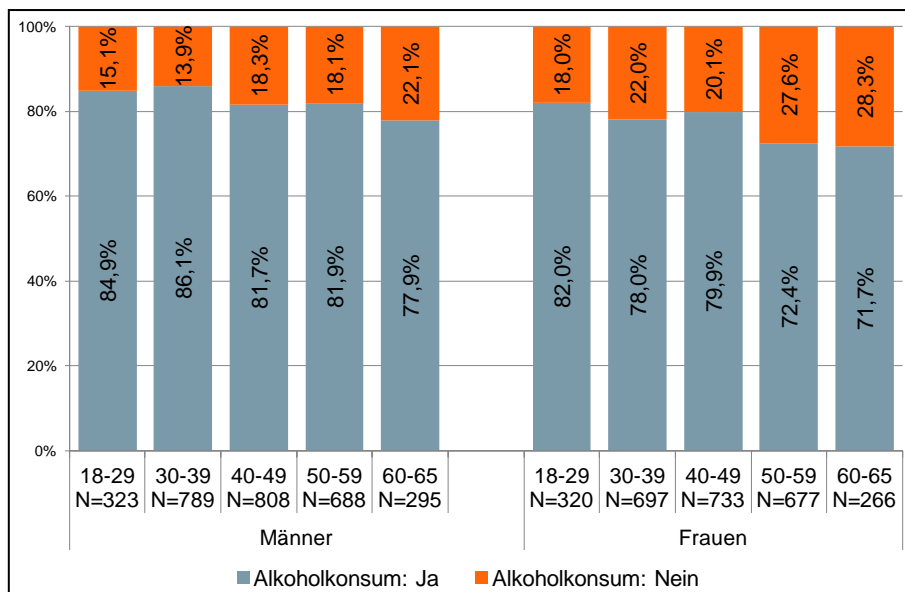
<sup>55</sup> Die Unterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha = 5\%$ :  $\chi^2 = 30,386$ ,  $p = 0,000$ ).

Abbildung 71: Alkoholkonsumstatus nach Alter<sup>56</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Abbildung 72: Alkoholkonsumstatus nach Geschlecht und Alter<sup>57</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

### 5.5.3 Prävalenz von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Gebrauch und Alkoholabhängigkeit bei Beschäftigten

Mit welchem Anteil alkoholabhängiger Beschäftigter sowie Beschäftigter mit schädlichem Alkoholkonsum muss in der Arbeitswelt gerechnet werden? Zur Beantwortung dieser Frage wurde der Alcohol Use Dis-

<sup>56</sup> Scheffé-Prozedur: Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang des Alkoholkonsum mit dem Alter.

<sup>57</sup> Die Scheffé-Prozedur legt für Männer keinen signifikanten Altersgang nahe. Das gleiche gilt für Frauen.

orders Identification Test (AUDIT) eingesetzt. Der AUDIT ist ein etabliertes Instrument zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch und Alkoholabhängigkeit, der übrigens auch von der Leitlinie Alkoholbezogenen Störungen (AWMF et al. 2016: 10f.) empfohlen wird und der konsistent mit den Kriterien der ICD-10-Diagnosen für schädlichen Alkoholgebrauch und -abhängigkeit ist.

**5.5.3.1 Der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)**

**Alcohol Use Disorder Test (AUDIT)**

Der AUDIT wurde in den 1980er Jahren als Screening-Instrument in der ärztlichen Grundversorgung von der WHO entwickelt (Babor et al. 1989, zit. nach Babor et al. 2001). Er identifiziert Personen mit gefährlichem oder schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit, um diese entweder einer Kurzintervention zuzuführen oder – bei Alkoholabhängigkeit – eine spezialisierte Therapie zu empfehlen (Babor 2001:4).

Der AUDIT besteht aus 10 Items, die von der betreffenden Person selbst auszufüllen sind. Drei Bereiche sind durch den AUDIT abgedeckt: Erstens riskanter Alkoholkonsum, der anhand der Häufigkeit des Trinkens, konsumierter Mengen sowie der Häufigkeit von Rauschtrinken operationalisiert wird. Zweitens Abhängigkeitssymptome wie Kontrollverlust, und drittens Schäden, die durch den Alkoholkonsum auftreten oder bereits aufgetreten sind (Tabelle 21). Tabelle 22 stellt den AUDIT im deutschsprachigen Wortlaut dar sowie die Punktwerte, die den entsprechenden Antworten zugeordnet sind.

Jeder Antwortmöglichkeit wird ein Punktwert zugeordnet, so dass über alle Antworten hinweg eine Summe gebildet werden kann, die zwischen 0 und 40 Punkten liegt. aus der Summe der Punktwerte über alle Items (0 bis 40 Punkte) ergibt sich ein Gesamtpunktwert, der in die genannten Konsumklassen kategorisiert werden kann.<sup>58</sup>

„Die Alkoholabhängigkeit hat heute in der Arbeitswelt eine sehr große Bedeutung. Sie führt zu vielen Ausfallzeiten und hat besondere Bedeutung als sekundäre Abhängigkeit bei zugrundeliegender anderer psychischer Störung (z. B. Depression). Hier erfolgt häufig eine Chronifizierung.“

**Prof. Dr. Thomas Hillemacher, Leiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität**

**Bereiche des AUDIT**

Tabelle 21: Bereiche des AUDIT und Inhalte der AUDIT-Items

Bereich	Item- Nummer	Inhalt des Items
Riskanter Alkoholkonsum	1	Häufigkeit des Trinkens
	2	Übliche Mengen

<sup>58</sup> Der Vollständigkeit halber sei noch der AUDIT-C („Audit-Consumption Questions“) erwähnt, der aus den ersten 3 Fragen des AUDIT besteht, der in Studien eine sehr gute Sensitivität, jedoch nur eine sehr schlechte Spezifität erreicht (Dybek, S. 26). Für das Screening von Alkoholabhängigkeit und –missbrauch, nicht jedoch für Risikokonsum, ist die längere Fassung AUDIT dem kurzen AUDIT-C überlegen.

	3	Häufigkeit Rauschtrinken
Abhängigkeits-symptome	4	Eingeschränkte Kontrolle über das Trinken
	5	Erhöhte Auffälligkeit des Trinkens
	6	Trinken am Morgen
Schädlicher Alkoholkonsum	7	Schuldgefühle nach dem Trinken
	8	Blackouts
	9	Alkoholbezogene Verletzungen
	10	Beunruhigung von Bezugspersonen wegen des Trinkens

Quelle: Babor et al. (2001: 11), eigene Übersetzung.

Tabelle 22: Items des AUDIT-Instruments

**Der AUDIT im deutschsprachigen Wortlaut**

	Frage	Antwortmöglichkeiten
Trinkmenge und -frequenz	1 Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• niemals (0)</li> <li>• einmal im Monat oder seltener (1)</li> <li>• zwei- bis viermal im Monat (2)</li> <li>• zwei- bis dreimal pro Woche (3)</li> <li>• viermal oder mehrmals pro Woche (4)</li> </ul>
	2 Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?  Als ein alkoholhaltiges Getränk zählt z. B. ein kleines Glas oder eine kleine Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1–2 (0)</li> <li>• 3–4 (1)</li> <li>• 5–6 (2)</li> <li>• 7–9 (3)</li> <li>• 10 oder mehr (4)</li> </ul>
	3 Wie oft trinken Sie [Männer: 6, Frauen: 5] oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• niemals (0)</li> <li>• seltener als einmal im Monat (1)</li> <li>• einmal im Monat (2)</li> <li>• einmal pro Woche (3)</li> <li>• täglich oder fast täglich (4)</li> </ul>
Kriterien der Alkoholabhängigkeit	4 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niemals (0)</li> <li>• seltener als einmal im Monat (1)</li> <li>• einmal im Monat (2)</li> <li>• einmal pro Woche (3)</li> <li>• täglich oder fast täglich (4)</li> </ul>
	5 Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man an Sie in der Familie, im Freundeskreis und im Berufsleben hat, nicht mehr erfüllen konnten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niemals (0)</li> <li>• seltener als einmal im Monat (1)</li> <li>• einmal im Monat (2)</li> <li>• einmal pro Woche (3)</li> <li>• täglich oder fast täglich (4)</li> </ul>
	6 Wie oft brauchten Sie während der letzten 12 Monate am Morgen ein alkoholisches Getränk, um sich nach einem Abend mit viel Alkoholgenuss wieder fit zu fühlen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niemals (0)</li> <li>• seltener als einmal im Monat (1)</li> <li>• einmal im Monat (2)</li> <li>• einmal pro Woche (3)</li> <li>• täglich oder fast täglich (4)</li> </ul>
zusammen-	7 Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niemals (0)</li> <li>• seltener als einmal im Monat (1)</li> <li>• einmal im Monat (2)</li> <li>• einmal pro Woche (3)</li> </ul>

	oder Gewissensbisse?	• täglich oder fast täglich (4)
8	Wie oft haben Sie sich während der letzten 12 Monate nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niemals (0)</li> <li>• seltener als einmal im Monat (1)</li> <li>• einmal im Monat (2)</li> <li>• einmal pro Woche (3)</li> <li>• täglich oder fast täglich (4)</li> </ul>
9	Haben Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon mal verletzt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nein (0)</li> <li>• ja, aber nicht im letzten Jahr (2)</li> <li>• ja, im letzten Jahr (4)</li> </ul>
10	Hat ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen Ihres Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie Ihren Alkoholkonsum einschränken?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nein (0)</li> <li>• ja, aber nicht im letzten Jahr (2)</li> <li>• ja, im letzten Jahr (4)</li> </ul>

Quelle: Dybek (2008: 91), die mit Ausnahme kleinerer Abweichungen bei Item Nr. 5 die Lübecker Fassung des AUDIT übernimmt; eigene Darstellung.<sup>59</sup>

Babor et al. (2001:22, 2016:17) schlagen Punktwert-Bereiche zur Identifikation der jeweiligen Konsummuster vor:

Tabelle 23: Punktbereiche („Zonen“) des AUDIT mit zugehörigen Screening-Diagnosen

AUDIT-Punktwert	Zone	Risikolevel
0–7	Zone I	Abstinenz und risikoarmer Konsum
8–15	Zone II	Riskanter Konsum
16–19	Zone III	Schädlicher Gebrauch
20–40	Zone IV	Mögliche Alkoholabhängigkeit

Quelle: Babor et al. 2016:17.

„Die Alkoholabhängigkeit ist in der Arbeitswelt immer noch sehr verbreitet. Es wird geduldet und weggeschaut. Aber Interventionsprogramme werden besser. Alkoholabhängigkeit verursacht immer noch viele Fehltage.“

**Dr. Hubert Buschmann, Vorstandsvorsitzender des Fachverbandes Sucht (FVS e.V.)**

**Ab einem AUDIT-Punktwert von 20 geht die WHO von einer möglichen Alkoholabhängigkeit aus**

Die WHO empfiehlt einen Grenzwert von 8, ab dem von einem riskanten Alkoholkonsum auszugehen ist. Ab einem Grenzwert von 16 weist der AUDIT auf einen schädlichen Alkoholkonsum hin. Beginnend bei 20 Punkten zeigt der AUDIT eine mögliche Alkoholabhängigkeit an.

Im Idealfall eines Einsatzes im klinischen Setting würde ein Arzt das Ergebnis des AUDIT nach allen diesen Erwägungen interpretieren: „Der Gesamtpunktwert, die Menge des Konsums, Anzeichen der Abhängigkeit und die bereits eingetretene Schädigung sollten im Gesam-

<sup>59</sup> Der Wortlaut von Items und Antwortmöglichkeiten sowie die zuzuordnenden Punktwerte sind (mit Ausnahme von Item 3) von Dybek (2008: 91) übernommen. Dybek gibt keine Quelle für die deutsche Fassung des AUDIT an. In Item 3 wurde für Frauen die Anzahl Gläser Alkohol von 5 eingeführt.

ten eine Rolle für die Entscheidung spielen, wie dem Patient geholfen werden soll“.<sup>60</sup> (Babor et al. 2001:19).

Die Testentwickler fordern, dass Grenzwerte an nationale und kulturelle Standards des Alkoholkonsums angepasst werden. Gleichzeitig gilt, dass insbesondere für Populationen in Deutschland derzeit nur mühsam Empfehlungen für Grenzwerte des AUDITs zu erhalten sind. Dybek (2008: 32) konstatiert: „Obgleich die Literatur zum AUDIT belegt, dass das Verfahren damit über gute psychometrische Qualitäten verfügt, weichen die jeweils empfohlenen Cut-Off-Werte jedoch deutlich voneinander ab (...). Im deutschsprachigen Raum liegen derzeit nur wenige Daten über die Validität dieser beiden Screening-Verfahren [AUDIT, AUDIT-C] vor, so dass allgemeingültige Aussagen zum optimalen Cut-Off-Wert fehlen“.

Für Überlegungen zu national und kulturell angepassten Grenzwerten für Populationen in Deutschland ist die Studie von Dybek et al. (2006) sowie die von Rumpf et al. (2002) einschlägig. Beide Studien sind Validierungsstudien, die anhand eines weiteren „Goldstandard“-Verfahrens zur Feststellung von alkoholbezogenen Störungen Sensitivität und Spezifität des AUDIT für verschiedene Grenzwerte ermitteln.<sup>61</sup>

Die Studie von Dybek et al. (2006:474) hat zum Ziel, einen AUDIT-Grenzwert für Risikokonsum zu definieren, und damit auch den von der WHO (Babor et al. 2001) vorgeschlagenen Grenzwert von 8 neu zu bewerten. Die Studie ermittelt die Sensitivität und Spezifität für verschiedene Grenzwerte zu den folgenden Diagnosen: (a) Alkoholabhängigkeit, (b) Alcohol Use Disorder (AUD)<sup>62</sup> und (c) AUD und/oder Risikokonsum.

- Als „gute“ Kombination von Sensitivität und Spezifität für AUD und/oder Risikokonsum dieser Diagnosen ermittelt die Studie den Grenzwert 5 (Dybek et al. 2006: 479). Für den Kontext Sucht muss bei der Bewertung und Auswahl eines Cut-Offs jedoch geprüft werden, ob dieser Cut-Off auch dann optimal ist, wenn der AUDIT nicht zur Detektion irgendeiner dieser Diagnosen verwendet werden soll, sondern (nur) für die Alkoholabhängigkeit. Dies ist mit dem Grenzwert von 5 nicht der Fall: „Die Untersuchung zur Leistung des AUDIT bei verschiedenen Grenzwerten zeigt, dass fünf Punkte der optimale Grenzwert zur Detektion einer Alkoholgebrauchsstörung und/oder eines riskanten Konsums sind. Ausnahme: Alkoholabhängigkeit“<sup>63</sup> (Dybek et al. 2006: 479, vgl.
- Tabelle 24).
- Demnach wäre auf Basis der Studie von Dybek et al. 2006 ein anderer Grenzwert anzusetzen, wenn man sich nur oder in erster Linie für Alkoholabhängigkeit interessiert (die Autoren geben jedoch keine Empfehlung ab). Die Sensitivität und Spezifi-

**Zwei Studien schlagen für Deutschland Grenzwerte für den AUDIT vor**

**Dybek et al. 2006**

<sup>60</sup> Eigene Übersetzung.

<sup>61</sup> In beiden Studien diene dazu das Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), mit dem Diagnosen nach DSM-IV gestellt werden können.

<sup>62</sup> Alcohol Use Disorder ist die im DSM-V eingeführte Diagnose, die Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit zu einem gemeinsamen Störungsbild zusammenführt und drei verschiedene Schweregrade vorsieht (Rumpf et al. 2011: 45f.).

<sup>63</sup> Eigene Übersetzung.

tät des AUDIT bei der Feststellung von Alkoholabhängigkeit zeigt Tabelle 24.

**Rumpf et al. 2002** Die zweite in diesem Zusammenhang einschlägige Studie ist die von Rumpf et al. (2002), die auf einem explizit nicht-klinischen Setting basiert, sondern auf einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren in Lübeck und Umgebung. Den Autoren zufolge ist ihre Studie die erste Anwendung des AUDIT in einer Allgemeinbevölkerung.<sup>64</sup>

- Einerseits stellen sie fest, dass der AUDIT für Alkoholabhängigkeit eine „befriedigende“ Sensitivität mit den Grenzwerten der WHO aufweist (0,78). Andererseits ist die Sensitivität des AUDIT für die Diagnosen Risikokonsum und Alkoholmissbrauch schlecht (0,33 bzw. 0,37) (Rumpf et al. 2002:264, vgl. Tabelle 24).

Sie schlagen alternativ folgende Grenzwerte für den AUDIT (je nach Diagnose, auf die gescreent werden soll) wie folgt vor (Rumpf et al. 2002: 264).

- ≥5 Punkte für Risikokonsum und/oder Alkoholmissbrauch
- **≥6 Punkte für Alkoholabhängigkeit**

Tabelle 24: Sensitivität und Spezifität des AUDIT bei der Feststellung von Alkoholabhängigkeit

Cut-off	Dybek et al. 2006		Rumpf et al. 2002	
	Sensitivität	Spezifität	Sensitivität	Spezifität
4	0,995	0,705	1,00	0,60
5	0,974	0,876	0,96	0,78
6	0,948	0,910	0,92	0,88
7	0,897	0,935	0,88	0,92
8	0,856	0,952	0,78	0,94

Quelle: Dybek et al. 2006: 479; Rumpf et al. 2002: 264.

**Beim Einsatz des AUDIT werden im Folgenden die von der WHO empfohlenen Grenzwerte verwendet**

Den Empfehlungen von Dybek et al. sowie Rumpf et al. für Grenzwerte, die spezifisch für eine deutsche Population von Patienten (Dybek) bzw. die Allgemeinbevölkerung (Rumpf) optimiert sind, wird in diesem Report nicht gefolgt und stattdessen die Empfehlungen der WHO übernommen. Der folgende Grund ist dabei ausschlaggebend:

Die Anwendung eines Screening-Instruments in einer Prävalenzstudie erzeugt bei einer Spezifität kleiner 1 immer eine bestimmte Anzahl falsch Positive<sup>65</sup>. Bei einer geringen Prävalenz der betreffenden Erkrankung (hier: Alkoholabhängigkeit) ist die Zahl (sowie der Anteil) der falsch Positiven erheblich, selbst dann wenn das Screening-Instrument eine vergleichsweise hohe Spezifität aufweist. Zwar gibt es umgekehrt (bei einer Sensitivität kleiner 1) eine gewisse Zahl (und einen gewissen Anteil) falsch Negativer – jedoch in weit geringerem Maße als falsch Positive.

<sup>64</sup> Zuvor, so Rumpf et al. (2002: 261), gab es allerdings Anwendungen in besonderen Subgruppen wie beispielsweise Arbeitslose.

<sup>65</sup> Falsch Positive sind solche Fälle, die durch den Test (hier: den AUDIT) als positiv klassifiziert werden, tatsächlich jedoch frei von der betreffenden Krankheit sind (hier: Alkoholabhängigkeit). Falsch Negative sind Fälle, die durch den Test als negativ klassifiziert werden, tatsächlich jedoch die betreffende Krankheit haben.



Die folgende Modellrechnung soll verdeutlichen, dass es sich hierbei nicht nur um eine vertretbare Ungenauigkeit handelt, sondern zu einer extremen Überschätzung der tatsächlichen Prävalenz der betreffenden Erkrankung (hier: Alkoholabhängigkeit) führt.

Tabelle 25 weist die Zahl der falsch Positiven und der falsch Negativen für die verschiedenen diskutierten Grenzwerte aus. Zum Beispiel weist der AUDIT mit einem Grenzwert von 6 zur Detektion von Alkoholabhängigkeit – also der von Rumpf et al. empfohlene Grenzwert – eine Sensitivität von 0,92 und eine Spezifität von 0,88 auf. Demnach erhalten 92 Prozent der Alkoholabhängigen ein positives Screeningergebnis (sie werden also als alkoholabhängig erkannt) und 88 Prozent der nicht Alkoholabhängigen gehen zu Recht als negativ aus dem Screening hervor.

Gleichzeitig erhalten jedoch 12 Prozent der nicht Alkoholabhängigen ein positives Screening (werden also falsch Positive) und 8 Prozent der Abhängigen werden nicht als solche erkannt (werden also falsch Negative). Das große Problem für eine Prävalenzstudie sind die 12 Prozent falsch Positive: Da es ungleich mehr nicht-Abhängige als Abhängige gibt, sind 12 Prozent falsch klassifizierte Nicht-Abhängige ein sehr großer Anteil der Stichprobe: 580 falsch Negative sind fast 12 Prozent der Stichprobe. Dies wird keinesfalls durch den Anteil falsch Negativer (also nicht erkannte Alkoholabhängige) wieder „ausgeglichen“, vielmehr entsprechen 8 Prozent nicht erkannte Alkoholabhängige wegen der geringen Prävalenz der Alkoholabhängigkeit nur 14 Befragten.

Daraus folgt erstens, dass die Screening-Positiven sich zu 79 Prozent aus nicht Alkoholabhängigen zusammensetzen. Zweitens folgt daraus eine Überschätzung der realen Prävalenz um 11 Prozentpunkte oder um den Faktor 4,3.

Auch beim ‚strengsten‘ Grenzwert von 8, der von Dybek et al. und Rumpf et al. noch ausgewiesen wird, sind nur 31 Prozent der Screening-Positiven tatsächlich alkoholabhängig und die Screening-Prävalenz überschätzt die reale Prävalenz um 5 Prozentpunkte oder um den Faktor 2,5.

Tabelle 25: Modellrechnung zur Abschätzung der Falsch-Positiv Rate und Screening-Prävalenz bei Einsatz des AUDIT nach verschiedenen Grenzwerten (1/2)

<i>Werte nach Rumpf et al. 2002</i>			<i>Daraus folgt beim Einsatz des AUDIT in einer Bevölkerungsbefragung mit N=5.000 und einer Prävalenz von 3,4 Prozent:</i>			
Cut-off	Sensitivität	Spezifität	Falsch Negative	Falsch Positive	Richtig Positive	Richtig Negative
4	1,00	0,60	0	1.932	170	2.898
5	0,96	0,78	7	1.063	163	3.767
6	0,92	0,88	14	580	156	4.250
7	0,88	0,92	20	386	150	4.444
8	0,78	0,94	37	290	133	4.540

Quelle: eigene Berechnungen unter Verwendung von Werten von Rumpf et al. 2002: 264. Die Prävalenzangabe wurde nach Lindenmeyer 2016: 9 zugrunde gelegt, die Stichprobengröße ist modellhaft, orientiert sich aber an der Stichprobengröße dieser Studie.

Tabelle 26: Modellrechnung zur Abschätzung der Falsch-Positiv Rate und Screening-Prävalenz bei Einsatz des AUDIT nach verschiedenen Grenzwerten (2/2)

Daraus folgt folgende „Screening-Prävalenz“ je nach Cut-Off:	
Cut-off	Screening-Prävalenz der Alkoholabhängigkeit
4	42%
5	25%
6	15%
7	11%
8	8%

Quelle: Eigene Berechnungen.

Während also in einem klinischen Setting gut mit einer hohen Zahl falsch Positiver umgegangen werden kann, da diesen in der Regel eine zweite, eingehendere, Untersuchung zuteilwird, in der das falsch positive Ergebnis wieder korrigiert werden kann, führt eine hohe Zahl falsch Positiver in einer Prävalenzstudie zu einer extremen Überschätzung der Prävalenz, sofern es sich nicht um sehr weit verbreitete Erkrankungen handelt.

**Alkoholkonsummuster werden auf Basis des AUDIT und der WHO-Grenzwerte identifiziert**

Im Folgenden werden daher – trotz Kenntnisnahme der Diskussion über Grenzwerte des AUDIT für deutsche Patienten- oder Allgemeinbevölkerungspopulationen – die von der WHO (Babor et al. 2001; Babor et al. 2016) verwendeten Grenzwerte verwendet.

### 5.5.3.2 Ergebnisse des Einsatzes der AUDIT-Items in der Beschäftigtenbefragung

Bevor auf die Verteilung der Punktwerte des AUDITS und die sich daraus ergebende Verteilung auf die Alkoholkonsumkategorien eingegangen wird, stellt Tabelle 27 die Antworten auf die einzelnen AUDIT Fragen dar.

Tabelle 27: Häufigkeitsauszählung der einzelnen AUDIT-Fragen

<b>Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?</b>		
	Häufigkeit	Gültige Prozente
einmal im Monat oder seltener	1.096	24,6%
zwei- bis viermal im Monat	1.769	39,8%
zwei- bis dreimal pro Woche	1.099	24,7%
viermal oder mehrmals pro Woche	486	10,9%
<b>Gesamt</b>	<b>4.450</b>	<b>100,0%</b>
<b>Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?</b>		
	Häufigkeit	Gültige Prozente

1–2	2.972	67,5%
3–4	1.061	24,1%
5–6	246	5,6%
7–9	80	1,8%
10 oder mehr	45	1,0%
Gesamt	4.404	100,0%

**Wie oft trinken Sie [Männer: 6, Frauen: 5] oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?**

	Häufigkeit	Gültige Prozente
niemals	1.497	33,6%
seltener als einmal im Monat	2.226	49,9%
einmal im Monat	497	11,2%
einmal pro Woche	221	5,0%
täglich oder fast täglich	17	0,4%
Gesamt	4.458	100,0%

**Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?**

	Häufigkeit	Gültige Prozente
niemals	3.897	87,4%
seltener als einmal im Monat	427	9,6%
einmal im Monat	95	2,1%
einmal pro Woche	32	0,7%
täglich oder fast täglich	6	0,1%
Gesamt	4.458	100,0%

**Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen (...) nicht mehr erfüllen konnten?**

	Häufigkeit	Gültige Prozente
niemals	4.236	94,8%
seltener als einmal im Monat	200	4,5%
einmal im Monat	25	0,6%
einmal pro Woche	6	0,1%
täglich oder fast täglich	2	0,0%
Gesamt	4.469	100,0%

**Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie am Morgen ein alkoholisches Getränk gebraucht haben, um sich nach einem Abend mit viel Alkohol wieder fit zu fühlen?**

	Häufigkeit	Gültige Prozente
niemals	4.344	97,2%
seltener als einmal im Monat	93	2,1%
einmal im Monat	21	0,5%
einmal pro Woche	6	0,1%
täglich oder fast täglich	4	0,1%

Gesamt	4.467	100,0%
--------	-------	--------

**Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?**

	Häufigkeit	Gültige Prozente
niemals	3.827	85,8%
seltener als einmal im Monat	452	10,1%
einmal im Monat	115	2,6%
einmal pro Woche	46	1,0%
täglich oder fast täglich	22	0,5%
Gesamt	4.461	100,0%

**Wie oft haben Sie sich in den letzten 12 Monaten nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?**

	Häufigkeit	Gültige Prozente
niemals	3.963	88,7%
seltener als einmal im Monat	451	10,1%
einmal im Monat	42	0,9%
einmal pro Woche	7	0,2%
täglich oder fast täglich	5	0,1%
Gesamt	4.469	100,0%

**Haben Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon mal verletzt?**

	Häufigkeit	Gültige Prozente
nein	4.100	91,8%
ja, aber nicht im letzten Jahr	321	7,2%
ja, im letzten Jahr	46	1,0%
Gesamt	4.467	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten, die Alkohol konsumieren.

### 5.5.3.3 Einteilung der Befragten in Konsumklassen, einschließlich des abhängigen Konsums und des gefährlichen Gebrauchs gemäß AUDIT

#### Verteilung der AUDIT-Punktwerte

Die Verteilung des AUDIT-Punktwertes zeigt Abbildung 73. Die durch den AUDIT definierten Typen des Alkoholkonsums verteilen sich in der Stichprobe wie in Abbildung 74 dargestellt<sup>66</sup>.

Demnach trinken 89 Prozent der Befragten entweder keinen Alkohol, oder pflegen einen risikoarmen Konsum.

<sup>66</sup> In dieser und den folgenden Angaben können sich geringfügig abweichende Angaben zu den in Abbildung 69 und folgenden berichteten Daten ergeben. Grund hierfür ist, dass sich die Bezugsgröße durch fehlende Angaben der Befragten ändern kann.

10 Prozent trinken in riskanter Weise Alkohol, das heißt sie konsumieren in einer Weise oder in einem Maße, das ein Risiko für körperliche, psychische oder soziale Folgeschäden mit sich bringt. 1 Prozent konsumieren in einer bereits schädlichen Weise, d. h. bei dieser Gruppe ist davon auszugehen, dass solche Folgeschäden bereits eingetreten sind oder sich derzeit einstellen.

**1,3 Prozent der Beschäftigten weisen eine Alkoholgebrauchsstörung auf (Punktprävalenz)**

Eine mögliche Alkoholabhängigkeit stellt der AUDIT bei 0,4 Prozent der Befragten fest. Das entspricht in etwa jedem zweihundertsten Beschäftigten. Im Lichte der durch die Literatur berichteten Verbreitung von Alkoholabhängigkeit mag dies sehr gering erscheinen. Das Lehrbuch von Lindenmeyer (2016: 9) beispielsweise geht von 3,4 Prozent in der Bevölkerung ab 18 Jahren aus, Rumpf et al. (2002:262) ermitteln für Lübeck und Umgebung eine Prävalenz von 1,4 Prozent für die Bevölkerung von 18 bis 64 Jahren. Auch die Bedeutung von Sucht in der Arbeitswelt, insbesondere Alkoholsucht, scheint mit dieser Angabe zur Verbreitung der Alkoholabhängigkeit erst einmal nicht zusammenzupassen.

**0,4 Prozent der Beschäftigten sind gemäß AUDIT-Screening alkoholabhängig (Punktprävalenz)**

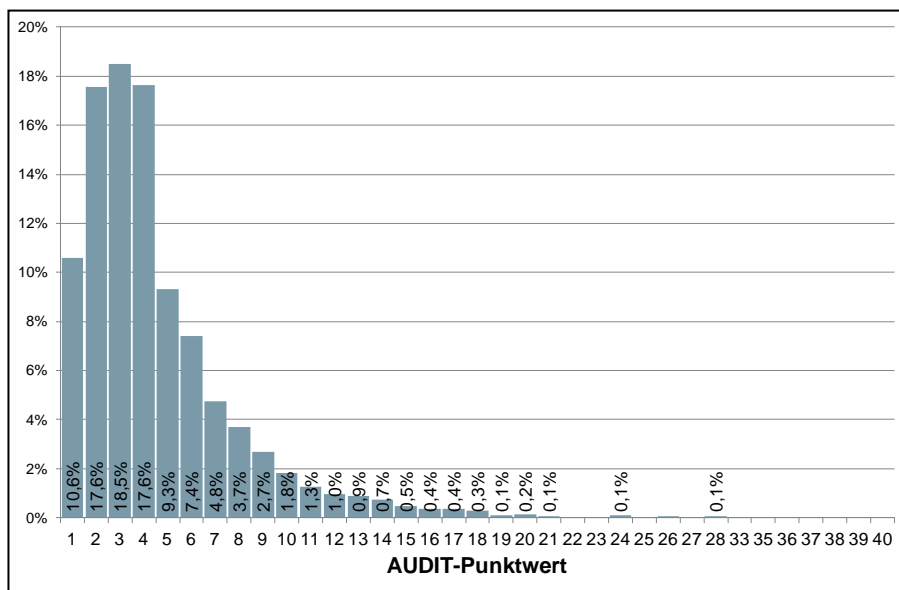
Mindestens drei Aspekte müssen jedoch zur Einordnung dieses Wertes beachtet werden. Erstens hat man es bei einer Population von Erwerbstätigen immer mit einer besonders gesunden Gruppe im Vergleich zu Populationen aus der Allgemeinbevölkerung zu tun, die auch arbeitslose und/oder nicht erwerbsfähige Menschen umfassen. Insofern ist es erwartbar, dass die hier ermittelte Prävalenz der Alkoholabhängigkeit unterhalb der liegt, die aus einer allgemeinen Bevölkerungsstichprobe ermittelt wurde. Zu beachten ist auch, dass Alkoholabhängigkeit bei vielen Betroffenen früher oder später zu einem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben führt, wenn sie nicht behandelt wird.

