



F. Knieps | H. Pfaff (Hrsg.)

# Pflegefall Pflege?



BKK Gesundheitsreport 2022

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

## **Pflegefall Pflege?**



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft



BKK Gesundheitsreport 2022

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

# Pflegefall Pflege?

mit Gastbeiträgen aus  
Wissenschaft, Politik und Praxis von

H. Batzoni | S. Bohnet-Joschko | B. Bührten | A. Daldrup | K. Dittmer | M. Dulon | M. Ewers  
A. Frevel | D. Fuchs | M. Fuchs | H. Geißler | L. Griese | C. Heislbetz | E. Irlstorfer  
L. Jessen | B. Klapper | T. Klie | K. Kliner | F. Knieps | L. Korte | T. Kreyenschulte  
M. Kröger | Y. Lehmann | S. Ludwig | C. Moll | H. Nebel | A. Nienhaus | H. Pfaff | K. Reiber  
D. Rennert | M. Richter | A. Salomon | D. Schaeffer | K. Schulz-Asche | C. Stephan  
E.L. Stump | U. Sujata | P. Tackenberg | R. Taufer | K. Thönnessen | D. Wendeler  
C. Westermann | N. Westig | A. Weyh | S. Zeike



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Der BKK Gesundheitsreport 2022 und die damit verbundenen Auswertungen wurden durch den BKK Dachverband erstellt.

Herausgeberschaft: BKK Dachverband e.V., Mauerstraße 85, 10117 Berlin

Redaktion: Karin Kliner, Dirk Rennert, Matthias Richter

Datenmanagement und Empirie: Karin Kliner, Dirk Rennert, Matthias Richter

BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin  
[www.bkk-dachverband.de](http://www.bkk-dachverband.de)  
[info@bkk-dv.de](mailto:info@bkk-dv.de)

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Unterbaumstraße 4  
10117 Berlin  
[www.mwv-berlin.de](http://www.mwv-berlin.de)  
[lektorat@mwv-berlin.de](mailto:lektorat@mwv-berlin.de)

ISBN 978-3-95466-746-8

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

#### **Zitation:**

Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) Gesundheitsreport 2022.

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2022

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, Dezember 2022

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Lisa Maria Pilhofer, Anna-Lena Spies, Berlin

Copy-Editing: Monika Laut-Zimmermann, Berlin

Layout, Satz & Herstellung: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin

Coverbild: [Krakenimages.com](http://Krakenimages.com)/Adobe Stock

## Die Herausgeber

**Franz Knieps**  
BKK Dachverband e.V.  
Berlin

**Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff**  
Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und  
Rehabilitationswissenschaft (IMVR)  
Universität zu Köln

## Die Autorinnen und Autoren

**Hanna Batzoni**  
Hochschule für angewandte Wissenschaften  
München

**Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko**  
Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Management und  
Innovation im Gesundheitswesen  
Witten/Herdecke

**Brigitte Bührlen**  
WIR! – Stiftung pflegender Angehöriger  
München

**Alexandra Daldrup**  
Unfallkasse Nordrhein-Westfalen  
Düsseldorf

**Kerstin Dittmer**  
Evangelisches Klinikum Köln Weyertal GmbH  
Köln

**Dr. Madeleine Dulon**  
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und  
Wohlfahrtspflege (BGW)  
Hamburg

**Univ.- Prof. Dr. Michael Ewers, PH, MPH**  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Berlin

**Alexander Frevel**  
Arbeit und Zukunft e.V.  
Hamburg

**Daniel Fuchs**  
BKK Dachverband e.V.  
Berlin

**Dr. Michaela Fuchs**  
Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)  
der Bundesagentur für Arbeit (BA)  
in der Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen  
Halle

**Prof. em. Dr. Heinrich Geißler**  
Beratung & Forschung – Geißler  
Bregenz

**Lennert Griese, M.Sc.**  
Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Bielefeld

**Dr. Claus Heislbetz**  
Hans-Weinberger-Akademie der WAO e.V.  
München

**Erich Irlstorfer, MdB**  
Deutscher Bundestag  
Berlin

**Lars Jessen**  
DigiRehab GmbH  
Hamburg

**Dr. Bernadette Klapper**  
Deutscher Berufsverband Pflegeberufe (DBfK)  
Berlin

**Prof. Dr. Thomas Klie**  
AGP Sozialforschung  
Freiburg

**Karin Kliner**  
BKK Dachverband e.V.  
Berlin

**Franz Knieps**  
BKK Dachverband e.V.  
Berlin

**Lisa Korte**  
Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Management und  
Innovation im Gesundheitswesen  
Witten/Herdecke

**Thea Kreyenschulte**

Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Management und Innovation im Gesundheitswesen  
Witten/Herdecke

**Dr. rer. pol. Martin Kröger**

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)  
Hamburg

**Priv. Doz. Dr. rer. medic. Yvonne Lehmann**

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Berlin

**Sieglinde Ludwig**

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)  
Berlin

**Claudia Moll, MdB**

Bundesministerium für Gesundheit  
Berlin/Bonn

**Hannah Nebel**

AGP Sozialforschung  
Freiburg

**Prof. Dr. med. Albert Nienhaus, MPH**

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)  
Hamburg

**Univ.- Prof. Dr. Holger Pfaff**

Universität zu Köln  
Köln

**Prof. Dr. Karin Reiber**

Hochschule Esslingen  
Esslingen

**Dirk Rennert**

BKK Dachverband e.V.  
Berlin

**Dr. Matthias Richter**

BKK Dachverband e.V.  
Berlin

**Astrid Salomon**

BKK VBU  
Berlin

**Prof. Dr. Doris Schaeffer**

Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Bielefeld

**Kordula Schulz-Asche, MdB**

Deutscher Bundestag  
Berlin

**Dr. Carsten Stephan**

Team Gesundheit,  
Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH  
Essen

**Eva Lotta Stump**

Team Gesundheit,  
Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH  
Essen

**Uwe Sujata**

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit (BA)  
in der Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen  
Halle

**Peter Tackenberg, BScN, MScN**

Deutscher Berufsverband Pflegeberufe (DBfK)  
Berlin

**Raphael Taufer**

BKK Dachverband e.V.  
Berlin

**Dr.-Ing. habil. Kerstin Thönnessen**

Arbeit und Zukunft e.V.  
Hamburg

**Dana Wendeler**

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)  
Hamburg

**Dr. rer. biol. hum. Claudia Westermann**

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)  
Hamburg

**Nicole Westig, MdB**

Deutscher Bundestag  
Berlin

**Dr. Antje Weyh**

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit (BA)  
in der Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen  
Halle

**Dr. Sabrina Zeike**

value Health Consulting GmbH  
Köln

## Vorwort

Der Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung bleibt auch im diesjährigen BKK Gesundheitsreport deutlich sichtbar. Allerdings sind es nach wie vor die anderen wichtigen Krankheitsarten, wie beispielsweise Muskel-Skelett-Erkrankungen oder psychische Störungen, die den Löwenanteil am gesundheitlichen Versorgungsgeschehen ausmachen. Trotzdem kommen durch die Pandemie die ohnehin schon bestehenden Unterschiede in der gesundheitlichen Lage zwischen den Branchen und Berufen bei den Beschäftigten noch stärker zum Vorschein. Die Pflegekräfte sind dabei von der Pandemie in mehrfacher Hinsicht betroffen.

### Pflegefall Pflege?

Nahezu jede Person wird früher oder später im Leben mindestens einmal mit dem Thema Pflege in Berührung kommen. Dies kann eintreten, wenn man beispielsweise selbst im Krankenhaus stationär behandelt oder in einem Pflegeheim dauerhaft versorgt wird, oder wenn man sich als Familienmitglied um die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger kümmert. Die Pflege ist damit nicht nur ein wichtiger Bereich in der Gesundheitsversorgung, sondern deren Organisation und Wertschätzung sagt viel aus über den Zustand einer Gesellschaft. Durch den demografischen Wandel wird der Bedarf an Pflegeleistungen in den kommenden Jahren noch deutlich steigen. Jede Person möchte natürlich die für sich und seine Angehörigen bestmögliche Pflege erhalten. Grundvoraussetzung dafür sind allerdings bestmögliche Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen. Dass es um diese bereits vor der Pandemie nicht optimal bestellt war, konnte bereits im BKK Gesundheitsatlas 2017 gezeigt werden, der neben der besonders hohen gesundheitlichen Belastung zusätzlich positive Praxisbeispiele aus der Alten- und Krankenpflege aufgezeigt hat. Zahlreiche gesetzgeberische Aktivitäten sowie spezifische BGM-Maßnahmen sind in den letzten Jahren zur Verbesserung der Situation der Pflegekräfte initiiert worden. Ob und welche Auswirkungen sich anhand der gesundheitlichen Lage der Pflegekräfte sowie zusätzlich im Rahmen der aktuellen Beschäftigtenbefragung aufzei-

gen lassen, ist Inhalt des diesjährigen BKK Gesundheitsreports. Will man die Ergebnisse mit wenigen Worten zusammenfassen, so muss man konstatieren, dass die Situation in der Pflege weiterhin als kritisch zu bewerten ist. Entsprechend stellt sich dringender denn je die Frage „Was ist uns als Gesellschaft eine gute Pflege wert?“, wobei dies nicht nur eine Frage fairer Bezahlung, sondern vor allem die der Wertschätzung und der guten und gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen der Pflegerinnen und Pfleger ist. Wird bzw. ist die Pflege selbst ein Pflegefall? Es kommt jetzt darauf an, die richtigen gesundheitspolitischen Weichen im Sinne von tiefgreifenden und notwendigen Strukturreformen im Gesundheitswesen zu stellen, damit es erst gar nicht dazu kommt. Wie dies gelingen kann und was dafür notwendig ist, wird unter anderem in den zahlreichen Gastbeiträgen im BKK Gesundheitsreport 2022 diskutiert.

### Der BKK Gesundheitsreport 2022

Den Gastautorinnen und Gastautoren gilt mein besonderer Dank für deren hervorragende Beiträge, welche die Analysen der Gesundheitsdaten erweitern und ergänzen. Zudem gilt mein Dank allen weiteren Beteiligten, die zum Gelingen des BKK Gesundheitsreports 2022 beigetragen haben, vor allem meinem Mitherausgeber Prof. Dr. Holger Pfaff, sowie dem Team der Gesundheitsberichterstattung Karin Kliner, Dr. Matthias Richter und Dirk Rennert. Der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft, insbesondere Lisa Maria Pilhofer und Anna-Lena Spies, danke ich für die hervorragende verlegerische Betreuung und Zusammenarbeit.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre!

Ihr



Franz Knieps  
Vorstandsvorsitzender des BKK Dachverbandes e.V.





## Inhalt

Vorwort	vii
Tabellenverzeichnis	1
Diagrammverzeichnis	7
Methodische Hinweise	17
Das Wichtigste im Überblick	23
Belastungen von Pflegekräften und Gegenmaßnahmen: Ein Überblick <i>Holger Pfaff, Kerstin Dittmer und Sabrina Zeike</i>	32
<b>0 Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten</b>	<b>47</b>
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick	49
0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder	53
0.2.1 Beschäftigte nach Regionen	53
0.2.2 Beschäftigte nach soziodemografischen und arbeitsweltlichen Merkmalen	54
0.2.3 Beschäftigte nach Wirtschaftsgruppen	58
0.2.4 Beschäftigte nach Berufsgruppen	58
0.3 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?	63
0.4 Zusammenfassung	68
<b>Pflegefall Pflege? – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2022</b>	<b>69</b>
<i>Dirk Rennert, Matthias Richter und Karin Kliner</i>	
Stichprobenbeschreibung	71
Fokus Pflege I – Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Vereinbarkeit von Beruf und Familie	73
Fokus Pflege II – Pflege im Spannungsfeld zwischen Berufung und Pflerixit	77
Fokus Pflege III – Wertschätzung des Pflegeberufs, persönliche Pflegeerfahrungen und Präferenzen für die Zukunft	82
Fokus Pflege IV – Vereinbarkeit von Beruf und Pflege	86
Fokus Pflege V – Pflege im Kontext der Coronavirus-Pandemie	88
Fazit und Ausblick	92
<b>1 Arbeitsunfähigkeit</b>	<b>95</b>
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
1.1 AU-Geschehen im Überblick	97
1.1.1 Allgemeine AU-Kennzahlen und Langzeittrends	97
1.1.2 Aktuelle Entwicklungen im Jahr 2022	99
1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten	102
1.2.1 Diagnosehauptgruppen im Überblick	102
1.2.2 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen im Detail	106

1.3	AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen _____	114
1.3.1	AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht _____	114
1.3.2	AU-Geschehen nach Versichertenstatus _____	120
1.3.3	AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen _____	123
1.4	AU-Geschehen in Regionen _____	125
1.5	AU-Geschehen in der Arbeitswelt _____	129
1.5.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen _____	129
1.5.2	Auswertungen nach Berufsgruppen _____	138
1.5.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren _____	146
1.6	Schwerpunktthema Pflegefall Pflege? _____	149
1.6.1	Einleitung _____	149
1.6.2	Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen _____	151
1.6.3	Auswertungen nach Regionen _____	155
1.6.4	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen _____	155
1.6.5	Auswertungen nach Berufsgruppen _____	158
1.6.6	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen _____	161
1.7	Zusammenfassung und Ausblick _____	165
<b>2</b>	<b>Ambulante Versorgung _____</b>	<b>167</b>
	<i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	
2.1	Ambulante Versorgung im Überblick _____	169
2.2	Ambulante Versorgung nach Krankheitsarten _____	171
2.2.1	Diagnosehauptgruppen im Überblick _____	171
2.2.2	Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen im Detail _____	173
2.3	Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen _____	179
2.3.1	Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht _____	179
2.3.2	Ambulante Versorgung nach Versichertenstatus _____	184
2.3.3	Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen _____	191
2.4	Ambulante Versorgung in Regionen _____	193
2.5	Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt _____	198
2.5.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen _____	198
2.5.2	Auswertungen nach Berufsgruppen _____	202
2.5.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren _____	206
2.6	Schwerpunktthema Pflegefall Pflege? _____	209
2.6.1	Einleitung _____	209
2.6.2	Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen _____	212
2.6.3	Auswertungen nach Regionen _____	215
2.6.4	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen _____	216
2.6.5	Auswertungen nach Berufsgruppen _____	218
2.6.6	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen _____	221
2.7	Zusammenfassung und Ausblick _____	225

<b>Schwerpunkt Wissenschaft</b>	<b>227</b>
Struktur und Dynamik der Beschäftigung in Pflegeberufen <i>Michaela Fuchs, Uwe Sujata und Antje Weyh</i>	228
Gesundheitliche Risiken im Pflegeberuf und Präventionsangebote aus Sicht der Unfallversicherung <i>Claudia Westermann, Dana Wendeler, Albert Nienhaus, Martin Kröger, Sieglinde Ludwig und Madeleine Dulon</i>	237
Gesundheitliche Risiken bei pflegenden Angehörigen – analysiert anhand von Routinedaten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten – und Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger <i>Sieglinde Ludwig und Alexandra Daldrup</i>	250
Wandern zwischen zwei Welten: Zur Vereinbarkeit von Beruf und Angehörigenpflege <i>Sabine Bohnet-Joschko, Lisa Korte und Thea Kreyenschulte</i>	262
Gesundheitskompetenz und Pflege <i>Doris Schaeffer und Lennert Griese</i>	267

<b>3 Stationäre Versorgung</b>	<b>275</b>
<i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	
3.1 Stationäre Versorgung im Überblick	277
3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten	281
3.2.1 Diagnosehauptgruppen im Überblick	281
3.2.2 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen im Detail	286
3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	293
3.3.1 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht	293
3.3.2 Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus	298
3.3.3 Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	305
3.4 Stationäre Versorgung in Regionen	307
3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt	312
3.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	312
3.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen	316
3.5.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	319
3.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?	322
3.6.1 Einleitung	322
3.6.2 Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen	325
3.6.3 Auswertungen nach Regionen	328
3.6.4 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	328
3.6.5 Auswertungen nach Berufsgruppen	331
3.6.6 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen	334
3.7 Zusammenfassung und Ausblick	337

<b>Schwerpunkt Politik</b>	<b>339</b>
Innovatives Potenzial der Pflege – Lehren aus anderen Ländern	340
<i>Michael Ewers und Yvonne Lehmann</i>	
Geld pflegt (noch immer) nicht! Wie lassen sich <i>Young Professionals</i> für die Pflege gewinnen?	347
<i>Raphael Taufer und Daniel Fuchs</i>	
Für eine Zukunft der Pflegeberufe: Herausforderungen und Chancen	354
<i>Bernadette Klapper und Peter Tackenberg</i>	
Interview mit Claudia Moll	359
Interview mit Erich Irlstorfer	361
Interview mit Kordula Schulz-Asche	363
Interview mit Nicole Westig	365
Interview mit Brigitte Bührlen	367

<b>4 Arzneimittelverordnungen</b>	<b>369</b>
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick	371
4.2 Die wichtigsten Verordnungshauptgruppen und -untergruppen	375
4.3 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen	379
4.3.1 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht	379
4.3.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus	383
4.3.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	385
4.4 Arzneimittelverordnungen in Regionen	387
4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt	391
4.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	394
4.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen	397
4.5.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	401
4.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?	404
4.6.1 Einleitung	405
4.6.2 Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen	406
4.6.3 Auswertungen nach Regionen	408
4.6.4 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	410
4.6.5 Auswertungen nach Berufsgruppen	411
4.6.6 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen	413
4.7 Zusammenfassung und Ausblick	417

<b>Schwerpunkt Praxis</b>	<b>419</b>
ZAFH care4care – Eine Plattform für die Pflege <i>Karin Reiber</i>	420
WERTGESCHÄTZT – Eine Initiative von Betriebskrankenkassen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen <i>Carsten Stephan und Eva Lotta Stump</i>	426
Gesund + gewaltfrei. Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in bayerischen Pflegeheimen <i>Thomas Klie, Claus Heislbetz, Hanna Batzoni und Hannah Nebel†</i>	433
Alter(n)s- und lebensphasengerechte Arbeit und Berufsverläufe in der Pflege <i>Alexander Frevel, Heinrich Geißler und Kerstin Thönnessen</i>	438
Digitale Trainingsprogramme verbessern die Selbstständigkeit von Senioren und entlasten Pflegekräfte <i>Lars Jessen und Astrid Salomon</i>	445

<b>5 Auswege aus der Pflegefalle – Mehr Mut für unkonventionelle Lösungen</b> <i>Franz Knieps</i>	<b>451</b>
--	------------

<b>Anhang</b>	<b>457</b>
A Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	460
B Systematische Verzeichnisse	468



## Tabellenverzeichnis

### 0 Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten

#### 0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick

Tabelle 0.1.1	Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Durchschnittsalter nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	50
Tabelle 0.1.2	Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Frauenanteile nach Bundesländern (Wohnort) im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2021)	51
Tabelle 0.1.3	Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2021)	52

#### 0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder

Tabelle 0.2.1	Soziodemografie – Altersstruktur sowie höchster Schul- und Berufsabschluss der beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	55
Tabelle 0.2.2	Soziodemografie – Ausgewählte Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	56
Tabelle 0.2.3	Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der beschäftigten BKK Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2021)	57
Tabelle 0.2.4	Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2021)	60

#### 0.3 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Tabelle 0.3.1	Soziodemografie – Anzahl und Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder in den Pflegeberufen im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2021)	63
Tabelle 0.3.2	Soziodemografie – Geschlecht, Alter sowie höchster Schul- und Berufsabschluss der Beschäftigten in den Pflegeberufen im Vergleich mit den beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt (Berichtsjahr 2021)	66
Tabelle 0.3.3	Soziodemografie – Ausgewählte Tätigkeitsmerkmale der Beschäftigten in den Pflegeberufen im Vergleich mit den beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt (Berichtsjahr 2021)	67

### Pflegefall Pflege? – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2022

Tabelle 1	Beschäftigtenbefragung 2022 – Vergleich der Umfrageteilnehmer 2022 mit allen Beschäftigten in Deutschland nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen	72
-----------	---	----

## 1 Arbeitsunfähigkeit

### 1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

Tabelle 1.2.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	104
Tabelle 1.2.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2021)	107
Tabelle 1.2.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Muskel-Skelett-Systems (Berichtsjahr 2021)	108
Tabelle 1.2.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen (Berichtsjahr 2021)	110
Tabelle 1.2.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Atmungssystems (Berichtsjahr 2021)	112
Tabelle 1.2.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	113



### 1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 1.3.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	115
Tabelle 1.3.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	121
Tabelle 1.3.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	123

### 1.4 AU-Geschehen in Regionen

Tabelle 1.4.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)	126
---------------	--	-----

### 1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Tabelle 1.5.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2021)	134
Tabelle 1.5.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen (Berichtsjahr 2021)	135
Tabelle 1.5.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund Psychischer Störungen (Berichtsjahr 2021)	136
Tabelle 1.5.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2021)	142
Tabelle 1.5.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen (Berichtsjahr 2021)	143
Tabelle 1.5.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund Psychischer Störungen (Berichtsjahr 2021)	144
Tabelle 1.5.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	147
Tabelle 1.5.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	148

### 1.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Tabelle 1.6.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) im Zeitverlauf (2020–2021)	151
Tabelle 1.6.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	153

## 2 Ambulante Versorgung

### 2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Tabelle 2.1.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2021)	169
---------------	---	-----

### 2.2 Ambulante Versorgung nach Krankheitsarten

Tabelle 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen der Faktoren der Inanspruchnahme nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	175
---------------	--	-----

Tabelle 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose im Zusammenhang mit COVID-19 (U07.1 oder U07.2) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2020–2021)	178
---------------	---	-----

### 2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	185
---------------	--	-----

Tabelle 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	187
---------------	--	-----

Tabelle 2.3.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	190
---------------	---	-----

Tabelle 2.3.4	Ambulante Versorgung – Anteile mit Diagnose und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	191
---------------	---	-----

### 2.4 Ambulante Versorgung in Regionen

Tabelle 2.4.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)	194
---------------	---	-----

### 2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Tabelle 2.5.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2021)	202
---------------	--	-----

Tabelle 2.5.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2021)	206
---------------	---	-----

Tabelle 2.5.3	Ambulante Versorgung – Anteile mit Diagnose und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	207
---------------	--	-----

Tabelle 2.5.4	Ambulante Versorgung – Anteile mit Diagnose und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	208
---------------	---	-----

### 2.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Tabelle 2.6.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose im Zusammenhang mit COVID-19 (U07.1 oder U07.2) in den Pflegeberufen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2020–2021)	211
---------------	--	-----

Tabelle 2.6.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	213
---------------	---	-----

### 3 Stationäre Versorgung

#### 3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Tabelle 3.1.1	Stationäre Versorgung – KH-Quoten der BKK Versicherten (Berichtsjahr 2021)	279
---------------	--	-----

#### 3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten

Tabelle 3.2.1	Stationäre Versorgung – KH-Quoten der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	284
Tabelle 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2021)	286
Tabelle 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	288
Tabelle 3.2.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	289
Tabelle 3.2.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	291
Tabelle 3.2.6	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Geschlecht im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2021)	292

#### 3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Quoten der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	294
Tabelle 3.3.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	299
Tabelle 3.3.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2021)	305
Tabelle 3.3.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	306

#### 3.4 Stationäre Versorgung in Regionen

Tabelle 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)	308
---------------	---	-----

#### 3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

Tabelle 3.5.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2021)	315
Tabelle 3.5.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2021)	319
Tabelle 3.5.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	320
Tabelle 3.5.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten BKK Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	321

#### 3.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Tabelle 3.6.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) im Zeitverlauf (2020–2021)	324
Tabelle 3.6.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	327

## 4 Arzneimittelverordnungen

### 4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Tabelle 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2021)	371
Tabelle 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2021)	372

### 4.2 Die wichtigsten Verordnungshauptgruppen und -untergruppen

### 4.3 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	384
Tabelle 4.3.2	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten BKK Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	386

### 4.4 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Tabelle 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)	388
---------------	---	-----

### 4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Tabelle 4.5.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	391
Tabelle 4.5.2	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten DDD insgesamt (Berichtsjahr 2021)	397
Tabelle 4.5.3	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten DDD insgesamt (Berichtsjahr 2021)	400
Tabelle 4.5.4	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	401
Tabelle 4.5.5	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	402

### 4.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Tabelle 4.6.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	408
---------------	--	-----



## Diagrammverzeichnis

### 0 Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten

#### 0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick

Diagramm 0.1.1	Soziodemografie – BKK Versicherte nach Versichertengruppen* (Berichtsjahr 2021)	49
----------------	---	----

#### 0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder

Diagramm 0.2.1	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2021)	54
Diagramm 0.2.2	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2021)	59
Diagramm 0.2.3	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2021)	61

#### 0.3 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Diagramm 0.3.1	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder in den Pflegeberufen nach den wichtigsten Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2021)	64
Diagramm 0.3.2	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder in der Wirtschaftsgruppe Krankenhäuser nach den wichtigsten Berufsgruppen (Berichtsjahr 2021)	65
Diagramm 0.3.3	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder in der Wirtschaftsgruppe Pflegeheime nach den wichtigsten Berufsgruppen (Berichtsjahr 2021)	65

### Pflegefall Pflege? – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2022

Diagramm 1	Beschäftigtenbefragung 2022 – Selbsteinschätzung des körperlichen Gesundheitszustands nach ausgewählten Berufsgruppen	73
Diagramm 2	Beschäftigtenbefragung 2022 – Selbsteinschätzung des psychischen Gesundheitszustands nach ausgewählten Berufsgruppen	74
Diagramm 3	Beschäftigtenbefragung 2022 – Selbsteinschätzung der Arbeitszufriedenheit nach ausgewählten Berufsgruppen	75
Diagramm 4	Beschäftigtenbefragung 2022 – Vereinbarkeit von Beruf und Familie nach ausgewählten Berufsgruppen	75
Diagramm 5	Beschäftigtenbefragung 2022 – Beschäftigungsdauer beim aktuellen Arbeitgeber bzw. im aktuellen Beruf nach ausgewählten Berufsgruppen	77
Diagramm 6	Beschäftigtenbefragung 2022 – Bereitschaft zum Wechsel des aktuellen Arbeitgebers in den nächsten 2 Jahren nach ausgewählten Berufsgruppen	78
Diagramm 7	Beschäftigtenbefragung 2022 – Bereitschaft zum Wechsel des aktuellen Berufs in den nächsten 2 Jahren nach ausgewählten Berufsgruppen	79
Diagramm 8	Beschäftigtenbefragung 2022 – Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala*) nach ausgewählten Berufsgruppen	80
Diagramm 9	Beschäftigtenbefragung 2022 – Arbeitsfähigkeit* der Umfrageteilnehmer nach ausgewählten Berufsgruppen	80
Diagramm 10	Beschäftigtenbefragung 2022 – Bewertung verschiedener Aspekte des Pflegeberufs	83
Diagramm 11	Beschäftigtenbefragung 2022 – Pflegeformen* bei den Umfrageteilnehmern, die in den letzten 10 Jahren einen Pflegefall** in der Familie/bei ihren Angehörigen hatten	84
Diagramm 12	Beschäftigtenbefragung 2022 – Präferierte Pflegeformen bei einem zukünftigen Pflegefall in der Familie bzw. beim befragten Beschäftigten	84
Diagramm 13	Beschäftigtenbefragung 2022 – Existenz und Bekanntheit von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege beim Arbeitgeber des Beschäftigten	87
Diagramm 14	Beschäftigtenbefragung 2022 – Vereinbarkeit von Beruf und Pflege nach ausgewählten Berufsgruppen	87
Diagramm 15	Beschäftigtenbefragung 2022 – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ausgewählte Gesundheitsaspekte sowie das Arbeitslebens nach ausgewählten Berufsgruppen	89

Diagramm 16	Beschäftigtenbefragung 2022 – Anteile der Beschäftigten mit mindestens einer COVID-19-Infektion nach ausgewählten Berufsgruppen	90
Diagramm 17	Beschäftigtenbefragung 2022 – Anteile der Beschäftigten mit mindestens einer Impfung gegen COVID-19 nach ausgewählten Berufsgruppen	91

## 1 Arbeitsunfähigkeit

### 1.1 AU-Geschehen im Überblick

Diagramm 1.1.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2011–2021)	97
Diagramm 1.1.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2013–2021)	98
Diagramm 1.1.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2021)	99
Diagramm 1.1.4	Arbeitsunfähigkeit – Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2020–Juni 2022)	100

### 1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

Diagramm 1.2.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	102
Diagramm 1.2.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2011–2021)	103
Diagramm 1.2.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2011–2021)	104
Diagramm 1.2.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage je Fall der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2011–2021)	105
Diagramm 1.2.5	Arbeitsunfähigkeit – KG-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	106
Diagramm 1.2.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2011–2021)	108
Diagramm 1.2.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2011–2021)	109
Diagramm 1.2.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für das Burn-out-Syndrom (Z73) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2021)	111
Diagramm 1.2.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2011–2021)	112

### 1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.3.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	115
Diagramm 1.3.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	116
Diagramm 1.3.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	117
Diagramm 1.3.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	117
Diagramm 1.3.5	Arbeitsunfähigkeit – Kinderkrankengeld (KKG)-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Geschlecht im Zeitverlauf (2016–2021)	119
Diagramm 1.3.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2011–2021)	121
Diagramm 1.3.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage nach ausgewählten Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	122

## 1.4 AU-Geschehen in Regionen

Diagramm 1.4.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2021)	127
Diagramm 1.4.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	128

## 1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Diagramm 1.5.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	130
Diagramm 1.5.2	Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Langzeit*-AU-Fälle bzw. -Tage an allen AU-Fällen/-Tagen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	131
Diagramm 1.5.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	133
Diagramm 1.5.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	137
Diagramm 1.5.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	139
Diagramm 1.5.6	Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Langzeit*-AU-Fälle bzw. -Tage an allen AU-Fällen/-Tagen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	140
Diagramm 1.5.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	141
Diagramm 1.5.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	145

## 1.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Diagramm 1.6.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	150
Diagramm 1.6.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen im Zeitverlauf (2015–2021)	150
Diagramm 1.6.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	152
Diagramm 1.6.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	152
Diagramm 1.6.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)	154
Diagramm 1.6.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	156
Diagramm 1.6.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	157
Diagramm 1.6.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit COVID-19 (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	158
Diagramm 1.6.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	159
Diagramm 1.6.10	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	160
Diagramm 1.6.11	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit COVID-19 (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Berufsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	161



Diagramm 1.6.12	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	162
Diagramm 1.6.13	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	162
Diagramm 1.6.14	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	163
Diagramm 1.6.15	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	164

## 2 Ambulante Versorgung

### 2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Diagramm 2.1.1	Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose im Zeitverlauf (2012–2021)	170
----------------	--	-----

### 2.2 Ambulante Versorgung nach Krankheitsarten

Diagramm 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2021)	171
Diagramm 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im quartalsweisen Zeitverlauf (2019–2021)	172
Diagramm 2.2.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2012–2021)	174
Diagramm 2.2.4	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Muskel-Skelett-Erkrankungen (Berichtsjahr 2021)	176
Diagramm 2.2.5	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Krankheiten des Atmungssystems (Berichtsjahr 2021)	176
Diagramm 2.2.6	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Krankheiten des Kreislaufsystems (Berichtsjahr 2021)	177
Diagramm 2.2.7	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen (Berichtsjahr 2021)	177

### 2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	179
Diagramm 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	180
Diagramm 2.3.3	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021) - Teil 1	181
Diagramm 2.3.4	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021) – Teil 2	183
Diagramm 2.3.5	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021) – Teil 3	184
Diagramm 2.3.6	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen im Zeitverlauf (2014–2021)	186
Diagramm 2.3.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2021)	188
Diagramm 2.3.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im quartalsweisen Zeitverlauf (2019–2021)	189

## 2.4 Ambulante Versorgung in Regionen

Diagramm 2.4.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Krankheiten des Atmungssystems nach Landkreisen (Wohnort) – mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2021)	196
Diagramm 2.4.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Krankheiten des Kreislaufsystems nach Landkreisen (Wohnort) – mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2021)	197

## 2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.5.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	199
Diagramm 2.5.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	201
Diagramm 2.5.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	203
Diagramm 2.5.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	205

## 2.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Diagramm 2.6.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	210
Diagramm 2.6.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen im Zeitverlauf (2015–2021)	211
Diagramm 2.6.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	212
Diagramm 2.6.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)	214
Diagramm 2.6.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	215
Diagramm 2.6.6	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	216
Diagramm 2.6.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose im Zusammenhang mit COVID-19 (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	217
Diagramm 2.6.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Berufsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	219
Diagramm 2.6.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Berufsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	220
Diagramm 2.6.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose im Zusammenhang mit COVID-19 (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Berufsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	221
Diagramm 2.6.11	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	222
Diagramm 2.6.12	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	222
Diagramm 2.6.13	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	223
Diagramm 2.6.14	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	224

### 3 Stationäre Versorgung

#### 3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Diagramm 3.1.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2005–2021)	277
Diagramm 3.1.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2021)	279

#### 3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten

Diagramm 3.2.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	281
Diagramm 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2021)	282
Diagramm 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2021)	283
Diagramm 3.2.4	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)	284
Diagramm 3.2.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)	285

#### 3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	294
Diagramm 3.3.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	295
Diagramm 3.3.3	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2021)	296
Diagramm 3.3.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2021)	297
Diagramm 3.3.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen für ausgewählte Versichertengruppen im Zeitverlauf (2014–2021)	300
Diagramm 3.3.6	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	300
Diagramm 3.3.7	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2021)	302
Diagramm 3.3.8	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2021)	302
Diagramm 3.3.9	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)	303
Diagramm 3.3.10	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)	304

#### 3.4 Stationäre Versorgung in Regionen

Diagramm 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2021)	309
Diagramm 3.4.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	310

#### 3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 3.5.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	313
Diagramm 3.5.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	314

Diagramm 3.5.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	317
----------------	--	-----

Diagramm 3.5.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	318
----------------	---	-----

### 3.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Diagramm 3.6.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	323
----------------	--	-----

Diagramm 3.6.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen im Zeitverlauf (2015–2021)	324
----------------	--	-----

Diagramm 3.6.3	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	326
----------------	--	-----

Diagramm 3.6.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	326
----------------	---	-----

Diagramm 3.6.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)	329
----------------	--	-----

Diagramm 3.6.6	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	330
----------------	--	-----

Diagramm 3.6.7	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	331
----------------	---	-----

Diagramm 3.6.8	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	332
----------------	---	-----

Diagramm 3.6.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	333
----------------	--	-----

Diagramm 3.6.10	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	334
-----------------	--	-----

Diagramm 3.6.11	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	335
-----------------	--	-----

Diagramm 3.6.12	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	336
-----------------	--	-----

Diagramm 3.6.13	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	336
-----------------	---	-----

## 4 Arzneimittelverordnungen

### 4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Diagramm 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)	373
----------------	---	-----

Diagramm 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)	374
----------------	--	-----

### 4.2 Die wichtigsten Verordnungshauptgruppen und -untergruppen

Diagramm 4.2.1	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	375
----------------	--	-----

Diagramm 4.2.2	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2021)	376
----------------	---	-----

Diagramm 4.2.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2021)	377
----------------	--	-----

Diagramm 4.2.4	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten therapeutischen Untergruppen im Zeitverlauf (2012–2021)	378
----------------	--	-----

### 4.3 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	380
Diagramm 4.3.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	381
Diagramm 4.3.3	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	382
Diagramm 4.3.4	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	383
Diagramm 4.3.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	385

### 4.4 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Diagramm 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2021)	389
Diagramm 4.4.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	390

### 4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Diagramm 4.5.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)	392
Diagramm 4.5.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)	393
Diagramm 4.5.3	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	395
Diagramm 4.5.4	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	396
Diagramm 4.5.5	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	398
Diagramm 4.5.6	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	399

### 4.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Diagramm 4.6.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	404
Diagramm 4.6.2	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen im Zeitverlauf (2015–2021)	405
Diagramm 4.6.3	Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in den Pflegeberufen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	406
Diagramm 4.6.4	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	407
Diagramm 4.6.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)	409
Diagramm 4.6.6	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	410
Diagramm 4.6.7	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	411
Diagramm 4.6.8	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	412
Diagramm 4.6.9	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)	413

Diagramm 4.6.10	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Anforderungsniveau der Berufstätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	414
Diagramm 4.6.11	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	415
Diagramm 4.6.12	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	415
Diagramm 4.6.13	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	416



# Methodische Hinweise

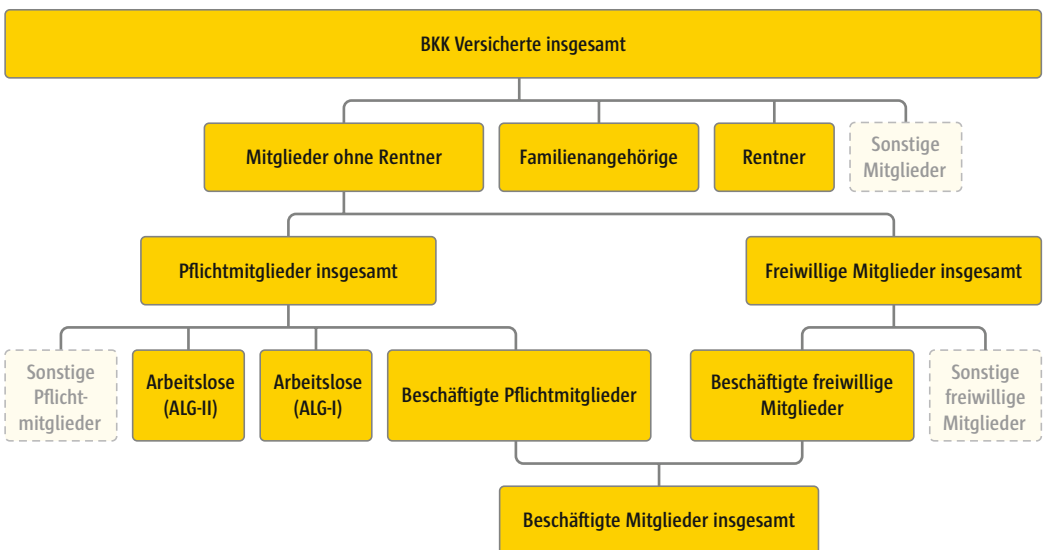
In den einzelnen Kapiteln des BKK Gesundheitsreports werden unterschiedliche Versichertengruppen zur Auswertung zugrunde gelegt. Welche Gruppen jeweils betrachtet werden, ist in den entsprechenden Kapiteln bzw. Abschnitten des Gesundheitsreports beschrieben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um die Gruppe der BKK Versicherten insgesamt bzw. die der beschäftigten Mitglieder insgesamt. In »» Abbildung 1 sind diese und weitere Versichertengruppen sowie deren Beziehungen zueinander im Überblick dargestellt.

## Qualitätssicherung

Bevor die Daten für Auswertungen verwendet werden können, durchlaufen sie zahlreiche Vollständigkeits- und Plausibilisierungsprüfungen, u. a. für:

- **Datenumfang/Vollständigkeit:** Liegen die Daten nicht im erwarteten Umfang/in erwarteter Anzahl – gemessen am Vorjahr bzw. an amtlichen Statistiken – vor, so werden ggf. Nach- bzw. Neulieferungen veranlasst.
- **Doppelsätze:** Die Daten werden auf Doppelsätze geprüft und entsprechend bereinigt.
- **Kodierung:** Die für die einzelnen Leistungsbereiche vergebenen Kodierungen nach den verschiedenen Klassifikationssystemen müssen denen der amtlichen Verzeichnisse entsprechen, um für die Auswertungen berücksichtigt zu werden.
- **Falldauer:** Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) mit einer Falldauer von mehr als 600 Kalendertagen bzw. Krankenhausfälle (KH-Fälle) mit einer Dauer von mehr als 365 bzw. 366 Kalendertagen werden aus den Auswertungen ausgeschlossen.

Abbildung 1 Struktur der BKK Versicherten nach Versichertengruppen





## Versichertenstammdaten

Die für den Report verwendeten Versichertendaten stammen aus dem sogenannten Versichertenkurzsatz, der quartalsweise von den Kassen übermittelt wird und neben den notwendigen Versichertenmerkmalen auch die zugehörigen Versichertenzeiten abbildet. Folgende Merkmale werden daraus für den Report verwendet:

- Versicherungszeitraum,
- Alter,
- Geschlecht,
- Versichertengruppe,
- Wohnort,
- berufliche Tätigkeit und
- Wirtschaftsgruppe des Arbeitgebers

Alle genannten Merkmale gehen anhand der jeweils gemeldeten Versichertenzeiten in die entsprechenden Auswertungen ein.



Ein Beispiel für Zuordnung zu Versichertengruppen bzw. die Berücksichtigung von Versichertenzeiten: Ist ein Versicherter 6 Monate berufstätig und weitere 6 Monate arbeitslos, so wird dieser mit 0,5 Versichertenjahren als Beschäftigter und mit weiter 0,5 Versichertenjahren als Arbeitsloser im entsprechenden Berichtszeitraum in die Auswertungen einbezogen.

## Arbeitsunfähigkeitsdaten

### Jahresdaten

Die für den Report verwendeten Arbeitsunfähigkeitsdaten basieren hauptsächlich auf den quartalsweisen Datenlieferungen der BKK im Rahmen der Erstellung der amtlichen Leistungsstatistiken (KG2 und KG5: Leistungsfälle und -tage; KG8: Krankheitsartenstatistik). Dabei werden in der Regel alle im benannten Berichtsjahr abgeschlossenen Leistungsfälle in die Auswertung aufgenommen. Die Auswertungen orientieren sich dabei weitestgehend an den inhaltlichen Bestimmungen der benannten amtlichen Statistiken, z.B. wird die Falldauer als Differenz zwischen Beginn und Ende des AU-Falls in Kalendertagen ermittelt. Die Falldauer enthält dabei sowohl Zeiten mit Entgeltfortzahlung als auch solche mit Krankengeldbezug. Zudem werden auch Arbeitsunfähigkeitszeiten in den Auswertungen berücksichtigt, die im Rahmen von Wege- und Arbeitsunfällen sowie während einer medizinischen Rehabilitation anfallen. Jedem AU-Fall wird eine Haupt- oder erst-

genannte Diagnose entsprechend der dokumentierten AU-Bescheinigung zugeordnet. Nicht in den AU-Daten enthalten sind die Ausnahmetatbestände, wie sie in § 3 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G-BA (z.B. Betreuung bzw. Pflege eines erkrankten Kindes) definiert sind, sowie auch sogenannte „Karenztage“, die der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer nach § 5 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz ohne AU-Bescheinigung zubilligen kann.

### Monatsdaten

Neben den Ergebnissen des zurückliegenden Berichtsjahres werden zusätzlich die aktuellen Entwicklungen im AU-Geschehen anhand einer speziellen BKK Monatsstatistik der beschäftigten BKK Mitglieder für die ersten beiden Quartale des aktuellen Berichtsjahres dargestellt. Diese geben, aufgrund ihrer Aktualität, erste Hinweise auf derzeitige und zukünftige Trends im AU-Geschehen, die u.a. für den Report des Folgejahres von Bedeutung sein können. Die BKK Monatsstatistik weicht aufgrund ihrer Erhebungs- und Auswertungsmethodik von der Jahresstatistik ab. Ein Vergleich der Monatsdaten mit den Jahresdaten, die diesem Report zugrunde liegen, ist deshalb nur eingeschränkt möglich. Im Unterschied zur amtlichen Monatsstatistik (KM1-Statistik<sup>1</sup>), die stichtagsbezogen am jeweils ersten Kalendertag eines Monats ermittelt wird, basiert die Monatsstatistik der Betriebskrankenkassen auf den AU-Meldungen des gesamten Berichtsmontats. Da jährlich ein großer Teil der o.g. Stichtage auf einen gesetzlichen Feiertag bzw. ein Wochenende fallen und gleichzeitig nur ein geringer Teil der AU-Zeiten auf solche Tage fällt, unterschätzt die KM1-Statistik systematisch das Ausmaß des AU-Geschehens.

## Krankenhausdaten

Die im Report verwendeten Krankenhausdaten basieren, genau wie die Arbeitsunfähigkeitsdaten, auf den Datenlieferungen der BKK im Rahmen der Erstellung der amtlichen Leistungsstatistiken KG2 und KG5, wobei auch hier alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Leistungsfälle in die Auswertung aufgenommen werden und die Falldauer kalendertäglich ermittelt wird. Zusätzlich ist hier zu beachten, dass nur die stationären bzw. teilstationären KH-Fälle berücksichtigt werden. KH-Tage werden bei den

1 Bundesministerium für Gesundheit (2022). Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand, Monatswerte (KM1-Statistik)

vorliegenden Auswertungen stets inklusive der Aufnahme- und Entlassungstage gezählt. Für die Zuordnung der KH-Fälle zu den Diagnosen wird die pro Fall dokumentierte Entlassungsdiagnose verwendet.

Auf Basis der o.g. Daten werden zusätzlich Auswertungen der monatlichen Krankenhausdaten erstellt. Dabei werden KH-Fälle und KH-Tage jeweils anteilig in den Kalendermonaten gezählt, in denen sie auftreten. Erstreckt sich beispielsweise ein KH-Fall über mehr als einen Monat, so werden die entsprechenden KH-Tage kalendertäglich auf die verschiedenen Monate aufgeteilt sowie pro Monat als jeweils ein KH-Fall gezählt. In gleicher Weise gilt die Zählweise für Fälle, deren Beginn und Ende in unterschiedlichen Berichtsjahren liegt, was sich insbesondere auf das IV. Quartal des aktuellsten Berichtsjahres auswirkt.

Ein KH-Fall beginnt am 15. Dezember und endet am 10. Februar. Hierfür wird jeweils ein KH-Fall im Dezember, im Januar und im Februar in der Monatsstatistik des jeweiligen Berichtsjahres gezählt. Die dazugehörigen KH-Tage (insgesamt 58 Kalendertage) werden dann auf die zugehörigen Monate aufgeteilt: Im Dezember 17 Tage (15.–31. Dezember) im Januar 31 Tage (1.–31. Januar) und im Februar 10 Tage (1.–10. Februar). Die 17 KH-Tage im Dezember werden allerdings erst mit Fallabschluss im Februar des Folgejahres gezählt.

### Daten der ambulanten Versorgung

Die Daten der ambulanten Versorgung basieren auf den Vereinbarungen zum Datenaustausch mit den Leistungserbringern (DALE). Die entsprechenden Quartalslieferungen erfolgen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Bei den ambulanten Diagnosen fließen alle Einzelfallnachweise aus dem Berichtsjahr mit einer gültigen Diagnose in die Auswertungen ein. Dabei werden nur gesicherte Diagnosen in die Analyse aufgenommen. Im Unterschied zu den Arbeitsunfähigkeit- bzw. Krankenhausdaten, wo nur die jeweilige Haupt- bzw. Entlassungsdiagnose für die Auswertung verwendet wird, werden hier alle gesicherten Diagnosen pro Versicherten und Berichtsjahr bzw. Quartal berücksichtigt. In diesem Leistungsbereich wird als Kennzahl der Anteil Betroffener mit entsprechender Diagnose in Prozent berichtet.

Der Anteil Betroffener in der ambulanten Versorgung wird anhand des Vorkommens mindestens einer Diagnose ermittelt. Hat ein Versicherter beispielsweise im Laufe des Jahres zunächst eine akute Atemwegserkrankung (J06) und später eine akute Bronchitis (J20) diagnostiziert bekommen, so wird er für jede Diagnose separat als Betroffener gezählt. Auf Ebene der Atemwegserkrankungen (J00-J99) allgemein geht der Betroffene trotz zweier Diagnosen nur einfach in die Zählung ein. Deshalb verhalten sich die Angaben in diesem Leistungsbereich zueinander nicht kumulativ.

### Arzneimittelverordnungsdaten

Die Arzneimittelverordnungsdaten basieren ebenfalls auf den Vereinbarungen zum Datenaustausch mit den Leistungserbringern (DALE) und werden quartalsweise durch die Apothekenabrechnungszentren übermittelt. Bei den Arzneimitteldaten werden alle erstattungsfähigen Einzelverordnungen (EVO) von apothekenpflichtigen Arzneimitteln berücksichtigt, deren Verordnungsdatum im für diesen Report relevanten Berichtsjahr bzw. Monat liegen. Hiervon ausgenommen sind Hilfsmittel und Zahnarztverordnungen. Die hier berichteten Kennzahlen basieren ausschließlich auf Verordnungen aus dem ambulanten Sektor. Daten zu Arzneimittelverordnungen für den stationären Sektor liegen aufgrund der Besonderheiten der DRG-Systematik nicht vor. Für den BKK Gesundheitsreport werden vorrangig die Einzelverordnungen (EVO), die definierten Tagesdosen (DDD) sowie der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung in Prozent als Kennzahlen verwendet. Für den Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung gilt die gleiche Methodik, wie bei der Berechnung der Anteile in der ambulanten Versorgung.

### Verwendete Kennzahlen

Im Folgenden sind noch einmal die wichtigsten verwendeten Kennzahlen aus den einzelnen Leistungsbereichen optional mit Berechnungsvorschrift aufgezählt:

- **AU-Fälle:** Das ist die Anzahl der Fälle, die mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden sind. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (AU-Fälle je Mitglied).
- **AU-Tage:** Das ist die Anzahl der Kalendertage, die mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden sind. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (AU-Tage je Mitglied).

- **AU-Tage je Fall:** Diese Kennzahl gibt die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit pro AU-Fall wieder (AU-Dauer = AU-Tage: AU-Fälle).
- **AU-Quote:** Diese Kennzahl stellt den Prozentanteil derjenigen Mitglieder dar, die im jeweiligen Berichtsjahr gar keinen bzw. einen, zwei oder drei und mehr AU-Fälle hatten.
- **Krankenstand:** Das ist der Prozentanteil der Kalendertage, die jeder Beschäftigte durchschnittlich pro Kalenderjahr arbeitsunfähig ist (Krankenstand = AU-Tage: Mitgliederjahre: Kalendertage pro Jahr x 100%).
- **KG-Fälle:** Diese Kennzahl gibt die Anzahl der AU-Fälle die mit einer Krankengeldzahlung in Verbindung stehen an. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (KG-Fälle je Mitglied).
- **KG-Tage:** Diese Kennzahl gibt die Anzahl der AU-Tage die mit einer Krankengeldzahlung in Verbindung stehen an. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (KG-Fälle je Mitglied).
- **KKG-Fälle:** Diese Kennzahl gibt die Anzahl der Kinderkrankengeldfälle an. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (KKG-Fälle je Mitglied).
- **KKG-Tage:** Diese Kennzahl gibt die Anzahl der Kinderkrankengeldtage an. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (KKG-Tage je Mitglied).
- **KH-Fälle:** Das ist die Anzahl der Fälle, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Versichertenjahren ins Verhältnis gesetzt (KH-Fälle je Versicherten).
- **KH-Tage:** Das ist die Anzahl der Kalendertage, die durch einen Krankenhausaufenthalt verursacht werden. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Versichertenjahren ins Verhältnis gesetzt (KH-Tage je Versicherten).
- **KH-Tage je Fall:** Diese Kennzahl gibt die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts pro KH-Fall wieder (KH-Dauer = KH-Tage: KH-Fälle).
- **KH-Quote:** Diese Kennzahl stellt den Prozentanteil derjenigen Mitglieder dar, die im jeweiligen Berichtsjahr gar keinen bzw. einen, zwei oder drei und mehr KH-Fälle hatten.
- **Anteil Versicherter mit Diagnose in Prozent:** Diese Kennzahl gibt den Anteil derjenigen Versicherten wieder, die mindestens eine Diagnose in der ambulanten Versorgung erhalten haben.

- **Anteil Versicherter mit Arzneimittelverordnung in Prozent:** Diese Kennzahl gibt den Prozentanteil derjenigen Versicherten wieder, die mindestens ein erstattungsfähiges Arzneimittel verordnet bekommen haben.
- **Einzelverordnungen (EVO):** Diese Kennzahl gibt die Anzahl der Verordnungen wieder. In der Regel werden diese Angaben zur Vergleichbarkeit mit Versichertenjahren ins Verhältnis gesetzt (EVO je Versicherten).
- **Definierte Tagesdosen (DDD):** Diese Kennzahl ist ein Maß für die verordnete Arzneimittelmenge, die typischerweise pro Kalendertag angewendet werden soll. In der Regel werden diese Angaben zur Vergleichbarkeit mit Versichertenjahren ins Verhältnis gesetzt (DDD je Versicherten).

» **Rundungsfehler:** Die verwendeten Kennzahlen werden auf mehrere Kommastellen genau berechnet, für den Report selbst allerdings mit maximal zwei Nachkommastellen dargestellt. Hierdurch kann es vereinzelt zu minimalen Abweichungen bei Summenergebnissen aufgrund von Rundungsfehlern kommen. Die genauen Kennzahlen sind in den jeweiligen Excel-Dateien der zugehörigen Tabellen und Diagramme auf der Internetseite des BKK Dachverbands zu finden.

#### Zusätzliche Anmerkungen zu den ermittelten Kenngrößen

##### *Besonderheiten in den Arbeitsunfähigkeitsdaten*

- Bei den im Gesundheitsreport berichteten Arbeitsunfähigkeitstagen handelt es sich stets um Kalendertage und nicht um Arbeitstage. Aus Analysen der AU-Daten geht hervor, dass etwa ein Viertel aller AU-Tage auf einen Samstag oder Sonntag fallen.
- Beim Krankenstand handelt es sich um eine Kenngröße, die den Prozentanteil der Kalendertage angibt, die ein Beschäftigter durchschnittlich pro Kalenderjahr arbeitsunfähig ist. Insofern kann diese Kennzahl auch bei der Betrachtung betrieblicher Ausfalltage verwendet werden.
- Ab dem Berichtsjahr 2016 gelten für die AU-Daten einige Veränderungen und Modifikationen. Zum einen sind Arbeitsunfähigkeitszeiten, die mit einem Arbeitsunfall verbunden sind und deshalb in der Regel nicht unter Kostenträgerschaft der GKV abgerechnet bzw. dokumentiert werden, ab diesem Zeitpunkt vollständig (zuvor nur teilweise) enthalten. Zum anderen werden Arbeits-

unfähigkeitszeiten, die während eines Heilverfahrens bzw. einer Anschlussheilbehandlung (medizinische Rehabilitation) entstehen, ebenfalls erstmals ab diesem Zeitpunkt vollständig (zuvor nicht enthalten) in den AU-Daten abgebildet. Somit kann – insbesondere im Vergleich zu den AU-Kennzahlen aus den Vorjahren – ein vermeintlicher Anstieg sichtbar werden, der aber vor allem durch die Änderung der Auswertungsmethodik bedingt ist.

- Ab dem Berichtsjahr 2020 liegen aufgrund von Änderungen in der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) Angaben zur Anzahl von Beschäftigten in Unternehmen nur noch in 2 Größenklassen (weniger bzw. 31 und mehr Beschäftigte) vor. Differenzierte Auswertungen der gesundheitlichen Lage von Beschäftigten im Zusammenhang mit der Betriebsgröße sind somit nicht mehr möglich.

#### *Zusatzinformationen in der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)*

Die Auswertung der Berufe erfolgt seit dem Berichtsjahr 2015 anhand der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) nach Berufssektoren, Berufssegmenten und Berufshauptgruppen (»»» Anhang B.4). Neben der ausgeübten Tätigkeit des Beschäftigten, enthält die KldB 2010 noch weitere relevante Information, z.B. zum höchsten schulischen bzw. beruflichen Abschluss, zum Anforderungsniveau der Tätigkeit, zur Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung und zur Vertragsform. Für eine kleine Gruppe (ca. 1%) der beschäftigten BKK Mitglieder liegen keine validen Angaben zum Tätigkeitsschlüssel vor. In den arbeitsweltlichen Analysen wird diese Gruppe deshalb nicht separat betrachtet, sie geht aber grundsätzlich in die Berechnungen zu den jeweiligen Gesamtwerten der Beschäftigten ein.

#### *Standardisierung*

In einzelnen Kapiteln des BKK Gesundheitsreports werden aus Vergleichsgründen auch alters- und geschlechtsstandardisierte Kenngrößen berechnet. Die Standardisierung dient dazu, dass Krankheitsgeschehen unabhängig von den jeweils unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsverteilungen der BKK Versicherten abbilden zu können. Hierbei wird das Verfahren der direkten Standardisierung angewendet und die Gesamtheit der gesetzlich Krankenversicherten (GKV-Versicherte) bzw. für arbeitsweltbezogene Auswertungen die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland als Standardpopulation genutzt. Die entsprechenden Kenngrößen wer-

den also so berechnet, als entspräche die Alters- und Geschlechtsverteilung der BKK Mitglieder der Verteilung bei den GKV-Versicherten bzw. den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland insgesamt. Die Standardisierung ermöglicht zudem einen Vergleich der BKK Daten mit den Angaben anderer Krankenkassen, insofern die gleiche Methode der Standardisierung Anwendung findet.

#### *Datenschutz und Fallzahlgrenzen*

- Sowohl aus statistischen (Minimierung von Ergebnisverzerrungen durch Ausreißer) als auch aus Datenschutzgründen (Anonymität der BKK Versicherten) werden für die Analysen der Leistungsdaten der BKK Versicherten verschiedene Grenzwerte zugrunde gelegt. Gruppen mit weniger als 50 Mitgliedern werden nicht geschlechtsspezifisch, sondern nur mit ihrem Gesamtwert bzw. bei weniger als 5 Fällen bzw. Verordnungen gar nicht separat dargestellt. Wirtschaftszweige (WZ 2008) bzw. Berufsgruppen (KldB 2010) mit weniger als 500 beschäftigten BKK Mitgliedern werden in den entsprechenden Auswertungen der verschiedenen Leistungsbereiche ebenfalls nicht separat dargestellt. Für alle genannten Einschränkungen gilt, dass die nicht dargestellten Kennzahlen wiederum in den jeweils übergeordneten Aggregaten der Gesamt- oder Summenwerte enthalten sind. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der diversen Personen, die weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet sind: Aufgrund Ihrer geringen Anzahl (< 100) sowie den entsprechend geringen Leistungsfällen in den verschiedenen Versorgungsbereichen wird diese Gruppe aus Datenschutzgründen für die Analysen nicht berücksichtigt.

#### *Externe Datenquellen und verwendete Klassifikationen*

Folgende (externe) Datenquellen werden im Zusammenhang mit den Auswertungen der o.g. Leistungsdaten verwendet:

- Amtliche Daten und Klassifikationen des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS)
- Amtliche Statistiken für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
- Amtliche Daten und Klassifikationen der Bundesagentur für Arbeit (BA)
- Klassifikationen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Dabei handelt es sich im Einzelnen um folgende Klassifikationen bzw. Statistiken:

- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM Version 2021) (III Anhang B.1)
- Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation (ATC-Klassifikation Version 2021) (III Anhang B.2)
- Klassifikation der Wirtschaftszweige Ausgabe 2008 (WZ 2008) (III Anhang B.3)
- Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) (III Anhang B.4)
- Amtlicher Gemeindeschlüssel des Statistischen Bundesamtes (AGS)
- Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung – Mitglieder und Versicherte (GKV Statistik – KM1/KM6)
- Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung – Geschäftsergebnisse (GKV Statistik – KG2/KG5/KG8)
- Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen für Männer, Frauen und insgesamt – Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA)

## Abkürzungsverzeichnis

Abschließend werden die im BKK Gesundheitsreport am häufigsten verwendeten fachlichen Abkürzungen alphabetisch aufgelistet. Nähere Erläuterungen sind in diesem Abschnitt unter anderem im Punkt verwendete Kennzahlen bzw. an den jeweils einschlägigen Stellen in den folgenden Kapiteln zu finden.

- |             |   |
|-------------|---|
| ■ ATC       | Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation   |
| ■ AU        | Arbeitsunfähigkeit  |
| ■ BKK       | Betriebskrankenkasse(n)   |
| ■ DDD       | Defined Daily Doses (definierte Tagesdosen)   |
| ■ EVO       | Einzelverordnungen  |
| ■ GKV       | Gesetzliche Krankenversicherung   |
| ■ ICD-10 GM | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – German Modifikation (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – deutsche Fassung) |
| ■ KH        | Krankenhaus   |
| ■ KldB 2010 | Klassifikation der Berufe Ausgabe 2010  |
| ■ KG        | Krankengeld   |
| ■ KKG       | Kinderkrankengeld   |
| ■ WZ 2008   | Klassifikation der Wirtschaftszweige Ausgabe 2008   |

# Das Wichtigste im Überblick

## 1. Pflegefall Pflege? – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung

### *Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Vereinbarkeit von Beruf und Familie*

- Pflegekräfte bewerten ihren eigenen körperlichen und psychischen Gesundheitszustand im Schnitt deutlich schlechter, als dies bei anderen Gesundheitsberufen sowie bei sonstigen Berufen der Fall ist.
- Die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sind sowohl mit ihrer Arbeit insgesamt als auch mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Vergleich zu anderen Berufsgruppen am wenigsten zufrieden.
- Die Bewertung aller anderen Gesundheitsberufe bezüglich der genannten Merkmale fällt hingegen durchgehend positiver und in etwa identisch zu denen der sonstigen Berufe aus.

### *Pflege im Spannungsfeld zwischen Berufung und Pflexit*

- Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sind im Durchschnitt sowohl am längsten beim gleichen Arbeitgeber als auch in ihrem Beruf im Vergleich zu anderen Beschäftigten tätig.
- Gleichzeitig ist bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften die Wechselbereitschaft bezüglich des Arbeitgebers bzw. des Berufs am größten ausgeprägt: Über ein Viertel denkt darüber nach in den kommenden zwei Jahren den Arbeitgeber bzw. ein Fünftel den Beruf zu wechseln.
- Die Wechselbereitschaft bei den Altenpflegekräften bezogen auf den Arbeitgeber ist etwa so hoch, wie bei den Beschäftigten insgesamt, die Wechselbereitschaft bezogen auf den aktuellen Beruf ist dagegen deutlich geringer als bei allen Beschäftigten ausgeprägt.
- Bei mehr als einem Drittel aller Altenpflegekräfte sowie deutlich über einem Viertel aller Gesund-

heits- und Krankenpflegekräfte besteht ein hohes Risiko, dass sie vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

- Mehr als vier von zehn Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegekräften geben an, dass sie aktuell eine mäßige bis schlechte Arbeitsfähigkeit in Bezug auf ihre derzeitigen Arbeitsanforderungen haben.
- In allen anderen betrachteten Berufsgruppen fallen dagegen diese Anteile mit einer negativen Prognose der zukünftigen Erwerbstätigkeit sowie einer schlechten Arbeitsfähigkeit wesentlich geringer aus.

### *Wertschätzung des Pflegeberufs, persönliche Pflegeerfahrungen und Präferenzen für die Zukunft*

- Die überwiegende Mehrheit der Befragten stimmt den Aussagen zu, dass der Pflegeberuf eine anspruchsvolle sowie körperlich und psychisch fordernde Tätigkeit sowie ein zukunftsicherer Beruf ist.
- Andererseits ist die überwiegende Mehrheit der Befragten der Meinung, dass sowohl die Bezahlung in der Pflege nicht angemessen als auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in diesem Berufsfeld nicht gegeben ist.
- Jeweils knapp die Hälfte aller Befragten würde den Pflegeberuf nicht als Ausbildungsberuf weiterempfehlen und ist der Meinung, dass der Pflegeberuf keine hohe gesellschaftliche Anerkennung genießt.
- Mehr als jeder vierte Befragte (28,9%) hat sich in den vergangenen 10 Jahren selbst oder mithilfe anderer um einen Pflegefall im familiären Umfeld gekümmert.
- Die überwiegende Mehrheit der pflegeerfahrenen Befragten gibt an, dass sie selbst bzw. andere Familienmitglieder die Pflege des Betroffenen übernommen haben.
- Bezogen auf zukünftige Pflegefälle in der Familie bzw. bei eigener Betroffenheit, geben jeweils

deutlich mehr als ein Drittel aller befragten Beschäftigten an, sich damit aktuell noch nicht gedanklich befasst zu haben.

### *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*

- In Unternehmen wird den Mitarbeitenden am häufigsten der Dienstausschub unter Kollegen, Homeoffice sowie Freistellung von der Arbeit bis zu 10 Tagen als Maßnahmen im akuten Pflegefall angeboten.
- Gesetzliche Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege sind bei den Beschäftigten im Vergleich zu den individuellen arbeitgeberspezifischen Maßnahmen wesentlich weniger bekannt bzw. vorhanden.
- Bei Pflegekräften ist der Anteil derjenigen, die persönlich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie positiv bewerten, deutlich höher als bei anderen Berufsgruppen ausgeprägt.

### *Pflege im Kontext der Coronavirus-Pandemie*

- Die Coronavirus-Pandemie übt bei den Pflegekräften im Vergleich zu den sonstigen Berufsgruppen einen überdurchschnittlich großen negativen Einfluss auf deren körperliche und psychische Gesundheit aus.
- Zudem geben Pflegekräfte mehr als doppelt so häufig im Vergleich zu den sonstigen Berufsgruppen an, dass die Pandemie einen negativen Einfluss auf deren Arbeitsleben im Allgemeinen hat.
- Bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften ist aufgrund des höheren Infektionsrisikos nicht nur ein überdurchschnittlich hoher Anteil bereits mit dem Coronavirus infiziert gewesen, in dieser Berufsgruppe ist zudem die höchste Impfquote im Vergleich zu finden.

## 2. Allgemeine Kennzahlen

### *Arbeitsunfähigkeitsgeschehen*

- Mit 18,2 AU-Tagen je Beschäftigten ist die Anzahl der Fehlertage im Jahr 2021 unverändert zum Vorjahr geblieben. Die AU-Fälle je Beschäftigten sind mit einem Wert von 1,18 weiterhin – vor allem bedingt durch die Maßnahmen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie – deutlich niedriger als in den Vorjahren ausgeprägt.
- Mehr als die Hälfte (52,4%) aller Beschäftigten war im Jahr 2021 überhaupt nicht krankgeschrieben, was der höchste Wert seit 2013 ist.
- In den ersten beiden Quartalen des Jahres 2022 sind im Mittel wesentlich höhere Krankenstän-

de als in den letzten zehn Jahren im gleichen Zeitraum zu verzeichnen. Insbesondere der Krankenstand, der durch Atemwegserkrankungen verursacht wird, ist in diesem Zeitraum erheblich höher als in den Vorjahren.

- Gleichzeitig spielt der Krankenstand im Zusammenhang mit COVID-19 im 1. Halbjahr 2022 mit Werten zwischen 0,13% bis 0,40% im Verhältnis zu den Atemwegserkrankungen (0,79% bis 1,72%) nur eine untergeordnete Rolle.
- Im Jahr 2021 sind Atemwegserkrankungen (20,7%), gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen (18,2%) und Verletzungen/Vergiftungen (10,1%) die häufigsten Gründe für AU-Fälle.
- Etwa jeder vierte AU-Tag wird durch Muskel-Skelett-Erkrankungen (25,5%) verursacht, gefolgt von psychischen Störungen (18,8%) und Verletzungen/Vergiftungen (11,5%).
- Insbesondere AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit den Atemwegserkrankungen weisen aufgrund der Coronavirus-Pandemie im Jahr 2021 die niedrigsten Werte der letzten Dekade auf. Mit 16,8% hat der Anteil der Beschäftigten, die im Jahr 2021 mindestens einmal aufgrund einer Atemwegserkrankung krankgeschrieben waren, den mit Abstand niedrigsten Wert der letzten Jahre erreicht.
- Durch die weiterhin unterdurchschnittliche Anzahl von AU-Fällen im Zusammenhang mit Kurzzeiterkrankungen ist die durchschnittliche Falldauer mit 15,4 Tagen je Fall zwar weiterhin hoch, aber im Vergleich zum Vorjahr nicht weiter angestiegen.
- Zwar sind nur 5,7% der Beschäftigten aufgrund psychischer Störungen pro Jahr arbeitsunfähig, allerdings ist bei dieser Krankheitsart das Risiko am größten, dass sie zu einem Krankengeldbezug führt.
- Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06), Rückenschmerzen (M54) und depressive Episoden (F32) sind weiterhin nach AU-Tagen die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen.
- Depressionen (F32, F33) treten zwar relativ selten als AU-Grund auf, verursachen aber gleichzeitig im Durchschnitt Ausfallzeiten von mehreren Wochen pro Fall.
- Männer weisen im Vergleich zu Frauen deutlich häufiger Fehlzeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen auf. Zwischen 2016 und 2021 haben die AU-Fälle aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Männern und Frauen ab- und die AU-Tage gleichzeitig tendenziell zugenommen, was zu einem Anstieg der durchschnittlichen Falldauer geführt hat.

- Rückenschmerzen (M54) als wichtigste Einzeldiagnose sind für mehr als jeden dritten AU-Fall bzw. mehr als jeden vierten AU-Tag innerhalb dieser Krankheitsgruppe verantwortlich.
- Frauen weisen deutlich häufiger als Männer Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen auf. Die AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen sind im Vergleich zum Vorjahr etwas stärker als die zugehörigen AU-Tage angestiegen, was insgesamt zu einem leichten Rückgang bei der Falldauer führt.
- Seit 2016 haben die AU-Tage deutlich stärker als die AU-Fälle zugenommen, was vor allem mit der überdurchschnittlich langen Falldauer bei psychischen Störungen zusammenhängt.
- Die AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen haben im Jahr 2021 bei Männern und Frauen die niedrigsten Werte seit mehr als einem Jahrzehnt erreicht, was wiederum vor allem mit der ausgebliebenen Grippe- und Erkältungswelle zusammenhängt.
- Die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) sind trotz des Rückgangs in den o.g. Zeiträumen weiterhin für die Mehrheit aller AU-Fälle und AU-Tage innerhalb der Atemwegserkrankungen verantwortlich.
- Beschäftigte Männer weisen über alle Altersgruppen hinweg im Durchschnitt weniger AU-Fälle bzw. AU-Tage als beschäftigte Frauen auf. Mit zunehmendem Alter ist eine kontinuierliche Zunahme der Falldauer vor allem bei Atemwegserkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Störungen feststellbar.
- Bei älteren Beschäftigten ist der Anteil derjenigen, die mindestens einmal im Jahr krankgeschrieben sind, etwas größer als bei den jungen Berufstätigen, wobei dieser Anteil altersunabhängig bei den Frauen höher als bei den Männern ausfällt.
- Mit zunehmenden Lebensalter treten zwar nicht wesentlich mehr AU-Fälle bei den Beschäftigten auf, jedoch steigt die Falldauer sowohl bei Männern als auch bei den Frauen nahezu linear an.
- Im Vergleich zu den Frauen weisen männliche Berufstätige deutlich mehr AU-Fälle bzw. -Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf.
- Bei weiblichen Berufstätigen treten hingegen höhere Fehlzeiten aufgrund von Neubildungen, psychischen Störungen und Atemwegserkrankungen auf.
- Arbeitslose (ALG-I) sind deutlich häufiger und länger von krankheitsbedingten Fehlzeiten auf-

grund von psychischen Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen, wesentlich seltener ist dies jedoch aufgrund von Atemwegserkrankungen der Fall. Entsprechend liegt die durchschnittliche Falldauer bei den Arbeitslosen (ALG-I) mit 55 AU-Tagen je Fall um mehr als das Dreifache über der der Beschäftigten.

- Die beschäftigten freiwilligen Mitglieder weisen im Vergleich zu Arbeitslosen und beschäftigten Pflichtmitgliedern bei allen betrachteten AU-Kennzahlen die in der Regel mit Abstand niedrigsten Werte auf.

### *Ambulante Versorgung*

- 91,4% der BKK Versicherten waren im Jahr 2021 mindestens einmal ambulant in Behandlung. Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (94,1%), ist dabei größer als der Anteil der Männer (88,7%).
- Der Anteil derer, die ambulant behandelt worden sind, ist gegenüber dem Vorjahr um +1,2% gestiegen. Eine so große Zunahme ist das letzte Mal 2012/2013 vorgekommen.
- Im Jahr 2021 ist fast die Hälfte der Versicherten wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen sowie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sind bei etwa 40%, psychische Störungen bei mehr als jedem dritten BKK Versicherten diagnostiziert worden.
- Bei den Atemwegserkrankungen genauso wie bei den Infektionen zeigt sich allerdings im Vergleich zum Vorjahr ein deutlicher Rückgang, der wesentlich durch die Pandemiemaßnahmen bedingt ist.
- In der ambulanten Versorgung werden auch Informationen über Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, dokumentiert. Wie schon im Vorjahr sind auch 2021 die sonstigen speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) die mit Abstand am häufigsten vergebene Diagnose.
- Zweithäufigster Grund für eine Konsultation in der ambulanten Versorgung war eine Impfung gegen COVID-19 (U11), bei fast jedem Dritten ist diese erfolgt. Aber auch andere Impfungen gegen Viruskrankheiten (Z25), worunter u.a. die Gripeschutzimpfungen zählen, sind bei einem größeren Teil der Versicherten häufiger als vor der Pandemie durchgeführt worden.
- Etwa ein Viertel ist wegen Bluthochdruck (I10) in Behandlung, nur etwas weniger aufgrund von



Rückenschmerzen (M54). Bei etwa jedem Fünften ist eine Atemwegsinfektion (J06) festgestellt worden.

- Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten, sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Außerdem werden viele Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.
- Mit dem Alter nehmen Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonders stark zu, insbesondere gilt dies für den Bluthochdruck (I10): Etwa 8 von 10 Versicherten älter als 70 Jahre sind deswegen in ambulanter Behandlung.
- Die Krankheiten des Atmungssystems nehmen hingegen mit zunehmendem Alter eher ab. Dabei ist sogar ein leichter „Rentenknick“ zu beobachten: Ab Renteneintrittsalter sind die Anteile der Versicherten, die deshalb ambulant behandelt werden, erkennbar geringer als bei den jüngeren Versicherten.
- Bei Urogenitalerkrankungen ist der Geschlechtsunterschied in der Altersspanne zwischen 20 und 54 Jahren besonders groß: Über 60% der Frauen, aber weniger als 20% der Männer in diesem Alter sind deshalb in ambulanter Behandlung gewesen.
- Bei den Beschäftigten ist fast jeder Zweite wenigstens einmal aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt gewesen. Auch Atemwegserkrankungen kommen mit einem Anteil von mehr als 40% der Beschäftigten häufig vor.
- ALG-II-Empfänger weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an psychischen Diagnosen auf: 42% dieser Versichertengruppe sind aufgrund dessen im Jahr 2021 mindestens einmal in ambulanter Behandlung gewesen.

### Stationäre Versorgung

- Auch im zweiten Pandemiejahr verbleiben die Kennwerte auf niedrigem Niveau: In 2021 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 174 stationäre Behandlungen mit 1.567 Behandlungstagen erfolgt. Damit sind die stationären Fallzahlen und die zugehörigen Behandlungstage so niedrig wie seit mehr als 14 Jahren nicht mehr.
- Keine Veränderung zeigt sich hingegen bei der Verweildauer, die im Durchschnitt etwa 9 Tage je Fall beträgt. Rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3,2% dauern länger als 6 Wochen.
- Ohnehin nimmt immer nur ein relativ kleiner Teil aller Versicherten innerhalb eines Jahres eine stationäre Behandlung in Anspruch, im aktuellen Berichtsjahr waren dies knapp 11%.
- Männer sind nur wenig häufiger in stationärer Behandlung als Frauen. Im aktuellen Berichtsjahr hat sich diese geschlechtsspezifische Differenz allerdings besonders bei den Atmungssystem-Krankheiten zuungunsten der Männer deutlich vergrößert.
- Das Bild nach Erkrankungsarten bleibt gegenüber den Vorjahren in weiten Teilen unverändert: Auch im Jahr 2021 gehen die meisten Fälle in der stationären Versorgung auf Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems zurück, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Die weitaus meisten stationären Behandlungstage gehen auf psychische Störungen zurück, mehr als für Verletzungen/Vergiftungen und Herz-Kreislauf-Krankheiten zusammen. Dabei sind für die psychischen Störungen nach einem starken Einbruch im Vorjahr nun die Kennwerte stärker als bei anderen Erkrankungsarten gestiegen. Auch die durchschnittliche Verweildauer erreichte im aktuellen Berichtsjahr mit 28,4 Tagen je Fall einen neuen Höchstwert.
- Die bei weitem meisten stationären Behandlungstage für eine Einzeldiagnose sind bei der rezidivierenden depressiven Störung (F33) zu verzeichnen. Die meisten Behandlungsfälle gehen dagegen auf eine Herzinsuffizienz (I50) zurück.
- Gegenüber dem Vorjahr sticht besonders die Diagnose der Viruspneumonie (J12) heraus: Für diese haben sich die Kennzahlen im aktuellen Berichtsjahr 2021 noch einmal mehr als verdoppelt.
- Die Behandlung psychischer Störungen ist oftmals langwierig: So weisen neben der rezidivierenden depressiven Störung (F33) auch die depressive Episode (F32) sowie die Schizophrenie (F20) deutlich überdurchschnittliche Falldauern mit im Schnitt 5–6 Wochen Behandlungszeit auf.
- Depressionen (F32 bzw. F33) sind dabei weiterhin die bei weitem am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen: Bei Frauen sind diese der Behandlungsgrund bei fast der Hälfte, bei Männern immerhin bei mehr als einem Drittel der auf psychische Störungen zurückzuführenden Behandlungstage.
- Bei den Frauen haben besonders die Essstörungen (F50) gegenüber dem Vorjahr zugenommen: Es sind etwa ein Drittel mehr Behandlungsfälle und ein Viertel mehr Behandlungstage zu verzeichnen.

- Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind Herzinsuffizienz (150) und Hirninfarkt (163) die häufigsten Einzeldiagnosen bei den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems.
- Es zeigt sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (125), aufgrund derer Männer mehr als dreimal so häufig wie Frauen in stationärer Behandlung sind. Frauen sind hingegen deutlich häufiger als Männer wegen Bluthochdruck (110) im Krankenhaus.
- Nach einem starken Rückgang der stationären Bluthochdruckbehandlungen (110) im Vorjahr geht die Zahl der Behandlungsfälle in 2021 nochmals weiter zurück.
- Bösartige Neubildungen der Bronchien und Lunge (C34) ist weiterhin die häufigste Krebs-Diagnose, wegen der BKK Versicherte in stationärer Behandlung sind. Dies ist die häufigste Einzeldiagnose bei Männern sowie bei Frauen nach Brustkrebs (C50) die zweithäufigste.
- Insgesamt ist keine deutliche Zunahme der Fälle oder der Falldauern bei den Neubildungen gegenüber dem Vorjahr zu beobachten. Diese vermuteten Auswirkungen von ausgebliebener oder verschobener Diagnostik aufgrund der Pandemiesituation ist somit aktuell nicht zu erkennen.
- Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Ab dem 60. Lebensjahr ist dies vor allem für Männer der häufigste Grund einer stationären Behandlung.
- Anders bei den psychischen Störungen: Die meisten stationären Fälle und daraus resultierenden Behandlungstage bei den unter 60-jährigen gehen auf psychische Störungen zurück. Dabei sind Frauen nicht häufiger, aber im Schnitt deutlich länger in Behandlung als Männer.
- Rentner sind um ein Mehrfaches öfter und länger in stationärer Behandlung als Beschäftigte oder Familienangehörige. Häufigster Grund für einen stationären Aufenthalt bei diesen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Jeder fünfte Behandlungstag der Rentner ist darauf zurückzuführen.
- Auch Arbeitslose weisen überdurchschnittlich viele Behandlungsfälle und -tage auf. Diese sind hingegen am häufigsten aufgrund von psychischen Störungen im Krankenhaus: Mehr als die Hälfte aller Behandlungstage geht auf diese Krankheitsart zurück.
- Nach einem starken Rückgang der Kennwerte bei den ALG-I-Empfängern im Vorjahr liegen diese im Jahr 2021 fast wieder auf dem Niveau vor der

Pandemie: Vor allem für diese Gruppe ist die Anzahl an Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen wieder deutlich gestiegen.

- Beschäftigte weisen durchweg rund ein Drittel weniger Behandlungstage auf als die Versicherten insgesamt.
- Gegenüber dem Vorjahr sind bei den Beschäftigten besonders deutlich zwei Veränderungen zu beobachten: Zum einen sind die Kennzahlen aufgrund von psychischen Störungen bei den 20- bis 30-jährigen gestiegen, zum anderen sind mehr Fälle aufgrund von Atmungssystem-Erkrankungen bei den Beschäftigten ab 45 Jahren zu verzeichnen, die zudem mit einer höheren Verweildauer einhergingen.

### Arzneimittelverordnungen

- Der Anteil der Versicherten, die mindestens ein Arzneimittel verordnet bekommen haben, erreicht im Jahr 2021 mit 68,9% den geringsten Wert in den vergangenen zehn Jahren.
- Waren im Jahr 2019 meist am Quartalsanfang die höchsten Verordnungsanteile zu verzeichnen, so ist während der Coronavirus-Pandemie vor allem in den Phasen strenger Kontaktbeschränkungen in den Jahren 2020 und 2021 dieses Muster nicht mehr sichtbar.
- Die Verordnungsanteile der Antiinfektiva sowie der Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt sind während der Coronavirus-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 aufgrund der ausgebliebenen Grippe- und Erkältungswelle besonders stark zurückgegangen.
- Die Mehrheit aller Einzelverordnungen (58,5%) und definierten Tagesdosen (71,7%) geht bei den BKK Versicherten auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie das Nervensystem zurück.
- Die Verordnungsanteile und definierten Tagesdosen von Antiinfektiva – insbesondere in der Subgruppe der Antibiotika – sind vor allem in den beiden letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Dagegen sind die Verordnungsanteile und definierten Tagesdosen von Herz-Kreislauf-Medikamenten im gleichen Zeitraum tendenziell weiter angestiegen.
- Mit einem Anteil von insgesamt 45,7% erhalten die 10- bis 14-jährigen BKK Versicherten die wenigsten Arzneimittel verordnet.
- Der mit insgesamt 27,4 Prozentpunkten größte Geschlechtsunterschied bei den Verordnungsanteilen tritt in der Gruppe der 20- bis 24-jährigen

mit deutlich höheren Werten bei den Frauen aufgrund von Kontrazeptiva-Verordnungen auf.

- Ab einem Alter von 75 Jahren erhalten nicht nur über 90% der Versicherten mindestens eine Verordnung, sondern auch ein Vielfaches der Tagesdosen die jüngere Versicherte bekommen, wobei sich die Werte für Männer und Frauen zunehmend angleichen.
- Rund drei Viertel aller BKK Versicherten über 65 Jahre werden Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System verordnet.
- Bei BKK Versicherten, die jünger als 20 Jahre sind, werden am häufigsten Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt verordnet, die vor allem bei Atemwegserkrankungen zum Einsatz kommen.
- Bei den über 65-jährigen BKK Versicherten geht mehr als jede zweite verordnete Tagesdosis auf Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zurück.
- Die definierten Tagesdosen für Antiinfektiva zur systemischen Anwendung unterscheiden sich hingegen im Wesentlichen weder zwischen den Altersgruppen noch zwischen Frauen und Männern.
- Außer in der Gruppe der Rentner wird Frauen in allen anderen Versichertengruppen deutlich häufiger als Männern mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel verordnet.
- Arbeitslose erhalten zwar seltener als Beschäftigte Arzneimittel verordnet, gleichzeitig sind aber die definierten Tagesdosen bei den Arbeitslosen deutlich höher ausgeprägt.
- In der relativ jungen Gruppe der Familienangehörigen werden zwar häufig Arzneimittel verordnet, allerdings überwiegend nur in sehr geringen Mengen.

### 3. Schwerpunktthema „Pflegefall Pflege?“

#### *Arbeitsunfähigkeitsgeschehen*

- Pflegekräfte weisen nicht nur insgesamt, sondern vor allem wegen psychischer Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlich mehr krankheitsbedingte Fehlzeiten als die Beschäftigten insgesamt auf.
- Aufgrund des hohen Expositionsrisikos mit COVID-19 treten bei den Pflegekräften nicht nur mehr AU-Fälle und AU-Tage in diesem Zusammenhang auf, die Falldauer ist auch höher als bei den Beschäftigten insgesamt.
- Im Altersverlauf zeigen die AU-Kennzahlen der Pflegekräfte ein ähnliches Bild wie die der Beschäftigten insgesamt, allerdings weisen die Pflegekräfte in fast allen Altersgruppen teils deutlich höhere Werte als alle anderen Beschäftigten auf.
- Mit höheren Schulabschluss ist bei den Pflegekräften, wie auch bei den Beschäftigten insgesamt, ein sukzessiver Rückgang der Fehltagel verbunden.
- Anders beim Berufsabschluss: Während bei den Beschäftigten insgesamt eine hohe Qualifikation mit sinkenden Fehlzeiten verbunden ist, bleiben diese bei den Pflegekräften gleichbleibend hoch.
- Die meisten AU-Tage im Regionalvergleich weisen sowohl die Beschäftigten der Altenpflege als auch die der Gesundheits- und Krankenpflege mit Wohnort in Mecklenburg-Vorpommern auf.
- Die jeweils größte Differenz zu den Beschäftigten insgesamt weisen für beide Pflegeberufe diejenigen mit Wohnort in Schleswig-Holstein auf.
- Vor allem die Wirtschaftsgruppen, in denen vorrangig Beschäftigte der Altenpflege tätig sind (z.B. Alten- und Pflegeheime) weisen die mit Abstand höchsten Fehlzeiten im Vergleich auf.
- Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische Störungen führen dabei vor allem in den Branchen, in denen Pflegekräfte beschäftigt sind (z.B. Alten- und Pflegeheime sowie Krankenhäuser) zu überdurchschnittlich hohen Fehlzeiten.
- Die meisten AU-Fälle und AU-Tage im Zusammenhang mit COVID-19 treten ebenfalls in den mit Pflegekräften am stärksten besetzten Branchen auf.
- Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenpflege – vor allem die Frauen – weisen überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten auf.
- In beiden Pflegeberufen dominieren die Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie die psychischen Störungen das Fehlzeitengeschehen.
- Die meisten AU-Fälle und AU-Tage im Zusammenhang mit COVID-19 treten innerhalb der Gesundheitsberufe bei den beiden Pflegeberufen auf.
- Pflegekräfte zeigen bei den Merkmalen Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sowie Vertragsform einen ähnlichen Zusammenhang mit den AU-Tagen wie die Beschäftigten insgesamt.
- Beim Anforderungsniveau der Tätigkeit sowie bei der Arbeitnehmerüberlassung zeigen vor allem die weiblichen Gesundheits- und Krankenpflegekräfte – anderes als die Beschäftigten insgesamt –

durchweg viele AU-Tage und zwar unabhängig vom jeweiligen Tätigkeitsmerkmal.

### *Ambulante Versorgung*

- Die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sind deutlich häufiger als der Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten aufgrund von Krankheiten des Urogenitalsystems in Behandlung gewesen, außerdem wurden in dieser Berufsgruppe überdurchschnittlich häufig Diagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme gestellt.
- Altenpflegekräfte sind häufiger als jede andere Berufsgruppe aufgrund von psychischen Störungen in ambulanter Behandlung. Auch für die Muskel-Skelett-Erkrankungen liegt bei diesen der Anteil der Beschäftigten mit einer solchen Diagnose sehr deutlich über dem Durchschnitt aller Beschäftigten.
- Junge Beschäftigte in beiden Pflegeberufen zwischen 20 und 29 Jahren sind häufiger im ambulanten Behandlung als die gleichaltrigen Beschäftigten insgesamt.
- Altenpflegekräfte älter als 50 Jahre sind hingegen in geringeren Anteilen ambulant behandelt worden als Beschäftigte insgesamt ab diesem Alter.
- Auch bei den Pflegekräften sind diejenigen ohne einen Schulabschluss seltener im ambulanten Behandlung im Vergleich zu Beschäftigten mit einem qualifizierten Schulabschluss.
- Von den Gesundheits- und Krankenpflegekräften weisen diejenigen mit einem Bachelor-Abschluss geringere Anteile mit einer Diagnose im Vergleich zu allen Beschäftigten mit einem solchen Ausbildungsabschluss auf.
- Der größte Anteil von Altenpflegekräften mit einer ambulant gestellten Diagnose ist in Sachsen-Anhalt (92,3%) zu finden. Den höchsten Anteilswert bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften weisen diejenigen in Bayern (92,6%) auf.
- Insgesamt ist aber die regionale Schwankung der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung bei den Pflegekräften nicht so groß wie bei den Beschäftigten insgesamt. Gerade in Hamburg, wo der Anteil der Beschäftigten insgesamt in ambulanter Behandlung sehr niedrig ist, ist die Differenz zu den Pflegeberufen besonders groß.
- Beschäftigte in Pflegeheimen weisen einen stark überdurchschnittlichen Anteil derer auf, die wegen psychischen Störungen in Behandlung gewesen sind, dicht gefolgt von den Altenheimen bzw. Alten- und Behindertenwohnheimen.
- In diesen beiden Wirtschaftsgruppen sind auch die höchsten Anteilswerte bezüglich Muskel-Skelett-Erkrankungen im Gesundheits- und Sozialwesen zu finden.
- Die meisten Diagnosen im Zusammenhang mit COVID-19 sind hingegen bei den weiblichen Beschäftigten in Arzt- und Zahnarztpraxen vergeben worden.
- Altenpflegeberufe weisen von allen Berufsgruppen den höchsten Anteil Beschäftigter mit einer diagnostizierten psychischen Störung auf. Knapp 44% sind aufgrund dessen in ambulanter Behandlung gewesen, das sind fast +13 Prozentpunkte mehr als der Durchschnitt aller Beschäftigten.
- Auch von den Gesundheits- und Krankenpflegekräften wurden mit einem Anteil von 36% überdurchschnittlich viele wegen psychischer Störungen ambulant behandelt.
- Die Altenpflegekräfte sind zudem wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlich häufiger als der Durchschnitt in Behandlung gewesen, 56% haben aufgrund dessen eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht.
- Wie schon bei den Beschäftigten insgesamt sind auch bei den beiden Pflegeberufsgruppen diejenigen, die eine Helfer- bzw. Anlernstätigkeit verrichten, in geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen als die Beschäftigten mit höheren Tätigkeitsniveaus.
- Befristet angestellte männliche Pflegekräfte weisen im Vergleich zu allen Beschäftigten mit einem befristeten Vertrag deutlich höhere Anteilswerte mit einer Diagnose auf.
- Pflegekräfte in Leih- bzw. Zeitarbeit sind in größeren Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen als der Durchschnitt aller in Leih- bzw. Zeitarbeit Beschäftigten.

### *Stationäre Versorgung*

- Altenpflegekräfte gehören zu denjenigen Berufsgruppen mit den meisten stationären Behandlungsfällen und -tagen. Die Kennwerte der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte fallen zwar etwas geringer aus, sie liegen aber ebenso über dem Durchschnitt aller Beschäftigten.
- Ein Großteil der Differenz der Pflegekräfte-Kennwerte zum Gesamtdurchschnitt kann auf psychische Störungen zurückgeführt werden: Die darauf bezogene Zahl der Behandlungsfälle und -tage übersteigt bei den Altenpflegekräften den Wert für alle Beschäftigten um das Doppelte, bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften um die Hälfte.

- Ebenso sind die Kennwerte für Muskel-Skelett-Erkrankungen bei beiden Pflegeberufen deutlich überdurchschnittlich ausgeprägt, bei den Altenpflegekräften stärker noch als bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften.
- Im Vergleich der letzten Jahre sind die KH-Fälle und -Tage in den beiden Pflegeberufen wieder annähernd auf dem Vor-Pandemie-Niveau. Bei den Beschäftigten insgesamt hingegen sind sie immer noch wesentlich niedriger ausgeprägt.
- Pflegekräfte, insbesondere die weiblichen Beschäftigten in der Altenpflege, sind vor allem in jungen Jahren häufiger als der Durchschnitt aller Beschäftigten in stationärer Behandlung.
- Ein höherer Schul- bzw. Berufsabschluss geht auch bei den beiden Pflegeberufen mit einer geringeren Anzahl an stationären Behandlungstagen einher.
- Im Regionalvergleich weisen die Altenpflegekräfte mit Wohnort in Mecklenburg-Vorpommern die meisten stationären Behandlungstage auf, diese liegen damit auch am weitesten über dem Durchschnitt aller Beschäftigten des Bundeslandes.
- Bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften sind diejenigen aus Thüringen die meisten Tage in stationärer Behandlung. Die größte Differenz zu den Beschäftigten insgesamt ist bei dieser Berufsgruppe hingegen in Nordrhein-Westfalen zu finden.
- Diejenigen Wirtschaftsgruppen, in denen vorrangig Beschäftigte der Altenpflege tätig sind (z.B. Alten- und Pflegeheime), weisen für beide Geschlechter deutlich überdurchschnittlich viele stationäre Behandlungsfälle und -tage auf.
- Im Vergleich der Wirtschaftsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen stechen besonders die Altenheime sowie die Alten- und Behindertenwohnheime mit den meisten Behandlungstagen aufgrund psychischer Störungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen heraus.
- Verglichen mit anderen (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen weisen die Altenpflegeberufe mit Abstand die meisten stationären Behandlungsfälle und -tage auf.
- Ein Großteil des Kennwertunterschieds der Altenpflegeberufe zum Durchschnitt aller Beschäftigten geht auf psychische Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen zurück. Diese weisen aber auch bei anderen Erkrankungsarten, wie bspw. Krankheiten des Verdauungssystems, überdurchschnittlich viele KH-Tage auf.
- Auch bei den Pflegekräften nimmt mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle und -tage in stationärer Versorgung ab.
- Pflegekräfte, die Führungs- bzw. Aufsichtsverantwortung innehaben, sind weniger Tage in stationärer Behandlung gewesen, als diejenigen ohne eine solche Funktion.
- Gerade bei den im Schnitt recht jungen Beschäftigten mit einem befristeten Vollzeitvertrag übersteigt die Zahl der stationären Behandlungstage am stärksten den Durchschnitt aller Beschäftigten.
- Leih-/Zeitarbeiterinnen in der Altenpflege waren besonders viele Tage in stationärer Behandlung, deren durchschnittliche Anzahl der KH-Tage übersteigt mehr als das Doppelte der Beschäftigten insgesamt.

### Arzneimittelverordnungen

- Beschäftigte in den Pflegeberufen erhalten deutlich öfter bzw. mehr Arzneimittel mit Wirkung auf das Nervensystem als Beschäftigte insgesamt verordnet.
- Besonders auffällig sind die mehrheitlich überdurchschnittlichen Verordnungskennzahlen bei den Beschäftigten in der Altenpflege.
- Vor allem junge weibliche Pflegekräfte erhalten deutlich häufiger als ihre männlichen Kollegen bzw. die Beschäftigten insgesamt Arzneimittel verordnet.
- Bei den definierten Tagesdosen sind es ab dem mittleren Lebensalter hingegen die Männer, die hier höhere Werte im Vergleich zu den weiblichen Pflegekräften aufweisen.
- Ein höherer Schul- bzw. Berufsabschluss geht auch bei den Pflegekräften mit niedrigeren Kennzahlen bei den Arzneimittelverordnungen einher.
- Insbesondere bei den Altenpflegerinnen liegen die Werte teils deutlich über denen der weiblichen Beschäftigten insgesamt mit gleichem Schul- bzw. Berufsabschluss.
- Das grundsätzliche Ost-West-Muster bei den definierten Tagesdosen findet sich sowohl bei den Pflegeberufen als auch bei den Beschäftigten insgesamt.
- Dabei zeigt sich, dass Beschäftigte in der Altenpflege im Bundeslandvergleich in allen Fällen jeweils den höchsten Wert aufweisen.
- In den Wirtschaftsgruppen (u.a. Pflegeheime), in denen Altenpflegekräfte am häufigsten tätig

sind, treten überdurchschnittlich hohe Verordnungsanteile und -mengen auf.

- Dagegen liegen die Verordnungsanteile und Tagesdosen in der Wirtschaftsgruppe Krankenhaus, wo die Mehrheit der Gesundheits- und Krankenpfleger tätig ist, tendenziell unterhalb des Durchschnitts.
- In Krankenhäuser und Pflegeheimen werden deutlich mehr Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem als bei den Beschäftigten insgesamt verordnet.
- Weibliche Beschäftigte in der Altenpflege weisen sowohl die höchsten Verordnungsanteile als auch die meisten definierten Tagesdosen innerhalb der Gruppe der Gesundheitsberufe auf.
- Sowohl für die Altenpflege als auch für die Gesundheits- und Krankenpflege sind wiederum

überdurchschnittlich hohe verordnete Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem feststellbar.

- Weibliche Beschäftigte in der Altenpflege weisen bei allen weiteren Merkmalen der Tätigkeit durchgehend die höchsten Werte für verordnete Tagesdosen auf.
- Anders als bei den Beschäftigten insgesamt, wo mit zunehmendem Anforderungsniveau der Tätigkeit die verordneten Tagesdosen abnehmen, ist für die Pflegeberufe ein überdurchschnittlicher Anstieg erkennbar.
- In etwas abgeschwächter Form lässt sich dieser gegensätzliche Effekt zwischen Pflegekräften und Beschäftigten insgesamt auch bei Berufstätigen ohne bzw. mit Aufsichts- und Führungsverantwortung feststellen.

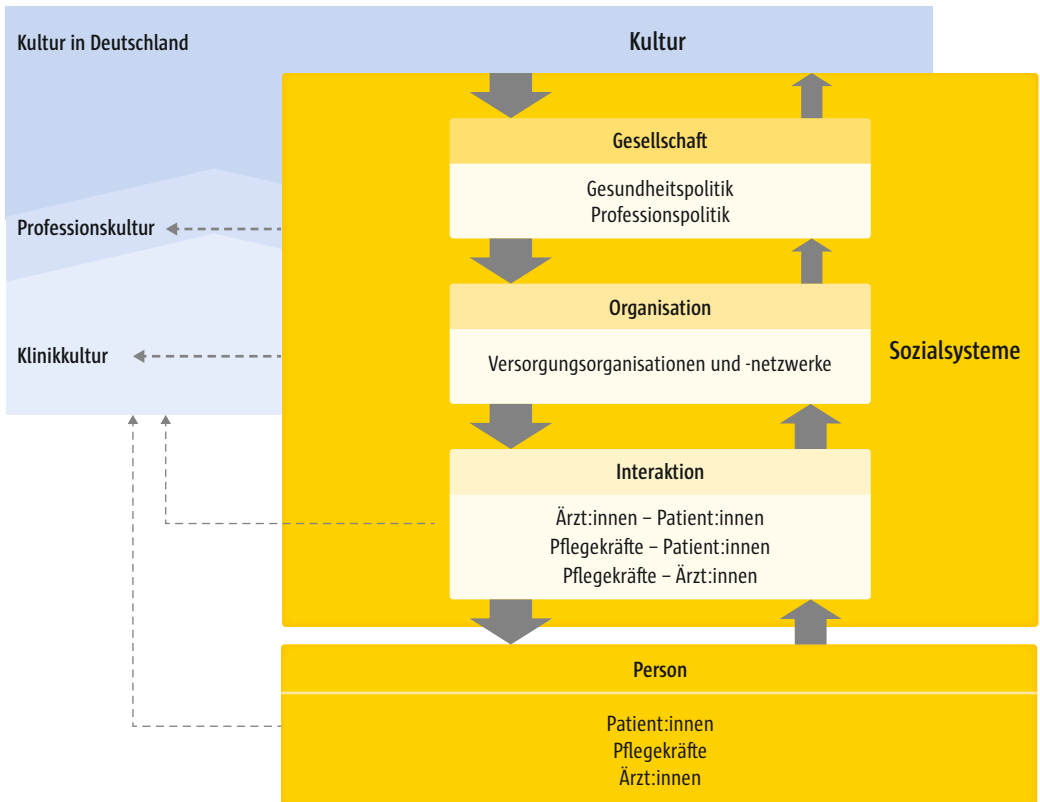
# Belastungen von Pflegekräften und Gegenmaßnahmen: Ein Überblick

Holger Pfaff, Kerstin Dittmer und Sabrina Zeike

Die Belastungssituation der Pflegekräfte in Deutschland ist seit langem ein Thema und wurde insbesondere durch die Corona-Pandemie vollends in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt. Einige Beobachter:innen der Situation vertreten die Meinung, dass die Belastungssituation während Corona nur die Steigerung des vorhandenen „ganz normalen Wahnsinns“ des Pflegealltags darstellt [1]. Für eine Analyse der Situation in der Pflege ist es daher zwingend notwendig, die

Belastungen und Ressourcen der Pflegekräfte in normalen Zeiten zu betrachten, um herausarbeiten zu können, was die nicht-pandemiebedingte Belastungssituation ausmacht. Hierzu einen Überblick zu geben, ist das Ziel dieses einleitenden Übersichts Kapitels. Dabei wird ein ganzheitlicher Ansatz vertreten, der die kulturellen, sozialen und individuellen Elemente der Pflegesituation mit dem Kultur-Sozialsystem-Person-Modell (K-S-P-Modell) in den Blick nimmt.

Abbildung 1 Das K-S-P-Modell: Die kulturellen, gesellschaftlichen, organisationalen und interaktionalen Bedingungen beeinflussen die Pflegekräfte und können von diesen wiederum gestaltet werden (eigene Darstellung, modifiziert nach [2])



## Pflege im Spannungsfeld zwischen Kultur, Sozialsystemen und Person: Das K-S-P-Modell als Rahmen

Die Belastungs- und Ressourcenquellen in der Pflege lassen sich in drei Bereiche einteilen: Kultur (K), Sozialsysteme (S) und Person (P). Das Sozialsystem kann noch weiter untergliedert werden in Gesellschaft, Organisation und Interaktion. Die Kultur und die Sozialsysteme, also die Gesellschaft, die Klinik/das Pflegeheim und die Interaktionen im Team und zwischen den Berufsgruppen, beeinflussen dabei die Person – hier die Pflegekraft in ihrem Belastungserleben und in ihrer Gesundheit. Dieser Zusammenhang ist grob in **»»** Abbildung 1 als Kultur-Sozialsystem-Person-Modell dargestellt. Gegenmaßnahmen sind Bottom-Up-Maßnahmen und setzen daran an, dass Personen Sozialsysteme verändern und diese langfristig die Kultur. Dieser Bottom-up-Gegenstrom ist jedoch weitaus schwächer ausgeprägt und langwieriger als der Top-Down-Hauptstrom. Dazu ausführlicher im Unterkapitel zu den Gegenmaßnahmen. Es werden zunächst die Top-Down-Einwirkungsmechanismen betrachtet.

## Kultur als Ressourcenreservoir des Pflegehandelns und potentielle Konfliktquelle

Unter dem Begriff „Kultur“ verstehen Sozialwissenschaftler:innen in der Regel das Zusammenspiel von mindestens vier Komponenten, die das Handeln von Menschen grundlegend prägen: Wertesystem, Wissenssystem, Symbolsystem und das System der Grundüberzeugungen.

Ein **Wertesystem** ist eine geordnete Summe von in einer Population kollektiv geteilten situationsübergreifenden Normen und Präferenzen, die individuelle und kollektive Entscheidungen sowie Handlungen und somit das Zusammenleben und das Leben in der Natur und mit der Technik ermöglichen. Ein gemeinsam geteiltes Wertesystem kann nur sehr schwer und zeitlich nur sehr langsam – manche Forscher:innen sprechen von Generationen – geändert werden.

Ein **Wissenssystem** besteht aus dem kollektiv geteilten Wissen einer Population. Dieses Wissen wird im Rahmen von Erziehung, Bildung, Qualifizierung und Sozialisation an die neuen und alten Mitglieder der Population, hier die Pflegekräfte oder die Ärzt:innen, weitergegeben und über die Wissenschaft und praktische Erfahrung gespeist.

Ein Beispiel für ein **Symbolsystem** einer Kultur ist die Sprache einer Population – hier der Population der Pflegenden.

Bei dem **System der Grundüberzeugungen** handelt es sich in der Regel um kollektiv geteilte Annahmen über Mensch, Natur und Technik. Manche dieser Grundüberzeugungen (z.B. die Überzeugung, dass man Menschen nicht immer trauen kann) haben Auswirkungen auf die Art, wie man Krankenhäuser und Pflegeheime organisiert und wie man interagiert. Misstrauenskulturen führen zu Formalisierung, Kontrolle und Überwachung; Vertrauenskulturen zu Vertrauensarbeitszeit, größeren Handlungsspielräumen etc.

Die Kultur stellt mit den Werten, dem Wissen, den Symbolen und dem Set an Grundüberzeugungen für die Pflegekräfte in erster Linie ein Reservoir an Ressourcen dar. Sie bietet Handlungsorientierung, ermöglicht Koordinierung ohne große Abstimmung sowie Gemeinschaft. Ohne eine Pflegekultur und ohne eine Klinikkultur müsste man – das wäre die Alternative zur Kultur – sich ständig neu verständigen und untereinander aushandeln, was hier und heute für alle Beteiligten gilt, welche Werte gelten, welches Wissen gültig ist und was der Fachbegriff zu bedeuten hat. Selbst nach einer Aushandlung dessen, was heute gilt, könnten neue Pflegekräfte oder Ärzt:innen am nächsten Tag alles wieder infrage stellen, sodass neue Aushandlungen nötig wären [3]. Zu wenig Kultur ist aus dieser Sicht ein Stressfaktor, da dies fortwährende Aushandlungsarbeit notwendig macht, die Zeit in Anspruch nimmt, die für die Routinearbeit und die Arbeit an den Patient:innen verloren geht. Dies drückt sich dann in dem Gefühl aus, dass zu viele Sitzungen, Meetings und Austauschforen stattfinden und man nicht mehr „zur richtigen“ Arbeit findet.

Kultur kann jedoch auch belasten, insbesondere wenn eine Gruppe mit einer Kultur auf eine Gruppe trifft, die eine andere Kultur vertritt, und es infolgedessen zu belastenden Verständigungsproblemen, Wissensdifferenzen, Überzeugungsunterschieden oder gar Wertekonflikten kommt. Besonders belastend sind Wertekonflikte, die innerhalb der Pflegegemeinschaft entstehen oder die sich aus der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Ärzt:innen, Management) ergeben, weil Werte oft emotional aufgeladen sind und eine Verletzung eines Wertes oft zu sozialer Empörung führt oder gar sozialen Sprengstoff beinhaltet. Da Werte situationsübergreifend und dauerhaft gelten, können Wertekonflikte zu chronischen Belastungen führen, da sie in vielen Alltagssituationen zu Tage treten können. Im



Gegensatz zu Wertekonflikten ziehen Verständigungsprobleme „Übersetzungsarbeiten“ nach sich, die zu „unnötiger“ Mehrarbeit führen können.

### Gesellschaft, Organisation und Interaktion als Quelle von Belastungen und Ressourcen für Pflegekräfte

Bei den Sozialsystemen unterscheiden Sozialwissenschaftler:innen in der Regel drei Ebenen von Systemen: Gesellschaft, Organisation und Interaktion [4]. Alle drei Ebenen sind für die Belastungssituation von Pflegekräften von Relevanz.