Zweitens steht der Befund, dass jeder zweihundertste Beschäftigte alkoholabhängig ist, nicht im Widerspruch zu einer größeren Bedeutung, die Sucht in der Arbeitswelt hat. Statistisch gesehen ist aufgrund dieses Ergebnisses in jedem Unternehmen mit 200 Mitarbeitern mit einem Beschäftigten zu rechnen, der alkoholabhängig ist, zusätzlich zu etwa 1 bis 2 Beschäftigten, die in einer schädlichen Art und Menge Alkohol konsumieren. Dass schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum bedeutsam sind, zeigen auch die Analysen weiter unten in diesem Abschnitt.

„Die Bedeutung der Alkoholabhängigkeit in der Arbeitswelt ist deutlich zurückgegangen. Präventions- und Interventionskonzepte greifen, insbesondere in mittleren und größeren Betrieben.“

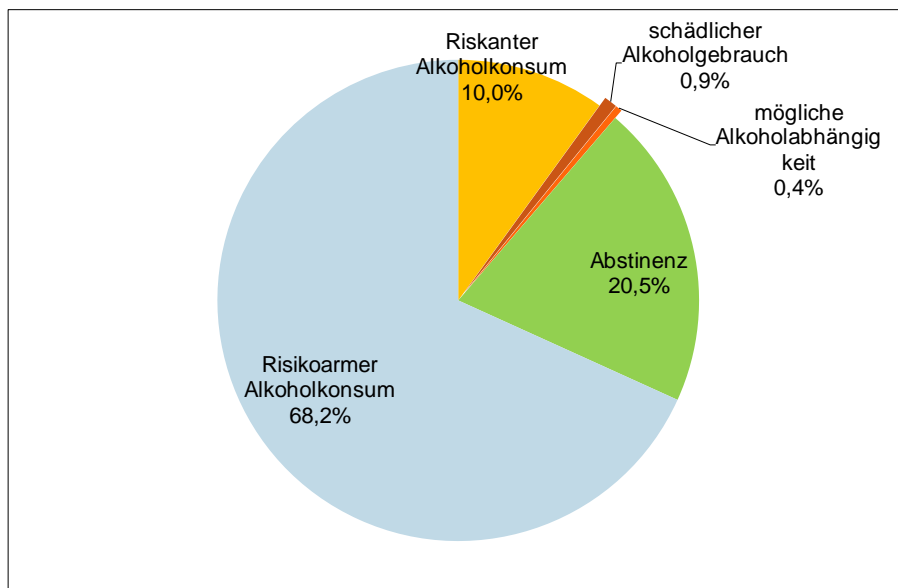
**Hans Joachim Abstein, Referatsleiter Suchthilfe beim AGJ-Fachverband Freiburg**

Abbildung 73: Alkohol konsumierende Beschäftigte nach AUDIT-Punktwert



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: alle Befragten, die Alkohol konsumieren. N=4.336.

Abbildung 74: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: alle Befragten. N=5.452.

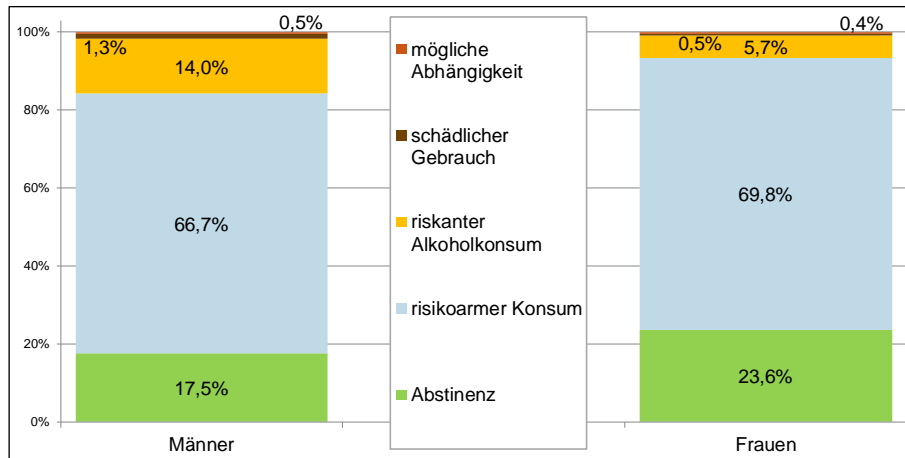
**Schädlicher Alkoholgebrauch ist unter Männern deutlich mehr verbreitet als bei Frauen**

Die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit unterscheidet sich nicht signifikant zwischen Männern und Frauen. Der schädliche Gebrauch ist bei Männern dagegen deutlich höher als bei Frauen, 1,3 zu 0,5 Prozent<sup>67</sup>. Mehr als zweimal so viele Männer wie Frauen konsumieren in riskanter Weise Alkohol<sup>68</sup> (14 zu 6 Prozent) (Abbildung 75).

<sup>67</sup> Männer: 1,3 Prozent [95 %, KI:0,9–1,8]. Frauen: 0,5 [95 %, KI:0,2–0,8].

<sup>68</sup> Männer: 14,0 Prozent [95 %, KI:12,7–15,3]. Frauen: 5,7 Prozent [95 %KI:4,8–6,6].

Abbildung 75: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT und Geschlecht<sup>69</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: alle Befragten. N (Männer/Frauen) = 2.831/2.621.

„Der Alkoholkonsum ist leicht rückläufig, der Alkoholkonsum unmittelbar am Arbeitsplatz ist deutlich rückläufig, die Anzahl der Alkoholabhängigen aber leider nicht. Nach wie vor, gelangen Arbeitnehmer mit Alkoholproblemen zu spät in Behandlung.“

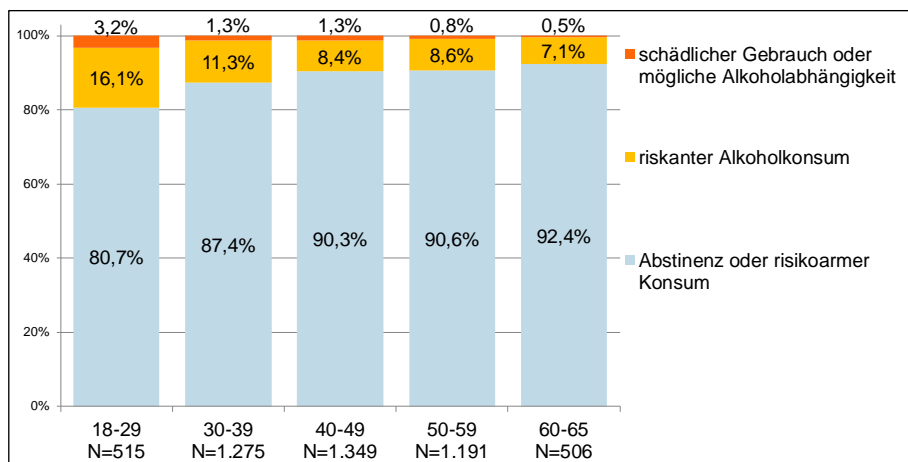
**Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer, Direktor der Salus Klinik Lindow**

Im Folgenden werden die Alkoholabhängigkeit und der schädliche Gebrauch von Alkohol gemeinsam betrachtet. Die beiden Konsumformen bilden im DSM-5 die Kategorie der Alkoholgebrauchsstörung (Alcohol Use Disorder). Eine Alkoholgebrauchsstörung liegt tendenziell umso weniger wahrscheinlich vor, je älter Beschäftigte sind. Auch ein riskanter Alkoholkonsum ist mit zunehmendem Alter tendenziell weniger verbreitet – signifikant unterscheidet sich allerdings nur die jüngste Altersgruppe von allen anderen, und zwar hinsichtlich der Alkoholgebrauchsstörung und hinsichtlich des riskanten Alkoholkonsums (Abbildung 76). Der (tendenzielle) Altersgang gilt für beide Geschlechter (Abbildung 77).

**Alkoholgebrauchsstörung (Alcohol Use Disorder)**

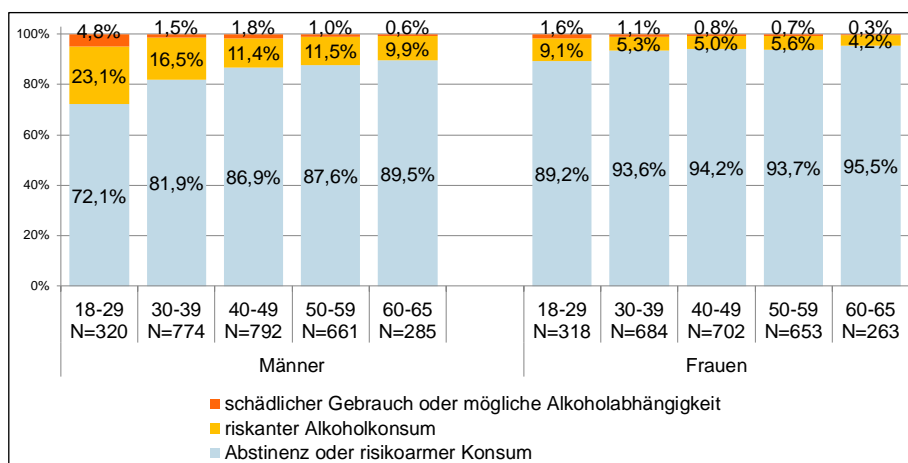
<sup>69</sup> Bezüglich der Alkoholabhängigkeit zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=0,048$ ,  $p=0,862$ ). Bezüglich der Alkoholgebrauchsstörung (d.h. schädlicher und abhängiger Gebrauch) zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=7,604$ ,  $p=0,006$ ). Auch bezüglich des riskanten Alkoholkonsums unterscheiden sich Männer und Frauen signifikant (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=105,331$ ,  $p=0,000$ ).

Abbildung 76: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT und Alter<sup>70</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Abbildung 77: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT nach Geschlecht und Alter<sup>71</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

**Die Arbeitsplatzsicherheit ist nicht signifikant mit einer Alkoholgebrauchsstörung assoziiert**

Liegt eine Alkoholgebrauchsstörung umso eher vor, je unsicherer der Arbeitsplatz ist? Die Analyse in Abbildung 78 zeigt zwar eine gewisse Tendenz dahingehend, dass Beschäftigte mit einem sicheren Arbeitsplatz (dessen Verlust sie als sehr unwahrscheinlich angeben), zu einem geringeren Anteil unter einer Alkoholgebrauchsstörung leiden als Beschäftigte, die einen Verlust ihres Arbeitsplatzes für wahrscheinlich

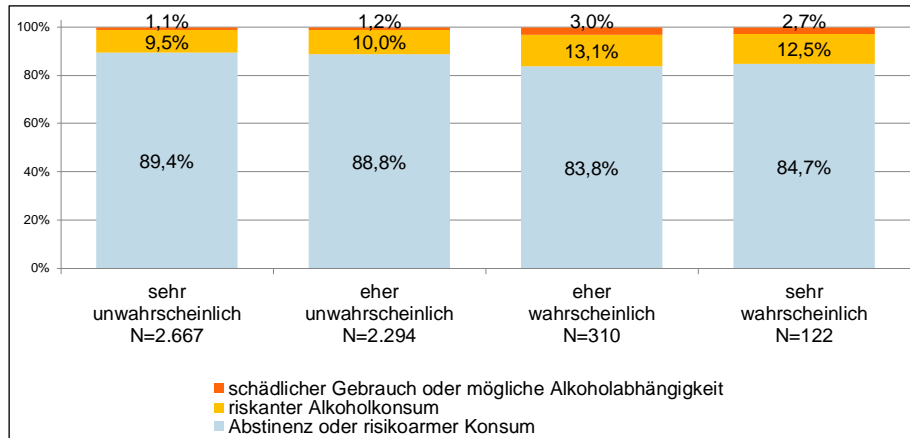
<sup>70</sup> Scheffé-Prozedur: Die Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen unterscheidet sich hinsichtlich der Alkoholgebrauchsstörung (schädlicher und abhängiger Gebrauch) und hinsichtlich des riskanten Alkoholkonsums signifikant von den anderen Altersgruppen.

<sup>71</sup> Scheffé-Prozedur: Weder bei Männern noch bei Frauen zeigt sich hinsichtlich der Alkoholabhängigkeit ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter. Bezüglich der Alkoholgebrauchsstörung unterscheidet sich bei Männern, nicht jedoch bei Frauen die Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen signifikant von den restlichen Altersgruppen. Beim Risikokonsum sind ebenfalls die männlichen 18- bis 29-Jährigen unterschiedlich von den restlichen Altersgruppen betroffen, während sich bei Frauen kein Unterschied und nur ein schwacher Zusammenhang mit dem Alter zeigt.



oder sogar sehr wahrscheinlich halten. Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

Abbildung 78: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT nach Wahrscheinlichkeit, den Arbeitsplatz gegen den eigenen Willen zu verlieren<sup>72</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Gehen bestimmte Arbeitsbedingungen mit einer erhöhten Prävalenz der Alkoholgebrauchsstörung einher? Zur Beantwortung dieser Frage werden analoge Auswertungen wie im Abschnitt zur Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit unternommen (Abschnitt 5.4.5.2).

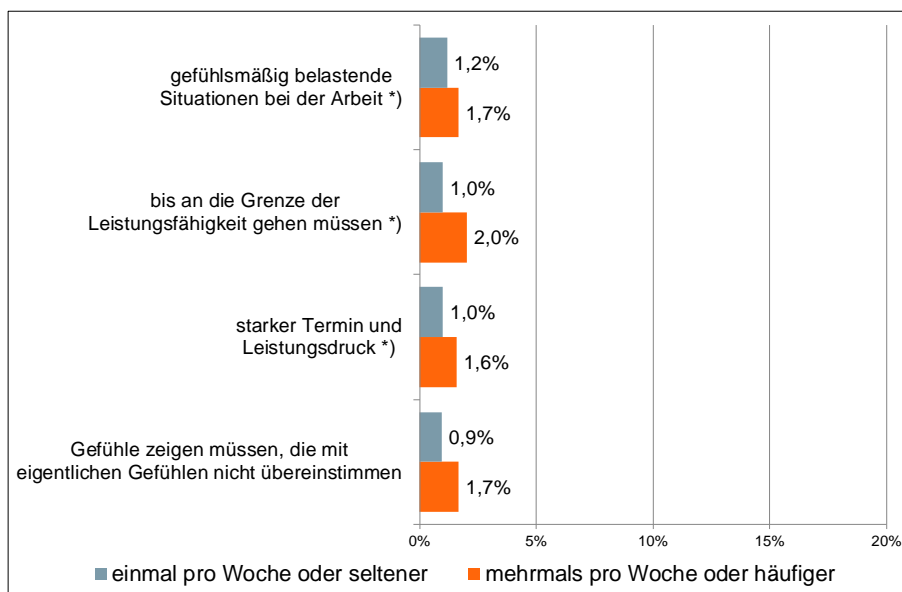
Abbildung 79 unterscheidet zwei Gruppen von Beschäftigten: solche mit höheren Arbeitsbelastungen und solche mit geringeren Belastungen. Höhere Arbeitsbelastung ist hier operationalisiert als „mehrmals pro Woche oder häufiger“, geringe Arbeitsbelastung meint „einmal pro Woche oder seltener“. Für jede Gruppe ist die Verbreitung der Alkoholgebrauchsstörung angegeben (also schädlicher oder abhängiger Alkoholkonsum).

Beispielsweise zeigen Beschäftigte, die häufiger „gefühlsmäßig belastende Situationen bei der Arbeit“ erleben, zu 1,7 Prozent eine Alkoholgebrauchsstörung, jedoch nur 1,2 Prozent der Beschäftigten, die diese Belastung seltener erleben. Eine solche Belastung erleben z. B. Beschäftigte im Handel, wenn Konflikte mit Kunden ausgetragen werden müssen oder Pflegekräfte, die mit belastenden Schicksalen konfrontiert sind.

Auch die Belastung „bis an die Grenze der Leistungsfähigkeit gehen müssen“ steht in Zusammenhang mit der Alkoholgebrauchsstörung: 2,0 Prozent der Beschäftigten, die häufiger an die Grenze der Leistungsfähigkeit gehen müssen, aber nur 1,0 Prozent der Beschäftigten, von denen dies seltener gefordert ist, zeigen eine Alkoholgebrauchsstörung. Auch starker Termin- und Leistungsdruck ist mit der Alkoholgebrauchsstörung assoziiert.

<sup>72</sup> Die Unterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha = 5\%$ :  $\chi^2 = 14,585$ ,  $p = 0,006$ ).

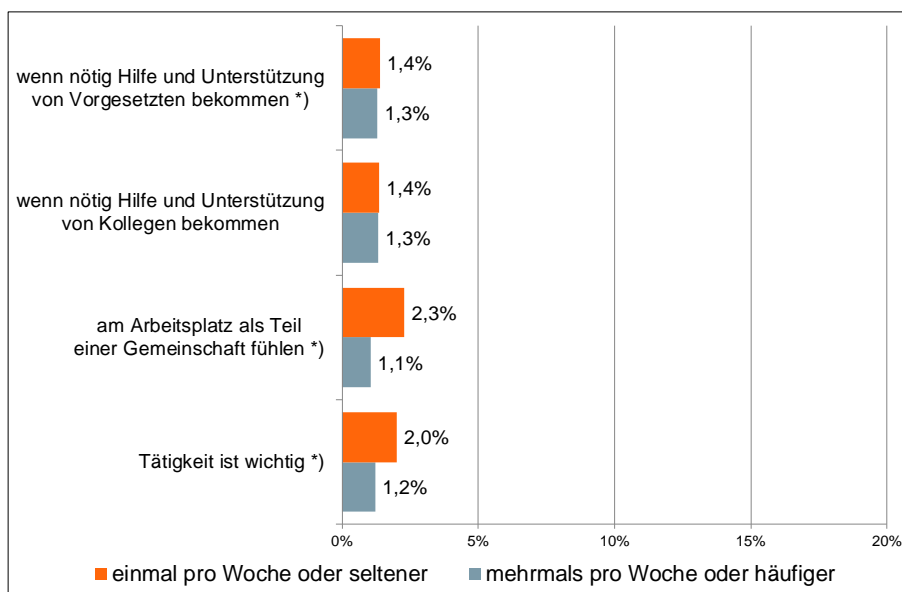
Abbildung 79: Anteil Beschäftigter mit schädlichem oder abhängigem Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Arbeitsbelastungen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: alle Befragten. \*) markiert signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat-Test auf 5 % Niveau). N=5.364–5.433.

Nicht nur Belastungen, auch einige Ressourcen bei der Arbeit stehen signifikant mit der Alkoholgebrauchsstörung in Zusammenhang (Abbildung 80). Wer seltener Unterstützung durch Vorgesetzte bekommt, seltener das Gefühl hat, dass die eigene Tätigkeit wichtig ist und v. a. sich seltener als Teil einer Gemeinschaft am Arbeitsplatz fühlt, zeigt mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Alkoholgebrauchsstörung als jemand, der diese Ressourcen öfter erlebt.

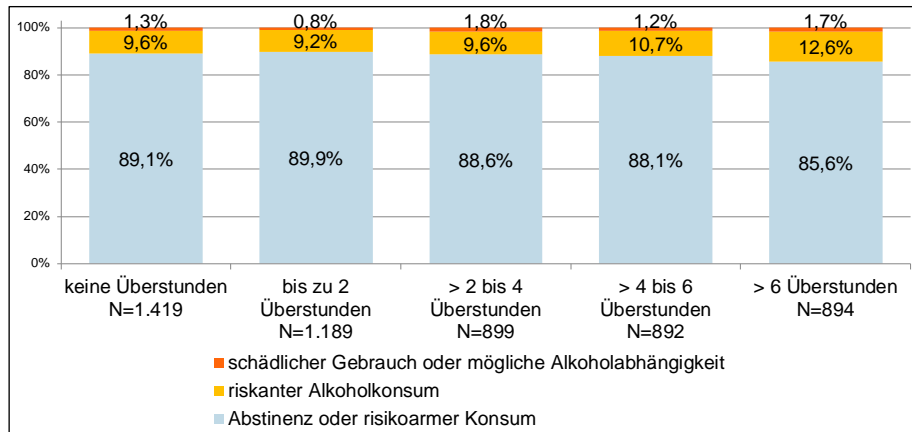
Abbildung 80: Anteil Beschäftigter mit schädlichem oder abhängigem Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Arbeitsbelastungen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. \*) markiert signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat-Test auf 5 % Niveau). N=5.364–5.433.

Die Anzahl der Überstunden, die Beschäftigte leisten (müssen) ist nicht signifikant mit einer Alkoholgebrauchsstörung assoziiert.

Abbildung 81: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT nach Anzahl Überstunden<sup>73</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: alle Befragten. Die Unterschiede erweisen sich im Chi-Quadrat-Test auf dem 5 % Niveau als nicht signifikant (Chi-Quadrat=13,4, df=8, p=0,099).

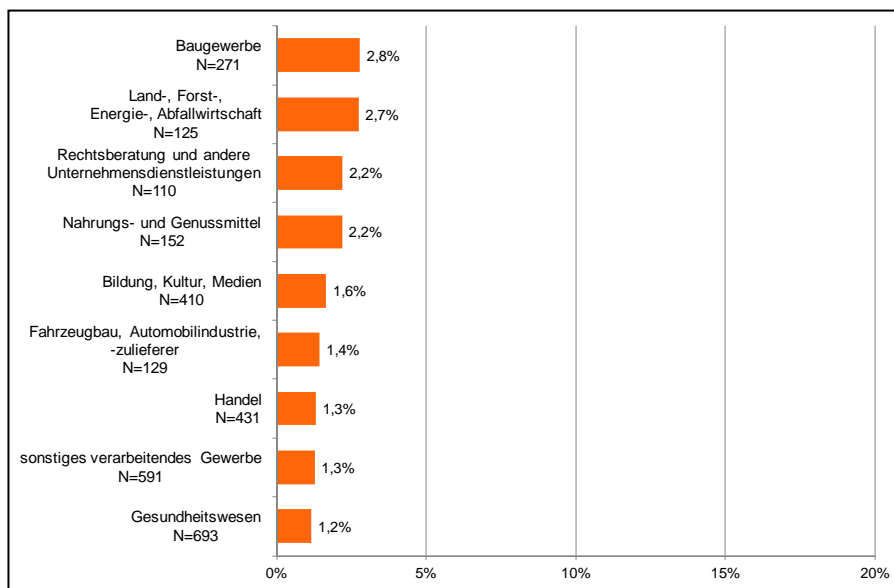
Eine Analyse nach Branchen ist in Abbildung 82 und Abbildung 83 dargestellt. Die Analyse der Konfidenzintervalle deutet darauf hin, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den Branchen bestehen. Dies könnte entweder einen methodischen Grund haben: Die Fallzahl je Branche ist trotz der großen Gesamtstichprobe relativ klein. Es könnte aber auch an der geringen Prävalenz der Alkoholgebrauchsstörung liegen. Dafür spricht, dass selbst bei Branchen, die mit einer größeren Fallzahl in der Stichprobe vertreten sind, die Konfidenzintervalle weit sind.<sup>74</sup> Oder die Unterschiede zwischen Branchen sind tatsächlich sehr gering – dafür spricht, dass Branchen sehr breite „Container“ für eine Vielzahl von Berufen und Tätigkeiten sind.

**Eine Analyse nach Branchen konnte keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Verbreitung einer Alkoholgebrauchsstörung feststellen.**

<sup>73</sup> Die Unterschiede erweisen sich im Chi-Quadrat-Test auf dem 5 % Niveau als nicht signifikant (Chi-Quadrat=13,4, p=0,099).

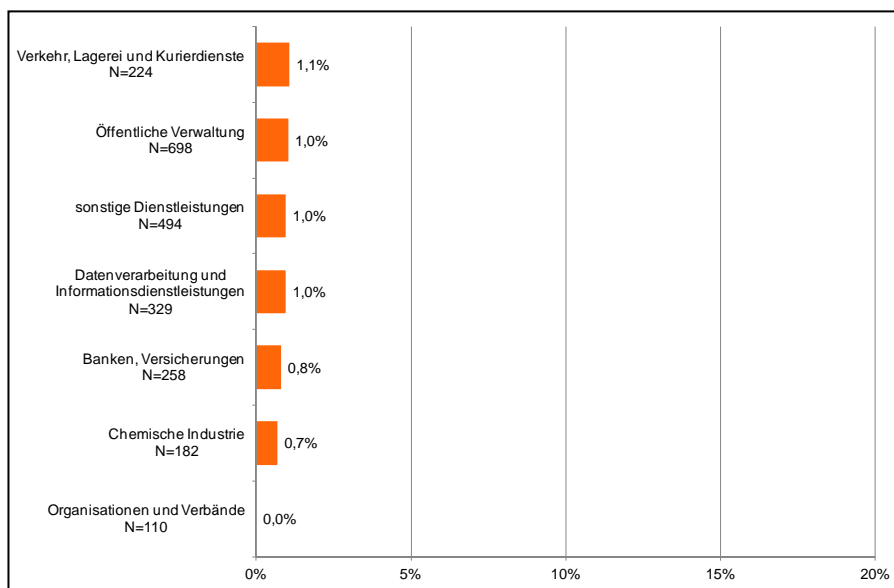
<sup>74</sup> Z.B. die öffentliche Verwaltung mit N=698: 1,0 Prozent [95%KI: 0,4-2,1 Prozent]

Abbildung 82: Schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Branche (1/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Abbildung 83: Schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Branche (2/2)



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

### 5.5.4 Selbst berichtete Gründe des Alkoholkonsums

Warum trinken Beschäftigte Alkohol? Zur Beantwortung dieser Frage wurden den (Alkohol konsumierenden) Befragten neun mögliche Gründe vorgelegt. Die Zusammenstellung dieser Gründe erfolgte in loser Anlehnung an die Forschungsliteratur<sup>75</sup>, die sich motivationalen Theorien des Alkoholgebrauchs bedient und dabei zwischen „Enhancement-“ und „Coping-Motiven“ unterscheidet. Ein Enhancement-Motiv

<sup>75</sup> Wardell et al. (2016); McDevitt-Murphy et al. (2017); Cooper (1994); Loose/Acier (2017); Gilson (2013).

ist z. B. ein angenehmes Gefühl durch Alkoholkonsum erzielen zu wollen. Ein Coping-Motiv ist demgegenüber z. B. Alkoholkonsum zum besseren Umgang mit schlechter Stimmung.

Der wichtigste Grund für den Alkoholkonsum ist der, dass (zumindest einige) alkoholische Getränke gut schmecken. 95 Prozent geben dies als Grund an. 55 Prozent der Konsumenten trinken Alkohol, weil er ihnen ein gutes Gefühl gibt, 50 Prozent weil Alkohol in vielen Situationen „einfach dazu gehört“.

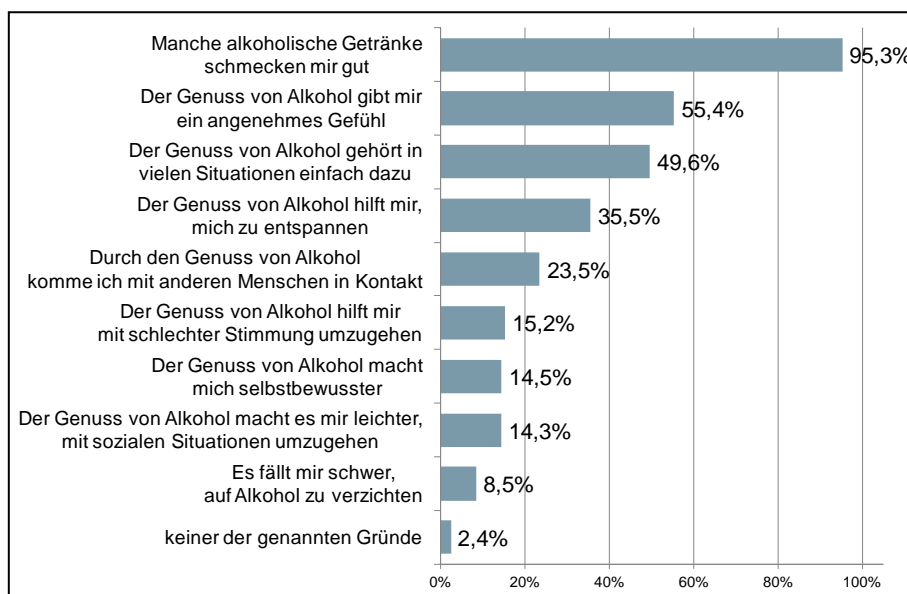
Deutlich weniger verbreitet als diese drei meistgenannten Gründe, ist der Einsatz von Alkohol zu bestimmten Zwecken: Zur Entspannung (36 Prozent), um mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen (24 Prozent) (Stichwort: Soziales Schmiermittel), um eine schlechte Stimmung zu vertreiben (15 Prozent). 15 Prozent stärken ihr Selbstbewusstsein mit Alkohol, 14 Prozent geben an, dass Alkohol den Umgang mit sozialen Situationen erleichtert.

Im Kontext Sucht ist ein Grund besonders von Interesse: 9 Prozent der Konsumenten sagen von sich selbst, sie trinken Alkohol, weil es ihnen schwer falle, darauf zu verzichten.

**Wichtigster Konsumgrund: Geschmack**

**9 Prozent der Alkoholkonsumenten fällt es schwer, darauf zu verzichten**

Abbildung 84: Selbst berichtete Gründe des Alkoholkonsums



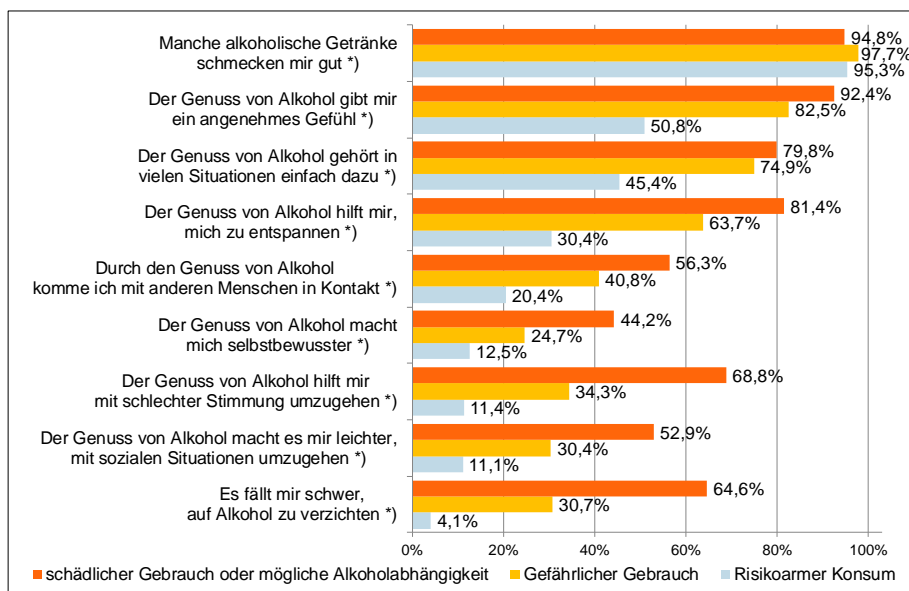
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Fragewortlaut: „Warum trinken Sie Alkohol? Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen jeweils an, ob diese auf Sie zutreffen oder nicht.“ Basis: Alle Befragten, die Alkohol konsumieren. N=4.339–4.480.