#### *Gesellschaft und Politik als Quelle von Belastungen und Ressourcen*

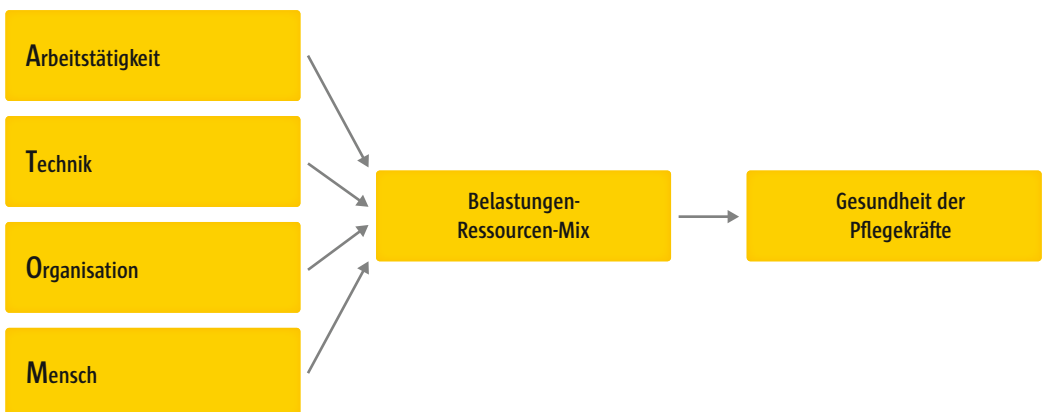
Das hohe Ansehen der Pflegekräfte in der Gesellschaft ist eine Ressource, um Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen und die Wertschätzung für diesen Beruf auszudrücken. Gerade in der Coronapandemie zeigte sich, dass diese Wertschätzung – ausgedrückt durch Klatschen für Pflegekräfte – allein nicht ausreicht, um Pflegekräfte im Beruf zu halten. Auf der Ebene der Gesellschaft werden über die Politik die Rahmenbedingungen und damit die finanziellen Ressourcen für die Pflege zur Verfügung gestellt. Die Politik legt nicht nur die Rahmenbedingungen fest, sondern entscheidet auch direkt oder indirekt darüber, wieviel Prozent des Bruttoinlandsprodukts in das Gesundheitssystem fließen bzw. für Gesundheit ausgeben wird. In Deutschland waren dies 13,2% des Bruttoinlandsprodukt (BIP) im Jahr 2020 [5] und in den USA im Jahr 2019 bereits 17% [6]. Die Begrenzung der Gesundheitsausgaben auf 13% stellt – neben der ungleichen Verteilung des

BIP-Anteils auf die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen (Pharmaindustrie, Kliniken, Haus- und Fachärzt:innen, Pflegekräfte) und der in vielen Teilen gegebenen Überversorgung – eine der Hauptgründe für die vorhandene mangelnde Entlastung der Pflege dar. Die Begrenzung des BIP-Anteils engt den Spielraum für Gehaltserhöhungen und für die Einstellung von mehr Personal ein. Aufgabe der Politik ist es zudem, die Grundstrukturen des Gesundheitswesens festzulegen (Sozialversicherungssystem vs. Staatssystem vs. Marktssystem) und nach dieser Festlegung die Details der Prozesse und Strukturen im Rahmen der Gesundheitspolitik zu regeln [7].

#### *Versorgungsorganisationen als Quelle von Belastungen und Ressourcen der Pflege*

Zur Gliederung und besseren Orientierung werden hier die Belastungssituation, die sich aus dem Krankenhaus, dem Pflegeheim oder dem ambulanten Pflegedienst ergeben, entlang des ATOM-Modells dargestellt (»» Abb. 2). Der Buchstabe A in diesem Akronym steht für die Arbeitstätigkeit, T bedeutet Technik, O bedeutet Organisationsstrukturen und -prozesse und M steht für Menschen. Es wird hierbei zwischen den Menschen an sich, die eine Organisation ausmachen, und den Interaktionen, die zwischen den Menschen (Patient:innen und Mitarbeitende) stattfinden, unterschieden. In diesem Abschnitt wird der Faktor Menschen nicht weiter betrachtet, da in diesem Beitrag die Belastungen, die von anderen Menschen ausgehen, als Interaktionsbelastungen definiert sind und im Abschnitt »» Interaktionen als Belastungs- und Ressourcenfaktoren bei Pflegekräften erörtert werden.

Abbildung 2 Das ATOM-Modell im Kontext der Pflege (eigene Darstellung)



### *Arbeitstätigkeit von Pflegekräften: Belastungs- und Ressourcenfaktoren*

Die Arbeitstätigkeit von Pflegekräften unterscheidet sich prinzipiell von der industriellen Arbeit. Pflegearbeit ist aus Sicht der Dienstleistungstheorie eine personenbezogene Dienstleistung [8]. Sie ist damit gleichzustellen mit der ärztlichen Tätigkeit und Lehrtätigkeiten. Die Arbeitsforschung zählt die Pflegearbeit zu der Gruppe der Interaktionsarbeit [9]. Ein besonderes Merkmal dieser Tätigkeiten ist, dass die Produktion und Konsumtion der Leistung in der Regel gleichzeitig erfolgt (uno actu-prinzip). Dieses Prinzip wird durch die fortschreitende Digitalisierung und Technisierung der Pflege (Patientenportale, Pflegeroboter, Ambient Assisted Living) auf Dauer in Teilen aufgeweicht.

Die Arbeit am und mit dem Menschen bringt eine hohe Sinnhaftigkeit mit sich, welche als Teil des Kohärenzgefühls eine Ressource darstellt und zur Stressbewältigung beiträgt [10]. Diese Arbeitstätigkeit bringt jedoch auch besondere Belastungsformen mit sich [11]. Neben überdurchschnittlich hohen Arbeitsanforderungen im physischen Bereich des Pflegeberufs, wie dem verstärkten Auftreten von Muskel-Skelett-Erkrankungen, stellen psychische Belastungen einen bedeutsamen Belastungsfaktor dar [12]. Aus Befragungen ergibt sich die Wahrnehmung, dass die Verdichtung der Arbeit weiter zunimmt: „54% haben den Eindruck, dass sie in der gleichen Zeit mehr Arbeit schaffen müssen als im Jahr zuvor (in hohem/sehr hohem Maß)“ [12]. Dadurch bedingte Abstriche in der Qualität der Versorgung bleiben oft nicht aus. So liegt der Anteil der Pflegekräfte, die sehr häufig oder oft Qualitätsabstriche beklagen, bei 70% [12].

Unregelmäßige Arbeitszeiten (Nacht- und Schichtarbeit) führen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wie Störungen des biologischen Rhythmus, Konzentrations- und Schlafstörungen, sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zudem gehen die Belastungen der Arbeitszeiten einher mit Beeinträchtigungen in der Vereinbarkeit von Beruf- und Privatleben, welche langfristig zu Belastungen und pessimistischen Erwartungen an die langfristige Arbeitsfähigkeit führen. So zeigt sich, dass 71% der Pflegekräfte ein Durchhalten bis zum Renteneintritt ausschließen [12]. Darüber hinaus ist eine hohe Unzufriedenheit aufgrund des Einkommensniveaus bzw. aufgrund des Ungleichgewichts zwischen Aufwand und Belohnung gegeben [12].

Eine der wichtigsten pflegespezifischen Belastungsformen ist die Emotionsarbeit. Darunter versteht man in der Regel eine professionelle Hand-

habung und ein professionelles Management der eigenen Emotionen und Gefühle, um den Dienst am Menschen in besonders hoher Qualität vollbringen zu können. Emotionsarbeit wird vor allem dann zur Belastung, wenn ein Unterschied zwischen dem besteht, was die Pflegekraft momentan eigentlich fühlt und denkt, und dem, was die Professionalität als Soll-Gefühl vorschreibt („lächeln, auch wenn man eigentlich wütend ist“) [13].

Eine andere Form der spezifischen Belastung der Pflegekräfte stellt die Belastung dar, die von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ausgehen. Im Gegensatz zur industriellen Arbeit, die Arbeit an Gegenständen beinhaltet, können sich Patient:innen wehren, weigern, sich widerständig geben, sich aufregen, beschweren oder gar gewalttätig werden. Dies gilt auch, wenn nicht sogar in ausgeprägterer Form, manchmal für die Angehörigen von Pflegebedürftigen [14]. In diesem Falle können Patient:innen und Angehörige zu Belastungsfaktoren werden.

Weitere spezifische Ressourcen- und Belastungsfaktoren in der Pflegearbeit resultieren aus dem Faktor Organisation der Arbeitstätigkeit. Die Organisation und damit die Struktur kann die Pflegearbeit durch einen reibungsarmen Ablauf der Arbeitstätigkeit unterstützen. Im Gegensatz zu dieser Ressource können Belastungen z. B. aus der Dokumentation der erbrachten Leistungen hinsichtlich Quantität und Qualität entstehen. Häufig wird der organisatorische Dokumentationsaufwand als ein zentraler und unnötiger Belastungsfaktor in der Pflege gesehen [15]. Ein weiterer, chronischer Belastungsfaktor in der Pflege kann die mangelnde Autonomie darstellen. Strukturell ist dieses Problem in der Arbeitsteilung zwischen Ärzt:innen und Pflegekräften verankert. Wie andere Nationen zeigen, kann die Arbeitsteilung zwischen Ärzt:innen und Pflegekräften unterschiedlich geregelt werden – mit mehr oder weniger Autonomie der Pflegekräfte als Ergebnis [16].

### *Technik als Belastungs- und Ressourcenfaktor in der Pflege*

Technische Anforderungen an die Pflegekräfte ergeben sich traditioneller Weise in der Intensivmedizin und im OP-Bereich, und vermehrt durch die Nutzung der elektronischen Patient:innenakte, die Entstehung von Patient:innenportalen sowie die Nutzung von Telemedizin, Pflegerobotern und Ambient Assisted Living-Technologien [17]. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens schreitet voran. Aus der Forschung wissen wir, dass Technik nicht per se eine Belastung darstellt, sondern – in erster Linie – eine Ressource [18]. Die Frage ist dabei oft nur, eine

Ressource für wen? Eine Ressource für die Klinik, das Pflegeheim oder den ambulanten Dienst oder eine Ressource für die konkrete Pflegekraft? Da Technik unter bestimmten Nutzungsbedingungen eine Belastung darstellen kann, kann man von einer ambivalenten Wirkung der Technik sprechen [19]. Nach dem Technikakzeptanz-Modell (TAM) stellt Technik vor allen Dingen dann eine Ressource dar, wenn der subjektive Nutzen für die Nutzenden offensichtlich und wenn die Technik einfach zu bedienen ist [20].

Oft sind die durch den Technikeinsatz ausgelösten Folgeprobleme die eigentlichen Belastungsfaktoren. Digitale Lösungen/Anwendungen können unter bestimmten Bedingungen im Pflegebereich belastend wirken, wenn z.B. die Pflegekräfte nicht ausreichend geschult wurden, um mit diesen adäquat umgehen zu können. Die elektronische Patient:innenakte kann zum Beispiel bei mangelnder Qualifikation und bei mangelnder Unterstützung durch technikaffine Kolleg:innen zu einer Belastung für die Pflegekräfte werden. Sie kann aber auch zu einer Entlastung führen, z.B. im Rahmen der Dokumentation von Pflegeleistungen [12, 21].

Die Zukunftsvisionen vieler Technikbegeisterter im Pflegebereich beinhalten Robotereinsatz und den Ausbau der Pflegeheime in Richtung Ambient Assisted Living, an deren Ende eine sensorgestützte Überwachung der Pflegesituation steht, die in einem „Kontrollraum“ stattfindet, in dem alle Informationen über die Pflegebedürftigen einlaufen [22]. Untersuchungen im Bereich der Behinderteneinrichtungen haben gezeigt, dass diese Form der Digitalisierung der Einrichtungen zwar von den Pflegebedürftigen und den Angehörigen positiv wahrgenommen wird, aber von den Betreuer:innen und den Pflegekräften als eher kritisch angesehen wird. Kritisch angesehen werden dabei die Akzeptanz und Anwendung der eingesetzten Techniken sowie unerwünschte Nebeneffekte, wie bspw. die Störanfälligkeit, die unternehmerische Nutzung des dadurch erzielten Personalüberschusses, die Finanzierbarkeit der Neuerungen sowie die Verringerung zwischenmenschlicher Kommunikation [17].

### *Organisationsstrukturen und -prozesse als Belastungs- und Ressourcenfaktoren der Pflegekräfte*

Die Belastungen aus den Organisationsstrukturen und -prozessen können vielfältiger Natur sein. In der Organisationsforschung werden diese Belastungen als Anforderungen aus Aufbau- und Ablauforganisation bezeichnet. Der Zweck der Aufbau- und Ablauforganisation ist es, Arbeit zu ermöglichen. Daher stellen beide Formen in erster Linie Ressourcen dar,

für die Organisation selbst und für die mitarbeitenden Pflegekräfte. Organisationsstrukturen und -prozesse sind für die Pflegekräfte unter Umständen allerdings auch eine Quelle von Belastung. Organisationsprozesse werden dann zu einer Belastung für Pflegekräfte, wenn die Prozesse nicht schlank genug organisiert sind, wenn sie doppelte Arbeit verursachen und wenn sie ineffizient organisiert sind. Typische Abläufe in diesem Bereich sind die so genannten Behandlungspfade in Krankenhäusern. Organisationsprozesse können durch Menschen oder digital ausgeführt werden. Bei der Ausführung durch Menschen kann es zu Koordinationsproblemen kommen und auch zu zwischenmenschlichen Konflikten.

Organisationsstrukturen können ebenfalls belastend sein. Wir unterscheiden im Folgenden drei Belastungsfaktoren:

1. Belastungen aus der hierarchischen Struktur,
2. Belastungen aus Personaluntergrenzen und
3. Belastungen aus Restrukturierung.

Belastungen aus der **hierarchischen Struktur** ergeben sich, wenn die Hierarchie statt zur Entlastung zu einem Problem wird. Diese kann zwei Ausprägungen annehmen: Belastung durch eine konkrete Führungskraft und durch die Form der hierarchischen Struktur, wie z.B. steile oder flache Hierarchie. Steile Pflegehierarchien entlasten Einzelpersonen von bestimmten Entscheidungen, berauben die Pflegekraft aber auch eines möglichen Handlungs- und Kontrollspielraums. Flache Hierarchien erhöhen den Handlungsspielraum für die Pflegekräfte. Sie erhöhen aber auch die Anforderungen, da nun Tätigkeiten, die früher von einer Führungskraft ausgeübt wurden, nun von den Mitarbeitenden übernommen werden müssen, z.B. im Rahmen von teilautonomen Teams [23].

**Personaluntergrenzen** einzuführen, stellt derzeit die Hauptmaßnahme dar, die Pflegenden zu entlasten und eine Grundversorgung der Patient:innen und Pflegebedürftigen sicherzustellen. Personaluntergrenzen sind daher in erster Linie eine Ressource für Pflegekräfte. Es gibt jedoch auch negative Nebeneffekte. So können Personaluntergrenzen dazu führen, dass eine Pflegekraft sich bei gegebener Krankheit dennoch nicht krankmeldet, wenn sie vermutet, dass dies dazu führen kann, dass die Station oder die OP stillgelegt wird. Die Arbeitsforschung nennt dieses Phänomen „Präsentismus“, also die Anwesenheit bei der Arbeit trotz Krankheit [24].

**Restrukturierungen** in der Klinik, im Pflegeheim und den ambulanten Diensten können sich auf

die Organisationsstrukturen und -prozesse beziehen. Beides bietet Chancen und Risiken für die Pflegekräfte. Chancen sind dann gegeben, wenn die Restrukturierung zu weniger Belastung führt, weil die Prozesse verschlankt werden. Dies ist zum Beispiel bei der Verschlinkung durch die Technik der Wertstromanalyse (Value Stream Mapping) gegeben [25]. Risiken sind dann gegeben, wenn bestimmte Pflegekräfte durch die Restrukturierung Einfluss, Ressourcen und Karrierechancen verlieren [26].

### *Interaktionen als Belastungs- und Ressourcenfaktoren bei Pflegekräften*

Mehrere Studien haben gezeigt, dass die zwischenmenschlichen Beziehungen in der Arbeit bei Pflegekräften sowohl positiv als auch negativ auf die Gesundheit wirken können. Wir unterscheiden daher die Möglichkeit, dass sich aus den sozialen Beziehungen in der Arbeit soziale Belastungen und/oder soziale Ressourcen ergeben können.

Soziale Belastungen ergeben sich aus Konflikten und Spannungen zwischen den Pflegekräften, zwischen der Pflegekraft und ihren Vorgesetzten als auch zwischen Pflegekräften und anderen Berufsgruppen (insbesondere Ärzt:innen). Auf die Belastungen, die von der Interaktion mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ausgehen können, wurde bereits eingegangen. Besonders kritisch sind Belastungen, die von der Führungskraft ausgehen. Im Extremfall kann ein toxischer Führungsstil vorliegen. Verschiedene Studien zeigen, dass eine belastende Führungskraft negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Pflegekräfte haben kann [27].

Es gibt zahlreiche Studien, die zeigen, dass gegenseitige Unterstützung zwischen den Pflegekräften und ein hohes Sozialkapital innerhalb der Pflegekräfte sich positiv auf die Gesundheit der Pflegenden auswirken. Bei der sozialen Unterstützung sind zwei Komponenten besonders zentral, die emotionale und die instrumentelle (konkret helfende) Unterstützung. Beides kann von Kolleg:innen und von Vorgesetzten geleistet werden, und hilft, das Risiko für die Entstehung von Burn-out bei Pflegekräften zu reduzieren [28]. Als Hintergrundfaktor spielt dabei das Sozialkapital in Form eines Wir-Gefühls, gemeinsamer Werte und eines guten Betriebsklimas innerhalb eines Pflege- oder Stationsteams eine besondere Rolle für Lernen, Bindung an den Arbeitgeber und Gesundheit [27, 29]. Ein geringes Niveau an sozialer Unterstützung und ein geringes Sozialkapital können daher auch als Belastungsfaktoren begriffen werden.

### **Die Pflegekraft selbst als Belastungsfaktor**

In der Regel wird der oder die Belastete nicht selbst als Belastung begriffen. Das Konzept der psychischen Belastung nach DIN geht davon aus, dass psychische Belastungen nur solche Belastungen sind, die von außen auf die Person einwirken [30]. Es gibt jedoch auch Situationen in der Pflege, in denen die Belastung vor allen Dingen dadurch entstehen, dass sich die Pflegekräfte selbst unter Druck setzen, weil sie eigene hohe Ansprüche an sich und ihre Arbeit haben. In diesem Fall entsteht die Belastung nicht durch die Kolleg:innen, nicht durch die Vorgesetzten oder nicht durch das Klinikmanagement, sondern durch die Pflegekraft selbst. Gerade Pflegekräfte sind anfällig für diese Art der selbstgemachten Belastung. Viele Pflegekräfte haben ihren Beruf gewählt, weil sie anderen Menschen helfen wollen. Dieser Anspruch kann dazu führen, dass man keinen Abstand mehr zum Arbeitsgegenstand – hier dem Mensch – hat und mehr arbeitet, als man müsste. In der Arbeitswissenschaft wird dieses Phänomen auch als Overcommitment bezeichnet [31].

Die bereits betrachteten Belastungsfaktoren aus den Bereichen der Gesellschaft und der Versorgungsorganisation werden häufig mit erhöhten Gesundheitskrisen für die Betroffenen assoziiert [12]. Generell lässt sich feststellen, dass im Vergleich der Arbeitsbedingungen, die im Pflegeberuf über fast alle Ebenen der Belastungsfaktoren hinweg negativer als im Gesamtdurchschnitt aller Berufsgruppen ausfallen [12].

### **Maßnahmen zur Verringerung der Belastungen bei Pflegekräften**

Bei den möglichen Maßnahmen zur Verringerung der Belastungen bei Pflegekräften gehen wir weiter von dem vorgestellten K-S-P-Modell aus und betrachten die dargestellten verschiedenen Ebenen in Hinblick auf ihr Potential, Belastungen zu reduzieren und Ressourcen zu fördern.

#### *Maßnahmen auf der kulturellen Ebene*

Ziel von Gegenmaßnahmen ist es, die drei großen Ebenen Kultur, Sozialsysteme und Person so zu beeinflussen und zu gestalten, dass daraus weniger Belastung für die Pflegekräfte erwachsen. Nach dem bisherigen Stand der Erkenntnisse lässt sich sagen, dass unter den drei Elementen die Kultur am schlechtesten zu beeinflussen ist, dann folgen die Sozialsysteme und dann die Person. Die Person selbst

ist somit vergleichsweise am einfachsten zu beeinflussen.

Es gibt Optimist:innen unter den Kulturexpert:innen, die davon ausgehen, dass man Kultur, vor allem die Organisationskultur, schnell ändern kann, zum Beispiel durch Organisations- und Personalentwicklung, durch Einführung eines Klinik-Leitbildes und/oder durch Führung [32]. Pessimist:innen unter den Kulturexpert:innen gehen jedoch davon aus, dass eine Änderung der Kultur erst nach ein bis zwei Generationen von Arbeitnehmenden möglich ist. Nimmt man eine mittlere Position ein, so kann man davon ausgehen, dass Änderungen der Pflegekultur und der Medizinkultur zumindest ein bis zwei Jahrzehnte benötigen. Dies ergibt sich allein schon aus den zeitlichen Notwendigkeiten einer Änderung wie sie z.B. in dem Diffusionsmodell von Rogers dargelegt ist. So brauchen Pionier:innen auf diesem Gebiet mehrere Jahre bis sie ihre Position formuliert und diese öffentlichkeitswirksam publiziert und verbreitet haben. Danach müssen die frühen Follower:innen gewonnen werden und danach die weiteren Gruppen [33]. Erst wenn eine Mehrheit überzeugt ist, finden diese neuen Werte und Ideen Eingang in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte. Bis diese dann im Beruf angekommen sind und dort dann die herrschende Pflege- und Organisationskultur in ihrem Sinne verändern, vergehen ebenfalls wieder Jahre. Aus diesem Grund sind die Bottom-Up-Pfeile in dem Gegenstrom-Modell schwächer ausgeprägt als die Top-Down-Pfeile. Diese Sichtweise soll allerdings nicht entmutigen, sondern ermutigen, Kulturänderungen anzugehen und dafür allerdings einen langen Atem mitzubringen. Kulturänderung fängt beim Einzelnen an und führt über kollektive Änderungen bis hin zu institutionellen Änderungen. Kulturänderung erfolgt in der Regel von unten nach oben und geht oft mit einer sozialen Bewegung einher.

#### *Maßnahmen auf der Ebene der Sozialsysteme*

Wir unterscheiden Maßnahmen auf der Ebene der Gesellschaft, der Organisationen und der Interaktion (GOI-Maßnahmen).

#### *Maßnahmen auf der Ebene der Gesellschaft*

Der Haupthebel zur Bewältigung der Belastungen der Pflegekräfte ist auf der Ebene der Gesellschaft zu finden und hier in der Politik, insbesondere in der Gesundheitspolitik. Dabei finden Entscheidungen an zwei Stellen statt. Erstens muss auf der Bundesebene entschieden werden, wie viel Prozent des Bruttoinlandsprodukts für die Gesundheit ausgege-

ben wird und wie viel dann nicht für andere gesellschaftliche Bedürfnisse (Bildung, Verteidigung, Reisen, Wohnen, Ernährung). Zweitens stellt sich dasselbe Verteilungsproblem eine Ebene tiefer auf der Ebene der Gesundheitspolitik, wenn es darum geht festzulegen, in welche Bereiche des Gesundheitssystems die festgelegte Höhe der Gesundheitsausgaben fließen sollen: zu den Pflegekräften, zu den Ärzt:innen, den Kliniken, den Pflegeheimen etc. Diese Verteilung wird vorwiegend durch die Selbstverwaltung ausgehandelt. Um Einfluss auf diesen Verteilungsprozess zu nehmen, ist es wichtig, dass die größte Berufsgruppe des Gesundheitswesens in Form von Pflegeberufekammern Teil dieser Selbstverwaltung wird. Die Schaffung eines resilienten Gesundheitssystems ist eine weitere wichtige gesellschaftspolitische Maßnahme. Vorschläge dazu liegen vor [34].

#### *Maßnahmen zur Verringerung der Belastungen auf der Ebene der Organisation*

Im Bereich des Organisationssystems unterscheiden wir – entlang des ATOM-Modells (vgl. **»»** Abb. 2) – die Elemente: Arbeitstätigkeit, Technik, Organisationsstrukturen und -prozesse und Menschen (Interaktions- und Beziehungsmaßnahmen).

#### *Arbeitstätigkeit*

Auf der Arbeitsebene sind vor allen Dingen Maßnahmen zur Verbesserung des Tätigkeitsspielraums und zur Verringerung der Arbeitsintensität vorstellbar. In der Arbeitswissenschaft unterscheidet man zwischen Entscheidungsspielraum und dem Tätigkeitsspielraum. Bei einem hohen Entscheidungsspielraum hat die einzelne Pflegekraft mehr Möglichkeiten, selber zu entscheiden, welche Tätigkeit, wie, wo und wann ausgeführt werden soll. Wird dagegen der Tätigkeitsspielraum ausgeweitet, hat dies den Effekt für die Pflegekraft, dass sie zwar nicht mehr als vorher zu entscheiden hat, dafür aber die Vielfalt der möglichen Tätigkeiten erweitert wird. Maßnahmen zur Verbesserung des Entscheidungsspielraums werden in der Arbeitswissenschaft als Arbeitsanreicherung (Job Enrichment) [35] und Ansätze zur Erweiterung des Tätigkeitsspielraums werden als Arbeitserweiterung (Job Enlargement) angesehen und finden allmählich Eingang in die Pflege [36]. Eine besondere Form der Erweiterung des Tätigkeitsspielraums stellt die Maßnahme „Job Rotation“ dar [37]. In diesem Fall wechseln die Pflegekräfte die Arbeitstätigkeit in einem regelmäßigen oder unregelmäßigen Abstand [38]. Dies führt auf Dauer zur Entstehung des wichtigen Flexibilitätsinstruments der polyvalenten Teams. Polyvalenz

bedeutet, dass jede Pflegekraft im Pflorgeteam alle Funktionen im Team ohne Qualitätseinbuße übernehmen kann [39]. Studien zeigen, dass flexibilitäts erhöhende Rotationsmaßnahmen positive Effekte zeigen können [40]

Die Verbesserung des Tätigkeitsspielraums von Pflegekräften erfolgte durch die Formulierung von Vorbehaltsaufgaben in der Pflege, wie die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege [41]. Darüber hinaus können höherwertige Tätigkeiten in der Organisation an die Pflegekräfte übertragen werden oder mittels organisationsinternen Standards der Tätigkeits- und Entscheidungsspielraum der Pflegekräfte erweitert werden.

Maßnahmen zur Verringerung der Arbeitsintensität können vielfältiger Natur sein. In der Diskussion über die Belastung und Entlastung der Pflegekräfte spielt natürlich als Maßnahme Nummer eins die Personalaufstockung eine bedeutende Rolle. Mehr Personal für die gleichen Aufgaben verspricht eine Entlastung des Personals [42]. In diese Richtung gehen Maßnahmen, die eine Untergrenze für das Personal festlegen. Die Erfahrung zeigt, dass dies eine sehr wirksame Maßnahme ist [43]. Sie sollte jedoch begleitet werden von Bemühungen zur Verbesserung der Strukturen und Prozesse in der Arbeit. Weitere Möglichkeiten zur Verringerung der Arbeitsbelastung stellen die Implementierung eines Prozesses zur „Kontinuierlichen Verbesserung“ (KVP-Zirkel) [44], die Implementierung von Arbeitssituationsanalysen [37] oder die Nutzung der Wertstromanalyse [25] zur Reduktion prozessbedingter Belastungen in der Pflege dar.

### Technik

Maßnahmen zur Reduzierung der Technikbelastungen bei Pflegekräften können entlang des Technologieakzeptanzmodell (TAM – Modell) entwickelt und durchgeführt werden. Nach diesem Modell wird Technologie akzeptiert und als nicht gesundheitlich beeinträchtigend empfunden, wenn die Technologie von den Pflegekräften leicht zu handhaben ist (ease of use) und wenn die Technologie für die Pflegekraft einen subjektiven Nutzen hat und somit subjektiv eine Ressource darstellt. Beim Aspekt der Leichtigkeit der Handhabung geht es darum, ob diese Technikressource auch so einfach zu bedienen ist, dass sie eine wirkliche Ressource darstellt und nicht zur Belastung wird [45].

Maßnahmen zur Reduktion der Belastung der Pflegekräfte durch Technologieinsatz im Sinne der

digitalen Transformation setzen daher auf mindestens drei Ebenen an: Die digitale Innovation muss von Nutzen sein, aber nicht nur für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst, das Krankenhaus oder den Pflegedienst als Organisation, sondern sie muss einen spürbaren Nutzen für die Pflegekraft selbst haben [12, 21]. Der nächste Ansatzpunkt ist zu fordern, dass die digitale Innovation im Pflegebereich leicht zu handhaben ist, so dass nicht die Handhabung selbst zum Belastungsfaktor wird [12, 21]. Die dritte Maßnahme stellt die Qualifizierung der Pflegekräfte für den digitale Innovation dar [46].

Generell gilt, dass die digitale Transformation gestaltbar ist und nicht als „gegeben“ hingenommen werden sollte. Dies setzt auch die Partizipation der Pflegekräfte bei der Planung, Gestaltung, Einführung und Umsetzung der digitalen Innovation voraus. Nur durch Partizipation kann die digitale Innovation an die Bedürfnisse der Pflegekräfte vor Ort angepasst werden [47]. Unter Beachtung dieser vorgenannten Punkte kann die Digitalisierung zur Entlastung der Pflegekräfte, z.B. durch vereinfachte Dokumentation, zentrale Monitorüberwachung und automatisierte Bestellung, beitragen.

### Maßnahmen auf der Ebene der Organisationsstrukturen und -prozesse

Da die Organisationsstrukturen und -prozesse in Versorgungsorganisationen den Rahmen bilden für die auftretenden Belastungen, ist es zentral, Belastungsprävention auf diese Strukturen und Prozesse auszurichten. Es wurde schon angedeutet, dass der Entscheidungs- und Tätigkeitsspielraum eine wesentliche Ressource für die Menschen darstellt. Die Organisationsstrukturen und -prozesse können diese Dimension unterstützen, indem zum Beispiel Hierarchieebenen aus der Organisation entfernt werden (Lean Management). Dies hat zur Folge, dass die Menschen auf jeder einzelnen Hierarchieebene mehr Verantwortung und mehr Entscheidungsspielraum bekommen [48]. Eine andere Organisationsform, die zu mehr Autonomie führt, ist die Einführung von teilautonomen Pflorgeteams. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie bis auf wenige Ausnahmen selbst bestimmen können, wie die Arbeit organisiert wird, und zwar gemeinsam als Gruppe. Teilautonome Pflorgeteams haben praktisch keine richtigen Vorgesetzten mehr, sondern allenfalls gewählte Gruppensprecher, die für die Kommunikation nach oben zuständig sind. Das Konzept der teilautonomen Teams ist mit dem Konzept des Lean Managements verbunden, denn die Entfernung

einer Hierarchieebene ist auf der unteren Ebene oft nur möglich, wenn die Aufgaben der fehlenden Führungskraft von der teilautonomen Gruppe übernommen wird [49]. Die Erweiterung des Entscheidungs- und Tätigkeitsspielraums muss jedoch auch mit einer Entlastung von nicht pflegerischen Tätigkeiten einhergehen, wie die Übertragung der Essensausgabe an Servicekräfte.

Eine andere wichtige Maßnahme zur Reduktion der Belastungen in der Pflegearbeit ist die Vermeidung von Gratifikationskrisen. Eine Gratifikationskrise kann entstehen, wenn Einzelne sehr viel arbeiten müssen und dafür eine geringe materielle oder immaterielle Entlohnung bekommen. Im Rahmen der immateriellen Entlohnung wird zwischen Lob und Anerkennung einerseits und Status andererseits unterschieden. Maßnahmen zur Reduktion der Gratifikationskrise setzen daran, die materielle Entlohnung für die Pflegekräfte zu steigern [50], Lob und Anerkennung im Rahmen einer Wertschätzungskultur zu steigern [51] und zusätzliche Statuschancen im Pflegebereich (z.B. besondere Positionen außerhalb der Hierarchie) zu schaffen [52]. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass es einen Konflikt geben kann zwischen der Verschlankung einer Versorgungsorganisation und den Karrierechancen. Die Verschlankung einer Organisation kann zu flacheren Hierarchien führen, die mehr Entscheidungs- und Kontrollspielraum bieten. Allerdings bieten flache Hierarchien im Gegensatz zu steilen Hierarchien weniger Aufstiegschancen.

Die Stärkung zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderung und Prävention, einhergehend mit einem Qualitätssicherungskonzept, verfolgt das Ziel, Belastungen am Arbeitsplatz vorzubeugen, die Gesundheit zu stärken und das Wohlbefinden von Pflegekräften an ihrem Arbeitsplatz zu verbessern und langfristig zu erhalten. Die Weiterentwicklung und Förderung der Gesundheitskompetenzen der Pflegekräfte, umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden. Eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz fördert die langfristige Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung [53] und steigert die Lebensqualität [12].

### Interaktions- und Beziehungsmaßnahmen

Soziale Interaktionen finden im Pflegebereich alltäglich statt. Der Pflegeberuf zählt zu den Berufen, die wesentlich durch Interaktionsarbeit gekennzeichnet sind. Unter den Interaktionsberufen weisen die Pfl-

geberufe das höchste Maß an Belastung aus der Interaktionsarbeit auf [9]. Interaktionen bestehen nicht nur zu Patient:innen, sondern auch zu Angehörigen, Ärzt:innen und Manager:innen. Bei den Maßnahmen zur Reduktion von Interaktionsbelastungen muss zuvor eine genaue Analyse erfolgen, welche Ebene für die konkreten Interaktionsprobleme vor Ort verantwortlich sind. Beispielsweise können Konflikte zwischen einer Pflegekraft und einem Arzt genderbasiert, berufsgruppenbedingt, abteilungsbedingt oder persönlich bedingt sein. Je nach Hintergrund ergeben sich andere Maßnahmen (z.B. Intergruppenentwicklung, interkulturelles Training).

Maßnahmen auf der Interaktions- und Beziehungsebene können bei den Vorgesetzten, bei den Kolleg:innen und bei den Mitarbeiter:innen anderer Berufsgruppen ansetzen. Auf allen drei Ebenen gelten im Prinzip dieselben Maßnahmen, solange sie genereller Natur sind wie zum Beispiel a) Reduktion von sozialen Konflikten durch Konfliktmanagement, b) Schaffung von Sozialkapital und eines Unterstützungsklimas in der Organisation und c) sofortige Eindämmung von Mobbing (Null Toleranz bei Ausgrenzungen).

**Konfliktmanagement:** Hier geht es darum, zum Beispiel bei Teams über Teamcoaching oder Teamsupervision, Probleme im Vorfeld aufzuspüren und zu begrenzen. Sind die Konflikte bereits stark vorhanden, geht es darum, über Supervision, Teamcoaching und Teamentwicklung soziale Konflikte zu analysieren und deren Ursachen auf den Grund zu gehen [40]. In diesem Bereich ist es eine besondere Aufgabe der Führungskräfte, entstehende soziale Konflikte früh zu erkennen und einzugreifen [27]. Ein Problemfall ist gegeben, wenn die Führungskraft selbst die Belastungsquelle ist. Toxische Führungskräfte sind ein Fall für das Topmanagement und die Personalabteilung. Gängige Praxis ist, Umstrukturierungen abzuwarten und im Rahmen der Umstrukturierung dann die belastende Führungskraft aus ihrer Führungsposition zu nehmen und sie zu einer nicht leitenden Kraft zu machen. Hier ist es oft notwendig, Ersatzpositionen zu finden, die dem Status der Person entsprechen und keine Degradierung darstellen.

**Aufbau von Sozialkapital und Schaffung eines Unterstützungsklimas:** Die Beziehungsqualität kann von extrem hoher sozialer Belastung bis hin zur vollkommen unterstützenden Beziehung reichen. In der Mitte befindet sich die neutrale Beziehung. Sie ist weder belastend noch unterstützend. Ein Unterstützungsklima kann geschaffen werden, wenn die gegenseitige Unterstützung zu einem Leitbild in der Organisation gemacht wird, Führungskräfte dies vorleben und die

strukturellen Möglichkeiten schaffen, sich gegenseitig zu helfen [29]. Ein wichtiger Hintergrundfaktor für ein gutes Unterstützungsklima ist ein hohes Sozialkapital. Investitionen in ein hohes Sozialkapital zahlen sich auf Dauer aus. Das Sozialkapital kann im Pflegebereich erhöht werden [54]. Dazu zählen Maßnahmen wie die Betonung des „Wir“ in Reden, Ansprachen und Publikationen, die Schaffung einer gemeinsamen Wertebasis, das Herstellen eines gemeinsamen Grundverständnisses (z.B. über Grundverständnis-Workshops), die Etablierung eines guten Betriebsklimas und gemeinsame Kaffeepausen (Treffpunkt Kaffeemaschine). Die Schaffung eines Vertrauensklimas ist dabei zentral [55]. Das Betriebsklima kann durch bewährte Instrumente wie Betriebsfeiern, Weihnachtsfeiern aber auch das Feiern von Erfolgen im Team gesteigert werden.

**Eindämmung von Mobbing-Erscheinungen:** Aus der Mobbingforschung ist bekannt, dass die Ausgrenzung einer einzelnen Person, wenn sie sich über eine längere Zeit hinweg erstreckt, schwerlich rückgängig gemacht werden kann: Oft entsteht ein Ping-Pong-Spiel zwischen dem Mobbing-Opfer und den Mobbing-Täter:innen, an dessen Ende oft nicht mehr klar ist, wer Täter:in und wer Opfer war. Es ist primäre Aufgabe von Führungskräften, solche Ausgrenzungstendenzen früh zu erkennen und intervenierend einzuschreiten. Damit setzen sie ein Zeichen an die Beteiligten und die Belegschaft, dass ausgrenzendes Verhalten nicht akzeptiert wird. Wir wissen aus den Sozialwissenschaften, dass Nichtreagieren auch ein Verhalten ist. Nach Watzlawick kann man nicht nicht kommunizieren. Wenn wir nichts sagen, signalisieren wir, dass das Nichtstun die präferierte Option ist [56].

**Anti-Gewaltprogramme:** Eine wesentliche Maßnahme zur Eindämmung der von Patient:innen und Angehörigen ausgeübten kleineren und größeren Gewaltübergänge ist das Training von Gewalt-Deeskalation. Fortschrittliche Pflegeheime haben solche Programme bereits seit mehreren Jahren erfolgreich aufgelegt. Dies gilt auch für die ambulante Pflege [57].

**Interprofessionelles Verständnis üben:** Interaktionsbelastungen können – wie oben gezeigt – auch und vor allem zwischen den Professionellen auftreten, also zwischen den Pflegekräften selbst und zwischen der Profession der Pflegekräfte und der Profession der Ärzt:innen. Grundprobleme bei der interkulturellen Professionsarbeit sind das fehlende Grund- und Einverständnis, die verschiedenen Sprachen und vor allem die verschiedenen Sichtweisen. Um eine Annäherung der Sichtweisen zu erreichen, ist einerseits eine stärkere Kommunikation zwischen den Be-

rufgruppen nötig. Diese kann erzeugt werden, indem z.B. interprofessionelle Treffen und Meetings zur Pflicht werden. Hier gilt die Regel von Homans, dass mit der Anzahl der Kontakte die Wahrscheinlichkeit für entstehende Sympathie steigt [58]. Der Ansatz, Pflegekräfte und Ärzt:innen gemeinsam auszubilden, setzt schon bei der Sozialisierung in die Profession an. Eine andere Methode zur Erzielung eines gezielten, auf ein Problem gerichteten Einverständnisses zwischen Professionen ist der Einsatz von kollektiv geteilten Organisationskarten. In diesem Fall erstellt jede Berufsgruppe für sich eine Ursache-Wirkungs-Karte über die möglichen Ursachen eines Behandlungsproblems (z.B. fehlerhafte Medikamentierung). Nachdem beide Gruppen eine „mind map“ der Ursachen des Problems angefertigt haben, werden beide Gruppen zusammengebracht und dazu ermuntert, die Karte der anderen Berufsgruppe zu analysieren und zu kommentieren. Danach sollen beide Gruppen zusammen eine gemeinsame kognitive Karte des gemeinsamen Problems entwickeln. Dies fördert die Entwicklung einer gemeinsamen Sicht der Dinge und des Einverständnisses [18].

### *Personenbezogene Maßnahmen zur Reduktion der Belastungen bei Pflegekräften: Pflegekräfte im Fokus*

Bei den personenbezogenen Maßnahmen können verschiedene Maßnahmenblöcke unterschieden werden: Wertebezogene, wissensbezogene, einstellungsbezogene, selbstwirksamkeitsbezogene und resilienzbezogene Maßnahmen, sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und der Achtsamkeit.

**Wertebezogene Maßnahmen:** Maßnahmen zur Veränderung der persönlichen Werte der Pflegekräfte, die zu einer Veränderung der Belastungen führen, sind nur begrenzt erfolgreich. Die persönlichen Werte sind nicht nur persönlichkeitsbedingt, sondern werden durch mehrere Sozialisationsprozesse über Jahrzehnte hinweg geprägt, so dass sie auch nur langfristig über Training (z.B. Overcommitment-Training) und Klinikpolitik (z.B. Leitbild) so geändert werden können, dass daraus weniger Selbstaufopferung und Selbstausschöpfung resultiert.

**Wissensbezogene Maßnahmen:** Es ist zentral für Pflegekräfte auf dem neuesten Stand des Wissens im Bereich der medizinischen Behandlung und der Pflegebehandlung zu sein, um bei der Pflege und Behandlung der zu Pflegenden immer auch auf der sicheren Seite zu sein. Dies bedeutet einerseits, dass die Pflegekräfte durch systematische Aus- und Fortbildung auf dem neuesten Stand der in ihrem Bereich geltenden Leitlinien und Expertenstandards gehalten



werden und dass auch ein Mindestmaß an Präventions- und Gesundheitsförderungswissen vorhanden ist, um die Belastungs-Ressourcen-Bilanz bei der eigenen Arbeit selbständig regulieren zu können.

**Einstellungsbezogene Maßnahmen:** Wichtige Einstellungen sind die Einstellung zur Arbeit, die Einstellung zum Beruf und die Einstellung zur Versorgungsorganisation, in der man tätig ist. Der Idealfall ist gegeben, wenn diese Einstellungen jeweils einzeln positiv ausgeprägt sind. Im gegenteiligen Fall stellt eine wichtige Strategie die dar, durch Absprachen zwischen Führungskräften und Nicht-Führungskräften eine Win-Win-Situation herzustellen. Dabei wird ein Fit hergestellt zwischen den Einstellungen der einzelnen Pflegekraft und der Arbeit in der konkreten Versorgungsorganisation. Dies läuft auf eine flexible Anpassung des psychologischen Arbeitsvertrages durch implizite Vereinbarungen hinaus [59]. Eine besondere Art der Einstellung, die gesundheitsrelevant ist, stellt das Overcommitment (übersteigerte Verausgabungsbereitschaft) dar. Neben der eigenen Person setzt vor allem auch die Pflegegemeinschaft die Standards, so dass Berufsgruppen- und Teamstandards gelten, die oft übernommen werden. Ist dies eine wesentliche Ursache für individuelles Overcommitment, so wäre eine Gegenmaßnahme darin zu sehen, in den Pflegeteams das Thema Overcommitment zu thematisieren und ein gemeinsames Einverständnis zur Handhabung dieses Problems zu erzielen.

**Selbstwirksamkeitsbezogene Maßnahmen:** Selbstüberzeugungen sind, falls sie positiv ausfallen, zentrale Gesundheitsressourcen des Menschen. Phänomene wie Kontrollüberzeugung, hohes Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit puffern Stress ab und fördern direkt die Gesundheit der Arbeitenden, dies gilt auch für Pflegekräfte [52]. Maßnahmen zur Förderung der Selbstwirksamkeit sind z.B. konkrete Simulations-Workshop zum Training von spezifischen Fertigkeiten (z.B. Erste-Hilfe-Maßnahmen) [60].

**Resilienzstärkende Maßnahmen:** Maßnahmen, die die Resilienz von Pflegekräften steigern können, sind Maßnahmen zur Steigerung der Teamkohäsion und des Sozialkapitals im Team und Trainings, die dabei helfen, Emotionen besser zu verarbeiten und von Erfahrungen zu lernen [61].

**Maßnahmen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und der Achtsamkeit:** Es gibt mittlerweile genügend Evidenz, dass Maßnahmen zur Erhöhung der Achtsamkeit und der Körperwahrnehmung die Gesundheit verbessern können [62]. Sie müssen jedoch immer wieder angewandt werden, um eine nachhaltige Wirkung entfalten zu können [63].

### Fazit

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass die Belastungen und Ressourcen der Pflegekräfte vielfältiger Art sein können und aus verschiedenen Quellen stammen können. Dies bedeutet, dass die Prävention im Pflegebereich auf mehreren Ebenen gleichzeitig ansetzen sollte. Dies beginnt auf der Ebene der Gesellschaft und des Staates und reicht über Organisationsmaßnahmen bis hin zu Teammaßnahmen und individuellen Strategien. Auf all diesen Ebenen kann man kurzfristige, mittelfristige und langfristige Maßnahmen unterscheiden. Zu den langfristigen Maßnahmen zählen der Werte- und Einstellungswandel in der Gesellschaft, in Kliniken und Pflegeheimen, in der Berufsgruppe der Pflegenden und bei den Pflegekräften selbst. Mittelfristige Maßnahmen setzen vor allen Dingen an den Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozessen an, die die Pflegekräfte belasten. Dies beinhaltet die Änderung der Rahmenbedingungen im Bereich der Gesundheitspolitik sowie der Kliniken, Pflegeheime und ambulanten Dienste. Beispiele hierfür sind die Bildung teilautonomer Pflegeteams, die Verschlinkung von Hierarchien, die Optimierung des Behandlungsablaufs und des Arbeitsprozesses durch Etablierung von kontinuierlichen Verbesserungsprozessen oder durch Anwendung von Wertstromanalysen. Kurzfristige Maßnahmen, wie Trainingsmaßnahmen, verbessern das Wissen und die Fertigkeiten oder verbessern durch Einstellung von mehr Personal direkt das Stressniveau. Aus unserer Sicht stellen Kliniken, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste, die eine Präventionskultur pflegen, ihre Strukturen und Prozesse menschengerecht gestalten und die einzelne Pflegekraft dazu befähigen, sich selbst, die Arbeitsbedingungen und die eigene Gesundheit zu managen, die beste Voraussetzungen dafür, dass die Pflegekräfte langfristig motiviert und gesund bleiben.

### Literatur

1. Pförtner T-K, Hower K, Pfaff H, AG Pflege, Gesundheit, Altern des Kompetenznetzes Public Health zu COVID-19. Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona – Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? 2. wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Leitungskräften; 2021.
2. Pfaff H. Versorgungsforschung – Methoden und Ziele. Was ist Versorgungsforschung? Definition, Versorgungsmodell, Akteure und Praxisbeispiele. Frankfurter Forum: Diskurse 2020:8–15.
3. Strauss A, Schatzman L, Ehrlich D, Bucher R, Sabshin M. The hospital and its negotiated order. In: Freidson E (Ed.). The hospital

- in modern society. London: The Free Press of Glencoe; 1963. pp. 147–169.
4. Luhmann N. Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie, 18th ed. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1994.
  5. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. €; 2022. [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=71593001&p\\_sprache=D&p\\_help=4&p\\_indnr=522&p\\_indsp=&p\\_ityp=&p\\_fid=#SOURCES](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=71593001&p_sprache=D&p_help=4&p_indnr=522&p_indsp=&p_ityp=&p_fid=#SOURCES) [Zuletzt abgerufen am 5. September 2022].
  6. Health at a Glance 2021: OECD; 2021.
  7. Pfaff H, Pförtner T-K. Gesundheitssystemgestaltung, Versorgungsgestaltung und Versorgungsentwicklung. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.). Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer VS; 2016. pp. 327–340.
  8. Bauer R. Personenbezogene soziale Dienstleistungen. Begriff, Qualität und Zukunft. Wiesbaden: Westdt.-Verl; 2001.
  9. Bauknecht J, Wesselborg B. Psychische Erschöpfung in sozialen Interaktionsberufen von 2006 bis 2018. Prävention und Gesundheitsförderung 2022; 17:328–335.
  10. Bauer GF, Vogt K, Inauen A, Jenny GJ. Work-Soc – Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2015; 23:20–30.
  11. Auffenberg J, Heß M. Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern: Zentrale Wissenschaftliche Einrichtungen und Kooperationen; 2021.
  12. Jacobs K, Kuhlmeiy A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.). Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2020.
  13. Schöllgen I, Schulz A. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Emotionsarbeit. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA); 2016.
  14. Zeh A, Schablon A, Wohler C, Richter D, Nienhaus A. Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – Ein Literaturüberblick/Violence and aggression in care-related jobs – a literature overview. Gesundheitswesen 2009; 71:449–459.
  15. Behr T. Positionspapier: Psychische Belastungen in der Pflege und die Rolle der Pflegedokumentation. In: Behr T (Ed.) Aufbruch Pflege: Hintergründe – Analysen – Entwicklungsperspektiven, 1st ed. Wiesbaden: Springer Gabler; 2015. pp. 163–186.
  16. Berling J. Delegationsmodelle für vertragsärztliche Leistungen. In: Knieps F, Pfaff H (Hrsg.). Gesundheit in Regionen: Zahlen, Daten, Fakten; BKK Gesundheitsreport 2014. Berlin: Medizinisch Wiss. Verl.-Ges; 2014. pp. 217–220.
  17. Driller E, Karbach U, Stemmer P, Gaden U, Pfaff H, Schulz-Nieswand F. Ambient Assisted Living: Technische Assistenz für Menschen mit Behinderung. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 2009.
  18. Barth S, Pfaff H. Organisationskarten. In: Kühl S, Strotholz P, Taffertshofer A (Hrsg.). Handbuch Methoden der Organisationsforschung: Quantitative und Qualitative Methoden. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss; 2009. pp. 216–228.
  19. Pfaff H. Arbeit, Technik und Gesundheit: Zur Soziologie der Gesundheit am Beispiel der Ingenieurarbeit. Berlin: Technische Universität Berlin; 1995.
  20. Karbach U, Driller E, Stemmer P, Pfaff H. Technikakzeptanz in der Behindertenhilfe. In: Ambient Assisted Living: Technische Assis-
  - tenz für Menschen mit Behinderung. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 2009. pp. 105–133.
  21. Zölllick JC, Kuhlmeiy A, Suhr R, Eggert S, Nordheim J, Blüher S. Akzeptanz von Technikeinsatz in der Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmeiy A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.). Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2020. pp. 211–218.
  22. Graf B. Assistenzroboter für die Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2020; 53:608–614.
  23. Kräkel M. Self-organizing teams. Economics Letters 2017; 159:195–197.
  24. Pilette PC. Presenteeism in nursing: a clear and present danger to productivity. JONA: The Journal of Nursing Administration 2005; 35:300–303.
  25. Dittmer K, Hower KI, Beckmann M, Karbach U, Pfaff H. A qualitative study of the adoption of Value Stream Mapping in breast cancer centers. Eur J Oncol Nurs 2021; 54:102037.
  26. Lindström K, Joensuu M. Competence development and well-being of hospital nursing personnel during organizational restructuring. In: Richter P, Peiró JM, Schaefeli WB (Eds.). Psychosocial resources in health care systems. München: Hampf; 2007. pp. 171–180.
  27. Backman A, Sjögren K, Lövheim H, Edvardsson D. Job strain in nursing homes – Exploring the impact of leadership. J Clin Nurs 2018; 27:1552–1560.
  28. Hou T, Zhang T, Cai W, Song X, Chen A, Deng G, et al. Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. PLoS One 2020; 15:e0233831.
  29. Nitzsche A, Kuntz L, Miedaner F. Staff working in hospital units with greater social capital experience less work-home conflict: secondary analysis of a cross-sectional study. Int J Nurs Stud 2017; 75:139–146.
  30. V. Normenausschuss Ergonomie FNerg im DIN Deutsches Institut für Normung e. Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Teil 1: Allgemeines und Begriffe. Deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2000; 01.11.2000.
  31. Nolte A. Auswirkungen von Overcommitment auf den subjektiven Gesundheitszustand bei Bankmitarbeitern. Prävention und Gesundheitsförderung 2009; 4:301–306.
  32. Fei K, Vlasses FR. Creating a safety culture through the application of reliability science. Journal for Healthcare Quality 2008; 30:37–43.
  33. Lee TT. Nurses' adoption of technology: application of Rogers' innovation-diffusion model. Appl Nurs Res 2004; 17:231–238.
  34. Hollnagel E, Braithwaite J. Resilient health care. London: CRC Press; 2019.
  35. Yang S-B, Lee K-H. Linking empowerment and job enrichment to turnover intention: the influence of job satisfaction. International Review of Public Administration 2009; 14:13–23.
  36. Kurt Landau. Pflege gestalten: ergonomia; 2020.
  37. Faizan M, Nawaz MM, Khan SM. Impact of job rotation on employee motivation, commitment and job involvement in banking sector of Pakistan. African Journal of Business Management 2012; 6.
  38. Hornung. Nachhaltiges Personalmanagement in der Pflege: Das 5-Säule Konzept. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2013.