Dabei geben übrigens 22 Prozent der Alkoholkonsumenten nur einen einzigen Grund an, davon zu 95 Prozent den Grund „Manche alkoholische Getränke schmecken mir gut“ (ohne Abbildung).

Die Gründe für Alkoholkonsum sind umso vielfältiger, je riskanter der Typus des Alkoholkonsums ist. Jeden Grund, mit Ausnahme des Geschmacks, geben Befragte mit riskantem bzw. mit schädlichem/abhängigen Konsum häufiger an als Befragte mit einem risikoarmen Konsum. Wer einen gefährlichen oder schädlichen/abhängigen Konsum von Alkohol pflegt, trinkt Alkohol häufig (auch), weil er ein angenehmes Gefühl gibt, weil er in vielen Situationen einfach dazu gehört und weil er bei der Entspannung hilft. Das „Coping-Motiv“ ‚mit schlechter Stimmung umgehen‘ spielt für die schädlich bzw. abhängig Konsumierenden ebenfalls eine große Rolle.

Wer einen schädlichen/abhängigen Konsum pflegt, weiß dies offenbar auch: 65 Prozent der schädlich/abhängig Konsumierenden geben an, dass sie Alkohol (auch) deswegen trinken, weil es ihnen schwer fällt, auf Alkohol zu verzichten.

Abbildung 85: Selbst berichtete Gründe des Alkoholkonsums nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Fragewortlaut: „Warum trinken Sie Alkohol? Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen jeweils an, ob diese auf Sie zutreffen oder nicht.“ Basis: Alle Befragten, die Alkohol konsumieren. N (risikoarmer Konsum) = 3.612–3.705; N (gefährlicher Gebrauch) = 532–544; N (schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit) = 72–73. \*) markiert signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat-Test auf 5 % Niveau).

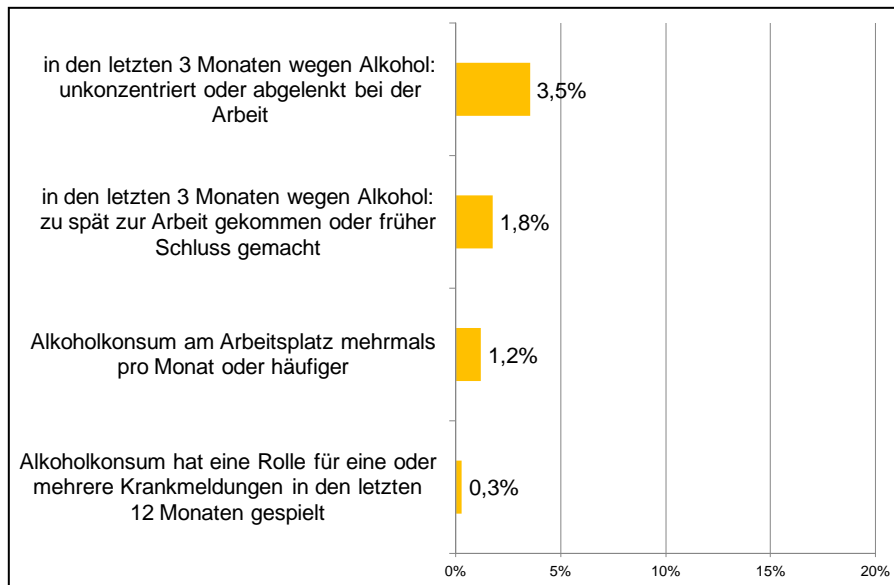
### 5.5.5 Folgen von Alkoholkonsum für die Arbeitswelt

Die in Abbildung 86 dargestellte Analyse betrachtet alle Beschäftigten, also ohne Einschränkung auf Konsumenten oder gar Konsumenten mit riskanten, schädlichen oder abhängigen Konsum. Aus Sicht der Arbeitswelt ist das zunächst die Basis, die von Interesse ist. Es zeigt sich, dass bei Betrachtung der Beschäftigten insgesamt Alkoholkonsum nur geringfügig Folgen für die Arbeit hat: 4 Prozent geben an, dass sie in den letzten drei Monaten unkonzentriert oder abgelenkt bei der Arbeit als Folge des Alkoholkonsums waren.

**Fast niemand gibt an, dass Alkoholkonsum für eine Krankmeldung eine Rolle gespielt hat**

Zwei Prozent kamen wegen Alkohol zu spät zur Arbeit oder machten früher Schluss. Ein Prozent konsumiert mehrmals pro Monat Alkohol am Arbeitsplatz. Für eine Krankmeldung spielt Alkohol praktisch keine Rolle: Unter den Beschäftigten, die wenigstens eine Krankmeldung in den letzten 12 Monaten hatten, geben nur 0,3 Prozent an, dass Alkoholkonsum bei einer Krankmeldung eine Rolle gespielt hat.

Abbildung 86: Folgen von Alkoholkonsum bei der Arbeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Fragewortlaut<sup>76</sup>. Basis: Alle Befragten. N= 5.561–5.614.

Je problematischer jedoch das Alkoholkonsummuster, umso wahrscheinlicher werden Folgen dieser Art für die Arbeit (Abbildung 87). Beschäftigte mit schädlichem/abhängigem Gebrauch waren in den letzten drei Monaten fast zur Hälfte wegen Alkoholkonsum unkonzentriert oder abgelenkt gewesen. 27 Prozent dieser Gruppe sind in den letzten drei Monaten zu spät zur Arbeit gekommen oder haben früher Schluss gemacht. Für 7 Prozent der Beschäftigten mit schädlichem/abhängigem Gebrauch, die wenigstens eine Krankmeldung in den letzten 12 Monaten hatten, spielte Alkoholkonsum eine Rolle für eine Krankmeldung.

**Beschäftigte mit schädlichem oder abhängigem Alkoholgebrauch berichten zu einem hohen Anteil über Unkonzentriertheit am Arbeitsplatz**

<sup>76</sup> Fragewortlaut der in Abbildung 86 dargestellten Items:

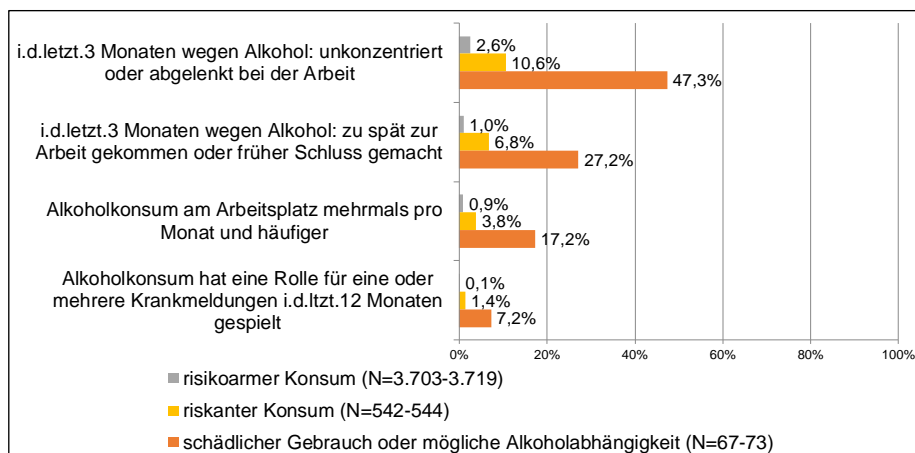
Kam es in den letzten 3 Monaten vor, dass Sie durch den Genuss von Alkohol (außerhalb oder während der Arbeitszeit) bei der Arbeit unkonzentriert oder abgelenkt waren?

Kam es in den letzten 3 Monaten vor, dass Sie durch den Genuss von Alkohol zu spät zur Arbeit kamen oder früher Schluss gemacht haben?

Trinken Sie während der Arbeit Alkohol?

Haben die folgenden Aspekte für eine oder mehrere der Krankmeldungen eine Rolle gespielt?: Alkoholkonsum

Abbildung 87: Folgen von Alkoholkonsum bei der Arbeit nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT<sup>77</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten, die Alkohol konsumieren.

**9 Prozent der Alkoholkonsumenten trinken Alkohol am Arbeitsplatz – die meisten davon selten**

Unter den Beschäftigten, die Alkohol trinken, trinken 91 Prozent niemals Alkohol am Arbeitsplatz. Das bedeutet umgekehrt: Es ist keineswegs so, dass Alkoholkonsum am Arbeitsplatz völlig verschwunden wäre. 9 Prozent der Beschäftigten trinken – den Daten zu Folge bei seltenen Gelegenheiten – Alkohol am Arbeitsplatz. In den meisten Fällen dürfte das eine kurze Geburtstagsfeier während der Arbeitszeit sein. 8 Prozent der Befragten geben an, dass sie Alkohol am Arbeitsplatz trinken, jedoch einmal pro Monat und seltener (Abbildung 88, siehe dort die gestapelte Säule „Gesamt“). Ein kleiner Teil der Beschäftigten trinkt öfter am Arbeitsplatz: Ein Prozent mehrmals pro Monat und 0,6 Prozent sogar mehrmals die Woche. Selbst Beschäftigte mit riskantem Alkoholkonsum trinken nur geringfügig häufiger Alkohol am Arbeitsplatz.

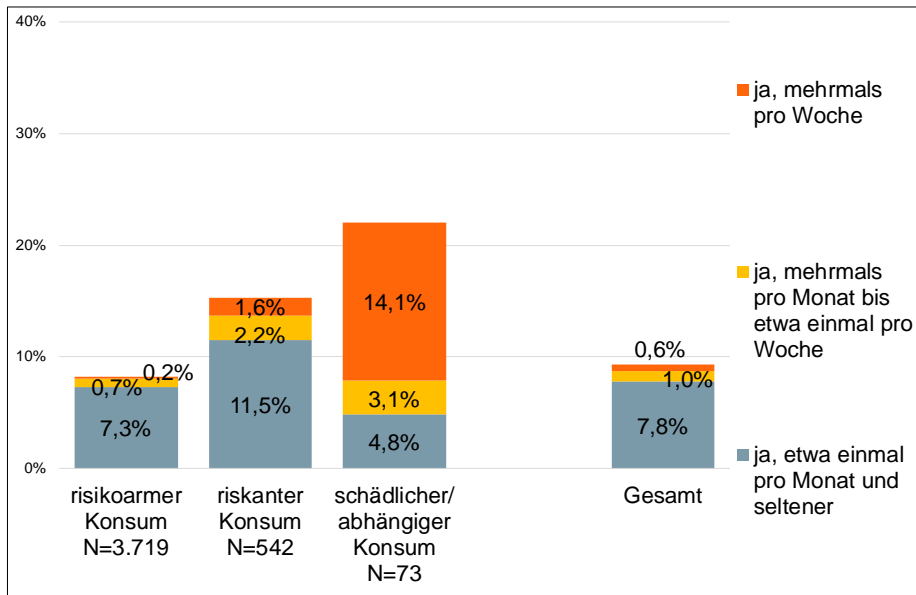
**14 Prozent der Beschäftigten mit einer Alkoholgebrauchsstörung trinken mehrmals pro Woche Alkohol am Arbeitsplatz**

Jedoch: Beschäftigte mit schädlichem/abhängigem Gebrauch, also solche mit einer Alkoholgebrauchsstörung gemäß AUDIT-Screening-Diagnose, trinken zu größeren Anteilen während der Arbeitszeit. 14 Prozent dieser Gruppe trinken mehrmals pro Woche und häufiger. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass selbst diese Gruppe weit mehrheitlich – zu 78 Prozent – nie Alkohol am Arbeitsplatz konsumiert. Das deutet darauf hin, dass die (noch) in Arbeit stehenden Alkoholiker es schaffen, ihrer Sucht außerhalb der Arbeitszeit nachzugehen. Möglicherweise sind die hier identifizierten Beschäftigten mit einer Alkoholgebrauchsstörung noch vergleichsweise weniger schwere Fälle, die sich noch gut ins Arbeitsleben integrieren – umgekehrt sind die schweren Fälle wahrscheinlich zu größeren Teilen aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Diese Interpretation soll nicht die Folgen verharmlosen, die von den nicht am Arbeitsplatz trinkenden Alkoholikern ausgehen kann. Sie könnten von Restalkohol während der Arbeitszeit betroffen sein, sie könnten unter starkem Verlangen und/oder Entzugserscheinungen leiden, und deswegen in ihrer Leistungsfähigkeit gemindert sein oder – je nach Arbeitsplatz – unter erhöhtem Unfallrisiko stehen.

<sup>77</sup> Alle Unterschiede sind nach Chi-Quadrat Test auf dem 5% Niveau signifikant.



Abbildung 88: Alkoholkonsum am Arbeitsplatz nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT<sup>78</sup>



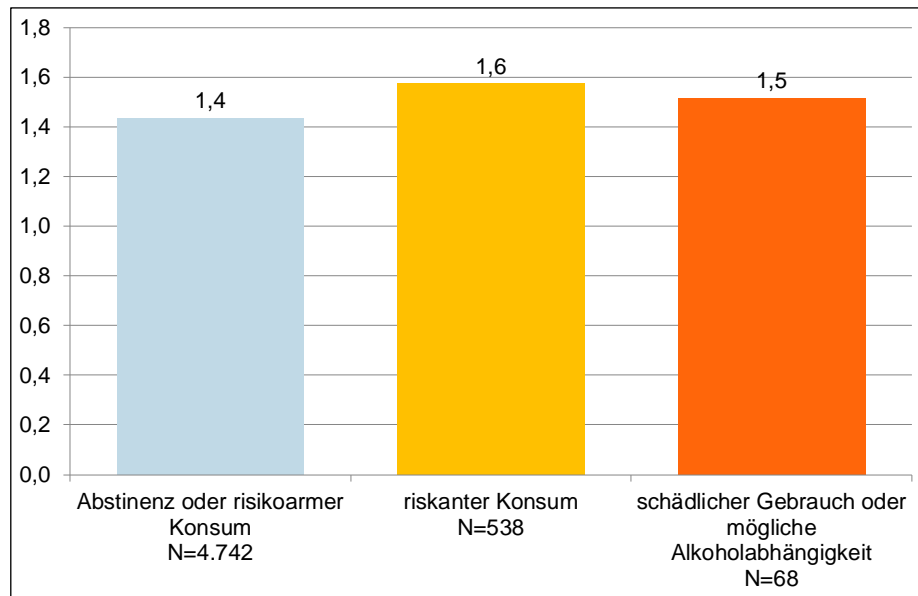
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis sind alle Befragten, die Alkohol konsumieren. Fragewortlaut: „Trinken Sie während der Arbeit Alkohol?“

Ein widersprüchliches Bild ergibt sich jedoch bei der Betrachtung der Anzahl der selbstberichteten Krankmeldungen nach Alkoholkonsumtypus. Beschäftigte, die entweder alkoholabstinent leben oder einen risikoarmen Konsum pflegen, meldeten sich gemäß Selbstangabe durchschnittlich 1,4 Mal krank in den letzten 12 Monaten. Beschäftigte mit riskantem Alkoholkonsum geben 1,6 Krankmeldung für diesen Zeitraum an, Alkoholabhängige 1,5. Die Unterschiede sind nicht signifikant.

## Alkoholkonsum und Krankmeldungen

<sup>78</sup> Chi-Quadrat=278,902, p=0,000

Abbildung 89: Anzahl Krankmeldungen in den letzten 12 Monaten nach Alkoholkonsumtypus gemäß AUDIT<sup>79</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

<sup>79</sup> Gemäß Varianzanalyse sind die Unterschiede zwischen den dargestellten Gruppen nicht signifikant.

## 5.6 Soziale Medien: Nutzung und Prävalenz der Abhängigkeit bei Beschäftigten sowie Folgen für die Arbeitswelt (Bund)

„Neben Alkohol- und Tabakabhängigkeit haben internetbezogene Störungen eine große Bedeutung für die Arbeitswelt. Sie zeigen deutliche negative Folgen, insbesondere psychischer Natur, aber auch in psychosomatischer Hinsicht. Zudem zeigt sich, dass Betroffene durch die Sucht oftmals gar nicht den Schritt in die Arbeitswelt vollziehen (Stichwort sozialer Rückzug).“

**Dr. Kai Müller, Ambulanz für Spielsucht, Universitätsmedizin Mainz**

„Waren Sie schon mal länger online, als sie ursprünglich vorhatten?“ „Haben Sie schon erfolglos versucht, ihren Internetgebrauch zu reduzieren?“ Es war scherzhaft gemeint, als das erste Mal von Internetsucht gesprochen wurde. Ivan Goldberg, Psychiater in New York, veröffentlichte 1995 einen ernsthaft wirkenden, jedoch satirisch gemeinten Beitrag, in dem er eine fiktive Störung erfand und diese im Stile des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen an Kriterien knüpfte: Die Internet Addiction Disorder (IAD) (Dalal und Basu 2016: 6, Uhl 2014: 66).

Daraufhin wurde das Forum, auf dem Goldberg seinen Beitrag publizierte, überflutet mit Antworten. Leserinnen und Leser hatten die Kriterien an sich selbst überprüft und waren nun überzeugt, an einer solchen Störung zu leiden (Srinivasan 2014:1). Es folgte ein einflussreicher Artikel der New York Times, in dem das Thema aufgegriffen wurde. Während Goldberg selbst das Interesse verlor, wurde Kimberley Young zur „Pionierin auf dem Forschungsgebiet der Internetabhängigkeit“ (te Wildt o.J.) und publizierte 1998 das Buch „Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction“ (Young 1998).

Zu diesem Zeitpunkt schrieb man Computerspielen bereits ein Abhängigkeitspotential zu, allerdings konnten frühe Studien nur ein geringes Abhängigkeitspotential nachweisen (Soper & Miller, 1983; Shotton, 1989, beide zitiert nach te Wildt o.J.).

Mit immer mehr Aktivitäten, die im Internet möglich wurden, differenzierte sich auch die Forschung zum Abhängigkeitspotential von Online-Aktivitäten aus: „Individuen scheinen nicht vom Internet selbst abhängig zu sein, sondern von bestimmten Online-Aktivitäten“ (van den Eijnden et al. 2016: 478, eigene Übersetzung). Eine Online-Aktivität, die in den letzten Jahren in vielfacher Hinsicht problematisiert wird, ist die Beschäftigung mit sozialen Medien. Neben Problemen der Sicherheit (Kinder und Jugendliche verraten zu viel über sich selbst), der Qualität sozialer Beziehungen (virtuelle, oberflächliche Online-Beziehungen ersetzen echte „real-life“-Beziehungen), des Kommunikationsstressses und der Schlafhygiene (Nutzer sind ständig online und müssen auf Aktivitäten anderer reagieren, selbst nachts) wird auch die Möglichkeit diskutiert, dass soziale Medien abhängig bzw. süchtig machen.

**Die Debatte um „Internetsucht“ kam in den 1990er Jahren auf**

**Frühe Studien konnten nur ein geringes Abhängigkeitspotential nachweisen**

„Ich habe viele Menschen mit Mediensucht behandelt, oft auch als Komorbidität bei Persönlichkeitsstörungen (F60). Klares Ja zur Anerkennung der Computerspielesucht.

Klares Ja auch zur Anerkennung der Abhängigkeit von sozialen Medien als Sucht. Second life als Fluchtrealität bei Ängsten und Depressionen. Betroffene unternehmen zunächst einen ineffektiven Selbstheilungsversuch. Daraus wird eine eigenständige Suchterkrankung mit neurobiologischen Folgen.“

**Prof. Dr. Thomas Redecker, Psychosomatischer Chefarzt der Median-Klinik am Park Bad Oeynhausen**

Nicht nur die Omnipräsenz von Smartphones und das Verhalten der Nutzer lassen den Verdacht aufkommen, dass Aspekte von Sucht und Abhängigkeit eine Rolle spielen. Auch die Technik selbst ist vorsätzlich darauf hin entwickelt, Nutzer möglichst lange auf den entsprechenden Plattformen oder Apps zu halten. In seinem Beitrag „am Haken“ stellt Giesler (2018) dar, wie soziale Medien, z. B. Instagram, gezielt verhaltenswissenschaftliche Konzepte übernehmen und einsetzen, „um Nutzer so oft wie möglich an[zuj]locken und dann so lang wie möglich [zu] fesseln“.

„Ein Großteil des Sogs der Social-Media-Apps wird durch kleine Design-Elemente erzeugt. Hier ein roter Knubbel am App-Symbol, der anzeigt, dass etwas Neues und potenziell Spannendes passiert ist (Was? Schnell die App öffnen!). Dort eine Push-Mitteilung mit Vibrationsalarm, die anzeigt, dass ein Freund etwas auf Facebook gepostet hat – oder jemand auf das eigene Posting reagiert hat (Wie? Gleich mal nachsehen!).

Manchmal ist es auch nur ein kleiner Zeitstempel neben einer Whatsapp-Nachricht, der anzeigt, dass man seit zwei Stunden nicht darauf reagiert hat (Zu lang? Besser schnell antworten!). Die App Snapchat hat sogenannte Streaks eingeführt, die anzeigen, wie oft man es geschafft hat, eine Konversation mit einem bestimmten Freund nicht abreißen zu lassen. Egal, ob es noch etwas zu sagen gibt – wie beim Ballspielen will man nicht derjenige sein, der den Ball fallen lässt“ (Giesler 2018: 83).

Giesler (2018:84) zitiert weiter einen ehemaligen Berater von Facebook, der berichtet, bei Facebook habe sich von Anfang an alles um die Frage gedreht, wie so viel Zeit und Aufmerksamkeit wie möglich gebunden werden kann. Der Like-Button und andere Mechaniken seien letztlich nichts anderes als ein kleiner Dopamin-Schuss, der einen dazu bringe, noch mehr Beiträge zu posten.

„Was die Anerkennung der Abhängigkeit von sozialen Medien als Sucht angeht, bin ich ein Stück weit kritischer. Auch wenn ich ein gewisses Risikopotenzial sehe, das von Facebook und Co ausgeht, bedarf es noch einer solideren Forschungsbasis in Bezug auf eine einheitliche Definition und Operationalisierung dieses vermeintlichen Störungsbildes, der Klärung seiner klinischen Bedeutsamkeit und Eigenständigkeit, die Bestimmung handlungsrelevanter Risikofaktoren sowie die Erfassung der auftretenden individuellen respektive sozialen Folgekosten. Zum jetzigen Zeitpunkt halte ich es daher für verfrüht, von einer ‚sozialen Mediensucht‘ zu sprechen.“

Dr. Tobias Hayer, Universität Bremen, Institut für Psychologie

Bisher hat die Abhängigkeit von sozialen Medien keine Anerkennung als Krankheit gefunden. Dies drückt sich u. a. auch darin aus, dass sie in Klassifikationssystemen wie dem DSM-5 oder der ICD-10 nicht aufgeführt ist. Es scheint aber eine klare Tendenz unter Suchtexperten zu geben, die Möglichkeit ernst zu nehmen, dass exzessive Online-Aktivitäten mindestens ähnlich einer Abhängigkeit sein können. Ein Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) (Rumpf et al. 2016:2) stellt fest: „Die extensive Nutzung von Computerspielen oder Internetanwendungen kann zu einem Verhalten führen, das in vielen Aspekten an Sucht oder Abhängigkeit denken lässt. Tatsächlich suchen Menschen mit ausgeprägten suchtartigen Symptomen auch von sich aus therapeutische Hilfe auf.“ Und an anderer Stelle: „Die Autoren sehen es auf Basis von Forschungsstand und mehrheitlichem Konsens sowie vorbehaltlich neuer Erkenntnisse als derzeit gerechtfertigt an, diese Störung – zumindest vorläufig – im Bereich der Suchterkrankungen einzuordnen. Neben der suchthaften Nutzung von Internetanwendungen beinhaltet der Begriff Internetbezogene Störung auch eine fortgesetzte schädliche oder missbräuchliche Nutzung, die mit negativen Folgen verbunden ist, aber (noch) nicht die Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllt.“

Vom umfassenden Konstrukt Internetbezogene Störungen wird im Rahmen dieses Reports jedoch Abstand genommen und – neben der Computerspielesucht – die spezifischere Abhängigkeit von sozialen Medien untersucht. Dabei wird auf das Erhebungsinstrument von van den Eijnden et al. (2016) zurückgegriffen: die Social Media Disorder Scale. Van den Eijnden et al. greifen bei der Entwicklung dieser Skala auf die DSM-5-Kriterien für Computerspielesucht (Internet Gaming Disorder) zurück. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass die Abhängigkeit von sozialen Medien und die Computerspielesucht zwei Ausprägungen des übergeordneten Konstrukts Internetabhängigkeit sind und deswegen in gleicher Weise definiert und mit diagnostischen Kriterien hinterlegt sein sollten.<sup>80</sup>

Demnach setzt sich diese Skala aus Items zusammen, die denen der Internet Gaming Disorder Scale analog formuliert sind. Als abhängig von sozialen Medien gilt, wer bezogen auf die letzten 12 Monate mindestens fünf der folgenden neun Kriterien erfüllt:

Tabelle 28: Kriterien der Abhängigkeit von sozialen Medien (Social Media Disorder)

1. Gedankliche Vereinnahmung (Preoccupation): Betroffene, auf die dieses Kriterium zutrifft, können regelmäßig an kaum etwas anderes denken als an den Moment, wenn sie soziale Medien nutzen können.
2. Toleranzentwicklung (Tolerance): Betroffene, die dieses Kriterium erfüllen, sind regelmäßig enttäuscht, wenn sie nicht noch mehr Zeit mit sozialen Medien verbringen können.
3. Entzugserscheinungen (Withdrawal): Betroffene fühlen sich schlecht, wenn sie soziale Medien nicht nutzen können.
4. Fortgesetzter Gebrauch trotz Einsicht in die schädlichen psychosozialen Folgen (Persistence): Betroffene haben erfolglose Versuche unternommen, den Gebrauch sozialer Medien einzuschränken.

## Memorandum der DG Sucht zu internetbezogenen Störungen

**In diesem Report werden zwei spezifische Online-Aktivitäten untersucht: Social Media Disorder und Computerspielesucht**

## Kriterien der Abhängigkeit von sozialen Medien (Social Media Disorder)

<sup>80</sup> Anderer Ansicht sind Király et al. (2015: 256), die den (eigentlich offensichtlichen) Umstand hervorheben, dass durch das Internet sehr verschiedene Aktivitäten verfolgt werden können und daher das Spielen einerseits, Internetaktivitäten andererseits zwei sehr verschiedene Konstrukte sind. Das gilt auch dann, wenn Online-Spiele als Internetaktivität angesehen werden.

5. Interessenverlust an früheren Hobbies, Interessen, Freizeitbeschäftigungen (Displacement): Betroffene vernachlässigen regelmäßig andere Interessen, um sich mit sozialen Medien beschäftigen zu können.
6. Konflikte aufgrund des Gebrauchs sozialer Medien (Problem): Betroffene haben regelmäßig Streit wegen ihrer Nutzung sozialer Medien.
7. Verheimlichung des tatsächlichen Gebrauchs (Deception): Betroffene belügen Eltern, Freunde und andere nahestehende Personen über den Gebrauch sozialer Medien.
8. Flüchten in soziale Medien (Escape): Betroffene nutzen soziale Medien, um negativen Gefühlen zu entfliehen.
9. Konflikte (Conflict): Betroffene haben ernsthafte Konflikte mit Eltern, Geschwistern und anderen nahestehenden Personen wegen der Nutzung sozialer Medien.

Quelle: van den Eijnden (2016: 483).

Die Sorge einer Abhängigkeit oder eines problematischen Gebrauchs sozialer Medien bezieht sich meist auf Kinder und Jugendliche. Eine repräsentative Befragung von 12- bis 17-Jährigen, die u. a. das Ziel hatte, die Prävalenz des „problematischen Gebrauchs“ sozialer Medien festzustellen, kam zu dem Ergebnis, dass 2,6 Prozent der Jugendlichen unter einer „Social Media Disorder“, einer Sozialen-Medien-Gebrauchsstörung leiden, wobei keine signifikanten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen gefunden wurden (DAK-Gesundheit 2018: 30).<sup>81</sup>

Da die Prävalenz der Abhängigkeit von sozialen Medien unter Jugendlichen vergleichsweise gering ausfällt, und die Prävalenz der Studie zufolge mit steigendem Alter abnimmt, ist nicht zu vermuten, dass unter Erwerbstätigen die Abhängigkeit von sozialen Medien eine relevante Rolle spielt. Da die oben angedeutete Problematisierung von Internet, Smartphones und sozialen Medien natürlich auch mit Bezug auf Erwachsene und/oder Erwerbstätige geführt wird, soll für diesen Report die Verbreitung der „Social Media Disorder“ (vereinfacht: Abhängigkeit von sozialen Medien) ermittelt werden.

„Um einschätzen zu können, inwiefern auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von einer Abhängigkeit von sozialen Medien betroffen sind, stellt sich zunächst die Frage, ob es dieses Krankheitsbild überhaupt gibt. Erst nach dieser Klärung kann eine valide Bestimmung des Problemausmaßes erfolgen. Daher ist diese Frage derzeit aus meiner Sicht nicht beantwortbar.“

**Dr. Tobias Hayer, Universität Bremen, Institut für Psychologie**

### Was sind soziale Medien?

Was genau soziale Medien sind, ist in den Debatten häufig nicht klar. Die meisten dürften sich einig sein, dass Facebook, Instagram und Twitter soziale Medien sind, weil es sich hier um digitale Austauschplattformen handelt, auf denen Nutzer und Nutzerinnen durch ein Profil eine Art Identität darstellen und pflegen, Inhalte wie Fotos, Videos und Texte austauschen („teilen“) und natürlich darüber kommunizieren, sei es durch bilaterale Chats oder Nachrichten, sowie durch das öffentliche Hinterlassen von Kommentaren, Likes oder ähnlichem.

<sup>81</sup> In dieser Studie wurde – so wie für die Erhebung des DAK-Gesundheitsreports – die Social Media Disorder scale von van den Eijnden (2016) verwendet.

Schwieriger ist die Einordnung von Instant-Messaging-Diensten wie WhatsApp: Ist ein bilateraler Austausch von Nachrichten eine Social Media Nutzung? Was unterscheidet dann diese Nutzung vom gegenseitigen Hinterlassen von Nachrichten auf einem Anrufbeantworter, der diese ebenfalls digital speichert und die häufig über IP-Telefonie übertragen wurde?

Ebenso ist die Videoplattform Youtube ein Grenzfall: Zwar sind hier viele Funktionen sozialer Medien verfügbar (Teilen von Inhalten, Nutzerprofile, Kommunikation über Kommentarspalten etc.), jedoch dürfte die sehr große Mehrheit der Konsumenten schlicht Videos konsumieren, ohne zu kommentieren, sich auszutauschen oder selbst Videos hochzuladen oder gar selbst welche zu produzieren.

Der DAK-Gesundheitsreport geht in Anlehnung an Kietzmann et al. (2011) davon aus, dass es sich bei sozialen Medien um digitale Medien (Dienste, Plattformen) handelt, die sich durch die folgenden sieben Funktionen auszeichnen:

1. Inhalte austauschen
2. Kommunikation
3. Identität, also die Bereitstellung von Informationen wie Namen, Alter, Geschlecht, aber auch viele weitere
4. Präsenz, d. h. die Anzeige, ob jemand gerade zur Verfügung steht
5. Beziehungen
6. Indikatoren für Reputation, wie z. B. die Anzahl der Follower auf Twitter
7. Gruppen, d. h. die Möglichkeit, (Teil-)Gemeinschaften zu bilden.

**Soziale Medien zeichnen sich durch sieben Funktionen aus, darunter Austausch von Inhalten und Gemeinschaftsbildung**

Mit Bezug auf diese sieben Funktionen geht der Gesundheitsreport davon aus, dass ein digitales Medium nicht alle in Gänze bereitstellen muss, um als soziales Medium zu gelten. Um das Beispiel WhatsApp noch einmal aufzunehmen: Die Indikation für Reputation fehlt bei diesem Medium, alle anderen Funktionen werden jedoch durch WhatsApp bereitgestellt. Auch wenn gilt, dass sich soziale Medien nicht sinnvoll durch eine Liste von konkreten Medien definieren lassen (die wäre sehr bald veraltet), war es für die Beschäftigtenbefragung erforderlich, einzelne soziale Medien beispielhaft zu nennen: In der Studie der DAK-Gesundheit wurden unter sozialen Medien verstanden: Messenger wie WhatsApp oder SnapChat, soziale Netzwerke wie Facebook, Microblogging-Dienste wie Twitter sowie Foren, Blogs und Weblogs.

Übrigens impliziert der Begriffsbestandteil „sozial“ keineswegs eine emphatische Bedeutung von „sozial“ im Sinne von „dem Gemeinwohl dienend“ oder „den Schwächeren schützend“. Ob soziale Medien zum Austausch von Babyfotos in der WhatsApp-Familiengruppe, zur Organisation einer Nachbarschaftsgruppe, zum Mobbing unter Schülerinnen und Schülern oder für die Verabredung eines Verbrechens genutzt werden, ist für die Begriffsdefinition unerheblich.

Die folgenden Analysen zeigen, dass trotz der Schwierigkeiten der Begriffsdefinition die Befragten im Sinne der hier zugrunde gelegten Definition geantwortet haben.

„Im Gegensatz zur Computerspielsucht sind andere internetbezogene Störungen noch nicht hinreichend beforscht. Gerade zur suchtartigen Nutzung sozialer Medien wissen wir leider noch sehr wenig, in der klinischen Versorgung kommen Betroffene zudem seltener vor (verglichen mit Patienten mit Computerspielsucht oder suchtartiger Nutzung von Onlinepornographie). Das muss aber nicht am fehlenden Krankheitswert liegen, sondern kann mit einer ‚funktionaleren‘ Einbindung der Sucht in das Alltagsleben in Zusammenhang stehen. Die Patienten, die ich bislang erlebt habe, waren berufstätig, nutzten Social Media vom Arbeitsplatz aus, wiesen deutliche Leistungsdefizite auf und dennoch fiel die Sucht niemandem der Kollegen oder Vorgesetzten auf“

**Dr. Kai Müller, Ambulanz für Spielsucht, Universitätsmedizin Mainz**

### 5.6.1 Nutzung sozialer Medien<sup>82</sup>

#### Wie verbreitet ist die Social-Media-Nutzung?

Analog zur Bearbeitung der anderen Abhängigkeitserkrankungen (Tabak, Alkohol, Internet Gaming Disorder) soll auch im Falle der sozialen Medien zunächst dargestellt werden, wie verbreitet ihre Nutzung unter Erwerbstätigen ist und wie sich der Gebrauch nach Alter, Geschlecht und anderen Merkmalen (ggf.) unterschiedlich darstellt.

Den Befragten wurde die Frage gestellt, ob sie soziale Medien nutzen, wobei dieser Frage die folgende Erläuterung beigelegt wurde, um den Begriff soziale Medien einzugrenzen und zu definieren:

„Damit sind digitale Medien und Plattformen gemeint, durch die Sie mit anderen Nutzerinnen und Nutzern in Austausch treten und/oder Inhalte erstellen und austauschen können.“

Das sind unter anderem soziale Netzwerke wie Facebook, Instagram oder LinkedIn, Blogs und Internetforen, sogenannte Mikroblogs wie z. B. Twitter. Auch Messaging-Dienste wie WhatsApp oder Snapchat gehören dazu.

Die Nutzung von E-Mail oder Web-Seiten gehört dagegen nicht dazu.

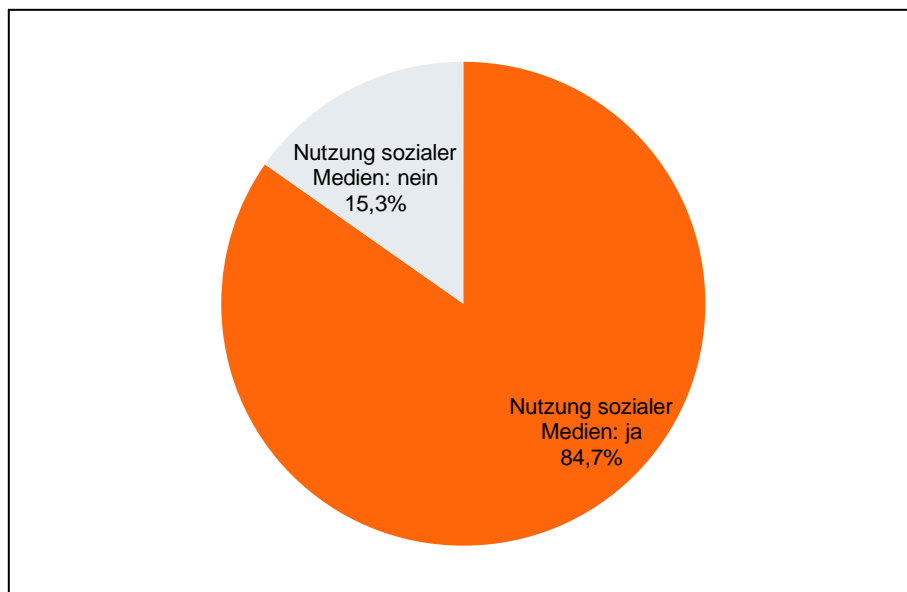
Soziale Medien werden mit dem Computer oder dem Smartphone genutzt.“

Die große Mehrheit der Erwerbstätigen nutzt soziale Medien: 85 Prozent der Befragten geben an, dass sie soziale Medien nutzen (Abbildung 90). Dementsprechend nutzen 15 Prozent keine sozialen Medien. Diese Angaben gelten nicht für die Internetnutzung insgesamt. Es ist denkbar und wahrscheinlich, dass auch die Nicht-Nutzer sozialer Medien Webseiten, E-Mail und andere Internetanwendungen nutzen.

<sup>82</sup> Zur Methodik der Beschäftigtenbefragung, zur Soziodemografie der Stichprobe und zu Hinweisen zur Darstellung der Ergebnisse vergleiche Abschnitt 5.1.3.



Abbildung 90: Nutzung sozialer Medien



**85 Prozent der Beschäftigten nutzen soziale Medien**

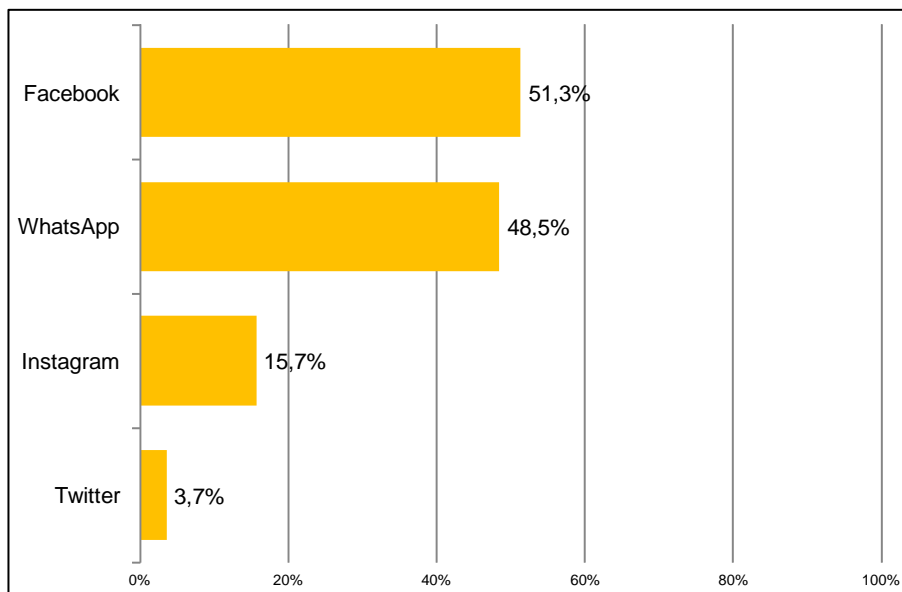
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Fragewortlaut: „Nutzen Sie ‚soziale Medien‘?“ Basis: Alle Befragten. N=5.607.

Gefragt nach den zwei wichtigsten sozialen Medien, die sie in den letzten 12 Monaten genutzt haben, geben die Befragten vor allem Facebook (51 Prozent) und WhatsApp (49 Prozent) an. Ein kleinerer Teil der Befragten zählt noch den Foto- und Video-Sharing Dienst Instagram (18 Prozent) und Twitter (3,7 Prozent) zu den zwei subjektiv wichtigsten sozialen Medien.

**Vor allem Facebook und WhatsApp werden zu den wichtigsten genutzten sozialen Medien durch die Befragten genannt**

Alle anderen sozialen Medien werden in nur sehr geringem Umfang genannt, dazu gehören professionelle Netzwerke wie LinkedIn oder Xing sowie weitere Messenger wie Threema oder Telegram. Dies bedeutet nicht, dass diese sozialen Medien nicht von deutlich höheren Anteilen von Erwerbstätigen genutzt werden, sie werden jedoch nicht zu den zwei wichtigsten gezählt (Abbildung 91).

Abbildung 91: Die subjektiv wichtigsten genutzten sozialen Medien

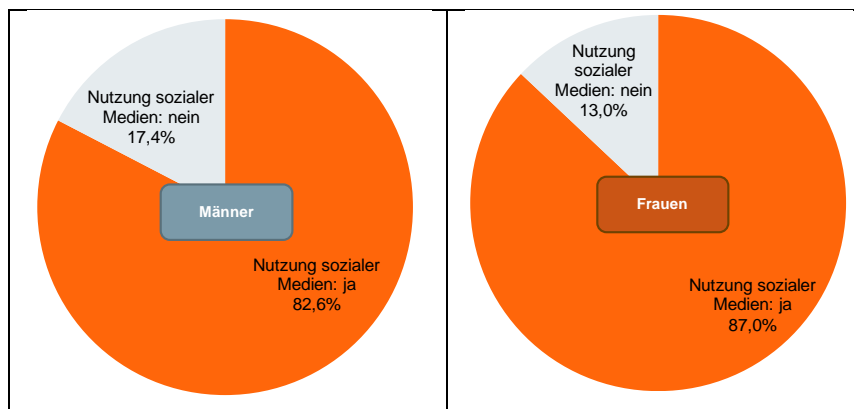


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Nutzer sozialer Medien. N=4.751. Wortlaut der Frage: „Welche sozialen Medien haben Sie in den letzten 12 Monaten genutzt? Bitte geben Sie bis zu zwei für Sie am wichtigsten sozialen Medien an, die sie genutzt haben.“

**Der Anteil der Nutzer sozialer Medien nimmt mit dem Alter ab, ist aber in allen Altersgruppen hoch**

Weibliche Beschäftigte nutzen soziale Medien zu einem etwas höheren Anteil als männliche Beschäftigte (87 zu 83 Prozent) (Abbildung 92). Dies gilt in allen Altersgruppen (Abbildung 93). Generell nimmt der Anteil der Nutzer sozialer Medien mit dem Alter ab. Unter den 28- bis 29-Jährigen nutzen nahezu alle Erwerbstätigen soziale Medien, der Anteil geht dann kontinuierlich zurück. In der Gruppe der 60- bis 65-Jährigen nutzen allerdings immer noch 70 Prozent soziale Medien (vgl. auch Abbildung 94).

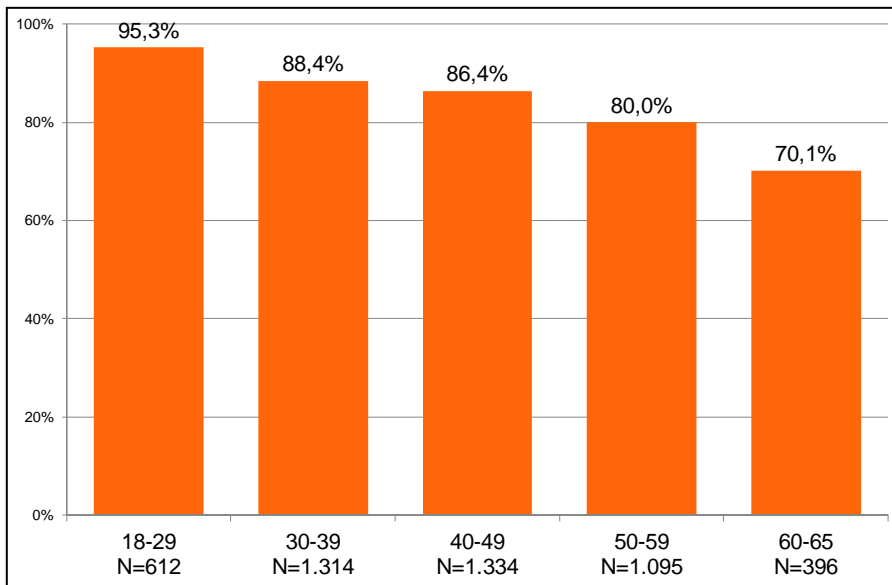
Abbildung 92: Nutzung sozialer Medien nach Geschlecht<sup>83</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N (Männer/Frauen) = 2.399/2.352.

<sup>83</sup> Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich der Nutzung sozialer Medien signifikant voneinander (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=20,992$ ,  $p=0,000$ ).

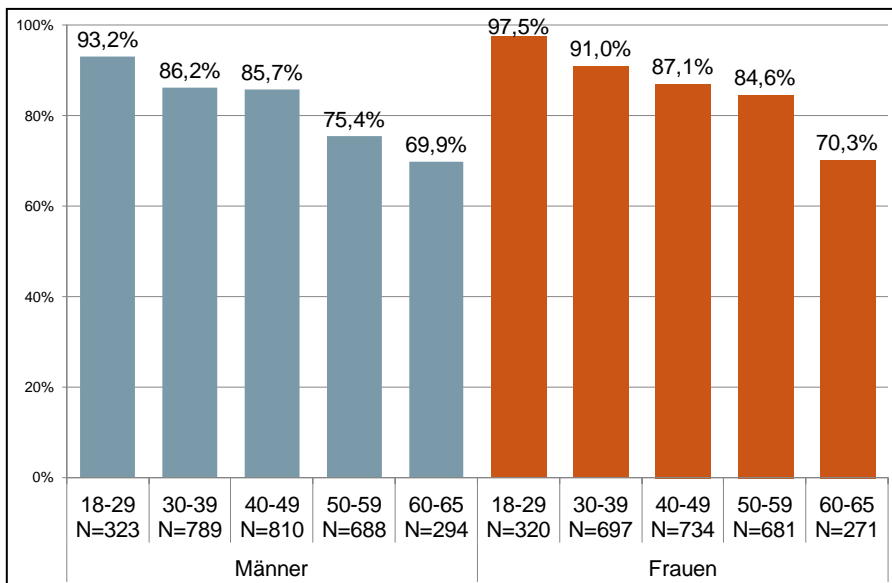
Abbildung 93: Nutzung sozialer Medien nach Alter<sup>84</sup>



**Nutzung sozialer Medien nach Alter**

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Abbildung 94: Nutzung sozialer Medien nach Geschlecht und Alter<sup>85</sup>



**Bei beiden Geschlechtern nimmt die Social-Media-Nutzung mit dem Alter ab**

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

<sup>84</sup> Scheffé-Prozedur: Die soziale Medien-Nutzung zeigt einen signifikanten Zusammenhang mit dem Alter.

<sup>85</sup> Scheffé-Prozedur: Bei den Frauen kann von einer kontinuierlichen Abnahme der soziale Medien-Nutzung von Altersgruppe zu Altersgruppe ausgegangen werden. Bei den Männern zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den bis 49-Jährigen einerseits und den ab 50-Jährigen andererseits.

### 5.6.2 Social Media Disorder

„Mir sind bereits von sozialen Medien Abhängige begegnet. Die Betroffenen werden mit stundenlangem Konsum bzw. Nutzung sozialer Medien in der Klinik vorstellig. Sie nutzen sie auch nachts. Depressive Entwicklung, Schlafstörungen etc. können die Folgen sein. Betroffene erhalten eine Kognitive Verhaltenstherapie, Ziel ist das Erlernen eines normalen Umgangs mit sozialen Medien.“

**Prof. Dr. Thomas Hillemacher, Leiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität**

Die große Mehrheit der Beschäftigten nutzt soziale Medien. Wie verbreitet ist aber der gestörte Gebrauch einschließlich der Abhängigkeit von sozialen Medien (Social Media Disorder) in der Arbeitswelt?

Hierzu wurde, wie oben ausgeführt, die Social Media Disorder Scale eingesetzt. Abbildung 95 zeigt den Anteil der zustimmenden Antworten zu den einzelnen Items der Skala.

**9 Prozent der Befragten geben einen (gewissen) Kontrollverlust bei der Nutzung soziale Medien an**

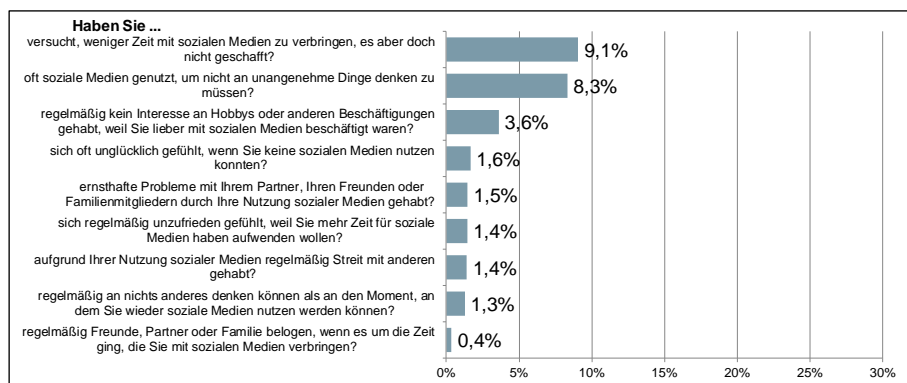
Die größte Verbreitung unter den abgefragten Kriterien hat demnach der fortgesetzte Gebrauch „wider Willen“ bzw. der Kontrollverlust: 9 Prozent geben an, dass sie in den letzten 12 Monaten versucht haben, weniger Zeit mit sozialen Medien zu verbringen, dies aber nicht geschafft haben. 8 Prozent haben oft soziale Medien genutzt, um nicht an unangenehme Dinge denken zu müssen – sie erfüllen das Kriterium der Flucht in soziale Medien (in der Studie der DAK-Gesundheit auch als dysfunktionale Stressbewältigung bezeichnet).

Ein Interessenverlust an Hobbies und Interessen durch die Nutzung sozialer Medien geben knapp 4 Prozent an. Alle anderen Kriterien werden gemäß Selbstangabe nur von einem sehr geringen Anteil kleiner zwei Prozent erfüllt (Abbildung 95).

„Mir sind bereits Betroffene der Abhängigkeit von sozialen Medien in meiner Tätigkeit als Suchtforscher und Psychotherapeut begegnet. Sie stellen sich in der Klinik typischerweise aufgrund komorbiden Störungen wie Essstörungen und Depressionen vor, wobei die Abhängigkeit von sozialen Netzwerken zu einem weitergehenden Rückgang an „real-life-Kontakten“ und zu, Beeinträchtigung des beruflichen, schulischen oder ausbildungsbezogenen Leistungsvermögens führt. Die Behandlungsmotivation hinsichtlich der Mediennutzung ist meist ambivalent. Da Betroffene meist weiblich sind, liegen insgesamt eher internalisierende Folgeprobleme vor. Schweregrad und Folgeprobleme sind meist geringer als bei der Computerspielsucht ausgeprägt“

**Dr. Gallus Bischof, Psychologischer Psychotherapeut am Universitätsklinikum Berlin Campus Lübeck**

Abbildung 95: Fragen der Social Media Disorder Scale (Anteil Ja-Antworten)



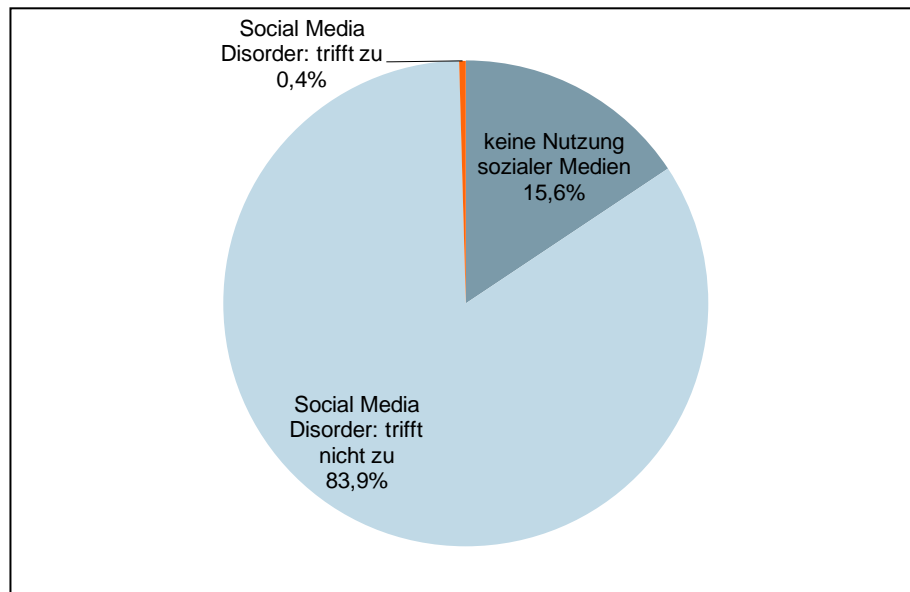
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten, die soziale Medien nutzen. N=4.669–4.737.<sup>86</sup>

Aus diesen einzelnen Kriterien ergibt sich nun wie folgt die „Screening-Diagnose“ Social Media Disorder: Analog zu den Kriterien der Internet Gaming Disorder geht die Social Media Disorder Scale davon aus, dass bei Erfüllen von mindestens 5 Kriterien eine Social Media Disorder vorliegt. Dies ist bei 0,4 Prozent der befragten Beschäftigten der Fall. 0,4 Prozent der Beschäftigten weisen demnach eine Social Media Disorder auf. Bezieht man diese „Screening-Positiven“ nur auf die Nutzer von sozialen Medien, lässt sich konstatieren, dass 0,5 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer sozialer Medien einen gestörten Gebrauch zeigen. M.a.W.: mit Ausnahme von Einzelfällen gibt es den Ergebnissen dieses Reports zufolge keine Abhängigkeit von sozialen Medien unter Erwerbstätigen (Abbildung 96).

**0,4 Prozent der Beschäftigten erfüllen die Kriterien einer Social Media Disorder (12-Monats-Prävalenz)**

<sup>86</sup> Das Item „regelmäßig Freunde, Partner oder Familie belogen, wenn es um die Zeit ging, die Sie mit sozialen Medien verbringen“, wurde aus technischen Gründen nur einem Teil der Befragten vorgelegt (N=511). Für die Social Media Disorder Scale wurden die fehlenden Werte dieses Items auf Basis der anderen 8 Items imputiert (N für Item mit imputierten Werten: 4.669).

Abbildung 96: Social Media Disorder („Abhängigkeit von sozialen Medien“): Beschäftigte nach Screening Diagnose gemäß Social Media Disorder Scale) [56]



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N=5.520.

Da die Nutzung von sozialen Medien sowie (fälschlicherweise häufig synonym gebraucht) die Nutzung von Smartphones aus verschiedenen Perspektiven problematisiert wird, mag der geringe Anteil von Beschäftigten mit einem gestörten Gebrauch überraschen. Wie oben jedoch dargelegt, war eine solch geringe Prävalenz unter Beschäftigten zu erwarten, wurde doch bereits unter Jugendlichen nur eine vergleichsweise geringe Prävalenz von 2,6 Prozent ermittelt, die mit steigendem Alter abnimmt.

**Mögliche Probleme der Social-Media-Nutzung, die nicht mit Sucht zu tun haben, sind nicht Thema dieses Gesundheitsreports**

Unter Gesichtspunkten der Sucht besteht diesem Ergebnis zufolge wenig Handlungsbedarf in der Arbeitswelt. Dies bedeutet nicht, dass nicht aus anderen Gesichtspunkten heraus Handlungsbedarf gegeben sein könnte, etwa unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes, der Aufrechterhaltung der Konzentration oder Fragen der Lebensqualität. Diese und andere Gesichtspunkte können jedoch nicht Thema dieses Schwerpunktthemas Sucht sein.

Auch ist durch die Ergebnisse nicht ausgeschlossen, dass bestimmte Gruppen unter den Erwerbstätigen zu einem größeren Anteil von Social Media Disorder betroffen sind. Die geringe Zahl der in dieser Stichprobe gefundenen Screening-Positiven (N=24) lässt jedoch keine tiefer gehenden Analysen zu.

„Die Patienten, oftmals sind es Frauen, sind grundsätzlich sehr belastet, was auf die Sucht zurückzuführen ist. Sie berichten von einer fortwährenden gedanklichen Eingenommenheit vom Verhalten, von der Angst, etwas zu verpassen, wenn sie nicht online sind, von Schamgefühlen auf Grund der Nutzung, der Vernachlässigung anderer Lebensbereiche (sozial wie beruflich), sowie Gefühlen der inneren Getriebenheit und Stressbelastung. Ziemlich übereinstimmend schildern sie, dass niemand von ihrer Sucht Kenntnis besitzt, was ihnen das Leben bzw. die Veränderung des Verhaltens nicht wirklich leichter macht. Sie suchen definitiv Hilfe, haben grundsätzlich das

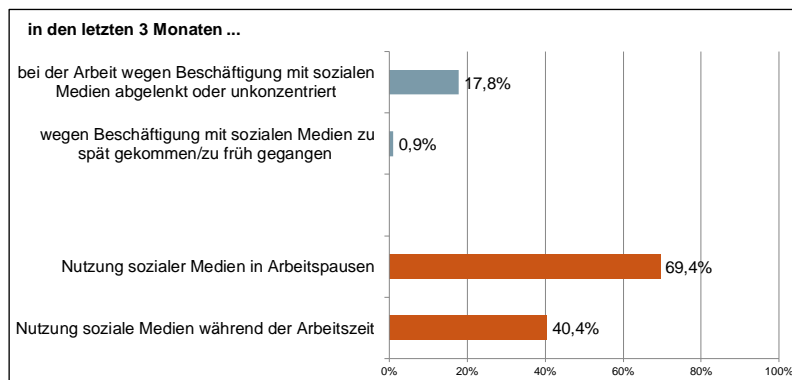
Ziel, wieder ein normales Leben zu führen, Freude zu empfinden, nicht mehr abhängig zu sein, anderen Menschen nah zu sein (ohne Bildschirm dazwischen). Der Leidensdruck ist demnach durchaus gegeben.“

**Dr. Kai Müller, Ambulanz für Spielsucht, Universitätsmedizin Mainz**

### 5.6.3 Soziale Medien am Arbeitsplatz

Die Nutzung sozialer Medien am Arbeitsplatz ist weit verbreitet: 69 Prozent der Nutzer sozialer Medien machen in Arbeitspausen Gebrauch von sozialen Medien, 40 Prozent auch während der Arbeitszeit. Für einen kleineren Teil der Nutzer könnte sich das auf die Arbeitsleistung auswirken: 18 Prozent geben an, dass sie in den letzten 3 Monaten wegen der Beschäftigung mit sozialen Medien abgelenkt oder unkonzentriert waren. Die Beschäftigung mit sozialen Medien führt nur in seltenen Ausnahmefällen dazu, dass Nutzer deswegen zu spät zur Arbeit kommen oder früher Feierabend machen. Nur ein Prozent der Befragten berichten, dass dies in den letzten 3 Monaten vorgekommen ist (Abbildung 97).

Abbildung 97: Soziale Medien am Arbeitsplatz



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Nutzer sozialer Medien. N=4.724–4.745.

„Ich gehe davon aus, dass eine echte ‚Abhängigkeit‘ von sozialen Medien nur in Ausnahmefällen auftritt, eine zu intensive Nutzung mit schädlichen Folgen deutlich häufiger.“

**Dr. Dieter Geyer, Präsident der Deutschen Suchtmedizinische Gesellschaft**

„Im Zusammenhang mit sozialen Medien ist der Begriff ‚Sucht‘ für mich in den meisten Fällen nicht gerechtfertigt. Dies gehört meist in den Bereich problematischen Sozial- und Kommunikationsverhaltens.“

**Hans Joachim Abstein, Referatsleiter Suchthilfe beim AGJ-Fachverband Freiburg**

„Meine Einschätzung, inwiefern auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von einer Abhängigkeit von sozialen Medien betroffen sind: Dass diese sich viel in sozialen Medien bewegen und dass es ein Zuviel davon häufig gibt, steht meines Erachtens außer Frage.

Dass es aber die Suchtkriterien erfüllt, indem es beispielsweise auch während der Arbeitszeit intensiv und aus einem starken Verlangen heraus betrieben wird und mit vegetativen Symptomen verbunden ist, wenn ihm nicht sogleich nachgegeben werden kann, erscheint mir eher selten.“

**Prof. Dr. Klaus Junghanns, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck**



## 5.7 Videospiele: Prävalenz der Nutzung und der Abhängigkeit bei Beschäftigten sowie Folgen für die Arbeitswelt (Bund)

Computerspiele werden auf PCs (sowohl Laptop als auch Desktop-PC), auf Spielekonsolen, auf Smartphones und Tablets gespielt.<sup>87</sup> Um jedoch zu vermeiden, dass bei Computerspielen nur an Spiele auf Laptops und Desktop-PCs gedacht wird und um eine Unterscheidung zu den engeren Begriffen Konsolenspielen, Handy-Spielen, mobile Games, etc. herzustellen, wird im Folgenden von Videospiele gesprochen.