39. Goldgruber J, Hohensinner H-J. Kulturwandel in der Pflege. *Pro-Care* 2022; 27:44–47.
40. Pryce J, Albertsen K, Nielsen K. Evaluation of an open-rota system in a Danish psychiatric hospital: a mechanism for improving job satisfaction and work-life balance. *J Nurs Manag (Journal of Nursing Management)* 2006; 14:282–288.
41. Gesetz über die Pflegeberufe 1: PflBG; 17.07.2017.
42. Hamborg K-C, Holling H (Hrsg.). *Innovative Personal- und Organisationsentwicklung*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe; 2003.
43. McHugh MD, Aiken LH, Sloane DM, Windsor C, Douglas C, Yates P. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *The Lancet* 2021; 397:1905–1913.
44. Gerlmaier A, Latniak E (Hrsg.). *Handbuch psycho-soziale Gestaltung digitaler Produktionsarbeit: Gesundheitsressourcen stärken durch organisationale Gestaltungskompetenz*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019.
45. King WR, He J. A meta-analysis of the technology acceptance model. *Information & Management* 2006; 43:740–755.
46. Evans M, Hielscher V, Voss-Dahm D. *Damit Arbeit 4.0 in der Pflege ankommt: Wie Technik die Pflege stärken kann*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung; 2018.
47. Pfaff H, Zeike S. Digitalisierung von Arbeit und Gesundheit: ein Überblick. In: Knieps F, Pfaff H (Hrsg.). *Digitale Arbeit – Digitale Gesundheit: Zahlen, Daten, Fakten mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2017. pp. 23–31.
48. Thiele D (Ed.). *Lean Management in der Pflege: QM-Pflege 4.0*. Springer VS; 2019.
49. Bostelaar RA, Kießling C. *Patienten-Service im Krankenhaus: Ein strategisches Instrument für das Gesundheitsunternehmen der Zukunft: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG*; 2010.
50. Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Peter R, Next-Study Group. Effort-reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2004; 10:401–408.
51. Hsu CP, Chang C-W, Huang H-C, Chiang C-Y. The relationships among social capital, organisational commitment and customer-oriented prosocial behaviour of hospital nurses. *J Clin Nurs* 2011; 20:1383–1392.
52. Xiong H, Yi S, Lin Y. The Psychological Status and Self-Efficacy of Nurses During COVID-19 Outbreak: A Cross-Sectional Survey. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 2020; 57:0046958020957114.
53. Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. und. *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz* 2018.
54. Waisel DB. Developing Social Capital in the Operating Room. *Anesthesiology* 2005; 103:1305–1310.
55. Auer C, Schwendimann R, Koch R, Geest S de, Ausserhofer D. How Hospital Leaders Contribute to Patient Safety Through the Development of Trust. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 2014; 44.
56. Pfaff H. Mobbing am Arbeitsplatz: Begriffsbestimmung, Folgen und Ursachen. In: Kentner M, Kiparski RV (Hrsg.). *Moderne Methoden im betrieblichen Gesundheitsmanagement Softfactors*. Karlsruhe: IAS Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung; 2000. pp. 69–72.
57. Bonillo M, Heidenblut S, Philipp-Metzen E, Saxl S, Schacke C. *Gewalt in der familialen Pflege: Prävention, Früherkennung, Intervention – Ein Manual für die ambulante Pflege*, 1st ed. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2013.
58. Homans GC. *Theorie der sozialen Gruppe: VS Verlag für Sozialwissenschaften*; 2013.
59. Nitzsche A, Kallmeyer J, Hofmann A, Diener SE, Pfaff H. Gestaltung der Balance von Flexibilität und Stabilität durch implizite Vereinbarungen in der Mikro- und Nanotechnologie-Industrie – GeMiNa: Kennzahlenhandbuch. Köln: Institut für Medizinsozio-logie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR); 2011.
60. Goldenberg Dolly, Andrusyszyn Mary-Anne, Iwasiw Carroll. The Effect of Classroom Simulation on Nursing Students' Self-Efficacy Related to Health Teaching. *Journal of Nursing Education* 2005; 44:310–314.
61. Gillman L, Adams J, Kovac R, Kilcullen A, House A, Doyle C. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBI Evidence Synthesis* 2015; 13.
62. Suleiman-Martos N, Gomez-Urquiza JL, Aguayo-Estremera R, Cañadas-De La Fuente, Guillermo A., La Fuente-Solana El de, Albendin-García L. The effect of mindfulness training on burn-out syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs* 2020; 76:1124–1140.
63. Ceravolo D, Raines DA. The Impact of a Mindfulness Intervention for Nurse Managers. *Journal of Holistic Nursing* 2018; 37:47–55.



### Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Studium der Sozial- und Verwaltungswissenschaften an den Universitäten Erlangen-Nürnberg und Konstanz. Studienaufenthalt an der University of Michigan (Ann Arbor/USA). Habilitation im Fach Soziologie an der TU Berlin (1995). Seit 1997 Professor für „Medizinische Soziologie“ an der Universität zu Köln und seit 2002 Direktor des Zentrums für Versorgungsforschung Köln, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (2002–2010), Sprecher der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW (2004–2009), erster und stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (2006–2014). Seit 2009 Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln. 2011 Visiting Scholar und Executive in Residence an der University of Michigan, Ann Arbor, und Visiting Researcher an der Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio. In 2014 und 2015 Visiting Research Fellow an der University of Aberdeen (European Visiting Research Fellowship der Royal Society of Edinburgh) und 2019 Forschungsaufenthalt an der Universität Autònoma de Barcelona. Von 2013 bis 2019 Fachkollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft, von 2016 bis 2019 Vorsitzender des Expertenbeirats des Innovationsfonds und seit 2019 Honorary Professor am Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University (Sydney/Australien).



### Kerstin Dittmer

Als examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin war Kerstin Dittmer in verschiedenen Versorgungssettings tätig. Von 2010 bis 2014 studierte Kerstin Dittmer an der katholischen Hochschule in Köln erst Pflegewissenschaft, dann im Master Pflegemanagement. Ihre Masterarbeit erfolgte zum Thema: „Organisationsdiagnostik – Eine neue Organisationseinheit für Wahlleitungspatienten und ihre Folgen für die Pflegenden“. Nach einer Tätigkeit als Pflegebereichsleitung im Krankenhaus war sie von 2017 bis Juni 2022 am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. Seit Juli 2022 ist sie Stellvertretende Pflegedienstleitung am Evangelischen Klinikum Köln Weyertal. Schwerpunkt ihrer wissenschaftlichen Arbeit ist die organisationsbezogene Versorgungsforschung, v.a. Methoden zur Prozessoptimierung im Krankenhaus und Mitarbeitendenbindung.



### Dr. Sabrina Zeike

Nach einem gesundheitswissenschaftlichen Bachelor in den Niederlanden (Bachelor of Health) absolvierte Sabrina Zeike das Masterstudium Rehabilitationswissenschaften mit den Schwerpunkten Personal- und Organisationsentwicklung an der Universität zu Köln. Von Juli 2015 bis Mai 2021 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen und Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln in der Lehre und Forschung tätig. Seit August 2020 ist sie geschäftsführende Gesellschafterin der Vivalue Health Consulting GmbH ([www.vivalue-gmbh.de](http://www.vivalue-gmbh.de)). Sabrina Zeike beschäftigt sich mit den Themenbereichen Arbeit und Gesundheit, Betriebliches Gesundheitsmanagement und Personal- und Organisationsentwicklung. Ihre Schwerpunkte liegen in den Zusammenhängen von Führung und Gesundheit sowie in den Einflüssen der Digitalisierung und den neuen Arbeitsformen auf die psychische Gesundheit von Beschäftigten. Ihre Dissertation verfasste sie zum Thema „Psychisches Wohlbefinden von Beschäftigten – Eine Analyse arbeitsbezogener Belastungen und Ressourcen sowie die Bestimmung von Grenzwerten zur Gefährdungsanalyse“.



0

# Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter



Soziodemografische Merkmale stehen in komplexem Zusammenhang mit den verschiedenen Facetten der gesundheitlichen Lage der Versicherten. Neben Alter und Geschlecht zählen zu diesen Merkmalen unter anderem die Nationalität, der Familienstand, Kinder, der höchste schulische bzw. berufliche Abschluss, der Erwerbsstatus, die berufliche Tätigkeit, die Stellung im Beruf, die Haushaltsgröße sowie das zur Verfügung stehende Haushaltsnettoeinkommen<sup>1</sup>.

Für den BKK Gesundheitsreport wird die Mehrzahl der beschriebenen soziodemografischen Merkmale im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage der BKK Versicherten in den unterschiedlichen Leistungsbereichen analysiert. Dieser Abschnitt soll unter anderem als Interpretationshilfe dienen, wenn es darum geht, bestimmte Zusammenhänge zwischen Soziodemografie und gesundheitlicher Lage sachlich richtig einschätzen zu können.



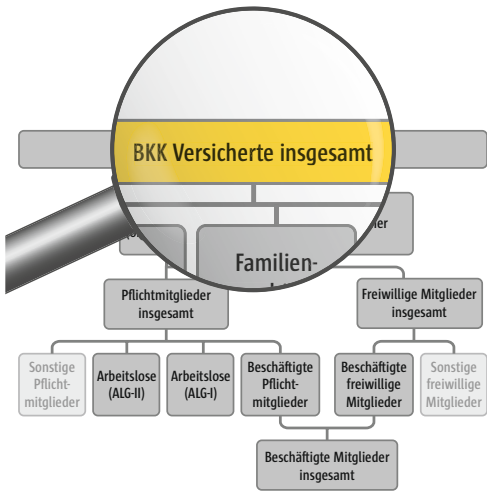
Beispielhaft sei hier das Beschäftigungsverhältnis genannt: In Vollzeit Beschäftigte weisen weniger AU-Tage auf als in Teilzeit Beschäftigte. Mehrheitlich handelt es sich bei den Teilzeitbeschäftigten um Frauen, da diese oftmals zusätzlich zu ihrer Berufstätigkeit noch die Betreuung ihrer Kinder bzw. pflegebedürftiger Angehöriger übernehmen. Die damit verbundene Doppelbelastung führt somit zu durchschnittlich mehr Fehlzeiten als bei den in Vollzeit Beschäftigten.

Dieser einführende und beschreibende Abschnitt dient des Weiteren dazu, die Verteilung der Merkmale innerhalb der Gruppe der BKK Versicherten mit besonderem Fokus auf die beschäftigten BKK Mitglieder darzustellen und mit entsprechenden Referenzwerten zu vergleichen. Bezogen auf die BKK Versicherten insgesamt wird hierfür primär die amtliche Statistik der GKV Versicherten, gegliedert nach Versichertengruppen, Alter, Wohnort und Kassenart (KM6-Statistik<sup>2</sup>), sowie für die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder die Beschäftigungsstatistiken der Bundesagentur für Arbeit<sup>3</sup> in der für das jeweilige Berichtsjahr aktuellen Fassung verwendet.

1 Statistisches Bundesamt (2016) Statistik und Wissenschaft. Demographische Standards Ausgabe 2016 (Bd. 17). Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie\\_derivate\\_00001549/Band17\\_DemographischeStandard\\_s1030817169004.pdf](https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00001549/Band17_DemographischeStandard_s1030817169004.pdf) [abgerufen am 07.06.2022].

2 Bundesministerium für Gesundheit (2021) Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (KM6-Statistik).  
3 Quellennachweise zu den verwendeten Statistiken sind im Kapitel 0.2 in den jeweiligen Tabellen und Diagrammen zu finden.

# 0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick

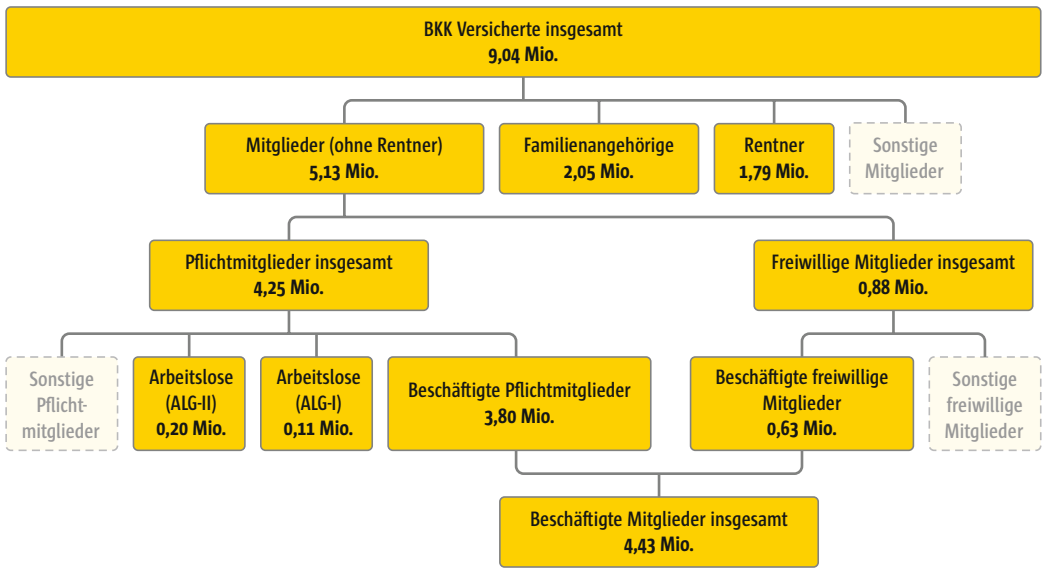


Für den BKK Gesundheitsreport 2022 liegen Daten von über 9 Millionen BKK Versicherten vor. Dies entspricht einem Anteil von 83,6% aller GKV Versicherten bzw. 12,5% aller GKV Versicherten. Das Durchschnittsalter aller BKK Versicherten beläuft sich auf 43,0 Jahre, wobei weibliche Versicherte im Mittel etwas älter (43,7 Jahre) als die männlichen Versicherten sind (42,3 Jahre). Unter allen BKK Versicherten sind beide Geschlechter annähernd gleich häufig vertreten (Frauenanteil 49,7%).

Die BKK Versicherten lassen sich in unterschiedliche Gruppen unterteilen, wie in Diagramm 0.1.1 zu sehen ist. Für die im Rahmen der folgenden Analysen wichtigsten dieser Teilgruppen ist zusätzlich die Alters- und Geschlechtsverteilung in Tabelle 0.1.1 dargestellt.

Fast jeder zweite BKK Versicherte (49,1%) ist ein sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Mitglied,

Diagramm 0.1.1 Soziodemografie – BKK Versicherte nach Versichertengruppen\* (Berichtsjahr 2021)



\* Zu den gestrichelt dargestellten sonstigen Mitgliedergruppen zählen z.B. Jugendliche und Behinderte sowie Studenten oder Rehabilitanden, die aufgrund von geringen Mitgliederzahlen und fehlender Arbeitsfähigkeitsrelevanz nicht gesondert betrachtet werden.



Tabelle 0.1.1 Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Durchschnittsalter nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Versichertengruppen	Anteile in Prozent		Anteile an Gesamt in Prozent*	Durchschnittsalter in Jahren		
	Männer	Frauen		Männer	Frauen	Gesamt
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	54,7	45,3	49,1	42,8	42,7	42,8
Arbeitslose (ALG-I)	54,0	46,0	1,3	46,3	45,8	46,1
Arbeitslose (ALG-II)	50,2	49,8	2,2	40,4	39,3	39,9
Familienangehörige	42,1	57,9	22,7	11,5	23,1	18,2
Rentner	47,4	52,7	19,8	72,5	72,9	72,7
<b>BKK Versicherte insgesamt</b>	<b>50,3</b>	<b>49,7</b>	<b>100,0</b>	<b>42,3</b>	<b>43,7</b>	<b>43,0</b>

\* Bei den fehlenden Prozentanteilen handelt es sich um Versichertengruppen (z. B. Studenten, Rehabilitanden, Menschen mit Behinderung usw.) die aufgrund ihrer geringen Anzahl nicht separat betrachtet werden.

bei rund jedem fünften BKK Versicherten handelt es sich um einen Familienangehörigen (22,7%) bzw. um einen Rentner (19,8%).

Der größte Frauenanteil ist mit 57,9% bei den Familienangehörigen zu finden. Zu dieser Gruppe gehören vorrangig familienversicherte Kinder der Mitglieder, aber auch mitversicherte nichterwerbstätige Ehepartner – überproportional häufig Frauen. Letzteres wird zum einen daran sichtbar, dass das Durchschnittsalter der weiblichen Familienversicherten mehr als doppelt so hoch wie das der männlichen ist (11,5 vs. 23,1 Jahre). Zum anderen zeigt die Geschlechterverteilung bei den beschäftigten Mitgliedern, dass der Frauenanteil in dieser Versicherten-Gruppe im Vergleich zu allen anderen mit 45,3% einer der geringsten ist.

Außer bei den Familienangehörigen ist in allen anderen Versichertengruppen der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen nur gering ausgeprägt. Der Unterschied zwischen den Versicherten-Gruppen im erwerbsfähigen Alter ist jedoch erklärungsbedürftig. Im Vergleich zu den beschäftigten Mitgliedern mit einem Durchschnittsalter von 42,8 Jahren, sind die Arbeitslosen im ALG-I-Bezug tendenziell etwas älter (46,1 Jahre), während Arbeitslose mit ALG-II-Bezug dagegen jünger sind (39,9 Jahre). Da der Anspruch auf und die Dauer des Bezugs von ALG-I von der Dauer der Vorbeschäftigung in den beiden Jahren vor der Arbeitslosigkeit abhängt, sind jüngere Menschen, die nach Schule, Studium oder Ausbildung keine Arbeit finden, mit höherer Wahrscheinlichkeit im ALG-II-Bezug zu finden. Auf der anderen Seite ist das höhere Alter der Arbeitslosen im ALG-I-Bezug damit begründet, dass ältere Beschäftigte auf-

grund langjähriger Beschäftigung einen (meist längerfristigen) Anspruch auf ALG-I erworben haben.

Die regionale Verteilung bzw. die Struktur der BKK Versicherten nach Bundesländern im Vergleich zu allen GKV Versicherten wird in **III** Tabelle 0.1.2 gezeigt.

Es wird deutlich, dass sowohl die überwiegende Mehrheit der BKK Versicherten (85,4%) als auch die der GKV Versicherten (79,3%) in den Westbundesländern zu finden ist. Dies entspricht in etwa auch der regionalen Verteilung der Gesamtbevölkerung in Deutschland, von denen 80,5% in den Westbundesländern wohnhaft sind<sup>4</sup>. Im Detail gibt es aber dennoch einige Abweichungen, die genauer betrachtet werden sollen. Insbesondere in den bevölkerungs- und wirtschaftsstarken Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen, Bayern oder Baden-Württemberg sind BKK Versicherte überproportional häufig vertreten. In diesen Bundesländern gibt es zahlreiche Trägerunternehmen mit eigenen Betriebskrankenkassen, deren Mitglieder hauptsächlich aus den Beschäftigten sowie deren Familienangehörigen bestehen. Somit ist, im Verhältnis zu den GKV Versicherten, der BKK Anteil unter den Versicherten in diesen Regionen größer. In den meisten anderen Westbundesländern unterscheiden sich die Versichertenanteile zwischen BKK und GKV nicht bedeutsam. Ein anderes Bild zeigt sich in den Ostbundesländern, wo der Anteil der BKK Versicherten im Vergleich zu den GKV Versicherten tendenziell geringer ist. Insofern spiegelt diese ungleiche Verteilung den starken arbeitsweltlichen Bezug der Betriebskrankenkassen wider, wie auch im

4 Statistisches Bundesamt (2019) Fortschreibung des Bevölkerungsstandes nach Bundesländern: Stichtag 31.12.2018.

**Tabelle 0.1.2 Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Frauenanteile nach Bundesländern (Wohnort) im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2021)**

Bundesländer	BKK Versicherte	GKV Versicherte <sup>1</sup>	BKK Versicherte	GKV Versicherte <sup>1</sup>
	Anteile an allen Versicherten in Prozent		Frauenanteile in Prozent	
Baden-Württemberg	13,9	12,9	49,5	51,8
Bayern	21,3	15,3	49,8	52,0
Berlin	4,9	4,4	49,6	52,0
Brandenburg	3,0	3,1	48,1	52,0
Bremen	0,8	0,8	48,3	51,4
Hamburg	1,5	2,2	50,4	52,3
Hessen	7,9	7,4	50,4	51,8
Mecklenburg-Vorpommern	2,0	2,0	49,7	52,2
Niedersachsen	8,8	9,7	49,2	51,6
Nordrhein-Westfalen	22,5	21,6	50,3	51,8
Rheinland-Pfalz	5,2	4,7	49,6	52,1
Saarland	0,7	1,2	47,3	52,1
Sachsen	1,7	5,1	46,1	51,9
Sachsen-Anhalt	1,4	2,8	48,0	51,7
Schleswig-Holstein	2,8	3,4	51,2	52,6
Thüringen	1,3	2,7	47,6	51,5
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>49,7</b>	<b>51,8</b>

<sup>1</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2021) Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (KM6-Statistik).

folgenden Abschnitt anhand der detaillierten Betrachtung der beschäftigten Mitglieder gezeigt werden kann. Ein weiteres Indiz für den starken Arbeitsweltbezug der BKK ist zudem die Altersstruktur, die ebenfalls regional, v. a. in Abhängigkeit vom Beschäftigtenanteil, variiert und in **»** Tabelle 0.1.3 im Vergleich mit den GKV Versicherten zu sehen ist.

Die größte Gruppe bilden die BKK Versicherten im erwerbsfähigen Alter zwischen 25 bis 64 Jahren mit Anteilen von 53,2% bis zu 61,0%. Im Vergleich dazu fallen diese Anteile bei den GKV Versicherten etwas geringer aus (50,1% – 58,3%). Dies kann als weiterer Beleg für den stark ausgeprägten arbeitsweltlichen Bezug der Betriebskrankenkassen im GKV System gewertet werden, da in dieser Altersgruppe der überwiegende Anteil der Beschäftigten zu finden ist. Im Zusammenhang damit ist auch der tendenziell höhere Anteil der Versicherten unter 25 Jahren zu interpretieren: In dieser Gruppe sind, neben den

mitversicherten Familienangehörigen, die Auszubildenden und die jungen Beschäftigten verortet. Entsprechend sind die Anteile der Gruppe der über 65-Jährigen (zum Großteil Rentner) unter den BKK Versicherten im Vergleich zu den GKV Versicherten durchweg geringer ausgeprägt. Schwankungen der Altersstruktur in den Bundesländern spiegeln sich im regional unterschiedlichen Durchschnittsalter der BKK Versicherten wider. So weist zum Beispiel Hamburg nicht nur bei den BKK Versicherten (40,9 Jahre), sondern auch bezogen auf alle Einwohner im Bundesland mit 42,1 Jahren<sup>5</sup> das niedrigste Durchschnittsalter im Vergleich auf.

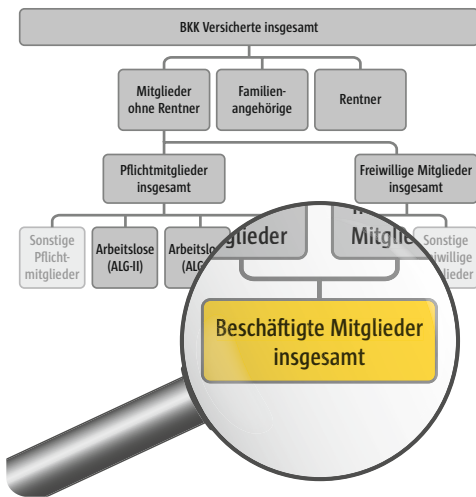
5 Statista (2022) Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland nach Bundesländern. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1093993/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-deutschland-nach-bundeslaendern> [abgerufen am 23.05.2022].

Tabelle 0.1.3 Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2021)

Bundesländer	BKK Versicherte					GKV Versicherte <sup>1</sup>			
	Durchschnitts- alter in Jahren	Altersgruppen in Jahren							
		< 25	25–54	55–64	≥ 65	< 25	25–54	55–64	≥ 65
	Anteile an allen Versicherten je Bundesland in Prozent								
Baden-Württemberg	41,3	26,2	42,5	15,4	15,8	24,2	39,8	15,0	21,0
Bayern	41,2	25,7	43,6	15,3	15,5	23,5	40,7	15,1	20,7
Berlin	41,7	23,5	45,1	15,1	16,3	23,1	44,5	13,1	19,4
Brandenburg	44,3	22,9	39,2	18,4	19,4	20,9	34,6	17,4	27,2
Bremen	44,6	22,2	40,5	16,6	20,7	24,4	40,2	14,2	21,1
Hamburg	40,9	23,3	49,2	11,8	15,7	23,7	45,3	13,0	18,0
Hessen	42,1	25,2	42,3	15,5	17,0	24,0	40,1	14,9	21,0
Mecklenburg-Vorpommern	45,3	21,8	37,3	19,4	21,5	20,6	33,9	17,6	28,0
Niedersachsen	43,8	24,0	39,8	16,7	19,5	24,0	38,1	15,7	22,2
Nordrhein-Westfalen	44,4	23,2	40,0	15,9	21,0	23,8	39,3	15,5	21,4
Rheinland-Pfalz	44,3	23,3	39,4	16,4	20,9	23,2	37,9	16,3	22,6
Saarland	43,9	22,1	41,6	15,8	20,5	21,4	36,6	17,3	24,7
Sachsen	47,3	19,7	37,7	16,1	26,6	21,4	35,1	15,0	28,6
Sachsen-Anhalt	47,4	20,2	36,1	17,1	26,6	20,0	34,0	16,9	29,2
Schleswig-Holstein	42,7	25,0	41,4	15,9	17,8	23,3	37,8	15,9	22,9
Thüringen	46,9	20,2	36,8	18,6	24,4	20,7	34,1	16,5	28,8
<b>Gesamt</b>	<b>43,0</b>	<b>24,2</b>	<b>41,4</b>	<b>15,9</b>	<b>18,5</b>	<b>23,2</b>	<b>39,0</b>	<b>15,4</b>	<b>22,4</b>

<sup>1</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2021) Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (KM6-Statistik).

## 0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder



Die Betriebskrankenkassen sind, wie keine andere Kassenart in Deutschland, eng mit ihren Trägerunternehmen und deren Beschäftigten verbunden. Dabei haben sie schon frühzeitig erkannt, dass betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement essenzielle Bausteine zum Erhalt und zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeit und zur Sicherung von Fachkräften für die Unternehmen sind. Der BKK Dachverband unterstützt seine Mitglieder dabei mit passgenauen Kennzahlen und Analysen für deren Trägerunternehmen. Entsprechend fokussiert der BKK Gesundheitsreport ebenfalls auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeit, und stellt hierfür differenzierte Auswertungen zur Verfügung.

Deshalb sollen im nächsten Abschnitt insbesondere die beschäftigten BKK Mitglieder im Detail betrachtet werden. Mit einem Anteil von 49,1% an allen BKK Versicherten sind die beschäftigten Mitglieder bei den Betriebskrankenkassen anteilig deutlich

häufiger vertreten als dies mit 43,4% bei allen GKV Versicherten<sup>6</sup> der Fall ist. Im Folgenden gilt zu beachten, dass für einen sehr geringen Teil (< 1%) der beschäftigten BKK Mitglieder keine validen Angaben zu den Tätigkeitsmerkmalen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) vorliegen. Dieser Anteil wird bei der Analyse von Einzelmerkmalen nicht berücksichtigt, allerdings gehen diese Fälle wiederum in die Berechnung der jeweiligen Gesamtwerte ein.

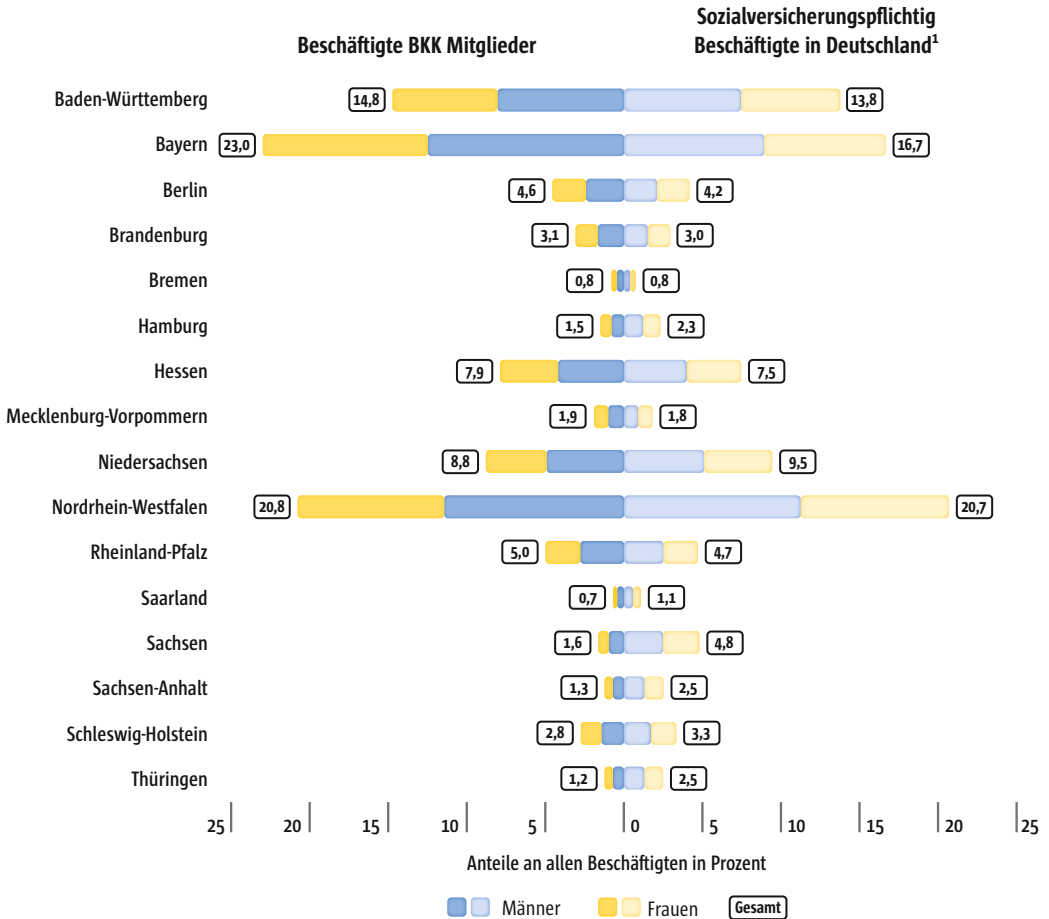
### 0.2.1 Beschäftigte nach Regionen

In diesem Abschnitt soll, wie bei den BKK Versicherten insgesamt, die regionale Verteilung der beschäftigten BKK Mitglieder dargestellt werden. Einleitend sind in **»»** Diagramm 0.2.1 die Anteile der Erwerbstätigen je Bundesland geschlechtsspezifisch sowie insgesamt im Vergleich zwischen allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland und den beschäftigten BKK Mitgliedern dargestellt.

Wie auf den ersten Blick zu erkennen ist, sind die Beschäftigten nicht gleichmäßig über das Bundesgebiet verteilt. Die meisten beschäftigten BKK Mitglieder (zusammen 58,6%) wie auch gleichzeitig die meisten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt (zusammen 51,2%) sind in Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen zu finden. Dabei sind insbesondere die Beschäftigten in Bayern und Baden-Württemberg überproportional häufig Mitglied einer BKK. Die historischen Gründe, die v. a. in der Entstehungsgeschichte der Betriebskrankenkassen liegen, wurden bereits im **»»** Kapitel 0.1 erläutert. Für die meisten anderen Bundesländer gilt, dass der Anteil der beschäftigten BKK Mitglieder dort in etwa auch dem Anteil bezogen auf alle sozialversicherungspflichtig

<sup>6</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2021) Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand, Jahresdurchschnitt 2021 (KM1/13-Statistik).

Diagramm 0.2.1 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2021)



<sup>1</sup> Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach ausgewählten Merkmalen (Quartalszahlen), Deutschland, Länder und Kreise, Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2021.

Beschäftigten in Deutschland entspricht. In den Ostbundesländern nehmen hingegen beschäftigte BKK Mitglieder im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt tendenziell einen geringeren Anteil ein. Zusammenfassend lässt sich dennoch feststellen, dass die regionale Verteilung der beschäftigten BKK Mitglieder im Größenverhältnis und den Relationen im Wesentlichen der aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland entspricht.

## 0.2.2 Beschäftigte nach soziodemografischen und arbeitsweltlichen Merkmalen

Neben der regionalen Verteilung lassen sich noch weitere relevante Charakteristika der Beschäftigten beschreiben. Im Folgenden werden deshalb die soziodemografischen und tätigkeitsbezogenen Merkmale der beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland betrachtet.

Die Mehrheit der Beschäftigten in Deutschland sind Männer (BKK: 54,7%; Gesamt: 53,7%). Mehr als zwei Drittel der Beschäftigten sind zwischen 25 und

**Tabelle 0.2.1 Soziodemografie – Altersstruktur sowie höchster Schul- und Berufsabschluss der beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)**

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte BKK Mitglieder				Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland <sup>1</sup>		
		Durchschnitts- alter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
			Anteile an allen Beschäftigten in Prozent			Anteile an allen Beschäftigten in Prozent		
Alters- gruppen	Unter 25 Jahre	21,2	9,6	8,4	9,1	10,3	9,3	9,8
	25 bis unter 55 Jahre	40,1	66,7	69,9	68,1	67,7	67,6	67,6
	55 bis unter 65 Jahre	58,7	22,8	20,9	22,0	20,6	22,1	21,3
	65 Jahre und älter	67,2	1,0	0,8	0,9	1,4	1,1	1,3
Höchster Schul- abschluss	Ohne Schulabschluss	44,3	2,0	1,1	1,6	2,4	1,4	1,9
	Haupt-/Volksschulabschluss	46,0	20,8	12,4	17,0	21,2	12,7	17,2
	Mittlere Reife oder gleichwertig	42,2	27,9	33,6	30,5	29,9	36,5	33,0
	Abitur/Fachabitur	39,8	27,4	32,0	29,5	32,2	36,8	34,4
	Abschluss unbekannt	44,6	21,9	20,9	21,4	14,2	12,6	13,5
Höchster Berufs- abschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	34,5	10,8	9,7	10,3	10,9	9,1	10,1
	Mit anerkanntem Berufsabschluss	44,5	59,5	60,3	59,9	60,8	64,5	62,5
	Mit akademischem Berufsabschluss	41,4	15,4	15,2	15,3	18,8	18,8	18,8
	Ausbildung unbekannt	42,3	14,3	14,8	14,5	9,5	7,6	8,7
<b>Gesamt</b>		<b>42,8</b>	<b>54,7</b>	<b>45,3</b>	<b>100,0</b>	<b>53,7</b>	<b>46,3</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2021.;

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Arbeitsmarkt nach Qualifikationen, Jahreszahlen 2021.;

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Länderreport über Beschäftigte (Quartalszahlen), Nürnberg Stichtag 30. Juni 2021.;

Die Berechnung der Merkmale „höchster Schulabschluss“, „höchster Berufsabschluss“ erfolgt ohne die Gruppe der Auszubildenden.

54 Jahre alt (BKK: 68,1%; Gesamt: 67,6%), knapp jeder Zehnte ist jünger als 25 Jahre (BKK: 9,1%; Gesamt: 9,8%). Der Anteil der über 65-Jährigen Beschäftigten ist trotz der Heraufsetzung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre gering (BKK: 0,9%; Gesamt: 1,3%).

Überwiegend verfügen die Beschäftigten über die mittlere Reife bzw. ein (Fach-)Abitur (BKK: 60,0%; Gesamt: 67,4%), knapp jeder fünfte Beschäftigte hat einen Hauptschulabschluss (BKK: 17,0%; Gesamt: 17,2%). Beschäftigte Frauen weisen im Vergleich zu den Männern in beiden Gruppen anteilig höhere Schulabschlüsse auf. Bei einer nicht unerheblichen

Anzahl der Beschäftigten sind allerdings keine konkreten Angaben zum schulischen bzw. beruflichen Abschluss vorhanden. Wahrscheinlich ist, dass vor allem bei älteren bzw. langjährigen Beschäftigten, die im Zuge der Umstellung der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) zwischen den Jahren 2010 und 2012 neu gemeldet werden mussten, zu den o. g. Merkmalen häufig keine Angaben mehr vorlagen. Andererseits trifft dies auch auf Beschäftigte mit im Ausland erworbenen Abschlüssen zu, die sich häufig nicht eindeutig den vorgegebenen Kategorien zuordnen lassen. Aufgrund der Heterogenität dieser Gruppe,

**Tabelle 0.2.2 Soziodemografie – Ausgewählte Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)**

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte BKK Mitglieder				Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland <sup>1</sup>		
		Durchschnitts- alter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
			Anteile an allen Beschäftigten in Prozent			Anteile an allen Beschäftigten in Prozent		
Anforderungs- niveau	Helfer	44,3	9,8	12,1	10,9	15,6	16,7	16,1
	Fachkraft	42,1	56,2	62,1	58,9	53,3	58,9	56,0
	Spezialist	43,4	17,7	13,7	15,9	15,0	11,7	13,5
	Experte	43,0	16,3	12,1	14,4	16,1	12,3	14,4
Vertragsform	Teilzeit	45,5	8,3	47,0	25,8	12,2	49,1	29,3
	Vollzeit	41,7	91,7	53,0	74,2	87,8	50,9	70,7
Arbeitnehmer- überlassung	Ohne Arbeitnehmer- überlassung	42,7	98,3	99,0	98,6	96,9	98,6	97,7
	Mit Arbeitnehmer- überlassung	39,1	1,8	1,0	1,4	3,1	1,4	2,3
<b>Gesamt</b>		<b>42,8</b>	<b>54,7</b>	<b>45,3</b>	<b>100,0</b>	<b>53,7</b>	<b>46,3</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Arbeitsmarkt nach Qualifikationen. Jahreszahlen 2021.;  
 Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Leiharbeitnehmer und Verleihbetriebe, Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2021.;  
 Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Länderreport über Beschäftigte (Quartalszahlen), Nürnberg Stichtag 30. Juni 2021.;  
 Die Berechnung des Merkmals „Anforderungsniveau“ erfolgt ohne die Gruppe der Auszubildenden.

wird diese in den folgenden Kapiteln nicht näher betrachtet.

Sowohl bei den beschäftigten BKK Mitgliedern (59,9%) als auch bei den Beschäftigten insgesamt (62,5%) verfügt die Mehrheit über einen anerkannten Berufsabschluss. Bei den beschäftigten BKK Mitgliedern ohne beruflichen Ausbildungsabschluss ist das mit 34,5 Jahren sehr niedrige Durchschnittsalter auffällig. Ein Grund hierfür ist die Tatsache, dass zu dieser Gruppe unter anderem die meist jungen Auszubildenden zählen, die (noch) über keinen Berufsabschluss verfügen, in der Statistik allerdings bereits der Gruppe der Beschäftigten zugeordnet werden **»»»** (Tabelle 0.2.1).

In **»»»** Tabelle 0.2.2 sind ergänzend weitere Tätigkeitsmerkmale der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten dargestellt. Die Mehrheit der Beschäftigten (BKK: 58,9%; Gesamt: 56,0%) ist als Fachkraft tätig, mehr als jeder Vierte (BKK: 30,3%; Gesamt: 27,9%) sogar als Spezialist bzw. Experte. Auch beim Vertragsverhältnis zeigen sich keine auffälligen Unterschiede zur Grundgesamtheit: Die Mehrzahl

der Beschäftigten arbeitet in Vollzeit (BKK: 74,2%; Gesamt: 70,7%). Insbesondere beim Beschäftigungsumfang gibt es allerdings deutliche Geschlechtsunterschiede: Während fast die Hälfte der beschäftigten Frauen (BKK: 47,0%; Gesamt: 49,1%) in Teilzeit arbeitet, ist dieser Anteil bei den Männern deutlich niedriger (BKK: 8,3%; Gesamt: 12,2%). Studien zeigen, dass für etwa jede zweite beschäftigte Frau (48,7%) der Grund für die Teilzeitbeschäftigung in familiären Verpflichtungen (u. a. Betreuung von Kinder oder Pflege von Angehörigen) liegt, wobei zusätzlich ein deutlicher Ost-West-Unterschied zutage tritt (31,0% vs. 52,1%)<sup>7</sup>. Die Gruppe der Teilzeitbeschäftigten ist im Mittel fast 4 Jahre älter als die Vollzeitbeschäftigten, was mit der Inanspruchnahme von Altersteilzeitmodellen im Übergang zum Ruhestand zusammenhängen dürfte.

<sup>7</sup> WSI GenderDatenPortal, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) Gründe für Teilzeittätigkeit nach Elternschaft 2017. <https://www.wsi.de/de/zeit-14621-gruende-fuer-teilzeittaetigkeit-nach-elternschaft-14737.htm> [abgerufen am: 31.05.2022].

## 0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder

Tabelle 0.2.3 Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der beschäftigten BKK Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2021)

Wirtschaftsabschnitte	Beschäftigte BKK Mitglieder					Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland <sup>1</sup>			
	Durchschnitts- alter in Jahren	Altersgruppen in Jahren				< 25	25–54	55–64	≥ 65
		< 25	25–54	55–64	≥ 65				
		Anteile an allen Beschäftigten je Wirtschaftsabschnitt in Prozent							
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	40,3	15,8	64,1	19,1	1,0	15,3	63,6	19,8	1,3
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	43,7	7,7	68,0	23,6	0,7	6,9	60,9	31,0	1,2
Verarbeitendes Gewerbe	44,0	8,4	65,3	25,8	0,6	8,5	67,1	23,6	0,8
Energieversorgung	45,0	8,1	61,6	29,9	0,4	9,3	64,3	25,9	0,5
Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung	45,1	6,2	64,9	28,0	0,8	6,0	64,8	28,2	1,1
Baugewerbe	40,6	15,2	65,6	18,4	0,9	13,5	65,9	19,4	1,2
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	41,7	11,2	68,6	19,4	0,8	12,0	67,3	19,6	1,1
Verkehr und Lagerei	44,4	7,7	65,7	24,8	1,8	7,9	67,7	21,9	2,5
Gastgewerbe	40,8	12,1	69,4	17,3	1,2	12,6	69,2	16,8	1,4
Information und Kommunikation	41,0	6,5	77,7	15,2	0,7	7,3	76,7	15,2	0,8
Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	43,6	7,7	70,4	21,4	0,5	7,8	69,0	22,6	0,7
Grundstücks- und Wohnungswesen	44,3	6,7	67,5	24,0	1,8	6,7	65,5	25,2	2,7
Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen	41,0	7,3	75,5	16,3	0,8	8,3	74,2	16,3	1,3
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	42,3	8,9	69,6	20,0	1,5	11,1	69,3	18,1	1,6
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	43,8	7,4	66,9	24,9	0,8	6,8	63,6	28,5	1,0
Erziehung und Unterricht	41,3	8,5	71,6	18,8	1,1	9,1	67,0	22,0	1,9
Gesundheits- und Sozialwesen	41,7	10,6	68,4	20,1	0,9	11,3	66,1	21,4	1,3
Kunst, Unterhaltung und Erholung	41,0	13,8	65,3	19,4	1,5	12,6	64,5	20,8	2,1
Sonstige Dienstleistungen	43,7	7,7	67,7	23,2	1,5	8,2	65,5	24,2	2,1
Private Haushalte	49,7	1,7	57,4	36,7	4,2	2,2	54,5	37,4	5,9
<b>Gesamt</b>	<b>42,8</b>	<b>9,1</b>	<b>68,1</b>	<b>22,0</b>	<b>0,9</b>	<b>9,8</b>	<b>67,7</b>	<b>21,3</b>	<b>1,3</b>

<sup>1</sup> Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen (WZ 2008) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2021.



Der Anteil der Frauen, die über Leih- bzw. Zeitarbeitsfirmen angestellt sind, ist hingegen in beiden Gruppen tendenziell geringer als derjenige der Männer (BKK: 1,0% vs. 1,8%; Gesamt: 1,4% vs. 3,1%). Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind durchschnittlich etwas jünger als solche mit regulärer Anstellung. Vermutlich ist in erstgenanntem Beschäftigungsverhältnis ein höherer Anteil von (jungen) Berufseinsteigern zu finden.

Insgesamt wird hier wiederum deutlich, dass sich die beschäftigten BKK Mitglieder in den betrachteten Merkmalen strukturell nicht wesentlich von allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland unterscheiden. Somit lassen sich die Ergebnisse der folgenden Analysen auf Basis der beschäftigten BKK Mitglieder ebenfalls auf die Gesamtheit aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten übertragen.

### 0.2.3 Beschäftigte nach Wirtschaftsgruppen

Neben der Differenzierung nach allgemeinen arbeitsweltlichen Merkmalen, wird in diesem Abschnitt die Verteilung der Beschäftigten in den unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen betrachtet. Diese werden im vorliegenden Fall anhand der Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008<sup>8</sup>) systematisiert. Im Rahmen des BKK Gesundheitsreports werden dabei mehrheitlich, wie in **III** Tabelle B.3 zu sehen, die zugehörigen 21 Wirtschaftsabschnitte bzw. die 88 Wirtschaftsabteilungen betrachtet.

Bei der Betrachtung der Beschäftigtenstruktur nach Wirtschaftsabschnitten wird nochmals deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Berufstätigen zwischen 25 bis 54 Jahre alt ist (**III** Tabelle 0.2.3). Während diese Altersgruppe bei den privaten Haushalten (hierzu zählen z. B. Personen/Familien, die Hausangestellte beschäftigen oder im Eigenbetrieb Waren bzw. Dienstleistungen für den Eigenbedarf produzieren) am niedrigsten ist (BKK: 57,4%; Gesamt: 54,5%), findet sich der höchste Anteil Berufstätiger in dieser Altersgruppe im Bereich Information und Kommunikation (BKK: 77,7%; Gesamt: 76,7%). Gleichzeitig ist es wiederum die Gruppe der privaten Haushalte, in der mehr als ein Drittel der Beschäftigten 55 Jahre oder älter ist (BKK: 40,9%; Gesamt: 43,3%). Den geringsten Anteil in dieser Altersgruppe haben ebenfalls die Beschäftigten im Bereich Information und Kommunikation inne

(BKK: 15,9%; Gesamt: 16,0%). Auf der anderen Seite zeigen sich in den Wirtschaftsabschnitten Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei, im Baugewerbe, im Gastgewerbe und in Kunst, Kultur und Erholung besonders hohe Anteile junger Beschäftigter. Zum einen sind diese Anteile durch einen insbesondere in diesen Gruppen möglichen frühzeitigen Berufseinstieg – teilweise auch ohne abgeschlossene Ausbildung – zu erklären. Andererseits deutet aber gerade der in den benannten Wirtschaftsgruppen unterdurchschnittliche Anteil Beschäftigter jenseits des 55. Lebensjahres darauf hin, dass hier alter(n)sgerechte Arbeit in geringerem Maße als in anderen Berufsfeldern umsetzbar ist.

In **III** Diagramm 0.2.2 wird die geschlechtsspezifische Verteilung der Beschäftigten nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten dargestellt. Mehr als jedes vierte beschäftigte BKK Mitglied (28,7%) ist in einem Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes beschäftigt und somit ein deutlich höherer Anteil als bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt (20,1%). Umgekehrt sind bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt etwas höhere Anteile als in BKK System zu finden (15,3% vs. 12,0%).

Traditionell sind Betriebskrankenkassen v. a. in Unternehmen des produzierenden bzw. verarbeitenden Gewerbes verortet. Dem zuzuordnen ist die urkundlich im Jahr 1717 im Blaufarbenwerk Pfannenstiel im sächsischen Aue gegründete erste BKK in Deutschland<sup>9</sup>. Die historischen Wurzeln der Betriebskrankenkassen wirken sich bis heute auf die Verteilung der beschäftigten BKK Mitglieder auf die Wirtschaftsgruppen aus. Für alle anderen betrachteten Wirtschaftsabschnitte zeigen sich nur geringfügige Differenzen zwischen beiden betrachteten Gruppen. Auch bei den Frauenanteilen zeigen sich Parallelen zu den Kennzahlen der Berufssegmente, wobei das Baugewerbe den niedrigsten (BKK: 16,1%; Gesamt: 13,3%) und das Gesundheits- und Sozialwesen den höchsten Frauenanteil (BKK: 82,1%; Gesamt: 76,8%) hat.

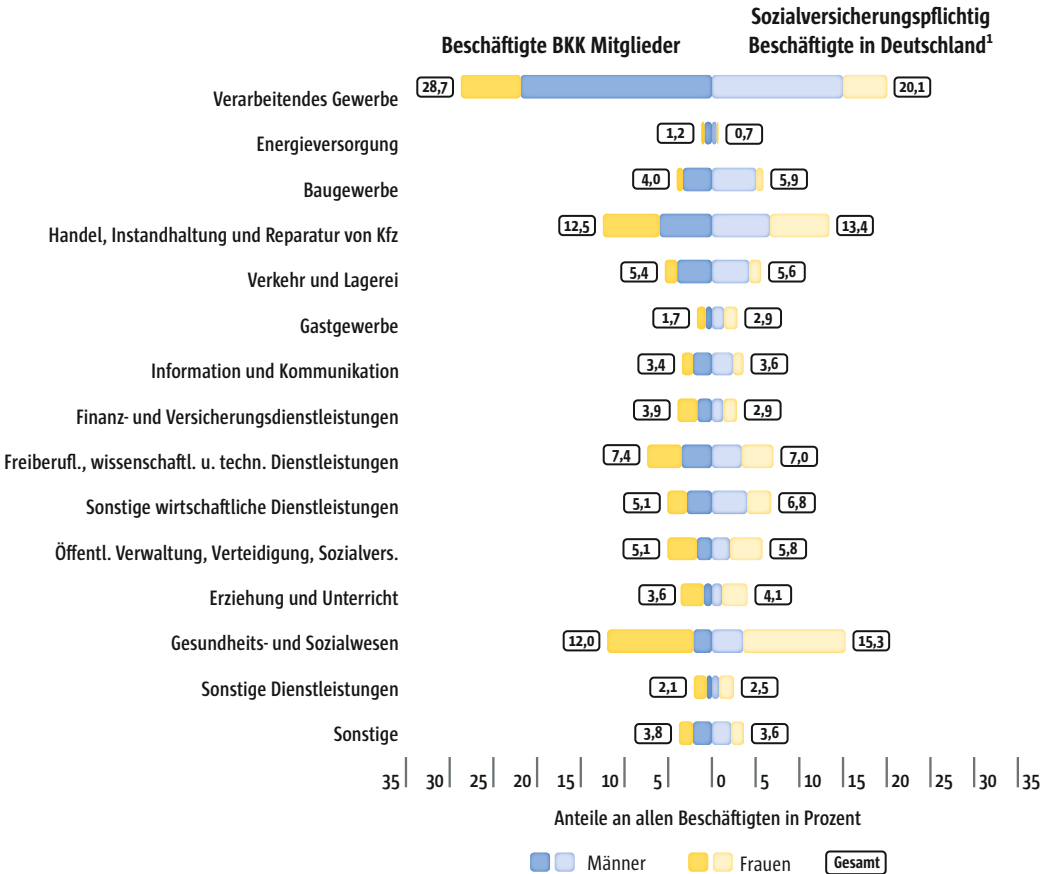
### 0.2.4 Beschäftigte nach Berufsgruppen

Während die Zuordnung der Beschäftigten zu einer Wirtschaftsgruppe maßgeblich über die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Unternehmen definiert wird, steht bei der Klassifikation der Berufe die

8 Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008).

9 Schwenger, R. (1934). Die Deutschen Betriebskrankenkassen. Duncker & Humblot. München.

Diagramm 0.2.2 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2021)



<sup>1</sup> Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen (WZ 2008) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2021.

davon unabhängige konkrete Tätigkeit des Beschäftigten im Fokus. Zum besseren Verständnis des Unterschieds zwischen der Berufs- und Wirtschaftssystematik soll hier als Beispiel das *Gesundheits- und Sozialwesen* betrachtet werden.

In der Wirtschaftsgruppe *Gesundheits- und Sozialwesen* arbeiten zwar zum Großteil Beschäftigte aus den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen, allerdings auch solche aus Verwaltungsberufen, aus den Dienstleistungsberufen oder den Reinigungsberufen. Alle sind zwar im selben Unternehmen tätig, das wiederum einer bestimmten Wirtschaftsgruppe angehört, deren Beschäftigte üben aber davon unabhängig teils sehr unter-

schiedliche Berufe und somit auch Tätigkeiten innerhalb des gleichen Unternehmens aus.

Die Klassifikation der Berufe ermöglicht somit die Zuordnung zum aktuell ausgeübten Beruf. Für den BKK Gesundheitsreport finden zur Differenzierung der konkreten beruflichen Tätigkeit der Beschäftigten in der Regel die 14 Berufssegmente bzw. die 37 Berufshauptgruppen entsprechend der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010<sup>10</sup>) Anwendung, wie sie in **»»** Tabelle B.4 zu finden sind. Im Folgenden werden ausgewählte Merkmale der Beschäftigten nach den

<sup>10</sup> Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Berufssektoren und Berufssegmente nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010). Nürnberg Stand März 2014.