Einige Videospiele können oder müssen sogar online gespielt werden, in aller Regel um gemeinsam mit anderen Spielern zu spielen. Dazu gehören so genannte MMORPG – die Abkürzung steht für Massively Multiplayer Online Role-Playing Game, also in etwa Mehrspieler-Rollenspiele für extrem viele Spieler, deren beliebtester Vertreter das Spiel „World of Warcraft“ ist. Andere Genres, die in besonderem Maße online gespielt werden sind Echtzeitstrategiespiele wie die Spiele der StarCraft-Reihe oder DOTA 2.

Weil Videospiele besondere psychologisch-belohnende Eigenschaften haben, tauchten Berichte über exzessives Spielen schon in den 1990er Jahren in der psychologischen und medizinischen Forschungsliteratur auf (Király et al. 2015:254 sowie die dort zitierte Literatur). Im Vergleich zu nicht online gespielten Spielen scheinen Online-Videospiele ein erhöhtes Abhängigkeitspotential zu haben.

Als eine Arbeitsgruppe für die Entwicklung der fünften Auflage des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-5) damit beauftragt wurde, die Aufnahme von Verhaltensstörungen zu erwägen, gehörten dazu die folgenden Aktivitäten: Glücksspiel, Internet Gaming, Internet Gebrauch (im Allgemeinen), Arbeitssucht, Shopping, Sex und Sport. Die Arbeitsgruppe beschloss, das Glücksspiel mit den substanzbezogenen Störungen zusammenzufassen, weil es deutliche Gemeinsamkeiten bezüglich Ätiologie, Biologie, Komorbiditäten und Behandlung mit diesen aufweist.

Von den verbleibenden „Kandidaten“ für konkrete Verhaltensstörungen wurde nur die so genannte Internet Gaming Disorder (IGD) als Forschungsdiagnose aufgenommen, weil sie als einzige unter den genannten ausreichend Evidenz bezüglich einer klinisch bedeutsamen Schädigung aufwies. Zudem zeigten Studien, dass sich exzessives Videospiele von anderen Internetaktivitäten unterscheidet und besonders dazu beiträgt, ernsthafte Konsequenzen nach sich zu ziehen (Petry 2015: 71f.). Als Forschungsdiagnose („condition for further study“) soll sie weitere Forschung anregen und wird u. U. in späteren Ausgaben des DSM-5 als „offiziell anerkannte“ Diagnose aufgenommen (APA 2013:783).

Auch die internationale Klassifikation der Krankheiten ICD wird in ihrer elften Überarbeitung die so genannte Gaming Disorder (6C51) aufnehmen (<https://icd.who.int/>).

**Eine Arbeitsgruppe für das DSM-5 nahm die „Internet Gaming Disorder“ als Forschungsdiagnose auf**

---

<sup>87</sup> Daneben gibt es weitere Geräte, auf denen Videospiele gespielt werden, die aber entweder eine seltene Sonderform darstellen oder nur noch historisch eine Rolle spielten, darunter Spielautomaten (Arcade-Automaten, die zu unterscheiden sind von Glücksspielautomaten) und Handheld-Konsolen ohne austauschbare Spielmodule.

„Ob man Verhaltensweisen wie exzessives Computerspielen unter bestimmten Bedingungen als ‚Sucht‘ bezeichnen sollte oder nicht, ist angesichts der unzähligen, höchst unterschiedlichen Suchtkonzepte ohne Präzisierung nicht sinnvoll beantwortbar und auch kaum praxisrelevant. Es geht hier ja nicht um Worte, sondern um Inhalte. Dass bei einer Reihe von Personen im Zusammenhang mit Computerspielen ernste Probleme auftreten, steht für mich außer Frage. Dass man in diesen Fällen professionelle Behandlung anbieten sollte, ebenfalls. Dass manche Menschen aus einer generellen Fortschrittsfeindlichkeit dazu neigen, das Problem zu übertreiben und auch völlig unproblematische Verhaltensweisen systematisch zu pathologisieren, erscheint mir aber ebenfalls unbestreitbar.“<sup>88</sup>

**Dr. Alfred Uhl, Abteilungsleiter Stv. des Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich, Wien**

#### **Kritik an der IGD-Diagnose**

Die Aufnahme der Internet Gaming Disorder (IGD) in das DSM-5 bzw. generell die Anerkennung einer solchen Störung als Sucht ist nicht unumstritten. Die vorgebrachten Argumente entsprechen dabei zum Teil denen der Kritik an Verhaltenssuchten im Allgemeinen, zum Teil beziehen sie sich spezifisch auf die IGD (Király et al. 2015:255).

Die Auffassung von IGD als Sucht, so lautet ein Argument, spricht den Betroffenen die Selbstwirksamkeit ab und erschwert den Heilungsprozess, weil ihnen durch das Suchtmodell suggeriert wird, sie hätten keine Kontrolle über ihr Verhalten. Eine weitere Kritik bezieht sich auf die Folgen, die die Aufnahme von IGD als Forschungsdiagnose in das DSM-5 hat. Die dort vorgeschlagenen Kriterien werden häufig von der Forschung als „wahre“ Kriterien der IGD übernommen und in der Folge bloß affirmative Forschung dazu durchgeführt. Alternative Kriterien oder alternative Modelle der Störung werden so gar nicht erst vorgeschlagen und untersucht.

Auch die Kriterien selbst werden kritisiert. Das Pathologisieren der gedanklichen Eingenommenheit von Videospiele zum Beispiel ist möglicherweise unangemessen angesichts der Tatsache, dass Videospiele eine der populärsten Freizeitbeschäftigungen unter jungen Menschen sind. Das unterscheidet Videospiele sehr deutlich von Glücksspiel oder dem Konsum harter Drogen, mit dem nur eine kleine Minderheit ihre Freizeit verbringt (Király et al. 2015: 255).

#### **Der Vergleich mit substanzbezogenen Störungen und mit der Glücksspielsucht ist umstritten**

Der Vergleich mit dem Glücksspiel bzw. der Glücksspielsucht, an dem sich die Formulierung der Kriterien der IGD orientierten, ruft ebenfalls Widerspruch hervor. Gray (2012) weist auf das förderliche Potential von Videospiele für Kognition und soziales Miteinander hin. Während die meisten Glücksspiele, insbesondere die, nach denen Betroffene süchtig werden, ziemlich stumpfsinnig sind und nur auf dem Zufall basieren, erfordern Videospiele Fertigkeiten, um erfolgreich gespielt zu werden. Sie sind eher mit Schach als mit Glücksspiel zu vergleichen. Belohnungen sind nicht zufällig, sondern verdient. Sie sind reine „In-Game Auszeichnungen“, die Meisterschaft signalisieren.

<sup>88</sup> Vgl. Uhl und Kobra (2012).

„Computerspielsucht‘, ‚pathologischer Mediengebrauch‘, ‚On-line-Sucht‘, ‚Gaming‘ stellen nach meiner Erfahrung und Auffassung zumeist Anpassungsstörungen dar. Es gibt allerdings eindeutige Verläufe, die den Charakter einer Sucht haben.“

**Dr. Dieter Geyer, Präsident der Deutschen Suchtmedizinischen Gesellschaft**

Im Zusammenhang mit der Aufnahme der Gaming Disorder in die ICD-11 sprechen sich Aarseth et al. (2017: 268) entschieden dagegen aus, eine solche Diagnose aufzunehmen. Zwar sehen sie es auch als erforderlich an, problematischen Videospielegebrauch die volle Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Auch nehmen sie die ernstesten Konsequenzen zur Kenntnis, die manche Videospieleler zu tragen haben, dadurch dass sie zu viel Zeit mit Videospieleln verbringen. Jedoch sehen sie es als völlig unklar an, ob diese Probleme einer neuen Störung zugeschrieben werden können oder sollen. Der Vorschlag einer formalen Diagnose und Kriterien aufzustellen, sei voreilig. Erstens, so die Kritiker, fehle eine qualitätsvolle empirische Basis, nicht einmal ein Konsens unter Wissenschaftlern sei gegeben. Zweitens lehnen sich die Kriterien selbst viel zu stark an denen der Substanzstörungen und der Glücksspielsucht an. Drittens ist unklar, welche Symptome bei Betroffenen zu erwarten sind. Die Diagnose IGD führt außerdem zu einem unangemessenen Alarmismus bezüglich der Gefahren von Videospieleln, und zu einer Stigmatisierung der großen gesunden Mehrheit der Videospieleler.

Ein besonderer Aspekt von Videospieleln, der in jüngster Zeit verstärkt Beachtung findet und der die Grenze zwischen Videospiele und Glücksspiel verwischt, sind so genannte Loot Boxen, die mit echtem Geld bezahlt werden. Dabei handelt es sich um virtuelle Kisten, Truhen oder andere Container mit einem zufälligen Inhalt, den der Spieler erst nach dem Kauf sieht. Beim Inhalt handelt es sich beispielsweise um Waffen, Rüstungen oder Ausrüstungsgegenstände. Diese können rein optischer Natur und ohne Bedeutung für die Spielmechanik sein oder aber den Erfolg im Spiel erleichtern. In manchen Fällen sind sie sogar für den Erfolg im Spiel unentbehrlich.

Die Gemeinsamkeit zwischen Loot Boxen und Glücksspiel ist, dass in der Hoffnung auf eine wertvolle Belohnung (echtes) Geld auf ein zukünftiges Ereignis gesetzt wird, dessen Ausgang mindestens teilweise vom Zufall abhängt. Das Eindringen von Elementen des Glücksspiels in Videospiele durch Loot Boxen hat bereits zu regulatorischen Eingriffen in verschiedenen Ländern, darunter Belgien und den Niederlanden geführt (Zendle und Cairns 2018: 1).

### 5.7.1 Definition und Kriterien der Internet Gaming Disorder (IGD)

Wer unter einer Internet Gaming Disorder leidet, spielt zwanghaft, unter Vernachlässigung anderer Interessen mit der Folge von klinisch relevanten Beeinträchtigungen und Leiden (American Psychiatric Association 2013b:1). Die genauen Kriterien, von denen mindestens fünf für die Diagnose vorliegen müssen, sind in Tabelle 29 dargestellt.

Die Störung kann leicht, mittelgradig oder schwer ausgeprägt sein. Betroffene mit einer weniger schweren Störung durch das Spielen von Videospieleln zeigen weniger Symptome und sind weniger in ihrer Le-

**„Loot Boxen“ verwischen die Grenze von Video- und Glücksspiel**

**IGD: zwanghaftes Spielen, Vernachlässigung anderer Interessen, klinisch relevante Beeinträchtigungen und Leiden**

**Die Diagnose IGD bezieht sich auch auf nicht online gespielte Videospiele**

bensführung beeinträchtigt. Die Betroffenen mit einer schweren Störung durch das Spielen von Internetspielen verbringen mehr Zeit am Computer und erleben deutlichere Beeinträchtigungen in Beziehungen oder bezüglich Karriere- und Ausbildungsmöglichkeiten. Videospiele sind von Glücksspielen abzugrenzen – nur Videospiele, die keine Glücksspiele sind, werden diesem Störungsbild zugeordnet.

Trotz der Bezeichnung Internet-Gaming (Internetspiele) sind ausdrücklich auch Videospiele eingeschlossen, die nicht online gespielt werden. Die Bezeichnung wurde dennoch gewählt, weil die Evidenz zu online gespielten Videospiele deutlich besser ist als die zu offline gespielten (APA 2013: 796; Király et al. 2015: 256).

Tabelle 29: Kriterien des DSM-5 einer Störung durch Spielen von Internetspielen

1. Übermäßige Beschäftigung mit Internetspielen (Der Betroffene denkt über vorhergehende Spielaktivitäten nach oder beabsichtigt, das nächste Spiel zu spielen; das Spielen von Internetspielen wird zur Haupttätigkeit des Tages.) Beachte: Diese Störung ist von Glücksspiel im Internet zu unterscheiden, das der Diagnose pathologisches Glücksspiel zuzuordnen ist.
2. Entzugssymptomatik, wenn das Spielen von Internetspielen wegfällt. (Die Symptome werden typischerweise als Reizbarkeit, Ängstlichkeit oder Traurigkeit beschrieben, es finden sich jedoch keine körperlichen Zeichen eines pharmakologischen Entzugssymptoms.)
3. Toleranzentwicklung – das Bedürfnis, zunehmend mehr Zeit mit dem Spielen von Internetspielen zu verbringen.
4. Erfolgreiche Versuche, die Teilnahme an Internetspielen zu kontrollieren.
5. Interessenverlust an früheren Hobbys und Freizeitbeschäftigungen als Ergebnis und mit Ausnahme des Spielens von Internetspielen.
6. Fortgeführtes exzessives Spielen von Internetspielen trotz der Einsicht in die psychosozialen Folgen.
7. Täuschen von Familienangehörigen, Therapeuten und anderen bezüglich des Umfangs des Spielens von Internetspielen.
8. Nutzen von Internetspielen, um einer negativen Stimmungslage zu entfliehen oder sie abzuschwächen (z. B. Gefühl der Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Ängstlichkeit).
9. Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, der Arbeitsstelle oder Ausbildungs-/Karrieremöglichkeit aufgrund der Teilnahme an Internetspielen.

Quelle: DSM-5, dt. Fassung (Falkai et al. 2015: 1088f).

### 5.7.2 Nutzung von Videospiele durch Beschäftigte

Analog zum Aufbau der Abschnitte zur Tabak-, zu Alkohol- und zur Social-Media-Sucht soll hier zunächst dargestellt werden, in welchem Umfang Beschäftigte Videospiele spielen (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

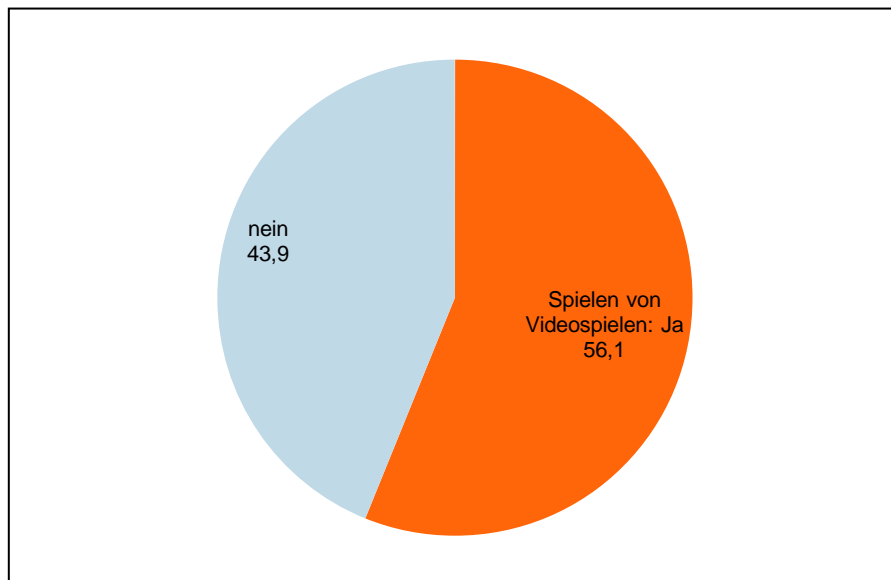
**56 Prozent der Befragten spielen zumindest gelegentlich**

56 Prozent spielen (mindestens „manchmal“) Videospiele auf dem Computer, dem Handy oder Tablet oder der Spielekonsole. 44 Prozent spielen demnach niemals Videospiele.

Um die Abgrenzung zu Glücksspielen sicherzustellen, die auch am Computer oder mobilen Endgeräten gespielt werden können, wurde

gefragt, welches Spiel die Befragten in den letzten 12 Monaten am häufigsten und am zweithäufigsten gespielt haben. Die Liste dieser Nennungen enthält keine Glücksspiele, sondern definitionentsprechende PC- und Konsolenspiele sowie Casual Games für Handy und Tablet.

Abbildung 98: Beschäftigte nach Nutzung von Videospiele



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. Fragewortlaut: „Spielen Sie manchmal Videospiele?“<sup>89</sup> N=5.603.

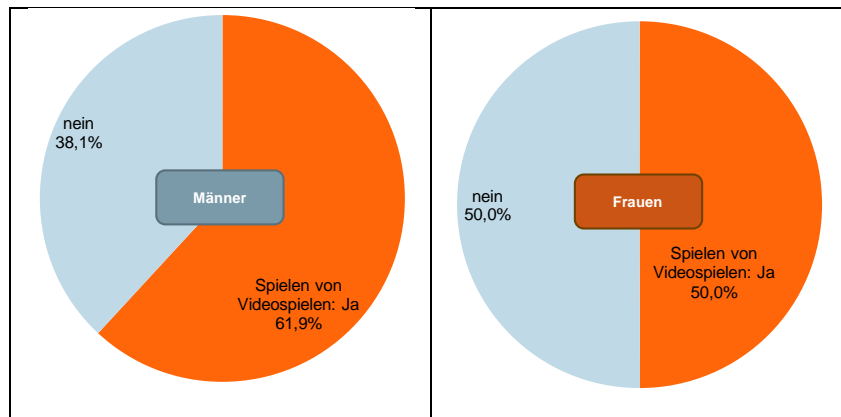
„Die Bedeutung der Abhängigkeit von sozialen Medien und der Computerspielesucht nimmt wahrscheinlich zu – aufgrund zunehmender sozialer- und Chancenungleichheit (wachsende gesellschaftliche Spannungen infolge sozialer Ungleichheiten).

Bisher sind sie noch nicht mit den Dimensionen der stoffgebundenen Süchten vergleichbar, aber zunehmend bedeutsam in Kombination mit stoffgebundenen Süchten“

**Dr. Thomas Kuhlmann, Chefarzt der psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach, Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen**

Beide Geschlechter spielen zu einem großen Anteil Videospiele, Männer mit 62 Prozent häufiger als Frauen mit 50 Prozent (Abbildung 99).

<sup>89</sup> Der Frage wurde zusätzlich die Erläuterung beigelegt: „Damit sind Spiele gemeint, die auf dem Computer, Handy bzw. Smartphone, Tablet oder auf der Spielekonsole gespielt werden.“

Abbildung 99: Beschäftigte nach Geschlecht und Nutzung von Videospielen<sup>90</sup>

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N (Männer/Frauen) = 2.904/2.699.

**Je jünger die Beschäftigten sind, umso wahrscheinlicher spielen sie Videospiele**

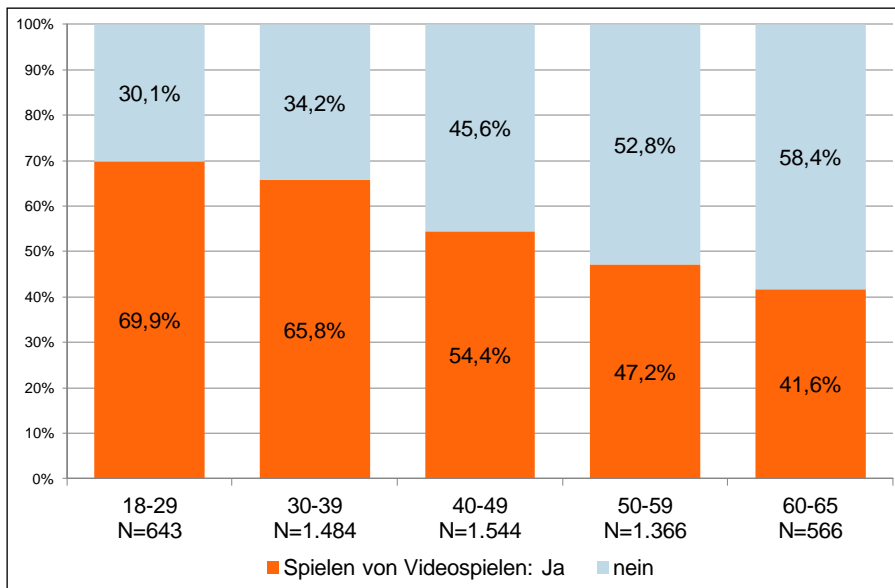
Je jünger die Beschäftigten sind, umso wahrscheinlicher spielen sie Videospiele. Die jüngste Altersgruppe (die 18- bis 29-Jährigen) spielen zu 70 Prozent, die älteste Altersgruppe (die 60- bis 65-Jährigen) spielen nur zu 42 Prozent (Abbildung 100).

Der Altersgang der Videospieldnutzung ist bei den Männern sehr stark ausgeprägt (Abbildung 101). Die Analyse zeigt gleichzeitig, dass unter den jüngeren männlichen Erwerbstätigen Videospiele sehr verbreitet sind: 85 Prozent der unter-30-Jährigen und 77 Prozent der 30- bis 39-Jährigen spielen wenigstens hin und wieder.

Die weiblichen Beschäftigten dagegen spielen in jedem Alter in etwa zu gleich großen Anteilen – etwas mehr als die Hälfte bei den unter-40-Jährigen, etwas weniger als die Hälfte bei den über 40-Jährigen.

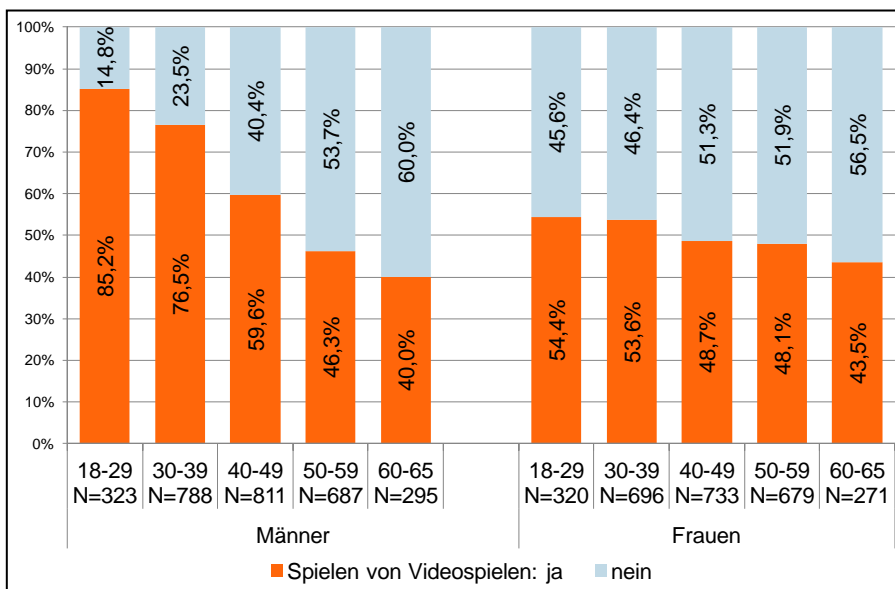
<sup>90</sup> Die gezeigten Geschlechterunterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=80,931$ ,  $p=0,000$ ).

Abbildung 100: Beschäftigte nach Alter und Nutzung von Videospiele<sup>91</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

Abbildung 101: Beschäftigte nach Alter, Geschlecht und Nutzung von Videospiele<sup>92</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten.

<sup>91</sup> Scheffé-Prozedur: Die Videospiele-Nutzung hängt signifikant mit dem Alter zusammen.

<sup>92</sup> Scheffé-Prozedur: Der Zusammenhang von Videospiele-Nutzung mit dem Alter ist signifikant nur unter den Männern.

### 5.7.3 Prävalenz der Abhängigkeit von Videospiele<sup>93</sup>

„Betroffene der Computerspielesucht werden typischerweise so in der Klinik vorstellig: lange Spieldauer von mehr als 10 Stunden pro Tag, Verlust sozialer Kontakte, Arbeitsplatzverlust (häufig aufgrund von Fehlzeiten). Daraus folgen häufig Depressionen, Schlafstörungen und Suchtmittelkonsum.“

**Prof. Dr. Thomas Hillemacher, Leiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität**

**5,7 Prozent der 12- bis 25-Jährigen in Deutschland zeigen eine „Internet Gaming Disorder“ (IGD)**

Unter den 12- bis 25-Jährigen in Deutschland zeigt etwa jeder Achtzehnte einen gestörten Gebrauch von Computerspielen (genauer: leidet unter einer Internet Gaming Disorder, worunter auch die Abhängigkeit fällt). Bei Jungen bzw. Männern in dieser Altersgruppe zeigt sich sogar eine Prävalenz von 8 Prozent – dementsprechend weniger (3 Prozent) bei Mädchen bzw. Frauen (Wartberg et al. 2017: 424).

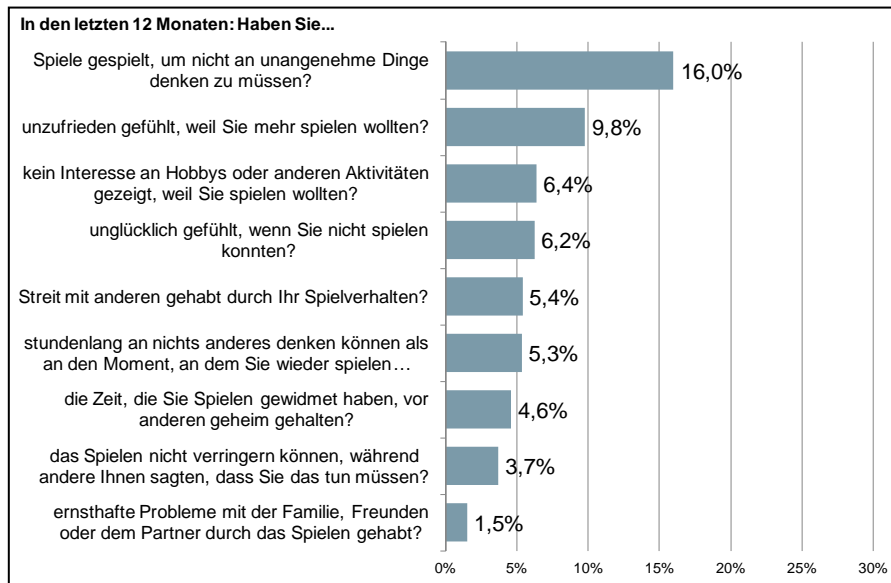
Das von Wartberg et al. eingesetzte Instrument zur Erfassung der IGD wurde auch in dieser Studie eingesetzt. Die Internet Gaming Disorder Scale (IGDS) legt die Kriterien des DSM-5 zugrunde und fragt sie als „trifft-zu“/„trifft nicht zu“-Fragen ab. Wer fünf oder mehr der Kriterien erfüllt, erhält die Screening-Diagnose IGD (Für eine Validierungsstudie vgl. Lemmens et al. (2015)).

Die einzelnen Fragen und der Anteil der Beschäftigten, der diese Fragen mit „trifft-zu“ beantwortet hat, sind in Abbildung 102 ausgewiesen. Alle Fragen beziehen sich auf die letzten 12 Monate. Demnach nutzen 16 Prozent der Nutzer von Videospiele diese (auch), um nicht an unangenehme Dinge denken zu müssen. 10 Prozent fühlten sich unzufrieden, weil sie mehr spielen wollten. 6 Prozent geben an, kein Interesse an Hobbies oder anderen Aktivitäten gezeigt zu haben, weil sie spielen wollten usw.

<sup>93</sup> Zur Methodik der Beschäftigtenbefragung, zur Soziodemografie der Stichprobe und zu Hinweisen zur Darstellung der Ergebnisse vergleiche Abschnitt 5.1.3.



Abbildung 102: Internet Gaming Disorder Scale: Anteil der „trifft zu“-Antworten auf die Items der Skala



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten, die Videospiele spielen. N=3.033–3.136.<sup>94</sup>

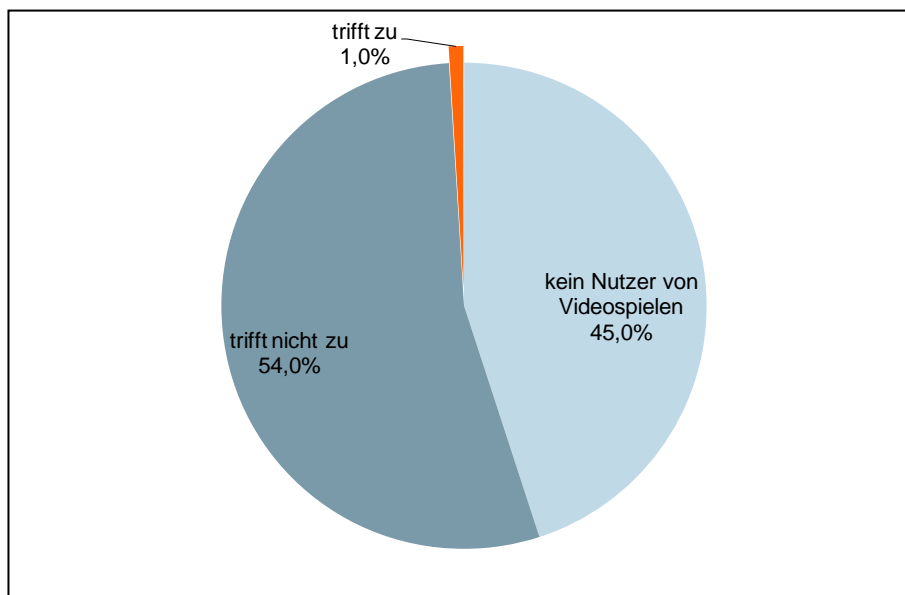
Keine dieser Fragen bzw. Aussagen deutet für sich alleine auf eine IGD hin. Vielmehr müssen gemäß DSM-5 und Lemmens et al. (2015) fünf Kriterien erfüllt sein, um von einem Vorliegen einer IGD auszugehen.

Wie groß der Anteil der Beschäftigten ist, auf den diese Screening-Diagnose zutrifft, zeigt Abbildung 103. Für 1,0 Prozent ermittelt die IGDS eine Internet Gaming Disorder, also einen schädlichen oder abhängigen Gebrauch von (Online-)Videospiele. Dabei handelt es sich um die 12-Monats-Prävalenz. Im Vergleich zu den durch Wartberg et al. (2017) ermittelten Prävalenzen für die Population der 12- bis 25-Jährigen fällt die Prävalenz der IGD in der Gruppe der 18- bis 65-Jährigen Beschäftigten sehr gering aus. Dies ist erstens zu erwarten, weil in der Studie von Wartberg eine mit dem Alter abnehmende IGD-Prävalenz berichtet wird. Zweitens ist davon auszugehen, dass Betroffene mit einer schweren IGD den Eintritt ins Erwerbsleben oft nicht schaffen, sodass sich unter Erwerbstätigen entsprechend weniger Betroffene finden.

**12-Monats-prävalenz  
der Internet-Gaming-  
Disorder: 1,0 Prozent**

<sup>94</sup> Das Item „Spiele gespielt, um nicht an unangenehme Dinge denken zu müssen“, wurde aus technischen Gründen nur einem Teil der Befragten vorgelegt (N=511). Für die Internet Gaming Disorder Scale wurden die fehlenden Werte dieses Items auf Basis der anderen 8 Items imputiert (N für Item mit imputierten Werten: 3.033).

Abbildung 103: Anteil Beschäftigter mit Screening-Diagnose Internet Gaming Disorder



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N=5.489.

**Männer sind zu deutlich höheren Anteilen als Frauen von IGD betroffen**

Männer sind zu deutlich höheren Anteilen als Frauen von IGD betroffen: 1,3 Prozent der Männer, aber lediglich 0,7 Prozent der Frauen haben einen gestörten Videospielegebrauch (Abbildung 104)<sup>95</sup>.

„Natürlich gibt es Fälle von Computerspielesucht auch unter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, diese sind aber eher selten.“

**Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer, Direktor der Salus Klinik Lindow**

„Auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind erheblich von Computerspielesucht betroffen. Bei ihnen führt sie zu einer Reduktion der Real-Arbeitszeit, zusätzlich zu Bewegungsmangel und Fehlernährung. Schlafmangel führt zu verminderter Arbeitsleistung.“

**Stephan Walcher, Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.**

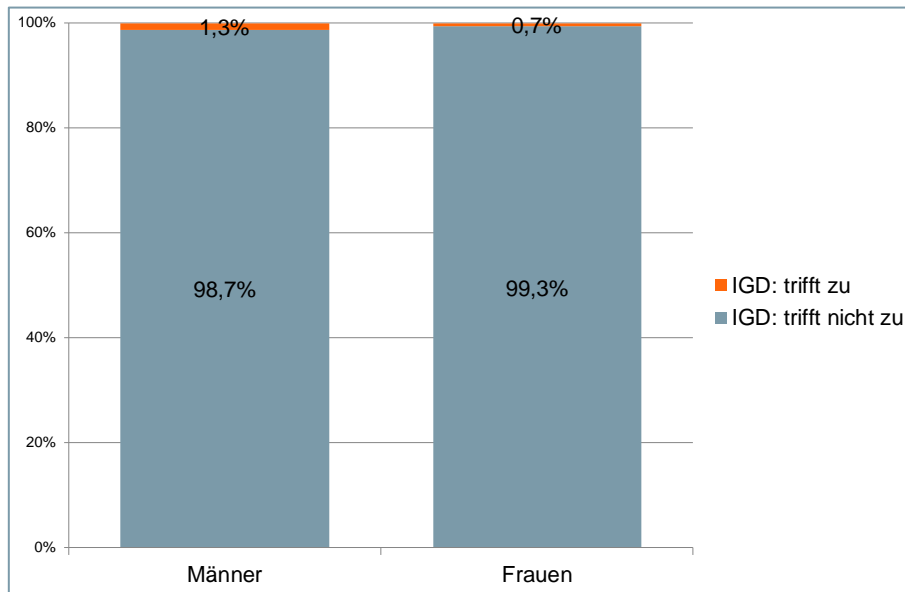
„Was die Anerkennung von Computerspielesucht und der Abhängigkeit von sozialen Medien angeht, bin ich teilweise skeptisch und sehe eine Pathologisierungsfahr. Meine Erfahrung zeigt, dass die Anzahl der klinisch Erkrankten nicht so hoch ist wie die Medien verbreiten. Ich benutze eher die Begriffe PIU (problematical internet using) und POG (problematical online gaming). Davon ist eine breite Schicht der Bevölkerung betroffen.“

Ich halte mehr von Prävention, Psychoedukation, Information in Schulen und für Erwachsene“

Dr. Maria-Csilla Békés, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie am medizinischen Zentrum Geissberg, Zürich

<sup>95</sup> Der Chi-Quadrat Test zeigt einen signifikanten Unterschied: Chi-Quadrat: 5,4, df=1, p=0,020.

Abbildung 104: Anteil Beschäftigter mit Screening-Diagnose Internet Gaming Disorder nach Geschlecht<sup>96</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte. N (Männer/Frauen) = 2.837/2.652.

#### 5.7.4 Folgen von Internet Gaming Disorder für die Arbeitswelt

Sind Videospiele auch am Arbeitsplatz präsent? Oder hat – mit anderen Worten – die Videospielenutzung Folgen für Arbeitsleistung oder gar die Arbeitsfähigkeit?

Um diese Fragen zu bearbeiten, wurden folgende Vorüberlegungen angestellt: Es ist denkbar, dass Beschäftigte am Arbeitsplatz Videospiele spielen. Die wenigsten dürften zwar die technischen Möglichkeiten haben, moderne PC-Spiele mit ihren hohen Hardware-Anforderungen zu spielen. Jedoch lassen sich Videospiele auch mit dem Smartphone oder – im Falle von einfachen Casual Games – auch am Arbeitsplatzrechner spielen.

Gedankliche Eingenommenheit von Videospiele könnte ebenfalls eine Rolle am Arbeitsplatz spielen, derart, dass Spieler sich gedanklich mit dem zuletzt gespielten Spiel oder der nächsten Gelegenheit, zu spielen, beschäftigen. Denkbar und prinzipiell an vielen Arbeitsplätzen mögliche Ablenkung wäre das Lesen (und ggf. auch Schreiben) zu Videospiele, sei es in Foren, Online-Computerspielmagazinen oder in Wikis, die es zu vielen Spielen gibt. Um sich auf diese Weise mit Videospiele zu beschäftigen bedarf es nur eines Browsers, sei es am Smartphone oder am Arbeitsplatzrechner. Ähnlich der Austausch mit anderen Spielern – bei vielen Spielen schließen sich Spieler zu Gruppen zusammen und verabreden sich oder koordinieren sich zu anderweitigen Aspekten des Spiels.

Vor dem Hintergrund der in Fallbeschreibungen immer wieder genannten Gefahr des Schlafmangels war eine weitere Hypothese für die Beschäftigtenbefragung, dass die Beschäftigung mit Videospiele dazu führt, dass Beschäftigte zu spät zur Arbeit kommen. Auch bei Spielern ohne IGD dürfte es vorkommen, dass sie durch die Sogwirkung

**Mögliche Folgen des Spielens für Arbeitsleistung und Wohlbefinden**

<sup>96</sup> Der Unterschied ist signifikant (Chi-Quadrat Test mit  $\alpha=5\%$ :  $\chi^2=5,400$ ,  $p=0,020$ )

eines Spiels später zu Bett gehen, als es ihrem Schlafbedürfnis entspricht. Ein früherer Feierabend könnte umgekehrt dadurch verursacht werden, dass man wegen Schlafmangel nicht leistungsfähig ist oder sich zum Spielen verabredet hat. Im äußersten Falle könnte es – so die Vorüberlegungen – auch dazu kommen, dass jemand gar nicht zur Arbeit geht und hierfür eine Krankmeldung einreicht.

„Bei der Frage, inwieweit auch Erwerbstätige von Computerspielsucht betroffen sind, ist zu beachten, dass die häufigsten Problemspiele (von World of Warcraft über League of Legends bis Fortnite) im Arbeitsumfeld nicht nutzbar sein dürften. Casual Games allerdings schon, damit könnte Arbeitszeit verschwendet werden.“

**Dr. Kay Uwe Petersen, Sektion Suchtforschung an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen**

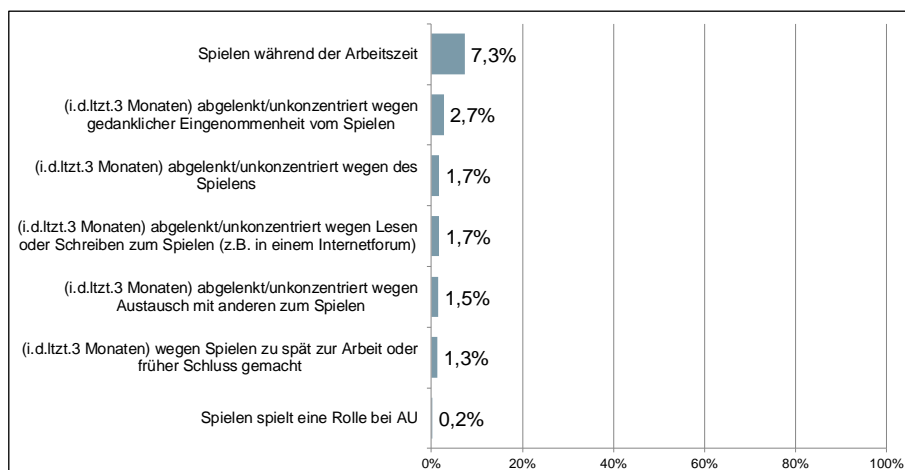
**Videospiele-nutzung hat (fast) keine Folgen am Arbeitsplatz**

Die beschriebenen Hypothesen zu möglichen Folgen der Computerspielenutzung bestätigen sich kaum, wie die Analyse in Abbildung 105 zeigt: 3 Prozent geben an, dass sie innerhalb der letzten drei Monate abgelenkt oder unkonzentriert waren, weil sie gedanklich von Videospielen eingenommen waren. Beschäftigte sind fast nicht abgelenkt oder unkonzentriert durch das Lesen oder Schreiben über Videospiele, ebenso wenig dadurch, dass sie sich mit anderen über das Spielen austauschen. Kaum jemand kommt wegen Videospielen zu spät zur Arbeit oder macht früher Schluss und Videospiele spielen keine Rolle bei einer Krankmeldung.

**7 Prozent der Beschäftigten spielen Videospiele während der Arbeitszeit**

Allerdings spielen 7 Prozent während der Arbeitszeit. Die Analysen zu den möglichen Folgen von Videospielenutzung am Arbeitsplatz sind in Abbildung 106 getrennt nach Videospielernutzern einerseits und IGD-Betroffenen andererseits dargestellt. Die beschriebenen Folgen der Videospielenutzung kommen bei den Nutzern von Videospielen häufiger vor als unter den Beschäftigten insgesamt, wie sie in Abbildung 105 dargestellt sind, die ja auch Beschäftigte umfassen, die keine Videospiele spielen. Die meisten dieser Folgen kommen aber auch in der Gruppe der (nicht-IGD-betroffenen) Videospieleler nur selten vor.

Abbildung 105: Aspekte der Nutzung und Folgen von Videospielen für die Arbeitswelt



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten. N=5.598–5.614.

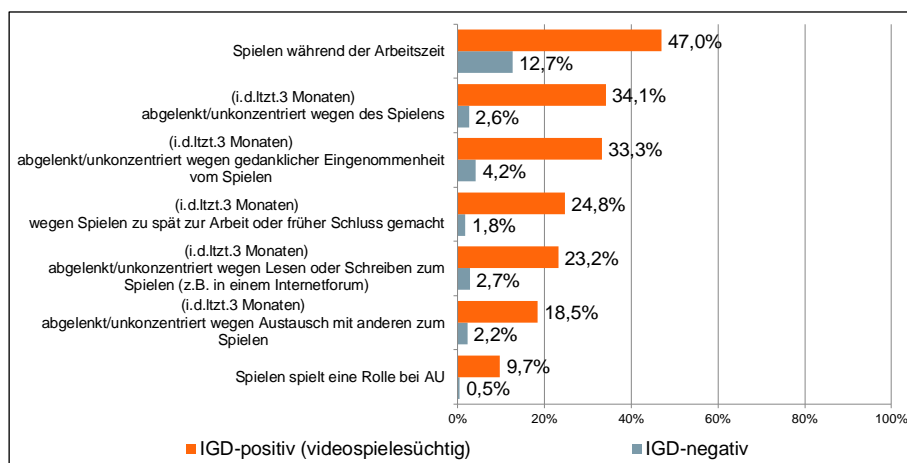
„Zur Bedeutung der Computerspielesucht und der Abhängigkeit von sozialen Medien ist zu sagen: Rauchen, Alkohol und Medikamente sind immer noch die Big Three, auf die sich die Prävention und Frühintervention am Arbeitsplatz konzentrieren sollten. Alles andere sind Spezialfälle: Im Einzelfall tragisch, aber eben selten.“

**Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer, Direktor der Salus Klinik Lindow**

In der Gruppe der IGD-Betroffenen zeigen sich die Folgen der Videospielenutzung am Arbeitsplatz deutlich häufiger: Fast die Hälfte dieser Gruppe spielt auch während der Arbeitszeit. Ein größerer Teil ist am Arbeitsplatz unkonzentriert oder abgelenkt, wegen des Spielens (34 Prozent), wegen gedanklicher Eingenommenheit (33 Prozent), und/oder wegen des Lesens und Schreibens zu Spielen (23 Prozent). Ein Viertel der Videospieler mit einem gestörten Gebrauch ist in den letzten drei Monaten wegen des Spielens zu spät zur Arbeit gekommen oder hat früher Schluss gemacht. In dieser Gruppe spielt sogar die Videospielenutzung eine Rolle bei einer oder mehrerer Krankmeldungen: 10 Prozent geben dies an. Zu beachten ist, dass die Gruppe der IGD-Betroffenen sehr klein ist und die Ergebnisse daher mit einer größeren Unsicherheit behaftet sind.

**Bei IGD-Betroffenen zeigen sich Folgen der Videospielenutzung deutlich**

Abbildung 106: Aspekte der Nutzung und Folgen von Videospielen für die Arbeitswelt bei Videospielern und IGD-Betroffenen im Vergleich



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragten, die Videospiele spielen. N (IGD-negativ/IGD-positiv) = 2.960–2.966/54.<sup>97</sup>

<sup>97</sup> Ausnahme: Das Item „Spielen spielt eine Rolle bei AU“ hat ein geringeres N, weil Befragte ohne Krankschreibung in den letzten 12 Monaten ausgeschlossen sind. N (IGD-negativ/IGD-positiv) = 1.691/37. Alle Unterschiede sind im Chi-Quadrat-Test statistisch signifikant ( $p=0,000$ ).

## 5.8 Analyse zu alten und neuen Süchten im Betrieb in Berlin

### 5.8.1 Substanzstörungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen für Berlin

**Substanzstörungen fallen durch ihre hohe Falldauer auf**

In Berlin verursachten Substanzstörungen 2017 11,0 Fehltage bezogen auf 100 Versichertenjahre. Substanzstörungen fallen insbesondere durch ihre lange Falldauer auf. Im Durchschnitt dauerte eine Krankschreibung 33,7 Tage.

**Substanzstörungen in Berlin: Mehr Fehltage bei Männern**

Bei Männern in Berlin waren Krankschreibungen wegen Substanzstörungen häufiger als bei Frauen (0,5 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre bei Männern; 0,1 Fälle bei Frauen) waren aber kürzer. So kamen 14,3 Fehltage je 100 Versichertenjahre bei Männern und 7,0 bei Frauen zusammen. Alle Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei Substanzstörungen sind in Tabelle 30 dargestellt.

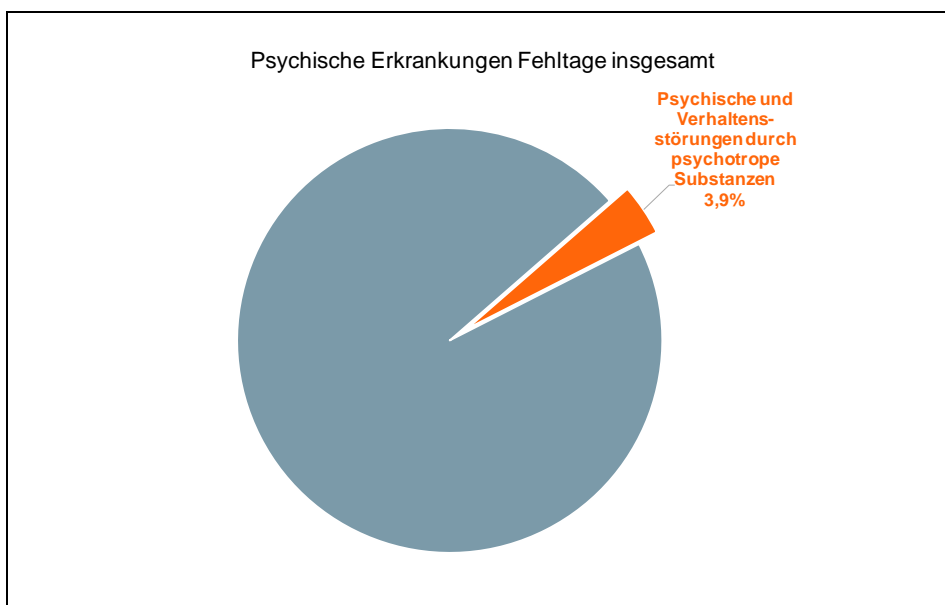
Tabelle 30: Substanzstörungen (F10 – F19): Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen je 100 Versichertenjahre

		AU-Tage	AU-Fälle	Falldauer	Anteil am Krankenstand
Berlin	Männer	14,3	0,5	29,8	1,08%
	Frauen	7,0	0,1	49,3	0,39%
	Gesamt	11,0	0,3	33,7	0,70%
Bund	Männer	12,1	0,4	29,2	0,87%
	Frauen	5,9	0,2	34,0	0,36%
	Gesamt	9,3	0,3	30,5	0,62%

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Substanzstörungen gehören in das Kapitel der Psychischen Erkrankungen. In Berlin machen sie hier 3,9 Prozent aller Fehltage aus (vgl. Abbildung 107).

Abbildung 107: Anteil der Fehltage für Substanzstörungen an allen Fehltagen für Psychische Erkrankungen



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen spielt unter den Substanzen der Alkohol die größte Rolle. 70 Prozent aller Fehltage innerhalb der Gruppe entfallen auf Psychische- und Verhaltensstörungen durch Alkohol. Alle anderen Substanzen spielen gemessen an den Fehltagen, die durch sie verursacht werden eine untergeordnete Rolle (vgl. Tabelle 31).

Tabelle 31: AU-Tage je 100 Versichertenjahre F10 – F19 (Substanzstörungen); Anteil an allen Fehltagen bei psychischen Erkrankungen (F00 – F99)

Substanz	Fehltage pro 100 Versichertenjahre	Anteil an Fehltagen für psychische Erkrankungen
Alkohol	7,64	69,8%
Multipler Substanzgebrauch	1,41	12,8%
Cannabinoide	0,97	8,8%
Kokain	0,37	3,4%
Tabak	0,31	2,8%
Sedativa oder Hypnotika	0,10	0,9%
Stimulanzien	0,09	0,8%
Opioide	0,04	0,4%
Flüchtige Lösungsmittel	0,02	0,2%
Halluzinogene	0,01	0,1%
<b>Gesamt</b>	<b>10,95</b>	<b>100%</b>

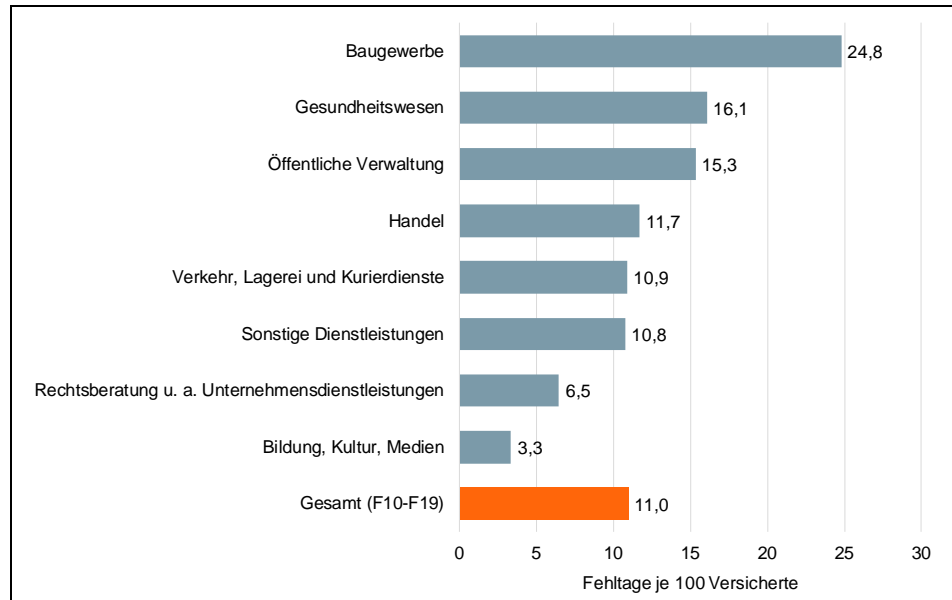
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

**Alkohol spielt bei den Fehltagen in Berlin die größte Rolle**

Abbildung 108 zeigt für Berlin, dass die Zahl der Fehltage für Substanzstörungen innerhalb der Branchen deutlich variiert. Mit 24,8 AU-Tagen je 100 Versichertenjahre und 16,1 Fehltagen je 100 Versichertenjahre haben das Baugewerbe und die Beschäftigten im Bereich des Gesundheitswesens überdurchschnittlich viele Fehltage (Berlin insgesamt 11,0 Fehltage je 100 Versichertenjahre).

### Substanzstörungen im Branchenvergleich für Berlin

Abbildung 108: Fehltage je 100 Versichertenjahre bei Substanzstörungen (F10 – F19) in Berlin nach Branchen



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Analog zu den in Abschnitt 5.3.1.4 dargestellten Analysen auf Bundesebene sollen abschließend die Ergebnisse dieser Analyse für Berlin dargestellt werden.

Wie die Analysen zu Beginn dieses Abschnittes zeigen, sind Substanzstörungen im dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nur in wenigen Fällen zu finden. Es stellt sich die Frage, ob Substanzstörungen darüber hinaus auch im Kontext weiterer Fehlzeiten eine Rolle spielen.

Die krankengeldberechtigten Mitglieder der DAK-Gesundheit in Berlin wurden dazu in zwei Gruppen eingeteilt.

- Gruppe 1: Alle Personen, die in 2017
  - keinen AU-Fall mit einer Diagnose F10–F19 und
  - keinen ambulanten Behandlungsfall mit der Diagnose F10-F19 und
  - keinen Krankenhaus-Fall mit Hauptdiagnose oder Nebendiagnose F10-F19 hatten.
- Gruppe 2: Alle Personen, die in 2017
  - mindestens einen AU-Fall mit einer Diagnose F10-F19 oder/und
  - mindestens einen ambulanten Behandlungsfall mit einer der Diagnosen F10-F19 oder/und
  - mindestens einen Krankenhaus-Fall mit Hauptdiagnose oder Nebendiagnose F10-F19 hatten.

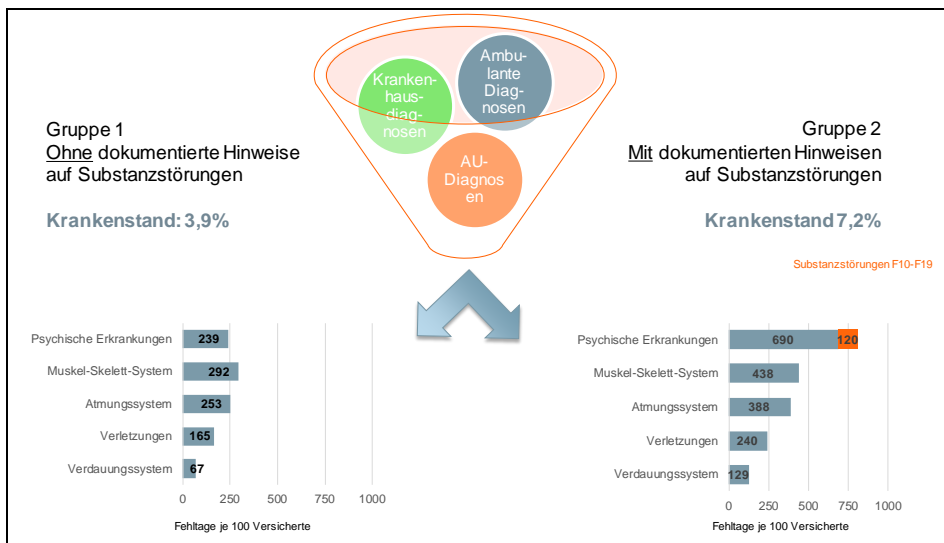


Im Ergebnis zeigt sich für Berlin, dass in der Gruppe mit Hinweisen auf Substanzstörungen der Krankenstand mit 7,2 Prozent deutlich höher ist, als in der Gruppe ohne entsprechende Hinweise in den Datenquellen (3,9 Prozent).

Die Analyse zeigt weiter, dass die höhere Zahl an Fehltagen nicht alleine durch Substanzstörungen verursacht sind, sondern vor allem durch weitere psychische Erkrankungen. Aber auch in anderen Erkrankungsgruppen wie Muskel-Skelett-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Verletzungen oder Erkrankungen des Verdauungssystems kommen mehr Fehlzeiten zusammen.

**Substanzstörungen stehen im Zusammenhang mit einem deutlich höheren Fehltagenvolumen in einem weiten Erkrankungsspektrum**

Abbildung 109: Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10 – F19 in den Routinedaten



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

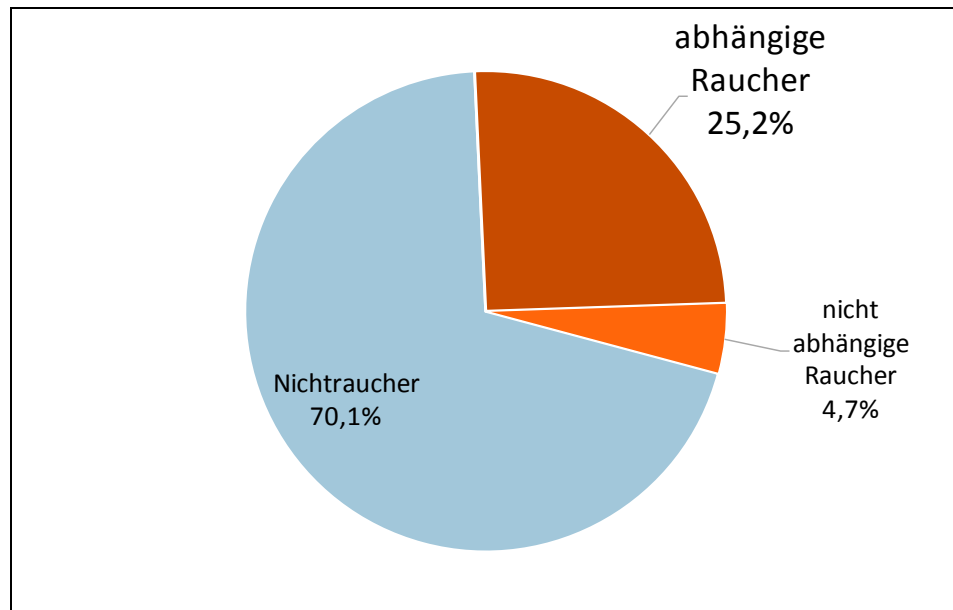
### 5.8.2 Die Verbreitung der untersuchten Süchte und Gebrauchsstörungen in Berlin

Die auf Bundesebene ermittelten Prävalenzen der verschiedenen Süchte werden im Folgenden für die abhängig beschäftigten Erwerbstätigen in Berlin ermittelt.

Tabakabhängig sind 25,2 Prozent der Beschäftigten in Berlin. Zu den nicht tabakabhängigen Beschäftigten gehören 70,1 Prozent Nichtraucher und 4,7 Prozent nicht abhängige Raucher (Abbildung 110).

**Prävalenz Tabakabhängigkeit in Berlin: 25,2 Prozent**

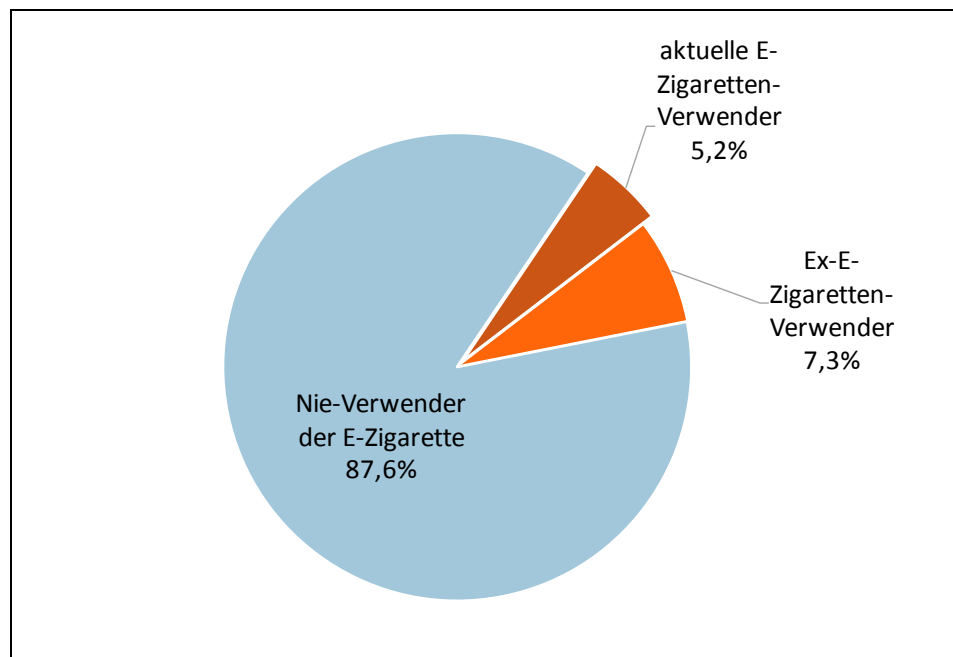
Abbildung 110: Beschäftigte in Berlin nach Raucherstatus bzw. Tabakabhängigkeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte. N=217.

5,2 Prozent der Beschäftigten in Berlin sind „Dampfer“, d.h. sie verwenden zumindest hin und wieder eine E-Zigarette. Etwa 7 Prozent dampften in der Vergangenheit, haben die E-Zigarette aber wieder aufgegeben. 88 Prozent haben nie gedampft (Abbildung 111).

Abbildung 111: Beschäftigte in Berlin nach Verwendung der E-Zigarette

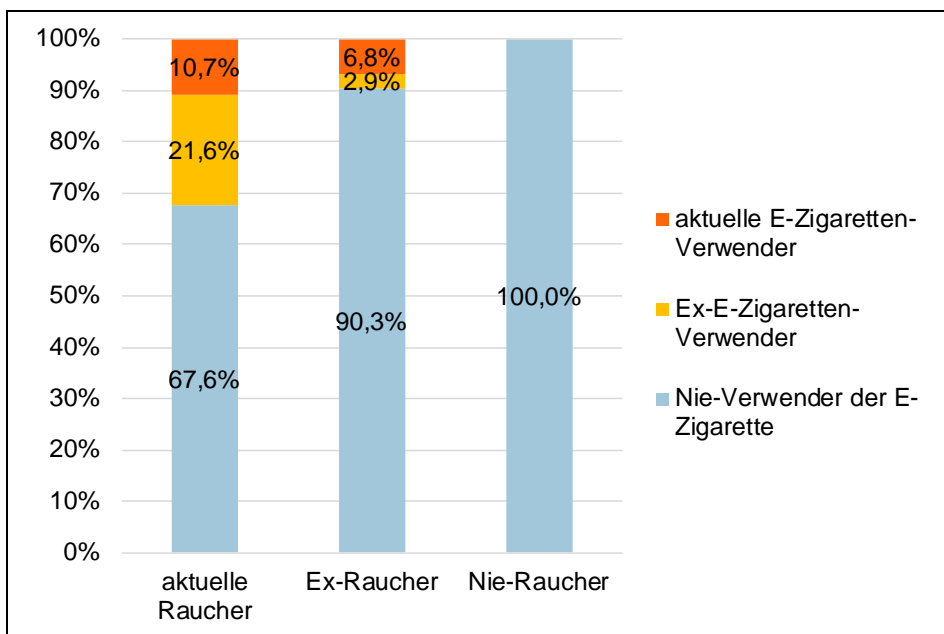


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte. N=217.