**Tabelle 0.2.4 Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2021)**

Berufssegmente	Beschäftigte BKK Mitglieder					Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland <sup>1</sup>			
	Durchschnittsalter in Jahren	Altersgruppen in Jahren				< 25	25-54	55-64	≥ 65
		< 25	25-54	55-64	≥ 65				
		Anteile an allen Beschäftigten je Berufssegment in Prozent							
Land-, Forst- und Gartenbauberufe	42,1	12,6	63,7	22,9	0,8	14,5	64,5	19,9	1,2
Fertigungsberufe	43,1	10,6	64,1	24,8	0,6	10,8	65,9	22,6	0,8
Fertigungstechnische Berufe	42,5	10,9	65,3	23,4	0,5	11,1	67,2	21,0	0,7
Bau- und Ausbauberufe	42,5	11,3	65,3	22,4	1,0	10,7	65,7	22,4	1,3
Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe	41,6	11,7	67,8	19,6	0,9	12,4	68,1	18,4	1,2
Medizinische u. nichtmedizinische Gesundheitsberufe	40,0	13,1	69,7	16,5	0,7	12,9	67,6	18,3	1,2
Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe	41,2	9,1	71,4	18,5	1,1	8,8	67,9	21,7	1,7
Handelsberufe	42,3	9,5	69,1	20,6	0,7	11,5	67,0	20,5	1,0
Berufe in Unternehmensführung und -organisation	43,6	6,4	70,6	22,1	0,9	7,1	68,7	22,7	1,6
Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe	42,8	6,7	72,9	19,8	0,6	7,5	70,6	21,0	0,9
IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe	41,2	8,6	73,3	17,7	0,5	8,6	74,6	16,3	0,6
Sicherheitsberufe	46,2	5,4	62,0	30,1	2,5	6,3	63,1	27,3	3,4
Verkehrs- und Logistikberufe	45,1	6,9	64,2	27,2	1,7	8,7	66,2	23,0	2,1
Reinigungsberufe	49,0	2,5	59,7	35,2	2,6	3,9	62,9	30,8	2,4
<b>Gesamt</b>	<b>42,8</b>	<b>9,1</b>	<b>68,1</b>	<b>22,0</b>	<b>0,9</b>	<b>9,8</b>	<b>67,7</b>	<b>21,3</b>	<b>1,3</b>

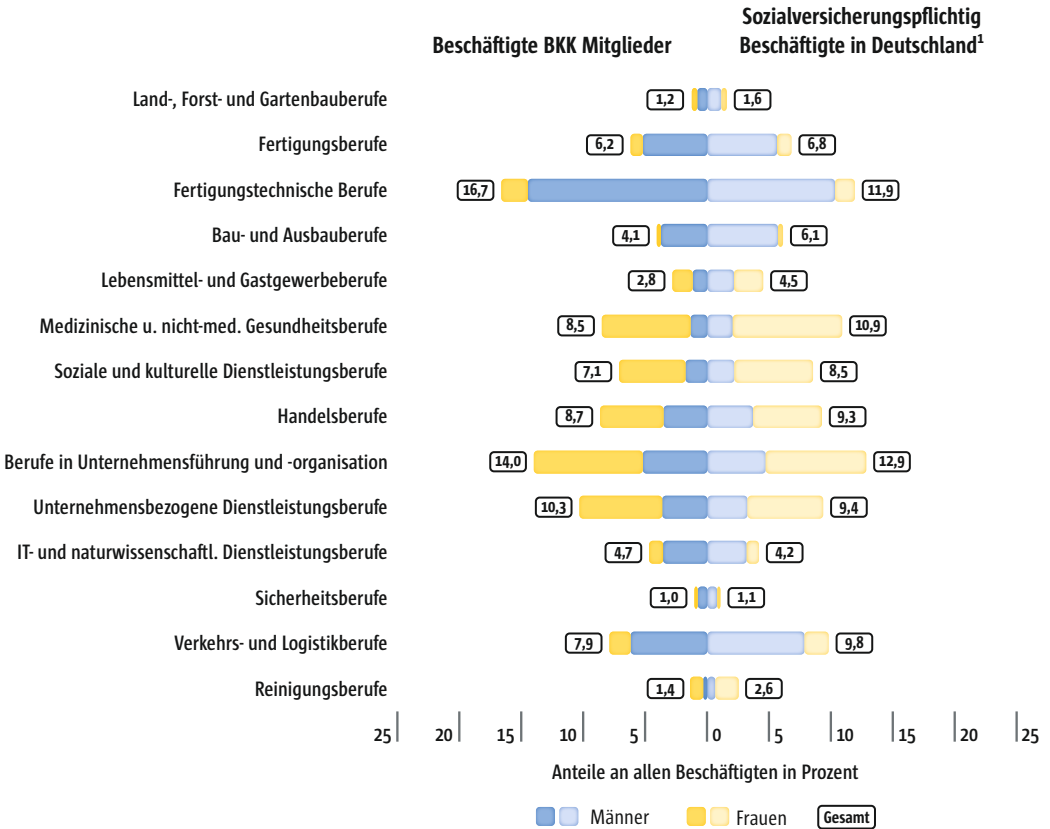
<sup>1</sup> Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2021.

14 Berufssegmenten dargestellt. Während **III** Tabelle 0.2.4 Auskunft über die Altersstruktur der Beschäftigten gibt, zeigt das **III** Diagramm 0.2.3 deren prozentuale Verteilung über die einzelnen Berufssegmente sowie die zugehörigen geschlechtsspezifischen Anteile. Zur Einordnung werden auch hier jeweils die entsprechenden Kennzahlen aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland gegenübergestellt.

Anhand der Altersstruktur der Beschäftigten zeigt sich wiederum, dass sich die beschäftigten BKK Mitglieder nicht wesentlich von den sozialversiche-

rungspflichtig Beschäftigten insgesamt unterscheiden (**III** Tabelle 0.2.4). Erwartungsgemäß ist die Mehrheit der Beschäftigten in allen Berufssegmenten in der Altersgruppe der 25- bis 54-Jährigen zu finden, wobei diese Anteile in beiden betrachteten Gruppen zwischen den verschiedenen Berufssegmenten um mehr als 10 Prozentpunkte schwanken. Hohe Anteile in dieser Altersgruppe sind z. B. in den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen (BKK: 72,9%; Gesamt: 70,6%) und den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (BKK: 73,3%; Gesamt: 74,6%) zu finden, der jeweils

Diagramm 0.2.3 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2021)



<sup>1</sup> Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2021.

niedrigste Anteil ist hingegen bei den Reinigungsberufen (BKK: 59,7%; Gesamt: 62,9%) feststellbar. Letztgenannte Berufsgruppe hat gleichzeitig den höchsten Anteil Beschäftigter, die 55 Jahre oder älter sind (BKK: 37,8%; Gesamt: 33,3%), während z. B. bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen diese Altersgruppe deutlich geringer ausgeprägt ist (BKK: 17,2%; Gesamt: 19,5%). In ähnlichem Verhältnis gilt dies auch für die Gruppe der unter 25-jährigen Beschäftigten für beide Berufsgruppen. Da das Alter einen deutlichen Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten aufweist, sei an dieser Stelle auf das dargestellte Durchschnittsalter in den einzelnen Berufssegmenten verwiesen, welches in den folgenden Kapiteln bei der Interpretation von Berufsgruppenvergleichen berücksichtigt werden muss.

Wie in **»»»** Diagramm 0.2.3 zu sehen ist, ist die mit Abstand größte Gruppe beschäftigter BKK Mitglieder in den fertigungstechnischen Berufen zu finden. Mehr als jedes sechste beschäftigte BKK Mitglied (16,7%) ist diesem Berufssegment zugeordnet. Das ist ein deutlich höherer Anteil im Vergleich zu allen Beschäftigten in Deutschland (11,9%). Für die anderen Berufssegmente zeigen sich geringere Abweichungen zwischen beiden Vergleichsgruppen. Die nach den fertigungstechnischen Berufen zweitgrößte, aber wesentlich geringer ausgeprägte Abweichung, tritt bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen auf. Dieses Bild dürfte sich auch bei anderen Kassenarten in der GKV zeigen, ist doch ein überproportionaler Anteil aus dieser Gruppe generell nicht in der GKV versichert. Da auch das Geschlecht einen Zusammenhang mit der

gesundheitliche Lage der Beschäftigten aufweist, soll an dieser Stelle noch ein Blick auf die Anteile der Männer und Frauen in den einzelnen Berufssegmenten geworfen werden:

- Der mit Abstand niedrigste Frauenanteil ist bei den handwerklich bzw. produzierend-verarbeitend tätigen Beschäftigten in den Bau- und Ausbauberufen zu finden (BKK: 8,3%; Gesamt: 7,0%), gefolgt von den fertigungstechnischen Berufen (BKK: 13,0%; Gesamt: 13,3%) und den Fertigungsberufen (BKK: 15,8%; Gesamt: 17,2%).
- Umgekehrt sind weibliche Beschäftigte in den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (BKK: 84,0%; Gesamt: 81,0%), den Reinigungsberufen (BKK: 76,4%; Gesamt: 74,6%) sowie den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (BKK: 75,4%; Gesamt: 74,2%) überproportional häufig vertreten.

## 0.3 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Zur besseren Einordnung der Darstellungen und Analysen in den folgenden Kapiteln sollen hier zusätzlich ausgewählte soziodemografische und arbeitsweltliche Merkmale der beiden für das Schwerpunktthema zentralen Berufsgruppen, der *Gesundheits- und Krankenpflege* sowie der *Altenpflege*, im Vergleich zu beschäftigten BKK Mitgliedern insgesamt dargestellt werden.

Deutschlandweit sind im Jahr 2021 in der Berufsgruppe Gesundheits- und Krankenpflege (KldB 2010-Code 813) 1.153.326 Beschäftigte tätig, wovon mehr als drei Viertel (79,3%) Frauen sind. In der Altenpflege (KldB 2010-Code 821) beträgt die Anzahl der Beschäftigten in Deutschland 627.879, wobei der Frauenanteil in dieser Berufsgruppe mit 82,5% sogar noch etwas höher ausfällt<sup>11</sup>. Mehr als jeder zwanzigste sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland (5,3%) ist somit in einem Pflegeberuf tätig.

Unter den beschäftigten BKK Mitgliedern sind im Berichtsjahr 2021 insgesamt 120.484 Beschäftigte im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege (Frauenan-

teil: 79,5%) sowie 55.450 Beschäftigte in der Altenpflege (Frauenanteil: 83,7%) zu finden. Beide Berufsgruppen haben zusammen einen Anteil von 4,0% an allen beschäftigten BKK Mitgliedern inne (»»» Tabelle 0.3.1).

Pflegekräfte sind in unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen tätig, wie das »»» Diagramm 0.3.1 zeigt. Die überwiegende Mehrheit (60,3%) der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege ist in Krankenhäusern tätig, mehr als jede(r) zehnte Beschäftigte aus dieser Berufsgruppe (11,1%) ist zudem in Einrichtungen der sozialen Betreuung älterer Menschen und Behinderter beschäftigt, gefolgt von 6,3% im sonstigen Gesundheitswesen. Der größte Teil der Beschäftigten in der Altenpflege – mehr als jeder Dritte (37,7%) – ist in Pflegeheimen tätig, gefolgt von rund jedem Vierten (25,5%) in Einrichtungen zur sozialen Betreuung älterer und behinderter Menschen sowie mehr als jedem Fünften (21,1%) in Altenheimen, Alten- und Behindertenwohnheimen. Ein geringer Anteil (4,7%) der Altenpflegekräfte ist ebenfalls in Krankenhäusern tätig.

Damit fallen die Branchenschwerpunkte der Beschäftigten in den Pflegeberufen wesentlich in die erwarteten Bereiche. Jedoch wird deutlich, dass

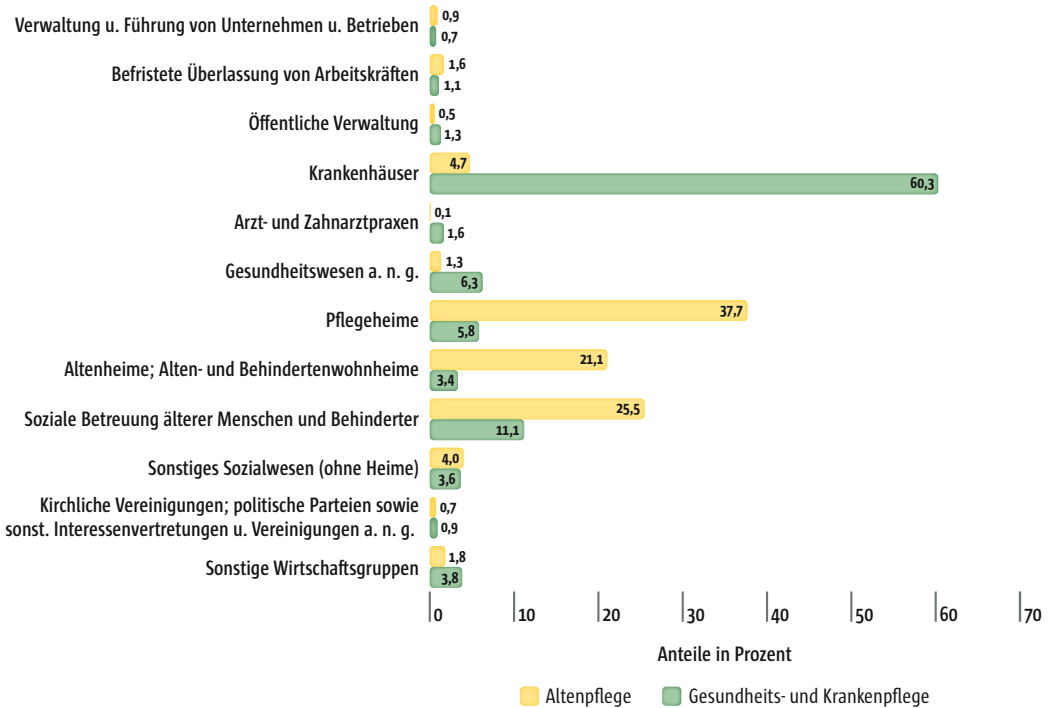
11 Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2021.

**Tabelle 0.3.1 Soziodemografie – Anzahl und Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder in den Pflegeberufen im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2021)**

Kennzahlen	Beschäftigte BKK Mitglieder			Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte insgesamt <sup>1</sup>		
	Gesundheits- und Krankenpflege	Altenpflege	Beschäftigte Insgesamt	Gesundheits- und Krankenpflege	Altenpflege	Beschäftigte Insgesamt
Anzahl der Beschäftigten	120.484	55.450	4.434.271	1.153.326	627.879	33.802.173
Frauenanteil in Prozent	79,5	83,7	45,3	79,3	82,5	46,3
Anteil an allen Beschäftigten in Prozent	2,7	1,3	100,0	3,4	1,9	100,0

<sup>1</sup> Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2021.

Diagramm 0.3.1 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder in den Pflegeberufen nach den wichtigsten Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2021)



Pflegekräfte auch außerhalb der klassischen Gesundheitsbranche, wie z. B. in der Verwaltung bzw. in Vereinigungen und Interessenvertretungen, tätig sind.

In den beiden Diagrammen 0.3.2 und 0.3.3 ist im Unterschied zu Diagramm 0.3.1 die Zusammensetzung der Wirtschaftsgruppen *Krankenhäuser* sowie *Pflegeheime* entsprechend der Berufe der dort Beschäftigten dargestellt. Bei den beiden Wirtschaftsgruppen handelt es sich um diejenigen mit dem größten Anteil Beschäftigter aus den beiden Pflegeberufen. Während im Krankenhaus die Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege mit 45,8% klar dominieren, beläuft sich der Anteil der dort beschäftigten Altenpflegekräfte lediglich auf 1,6%. In den Pflegeheimen stellen dagegen die Beschäftigten in der Altenpflege mit mehr als einem Drittel (35,9%) der dort Tätigen den größten Anteil. Dagegen kommen die in Pflegeheimen Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege auf einen Anteil an allen Beschäftigten von 12,0%. Insgesamt ist der durchschnittliche Anteil der Beschäftigten, die in medizinischen und nichtmedizinischen Berufen tätig sind, in Krankenhäusern (72,4%) deutlich höher, als in Pflegeheimen (49,7%).

Zudem wird mit dieser Betrachtung noch einmal sehr gut veranschaulicht, wie sich die Systematik der Berufs- und Wirtschaftsgruppen voneinander unterscheidet: Beschäftigte in einem bestimmten Beruf können in ganz unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen tätig sein. Gleichzeitig sind in einer Wirtschaftsgruppe bzw. einem Unternehmen Beschäftigte aus vielen verschiedenen Berufen zu finden.

Nach dieser Einordnung der Pflegeberufe in die Berufs- und Wirtschaftsgruppensystematik soll abschließend der Fokus auf ausgewählte soziodemografische und arbeitsweltliche Merkmale der Beschäftigten in der Altenpflege bzw. Gesundheits- und Krankenpflege gelenkt werden.

In Tabelle 0.3.2 sind ausgewählte soziodemografische Merkmale der beiden Pflegeberufe im Vergleich zu den Kennzahlen der beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt gegenübergestellt. Wie zu erkennen ist, werden Pflegeberufe überwiegend von Frauen ausgeübt: Etwa vier von fünf Pflegekräften (83,7% bzw. 79,5%) sind weiblich, während bei den Beschäftigten insgesamt weniger als die Hälfte (45,3%) Frauen sind. Die Altersstruktur bzw. das Durchschnittsalter der Beschäftigten in den Pflegeberufen unter-

Diagramm 0.3.2 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder in der Wirtschaftsgruppe Krankenhäuser nach den wichtigsten Berufsgruppen (Berichtsjahr 2021)

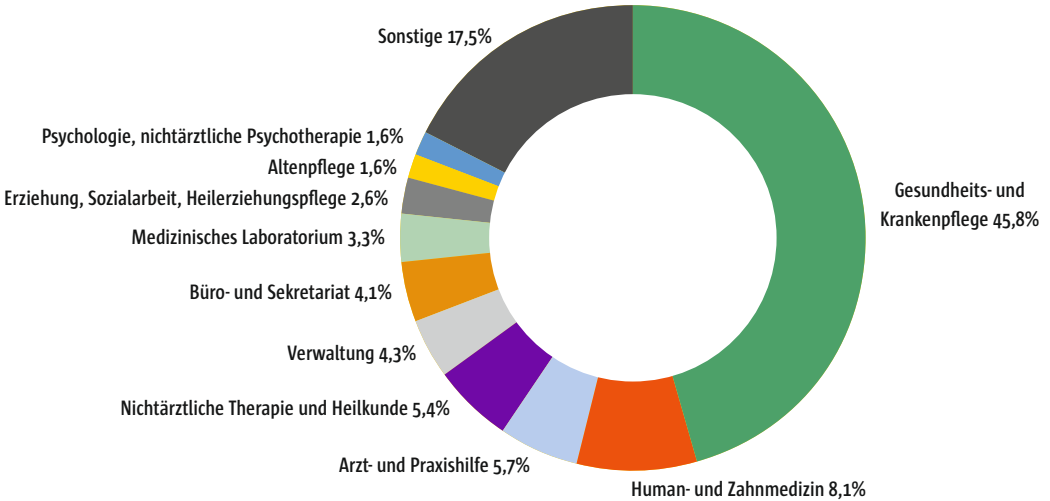
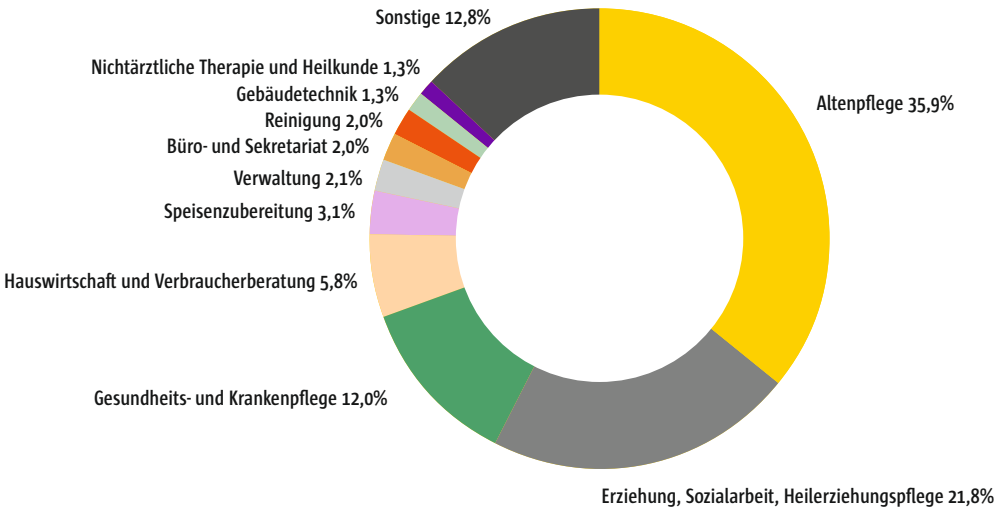


Diagramm 0.3.3 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder in der Wirtschaftsgruppe Pflegeheime nach den wichtigsten Berufsgruppen (Berichtsjahr 2021)



scheidet sich dagegen nur geringfügig von den Beschäftigten insgesamt. Deutlichere Abweichungen gibt es hingegen beim Schul- und Berufsabschluss. Zum einen zeigt sich, dass Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege häufiger über einen höheren Schul- und Berufsabschluss als solche in der Altenpflege verfügen. Zudem ist der Anteil der Beschäftigten mit unbekanntem Schul- und Berufsabschluss in der Altenpflege deutlich höher als in der

Gesundheits- und Krankenpflege ausgeprägt. Auffällig ist zudem im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt, dass Beschäftigte in den Pflegeberufen überproportional häufig über einen Schulabschluss der mittleren Reife bzw. einen anerkannten Berufsabschluss verfügen. Ein Grund hierfür sind vermutlich bestimmte formale Voraussetzungen und Abschlüsse, die mit einer regulären Pflegeausbildung einhergehen. Andererseits sind in den Pflegeberufen



**Tabelle 0.3.2 Soziodemografie – Geschlecht, Alter sowie höchster Schul- und Berufsabschluss der Beschäftigten in den Pflegeberufen im Vergleich mit den beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt (Berichtsjahr 2021)**

Merkmale	Ausprägungen	Altenpflege	Gesundheits- und Krankenpflege	Beschäftigte BKK Mitglieder
		Mittelwerte bzw. Anteile in Prozent		
Geschlecht	Männer	16,3	20,5	54,7
	Frauen	83,7	79,5	45,3
Altersgruppen	unter 20 Jahre	2,3	3,7	2,1
	25 bis unter 65 Jahre	96,6	95,6	97,1
	65 Jahre und älter	1,1	0,7	0,9
	<i>Durchschnittsalter (in Jahren)</i>	<i>42,0</i>	<i>40,1</i>	<i>42,7</i>
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	1,1	0,3	1,6
	Haupt-/Volksschulabschluss	26,7	10,3	17,0
	Mittlere Reife oder gleichwertig	41,8	47,2	30,5
	Abitur/Fachabitur	10,3	25,3	29,5
	Abschluss unbekannt	20,1	16,9	21,4
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	15,4	14,0	10,3
	Mit anerkanntem Berufsabschluss	67,8	76,4	59,9
	Mit akademischem Berufsabschluss	2,0	2,4	15,3
	Ausbildung unbekannt	14,8	7,2	14,5

Beschäftigte mit einem akademischen Abschluss im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt deutlich unterrepräsentiert (2,0 bzw. 2,4% vs. 14,5%). Bei der Akademisierung der Pflege und der damit verbundenen weitergehenden Möglichkeit der Delegation ärztlicher Leistungen, die in vielen anderen Ländern bereits heute Normalität ist, gibt es somit in Deutschland aktuell noch sehr viel Nachholbedarf<sup>12</sup>.

Weitere ausgewählte Tätigkeitsmerkmale der Beschäftigten in den Pflegeberufen sind im Vergleich zu den beschäftigten BKK Mitgliedern insgesamt in Tabelle 0.3.3 zu sehen. Während Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege häufiger als Fachkraft bzw. Spezialist als die Beschäftigten insgesamt tätig sind (82,7% vs. 74,8%), ist dieser Anteil bei den Beschäftigten in der Altenpflege mit 53,3% deutlich niedriger ausgeprägt. Dagegen finden sich in letztgenannter Berufsgruppe mehr als viermal so viele Beschäftigte, die auf dem Helferniveau tätig sind (45,6% vs. 10,9%). Zudem sind Experten in beiden

Pflegeberufen deutlich seltener als bei den Beschäftigten insgesamt zu finden (1,1% bzw. 2,3% vs. 14,4%).

Bereits in der allgemeinen Betrachtung der Vertragsformen nach Geschlecht (Tabelle 0.2.2) wurde sichtbar, dass berufstätige Frauen deutlich häufiger als Männer in Teilzeit arbeiten, was maßgeblich mit der Doppelbelastung von Beruf und Familie zusammenhängt. Dieses Bild zeigt sich exemplarisch in den Pflegeberufen aufgrund des hohen Frauenanteils der dort Beschäftigten. So sind in der Altenpflege insgesamt (befristet und unbefristet) weit mehr als die Hälfte (56,2%) der Beschäftigten in Teilzeit tätig, in der Gesundheits- und Krankenpflege sind es mit 42,7% zwar etwas weniger, aber immer noch deutlich mehr als bei den beschäftigten BKK Mitgliedern insgesamt (25,8%). Differenziert man zusätzlich noch nach dem Geschlecht, so zeigt sich, dass der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Frauen in der Altenpflege (60,4%) und die der Gesundheits- und Krankenpflege (48,8%) nicht nur deutlich über dem der Männer (34,8% bzw. 19,2%), sondern insgesamt teils deutlich über den jeweiligen Vergleichswerten für die Beschäftigten insgesamt liegen.

<sup>12</sup> Siehe Gastbeitrag von Ewers und Lehmann im Politik-Block in diesem Buch.

**Tabelle 0.3.3** Soziodemografie – Ausgewählte Tätigkeitsmerkmale der Beschäftigten in den Pflegeberufen im Vergleich mit den beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt (Berichtsjahr 2021)

Merkmale	Ausprägungen	Altenpflege	Gesundheits- und Krankenpflege	Beschäftigte BKK Mitglieder
		Anteile in Prozent		
Anforderungs-niveau	Helfer	45,6	15,0	10,9
	Fachkraft	52,7	73,1	58,9
	Spezialist	0,6	9,6	15,9
	Experte	1,1	2,3	14,4
Vertragsformen	Unbefristet Vollzeit	30,1	39,6	62,7
	Unbefristet Teilzeit	40,7	36,8	20,8
	Befristet Vollzeit	13,7	17,6	11,5
	Befristet Teilzeit	15,5	6,0	5,0
Aufsichts- und Führungs-verantwortung	Ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung	98,9	96,4	94,4
	Mit Aufsichts- und Führungsverantwortung	1,1	3,6	5,6
Arbeitnehmer-überlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	97,9	97,9	98,6
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	2,1	2,1	1,4

Während Beschäftigte mit Aufsichts- und Führungsverantwortung in den Pflegeberufen (1,1% bzw. 3,6%) etwas seltener als bei den Beschäftigten insgesamt (5,6%) vorkommen, ist der Anteil der über eine

Arbeitnehmerüberlassung beschäftigten Pflegekräfte tendenziell höher als bei den Beschäftigten insgesamt (jeweils 2,1% vs. 1,4%).

## 0.4 Zusammenfassung

Dieses Kapitel gibt einen detaillierten Einblick in die soziodemografischen Merkmale der BKK Versicherten, mit besonderem Fokus auf die Teilgruppe der beschäftigten Mitglieder. Anhand der vorliegenden Daten lässt sich zeigen, dass sich sowohl die BKK Versicherten insgesamt als auch die beschäftigten BKK Mitglieder in ihren Merkmalen bzw. ihrer Struktur nicht wesentlich von der jeweiligen Vergleichspopulation unterscheiden. Die vereinzelt auftretenden Unterschiede sind vor allem durch die Besonderheiten des Gesundheits- und Sozialsystems in Deutschland begründbar, sei es durch das duale Krankenversicherungssystem oder auch durch die Entstehungsgeschichte der verschiedenen Kassenarten und dem besonderen arbeitsweltlichen Schwerpunkt der Betriebskrankenkassen. Diese Anteilsunterschiede nehmen aber keinen wesentlichen Einfluss auf die Tatsache, dass sich Aussagen zu den beschäftigten BKK Mitgliedern sowie zu den BKK Versicherten insgesamt, die im Folgenden insbesondere im Zusammenhang mit deren Gesundheit getroffen werden, auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bzw. alle GKV Versicherten in Deutschland übertragen lassen.

Neben der Anwendbarkeit der Aussagen auf alle Beschäftigten, sind die in diesem Abschnitt aufgezeigten Unterschiede in der Alters- und Geschlechts-

struktur in den einzelnen soziodemografischen und arbeitsweltlichen Merkmalen für die Interpretation der Zusammenhänge in den folgenden **»** Kapitel 1 bis 4 relevant. Dies gilt natürlich insbesondere für die schwerpunktmäßig in diesem Jahr betrachteten Pflegeberufe, deren Soziodemografie in **»** Kapitel 0.3 separat dargestellt ist.

Dabei zeigt sich, dass sich Alten- und Krankenpflege nicht nur untereinander in wichtigen soziodemografischen Merkmalen wie Frauenanteil, Bildungsgrad, Anforderungsniveau der Tätigkeit und Vertragsformen unterscheiden, sondern dass dieser Unterschied im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt teils noch deutlicher zutage tritt. Diese Unterschiede sind somit ebenfalls bei den folgenden Betrachtungen in den jeweiligen Abschnitten zum Themenschwerpunkt zu berücksichtigen. Gleichzeitig lässt sich nach dem Vergleich mit allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Pflegeberufen in Deutschland feststellen, dass deren soziodemografische Merkmale im Wesentlichen denen der Pflegekräfte mit BKK Mitgliedschaft entspricht. Insofern lassen sich also auch die Ergebnisse der nachfolgenden Analysen im diesjährigen Schwerpunkt auf die Grundgesamtheit aller Pflegekräfte in Deutschland verallgemeinern.

# Pflegefall Pflege? – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2022

Dirk Rennert, Matthias Richter und Karin Kliner





## Stichprobenbeschreibung

Im Mai/Juni 2022 wurden im Auftrag des BKK Dachverbands im Rahmen einer Online-Umfrage insgesamt 6.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte zu verschiedenen Aspekten ihrer Gesundheit und Arbeit sowie zur unterschiedlichen Aspekten von bzw. Erfahrungen mit der Pflege durch das Marktforschungsinstitut Kantar<sup>1</sup> befragt. Die Ergebnisse der diesjährigen Umfrage mit dem besonderen Fokus auf die Beschäftigten in der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege werden im Folgenden berichtet.

Für die Befragung wurde eine Quotierung nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesländern (Wohnort) der Beschäftigten vorgenommen. Inwieweit die Stichprobe der befragten Beschäftigten darüber hinaus auf die Grundgesamtheit der Beschäftigten in Deutschland generalisierbar ist, lässt sich anhand der in **»** Tabelle 1 aufgeführten soziodemografischen Merkmale beurteilen.

Frauen und Männer sind sowohl unter den Befragten als auch insgesamt in etwa anteilig gleichverteilt. In der Umfrage wurde außerdem von 0,3% der Teilnehmenden bei der Frage nach dem Geschlecht „divers“ angegeben. Da es sich hierbei um eine für statistische Betrachtungen zu kleine Gruppe handelt, wird diese in den folgenden Abschnitten

des Kapitels nicht separat betrachtet, geht aber mit in die Auswertung der jeweiligen Gesamtwerte ein.

Sowohl unter den Umfrageteilnehmern als auch bei allen Beschäftigten in Deutschland ist die jeweilige Mehrheit in der Altersgruppe der 25- bis unter 55-Jährigen zu finden (65,7% bzw. 67,6%). Nahezu zwei Drittel der Beschäftigten in beiden Gruppen sind in Vollzeit beschäftigt (74,5% bzw. 70,7%). Überwiegend sind bei den Umfrageteilnehmern und den Beschäftigten insgesamt unbefristete Arbeitsverhältnisse zu finden (91,8% bzw. 92,6%). Für beide Gruppen gilt zudem, dass die Mehrheit jeweils mindestens über die mittlere Reife als Schulabschluss verfügt (87,5% bzw. 67,4%) sowie in mehr als der Hälfte der Fälle einen anerkannten Berufsabschluss hat (61,0% bzw. 62,5%). Die scheinbar relativ großen Abweichungen der Umfrageteilnehmer beim Schul- und Berufsabschluss zu den Angaben der Beschäftigten insgesamt kommen vor allem durch die fehlenden Angaben in den amtlichen Meldedaten zustande. Vermutlich handelt es sich hier um Beschäftigte, deren Abschlüsse im Rahmen der Umstellung der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) in den Jahren 2011–2012 nicht bzw. nicht mehr eindeutig zuordenbar waren. Auf Basis des Vergleichs der Kennwerte der beiden Gruppen kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der Befragung auf die Grundgesamtheit der Beschäftigten in Deutschland verallgemeinerbar sind.

1 An dieser Stelle möchten wir uns sehr herzlich beim gesamten Team von Kantar, insbesondere bei Frau Becker, Frau Poller, Frau Polivka und Herrn Bindernagel, für die hervorragende Zusammenarbeit bedanken.

**Tabelle 1 Beschäftigtenbefragung 2022 – Vergleich der Umfrageteilnehmer 2022 mit allen Beschäftigten in Deutschland nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen**

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte in der Umfrage 2022	Beschäftigte in Deutschland <sup>1</sup>
		Anteile in Prozent	
Geschlecht	Männer	45,7	53,7
	Frauen	54,0	46,3
	Divers	0,3	*
Alter	Unter 25 Jahre	9,5	9,8
	25 bis unter 55 Jahre	65,7	67,6
	55 bis unter 65 Jahre	22,7	21,3
	65 Jahre und älter	2,2	1,3
Beschäftigungs- verhältnis	Vollzeit	74,5	70,7
	Teilzeit	25,5	29,3
	Unbefristet	91,8	92,6
	Befristet	8,3	7,4
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	0,6	1,9
	Haupt-/Volksschulabschluss	11,9	17,2
	Mittlere Reife oder gleichwertig	42,4	33,0
	Abitur/Fachabitur	45,1	34,4
	Abschluss unbekannt	*	13,5
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,3	10,1
	Mit anerkanntem Berufsabschluss	61,0	62,5
	Mit akademischem Berufsabschluss	34,7	18,8
	Ausbildung unbekannt	*	8,7

\* keine Angaben vorhanden <sup>1</sup> Statistisches Bundesamt (2022). Befristet Beschäftigte; <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-4/befristet-beschaeftigte.html>; Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigungsstatistik (Stichtag Juni 2021).

# Fokus Pflege I – Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Vereinbarkeit von Beruf und Familie

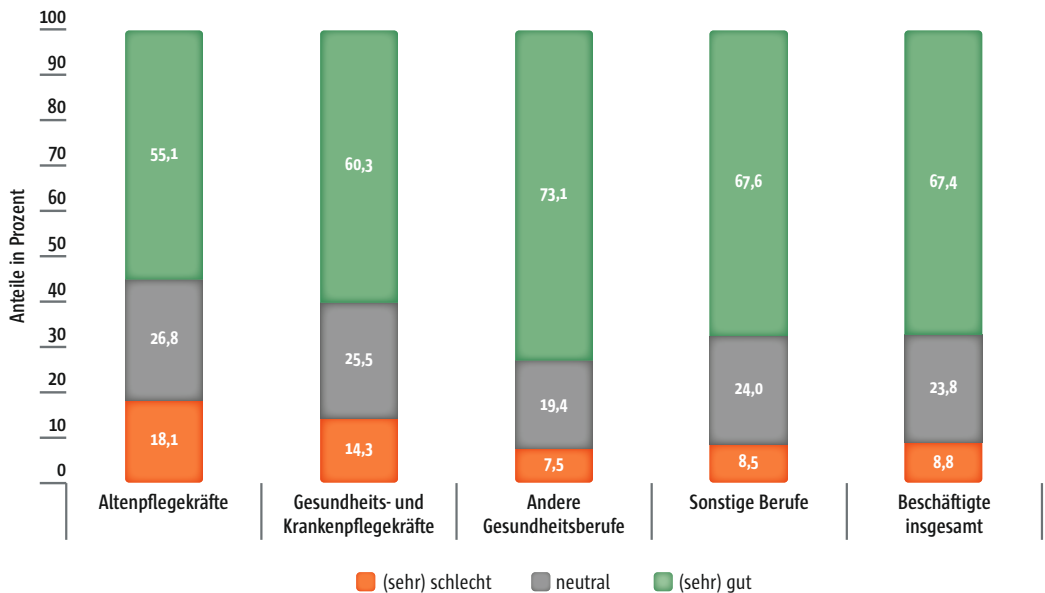
Der erste Abschnitt betrachtet den Zusammenhang zwischen der Gesundheit und den wichtigsten gesundheitlichen und arbeitsweltlichen Aspekten bei den Pflegekräften.

durchgehend positiver und in etwa identisch zu denen der sonstigen Berufe aus.

- Pflegekräfte bewerten ihren eigenen körperlichen und psychischen Gesundheitszustand im Schnitt deutlich schlechter, als dies bei anderen Gesundheitsberufen sowie bei sonstigen Berufen der Fall ist.
- Die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sind sowohl mit ihrer Arbeit insgesamt als auch mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Vergleich zu anderen Berufsgruppen am wenigsten zufrieden.
- Die Bewertung aller anderen Gesundheitsberufe bezüglich der genannten Merkmale fallen hingegen

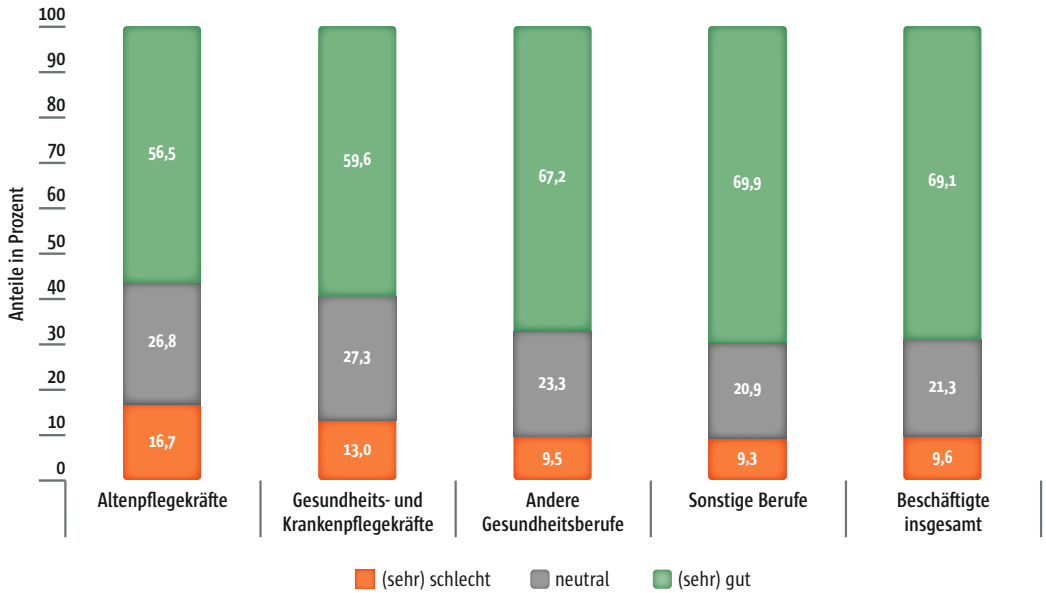
In **»** Diagramm 1 ist die Einschätzung des aktuellen körperlichen Gesundheitszustands der Beschäftigten nach ausgewählten Berufsgruppen dargestellt. Auf den ersten Blick ist gut zu erkennen, dass die Mehrheit der Beschäftigten ihren körperlichen Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut einschätzt. Allerdings ist dieser Anteil bei den Pflegekräften am geringsten ausgeprägt. Gleichzeitig schätzt fast jede fünfte Altenpflegekraft (18,1%) bzw. etwa jede siebte Gesundheits- und Krankenpflegekraft (14,3%) ihren aktuellen körperlichen Gesundheitszustand als schlecht oder sogar sehr schlecht ein, was ein

Diagramm 1 Beschäftigtenbefragung 2022 – Selbsteinschätzung des körperlichen Gesundheitszustands nach ausgewählten Berufsgruppen





**Diagramm 2 Beschäftigtenbefragung 2022 – Selbsteinschätzung des psychischen Gesundheitszustands nach ausgewählten Berufsgruppen**



deutlich höherer Anteil als bei den sonstigen Berufen (8,5%) sowie bei den anderen Gesundheitsberufen<sup>2</sup> (7,5%) ist.

Ein ähnliches Muster wie beim körperlichen Gesundheitszustand ist in **»»»** Diagramm 2, bezogen auf die Einschätzung des aktuellen psychischen Gesundheitszustandes, zu sehen: Wiederum bewertet zwar über alle Berufsgruppen hinweg die Mehrheit der Befragten ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut, allerdings sind auch hier wieder die niedrigsten Werte für die Pflegekräfte zu finden. So sind es wiederum die Altenpflegekräfte, bei denen mit 16,7% der größte Anteil derjenigen mit einer schlechten bzw. sehr schlechten Bewertung der psychischen Gesundheit auffällt. Mit 13,0% folgen kurz dahinter an zweiter Stelle die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte. Andere Gesundheitsberufe (9,5%) bzw. sonstige Berufe (9,3%) weisen dagegen

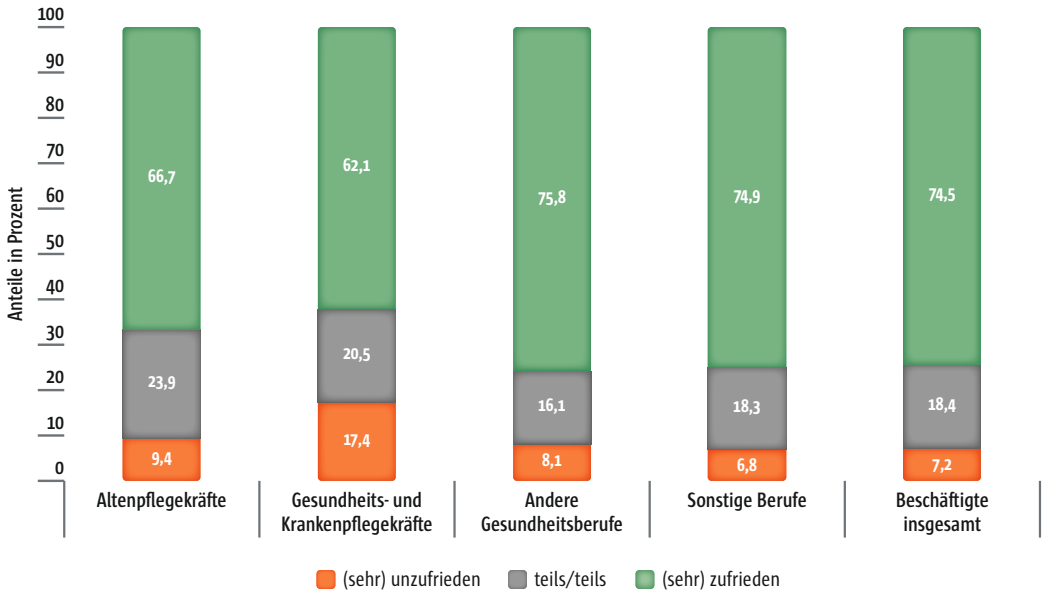
wesentliche geringere Anteile mit einer negativen Einschätzung auf.

Neben der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands, wurden die Beschäftigten auch zu ihrer allgemeinen Arbeitszufriedenheit befragt (**»»»** Diagramm 3). Hier sind es die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, die mit 17,4% den mit Abstand größten Anteil an Beschäftigten aufweisen, die unzufrieden bzw. sogar sehr unzufrieden mit ihrer aktuellen Arbeit sind. Mit 9,3% fällt dieser Anteil bei den Altenpflegekräften zwar deutlich niedriger aus, allerdings liegen deren Werte damit immer noch über denen der anderen Gesundheitsberufe (8,1%) bzw. der sonstigen Berufe (6,8%). Hier gibt zwar ebenfalls, wie bereits bei den Fragen zum Gesundheitszustand, eine Mehrheit der Befragten eine hohe Arbeitszufriedenheit an, allerdings ist auch hier dieser Anteil bei den Pflegekräften deutlich geringer als bei den anderen Berufsgruppen ausgeprägt.

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie spielt in der heutigen Arbeitswelt mehr denn je eine wichtige Rolle, wobei neben der Betreuung von Kindern, auch die Betreuung und Pflege weitere Familienangehöriger immer mehr in den Fokus rückt. Letzgenannter Aspekt wird im Kapitel **»»»** Fokus Pflege III – Wertschätzung des Pflegeberufs, persönliche Pflegeerfahrungen und Präferenzen für die Zukunft im

<sup>2</sup> Hierzu zählen u.a. Arzt- und Praxishilfen, medizinische Fachangestellte, Ernährungs- bzw. Gesundheitsberater, Hebammen/Geburtshelfer, Human- und Zahnmediziner, Laboranten, medizinisch-technische Assistentinnen, Pharmazeuten, Apotheker, pharmazeutisch-technische Assistenten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Podologen, Psychologen, nichtärztliche Psychotherapeuten sowie Rettungsassistenten und sonstige Gesundheitsberufe.

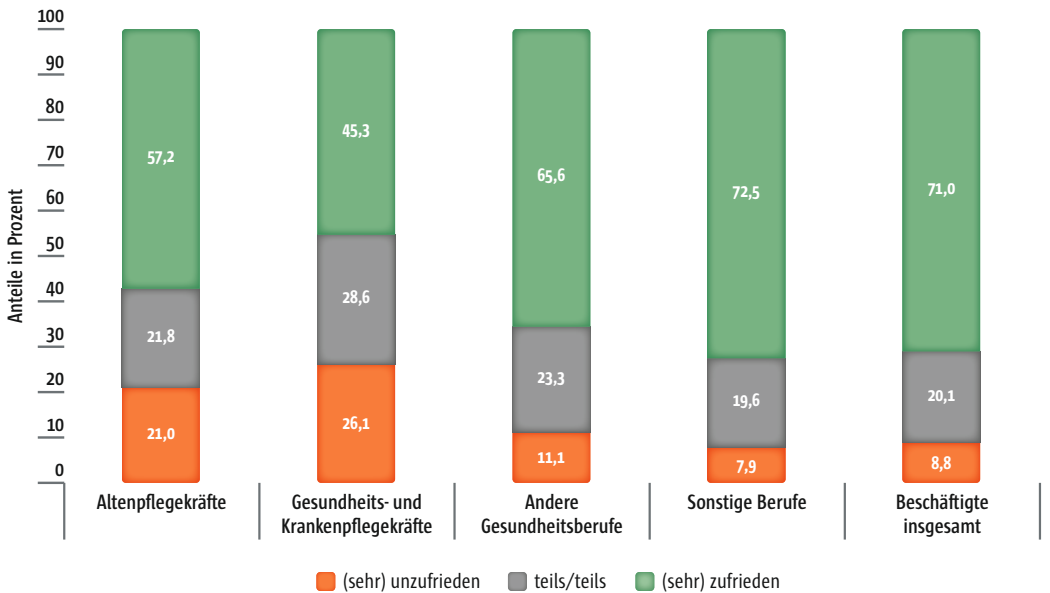
Diagramm 3 Beschäftigtenbefragung 2022 – Selbsteinschätzung der Arbeitszufriedenheit nach ausgewählten Berufsgruppen



Detail betrachtet. In [Diagramm 4](#) wird deutlich, dass die Zufriedenheit bezüglich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie ebenfalls stark zwischen den

Berufsgruppen variiert. Mehr als jede vierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft (26,1%) gibt an, dass sie mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Diagramm 4 Beschäftigtenbefragung 2022 – Vereinbarkeit von Beruf und Familie nach ausgewählten Berufsgruppen



unzufrieden bzw. sehr unzufrieden ist. Zusammen mit denjenigen aus dieser Berufsgruppe, die eine ambivalente Einschätzung abgeben (teils/teils: 28,6%), bewertet deutlich mehr als die Hälfte dieser Gruppe die Vereinbarkeit von Beruf und Familie eher kritisch. Bei den Altenpflegekräften fallen die entsprechenden Anteile mit 21,0% bzw. 21,8% zwar etwas geringer aus, allerdings liegen sie damit insgesamt immer noch deutlich über den Werten der anderen Gesundheitsberufe (11,1% bzw. 23,3%) bzw. der sonstigen Berufe (7,9% bzw. 19,6%).

Ergänzend anzumerken ist an dieser Stelle, dass ein Großteil der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (85,7%) bzw. Altenpflegekräfte (76,1%) im Schichtdienst bzw. an Wochenenden sowie Feiertagen (57,1% bzw. 48,6%) tätig ist, was einer der Gründe für die hier dargestellten Unterschiede sein kann. Bei den sonstigen Berufsgruppen ist der Anteil der Beschäftigten, die in unterschiedlichen Schichten (26,1%) bzw. an Wochenenden bzw. Feiertagen (20,0%) arbeiten, wesentlich geringer ausgeprägt<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Die Kennzahlen basieren auf Analysen zu den Angaben aus der Beschäftigtenbefragung 2022.

# Fokus Pflege II – Pflege im Spannungsfeld zwischen Berufung und Pflexit

Neben dem Gesundheitszustand, der Arbeitszufriedenheit und der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, wurden die Teilnehmer zu weiteren Aspekten ihrer Berufstätigkeit befragt. Dabei wird nicht nur ein Blick auf den aktuellen Status der Beschäftigung gerichtet, sondern zusätzlich auch ein Ausblick in die berufliche Zukunft geworfen.

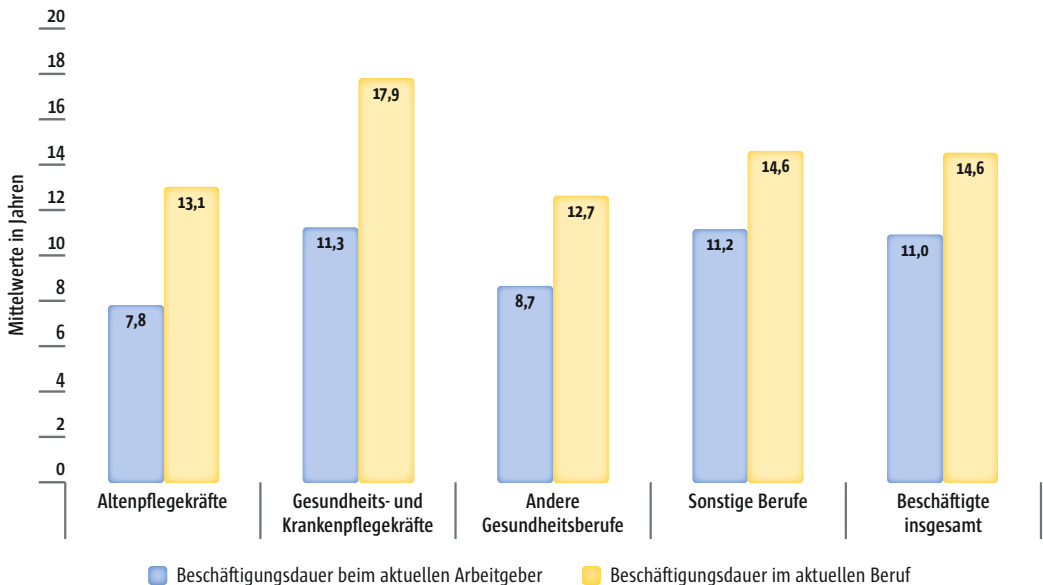
- Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sind im Vergleich zu anderen Beschäftigten im Durchschnitt sowohl am längsten beim gleichen Arbeitgeber als auch in ihrem Beruf tätig.
- Gleichzeitig ist bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften die Wechselbereitschaft bezüglich des Arbeitgebers bzw. des Berufs am größten ausgeprägt.

prägt: Über ein Viertel denkt darüber nach in den kommenden zwei Jahren den Arbeitgeber bzw. ein Fünftel den Beruf zu wechseln.

- Die Wechselbereitschaft bei den Altenpflegekräften bezogen auf den Arbeitgeber ist etwa so hoch, wie bei den Beschäftigten insgesamt, die Wechselbereitschaft bezogen auf den aktuellen Beruf ist dagegen deutlich geringer als bei allen Beschäftigten ausgeprägt.

Die durchschnittliche Beschäftigungsdauer in Jahren beim aktuellen Arbeitgeber bzw. im aktuellen Beruf nach Berufsgruppen ist in »» Diagramm 5 dargestellt. Über alle Berufsgruppen hinweg zeigt sich, dass die Beschäftigungsdauer im aktuellen Beruf deutlich höher als die beim jeweiligen Arbeitgeber

Diagramm 5 Beschäftigtenbefragung 2022 – Beschäftigungsdauer beim aktuellen Arbeitgeber bzw. im aktuellen Beruf nach ausgewählten Berufsgruppen



ausfällt. Die mittlere Beschäftigungsdauer beim aktuellen Arbeitgeber ist bei den Altenpflegekräften mit 7,8 Jahren mit Abstand am niedrigsten, während die Beschäftigungsdauer im aktuellen Beruf mit 13,1 Jahren nur leicht unter dem Durchschnittswert aller Beschäftigten (14,6 Jahre) liegt. Ein anderes Bild zeigt sich bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften, bei denen die Beschäftigungsdauer beim aktuellen Arbeitgeber mit 11,3 Jahren in etwa gleich hoch ausfällt wie bei den Beschäftigten insgesamt (11,0 Jahre), die aber gleichzeitig mit 17,9 Jahren den höchsten Wert in diesem Vergleich für die Beschäftigungsdauer im Beruf aufweisen. Für beide Pflegeberufe gilt, dass die Differenz zwischen der Beschäftigungsdauer im Beruf und beim Arbeitgeber die jeweils mit Abstand größte im Vergleich ist. Die Verbundenheit mit dem eigenen Beruf ist also bei den Pflegekräften deutlich stärker ausgeprägt, als die zum jeweiligen Arbeitgeber.

Zudem wurde von den Beschäftigten erfragt, wie wahrscheinlich es ist, dass sie innerhalb der nächsten zwei Jahre von ihrem aktuellen Arbeitgeber zu einem anderen wechseln werden (»» Diagramm 6). Insgesamt knapp jeder vierte Beschäftigte (24,6%) denkt aktuell darüber nach in den kommenden zwei Jahren den Arbeitgeber zu wechseln. Bei den Beschäftigten in den Pflegeberufen ist dieser Anteil zwar tendenziell etwas größer – mit den Gesund-

heits- und Krankenpflegekräften an der Spitze (27,3%) – ausgeprägt, deren Wechselbereitschaft unterscheidet sich jedoch nicht bedeutsam von den Beschäftigten insgesamt oder den anderen Berufsgruppen. Nimmt man zusätzlich noch die Unentschlossenen mit hinzu, so spielen zwischen 40,6% und 47,1% der Beschäftigten mit dem Gedanken, in den nächsten 2 Jahren ihren aktuellen Arbeitgeber zu verlassen.