Der Report hat herausgearbeitet, dass sich E-Zigarettenverwender praktisch nur unter Rauchern und Ex-Rauchern finden, so gut wie nicht jedoch unter Nie-Rauchern. Dies gilt auch für Berlin: 10,7 Prozent der Raucher sind Dampfer, 6,8 Prozent der Ex-Raucher sind Dampfer, unter den Nie-Rauchern jedoch finden sich keine E-Zigaretten-Verwender (Abbildung 112).

**E-Zigarettenverwender praktisch nur unter Rauchern und Ex-Rauchern**

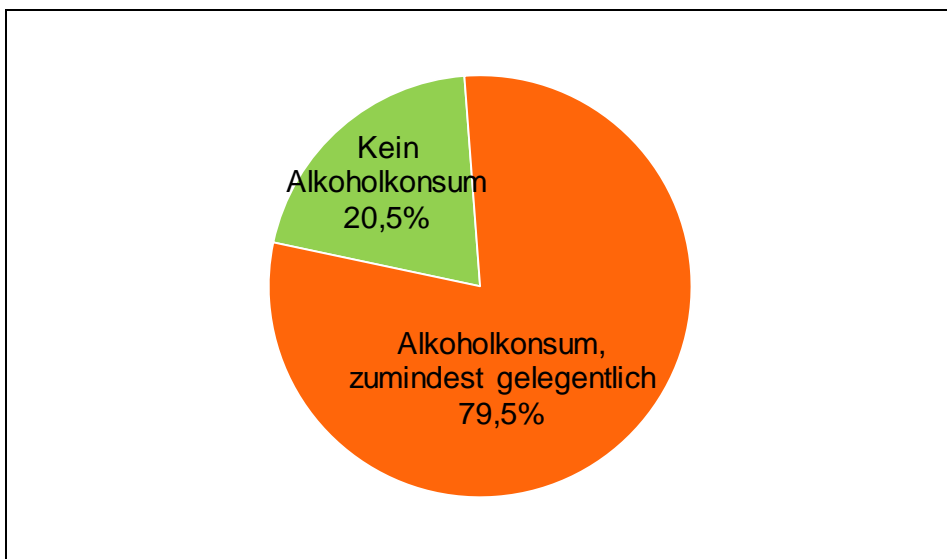
Abbildung 112: E-Zigarettenverwendung nach Raucherstatus in Berlin



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte. N=217.

Im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit sowie anderen (problematrischen) Alkoholkonsummustern ist zunächst relevant, wie hoch der Anteil der Konsumenten (gegenüber den Abstinenzlern) überhaupt ist. In Berlin trinken 79,5 Prozent der Beschäftigten zumindest gelegentlich Alkohol, demgegenüber sind 20,5 Prozent in Bezug auf Alkohol abstinent. Der Alkoholkonsum weist Geschlechterunterschiede auf: 79 Prozent der Männer, 80 Prozent der Frauen trinken Alkohol (ohne Abbildung).

Abbildung 113: Anteil der Alkoholkonsumenten und der Abstinentler in Berlin



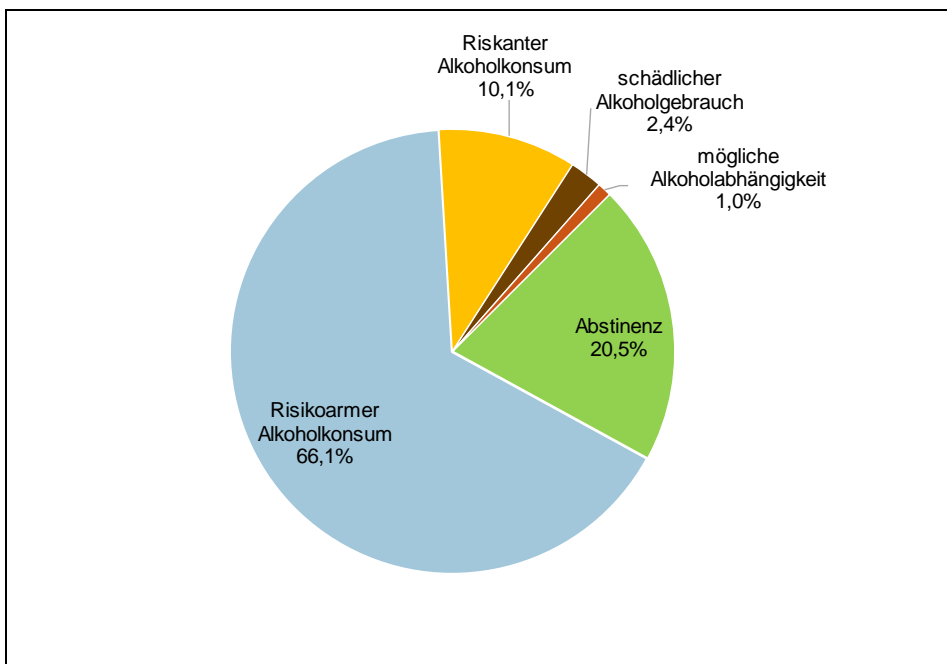
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte. N=217.

Die Screening-Prävalenz der Alkoholabhängigkeit ist den Befragungsergebnissen zufolge 1,0 Prozent.

**2,4 Prozent der Beschäftigten in Berlin weisen einen schädlichen Alkoholkonsum auf**

Neben der Abhängigkeit geht man mit Bezug auf Alkohol von weiteren problematischen Konsummustern aus: einen schädlichen Alkoholkonsum weisen 2,4 Prozent der Beschäftigten, einen riskanten Konsum 10,1 Prozent der Beschäftigten in Berlin auf. 66,1 Prozent sowie 20,5 Prozent weisen einen risikoarmen Konsum auf bzw. sind abstinent (Abbildung 114).

Abbildung 114: Beschäftigte nach Alkoholkonsummuster in Berlin

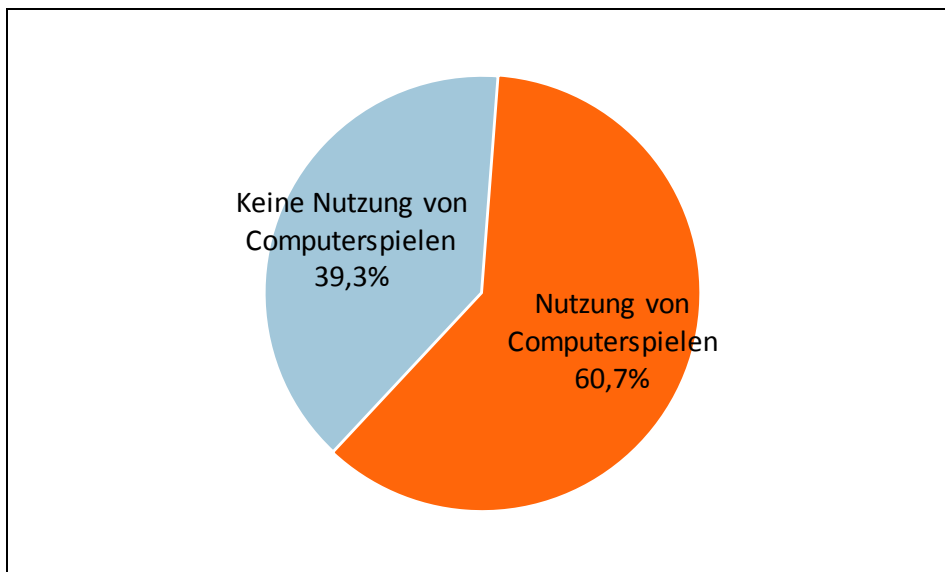


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte. N=217.

Internet Gaming Disorder ist eine weitere Störung, die im Kontext der Suchtprävalenz untersucht wurde – hier wieder zunächst die Hintergrundinformation, wie viele Beschäftigte überhaupt Videospiele spielen: 60,7 Prozent spielen Videospiele auf dem Smartphone, dem Laptop oder Desktop-PC, der Spielekonsole oder dem Tablet. Dementsprechend spielen 39,3 Prozent nie Videospiele (Abbildung 115). Es zeigen sich Geschlechterunterschiede, die jedoch gering ausgeprägt sind: 66 Prozent der Männer und 56 Prozent der Frauen spielen Videospiele (ohne Abbildung).

**60,7 Prozent der Beschäftigten in Berlin spielen Videospiele**

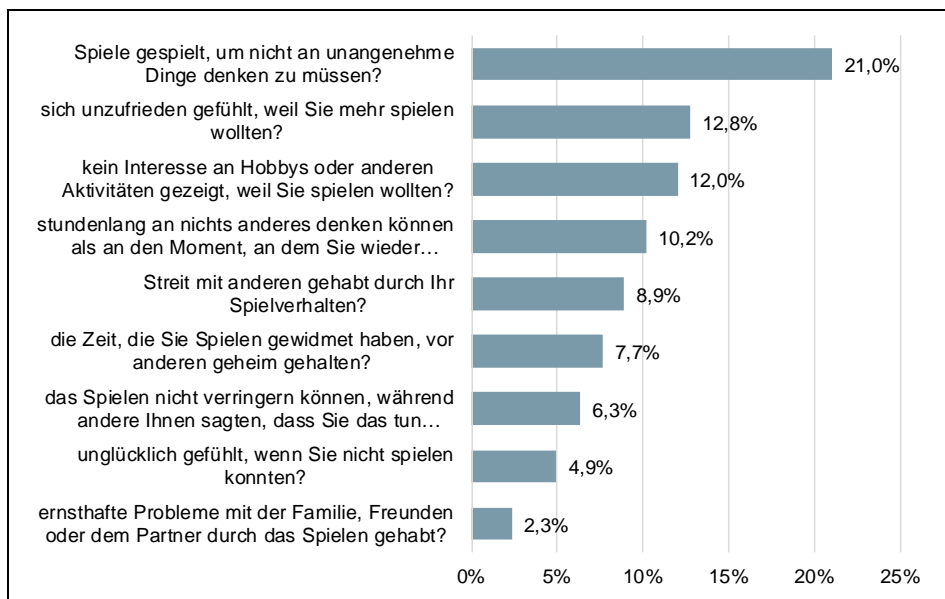
Abbildung 115: Beschäftigte nach Videospieldnutzung



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte. N=217.

Bei wie vielen Beschäftigten ist von einer Internet Gaming Disorder auszugehen? Zunächst zeigt Abbildung 116, wie die einzelnen Items der Abbildung 118 Internet Gaming Disorder Scale durch die Beschäftigten in Berlin ausgewertet wurden.

Abbildung 116: Items der Internet Gaming Disorder Scale „In den letzten 12 Monaten“

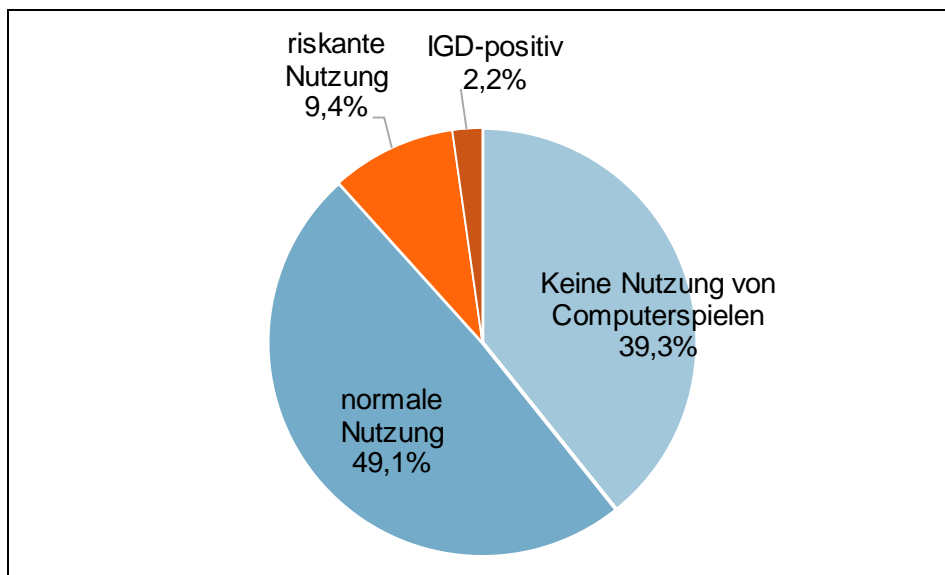


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Befragte, die Computerspiele nutzen. N=132.

**2,2 Prozent der Beschäftigten in Berlin haben eine Internet Gaming Disorder**

Wer fünf oder mehr dieser Items mit „trifft zu“ beantwortet, gilt als IGD-betroffen. Wie bundesweit zeigt sich die Internet Gaming Disorder als (im Vergleich zu Studien unter Jugendlichen) wenig prävalent unter Erwerbstätigen: nur 2,2 Prozent sind gemäß der Internet Gaming Disorder Scale screening-positiv.

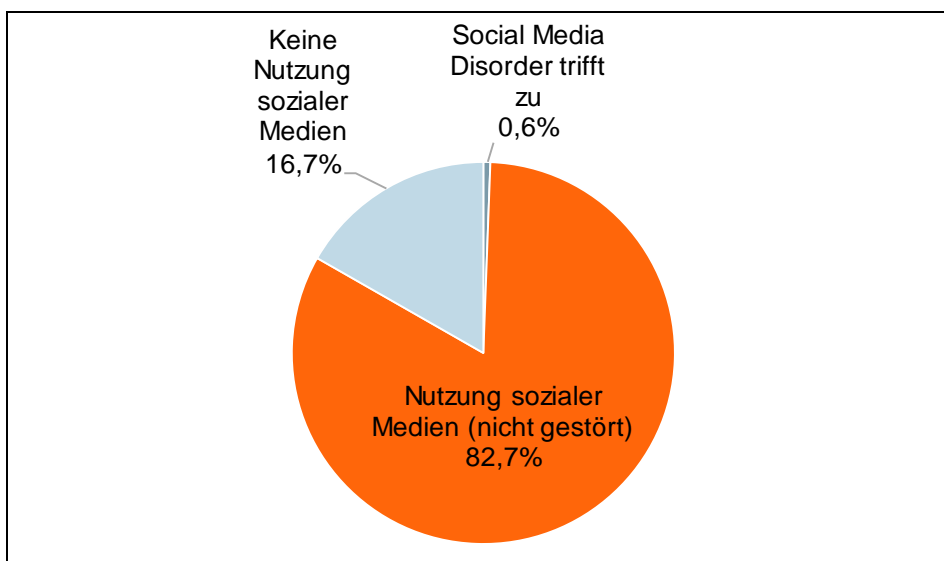
Abbildung 117: Anteil Beschäftigter mit Internet Gaming Disorder



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte. N=217.

Social Media Disorder ist eine weitere durch den Report untersuchte mutmaßliche Störung mit Bezug auf die Nutzung sozialer Medien. Sie ist bundesweit mit 0,4 Prozent wenig verbreitet, in Berlin kommt gemäß des eingesetzten Befragungsinstruments eine Social Media Disorder unter 0,6 Prozent der Beschäftigten vor (Abbildung 118).

Abbildung 118: Anteil Beschäftigter mit „Social Media Disorder“



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2018/2019. Basis: Alle Befragte. N=217.

## 6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Mit dem Gesundheitsreport 2019 für Berlin 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 über 15 Jahren betrachtet werden. Für das Jahr 2018 wird folgende Bilanz gezogen:

**Der für Berlin registrierte Krankenstand liegt mit 4,5 Prozent über dem Bundesdurchschnitt**

- Berlin liegt mit 4,5 Prozent über dem bundesweit von der DAK-Gesundheit beobachteten Wert. 2018 ist der Krankenstand gegenüber dem Vorjahr gestiegen.
- Bereinigt man diesen Wert um den Effekt der Wirtschaftsstruktur, ergibt sich ein Krankenstand in Höhe von 4,60 Prozent. Dies ist der Wert, den man für einen fairen Vergleich mit anderen Bundesländern heranziehen sollte.

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

**Betriebliche Gesundheitsförderung kann einem Anstieg des Krankenstandes entgegenwirken**

Erklärungen für das bei den Mitgliedern der DAK-Gesundheit 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. Mit Blick auf das den Krankenstand verursachende Morbiditätsgeschehen bietet der DAK-Gesundheitsreport 2019 für das Bundesland Berlin Basisinformationen für gezielte Präventionsmaßnahmen und gesundheitsförderliche Aktivitäten in Betrieben.

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

### Zusammenfassung zum Schwerpunktthema

**Welche Rolle spielen Substanzstörungen, darunter Sucht, in der Arbeitswelt**

Der Schwerpunkt des DAK-Gesundheitsreports 2019 geht der Frage nach, welche Rolle gefährlicher und abhängiger Gebrauch von Substanzen in der Arbeitswelt spielt. Die Konzentration liegt dabei auf den Substanzen Alkohol und Tabak bzw. Nikotin. Zwei weitere „Gebrauchsstörungen“ aus dem Bereich der Online-Aktivitäten werden darüber hinaus thematisiert: Die so genannte Social Media Disorder (die man mit Gebrauchsstörung sozialer Medien übersetzen könnte) und die Internet Gaming Disorder (die sich auch auf nicht online gespielte Videospiele bezieht und die man mit Videospielegebrauchsstörung übersetzen könnte).

Beide Gebrauchsstörungen fassen – analog zu den Substanzstörungen im DSM-5 – den gefährlichen Gebrauch von sozialen Medien bzw. von Computerspielen mit einer Abhängigkeit von sozialen Medien bzw. Computerspielen zusammen.



1. Die Substanzstörungen (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ICD-10: F10 bis F19) verursachten im Bund im Jahr 2017 9,3 Fehltage je 100 Versichertenjahre (Berlin 8,4). Sie machen damit einen Anteil am Krankenstand von 0,62 Prozent aus (Berlin 0,57 Prozent). Legt man alle Fehltage mit einer psychischen Erkrankung als Basis zugrunde, beträgt der Fehltage-Anteil der Substanzstörungen daran 3,7 Prozent (Berlin 3,1 Prozent).
2. Die Analysen des Reports zeigen weiter, dass die Fehltage, die gemäß ärztlicher Krankschreibung den Substanzstörungen zugeschrieben werden, nur die Spitze des Eisbergs sind. Tatsächlich gehen mit Substanzstörungen deutlich mehr Fehltage einher: Vergleicht man Versicherte, die in ihren Daten einen Hinweis auf eine Substanzstörung haben mit Versicherten, die keinen solchen Hinweis zeigen, so hat die erste Gruppe ein deutlich größeres Fehltagenvolumen. Diese (erste) Gruppe ist also ausgesprochen multimorbid und im gesamten Krankheitsspektrum auffällig. Die Querschnittsbetrachtung, die hier erfolgte, erlaubt es jedoch nicht, die Substanzstörung als Ursache dieser Multimorbidität anzusehen. Vielmehr kann sie ebenso selbst Ausdruck dieser Multimorbidität sein.

Die Prävalenzstudien, die auf Basis einer Beschäftigtenbefragung von 5.614 Befragten durchgeführt wurden, zeigen die folgende Verbreitung der untersuchten Substanz- bzw. **Gebrauchsstörungen auf Bundesebene**:

1. 16 Prozent der befragten Beschäftigten sind tabakabhängig (Punktprävalenz) (Bezogen nur auf die Raucher: 32 Prozent leicht, 32 Prozent mittelgradig und 17 Prozent schwer tabakabhängig).
2. 1,7 Prozent der befragten Beschäftigten sind abhängig von der E-Zigarette, die meisten davon zeigen einen geringen Grad der Abhängigkeit (Punktprävalenz). Bezogen nur auf die E-Zigarettenverwender: 30 Prozent leicht, 14 Prozent mittelgradig und 0,2 Prozent stark abhängig von der E-Zigarette.
3. Als nikotinabhängig gelten Beschäftigte dann, wenn sie abhängig von der Zigarette (tabakabhängig) und/oder von der E-Zigarette sind. 17 Prozent der Beschäftigten sind nikotinabhängig (Punktprävalenz). Dieser Anteil ist kaum größer als der Anteil der Tabakabhängigen, weil sich die Gruppe der Raucher und der E-Zigarettenverwender stark überschneiden.
4. Die Punktprävalenz der Alkoholgebrauchsstörung beträgt 1,3 Prozent. Sie setzt sich zusammen aus 0,9 Prozent Prävalenz des schädlichen Alkoholgebrauchs und 0,4 Prozent der Alkoholabhängigkeit.
5. Die in Diskussion stehenden neuen Süchte bzw. Störungen Internet Gaming Disorder und Social Media Disorder sind noch wenig erforscht und noch nicht vollumfänglich als Sucht anerkannt. Die Instrumente, die es dazu gibt, weisen auf eine sehr geringe Verbreitung unter Erwerbstätigen hin:
6. Eine Gebrauchsstörung von sozialen Medien (Social Media Disorder) zeigen mit Bezug auf die letzten 12 Monate nur 0,4 Prozent (ein unbekannter Teil davon ist abhängig von Sozialen Medien) (12-Monats-Prävalenz)

7. Videospielegebrauchsstörung (Internet Gaming Disorder) zeigen mit Bezug auf die letzten 12 Monate 1,0 Prozent der Erwerbstätigen, ein unbekannter Teil davon ist abhängig von Computerspielen (12-Monats-Prävalenz).
8. Die meisten Gebrauchsstörungen bzw. Süchte betreffen Männer mehr als Frauen: Insbesondere von Alkoholgebrauchsstörung bzw. -sucht sind Männer mehr betroffen. Gleiches gilt für die Internet Gaming Disorder.

Die Prävalenzstudien, die auf Basis einer Beschäftigtenbefragung von 217 Befragten für Berlin durchgeführt wurden, zeigen die folgende Verbreitung der untersuchten Substanz- bzw. Gebrauchsstörungen:

Tabelle 32: Verbreitung der untersuchten Substanz- bzw. Gebrauchsstörungen für Berlin

	Rauchen	Dampfen/E-Zigarette	Alkohol	Computerspiele/Gaming	Social Media
<b>Abstinenz / keine Nutzung</b>	70,1%	94,8%	20,5%	39,3%	16,7%
<b>Nutzung</b>	29,9%	5,2%	79,5%	60,7%	82,7%
<b>Riskante Nutzung</b>	*	*	10,1%	9,4%	*
<b>Schädlicher Gebrauch</b>	*	*	2,4%	*	*
<b>Abhängigkeit</b>	25,2%	4,3%	1,0%	2,2%	0,6%

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2017.

Die hier ermittelten vergleichsweise niedrigen Suchtprävalenzen mögen überraschend sein angesichts der Thematisierung von Sucht im Erwerbsleben an anderer Stelle. Hierbei ist aber zu beachten, dass vieles dafür spricht, dass Beschäftigte mit Substanzstörungen (darunter Abhängige) vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Die Erwerbstätigen sind somit eine weniger von Sucht betroffene Selektion aus der Allgemeinbevölkerung. Erwerbstätigkeit und Sucht sind wahrscheinlich nur bis zu einem gewissen Schweregrad der Sucht zu vereinbaren (mit Ausnahme der Tabak-Sucht). Ein Indiz dafür ist der ausgeprägte „Healthy Worker-Effekt“ des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens mit Ursache Substanzstörung, der stärker als bei anderen psychischen Erkrankungen ist. Ein Indiz ist auch die Rolle der Sucht bei den Erwerbsminderungsrenten. Auch in den Befragungsdaten zeigt sich, dass die Alkoholabhängigen (bzw. Gebrauchsgestörten) ihre Störung vermutlich noch einigermaßen im Griff haben (Die Mehrheit der Alkoholiker trinkt z. B. keinen Alkohol am Arbeitsplatz). Auf Basis der Analysen kann vermutet werden, dass die Abhängigen, die noch im Arbeitsleben stehen, einen vergleichsweise geringeren Schweregrad der Sucht aufweisen. Bezüglich der vergleichsweise geringen Prävalenz der Internet Gaming Disorder kann vermutet werden, dass es die Videospielesüchtigen zu einem Teil gar nicht den Einstieg ins Erwerbsleben schaffen.

„Suchterkrankungen können Ursache krankheitsbedingter Fehltag sein. Von der Häufigkeit her dürfte die Alkoholabhängigkeit die größte Bedeutung haben. Manifeste Drogenabhängigkeit aber auch Computerspielabhängigkeit scheint mir mit einer regulären Arbeitstätigkeit nicht vereinbar“ (Dr. Kay Uwe Petersen, Sektion Suchtforschung an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen).

„In der betrieblichen Lebenswelt sollten alle Personen möglichst durch qualifizierte Konzepte der Suchtprävention und der Frühintervention geschult werden – insbesondere auch in der Selbst- und Fremdbeobachtung. Führungskräfte sollten entsprechende Angebote und Leistungen von Präventionsfachstellen nutzen und für den Betrieb regelhaft einkaufen.“

**Conrad Tönsing, Geschäftsbereichsleitung Suchtprävention und Rehabilitation des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück e.V.**

## Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

### Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit in Berlin 2018

**Datenbasis: alle in Berlin lebenden erwerbstätigen Personen, die 2018 Mitglied der DAK-Gesundheit waren.**

Der Gesundheitsreport berücksichtigt in Berlin lebende Personen, die im Jahr 2018 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 Krankheit auftritt. Allerdings ist zu beachten, dass nur diejenigen krankheitsbedingten Ausfalltage in die Auswertung einfließen, für die der DAK-Gesundheit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Die gesamte Datenbasis für das Bundesland Berlin umfasst rund 105.800 DAK-Mitglieder, die sich zu 54 Prozent aus Frauen und zu 46 Prozent aus Männern zusammensetzen. Die DAK-Gesundheit versichert auch in Berlin sehr viele weibliche Beschäftigte. Daher der im Vergleich zu anderen Krankenkassen deutlich höhere Frauenanteil.

### Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

**Viele Kennwerte werden „pro 100 Versicherte“ angegeben**

Nicht alle Mitglieder im Bundesland Berlin waren das ganze Jahr über bei der DAK-Gesundheit versichert. Rechnet man die rund 105.800 Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ um, ergeben sich für das Jahr 2018 etwa 93.650 Versichertenjahre. Viele der Auswertungen zeigen die Krankenstandskennwerte „pro 100 Versicherte“. Die korrektere Bezeichnung wäre „pro 100 Versichertenjahre“. Im Sinne einer besseren Lesbarkeit verzichten wir jedoch auf diesen Terminus.

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.

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

**AU-Tage pro 100 Versicherte**

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

**Durchschnittliche Falldauer**

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

**AU-Diagnosen**

## 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.

**Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen**

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.

**Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!**

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

**Eine Lösung: Altersgruppenweise Vergleiche**

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.

**Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen**

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 ab 2018 der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik im Jahr 2010.

**Standardisierung nach Geschlecht und Alter**

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.

**Aktualisierte Bezugsbevölkerung**

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, wenn noch mehr Werte auf Basis der neuen, aktuelleren Bezugsbevölkerung berechnet werden konnten.

Auf der Ebene der Ersatzkassen und ihrer Verbände wurde im Juni 2012 festgelegt, dass die Grundlage für das Standardisierungsverfahren zukünftig die Erwerbsbevölkerung von 2010 sein soll.

**Was die standardisierten Kennzahlen zeigen**

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

**Aktualisierte Bezugsbevölkerung in der Standardisierung**

Mit dem Gesundheitsreport 2013 stellt die DAK-Gesundheit gemäß einer Vereinbarung auf Ebene der Ersatzkassen im Standardisierungsverfahren die Bezugsbevölkerung um auf die Erwerbsbevölkerung aus dem Jahr 2010.

**Verschiebung hin in die oberen Altersgruppen**

Gegenüber der bisherigen Bezugsbevölkerung aus dem Jahr 1992 haben sich zwei wesentliche Verschiebungen in der Alters- und Geschlechtsstruktur der Erwerbsbevölkerung ergeben. Wie die beiden nachfolgenden Abbildungen zeigen hat die Zahl der Erwerbstätigen in den Altersgruppen bis 39 Jahre deutlich abgenommen und im Gegenzug die Zahl der Erwerbstätigen in den oberen Altersgruppen zugenommen.

Den stärksten Zuwachs hat dabei die obere Altersgruppe der 60 bis 64-Jährigen erfahren mit einem Plus von 138 Prozent bei Männern und sogar 362 Prozent bei Frauen.

## Hinweise zur Umstellung von ICD 9 auf ICD 10

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 codiert wird als 1999 oder 1998.

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 Krankenstands-vergleiche sind davon nicht berührt.

**Zusammenfassung  
der ICD 10 Kapitel  
„Krankheiten des  
Nervensystems, des  
Auges und der Ohren“**

**Zurückhaltende  
Interpretation von  
Unterschieden vor  
und nach 2000**

## **Hinweise zur Umstellung von ICD 10 auf ICD 10 GM**

**Umstellung des ICD 10 auf ICD 10 GM führte zu keinen relevanten Einschränkungen der Vergleichbarkeit der Daten mit den Vorjahren**

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.

## **Korrektur um den Einfluss der Wirtschaftsstruktur**

Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur wurde folgendermaßen korrigiert: Für den Krankenstand eines Bundeslandes werden durch indirekte Standardisierung auf die Referenzpopulation der Mitglieder der DAK-Gesundheit insgesamt (bundesweit) zwei Erwartungswerte berechnet:  $EW_1$  indirekt standardisiert nach Alter und Geschlecht,  $EW_2$  indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht und Wirtschaftsstruktur. Der Quotient aus  $EW_1$  und  $EW_2$  ergibt einen Korrekturfaktor, mit dem die direkt standardisierten Krankenstandswerte multipliziert werden.



## Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für das Bundesland Berlin für die Berichtsjahre 2017 und 2018 analysierten AU-Daten. 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: Die wichtigsten Krankheitsarten 2018: DAK-Bund und Berlin	170
Tabelle A2: Die wichtigsten Krankheitsarten 2017: DAK-Bund und Berlin	171
Tabelle A3: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2018: DAK-Bund und Berlin	172
Tabelle A4: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2017: DAK-Bund und Berlin	173

Tabelle A1: Die wichtigsten Krankheitsarten 2018: DAK-Gesundheit bundesweit und Berlin

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Bund	73,2	12,8	5,7	4,7%
		Berlin	84,2	13,0	6,5	5,1%
C00- D48	Neubildungen	Bund	60,3	1,7	35,4	3,9%
		Berlin	61,5	1,6	38,5	3,7%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Bund	236,0	7,0	33,7	15,2%
		Berlin	279,6	8,6	32,5	16,9%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Bund	71,7	6,2	11,6	4,6%
		Berlin	76,1	6,2	12,2	4,6%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Bund	65,0	3,0	21,8	4,2%
		Berlin	63,0	3,0	21,0	3,8%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Bund	247,9	36,2	6,9	16,0%
		Berlin	276,8	36,5	7,6	16,8%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Bund	78,0	11,7	6,6	5,0%
		Berlin	80,9	11,0	7,4	4,9%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Bund	324,8	17,3	18,7	20,9%
		Berlin	319,9	16,1	19,9	19,4%
N00- N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	Bund	26,8	2,8	9,5	1,7%
		Berlin	25,6	2,7	9,5	1,5%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Bund	73,8	8,6	8,5	4,8%
		Berlin	81,4	9,8	8,3	4,9%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Bund	191,4	9,2	20,8	12,3%
		Berlin	195,0	8,2	23,7	11,8%
A00- Z99	Gesamt	Bund	1.551,1	120,7	12,4	100,0%
		Berlin	1.651,2	123,0	13,4	100,0%

Tabelle A2: Die wichtigsten Krankheitsarten 2017: DAK-Gesundheit bundesweit und Berlin

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Bund	70,1	12,6	5,6	4,7%
		Berlin	84,5	13,2	6,4	5,4%
C00- D48	Neubildungen	Bund	66,2	1,8	37,3	4,4%
		Berlin	70,1	1,5	45,7	4,5%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Bund	249,9	7,0	35,5	16,7%
		Berlin	279,4	8,5	32,8	18,0%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Bund	67,0	6,2	10,8	4,5%
		Berlin	66,1	6,1	10,8	4,2%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Bund	61,5	2,9	20,9	4,1%
		Berlin	59,4	3,0	19,9	3,8%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Bund	230,4	35,3	6,5	15,4%
		Berlin	265,9	36,4	7,3	17,1%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Bund	75,6	12,1	6,2	5,0%
		Berlin	72,7	11,4	6,4	4,7%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Bund	326,9	17,6	18,5	21,8%
		Berlin	307,8	16,0	19,2	19,8%
N00- N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	Bund	25,1	2,8	8,9	1,7%
		Berlin in	24,4	2,8	8,7	1,6%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Bund	60,9	7,9	7,7	4,1%
		Berlin	65,3	8,4	7,8	4,2%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Bund	177,6	8,8	20,2	11,9%
		Berlin	171,9	7,8	22,0	11,1%
A00- Z99	Gesamt	Bund	1.498,4	120,7	12,4	100,0%
		Berlin	1.555,0	120,1	12,9	100,0%

Tabelle A3: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2018: DAK-Gesundheit bundesweit und Berlin

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (64 - 66)	Bund	1.237,2	115,5	10,7	3,4%
	Berlin	1.430,2	121,5	11,8	3,9%
Baugewerbe (41 - 43)	Bund	1.435,3	111,5	12,9	3,9%
	Berlin	1.578,0	106,9	14,8	4,3%
Bildung, Kultur, Medien (58 - 60, 72, 73, 85, 90 - 93)	Bund	1.298,2	117,9	11,0	3,6%
	Berlin	1.445,7	127,5	11,3	4,0%
Chemische Industrie (19 - 22)	Bund	1.611,6	138,9	11,6	4,4%
	Berlin	1.558,5	128,6	12,1	4,3%
Datenverarbeitung, Informationsdienstleistungen (61 - 63)	Bund	1.052,5	100,2	10,5	2,9%
	Berlin	1.077,1	98,6	10,9	3,0%
Gesundheitswesen (75, 86 - 88)	Bund	1.750,0	126,4	13,8	4,8%
	Berlin	1.870,8	134,6	13,9	5,1%
Handel (45 - 47)	Bund	1.502,4	114,8	13,1	4,1%
	Berlin	1.778,7	116,9	15,2	4,9%
Holz, Papier, Druck (16 - 18)	Bund	1.601,5	128,3	12,5	4,4%
	Berlin	2.170,9	141,2	15,4	5,9%
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01 - 03, 05 - 09, 35 - 39)	Bund	1.628,8	125,5	13,0	4,5%
	Berlin	2.015,4	161,7	12,5	5,5%
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28 - 30)	Bund	1.517,3	132,6	11,4	4,2%
	Berlin	1.436,8	127,2	11,3	3,9%
Nahrungs- und Genussmittel (10 - 12)	Bund	1.645,6	115,6	14,2	4,5%
	Berlin	1.953,8	128,6	15,2	5,4%
Öffentliche Verwaltung (84)	Bund	1.659,3	120,7	13,7	4,5%
	Berlin	1.552,9	102,7	15,1	4,3%
Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen (94, 97)	Bund	1.218,2	108,4	11,2	3,3%
	Berlin	1.307,9	119,2	11,0	3,6%
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69 - 71, 74, 78, 80)	Bund	1.206,3	113,0	10,7	3,3%
	Berlin	1.439,4	121,1	11,9	3,9%
Sonst. Dienstleistungen (37 - 39, 55, 56, 68, 77, 79, 81, 82, 96)	Bund	1.400,6	106,1	13,2	3,8%
	Berlin	1.508,3	113,7	13,3	4,1%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13 - 15, 23 - 27, 31 - 33, 95)	Bund	1.542,5	133,0	11,6	4,2%
	Berlin	1.441,2	126,8	11,4	3,9%
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49 - 53)	Bund	1.797,5	129,3	13,9	4,9%
	Berlin	2.196,3	149,7	14,7	6,0%

(\*) In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A4: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2017: DAK-Gesundheit bundesweit und Berlin

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (64 - 66)	Bund	1.213,3	113,6	10,7	3,3%
	Berlin	1.434,7	119,6	12,0	3,9%
Baugewerbe (41 - 43)	Bund	1.390,6	108,2	12,9	3,8%
	Berlin	1.574,2	110,3	14,3	4,3%
Bildung, Kultur, Medien (58 - 60, 72, 73, 85, 90 - 93)	Bund	1.215,9	114,4	10,6	3,3%
	Berlin	1.327,3	118,7	11,2	3,6%
Chemische Industrie (19 - 22)	Bund	1.525,6	134,8	11,3	4,2%
	Berlin	1.759,2	137,5	12,8	4,8%
Datenverarbeitung, Informationsdienstleistungen (61 - 63)	Bund	1.030,4	99,8	10,3	2,8%
	Berlin	964,9	89,7	10,8	2,6%
Gesundheitswesen (75, 86 - 88)	Bund	1.698,6	126,1	13,5	4,7%
	Berlin	1.879,4	129,6	14,5	5,1%
Handel (45 - 47)	Bund	1.442,2	111,1	13,0	4,0%
	Berlin	1.556,6	108,5	14,3	4,3%
Holz, Papier, Druck (16 - 18)	Bund	1.474,9	124,8	11,8	4,0%
	Berlin	1.650,6	142,6	11,6	4,5%
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01 - 03, 05 - 09, 35 - 39)	Bund	1.538,3	123,3	12,5	4,2%
	Berlin	1.838,8	159,1	11,6	5,0%
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28 - 30)	Bund	1.474,3	129,7	11,4	4,0%
	Berlin	1.203,2	113,5	10,6	3,3%
Nahrungs- und Genussmittel (10 - 12)	Bund	1.611,2	114,0	14,1	4,4%
	Berlin	1.658,8	127,6	13,0	4,5%
Öffentliche Verwaltung (84)	Bund	1.544,3	125,1	12,3	4,2%
	Berlin	1.541,2	101,8	15,1	4,2%
Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen (94, 97)	Bund	1.243,5	107,5	11,6	3,4%
	Berlin	1.281,3	108,4	11,8	3,5%
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69 - 71, 74, 78, 80)	Bund	1.198,3	111,9	10,7	3,3%
	Berlin	1.357,3	112,7	12,0	3,7%
Sonst. Dienstleistungen (37 - 39, 55, 56, 68, 77, 79, 81, 82, 96)	Bund	1.375,3	104,1	13,2	3,8%
	Berlin	1.346,0	106,3	12,7	3,7%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13 - 15, 23 - 27, 31 - 33, 95)	Bund	1.485,5	129,2	11,5	4,1%
	Berlin	1.546,8	128,4	12,0	4,2%
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49 - 53)	Bund	1.758,5	126,5	13,9	4,8%
	Berlin	1.505,7	101,2	14,9	4,1%

(\*) In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Krankenstand: Berlin im Vergleich zum Bund .....	9
Abbildung 2: Anzahl der Erkrankungsfälle: Berlin im Vergleich zum Bund.....	10
Abbildung 3: Dauer einer durchschnittlichen Erkrankung: Berlin im Vergleich zum Bund.....	10
Abbildung 4: Krankenstandswerte 2017 - 2018 nach Bundesländern.....	11
Abbildung 5: Krankenstand 2018 nach Geschlecht und zehn Altersgruppen in Berlin ...	12
Abbildung 6: Anteile der 10 wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen .....	13
Abbildung 7: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Krankheitsarten .....	14
Abbildung 8: Abweichungen in der Verteilung der Mitglieder der DAK- Gesundheit in Berlin auf Wirtschaftsgruppen 2018 vom DAK-Gesundheit Bundesdurchschnitt .....	16
Abbildung 9: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Berlin .....	17
Abbildung 10: Krankenstandswerte 2018 in den Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von Mitgliedern der DAK-Gesundheit in Berlin .....	18
Abbildung 11: Krankenstandswerte 2018 in den übrigen Wirtschaftsgruppen .....	19
Abbildung 12: Dem Schwerpunktthema zugrunde liegende Datenquellen.....	22
Abbildung 13: Anteil der AU-Tage der Erkrankungsgruppe psychische Erkrankungen....	34
Abbildung 14: Anteil der AU-Tage der Erkrankungsgruppe an allen AU-Tagen für psychische Erkrankungen.....	35
Abbildung 15: Anteil der Fehltage für einzelne Substanzgruppen an allen Fehltagen der Gruppe psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19).....	35
Abbildung 16: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Fehltage je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen und Geschlecht .....	38
Abbildung 17: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): AU-Fälle je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen und Geschlecht .....	39
Abbildung 18: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Falldauer in Tagen nach Altersgruppen und Geschlecht .....	40
Abbildung 19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Fehltage je 100 Versichertenjahre nach Branchen .....	41
Abbildung 20: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Anteil am Krankenstand nach Branchen.....	41
Abbildung 21: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Fehltage je 100 Versichertenjahre 2012–2017 .....	42
Abbildung 22: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10–F19 in den Routinedaten und Altersgruppen; Männer .....	44
Abbildung 23: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10–F19 in den Routinedaten und Altersgruppen; Frauen .....	45

Abbildung 24: Behandlungsprävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F19) in der ambulanten Versorgung .....	46
Abbildung 25: Behandlungsprävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der ambulanten Versorgung nach Altersgruppen und Geschlecht.....	48
Abbildung 26: Behandlungsprävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der ambulanten Versorgung nach Geschlecht 2013–2017 .....	48
Abbildung 27: Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): Anteil der KH-Fälle je 100 Versichertenjahre mit Hauptdiagnose nach Substanzen .....	50
Abbildung 28: Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): KH-Fälle je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen (Männer).....	52
Abbildung 29: Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19): KH-Fälle je 100 Versichertenjahre nach Altersgruppen (Frauen).....	52
Abbildung 30: Erwerbstätige nach Raucherstatus im Jahr 2017 .....	59
Abbildung 31: Erwerbstätige nach Raucherstatus, Alter und Geschlecht im Jahr 2017 ...	59
Abbildung 32: Entwicklung der Raucherquoten bei Erwerbstätigen nach Geschlecht 1992–2017 .....	60
Abbildung 33: Verbreitung des Rauchens: Beschäftigte nach Raucherstatus.....	61
Abbildung 34: Beschäftigte nach Raucherstatus und Geschlecht.....	62
Abbildung 35: Verbreitung des Rauchens im Altersgang: Beschäftigte nach Raucherstatus und Alter .....	63
Abbildung 36: Verbreitung des Rauchens im Altersgang bei Männern und Frauen: Beschäftigte nach Raucherstatus, Geschlecht und Alter.....	64
Abbildung 37: Raucher nach PSCDI-Punktwert.....	67
Abbildung 38: Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Tabakabhängigkeit gemäß Penn State Cigarette Dependence Index.....	68
Abbildung 39: Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Grad der Tabakabhängigkeit und Geschlecht .....	69
Abbildung 40: Raucher nach Grad der Abhängigkeit .....	70
Abbildung 41: Raucher nach Grad der Abhängigkeit und Alter .....	71
Abbildung 42: Raucher nach Grad der Abhängigkeit, Geschlecht und Alter .....	71
Abbildung 43: Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Tabakabhängigkeit und Alter .....	72
Abbildung 44: Beschäftigte nach Raucherstatus bzw. Tabakabhängigkeit, Geschlecht und Alter .....	73
Abbildung 45: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Belastungen bei der Arbeit ....	74
Abbildung 46: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Ressourcen bei der Arbeit ....	75
Abbildung 47: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Arbeitsplatzsicherheit (Wahrscheinlichkeit, den Arbeitsplatz zu verlieren) .....	76
Abbildung 48: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Überstunden (pro Woche) ....	77
Abbildung 49: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Branche (1/2) .....	78
Abbildung 50: Anteil tabakabhängiger Beschäftigter nach Branche (2/2) .....	78

Abbildung 51: Gründe für das Rauchen .....	79
Abbildung 52: Gründe für das Rauchen. Vergleich zwischen stärker und schwächer abhängigen Rauchern .....	80
Abbildung 53: Rauchen in Arbeitspausen nach Grad der Tabakabhängigkeit .....	81
Abbildung 54: Rauchen während der Arbeitszeit nach Grad der Tabakabhängigkeit.....	82
Abbildung 55: Durchschnittliche Anzahl Krankmeldungen in den letzten 12 Monaten nach Raucherstatus bzw. Grad der Abhängigkeit .....	83
Abbildung 56: Beschäftigte nach Verwendung E-Zigarette.....	84
Abbildung 57: Beschäftigte nach Verwendung E-Zigarette und Raucherstatus .....	85
Abbildung 58: Beschäftigte nach Raucherstatus und Verwendung E-Zigarette .....	86
Abbildung 59: Beschäftigte nach Geschlecht und Verwendung E-Zigarette .....	86
Abbildung 60: Beschäftigte nach Alter und Verwendung E-Zigarette.....	87
Abbildung 61: Beschäftigte nach Alter, Geschlecht und Verwendung E-Zigarette .....	87
Abbildung 62: E-Zigarettenverwender nach Nikotinkonsum .....	88
Abbildung 63: E-Zigaretten-Verwender nach Punktwert im Penn State E-Cigarette Dependence Index .....	89
Abbildung 64: Beschäftigte nach Verwenderstatus E-Zigarette bzw. Nikotinabhängigkeit gemäß Penn State E-Cigarette Dependence Index ..	90
Abbildung 65: E-Zigaretten-Verwender nach Grad der Abhängigkeit.....	90
Abbildung 66: Grad der Abhängigkeit von der E-Zigarette nach Raucherstatus .....	91
Abbildung 67: Gründe der E-Zigaretten-Verwender für die Verwendung .....	93
Abbildung 68: Gründe der E-Zigaretten-Verwender für die Verwendung. Rauchende und Ex-Rauchende E-Zigaretten-Verwender im Vergleich .....	94
Abbildung 69: Alkoholkonsumstatus der Befragten .....	98
Abbildung 70: Alkoholkonsumstatus nach Geschlecht .....	98
Abbildung 71: Alkoholkonsumstatus nach Alter .....	99
Abbildung 72: Alkoholkonsumstatus nach Geschlecht und Alter.....	99
Abbildung 73: Alkohol konsumierende Beschäftigte nach AUDIT-Punktwert.....	110
Abbildung 74: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT .....	110
Abbildung 75: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT und Geschlecht.....	111
Abbildung 76: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT und Alter .....	112
Abbildung 77: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT nach Geschlecht und Alter .....	112
Abbildung 78: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT nach Wahrscheinlichkeit, den Arbeitsplatz gegen den eigenen Willen zu verlieren.....	113
Abbildung 79: Anteil Beschäftigter mit schädlichem oder abhängigem Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Arbeitsbelastungen.....	114



Abbildung 80: Anteil Beschäftigter mit schädlichem oder abhängigem Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Arbeitsbelastungen.....	114
Abbildung 81: Beschäftigte nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT nach Anzahl Überstunden.....	115
Abbildung 82: Schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Branche (1/2).....	116
Abbildung 83: Schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum gemäß AUDIT nach Branche (2/2).....	116
Abbildung 84: Selbst berichtete Gründe des Alkoholkonsums.....	117
Abbildung 85: Selbst berichtete Gründe des Alkoholkonsums nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT.....	118
Abbildung 86: Folgen von Alkoholkonsum bei der Arbeit.....	119
Abbildung 87: Folgen von Alkoholkonsum bei der Arbeit nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT.....	120
Abbildung 88: Alkoholkonsum am Arbeitsplatz nach Typen des Alkoholkonsums einschließlich schädlicher Gebrauch/Alkoholabhängigkeit gemäß AUDIT.....	121
Abbildung 89: Anzahl Krankmeldungen in den letzten 12 Monaten nach Alkoholkonsumtypus gemäß AUDIT .....	122
Abbildung 90: Nutzung sozialer Medien .....	129
Abbildung 91: Die subjektiv wichtigsten genutzten sozialen Medien .....	130
Abbildung 92: Nutzung sozialer Medien nach Geschlecht .....	130
Abbildung 93: Nutzung sozialer Medien nach Alter.....	131
Abbildung 94: Nutzung sozialer Medien nach Geschlecht und Alter .....	131
Abbildung 95: Fragen der Social Media Disorder Scale (Anteil Ja-Antworten).....	133
Abbildung 96: Social Media Disorder („Abhängigkeit von sozialen Medien“): Beschäftigte nach Screening Diagnose gemäß Social Media Disorder Scale) [56] .....	134
Abbildung 97: Soziale Medien am Arbeitsplatz .....	135
Abbildung 98: Beschäftigte nach Nutzung von Videospiele.....	141
Abbildung 99: Beschäftigte nach Geschlecht und Nutzung von Videospiele.....	142
Abbildung 100: Beschäftigte nach Alter und Nutzung von Videospiele .....	143
Abbildung 101: Beschäftigte nach Alter, Geschlecht und Nutzung von Videospiele.....	143
Abbildung 102: Internet Gaming Disorder Scale: Anteil der „trifft zu“-Antworten auf die Items der Skala.....	145
Abbildung 103: Anteil Beschäftigter mit Screening-Diagnose Internet Gaming Disorder .....	146
Abbildung 104: Anteil Beschäftigter mit Screening-Diagnose Internet Gaming Disorder nach Geschlecht.....	147
Abbildung 105: Aspekte der Nutzung und Folgen von Videospiele für die Arbeitswelt .....	148
Abbildung 106: Aspekte der Nutzung und Folgen von Videospiele für die Arbeitswelt bei Videospielern und IGD-Betroffenen im Vergleich .....	149
Abbildung 107: Anteil der Fehltage für Substanzstörungen an allen Fehltagen für Psychische Erkrankungen .....	151

---

Abbildung 108: Fehltag je 100 Versichertenjahre bei Substanzstörungen (F10 – F19) in Berlin nach Branchen.....	152
Abbildung 109: Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10 – F19 in den Routinedaten.....	153
Abbildung 110: Beschäftigte in Berlin nach Raucherstatus bzw. Tabakabhängigkeit.....	154
Abbildung 111: Beschäftigte in Berlin nach Verwendung der E-Zigarette .....	154
Abbildung 112: E-Zigarettenverwendung nach Raucherstatus in Berlin.....	155
Abbildung 113: Anteil der Alkoholkonsumenten und der Abstinenzler in Berlin .....	156
Abbildung 114: Beschäftigte nach Alkoholkonsummuster in Berlin.....	156
Abbildung 115: Beschäftigte nach Videospieleinsatz .....	157
Abbildung 116: Items der Internet Gaming Disorder Scale „In den letzten 12 Monaten“	158
Abbildung 117: Anteil Beschäftigter mit Internet Gaming Disorder.....	158
Abbildung 118: Anteil Beschäftigter mit „Social Media Disorder“ .....	159

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Befragte nach Alter und Geschlecht (ungewichtet) .....	23
Tabelle 2:	Befragte nach Alter und Geschlecht (gewichtet) .....	23
Tabelle 3:	Befragte nach Geschlecht und höchstem Schulabschluss .....	24
Tabelle 4:	Befragte nach Geschlecht und beruflicher Statusgruppe .....	24
Tabelle 5:	Hinweise zur Darstellung der Befragungsergebnis bei fehlenden Werten und Teilgruppenauswertungen .....	24
Tabelle 6:	Ausprägungen der Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10-F19) (Vierte Stelle der Kodierung) .....	28
Tabelle 7:	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen .....	29
Tabelle 8:	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI. Jahr 2016 ...	32
Tabelle 9:	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen je 100 Versichertenjahre	37
Tabelle 10:	Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen je 100 Versichertenjahre nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10–F19 in den Routinedaten ..	43
Tabelle 11:	Fehltage je 100 Versichertenjahre nach Auffälligkeit in der Diagnosegruppe F10–F19 in den Routinedaten nach Diagnosegruppen ..	45
Tabelle 12:	Behandlungsprävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10– F19) in der ambulanten Versorgung .....	47
Tabelle 13:	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der stationären Versorgung .....	49
Tabelle 14:	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der stationären Versorgung (Hauptdiagnose oder Nebendiagnose) .....	51
Tabelle 15:	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) in der stationären Versorgung (Hauptdiagnose oder Nebendiagnose) .....	51
Tabelle 16:	Verordnung der Medikamente gegen Sucht (N07B*) von Versicherten mit Behandlungsfall F10–F19 .....	53
Tabelle 17:	Kriterien der Tabakabhängigkeit (F17.2) nach ICD-10 .....	56
Tabelle 18:	Kriterien des DSM-5 einer Tabakkonsumstörung .....	57
Tabelle 19:	Penn State Cigarette Dependence Index (Foulds et al. 2015, eigene Übersetzung) .....	64
Tabelle 20:	Dualkonsumierende nach Abhängigkeit von Zigarette und E-Zigarette .....	92
Tabelle 21:	Bereiche des AUDIT und Inhalte der AUDIT-Items .....	100
Tabelle 22:	Items des AUDIT-Instruments .....	101
Tabelle 23:	Punktbereiche („Zonen“) des AUDIT mit zugehörigen Screening- Diagnosen .....	102
Tabelle 24:	Sensitivität und Spezifität des AUDIT bei der Feststellung von Alkoholabhängigkeit .....	104

---

Tabelle 25:	Modellrechnung zur Abschätzung der Falsch-Positiv Rate und Screening-Prävalenz bei Einsatz des AUDIT nach verschiedenen Grenzwerten (1/2).....	105
Tabelle 26:	Modellrechnung zur Abschätzung der Falsch-Positiv Rate und Screening-Prävalenz bei Einsatz des AUDIT nach verschiedenen Grenzwerten (2/2).....	106
Tabelle 27:	Häufigkeitsauszählung der einzelnen AUDIT-Fragen.....	106
Tabelle 28:	Kriterien der Abhängigkeit von sozialen Medien (Social Media Disorder)	125
Tabelle 29:	Kriterien des DSM-5 einer Störung durch Spielen von Internetspielen....	140
Tabelle 30:	Substanzstörungen (F10 – F19): Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen je 100 Versichertenjahre.....	150
Tabelle 31:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre F10 – F19 (Substanzstörungen); Anteil an allen Fehltagen bei psychischen Erkrankungen (F00 – F99)....	151
Tabelle 32:	Verbreitung der untersuchten Substanz- bzw. Gebrauchsstörungen für Berlin .....	162

## Literaturverzeichnis

- Aarseth E, Bean AM, Boonen H, Colder Carras M, Coulson M, Das D, Deleuze J, Dunkels E, Edman J, Ferguson CJ, Haagsma MC, Helmersson Bergmark K, Hussain Z, Jansz J, Kardefelt-Winther D, Kutner L, Markey P, Nielsen RKL, Prause N, Przybylski A, Quandt T, Schimmenti A, Starcevic V, Stutman G, Van Looy J & Van Rooij AJ (2017): Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *J Behav Addict* 6(3), 267-270. DOI: 10.1556/2006.5.2016.088.
- APA (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Batra A, Düerkop M, Gertzen M, Jähne A, Mühlig S & Rütter T (2019): Nikotin. 13. In: Soyka M, Batra A, Heinz A, Moggi F & Walter M: Suchtmedizin. München: Elsevier, 238-255.
- Bover MT, Foulds J, Steinberg MB, Richardson D & Marcella SW (2008): Waking at night to smoke as a marker for tobacco dependence: patient characteristics and relationship to treatment outcome. *Int J Clin Pract* 62(2), 182-190. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2007.01653.x.
- Dalal PK & Basu D (2016): Twenty years of Internet addiction ... Quo Vadis? *Indian J Psychiatry* 58(1), 6-11. DOI: 10.4103/0019-5545.174354.
- Davis RM, Novotny TE & Lynn WR (1988): The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General. *The Reports of the Surgeon General*. Rockville: Center for Health Promotion and Education. Office on Smoking and Health.
- DGPPN (2016): Verhaltenssuchte und ihre Folgen: Prävention, Diagnostik und Therapie. Berlin: DGPPN.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH & World Health Organization (WHO) (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011. Bern: Verlag Hans-Huber.
- DIMDI (2015a): ICD-10\_GM. Version 2016. Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification - Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- DIMDI (2015b): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification. Köln: DIMDI.
- DKFZ (2015): Fakten zum Rauchen: Gesundheitsrisiko Nikotin. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Dlubis-Mertens K (2003): Stoffungebundene Süchte: Verändertes Suchtverständnis. *Dtsch Arztebl International* 2(11), [513]. <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=39336>.
- Etter JF & Eissenberg T (2015): Dependence levels in users of electronic cigarettes, nicotine gums and tobacco cigarettes. *Drug Alcohol Depend* 147, 68-75. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2014.12.007.
- Fagerström K (2012): Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerstrom Test for Cigarette Dependence. *Nicotine Tob Res* 14(1), 75-78. DOI: 10.1093/ntr/ntr137.
- Falkai P, Wittchen H-U & American Psychiatric A (2015): Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Fünfte Fassung, deutsche Ausgabe. *DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Foulds J, Veldheer S, Yingst J, Hrabovsky S, Wilson SJ, Nichols TT & Eissenberg T (2015): Development of a questionnaire for assessing dependence on electronic cigarettes among a large sample of ex-smoking E-cigarette users. *Nicotine Tob Res* 17(2), 186-192. DOI: 10.1093/ntr/ntu204.
- Giesler M (2018): Am Haken. *brand eins* (1), 82-86.
- 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.
- Gray P (2012): Video Game Addiction: Does it occur? If so, why? . *Psychology today* 2012.
- Hand I (2018): Das Suchtmodell passt nicht auf exzessives Verhalten. *InFo Neurologie & Psychiatrie* 20(4), 6-7.
- Heatheron TF, Kozlowski LT, Frecker RC & Fagerström K-O (1991): The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction* 86, 1119-1127.

- Heatheron TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W & Robinson J (1989): Measuring the Heaviness of Smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction* 84, 791-800.
- Holden C (2001): 'Behavioral' Addictions: Do They Exist? *Science* 294(5544), 980-982. DOI: 10.1126/science.294.5544.980. <http://science.sciencemag.org/content/294/5544/980.abstract>.
- Király O, Griffiths MD & Demetrovics Z (2015): Internet Gaming Disorder and the DSM-5: Conceptualization, Debates, and Controversies. *Current Addiction Reports* 2(3), 254-262. DOI: 10.1007/s40429-015-0066-7. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0066-7>.
- Kohler H (2002): Krankenstand - Ein beachtlicher KOSTENfaktor mit fallender Tendenz. 01/2002. Nürnberg: IAB-Werkstattbericht.
- Lemmens J, Valkenburg P & Gentile D (2015): The Internet Gaming Disorder Scale. *Psychological Assessment* 27. DOI: 10.1037/pas0000062.
- Lindenmeyer J (2013): Warum werden Menschen süchtig? Psychologische Erklärungsmodelle. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J & Meyer M: Fehlzeiten-Report 2013. Berlin Heidelberg: Springer, 21-26.
- Lohmann-Haislah A (2012): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Berlin: BAuA.
- Marschall J & Barthelmes I (2016): Branchenreport Handel. Sicherheit und Gesundheit im Groß- und Einzelhandel - eine Frage der Unternehmenskultur? Heidelberg: medhochzwei.
- Marschall J, Hildebrandt S, Sydow H & Nolting H-D (2017): Gesundheitsreport 2017: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update: Schlafstörungen. *Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Bd. 16*. Heidelberg: medhochzwei Verlag. ISBN: 978-3-86216-345-8. <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2017-1885298.pdf> [Abruf am: 07. Dezember 2017].
- Marschall J, Hildebrandt S, Zich K, Tisch T, Sörensen J & Nolting H-D (2018): Gesundheitsreport 2018: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update: Rückenerkrankungen. *Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Bd. 21*. Heidelberg: medhochzwei Verlag. ISBN: 978-3-86216-444-8. <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-1970354.pdf> [Abruf am: 15. März 2018].
- Marstedt G, Müller R & Jansen R (2002): Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im Öffentlichen Dienst. In: Badura B, Litsch M & Vetter C: Fehlzeiten-Report 2001. Berlin, Heidelberg: Springer, 19-37.
- Mörsen C (2011): Was sind Verhaltenssüchte? Berlin: Fachtagung "Wenn Alltag süchtig macht". Normenausschuss Ergonomie (FNErg) im DIN (2000): Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Teil 1: Allgemeines und Begriffe. (EN ISO 10075-1:2000).
- Pies R (2009): Should DSM-V Designate "Internet Addiction" a Mental Disorder? *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))* 6(2), 31-37. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19724746>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/PMC2719452/>.
- Pinney JM (1979): Smoking and Health: A Report of the Surgeon General. *The Reports of the Surgeon General*. Rockville: United States. Public Health Service. Office on Smoking and Health.
- Redecker T (2012): Der süchtige Hirnstamm. Eine neurobiologische Betrachtung der Abhängigkeitserkrankung. Berlin: Deutsche Hauptstelle für Suchterkrankungen.
- Rohmert W & Rutenfranz J (1975): Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Forschungsbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Rumpf H-J, Kiefer F & Suchttherapie (2011): DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. *SUCHT* 57(1), 45-48. DOI: 10.1024/0939-5911.a000072. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000072> [Abruf am: 2019/02/18].
- Seitz HK (2013): Alkoholabhängigkeit. Neubearb., 5., vollst. überarb. und neugestaltete Aufl. *Suchtmedizinische Reihe*. Hamm: DHS. ISBN: 978-3-937587-01-1.
- Shiffman S, Waters A & Hickcox M (2004): The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine Tob Res* 6(2), 327-348. DOI: 10.1080/1462220042000202481.
- Uhl A (2014): Was ist "Internetsucht" und wie verbreitet ist das Phänomen? *rausch* 3(1), 66-72.
- Uhl A & Kobrna U (2012): Rauschtrinken bei Jugendlichen – Medienhype oder bedenkliche Entwicklung?
- Ulich E (2011): Arbeitspsychologie. Stuttgart: Schäffer Poeschel.

- United States. Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health (1964): Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. *The Reports of the Surgeon General*. Rockville: United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General.
- van den Eijnden RJJM, Lemmens JS & Valkenburg PM (2016): The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior* 61, 478-487. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.038>. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563216302059>.
- von Gebattel VE (1954): Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Ausgewählte Aufsätze. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer.
- Wartberg L, Kriston L & Thomasius R (2017): Prävalenz und psychosoziale Korrelate von Internet Gaming Disorder. *Dtsch Arztebl International* 114(25), 419-424. <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=190789>.
- Zendle D & Cairns P (2018): Video game loot boxes are linked to problem gambling: Results of a large-scale survey. *PLOS One* 13(11).