Die Wahrscheinlichkeit eines Berufswechsels in den kommenden beiden Jahren ist in »» Diagramm 7 zu sehen. Zunächst lässt sich feststellen, dass die Wechselbereitschaft bezüglich des aktuellen Berufs (trifft voll/eher zu: 18,0%) bei den Beschäftigten insgesamt niedriger ausfällt, als dies bei der Wechselbereitschaft bezogen auf den aktuellen Arbeitgeber (trifft voll/eher zu: 24,6%) der Fall ist (»» Diagramm 6). Andererseits zeigen sich hier für die beiden Pflegeberufe unterschiedliche Tendenzen: Während der Anteil der Wechselwilligen bei den Altenpflegekräften mit 15,9% eher unterdurchschnittlich ausfällt, liegt er bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften mit 20,5% über dem Durchschnitt. Im Zusammenhang mit der überdurchschnittlichen Beschäftigungsdauer der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte beim Arbeitgeber bzw. im Beruf (»» Diagramm 5) fällt auf, dass gerade in diesem Pflegeberuf sowohl die Wechselbereitschaft bezogen auf den

Diagramm 6 Beschäftigtenbefragung 2022 – Bereitschaft zum Wechsel des aktuellen Arbeitgebers in den nächsten 2 Jahren nach ausgewählten Berufsgruppen

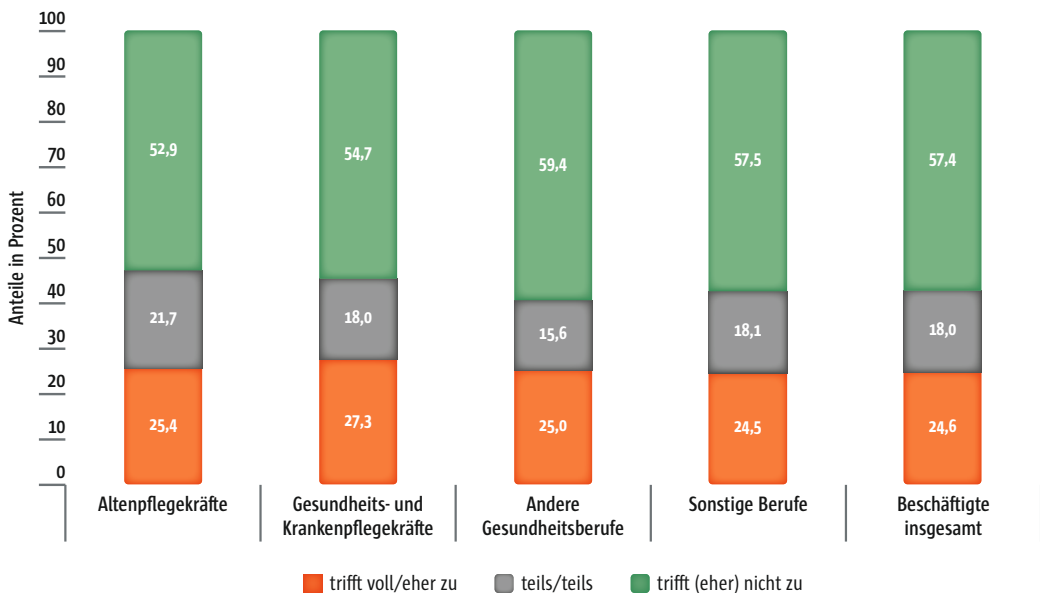
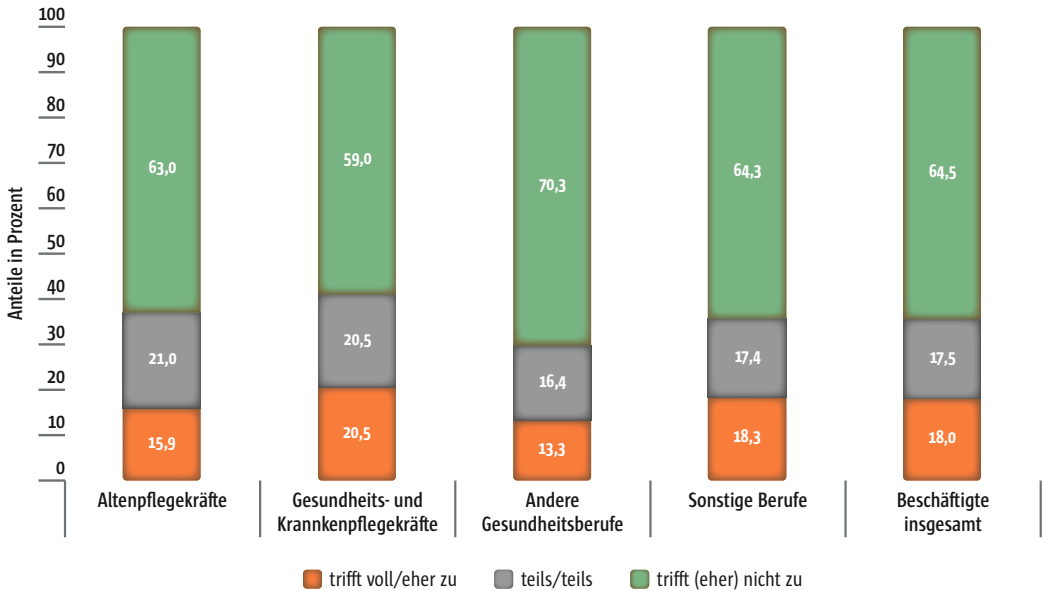


Diagramm 7 Beschäftigtenbefragung 2022 – Bereitschaft zum Wechsel des aktuellen Berufs in den nächsten 2 Jahren nach ausgewählten Berufsgruppen



Arbeitgeber als auch die bezogen auf den Beruf anteilig am größten ausfällt.

- Bei mehr als einem Drittel aller Altenpflegekräfte sowie deutlich über einem Viertel aller Gesundheits- und Krankenpflegekräfte besteht ein hohes Risiko, dass sie vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.
- Mehr als vier von zehn Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegekräften geben an, dass sie aktuell eine mäßige bis schlechte Arbeitsfähigkeit in Bezug auf ihre derzeitigen Arbeitsanforderungen haben.
- In allen anderen betrachteten Berufsgruppen fallen dagegen diese Anteile mit einer negativen Prognose der zukünftigen Erwerbstätigkeit sowie Arbeitsfähigkeit wesentlich geringer aus.

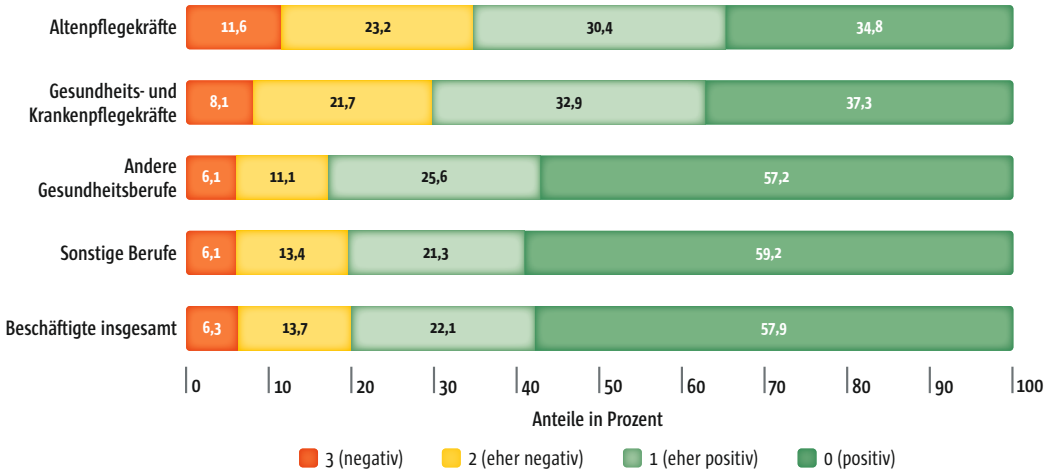
Neben den eher kurzfristigen Tendenzen hinsichtlich Berufs- bzw. Arbeitgeberwechsel, legt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit den Fokus auf einen längerfristigen Horizont, nämlich den des prognostizierten Renteneintritts. Die drei Fragen der SPE-Skala<sup>4</sup> fokussieren dabei im Kern darauf, wie wahrscheinlich es ist, dass die befragte Person aus gesundheitlichen Gründen vor dem regulären Ren-

teneintrittsalter aus dem Erwerbsleben ausscheiden wird. Aus den Selbsteinschätzungen der Befragten ergibt sich als Ergebnis ein Punktwert, der zwischen „0“ (hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Person bis zum regulären Renteneintrittsalter erwerbstätig ist) und „3“ (hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Person frühzeitiger in [Erwerbsminderungs-]Rente geht bzw. aus dem Erwerbsleben ausscheidet) liegt. In **»»** Diagramm 8 sind die entsprechenden Ergebnisse nach ausgewählten Berufsgruppen dargestellt. Zunächst lässt sich feststellen, dass die überwiegende Mehrheit in allen Berufsgruppen eine hohe Wahrscheinlichkeit aufweist, bis zum regulären Renteneintrittsalter erwerbstätig zu sein. Allerdings ist der Anteil derjenigen, die ein hohes Risiko des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben aus gesundheitlichen Gründen aufweisen, bei den Pflegeberufen besonders hoch ausgeprägt: Mehr als ein Drittel aller Altenpflegekräfte (34,8%) bzw. deutlich über ein Viertel aller Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (29,8%) sind potenziell davon betroffen. Das ist deutlich mehr, als bei den anderen Gesundheitsberufen (17,2%) bzw. den sonstigen Berufen (19,5%).

Zum Abschluss dieses Kapitels soll noch ein Blick auf die aktuelle selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit der Befragten geworfen werden, die mittels des Work Ability Index (WAI) erfasst wurde. Der WAI ist ein ursprünglich vom Finnish Institute of Occupational

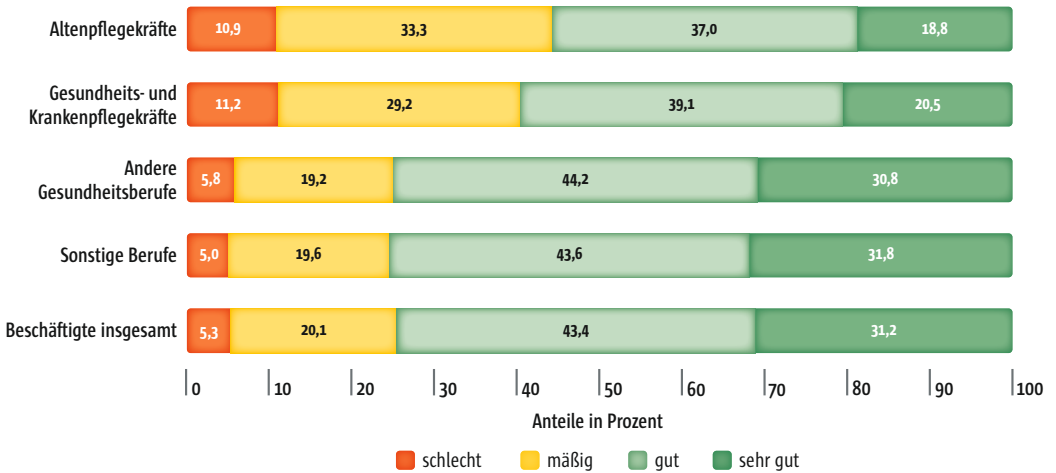
4 Mittag O, Raspe H (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit. Die Rehabilitation 42, 169–174.

**Diagramm 8 Beschäftigtenbefragung 2022 – Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala\*) nach ausgewählten Berufsgruppen**



\* Mittag O, Raspe H (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit. Die Rehabilitation 42, 169–174.

**Diagramm 9 Beschäftigtenbefragung 2022 – Arbeitsfähigkeit\* der Umfrageteilnehmer nach ausgewählten Berufsgruppen**



\* Hasselhorn, H. M. & Freude, G. (2007). Der Work Ability Index - ein Leitfaden. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin).

Health<sup>5</sup> entwickeltes Fragebogen-Instrument, das mittlerweile weltweit etabliert ist und zu welchem diverse Studien vorliegen. Unter Arbeitsfähigkeit wird dabei das Verhältnis der individuellen Leistungsfähigkeit zur tatsächlichen, vom Unternehmen bzw. der Tätigkeit gestellten Arbeitsanforderung verstanden. Die hier verwendete Version des WAI besteht aus insgesamt zehn Fragen<sup>6</sup>, welche sieben Dimension abbilden, die wiederum zu einem Gesamtwert verrechnet werden. Dieser Gesamtwert liegt zwischen 7 bis 49 Punkten, wobei eine höhere Punktzahl eine bessere Arbeitsfähigkeit anzeigt. Diese Punktwerte lassen sich wiederum in insgesamt vier Kategorien einordnen:

- 44–49 Punkte: Sehr gute Arbeitsfähigkeit
- 37–43 Punkte: Gute Arbeitsfähigkeit
- 28–36 Punkte: Mäßige Arbeitsfähigkeit
- 7–27 Punkte: Kritische/Schlechte Arbeitsfähigkeit

Die Ergebnisse dieser Befragung sind entsprechend dieser vier Kategorien des WAI nach ausgewählten Berufsgruppen in **»»** Diagramm 9 dargestellt. Von mehr als jeder zehnten Altenpflegekraft (10,9%) bzw. Gesundheits- und Krankenpflegekraft (11,2%) wird die aktuelle Arbeitsfähigkeit als schlecht im Verhältnis zu den Arbeitsanforderungen eingeschätzt. Dieser Anteil ist in etwa doppelt so hoch wie bei den anderen dargestellten Berufsgruppen ausgeprägt (5,0%–5,8%). Ebenfalls deutlich höher fallen bei den Pflegekräften (Altenpflege: 33,3%; Gesundheits- und Krankenpflege: 29,2%) die Anteile derjenigen aus, die aktuell eine mäßige Arbeitsfähigkeit aufweisen, während die entsprechenden Anteile bei den anderen Berufsgruppen mit 19,2% bis 20,1% ebenfalls wesentlich geringer ausfallen.

---

5 Tuomi, K. et al. (1998). Work Ability Index (Occupational health care, Bd. 19, 2nd rev. ed). Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

6 In der aktuellen Befragung wurde dabei die sogenannte „Ultrakurzversion“ verwendet. Hasselhorn, H.M. & Freude, G. (2007). Der Work Ability Index – ein Leitfaden. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), S. 28/29.



## Fokus Pflege III – Wertschätzung des Pflegeberufs, persönliche Pflegeerfahrungen und Präferenzen für die Zukunft

Der folgende Abschnitt beleuchtet die Rolle sowie die Bedeutung der Pflege aus der Sicht aller Befragungsteilnehmenden. Neben der Bewertung verschiedener wichtiger Aspekte des Pflegeberufs im Allgemeinen, richtet sich der Fokus im Weiteren insbesondere auf die Altenpflege, wobei sowohl eigene Erfahrungen mit Pflegefällen in der Familie, als auch Präferenzen für zukünftige Pflegefälle bei Angehörigen bzw. der/dem Befragten selbst betrachtet werden.

- Die überwiegende Mehrheit der Befragten stimmt den Aussagen zu, dass der Pflegeberuf eine anspruchsvolle sowie körperlich und psychisch fordernde Tätigkeit sowie ein zukunftssicherer Beruf ist.
- Andererseits ist die überwiegende Mehrheit der Befragten der Meinung, dass sowohl die Bezahlung in der Pflege nicht angemessen als auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in diesem Berufsfeld nicht gegeben ist.
- Jeweils knapp die Hälfte aller Befragten würden den Pflegeberuf nicht als Ausbildungsberuf weiterempfehlen und ist der Meinung, dass der Pflegeberuf keine hohe gesellschaftliche Anerkennung genießt.

In **»»** Diagramm 10 sind die Bewertungen aller Befragungsteilnehmer zu verschiedenen Aussagen zum Pflegeberuf im Allgemeinen aufgeführt. Von der überwiegenden Mehrheit wird der Pflegeberuf als eine fachliche anspruchsvolle Tätigkeit (85,8%) bewertet, die gleichzeitig aber auch körperlich (90,7%) und psychisch (87,9%) sehr anstrengend bzw. belastend ist. Ebenfalls eine Mehrheit von über zwei Drittel der Befragten (70,5%) stimmt der Aussage zu, dass der Pflegeberuf ein zukunftssicherer Beruf ist. Dagegen stößt bei rund zwei Drittel der Befragten (66,1%) die Aussage, dass der Pflegeberuf angemessen bezahlt wird, auf eine deutliche Ablehnung. Mehr als die Hälfte aller Befragten (51,5%) ist zudem der Ansicht, dass der Pflegeberuf keine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie bietet. Knapp die Hälfte der Befragten (43,7%) stimmt außerdem der Aus-

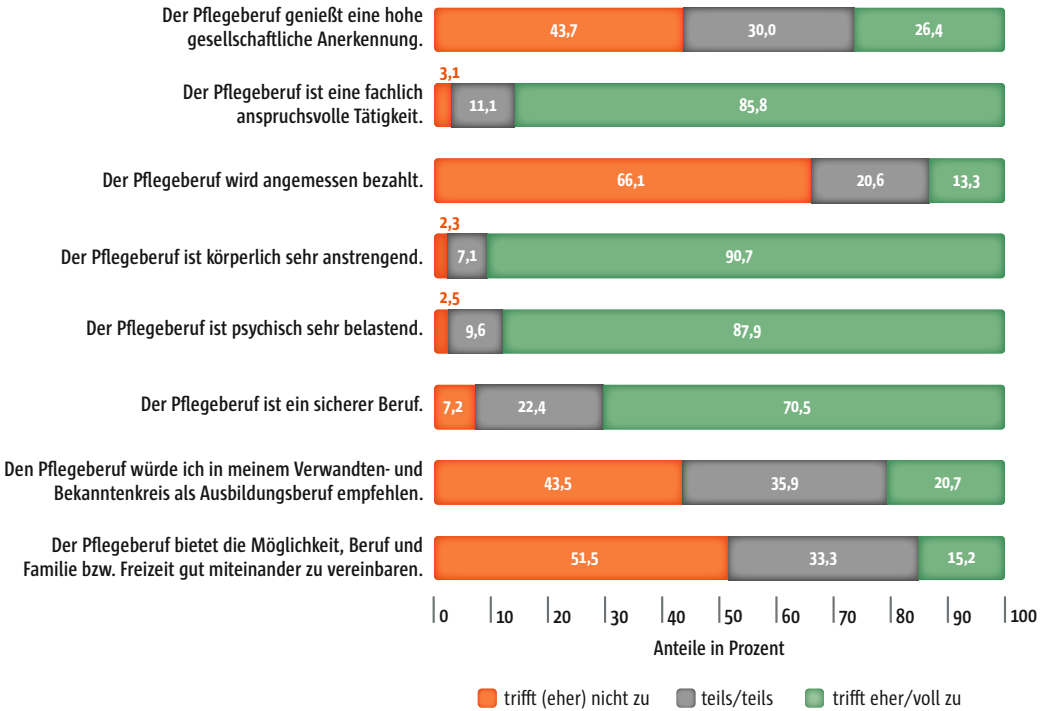
sage nicht zu, dass der Pflegeberuf eine hohe gesellschaftliche Anerkennung bzw. Wertschätzung genießt, nur etwa jeder vierte Befragte (26,4%) stimmt dieser Aussage hingegen zu. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Weiterempfehlung des Pflegeberufs als Ausbildungsberuf im Verwandten- und Bekanntenkreis: Wiederum knapp die Hälfte der Befragten (43,5%) sprechen sich gegen eine Weiterempfehlung aus, während nur ein kleiner Teil (20,7%) einer Weiterempfehlung zustimmend gegenübersteht.

Ergänzend soll an dieser Stelle noch einmal der Fokus auf vier der acht Aussagen geworfen werden, bei denen signifikante Unterschiede<sup>7</sup> zwischen Pflegeberufen einerseits sowie den sonstigen Berufen andererseits feststellbar sind:

- Der Aussage „Der Pflegeberuf genießt eine hohe gesellschaftliche Anerkennung.“ stimmt ein wesentlich größerer Anteil der Altenpflegekräfte (64,5%) bzw. Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (55,8%) nicht zu, als dies bei den sonstigen Berufsgruppen (42,4%) der Fall ist.
- Umgekehrt zeigt sich bezüglich der Aussage „Der Pflegeberuf ist eine fachlich anspruchsvolle Tätigkeit.“ ein wesentlich höherer Anteil, bei den Altenpflegekräften (92,8%) bzw. Gesundheits- und Krankenpflegekräften (92,6%) im Vergleich zu den sonstigen Berufsgruppen (85,5%), die dieser Aussage zustimmen.
- In gleicher Richtung stellt sich das Muster bei der Aussage „Der Pflegeberuf ist ein sicherer Beruf.“ dar. Auch hier stimmen wesentlich mehr Altenpflegekräfte (88,4%) bzw. Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (88,2%) dieser Aussage zu, als dies bei den sonstigen Berufsgruppen (69,0%) der Fall ist.
- Mit 74,6% tritt bei den Altenpflegekräften der größte Anteil derjenigen auf, die der Aussage „Der Pflegeberuf wird angemessen bezahlt.“ nicht zustimmen, gefolgt von den Gesundheits- und Kranken-

7 Im Rahmen der Analysen wurden Chi-Quadrat-Tests durchgeführt.

Diagramm 10 Beschäftigtenbefragung 2022 – Bewertung verschiedener Aspekte des Pflegeberufs



pflegekräften (69,6%) sowie den sonstigen Berufsgruppen (65,7%).

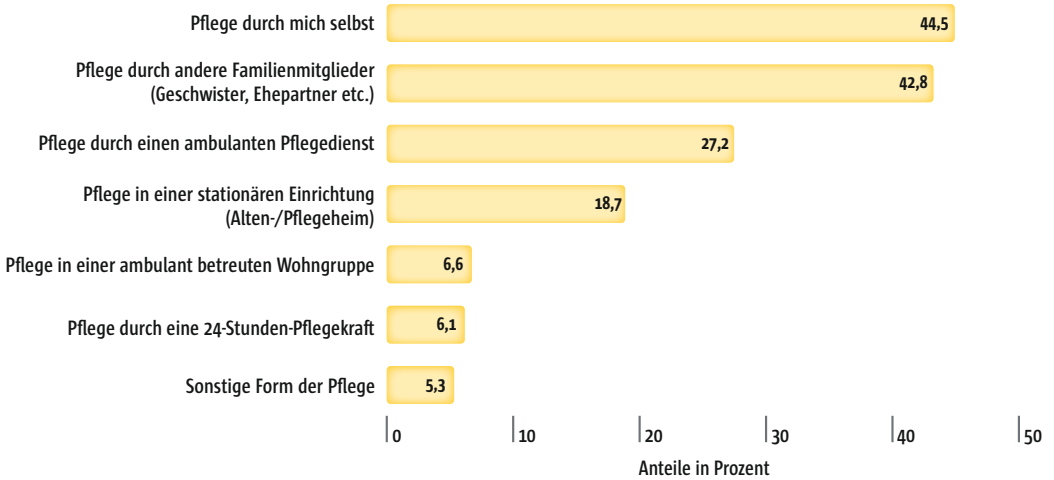
Für die anderen vier Aussagen sind zwar ebenfalls Unterschiede im Antwortmuster der unterschiedlichen Berufsgruppen erkennbar, allerdings sind diese statistisch nicht signifikant.

- Mehr als jeder vierte Befragte (28,9%) hat sich in den vergangenen 10 Jahren selbst oder mithilfe anderer um einen Pflegefall im familiären Umfeld gekümmert.
- Die überwiegende Mehrheit der pflegeerfahrenen Befragten gibt an, dass sie selbst bzw. andere Familienmitglieder die Pflege des Betroffenen übernommen haben.
- Bezogen auf zukünftige Pflegefälle in der Familie bzw. bei eigener Betroffenheit, geben jeweils deutlich mehr als ein Drittel aller befragten Beschäftigten an, sich damit aktuell noch nicht gedanklich befasst zu haben.

Mehr als jeder vierte Beschäftigte (28,9%) hat in den vergangenen 10 Jahren schon (mindestens) einmal

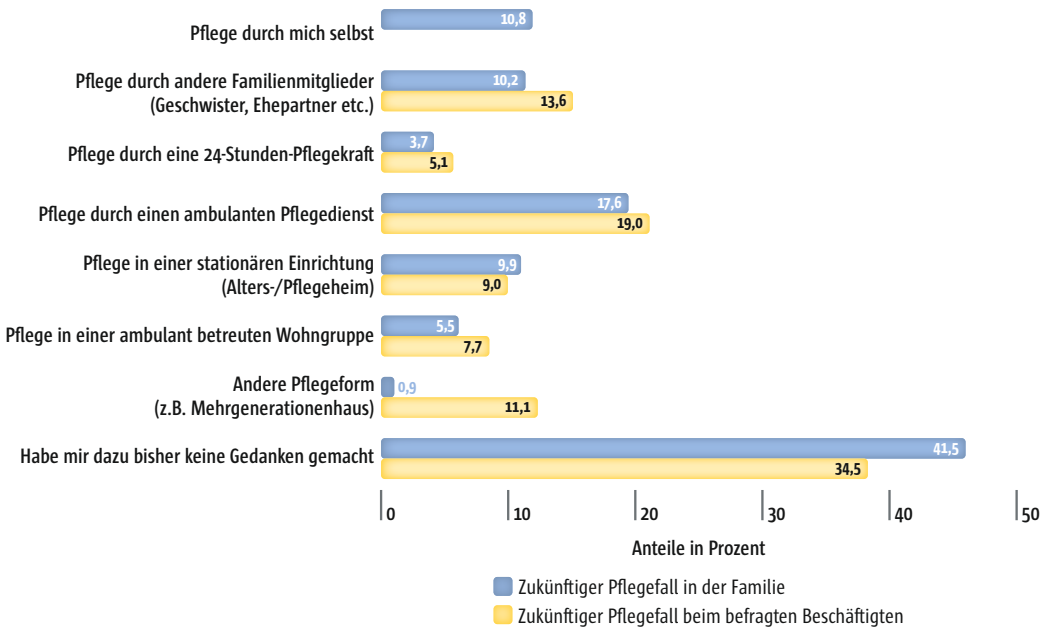
selbst einen Pflegefall im Familien- bzw. engeren Angehörigenkreis gehabt. Welche Pflegeformen bei einem solchen Pflegefall hauptsächlich genutzt werden, zeigt das **III** Diagramm 11. Da im Laufe eines Pflegefalls meist mehr als eine Pflegeform notwendig ist, konnten von den Betroffenen entsprechend mehrere Pflegeformen pro Pflegefall angegeben werden, was bei über einem Drittel (35,7%) auch der Fall ist. Die meisten Betroffenen geben an, dass sie ihre Angehörigen selbst gepflegt haben (44,5%) bzw. die Pflege durch ein anderes Familienmitglied stattgefunden hat (42,8%). Dies entspricht in etwa dem Gesamtbild der Pflege in Deutschland: Der weitaus größte Teil der insgesamt 4,9 Millionen Pflegebedürftigen, rund 80%, wird im häuslichen Umfeld versorgt (vgl. den diesjährigen **III** Gastbeitrag von Bohnet-Joschko et al.). Mehr als ein Viertel (27,2%) haben zudem einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch genommen, knapp jeder fünfte Pflegefall (18,7%) wurde in einer stationären Einrichtung betreut. Alternative Pflegeformen, wie eine ambulant betreute Wohngruppe (6,6%), Pflege durch eine 24-Stunden-Pflegekraft (6,1%) sowie andere Pflegeformen (5,3%) wurden hingegen seltener genutzt.

**Diagramm 11 Beschäftigtenbefragung 2022 – Pflegeformen\* bei den Umfrageteilnehmern, die in den letzten 10 Jahren einen Pflegefall\*\* in der Familie/bei ihren Angehörigen hatten**



\* Mehrfachantworten möglich; \*\* Insgesamt 28,9 Prozent der Umfrageteilnehmer hatten in den letzten 10 Jahren einen Pflegefall in der Familie.

**Diagramm 12 Beschäftigtenbefragung 2022 – Präferierte Pflegeformen bei einem zukünftigen Pflegefall in der Familie bzw. beim befragten Beschäftigten**



Neben der indirekten Betroffenheit im Falle eines pflegebedürftigen Angehörigen, wurde von den Befragungsteilnehmern zudem erfragt, welche Präferenzen sie bezüglich der pflegerischen Versorgung von zukünftigen Fällen in der Familie bzw. bei sich selbst haben (III Diagramm 12). Zunächst lässt sich feststellen, dass der jeweils größte Anteil der Antworten bei der zukünftigen Angehörigenpflege (41,5%) sowie im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit (34,5%) darauf entfällt, dass sich die Befragten dazu noch keine Gedanken gemacht haben. Haben sich die Befragten bereits mit dem Thema auseinandergesetzt, so wird bei nahen Angehörigen die Pflege in Eigenleistung bzw. durch andere Familienmitglieder klar präferiert (zusammen: 21,0%). An zweiter Stelle folgt dann mit 17,6% die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst, die im Übrigen die am häufigsten gewählte Pflegeform im eigenen Pflegefall der Befragten (19,0%) ist. Rund jeder zehnte Befragte wünscht sich sowohl für seine Angehörigen (9,9%) als auch für sich selbst (9,0%) eine Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung. Der deutlichste Unterschied zwischen einem zukünftigen Pflegefall bei einem Angehörigen bzw. beim Befragten selbst, ist bei den alternativen Pflegeformen (z.B. Mehrgenerationenhaus) zu finden. Während mehr als jeder zehnte (11,1%) diese Form der Pflege für sich selbst präferiert, liegt deren Anteil im Angehörigenfall bei lediglich 0,9%. Die Pflege in einer ambulanten Wohngruppe bzw. von einer 24-Stunden-Pflegekraft wird im Vergleich zu den anderen

Pflegeformen von den Befragten am wenigsten gewünscht.

Anzumerken bleibt, dass insbesondere im konkreten Pflegefall (III Diagramm 11) die Pflege durch die Befragten selbst bzw. ein anderes Familienmitglied den mit Abstand größten Anteil innehat, während diese Pflegeform bei den Präferenzen für einen zukünftigen Pflegefall deutlich seltener genannt wird. Hier klaffen vermutlich Wunsch (hohe Präferenz für die verschiedenen professionellen Pflegeformen) und Wirklichkeit (bürokratische Hürden, Mangel an Pflegeplätzen bzw. lange Wartezeiten) aufgrund der Erfahrung mit der Organisation und Umsetzung der Pflege im konkreten Fall auseinander. So gibt etwa jeder Fünfte (19,1%) der pflegeerfahrenen Befragten an, dass er im eigenen zukünftigen Fall gern von einem Familienangehörigen gepflegt werden möchte, während dieser Anteil bei den pflegeunerfahrenen Befragten lediglich 11,3% beträgt. Sowohl bei pflegerfahrenen als auch pflegeunerfahrenen Befragten wird zudem die ambulante Pflege bei zukünftiger eigener Betroffenheit favorisiert (19,4% bzw. 18,9%). Wenig überraschend ist zudem, dass der Anteil derjenigen, die sich noch keine Gedanken zum eigenem zukünftigen Pflegebedarf gemacht haben, bei den pflegeunerfahrenen Befragten fast doppelt so hoch wie bei denen mit Pflegeerfahrung (39,6% vs. 22,0%) ausfällt. In ähnlichem Verhältnis ist letztgenannter Unterschied ebenfalls zwischen den Befragten in den Pflegeberufen und denjenigen in den sonstigen Berufen feststellbar.

## Fokus Pflege IV – Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Ein Großteil der Personen, die sich um ihre pflegebedürftigen Angehörigen kümmert, befindet sich selbst mitten im Erwerbsleben<sup>8</sup>. Da ein Pflegefall oft ungeplant eintritt, sind sowohl kurzfristige als auch langfristige Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege notwendig. Neben verschiedenen gesetzlichen Regelungen, gibt es zudem auch unternehmens- und berufsspezifische Angebote, die im Folgenden näher betrachtet werden sollen.

- In Unternehmen wird den Mitarbeitenden am häufigsten der Diensttausch unter Kollegen, Homeoffice sowie Freistellung von der Arbeit bis zu 10 Tagen als Maßnahmen im akuten Pflegefall angeboten.
- Gesetzliche Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege sind bei den Beschäftigten im Vergleich zu den individuellen arbeitgeberspezifischen Maßnahmen wesentlich weniger bekannt bzw. vorhanden.
- Bei Pflegekräften ist der Anteil derjenigen, die persönlich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie positiv bewerten, deutlich höher als bei anderen Berufsgruppen ausgeprägt.

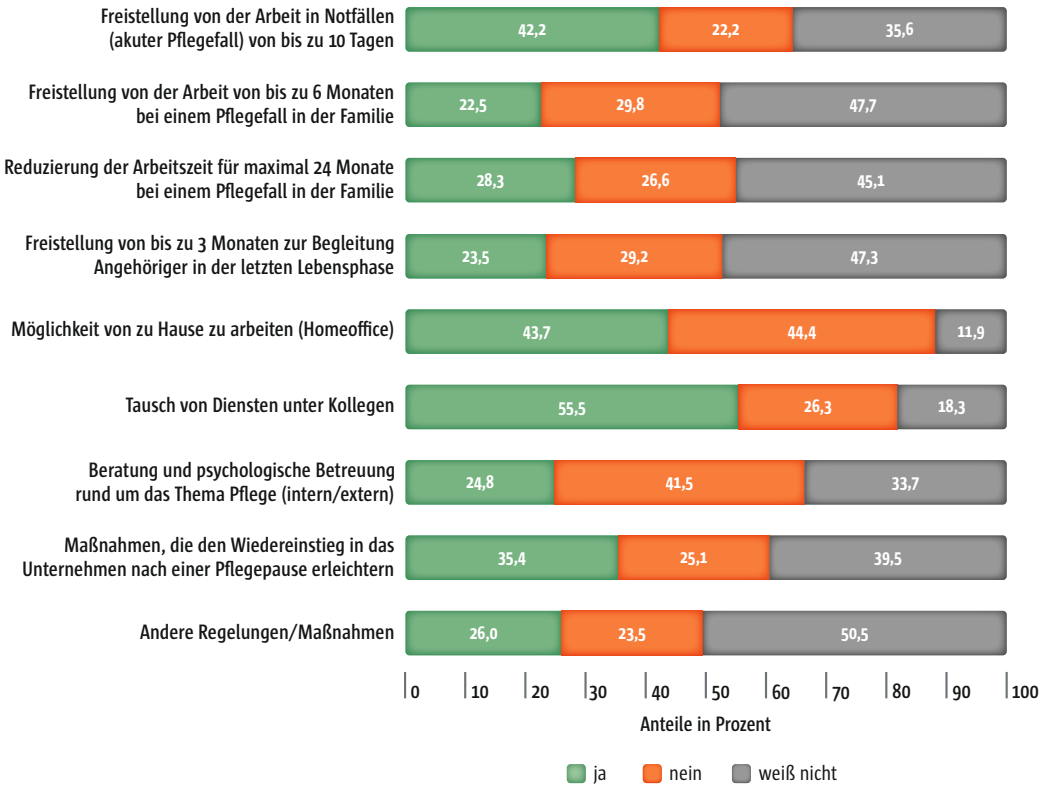
Die Beschäftigten wurden zu einer Reihe von gesetzlichen sowie zu arbeitgeberspezifischen Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege befragt (III Diagramm 13). Mehr als die Hälfte aller Beschäftigten (55,5%) geben den Diensttausch unter Kollegen als eine vorhandene arbeitgeberspezifische Möglichkeit zur besseren Vereinbarkeit und Beruf und Pflege an. Weitere 43,7% sagen, dass bei einem Pflegefall auch Homeoffice bzw. mobile Arbeit angeboten wird. Bei den gesetzlichen Maßnahmen geben 42,2% an, die Möglichkeit der Freistellung von der Arbeit bis zu 10 Tagen im Pflegefall zu haben. Weitere gesetzliche Maßnahmen, wie die Freistellung von der Arbeit von bis zu 6 Monaten bei einem Pflegefall in der

Familie, Reduzierung der Arbeitszeit für maximal 24 Monate bei einem Pflegefall in der Familie oder Freistellung von bis zu 3 Monaten zur Begleitung Angehöriger in der letzten Lebensphase werden nur von rund jedem vierten Beschäftigten (22,5%-28,3%) als im Unternehmen vorhanden angegeben. Gleichzeitig ist bei diesen drei Maßnahmen der Anteil derjenigen, die über die Existenz dieser Angebote im Unternehmen keine Kenntnis haben, mit jeweils rund der Hälfte der Befragten (45,1%-47,7%) am größten. Hier besteht offensichtlich noch erheblicher Handlungsbedarf, was die Information von Beschäftigten und Arbeitgebern zu ihren Rechten und Pflichten in diesem Kontext betrifft. Bezüglich der Maßnahmen, die den Beschäftigten zwar bekannt sind, allerdings nicht vom Arbeitgeber angeboten werden, stechen insbesondere die Möglichkeit in Homeoffice zur arbeiten (44,4%) sowie die Beratung und psychologische Betreuung zum Thema Pflege (41,5%) besonders hervor. Bei der überwiegenden Mehrheit der Beschäftigten (81,6%) ist entsprechend ihrer Einschätzung mindestens eine der benannten Maßnahmen, bei rund zwei Drittel (62,8%) sind zwei Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie vorhanden. Nur etwa jeder zwanzigste Beschäftigte (4,8%) gibt dagegen an, dass alle benannten Maßnahmen vorhanden sind und im Ernstfall genutzt werden können.

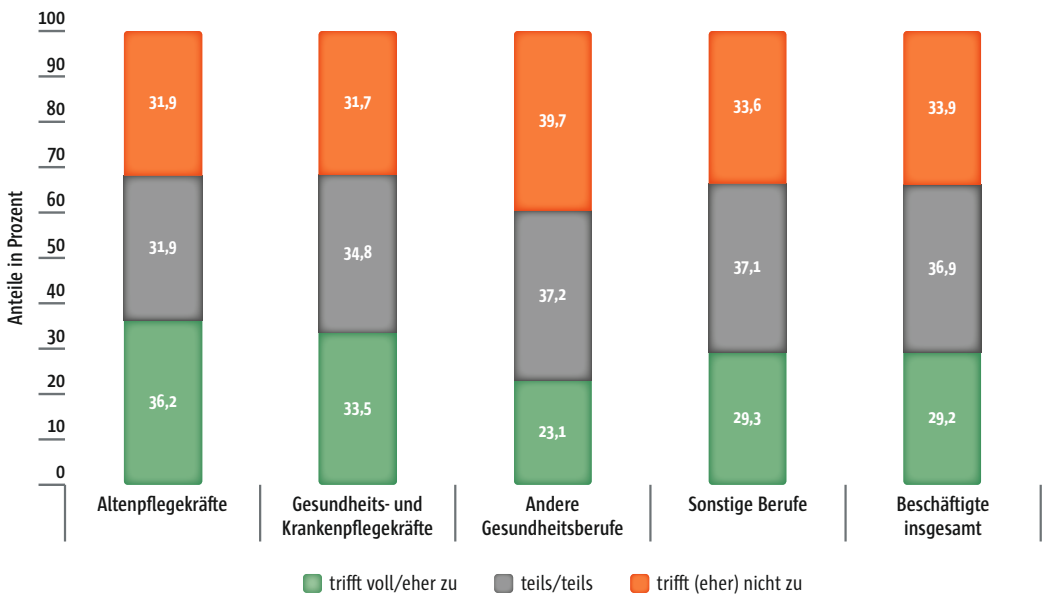
Unabhängig von den konkreten bekannten bzw. vorhandenen Maßnahmen wurden die Beschäftigten zusätzlich gefragt, wie sie für sich persönlich die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege bewerten (III Diagramm 14). Mehr als ein Drittel der Altenpflegekräfte (36,2%) sowie der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (33,5%) geben an, dass bei ihnen Beruf und Pflege gut miteinander vereinbar sind. Dieser Anteil ist bei den sonstigen Berufen mit 29,3% niedriger, am geringsten ist er jedoch mit 23,1% bei den anderen Gesundheitsberufen ausgeprägt. Zu vermuten ist, dass Pflegekräfte aufgrund ihrer Berufserfahrung besser als andere Beschäftigte über die Pflege im Allgemeinen informiert sind und im Umgang mit einem zukünftigen Pflegefall weniger Hemmschwellen haben bzw. sich weniger überwinden müssen.

8 Zentrum für Qualität in der Pflege (2016) ZQP-Themenreport: Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Berlin. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report\\_Vereinbarkeit\\_Beruf\\_Pflege\\_Pflegende\\_Angehoerige.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Vereinbarkeit_Beruf_Pflege_Pflegende_Angehoerige.pdf) [abgerufen am: 07.09.2022]

**Diagramm 13 Beschäftigtenbefragung 2022 – Existenz und Bekanntheit von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege beim Arbeitgeber des Beschäftigten**



**Diagramm 14 Beschäftigtenbefragung 2022 – Vereinbarkeit von Beruf und Pflege nach ausgewählten Berufsgruppen**



## Fokus Pflege V – Pflege im Kontext der Coronavirus-Pandemie

Bereits im **»»** BKK Gesundheitsatlas 2017 wurde deutlich, dass Pflegekräfte eine besonders hohe gesundheitliche Belastung im Vergleich zu anderen Beschäftigtengruppen aufweisen. Wie unter anderem in **»»** Diagramm 1.6.1 anhand der AU-Kennzahlen zu sehen ist, hat sich dieses Bild in den vergangenen Jahren weiter verfestigt bzw. kommt nun sogar noch deutlicher zum Vorschein. Die Coronavirus-Pandemie hat nicht nur dazu beitragen, diesen bereits bestehenden Trend zu verstärken, die Pflegekräfte sind aufgrund des hohen Ansteckungsrisikos mit dem Coronavirus bei ihrer Tätigkeit in doppelter Hinsicht betroffen. Der Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf die Gesundheit der Pflegekräfte soll deshalb im abschließenden Teil des Umfragekapitels betrachtet werden.

- Die Coronavirus-Pandemie übt bei den Pflegekräften im Vergleich zu den sonstigen Berufsgruppen einen überdurchschnittlich großen negativen Einfluss auf deren körperliche und psychische Gesundheit aus.
- Zudem geben Pflegekräfte mehr als doppelt so häufig im Vergleich zu den sonstigen Berufsgruppen an, dass die Pandemie einen negativen Einfluss auf deren Arbeitsleben im Allgemeinen hat.
- Bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften ist aufgrund des höheren Infektionsrisikos nicht nur ein überdurchschnittlich hoher Anteil bereits mit dem Coronavirus infiziert gewesen, in dieser Berufsgruppe ist zudem die höchste Impfquote im Vergleich zu finden.

In **»»** Diagramm 15 ist der Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf die Gesundheit sowie das Arbeitsleben der Beschäftigten nach ausgewählten Berufsgruppen dargestellt.

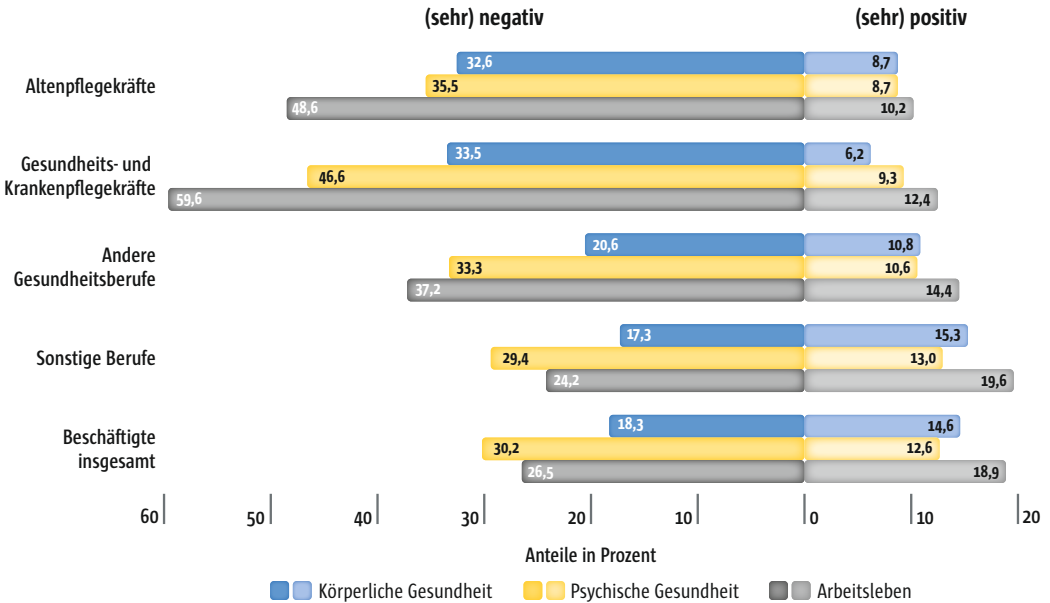
- **Körperliche Gesundheit:** Jeweils rund ein Drittel der Altenpflegekräfte (32,6%) bzw. der Gesundheits-

und Krankenpflegekräfte (33,5%) gibt an, dass sich die Coronavirus-Pandemie negativ bzw. sehr negativ auf ihre körperliche Gesundheit auswirkt. Das ist ein deutlich höherer Anteil, als er bei den sonstigen Berufen (17,3%) bzw. den anderen Gesundheitsberufen (20,6%) auftritt.

- **Psychische Gesundheit:** Fast die Hälfte (46,6%) der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte gibt an, dass sich die Coronavirus-Pandemie (sehr) negativ auf deren psychische Gesundheit ausgewirkt hat. Das ist der mit Abstand höchste Wert in Berufsgruppenvergleich. Mit einem Anteil von 35,5% folgten die Altenpflegekräfte sowie knapp dahinter die anderen Gesundheitsberufe (33,3%). Bei den sonstigen Berufen ist dieser Wert mit 29,4% immerhin -17,2 Prozentpunkte niedriger als bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften.
- **Arbeitsleben:** Am größten sind die Unterschiede zwischen Pflegekräften und anderen Berufsgruppen bei der Frage nach dem Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf das eigene Arbeitsleben. Deutlich mehr als die Hälfte der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (59,6%) geben hier einen (sehr) negativen Einfluss an, bei den Altenpflegekräften teilt knapp die Hälfte (48,6%) der Befragten diese Einschätzung. Hier ist der Abstand zu den sonstigen Berufen, bei denen nur knapp jeder vierte Befragte (24,2%) eine gleichlautende Antwort gibt, besonders groß. Bei den anderen Gesundheitsberufen liegt der Anteil derjenigen Beschäftigten, die einen (sehr) negativen Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ihr Arbeitsleben angeben, mit 37,2% im Mittelfeld dieses Vergleichs.

Pflegekräfte sind also nicht nur gesundheitlich in besonderem Maße durch die Coronavirus-Pandemie betroffen, vor allem der negative Einfluss auf deren Arbeitsleben ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen besonders stark ausgeprägt.

**Diagramm 15** Beschäftigtenbefragung 2022 – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ausgewählte Gesundheitsaspekte sowie das Arbeitsleben nach ausgewählten Berufsgruppen



Das erhöhte Corona-Infektionsrisiko bei den Pflegekräften spiegelt sich in **III** Diagramm 16 anhand der Anteile der Beschäftigten mit mindestens einer COVID-19-Infektion seit Pandemiebeginn wider<sup>9</sup>. Insbesondere die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte weisen mit einem Anteil von 44,1% einen überdurchschnittlich hohen Wert auf, der nur noch von den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (u. a. Betreuungs- und Lehrkräfte in Kindertagesstätten und Schulen sowie sonstigen Betreuungs- und Bildungseinrichtungen) mit 47,8% übertroffen wird. Die Anteile bei den Altenpflegekräften (36,2%) sowie bei den anderen Gesundheitsberufen (39,4%) sind zwar im Vergleich dazu etwas geringer ausgeprägt, liegen jedoch immer noch deutlich über dem Gesamtwert von 33,2% bei den Beschäftigten insgesamt. Berufe in der Unternehmensführung und -organisation weisen hingegen mit 25,3% den geringsten Wert auf, was neben der Tätigkeit selbst unter anderem mit der Möglichkeit und häufigeren Nutzung von mobiler Arbeit zusammenhängen dürfte

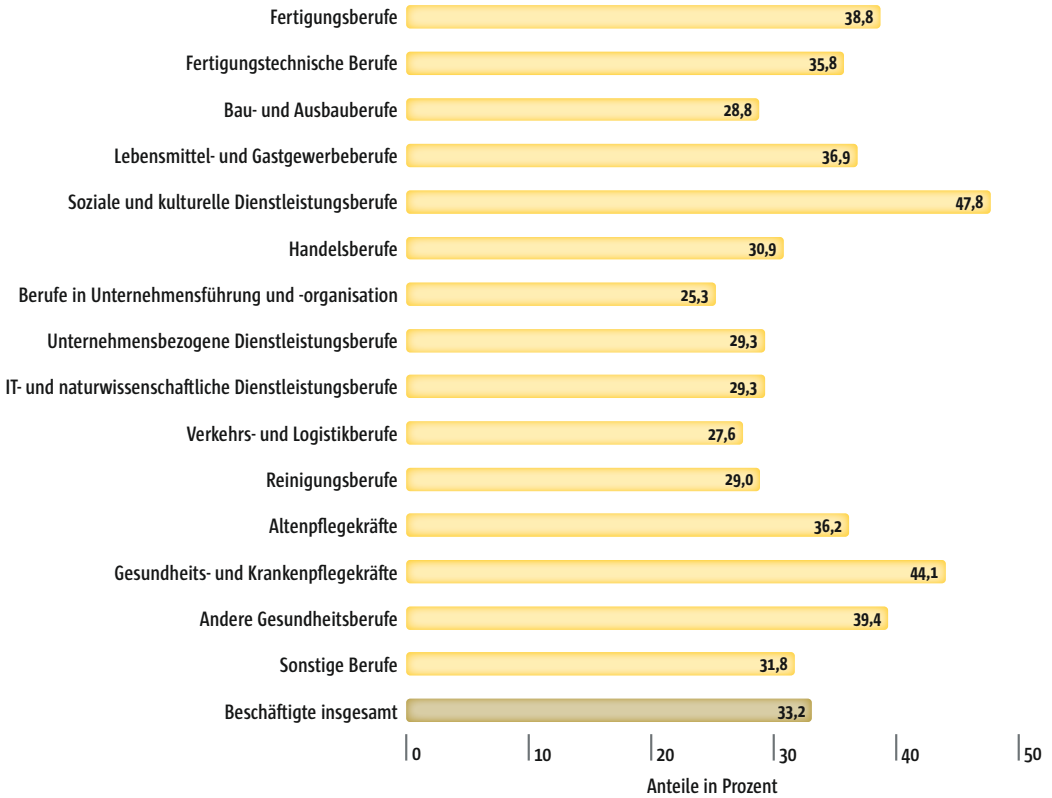
(vgl. **III** Diagramm 4 im **III** BKK Gesundheitsreport 2021). Die große Spannweite bei den hier abgebildeten Werten zeigt nochmal eindrücklich, dass das Infektionsrisiko mit COVID-19 in deutlichem Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz bzw. der Tätigkeit des Beschäftigten steht und entsprechend spezifische Schutzmaßnahmen notwendig und richtig sind, wie sie beispielsweise bereits im Gesundheitswesen umgesetzt werden.

Abschließend werden in **III** Diagramm 17 die Impfquoten nach Berufsgruppen berichtet. Zunächst lässt sich feststellen, dass die weitaus überwiegende Mehrheit aller Beschäftigten (88,8%) mindestens einmal gegen COVID-19 geimpft ist. Allerdings werden hier ebenfalls berufsspezifische Unterschiede sichtbar. Mit 94,4% weisen die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte die mit Abstand höchste Impfquote, gefolgt von den anderen Gesundheitsberufen (92,8%) und den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen (92,7%) auf. Bei den Altenpflegekräften fällt dieser Wert zwar mit 92,0% etwas geringer aus, allerdings liegt er damit immer noch deutlich über dem der Beschäftigten insgesamt. Unterdurchschnittliche Impfquoten sind hingegen bei den Verkehrs- und Logistikberufen (83,6%) sowie den Bau- und Ausbauberufen (84,6%) zu finden.

<sup>9</sup> Unser besonderer Dank gilt der COVIMO-Arbeitsgruppe des Robert Koch-Instituts ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projekte\\_RKI/covimo\\_studie.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/covimo_studie.html)), insbesondere Frau Schmid-Küpke, für die Möglichkeit der auszugsweisen Verwendung eines Teil des dort eingesetzten Fragebogens.



**Diagramm 16** Beschäftigtenbefragung 2022 – Anteile der Beschäftigten mit mindestens einer COVID-19-Infektion nach ausgewählten Berufsgruppen

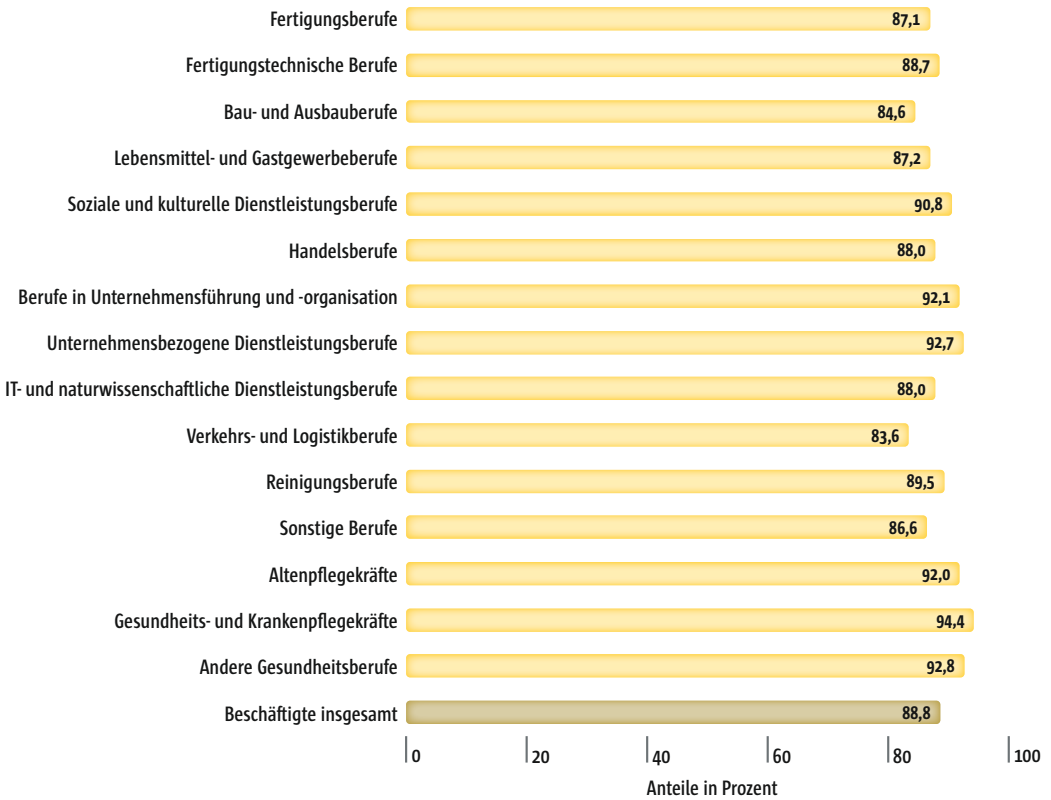


Die verschiedenen Erfahrungen bzw. die berufsspezifische Betroffenheit mit dem Coronavirus sind Merkmale, welche die unterschiedlichen Impfquoten erklären können. Zudem zeigt sich in weiteren Detailanalysen, dass die Motivation, durch die Impfung das Risiko für die Infektion bzw. Erkrankung Dritter (z.B. Patienten oder Angehörige) zu reduzieren,

bei den Pflegekräften sowie bei den anderen Gesundheitsberufen überdurchschnittlich hoch im Vergleich zu den sonstigen Berufen ausgeprägt ist (53,9% bis 55,9% vs. 44,3%). Nicht zuletzt spielt sicherlich auch die seit Mitte März 2022 geltende einrichtungsbezogene Impfpflicht<sup>10</sup> eine Rolle, von der Pflegekräfte hauptsächlich, aber nicht ausschließlich betroffen sind.

<sup>10</sup> Bundesministerium für Justiz (2022) Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. § 20a Immunitätsnachweis gegen COVID-19. [https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/\\_20a.html](https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/_20a.html) [abgerufen am: 12.09.2022].

**Diagramm 17** Beschäftigtenbefragung 2022 – Anteile der Beschäftigten mit mindestens einer Impfung gegen COVID-19 nach ausgewählten Berufsgruppen



## Fazit und Ausblick

Die diesjährige Beschäftigtenbefragung zeigt sehr eindrücklich, dass Pflegekräfte in mehrfacher Hinsicht und stärker als andere Berufsgruppen von den negativen Auswirkungen der hohen Belastungen und Beanspruchungen aufgrund ihrer Tätigkeit betroffen sind. Dies spiegelt sich unter anderem in deren schlechteren körperlichen und psychischen Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Berufen wider. In diesem Kontext ist auch die Bewertung der eigenen Arbeitsfähigkeit zu sehen, die maßgeblich durch den aktuellen Gesundheitszustand beeinflusst wird und bei den Pflegekräften signifikant schlechter als bei Beschäftigten in anderen Tätigkeitsbereichen ausfällt. Entsprechend ist es wenig überraschend, dass etwa jede dritte Altenpflegekraft bzw. mehr als jede vierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft eher nicht davon ausgeht, bis zum regulären Renteneintrittsalter arbeiten zu können, während dies auf nur knapp jeden fünften Beschäftigten bei den sonstigen Berufen zutrifft. In diesem Zusammenhang ist auch die – vor allem bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften – besonders niedrig ausgeprägte Arbeitszufriedenheit sowie die relativ hohe Unzufriedenheit bzgl. der Vereinbarkeit von Beruf und Familie einzuordnen. Das vielfach diskutierte Phänomen des *Pfleit* im Sinne eines kurz- bzw. mittelfristigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf, konnte durch die Umfrage jedoch nicht bestätigt werden: Die Anteile der Beschäftigten, die in den kommenden beiden Jahren planen ihren Beruf zu wechseln, unterscheiden sich zwischen den Berufsgruppen nicht bedeutsam, allerdings ist der Wert – rund jeder fünfte Beschäftigte insgesamt plant einen Berufswechsel – überraschend hoch ausgeprägt. Noch größer ist allerdings der Wille zum Wechsel des Arbeitgebers, der von rund jedem vierten Beschäftigten in den kommenden beiden Jahren angedacht ist. Es sind also weniger die konkrete Tätigkeit, sondern vielmehr die Unternehmenskultur und die Arbeitsbedingungen, die den Wechselwillen der Beschäftigten stärker beeinflussen.

Die Coronavirus-Pandemie hat vor allem im arbeitsweltlichen Kontext zu tiefgreifenden negativen wie auch positiven Veränderungen geführt. Pflegekräfte sind dabei durch ihre berufliche Tätigkeit in doppelter Hinsicht – durch den Umgang mit an COVID-19 Erkrankten bzw. besonders vulnerablen Gruppen und dem damit verbundenen erhöhten Corona-Infektionsrisiko – vorrangig von den negativen Folgen betroffen. Dies zeigt sich unter anderem in der mehrheitlich negativen Einschätzung der Auswirkungen der Pandemie auf das Arbeitsleben allgemein, als auch auf die körperliche und psychische Gesundheit: Keine andere Berufsgruppe hat durch die Pandemie höhere Belastungen und Beanspruchungen erlebt, die schon zuvor im Pflegebereich ein überdurchschnittliches Maß erreicht hatten, wie bereits im **»** BKK Gesundheitsatlas 2017 gezeigt werden konnte. Gleiches gilt für die Anteile derjenigen mit einer COVID-19-Infektion: Wiederum sind es diese Pflegekräfte, die zusammen mit Lehr- und Erziehungskräften die höchsten Anteile der Beschäftigten mit einer COVID-19-Infektion aufweisen und gleichzeitig, was positiv zu bewerten ist, über überdurchschnittliche Impfquoten im Berufsgruppenvergleich verfügen.

Trotz der zahlreichen gesetzgeberischen Aktivitäten sowie solcher im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahren, zeigen diese bisher keine bedeutsamen Verbesserungen der gesundheitlichen Lage bzw. eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen bei den Beschäftigten in der Pflege. Vielmehr sind weitreichende strukturelle Änderungen im Gesundheitswesen im Sinne einer Verhältnisänderung notwendig, um die aktuelle negative Entwicklung zu stoppen bzw. im besten Fall sogar umzukehren, damit die Pflege der vor ihr stehenden großen Herausforderung des demografischen Wandels gewachsen ist.

Zwei weitere Themen der Beschäftigtenbefragung, die Pflegeerfahrungen und Pflegepräferenzen sowie verschiedene Aspekte zur Vereinbarkeit von

Beruf und Pflege, komplettieren das Bild zur Pflege im Kontext der arbeitsweltlichen Betrachtung. Mehr als jeder vierte Beschäftigte hat bereits selbst einen Pflegefall in der Familie gehabt, wobei in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Betreuung durch den Befragten selbst oder durch einen nahen Angehörigen erfolgte. Wenig überraschend präferiert die Mehrzahl der Beschäftigten bei zukünftigen Pflegefällen in der Familie bzw. bei sich selbst dann auch solche Pflegeformen, die im eigenen häuslichen Umfeld – am häufigsten durch einen ambulanten Pflegedienst – erbracht werden können. Der weitaus größte Teil der Befragten hat sich jedoch bisher zu dem Thema noch keine Gedanken gemacht, wobei dieser Anteil bei den Pflegeerfahrenen deutlich niedriger ausfällt. Sich rechtzeitig für seine Angehörigen und sich selbst Gedanken für die Zukunft zu machen, kann den Betroffenen in der konkreten Situation viel Zeit und Aufwand ersparen. Ein Teil dieser Vorbereitung für die Beschäftigten liegt in der Frage, wie gut Pflege und Beruf miteinander vereinbar sind und welche konkreten Möglichkeiten im Ernstfall genutzt werden können. Pflegekräfte schätzen zwar die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege deutlich positiver als alle anderen Beschäftigten ein, allerdings gibt jeweils eine Mehrheit der Befragten an, dass Beruf und Pflege nur teilweise bzw. eher schlecht miteinander vereinbar sind. Das liegt auch daran, dass in Unternehmen zwar häufig individuelle Maßnahmen, wie Diensttausch oder Homeoffice,

angeboten werden, der weitaus größere Teil der gesetzlichen Maßnahmen einer Mehrheit der Beschäftigten gar nicht bekannt ist. Diese Informationslücke gilt es zu schließen, damit Beschäftigte und Arbeitgeber bereits im Vorfeld einen Konsens für den Ernstfall erarbeitet haben.

Trotz der zahlreichen gesetzgeberischen Aktivitäten sowie solcher im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahren, zeigen diese bisher keine bedeutsamen Verbesserungen der gesundheitlichen Lage bzw. eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen bei den Beschäftigten in der Pflege. Eine Verbesserung der Pflege kann dabei nur mit einem ganzheitlichen Ansatz erreicht werden, der sowohl die Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege mit ihrer gesundheitlichen Lage und ihren Arbeitsbedingungen in den Fokus nimmt, als auch die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, indem transparente und verständliche Information rund um das Thema Pflege und der Vereinbarkeit mit dem Beruf zur Verfügung gestellt werden. Der Pflegebedarf wird in allen betroffenen Bereichen aufgrund des demografischen Wandels in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Deshalb wird es, neben den o.g. Punkten, unumgänglich sein, tiefgreifende Veränderungen der strukturellen und finanziellen Ausgestaltung mit klarem Fokus auf die Bedürfnisse der Pflegekräfte sowie der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen vorzunehmen. Weitere Ideen, Vorschläge und Impulse sind hierzu u. a. im **» Schwerpunkt Politik** bzw. im **» Politischen Fazit** in diesem Report zu finden.

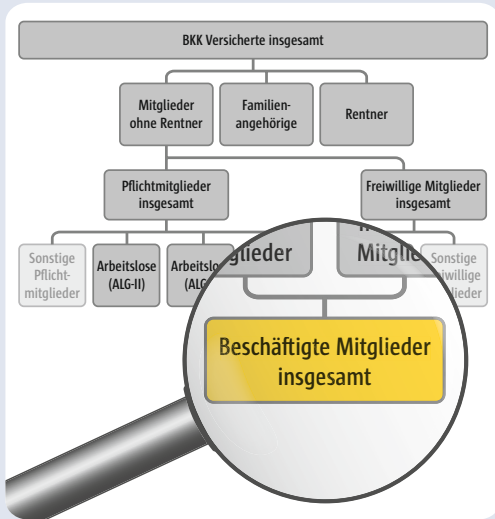


# 1

## Arbeitsunfähigkeit

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter





In diesem Abschnitt werden die Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (AU-Geschehens) der ca. 4,4 Mio. beschäftigten BKK Mitglieder im Jahr 2021 beschrieben.

# 1.1 AU-Geschehen im Überblick

## 1.1.1 Allgemeine AU-Kennzahlen und Langzeittrends

- Mit 18,2 AU-Tagen je Beschäftigten ist die Anzahl der Fehltagte im Jahr 2021 unverändert zum Vorjahr geblieben.
- Die AU-Fälle je Beschäftigten sind mit einem Wert von 1,18 weiterhin – vor allem bedingt durch die Maßnahmen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie – deutlich niedriger als in den Vorjahren ausgeprägt.
- Mehr als die Hälfte (52,4%) aller Beschäftigten war im Jahr 2021 überhaupt nicht krankgeschrieben, was der höchste Wert seit 2013 ist.

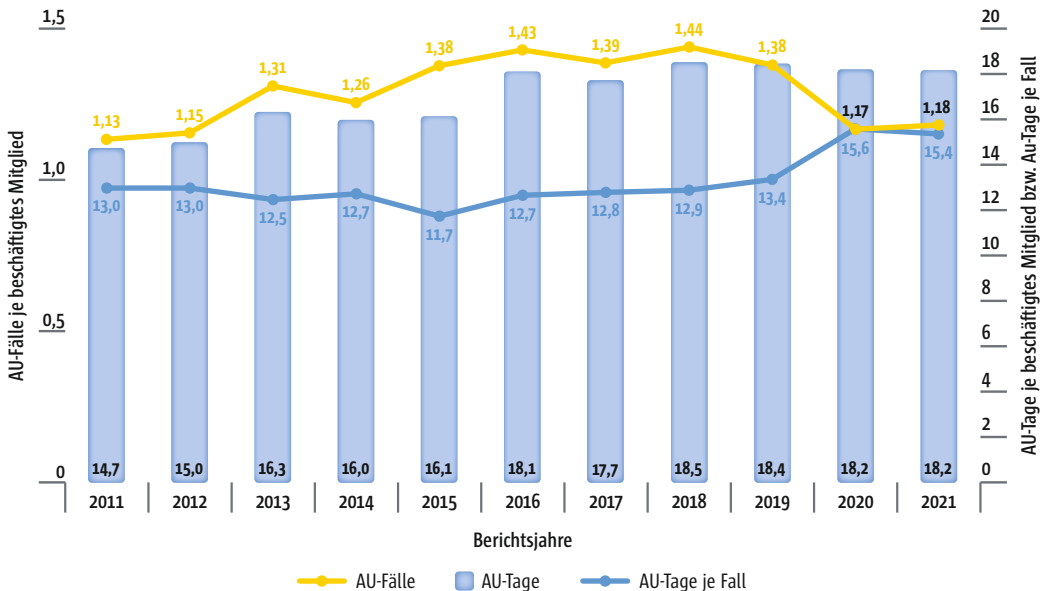
Das Angebot und der Ausbau digitaler Inhalte im Rahmen des BKK Gesundheitsreports schafft zusätzlichen Mehrwert

für unsere Leser. Neben dem vollständig digitalisierten **»»** Tabellenanhang A werden ergänzend interaktive und grafisch aufbereitete Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit zur Verfügung gestellt. Mit wenigen Klicks können sich interessierte Nutzer Kennwerte und Statistiken nach eigenen Bedürfnissen zusammenstellen. Alle Informationen hierzu sind auf der Internetseite des BKK Dachverbandes zu finden.

Wie sich die AU-Kennzahlen in den vergangenen Jahren entwickelt haben, zeigt das **»»** Diagramm 1.1.1.

Über den gesamten Zeitraum ist insbesondere bei den AU-Tagen ein relativ kontinuierlicher Anstieg zu beobachten: Waren es im Jahr 2011 im Mittel noch 14,7 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied, so sind es im Jahr 2021 durchschnittlich 18,2 AU-Tage. Bis zum Jahr 2018 gilt dieser ansteigende Trend auch für die AU-Fälle, was bis zu diesem Zeitpunkt zu einer wenig

Diagramm 1.1.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2011–2021)





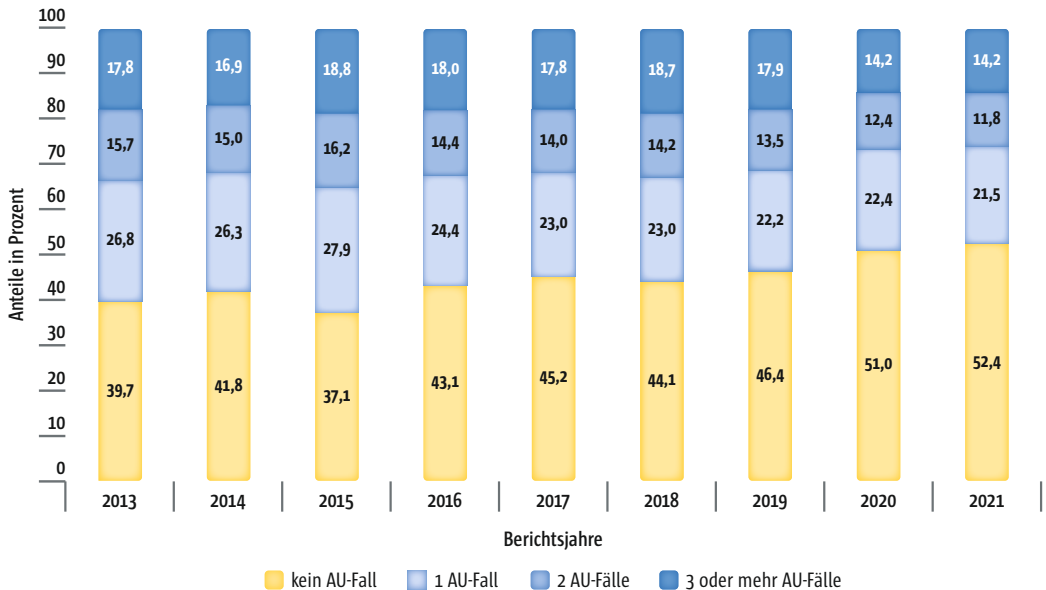
veränderten durchschnittlichen Falldauer führt, die bei rund 2 Kalenderwochen pro AU-Fall liegt (11,7–13,4 AU-Tage je Fall). Besonderheiten im Zeitverlauf bilden sich vor allem in den Jahren mit einer stark ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle (z. B. 2013 oder 2018) oder bei Änderung der Auswertungsmethodik (ab 2016 werden zusätzlich die AU-Fälle im Zusammenhang mit Reha- und Arbeitsunfällen in die Statistik aufgenommen) ab. In den letzten beiden Jahren, die in besonderem Maße durch die Coronavirus-Pandemie beeinflusst wurden, ist hingegen ein deutlicher Einbruch der AU-Fälle zu verzeichnen, während die AU-Tage nahezu unverändert geblieben sind. Dies hat wiederum zu einem deutlichen Anstieg der durchschnittlichen Falldauer geführt. Welche Gründe das hat, wird in den folgenden Abschnitten näher betrachtet und erläutert.

Zusätzlich erkenntnisreich ist ein Blick auf die jeweiligen Prozentanteile der Beschäftigten nach der Anzahl der AU-Fälle pro Jahr, die in **»»** Diagramm 1.1.2 zu sehen sind. Im Vergleich zu den Vorjahren ist insbesondere der Anteil der Beschäftigten, die gar nicht krankgeschrieben waren, deutlich gestiegen. Mehr als die Hälfte aller Beschäftigten (52,4%) war im Jahr 2021 gar nicht krankheitsbedingt arbeitsunfähig. Auch hier ist die Coronavirus-Pandemie als Auslöser dieser deutlichen Veränderungen der AU-Quoten zu benennen. Das dies vor allem mit

einem starken Rückgang von Kurzeiterkrankungen zusammenhängt, wird im Folgenden deutlich. Im Kontrast dazu sind die AU-Quoten im Jahr 2015 zu sehen: Der im Vergleich geringste Anteil Beschäftigter ohne AU-Fall (37,1%) sowie der gleichzeitig höchste Anteil mit maximal einem AU-Fall im Jahr (27,9%) ist vor allem durch die sehr stark ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle in diesem Jahr bedingt. Dadurch traten überproportional viele aber meist nur einmalige AU-Fälle von kurzfristiger Dauer auf, was sich zudem in der niedrigen Falldauer (**»»** Diagramm 1.1.1) im gleichen Jahr zeigt.

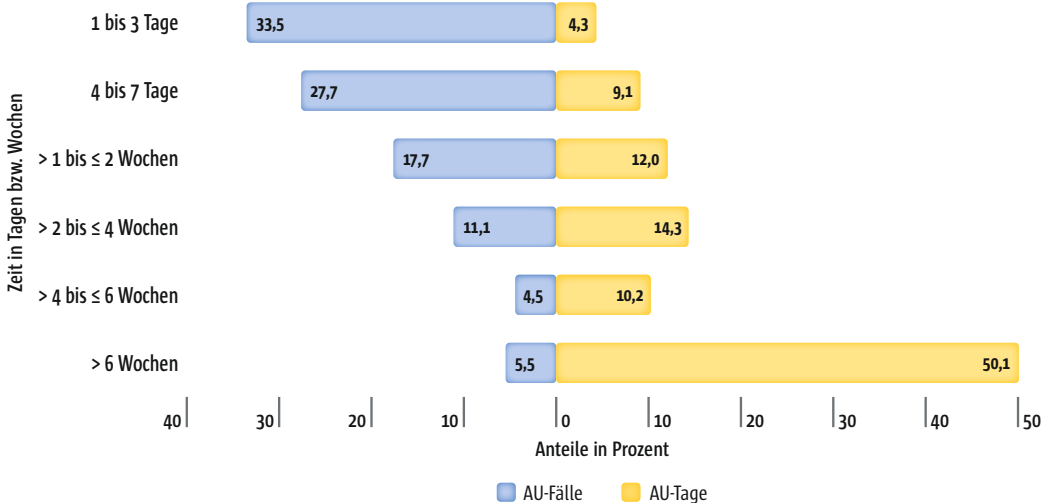
Neben der reinen Betrachtung der Häufigkeit von AU-Fällen bzw. AU-Tagen gibt ein ergänzender Blick auf die zugehörige Dauer pro Fall und deren Anteile Aufschluss darüber, wo bestimmte Schwerpunkte im Bereich der Krankheitsdauer zu finden sind. In der überwiegenden Mehrheit (61,2%) handelt es sich bei den AU-Fällen im Jahr 2021 um Kurzeiterfälle von maximal sieben Tagen Dauer (**»»** Diagramm 1.1.3). Gleichzeitig entfallen nur 13,4% aller AU-Tage auf diese Kurzeiterfälle. Dagegen steht nur ein kleiner Teil der AU-Fälle (5,5%) mit einem Langzeitfall von mehr als 6 Wochen Dauer in Verbindung, wobei diese im Verhältnis eher seltenen Langzeitfälle für mehr als die Hälfte aller AU-Tage (50,1%) insgesamt verantwortlich sind. Im Vergleich zu den Jahren vor der Coronavirus-Pandemie sind die Anteile in

Diagramm 1.1.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2013–2021)



## 1.1 AU-Geschehen im Überblick

Diagramm 1.1.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2021)



Verbindung mit Kurzzeitfällen gesunken (2019: 64,3% bzw. 16,6%) während im Gegenzug der Anteil, der auf Langzeiterkrankungen entfällt, entsprechend angestiegen ist (2019: 4,6% bzw. 45,2%). Der Rückgang der Kurzzeitfälle ist auch im Jahr 2021 mit den geltenden Maßnahmen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie begründbar, die vor allem zu einer massiven Reduktion von Atemwegserkrankungen, aber auch der sonstigen übertragbaren Krankheiten, geführt haben. Anhand der Tatsache, dass im Jahr 2019 Beschäftigte im Durchschnitt noch 18,4 AU-Tage aufwiesen, ist der aktuell höhere Anteil der Langzeitfälle vor allem durch den massiven Einbruch der Kurzzeitfälle begründbar.

### AU-Sonderregelungen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie

Im Zeitraum vom 9. März bis 31. Mai 2020 bzw. vom 19. Oktober 2020 bis 31. Mai 2022 konnte nach telefonischer Anamnese bei Versicherten mit Erkrankungen der oberen Atemwege, die keine schwere Symptomatik bzw. keine COVID-19-Symptomatik aufweisen, fernmündlich ohne persönlichen Arztkontakt eine Arbeitsunfähigkeit bis zu 7 Tagen festgestellt werden. Die Dauer der Krankschreibung konnte auf gleichem Weg um maximal 7 weitere Kalendertage verlängert werden. Diese Anpassung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie wurde zur Vermeidung der Verbreitung zusätzlicher Atemwegsinfektionen im Rahmen des regulären Arzt-Patienten-Kontaktes eingeführt. Aufgrund des ungewöhnlichen Anstiegs der COVID-19-Infektions-

zahlen im II. Quartal 2022 wurden die Möglichkeit zur telefonischen Krankschreibung ab dem 4. August 2022 bis (vorerst) 30. November 2022 wieder eingeführt<sup>1</sup>.

### 1.1.2 Aktuelle Entwicklungen im Jahr 2022

- In den ersten beiden Quartalen des Jahres 2022 sind im Mittel wesentlich höhere Krankenstände als in den letzten zehn Jahren im gleichen Zeitraum zu verzeichnen.
- Insbesondere der Krankenstand, der im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen zu verzeichnen ist, ist in diesem Zeitraum erheblich höher als in den Vorjahren.
- Gleichzeitig spielt der Krankenstand im Zusammenhang mit COVID-19 im 1. Halbjahr 2022 mit Werten zwischen 0,13% bis 0,40% im Verhältnis zu den Atemwegserkrankungen (0,79% bis 1,72%) nur eine untergeordnete Rolle.

Neben den kalenderjährlichen Statistiken, stehen zusätzlich monatliche AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder zur Verfügung. Es handelt sich hierbei um eine monatliche Vollerhebung des AU-Geschehens unter den beschäftigten BKK Mitgliedern.

<sup>1</sup> G-BA (2022) Befristete Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie <https://www.g-ba.de/service/sonderregelungen-corona/#arbeitsunfähigkeits-richtlinie> [abgerufen am 10.08.2022].

Berichtet werden die AU-Tage bzw. der Krankenstand insgesamt, sowie zusätzlich differenziert nach Altersgruppen, Wirtschaftsgruppen, Berufsgruppen, Diagnosehauptgruppen sowie Bundesländern. Die monatliche Krankenstandstatistik ermöglicht es, schon frühzeitig Trends sowie saisonale Entwicklungen im laufenden Jahr zu erkennen.

Die Monatsstatistik der beschäftigten Mitglieder der Betriebskrankenkassen steht allen Interessierten auf der Internetseite des BKK Dachverbandes zur Verfügung. Aktuell werden deutschlandweit monatlich jeweils mehr als 4 Millionen Beschäftigte in diese Auswertung eingeschlossen. Insbesondere die Detailauswertungen nach Wirtschafts- und Berufsgruppen werden von zahlreichen Akteuren aus der Arbeitswelt als Referenz- und Vergleichswerte für eigene Analysen genutzt.

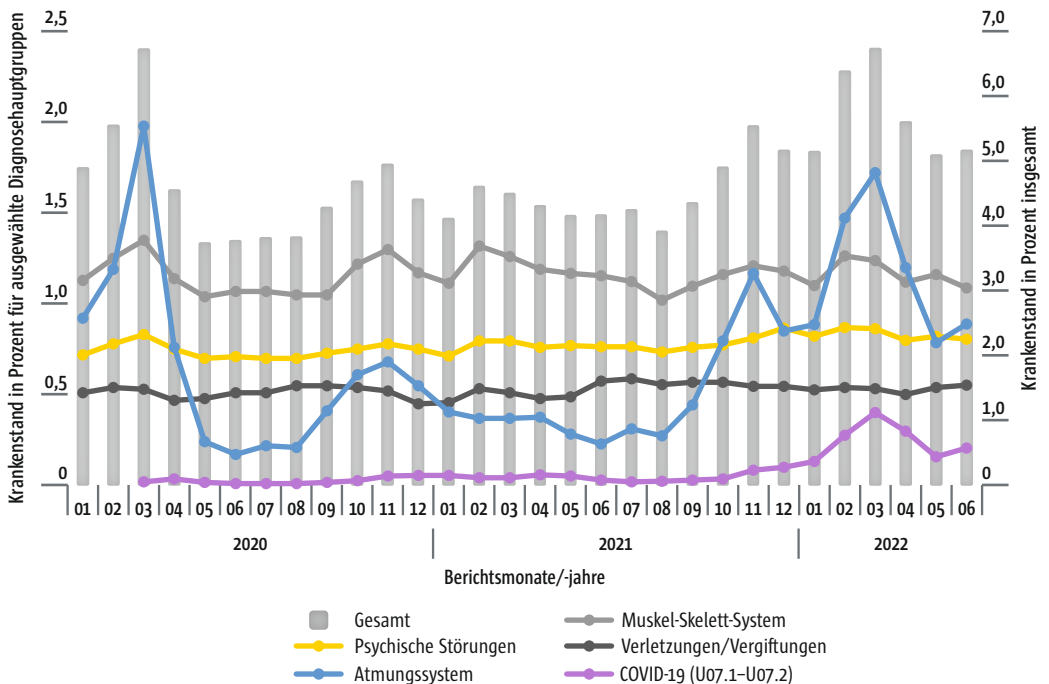
Ein Blick auf die aktuelle Entwicklung im Jahr 2022 zeigt, dass im ersten Halbjahr besonders hohe Krankenstände im Vergleich zu 2021 zu verzeichnen sind (»» Diagramm 1.1.4). Dabei handelt es sich nicht nur im Vorjahresvergleich, sondern auch in der Be-

trachtung der letzten Dekade, um den mit Abstand höchsten Wert für diesen Zeitraum (2022: 5,7% vs. 2011–2021: 4,1%–5,1%). Was im Detail für diesen deutlichen Anstieg ursächlich ist, wird im Folgenden erläutert.

Eine Grippe- und Erkältungswelle führt meist im I. Quartal eines Jahres dazu, dass der Krankenstand aufgrund von Atemwegserkrankungen deutlich ansteigt, während diese Erkrankungsart im restlichen Kalenderjahr für das AU-Geschehen meist nur eine untergeordnete Rolle spielt. Zum Ende des ersten Quartals 2022 mit dem nahezu zeitgleich vollständigen Wegfall der Hygiene- und Abstandsregeln, waren es vor allem die normalen Atemwegserkrankungen, die sprunghaft zugenommen und im März 2022 wesentlich zu einem Gesamt Krankenstand von 6,75% und somit zu einem neuen Höchstwert seit Beginn der Monatsstatistik geführt haben.

Ebenfalls abweichend zu den Vorjahren bleibt der Krankenstand auch im II. Quartal 2022 auf einem ungewöhnlich hohen Niveau, wobei wiederum die Werte für die Atmungssystemerkrankungen überdurchschnittlich hoch ausfallen. Das Robert Koch-Institut (RKI) stellt hierzu in seinen Grippeweb-

Diagramm 1.1.4 Arbeitsunfähigkeit – Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2020–Juni 2022)



Wochenbericht<sup>2</sup> fest: „Die Influenza-Positivrate hat seit der 17. KW eine Höhe erreicht, die die Definition der saisonalen Grippewelle, die sonst typischerweise im Winter auftritt, erfüllt.“ Zudem wird für die ungewöhnlich hohe Zahl von Atemwegserkrankungen die parallele Ko-Zirkulation verschiedener Atemwegserreger inklusive COVID-19 seitens des RKI angeführt, was im Kombination mit der Sommergrippe-Welle vor allem bei den Erwachsenen zu den ungewöhnlich hohen Werten führt.

Auffällig ist zudem, dass mit dem Wegfall der Möglichkeit zur telefonischen Krankschreibung Ende Mai 2022 die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen im Juni nochmals angestiegen sind. Als Konsequenz daraus wurde die Möglichkeit zur telefonischen Krankschreibung Anfang August 2022 wiedereingeführt. Ebenfalls ist gut zu erkennen, dass der Krankenstand im Zusammenhang mit COVID-19 im 1. Halbjahr 2022 mit 0,13%–0,40% zwar ebenfalls höher ist als in den Vorjahren, aller-

dings jeweils nur einen Bruchteil des Wertes erreicht, den die Atemwegserkrankungen verursachen.

Inwieweit sich diese Entwicklung auch in den folgenden Monaten fortsetzt bzw. welche Auswirkungen dies auf den Krankenstand insbesondere im IV. Quartal haben wird, ist aktuell noch nicht absehbar. Auch wenn zum aktuellen Zeitpunkt (Sommer 2022) noch keine seriöse Prognose für die Belastung des Gesundheitssystems im Herbst/Winter durch COVID-19 gegeben werden kann, so würden sich gleichzeitig hohe Krankenstände, ausgelöst durch eine Grippe- und Erkältungswelle, vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen zusätzlich negativ auf die ohnehin schon angespannte personelle und gesundheitliche Situation der dort Beschäftigten auswirken.

Bereits mit einfachen Mitteln, wie zum Beispiel Maskentragen und ausreichend Abstand in Innenräumen, kann hier Abhilfe geschaffen werden. Wichtig ist zudem, unabhängig von Corona, auch bei leichten Erkältungssymptomen nicht krank zur Arbeit zu gehen und somit die Ansteckung von Kolleginnen und Kollegen zu vermeiden, sowie insbesondere im Herbst/Winter wieder vermehrt die Möglichkeit von Homeoffice zu nutzen.

2 Buchholz, U.; Buda, S.; Loenenbach, A.; Prahm, K.; Preiß, U.; Haas, W.: GrippeWeb-Wochenbericht KW 20/2022; GrippeWeb – Robert Koch-Institut. <https://grippeweb.rki.de/Wochenberichte/2022/2022-20.pdf> [abgerufen am 15.06.2022].

## 1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

Der folgende Abschnitt nimmt die für das AU-Geschehen der beschäftigten Mitglieder wichtigsten Diagnosehauptgruppen bzw. Diagnosen unter die Lupe, wobei sowohl kurz- als auch langfristige Entwicklungen näher beleuchtet werden.

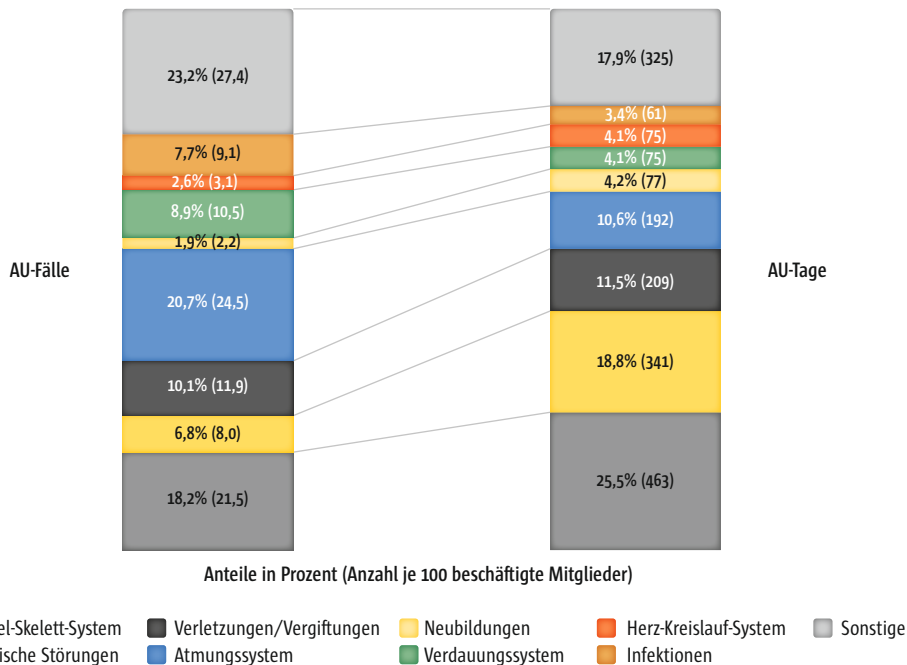
### 1.2.1 Diagnosehauptgruppen im Überblick

- Im Jahr 2021 sind Atemwegserkrankungen (20,7%), gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen (18,2%) und Verletzungen/Vergiftungen (10,1%) die häufigsten Gründe für AU-Fälle.

- Etwa jeder vierte AU-Tag wird durch Muskel-Skelett-Erkrankungen (25,5%) verursacht, gefolgt von psychischen Störungen (18,8%) und Verletzungen/Vergiftungen (11,5%).
- Insbesondere AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit den Atemwegserkrankungen weisen aufgrund der Coronavirus-Pandemie im Jahr 2021 die niedrigsten Werte der letzten Dekade auf.

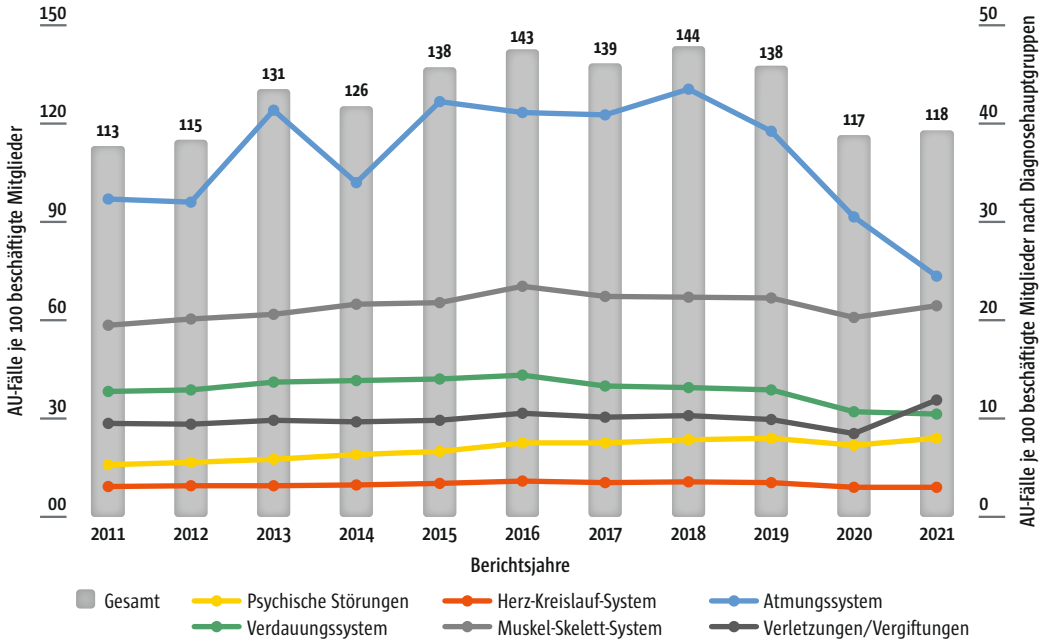
Wie in »»» Diagramm 1.2.1 zu erkennen ist, sind für mehr als jeden sechsten AU-Fall (18,2%) und mehr als jeden vierten AU-Tag (25,5%) im Jahr 2021 Muskel- und Skelett-Erkrankungen verantwortlich. Dagegen geht

Diagramm 1.2.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



## 1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

Diagramm 1.2.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2011–2021)



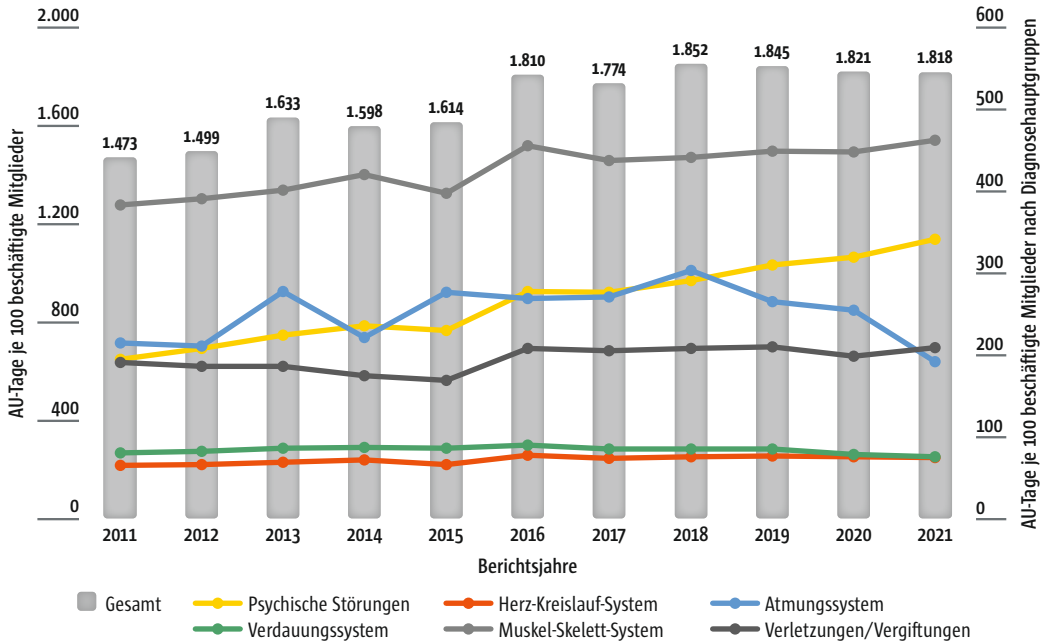
mehr als jeder fünfte AU-Fall (20,7%) aber nur 10,6% aller AU-Tage auf eine Atemwegserkrankung als Ursache zurück – ein Hinweis, dass es sich hierbei vor allem um Kurzzeiterkrankungen handelt. Umgekehrt verhält es sich bei den psychischen Störungen, die zwar nur für 6,8% der AU-Fälle verantwortlich sind, aber im Verhältnis dazu einen fast dreimal so hohen Anteil an den AU-Tagen (18,8%) innehaben, was zu einer besonders hohen durchschnittlichen Falldauer führt. In etwa gleichgroße Anteile entfallen auf die AU-Fälle (10,1%) und die AU-Tage (11,5%) bei den Verletzungen und Vergiftungen als ebenfalls wichtige Ursache von Arbeitsunfähigkeit.

Um langfristige Entwicklungen im AU-Geschehen abzubilden, ist die Betrachtung eines größeren Zeitausschnitts sinnvoll, wie er für die AU-Fälle in **III** Diagramm 1.2.2 bzw. für die AU-Tage in **III** Diagramm 1.2.3 zu sehen ist. In den Jahren 2013, 2015 und 2018 treten bei den AU-Fällen besonders hohe Werte auf, die mit einer jeweils stark ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle zusammenhängen. Dies lässt sich eindrücklich an den jeweiligen Spitzen in den Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen zeigen. Ebenfalls gut erkennbar ist der im Kontext mit dem Ausbleiben der Grippe- und Erkältungswelle erklärable Einbruch bei den AU-Fällen aufgrund von Atemwegserkrankungen in den Jahren 2020 und 2021,

wobei im Jahr 2021 mit 24,5 AU-Fällen bzw. 192 AU-Tagen je 100 beschäftigten Mitgliedern der jeweils niedrigste Wert im gesamten Zeitraum zu verzeichnen ist. Damit fallen die Atemwegserkrankungen erstmals auf Platz 4 der AU-Ursachen bezogen auf die AU-Tage und somit noch hinter die Verletzungen und Vergiftungen zurück.

Aufgrund der Umstellung der Berechnungsmethodik (vgl. **III** Methodische Hinweise) im Jahr 2016, sind Vergleiche mit den Vorjahren nur eingeschränkt möglich. Bezogen auf den Zeitraum 2016 bis 2021 sind bei den AU-Fällen mit -17,3% ein deutlicher Rückgang und bei den AU-Tagen mit +0,4% insgesamt nahezu keine Veränderungen zu verzeichnen. Diese ungleiche Entwicklung der beiden AU-Kennzahlen ist dadurch bedingt, dass vor allem die AU-Fälle in Verbindung mit Kurzzeiterkrankungen im Jahr 2021 nochmals deutlich zurückgegangen sind. Entsprechend unterscheiden sich die Veränderungsdaten für Erkrankungen mit einer geringen durchschnittlichen Falldauer (**III** Diagramm 1.2.4), wie Atemwegserkrankungen (AU-Fälle: -40,5%; AU-Tage: -28,7%), Krankheiten des Verdauungssystems (AU-Fälle: -27,3%; AU-Tage: -16,0%) von solchen, die wesentlich durch Langzeiterkrankungen geprägt sind, wie psychische Störungen (AU-Fälle: +6,1%; AU-Tage: +23,1%).

Diagramm 1.2.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2011–2021)



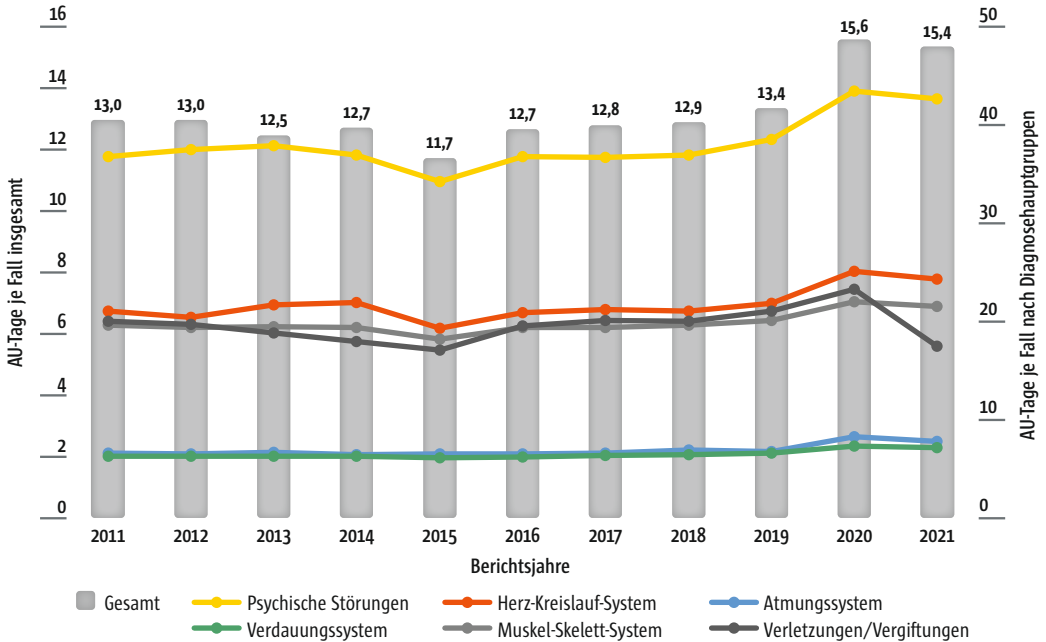
- Mit 16,8% hat der Anteil der Beschäftigten, die im Jahr 2021 mindestens einmal aufgrund einer Atemwegserkrankung krankgeschrieben waren, den mit Abstand niedrigsten Wert der letzten Jahre erreicht.
- Durch die weiterhin unterdurchschnittliche Anzahl von AU-Fällen im Zusammenhang mit Kurzzeiterkrankungen ist die durchschnittliche Falldauer mit 15,4 Tagen je Fall zwar weiterhin hoch, aber im Vergleich zum Vorjahr nicht weiter angestiegen.
- Zwar sind nur 5,7% der Beschäftigten aufgrund psychischer Störungen pro Jahr arbeitsunfähig, allerdings ist bei dieser Krankheitsart das Risiko am größten, dass sie zu einem Krankengeldbezug führt.

In »»» Tabelle 1.2.1 sind die AU-Quoten für die drei im AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten aufgeführt. Weiterhin weist der überwiegende Teil der Beschäftigten (94,3%) keinen AU-Fall aufgrund von psychischen Störungen auf (2020: 94,7%; 2019: 94,3% ohne AU-Fall), gleiches gilt auch mit 86,6% für die Muskel-Skelett-Erkrankungen (2020: 86,9%; 2019: 85,9% ohne AU-Fall). Erwartungsgemäß abgenommen hat der Anteil der Beschäftigten mit mindestens einer Atemwegserkrankung. Im Jahr 2019 waren mit 25,3% deutlich mehr Beschäftigte mindestens einmal im Jahr deshalb krankgeschrieben als dies 2020 mit 20,9% und im Jahr 2021 mit 16,8% der Fall war.

Tabelle 1.2.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)

Anzahl der AU-Fälle	Muskel-Skelett-System	Atmungssystem	Psychische Störungen
	Anteile in Prozent		
kein AU-Fall	86,6	83,2	94,3
1 AU-Fall	9,6	13,0	4,6
2 AU-Fälle	2,6	2,9	0,8
3 und mehr AU-Fälle	1,2	0,9	0,3

Diagramm 1.2.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage je Fall der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2011–2021)



Das **»»** Diagramm 1.2.4 zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Falldauer insgesamt sowie nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen. Nach wie vor sind die psychischen Störungen im aktuellen Berichtsjahr mit einer Falldauer von knapp über 6 Kalenderwochen (42,6 AU-Tage je Fall) an der Spitze der Auflistung zu finden, gefolgt von den Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit etwas mehr als 3 Wochen (24,3 AU-Tage je Fall) Arbeitsunfähigkeitsdauer pro Fall. Kurzzeiterkrankungen sind hingegen – wie der Name vermuten lässt – meist mit einer kurzen durchschnittlichen Falldauer verbunden, wie dies beispielsweise bei den Atemwegeserkrankungen mit 7,8 AU-Tagen je Fall zu sehen ist. Der auffällige Rückgang der Falldauer bei den Verletzungen und Vergiftungen ist vor allem mit dem sprunghaften Anstieg der AU-Fälle im Jahr 2021 bei gleichzeitig wenig veränderten AU-Tagen zu begründen. Dies hängt mit der vermehrten Erfassung von nur kurz andauernden Komplikationen nach medizinischen Eingriffen zusammen.

Insgesamt ist die durchschnittliche Falldauer mit 15,4 AU-Tagen je Fall im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert geblieben, liegt aber nach wie vor deutlich über den Werten der vorhergehenden Jahre (2011–2019: 11,7–13,4 AU-Tage je Fall). Hier dürfte, wie bereits im vergangenen Jahr, wieder der überdurchschnittliche Rückgang bei den Kurzzeiterkrankungen

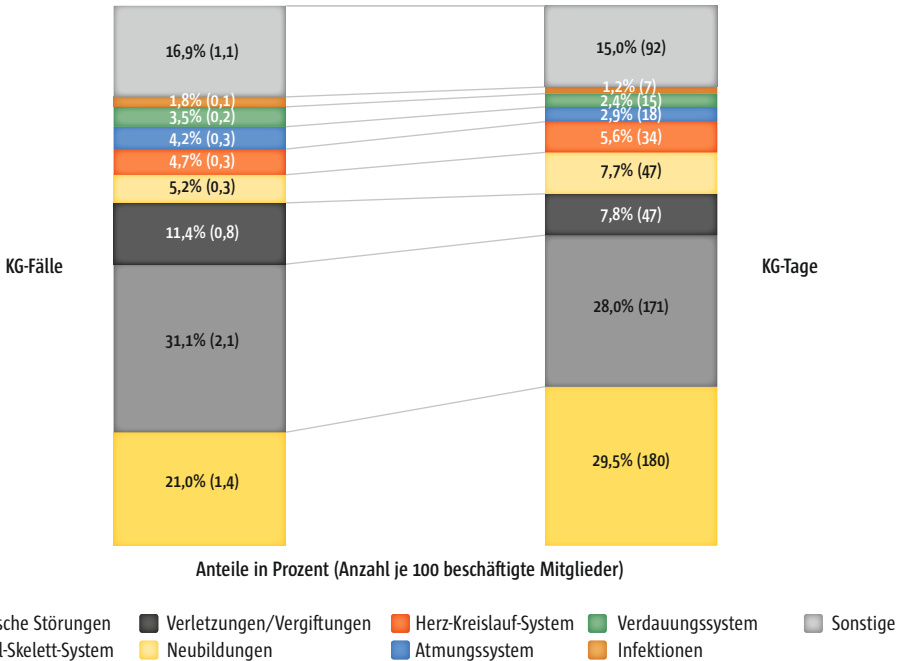
und somit die höhere Gewichtung der Langzeit-AU-Fälle eine Rolle spielen. Gleichzeitig liegen insbesondere bei den Krankheitsarten mit längeren Falldauern die Werte deutlich über denen vor der Coronavirus-Pandemie. Im Zusammenhang mit dem diagnosespezifischen Rückgang bei den AU-Fällen ist zu vermuten, dass auch bei diesen Krankheitsarten insbesondere die Kurzzeitfälle seltener als in den Vorjahren auftreten und sich somit die Zunahme bei den Falldauern erklären lassen.

### Exkurs Krankengeld

Wie bereits in **»»** Diagramm 1.1.3 zu erkennen ist, treten Langzeiterkrankungen zwar sehr selten auf, sie sind jedoch im Verhältnis dazu für einen überproportional großen Teil aller AU-Tage verantwortlich. In der Regel erhält ein Beschäftigter in den ersten sechs Wochen seiner Erkrankung Entgeltfortzahlung durch seinen Arbeitgeber. Dauert die Erkrankung länger, erhält der Beschäftigte im Anschluss an diese sechs Wochen von seiner Krankenkasse Krankengeld. Welche Krankheitsarten bei diesen Krankengeldfällen (KG-Fälle) bzw. Krankengeldtagen (KG-Tage) besonders häufig vorkommen, zeigt **»»** Diagramm 1.2.5. Wie bereits in den Vorjahren



Diagramm 1.2.5 Arbeitsunfähigkeit – KG-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



sind die Muskel-Skelett-Erkrankungen und die psychischen Störungen zusammen für mehr als die Hälfte aller KG-Fälle (52,1%) bzw. KG-Tage (57,5%) verantwortlich. Darüber hinaus wird mehr als jeder fünfte KG-Fall (21,3%) bzw. KG-Tag (21,1%) bei den Beschäftigten durch Verletzungen/Vergiftungen, Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht. Aufschlussreich ist zudem auch ein Blick auf die diagnosespezifischen Anteile der KG-Kennzahlen im Verhältnis zu den Gesamt-AU-Kennzahlen. Mit einem Anteil von 17,4% der KG-Fälle an den AU-Fällen und 52,8% der KG-Tage an den AU-Tagen ist bei psychischen Störungen die Wahrscheinlichkeit am höchsten, dass diese bei den Beschäftigten relativ selten auftretenden AU-Ursache in einen Krankengeldbezug mündet, da es sich hierbei meist um langwierige Erkrankungen handelt. Umgekehrt verhält es sich beispielsweise bei den sehr häufig auftretenden Atemwegserkrankungen: Dort sind die entsprechenden Anteile mit 1,1% bzw. mit 9,2% und somit das Risiko, dass ein solcher AU-Fall in einen Krankengeldbezug mündet, wesentlich geringer. Weitere Kennzahlen nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht, bezogen auf die Krankengeldleistungen, finden sich in **»»** Tabelle A.2.

### 1.2.2 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen im Detail

- Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06), Rückenschmerzen (M54) und depressive Episoden (F32) sind weiterhin nach AU-Tagen die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen.
- Depressionen (F32, F33) treten zwar relativ selten als AU-Grund auf, verursachen aber gleichzeitig im Durchschnitt Ausfallzeiten von mehreren Wochen pro Fall.

Wurden in den bisherigen Analysen die wichtigsten Kennzahlen des AU-Geschehens auf Ebene der Diagnosehauptgruppen dargestellt, so rücken im folgenden Teil zusätzlich spezifische Einzeldiagnosen (im Folgenden Diagnosen genannt) in den Fokus. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf den für das AU-Geschehen besonders relevanten Diagnosehauptgruppen. In **»»** Tabelle A.4 sind zusätzlich differenzierte Auswertungen nach Geschlecht und den wichtigsten Diagnosen bezogen auf die AU-Tage und AU-Fälle der Beschäftigten zu finden.

Alle zehn hier nach den AU-Tagen aufgeführten häufigsten Diagnosen gehören zu den drei Diagnose-

## 1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

Tabelle 1.2.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2021)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
M54	Rückenschmerzen	84,5	1.291	15,3
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	160,4	1.179	7,4
F32	Depressive Episode	15,5	993	64,0
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	28,4	842	29,6
F33	Rezidivierende depressive Störung	5,4	411	76,4
M75	Schulterläsionen	10,6	403	37,9
F48	Andere neurotische Störungen	13,2	395	29,9
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	9,1	332	36,7
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	14,5	289	20,0
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	7,3	259	35,3

hauptgruppen, die im AU-Geschehen besonders relevant sind: Fünf Diagnosen sind der Gruppe der Muskel-Skelett-Erkrankungen, vier Diagnosen den psychischen Störungen sowie eine weitere den Atemwegserkrankungen zuzuordnen. An dieser Stelle zeigt sich nochmals eindrücklich das Verhältnis von AU-Fällen zu AU-Tagen sowie die daraus resultierenden Falldauern: Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) sind zwar in dieser Auflistung der häufigste Grund für einen AU-Fall, allerdings liegt die Falldauer bei dieser Kurzzeiterkrankung nur bei durchschnittlich einer Kalenderwoche (7,4 AU-Tage je Fall). Anders hingegen verhält es sich beispielsweise bei einer depressiven Episode (F32): Diese ist im Verhältnis zur akuten Infektion der oberen Atemwege (J06) zwar ein eher seltener Grund für eine Arbeitsunfähigkeit, führt aber bei Betroffenen zu einer Falldauer, die im Mittel über neun Kalenderwochen (64,0 AU-Tage je Fall) beträgt (»»» Tabelle 1.2.2).

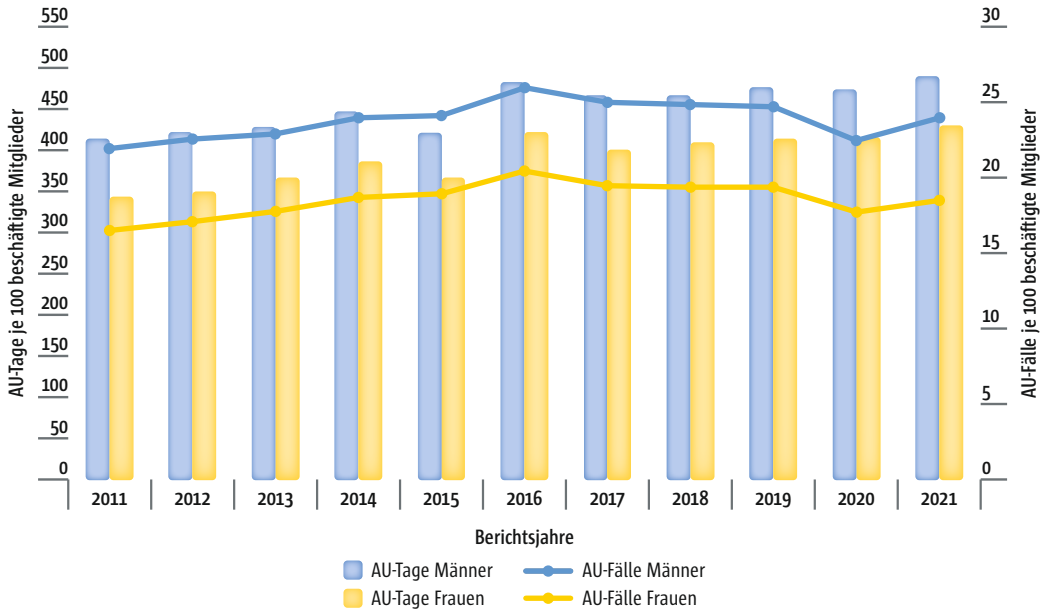
### Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

- Männer weisen im Vergleich zu Frauen deutlich häufiger Fehlzeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen auf.

- Zwischen 2016 und 2021 haben die AU-Fälle aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Männern und Frauen ab- und die AU-Tage gleichzeitig tendenziell zugenommen, was zu einem Anstieg der durchschnittlichen Falldauer geführt hat.
- Rückenschmerzen (M54) als wichtigste Einzeldiagnose sind für mehr als jeden dritten AU-Fall bzw. mehr als jeden vierten AU-Tag innerhalb dieser Krankheitsgruppe verantwortlich.

Wie in »»» Diagramm 1.2.6 zu erkennen ist, zeigt sich 2021 im Vergleich zum Vorjahr sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Beschäftigten ein Anstieg der AU-Kennzahlen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen. Während bei den AU-Fällen für beide Geschlechter etwa wieder das Niveau von 2019 erreicht wird, erreichen die AU-Tage jeweils den höchsten Wert der vergangenen Jahre. Unverändert bleibt weiterhin, dass die Männer durchschnittlich deutlich mehr AU-Fälle und AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart als die Frauen aufweisen – im Schnitt beträgt die Differenz etwas mehr als einen halben AU-Tag je Beschäftigten. Zwischen 2016 bis 2021 sind weniger AU-Fälle aufgrund dieser Krankheitsart für Männer (26,0 vs. 24,0 AU-Fälle je 100 Beschäftigte) und Frauen (20,5 AU-Fälle vs. 18,5 AU-Fälle je 100 Beschäftigte) aufgetreten. Im gleichen Zeitraum haben jedoch die Fehltagelänge für Männer (483 vs.

Diagramm 1.2.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2011–2021)



490 AU-Tage je 100 Beschäftigte) und Frauen (423 vs. 430 AU-Tage je 100 Beschäftigte) leicht zugenom-

men. Aus dieser ungleichen Entwicklung der AU-Tage und AU-Fälle resultiert im Wesentlichen auch

Tabelle 1.2.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Muskel-Skelett-Systems (Berichtsjahr 2021)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
M54	Rückenschmerzen	8,4	129	15,3
M75	Schulterläsionen	1,1	40	37,9
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	0,9	33	36,7
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	1,4	29	20,0
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	0,7	26	35,3
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	0,5	22	45,5
M77	Sonstige Enthesopathien	0,9	19	20,5
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	1,2	15	12,5
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	0,7	12	18,1
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	0,2	12	50,9

## 1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

der Anstieg der durchschnittlichen Falldauern aufgrund dieser Krankheitsart im gleichen Zeitraum (Männer +2,6 AU-Tage je Fall; Frauen: +1,8 AU-Tage je Fall).

Wie die »» Tabelle 1.2.3 zeigt, ist die Diagnose Rückenschmerzen (M54) weiterhin die in dieser Krankheitsgruppe für das Fehlzeitengeschehen der Beschäftigten wichtigste Erkrankung. Mehr als jeder dritte AU-Fall (39,3%) bzw. mehr als jeder vierte AU-Tag (27,9%) wird innerhalb der Gruppe der Muskel-Skelett-Erkrankungen allein durch diese Diagnose verursacht. Die Reihung und Zusammensetzung der zehn wichtigsten Diagnosen aus dem Spektrum der Muskel-Skelett-Erkrankungen als Ursache für Arbeitsunfähigkeit ist im Vergleich zu den Vorjahren nahezu unverändert. Sowohl die Mehrzahl der AU-Fälle (74,8%) als auch der AU-Tage (72,9%) sind innerhalb dieser Krankheitsgruppe auf die zehn gelisteten Diagnosen zurückzuführen.

### Psychische Störungen

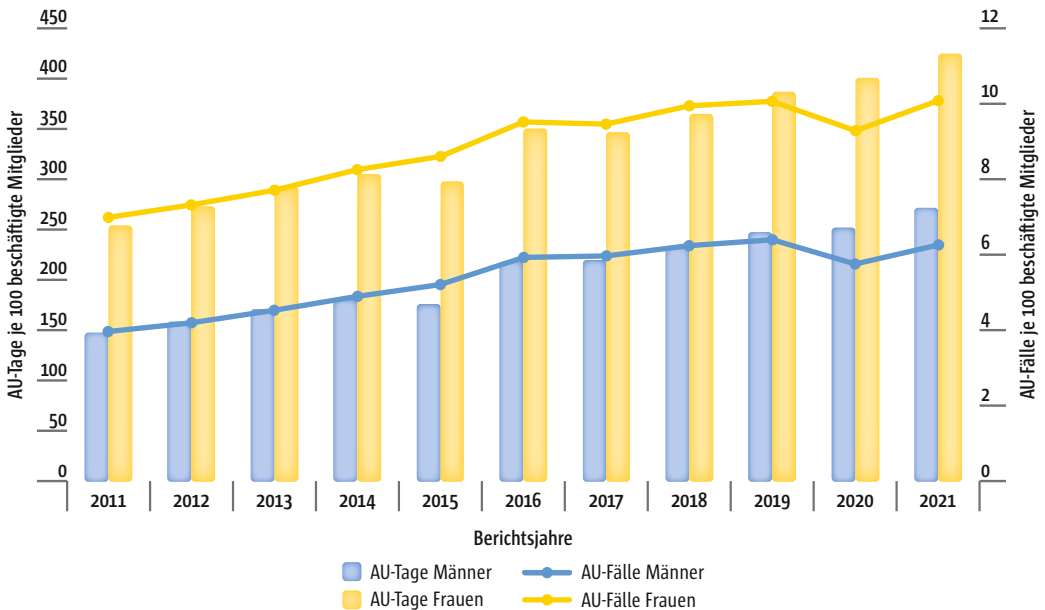
- Frauen weisen deutlich häufiger als Männer Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen auf.

- Die AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen sind im Vergleich zum Vorjahr etwas stärker als die zugehörigen AU-Tage angestiegen, was insgesamt zu einem leichten Rückgang bei der Falldauer führt.
- Seit 2016 haben die AU-Tage deutlich stärker als die AU-Fälle zugenommen, was vor allem mit der überdurchschnittlich langen Falldauer bei diesem Krankheitsspektrum zusammenhängt.

Die psychischen Störungen sind mit einem Anteil von 6,8% der AU-Fälle und 18,8% der AU-Tage an allen krankheitsbedingten Fehlzeiten der Beschäftigten eine weitere wichtige Krankheitsgruppe im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. In »» Diagramm 1.2.7 sind die entsprechenden AU-Fälle und AU-Tage im Zeitverlauf zwischen 2011 und 2021 für Männer und Frauen dargestellt.

Ähnlich wie bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen wird hier im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls ein Anstieg der AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit psychischen Störungen sichtbar. Dabei sind im Vergleich zu 2020 die AU-Fälle etwas stärker als die AU-Tage von diesem Anstieg betroffen. Für die durchschnittliche Falldauer bedeutet dies im Vergleich zum Vorjahr einen leichten Rückgang (-0,8 AU-Tage je Fall), im Vergleich zum Jahr 2016 ist die Falldauer

Diagramm 1.2.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2011–2021)



hingegen um +5,9 AU-Tage je Fall angestiegen. Seit 2016 hat zudem die Anzahl der Tage (+64 AU-Tage je 100 Beschäftigte) deutlich stärker als die der AU-Fälle (+0,5 AU-Fälle je 100 Beschäftigte) zugenommen. Hintergrund dieser Entwicklung ist die Tatsache, dass psychische Störungen meist mit überdurchschnittlich langen Falldauern einhergehen (»» Diagramm 1.2.4). Somit haben bereits minimale Zuwächse bei den AU-Fällen überproportional hohe Zuwächse bei den zugehörigen AU-Tagen zur Folge.

Welche besondere Bedeutung die psychischen Störungen nicht nur für das AU-Geschehen, sondern auch für andere Lebens- und Versorgungsbereiche haben und wie deren epidemiologische Entwicklung und zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz im Zusammenhang mit dem Versorgungsgeschehen zu bewerten sind, wurde im Rahmen des Schwerpunktthemas im »» BKK Gesundheitsreport 2019 näher betrachtet.

Unverändert steht die depressive Episode (F32) nach AU-Tagen auf dem ersten Platz der Ursachen für Fehltag innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen (»» Tabelle 1.2.4). Etwa jeder fünfte AU-Fall (19,4%) sowie mehr als jeder vierte AU-Tag (29,1%) sind innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen auf dieser Diagnose zurückzuführen. Insgesamt werden durch die zehn hier aufgeführten Diagnosen fast alle durch psychische Störungen bedingten AU-Fälle (95,5%) bzw. AU-Tage (95,2%) abgedeckt. Anhand der aufgeführten Einzeldiagnosen wird noch-

mals deutlich, dass AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen zwar verhältnismäßig selten auftreten, in Relation dazu aber überproportional viele AU-Tage und somit besonders lange krankheitsbedingte Ausfallzeiten verursachen: Die sehr selten auftretende Diagnose Schizophrenie (F20), die bei etwa 3 von 10.000 Beschäftigten im Jahr einen AU-Fall aber gleichzeitig 226 AU-Tage je 10.000 Beschäftigte verursacht, führt zu einer durchschnittlichen Falldauer von mehr als 10 Kalenderwochen (75,5 AU-Tage je Fall). Ergänzend sei zudem angemerkt, dass bei Frauen mehr Fehlzeiten aufgrund affektiver Störungen (u. a. Depressionen; F32/F33) und bei den Männern wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) auftreten.

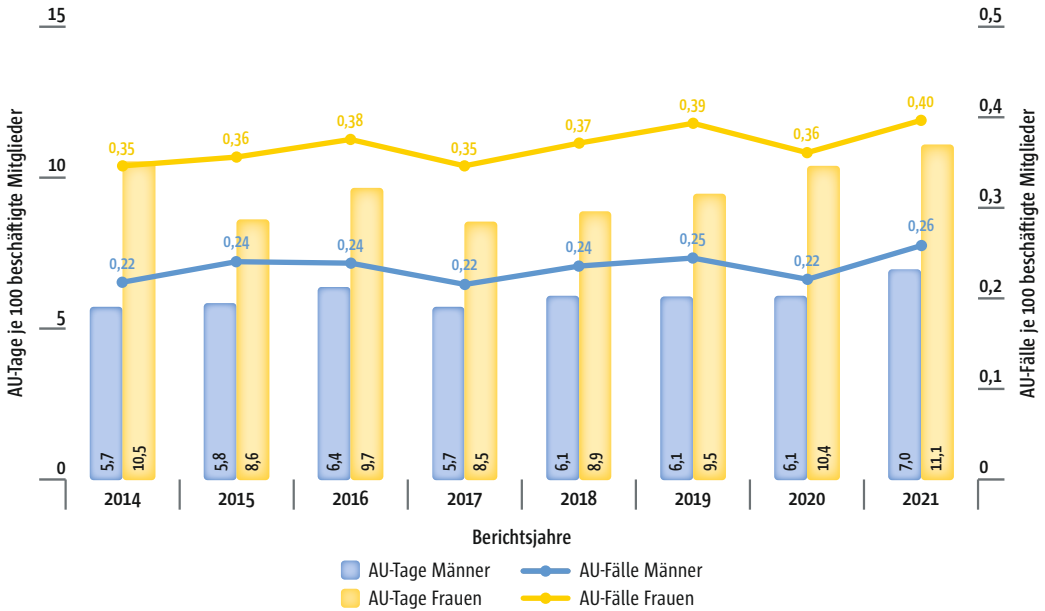
### Exkurs Burn-out-Syndrom

Trotz der Tatsache, dass das Burn-out-Syndrom im ICD-10 mit der Zusatzdiagnose Z73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung) kodiert wird und somit weder zum Krankheitsspektrum im weiteren, noch zu den psychischen Störungen im engeren Sinn zählt, wird es in der öffentlichen Wahrnehmung häufig letztgenannter Krankheitsgruppe zugeordnet. Im »» Diagramm 1.2.8 sind die entsprechenden AU-Kennzahlen der Beschäftigten für das Burn-out-Syndrom (Z73) im Längsschnitt dargestellt. Deutlich wird zunächst, dass die

**Tabelle 1.2.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen (Berichtsjahr 2021)**

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
F32	Depressive Episode	1,55	99,3	64,0
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,84	84,2	29,6
F33	Rezidivierende depressive Störung	0,54	41,1	76,4
F48	Andere neurotische Störungen	1,32	39,5	29,9
F41	Andere Angststörungen	0,44	24,0	54,9
F45	Somatoforme Störungen	0,66	22,2	33,5
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	0,18	7,6	42,6
F31	Bipolare affektive Störung	0,03	2,5	75,5
F20	Schizophrenie	0,03	2,3	68,0
F34	Anhaltende affektive Störungen	0,05	2,2	46,4

Diagramm 1.2.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für das Burn-out-Syndrom (Z73) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2021)



AU-Kennzahlen im dargestellten Zeitraum wenig verändert auf niedrigem Niveau verbleiben. Gerade einmal 0,3% aller AU-Fälle bzw. 0,5% aller AU-Tage gehen im Jahr 2021 auf diese Diagnose zurück. Grundsätzlich ist beim Burn-out-Syndrom (Z73) die Frage weiter strittig, ob es sich hierbei um eine eigenständige Erkrankung handelt. In der ICD-10-Systematik stellt diese Codierung eine Zusatzdiagnose dar, die Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung kennzeichnet und somit mit mindestens einer weiteren (Haupt-)Diagnose einhergehen sollte. Hinweise, dass es sich nicht um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt, werden durch den Fakt verstärkt, dass nach aktuellem Stand auch in der kommenden neuen ICD-11-Klassifikation Burnout (QD85) zwar explizit benannt, allerdings weiterhin als Syndrom der Zusatzkategorie „Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen“ zugeordnet ist. Vermutlich liegen einem Großteil der Z73-Kodierungen eigentlich andere psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen) zugrunde. Allerdings liegt die Vermutung nahe, dass in einer stark leistungsorientierten Gesellschaft ein Burn-out-Syndrom als Folge von Überarbeitung leichter akzeptiert wird, als eine immer noch eher stärker stigmatisierte depressive

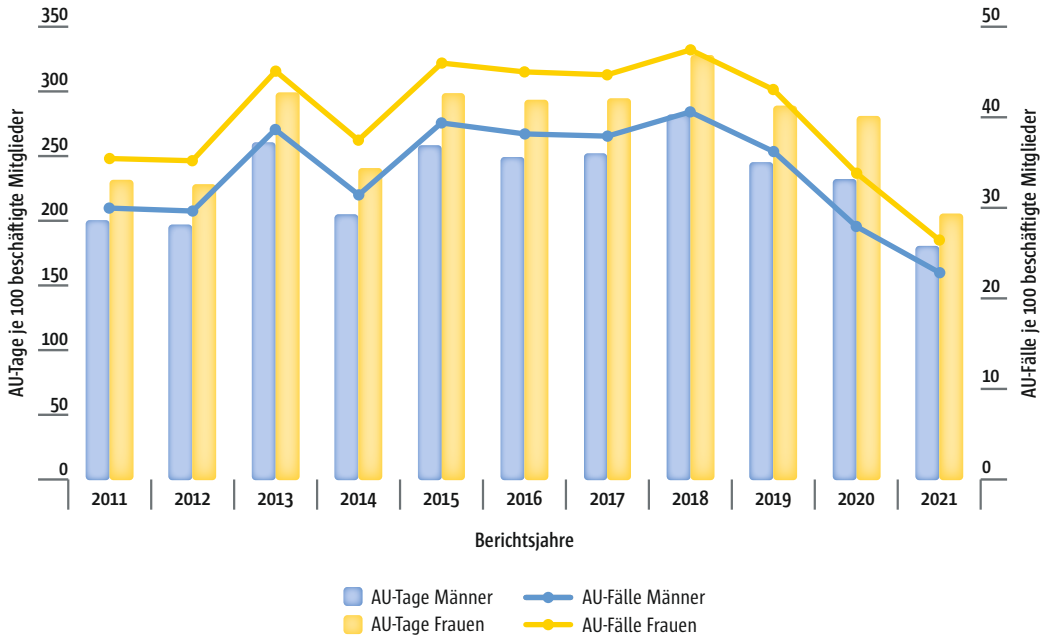
Störung, die fälschlicherweise oftmals als Zeichen von (Leistungs-)Schwäche gilt.

### Krankheiten des Atmungssystems

- Die AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen haben im Jahr 2021 bei Männern und Frauen die niedrigsten Werte seit mehr als einem Jahrzehnt erreicht, was wiederum vor allem mit der ausgebliebenen Grippe- und Erkältungswelle zusammenhängt.
- Die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) sind trotz des Rückgangs in den o. g. Zeiträumen weiterhin für die Mehrheit aller AU-Fälle und AU-Tage innerhalb der Atemwegserkrankungen verantwortlich.

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei den Atemwegserkrankungen wird ganz wesentlich durch die saisonal meist zu Beginn bzw. Ende eines Jahres auftretenden Grippe- und Erkältungswellen bestimmt. Besondere Ereignisse, wie die Coronavirus-Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen, nehmen zusätzlich indirekten Einfluss auf die Entwicklung, wie in **III** Kapitel 1.1.2 zu sehen ist.

Diagramm 1.2.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2011–2021)



Der in **III** Diagramm 1.2.9 dargestellte Zeitverlauf für die Atemwegserkrankungen bildet zunächst die Zeiträume mit einer erhöhten Erkältungs- und Grip-

peaktivität sehr gut ab. Sehr deutlich ist dies an den Jahren 2013, 2015 und 2018 erkennbar, da dort die Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen

Tabelle 1.2.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Atmungssystems (Berichtsjahr 2021)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	16,04	117,9	7,4
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	1,72	10,9	6,3
J20	Akute Bronchitis	0,80	7,6	9,5
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	0,93	7,3	7,8
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	0,62	5,6	9,1
J32	Chronische Sinusitis	0,66	5,3	8,0
J02	Akute Pharyngitis	0,66	4,3	6,4
J03	Akute Tonsillitis	0,63	4,3	6,8
J01	Akute Sinusitis	0,60	4,2	7,0
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	0,13	3,9	30,7

## 1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

besonders hoch ausgeprägt sind. Die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen sind im Jahr 2021 nochmals deutlich zurückgegangen und haben den jeweils niedrigsten Wert sowohl für die AU-Fälle als auch für die AU-Tage in gesamten Beobachtungszeitraum erreicht. Dieser Rückgang, der vorrangig durch das nahezu vollständige Ausbleiben der Grippe- und Erkältungswelle im Jahr 2021 zu erklären ist, betrifft vor allem die saisonalen Infektionen, die meist nur zu geringen Ausfallzeiten führen. Entsprechend liegt die Falldauer im Jahr 2021 mit 7,8 AU-Tagen je Fall zwar geringfügig unter dem Wert des Vorjahres (2020: 8,3 Tage je Fall) aber weiterhin über den Werten der Jahre vor der Coronavirus-Pandemie (6,5–6,9 AU-Tage je Fall).

Trotz des massiven Rückgangs im Vergleich zu den Vorjahren, sind es weiterhin die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06), die wiederum die mit Abstand meisten AU-Fälle und AU-Tage innerhalb der Gruppe der Atemwegserkrankungen verursachen (III Tabelle 1.2.5). Diese Diagnose ist für knapp zwei Drittel aller AU-Fälle (65,4%) bzw. AU-Tage (61,3%) innerhalb der Gruppe der Atemwegserkrankungen verantwortlich. Mit einer Falldauer von 7,4 AU-Tagen je Fall handelt es sich dabei – trotz des häufigen Auftretens – um eine AU-Ursache, die meist nur zu kurzen krankheitsbedingten Fehlzeiten führt. Ein anderes Bild zeigt sich hingegen bei den chronischen Lungenerkrankungen, wie dies beispielsweise bei COPD (J44) der Fall ist. Zwar führt diese Erkrankung aufgrund ihres relativ seltenen Auftretens auch nur sehr selten (0,13 AU-Fälle je 100 Beschäftigte) zu einer Arbeitsunfähigkeit, allerdings mit durchschnittlich 30,7 AU-

Tagen je Fall zu einer für diese Krankheitsgruppe überdurchschnittlich hohen Falldauer.

### Exkurs COVID-19

Am Ende dieses Abschnittes sollen im Überblick die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit COVID-19 betrachtet werden. Im III BKK Gesundheitsreport 2021 wurden diese AU-Kennzahlen im Rahmen des Schwerpunktthemas ausführlich betrachtet. Teilweise finden diese auch in III Kapitel 1.6 zum Themenschwerpunkt des diesjährigen Reports Eingang, da insbesondere die Beschäftigten in der Pflege hierbei eine deutlich höhere Betroffenheit als andere Berufe und Branchen aufweisen.

In III Tabelle 1.2.6 sind der AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose dargestellt. Insgesamt entfielen im Jahr 2021 1,1% aller AU-Fälle sowie 1,0% aller AU-Tage auf krankheitsbedingte Fehlzeiten im Zusammenhang mit COVID-19. Im Vergleich zum Vorjahr (2020: 0,7% bzw. 0,4%) ist zwar eine Zunahme zu verzeichnen, COVID-19 bleibt aber in seiner Bedeutung für das AU-Geschehen weit hinter den für die Fehlzeiten wichtigsten Krankheitsgruppen (III Diagramm 1.2.1) zurück. Die Falldauern sind im Vergleich zu Vorjahr ebenfalls angestiegen, was vor allem mit den in 2021 vorherrschenden COVID-19-Virusvarianten zusammenhängen dürfte.

Weitere auch für das laufende Jahr aktuelle AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit COVID-19 sind auf der Internetseite des BKK Dachverbandes im monatlichen Krankenstand zu finden.

**Tabelle 1.2.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)**

ICD-10-Code	Geschlecht	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen)	Männer	0,7	12,6	16,8
	Frauen	0,9	15,5	17,4
	<b>Gesamt</b>	<b>0,8</b>	<b>13,9</b>	<b>17,1</b>
U07.2 (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen)	Männer	0,4	3,8	9,2
	Frauen	0,5	4,1	9,1
	<b>Gesamt</b>	<b>0,4</b>	<b>3,9</b>	<b>9,1</b>
U07.1 und U07.2 Gesamt	Männer	1,2	16,3	14,1
	Frauen	1,3	19,6	14,6
	<b>Gesamt</b>	<b>1,2</b>	<b>17,8</b>	<b>14,4</b>



## 1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Im folgenden Abschnitt wird das AU-Geschehen der Beschäftigten nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen betrachtet. Die Auswahl der entsprechenden Merkmale erfolgt insbesondere nach ihrem Einfluss auf die AU-Kennzahlen. Neben dem Alter und dem Geschlecht, stellt auch der Versichererstatus, als ein indirekter Indikator der sozialen Lage, einen wichtigen Einflussfaktor für das AU-Geschehen dar. Bildungsvariablen, wie der höchste Schul- bzw. Berufsabschluss, finden ebenfalls Eingang in die Betrachtung. Die berufliche Tätigkeit und die damit verbundenen Merkmale, die im weiteren Sinne auch zur Soziodemografie gehören, werden in **»** Kapitel 1.5 im Kontext der arbeitsweltlichen Betrachtung separat dargestellt.

### 1.3.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht

- Beschäftigte Männer weisen über alle Altersgruppen hinweg im Durchschnitt weniger AU-Fälle bzw. AU-Tage als beschäftigte Frauen auf.
- Bei älteren Beschäftigten ist der Anteil derjenigen, die mindestens einmal im Jahr krankgeschrieben sind, etwas größer als bei den jungen Berufstätigen, wobei dieser Anteil altersunabhängig bei den Frauen höher als bei den Männern ausfällt.
- Mit zunehmenden Lebensalter treten zwar nicht wesentlich mehr AU-Fälle bei den Beschäftigten auf, jedoch steigt die Falldauer sowohl bei Männern als auch bei den Frauen nahezu linear an.

In **»** Diagramm 1.3.1 sind die AU-Fälle und AU-Tage der Beschäftigten nach Altersgruppen und Geschlecht<sup>3</sup> dargestellt. Über alle Altersgruppen hinweg weisen Frauen durchschnittlich mehr AU-Fälle sowie mehr AU-Tage auf. Der größte Geschlechts-

unterschied – zuungunsten der Frauen – tritt mit einer Differenz von rund vier AU-Tagen in der Altersgruppe der über 65-jährigen Beschäftigten auf.

Bezogen auf das Alter zeigt sich bei den Fehltagen ein nahezu kontinuierlicher Anstieg bis einschließlich zur Gruppe der 60- bis 64-Jährigen. Die Gruppe der über 65-Jährigen hat dagegen, im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen, die wenigsten AU-Fälle sowie deutlich geringere AU-Tage zu verzeichnen. Wesentlich zurückzuführen ist dies auf einen Selektionseffekt, der als *healthy worker effect* bekannt ist: Erwerbstätige, die kurz vor dem Renteneintrittsalter stehen bzw. noch darüber hinaus weiter arbeiten, sind meist gesünder als Beschäftigte im mittleren Alter, weil die dort noch vorhandenen und von (chronischen) Erkrankungen Betroffenen häufig – meist vorzeitig – aus dem Erwerbsleben ausscheiden und somit nicht mehr in der AU-Statistik der höheren Altersgruppen enthalten sind. Betrachtet man zusätzlich die Falldauer, so zeigt sich dagegen sowohl für die Männer als auch für die Frauen ein nahezu linearer Anstieg mit steigendem Lebensalter, wobei die Werte zwischen der jüngsten und der ältesten Beschäftigtengruppe um das Sechsfache zunehmen. Erweiterte Analysen und Kennzahlen zum AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht sind zusätzlich in der **»** Tabelle A.5 zu finden.

Bezüglich der AU-Quote zeigen sich zwischen beschäftigten Frauen und Männern insgesamt ebenfalls Unterschiede zuungunsten der Frauen (**»** Tabelle 1.3.1). 54,2% der Männer und 50,3% der Frauen weisen in 2021 gar keinen AU-Fall auf, jeweils etwas mehr als ein Fünftel ist maximal einmal im Jahr krankgeschrieben und etwa ein Viertel hat zwei oder mehr Krankschreibungen im Jahr zu verzeichnen. Betrachtet man zusätzlich das Alter, so ist zu erkennen, dass der Anteil derjenigen ohne AU-Fall im Jahr mit zunehmendem Alter geringer wird. 44,2% der Frauen und 47,9% der Männer, die 50 Jahre und älter sind, haben im Jahr gar keinen AU-Fall. Bei den unter 35-Jährigen sind diese Anteile mit 55,0% bei

3 Beschäftigte mit diversem Geschlecht weisen im Jahr 2021 keine AU-Fälle bzw. AU-Tage auf.

## 1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.3.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

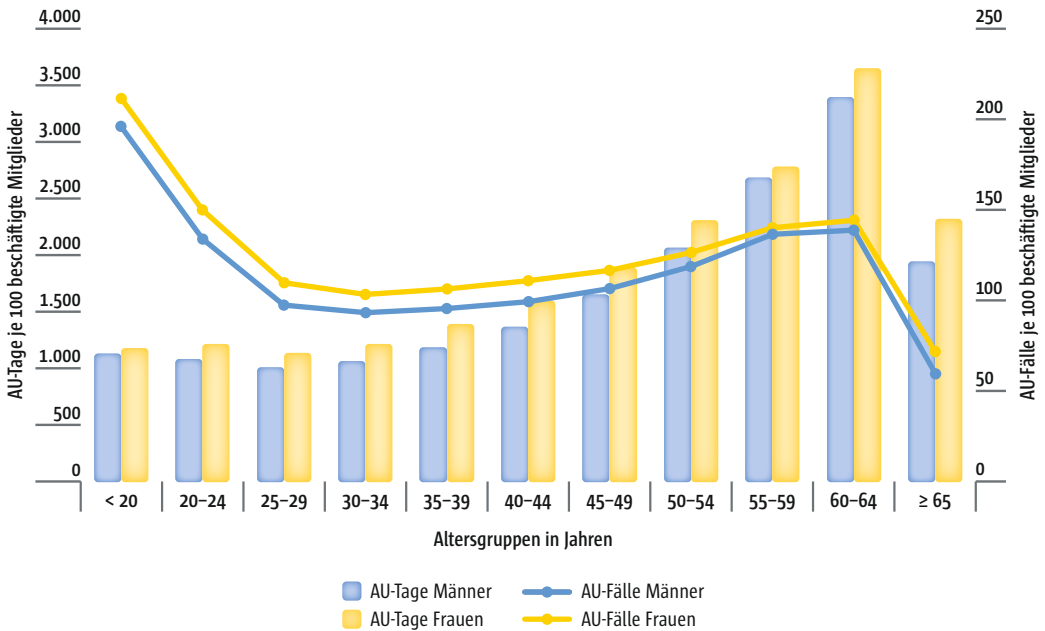


Tabelle 1.3.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Anzahl der AU-Fälle	unter 35 Jahre		35 bis 49 Jahre		50 Jahre und älter		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Anteile in Prozent							
kein AU-Fall	58,9	55,0	56,4	52,0	47,9	44,2	54,2	50,3
1 AU-Fall	18,9	20,4	20,7	22,6	22,4	24,4	20,7	22,5
2 AU-Fälle	9,8	10,8	10,8	12,1	13,1	14,3	11,3	12,4
3 und mehr AU-Fälle	12,4	13,7	12,1	13,4	16,6	17,1	13,8	14,8

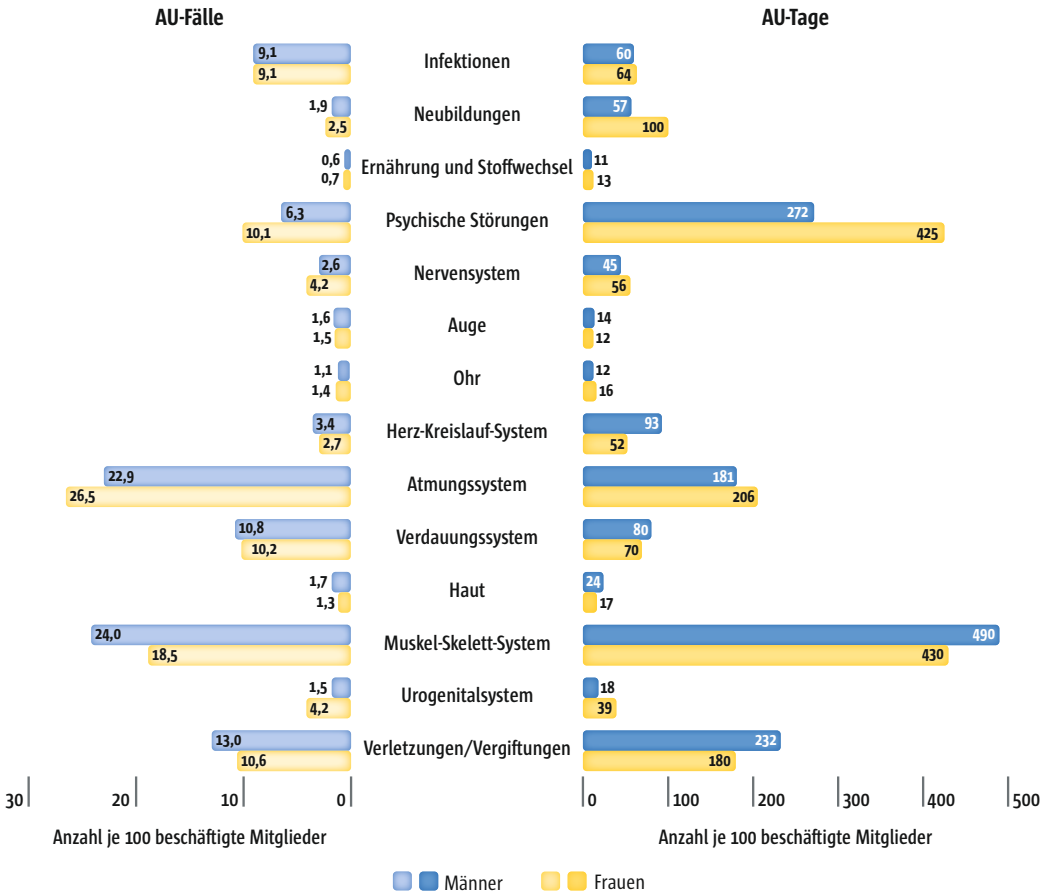
den Frauen und 58,9% bei den Männern hingegen deutlich höher ausgeprägt.

- Im Vergleich zu den Frauen weisen männliche Berufstätige deutlich mehr AU-Fälle bzw. -Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf.
- Bei weiblichen Berufstätigen treten hingegen höhere Fehlzeiten aufgrund von Neubildungen, psychischen Störungen und Atemwegserkrankungen auf.

- Mit zunehmenden Alter ist eine kontinuierliche Zunahme der Falldauer vor allem bei Atemwegserkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Störungen feststellbar.

In **III** Diagramm 1.3.2 sind die wichtigsten Diagnosehauptgruppen für die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit der Beschäftigten nach Geschlecht abgebildet. Männliche Beschäftigte weisen vor allem bei den Verletzungen und Vergiftungen, den Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie bei den Herz-

Diagramm 1.3.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



Kreislauf-Erkrankungen durchschnittlich deutlich mehr AU-Fälle und AU-Tage als die weiblichen Beschäftigten auf. Dagegen sind bei Frauen im Mittel wesentlich mehr Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen, Atemwegserkrankungen und Neubildungen zu finden. Bei den psychischen Störungen ist die Geschlechtsdifferenz mit deutlich mehr als einem AU-Tag am höchsten ausgeprägt. Für alle weiteren Diagnosehauptgruppen fallen die Unterschiede zwischen Männern und Frauen wesentlich geringer aus. Die Ursachen für diese Geschlechtsunterschiede sind vielfältig, wobei biologische (unterschiedliche Anatomie), soziale (unterschiedliche Sozialisation im Umgang mit dem eigenen Körper) aber auch arbeitsweltliche (unterschiedliche Berufspräferenzen bei Männern und Frauen) Faktoren in Kombination miteinander wirksam werden.

In »» Diagramm 1.3.3 sind die AU-Fälle bzw. in »» Diagramm 1.3.4 die AU-Tage der drei für das AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten differenziert nach Alter und Geschlecht dargestellt. Die bereits im »» Kapitel 1.2.2 beschriebenen Geschlechtsunterschiede werden hier zusätzlich für die unterschiedlichen Altersgruppen in gleicher Weise sichtbar. AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen treten besonders häufig bei jungen Beschäftigten auf, während die Werte zwischen den 25. bis 64. Lebensjahr relativ stabil bleiben. Anders bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen: Hier steigen sowohl die AU-Fälle als auch die AU-Tage mit zunehmendem Alter deutlich an. Bei den psychischen Störungen ist hingegen der Anstieg bei den AU-Tagen mit zunehmendem Alter höher als der Anstieg bei den zugehörigen AU-Fällen ausgeprägt. Diese für die hier betrachteten Krankheitsarten

1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.3.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

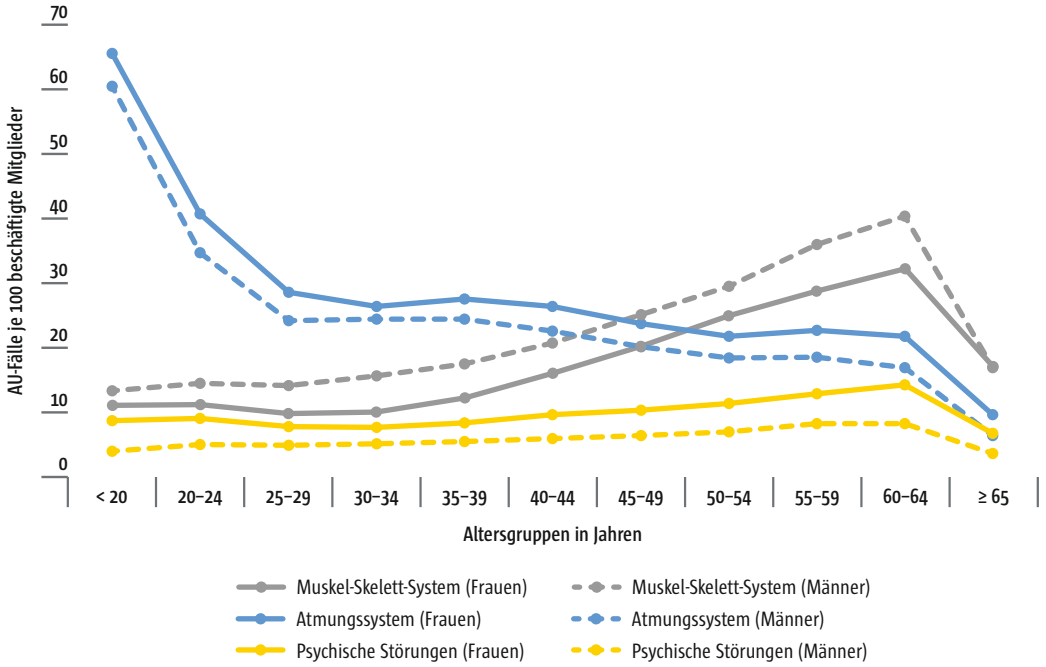
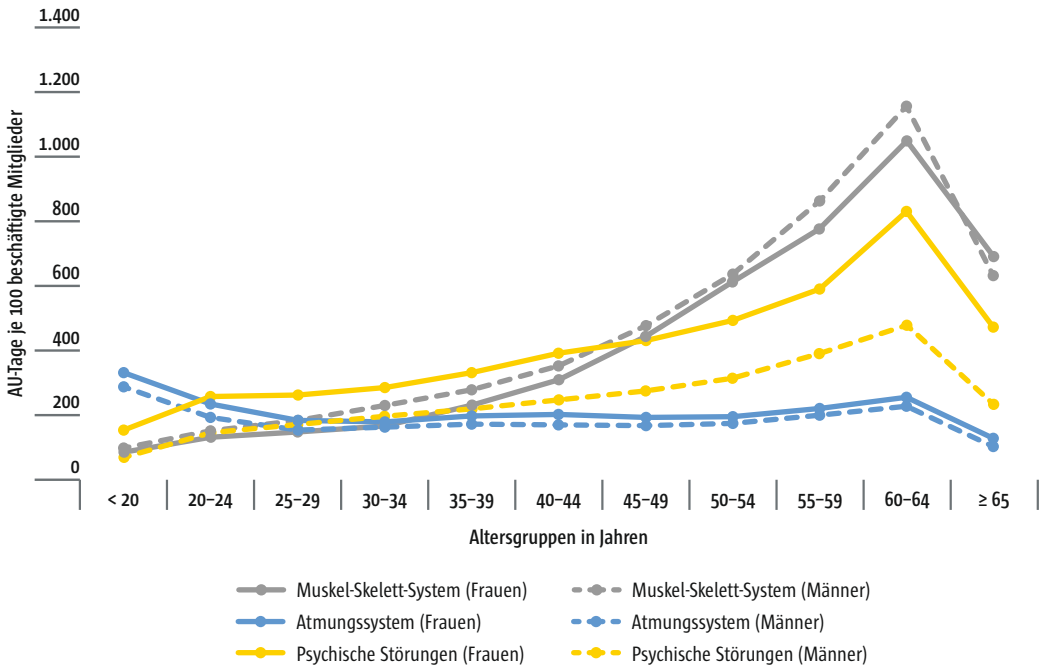


Diagramm 1.3.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



sehr unterschiedlichen Altersverläufe der AU-Kennzahlen, haben eine ebenfalls unterschiedliche Entwicklung der spezifischen Falldauern zur Folge: Im Vergleich zwischen den unter 20-Jährigen und den 60- bis 64-Jährigen steigt die Falldauer bei den Atemwegserkrankungen (4,9 vs. 12,6 AU-Tage je Fall) um mehr als das Doppelte, bei den psychischen Störungen um mehr als das Dreifache (17,6 vs. 57,9 AU-Tage je Fall) und bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen um mehr als das Vierfache (6,8 vs. 28,4 AU-Tage je Fall) an.

Wiederum wird hier für alle Krankheitsarten der bereits beschriebene *healthy worker effect* bei den über 65-Jährigen als nur scheinbar besonders gesunde Beschäftigtengruppe sichtbar. Trotz des selteneren Auftretens eines AU-Falls in dieser Altersgruppe, ist hier dennoch die Falldauer mit Abstand am größten (Atemwegserkrankungen: 14,7 AU-Tage je Fall; psychische Störungen: 68,0 AU-Tage je Fall; Muskel-Skelett-Erkrankungen: 40,7 AU-Tage je Fall). Wird also eine Person aus dieser Gruppe arbeitsunfähig, was gemessen an den AU-Fällen wesentlich seltener als in den meisten anderen Altersgruppen auftritt, so ist solch ein Fall im Durchschnitt mit einer längeren Ausfallzeit verbunden.

### Exkurs Kinderkrankengeld

Ist das Kind eines Beschäftigten erkrankt und muss entsprechend betreut bzw. gepflegt werden, so kann ein Elternteil für die Zeit der Pflege unter bestimmten Voraussetzungen *Kinderkrankengeld* (formal: Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V) in Anspruch nehmen. Die bzw. der Beschäftigte erhält in der Regel das Kinderkrankengeld als Lohnersatzleistung, wenn sie/er während der Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit nicht nachgehen kann. Da die pflegende Person während dieser Zeit nicht selbst aufgrund einer Erkrankung arbeitsunfähig ist, werden diese Kinderkrankengeldfälle (KKG-Fälle) bzw. Kinderkrankengeldtage (KKG-Tage) nicht in die Berechnung der AU- bzw. KG-Kennzahlen der Beschäftigten einbezogen, sondern an dieser Stelle separat berichtet. Zudem gelten im Rahmen der Coronavirus-Pandemie einige Sonderregelungen, die – aufgrund ihrer Auswirkungen auf die Statistik – im Folgenden erläutert werden.

#### Sonderregelungen zum Kinderkrankengeld

Seit dem 30. März 2020 haben Beschäftigte, die aufgrund einer durch die Coronavirus-Pandemie notwendig gewor-

denen Kinderbetreuung ihrer Arbeit nicht nachgehen können, im Rahmen der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes (§ 56 IfSG) die Möglichkeit, ihren Verdienstausschlag auszugleichen. Konkret bedeutet dies, dass Beschäftigte für die ersten 6 Wochen weiterhin ihr Entgelt vom Arbeitgeber erhalten. Ab der 7. Kalenderwoche müssen Beschäftigte diesen Anspruch direkt bei der zuständigen Behörde beantragen. Diese Ausfallzeiten werden allerdings nicht in den hier dargestellten Kinderkrankengeld-Kennzahlen abgebildet.

Zusätzlich wurde mit Inkrafttreten des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) am 29. Oktober 2020 die Anspruchsdauer auf das Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V für das Kalenderjahr 2020 erhöht. Pro Kind und Elternteil beträgt der Anspruch nun maximal 15 Tage (bisher 10 Tage), bei mehreren Kindern maximal 35 Tage (bisher 25 Tage). Bei Alleinerziehenden wurde der Anspruch bei einem Kind auf maximal 30 Tage (bisher 20 Tage) bzw. bei mehreren Kindern auf maximal 70 Tage (bisher 50 Tage) erhöht.

Mit Inkrafttreten des GWB-Digitalisierungsgesetzes zum 18. Januar 2021 wurden rückwirkend zum 5. Januar 2021 sowohl die Anspruchsvoraussetzungen für als auch die Anspruchsdauer auf das Kinderkrankengeld geändert: Zusätzlich kann nun auch bei pandemiebedingten Kita- und Schulschließungen bzw. eingeschränkten Betreuungsangeboten, Untersagen des Betretens der Schule/Kita aufgrund einer Absonderung oder wegen der Aufhebung der Präsenzpflicht in der Schule Kinderkrankengeld in Anspruch genommen werden. Die maximale Anspruchsdauer pro Jahr wurde pro Kind und Elternteil auf 20 Tage, bei mehreren Kindern auf maximal 45 Tage verlängert. Bei Alleinerziehenden wurde der Anspruch bei einem Kind auf maximal 40 Tage bzw. bei mehreren Kindern auf maximal 90 Tage erhöht.

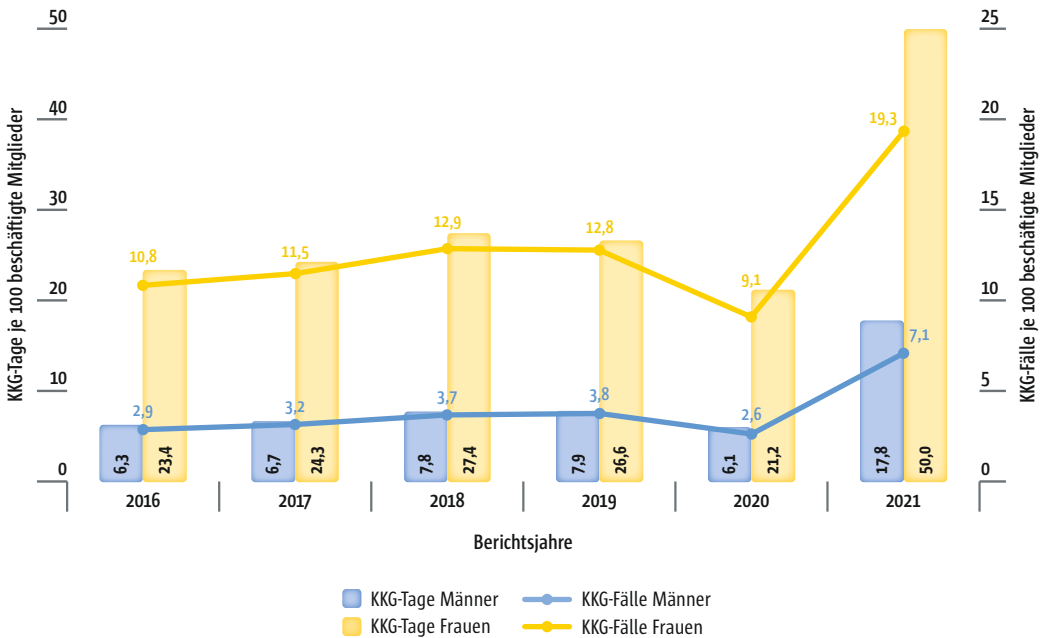
Mit Inkrafttreten des 4. Bevölkerungsschutzgesetzes zum 22. April 2021 wurde ebenfalls rückwirkend zum 5. Januar 2021 die Anspruchsdauer auf Kinderkrankengeld nochmals verlängert und zwar pro Kind und Elternteil auf 30 Tage bzw. bei mehreren Kindern auf 65 Tage. Bei Alleinerziehenden wurde der Anspruch bei einem Kind auf maximal 65 Tage, bei mehreren Kindern auf maximal 130 Tage erhöht<sup>4</sup>.

Im **»»** Diagramm 1.3.5 sind die KKG-Fälle und -Tage aufgeschlüsselt nach dem Geschlecht der Betreuungsperson (in der Regel ein Elternteil) dargestellt. Genauso wie in den vergangenen Jahren wird die Betreuung von erkrankten Kindern in der überwiegenden

<sup>4</sup> Zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes sind die aktuellen Regelungen zum Kinderkrankengeld bis zum 23. September 2022 (Ablaufdatum des bis dato gültigen Infektionsschutzgesetzes) wirksam.

## 1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.3.5 Arbeitsunfähigkeit – Kinderkrankengeld (KKG)-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Geschlecht im Zeitverlauf (2016–2021)



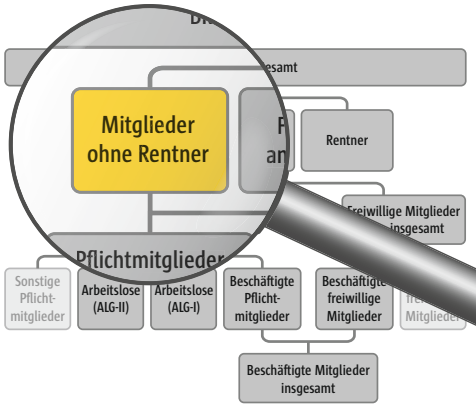
den Mehrheit der Fälle von den beschäftigten Frauen realisiert. Bezogen auf alle KKG-Fälle bzw. KKG-Tage übernehmen die weiblichen Beschäftigten etwa dreimal so häufig wie die Männer die Betreuung des erkrankten Kindes. Neben einem tradierten sozialen Rollenverständnis beeinflusst sicher auch die meist-zuungunsten der Frauen – ungleiche Einkommenssituation bei Doppelverdienern die Entscheidung für die Wahl der Betreuungsperson des Kindes.

Der erkennbare deutliche Rückgang der KKG-Kennzahlen im Jahr 2020 hat vermutlich mehrere Ursachen: Zum einen geht durch die Sonderregelung im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes ein Teil der bisher bescheinigten Kinderkrankengeldtage nicht mehr in die vorliegende Statistik ein. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass ein nicht unerheblicher Teil der Beschäftigten nicht nur im Homeoffice tätig war, sondern zeitgleich die Betreuung ihrer ggf. auch kranken Kinder übernommen hat und eine ärztliche Bescheinigung somit nicht zwingend notwendig war. Des Weiteren ist es durch den massiven Rückgang der Atemwegserkrankungen im Jahr 2020 insbesondere in der Gruppe der Kinder nicht unwahrscheinlich, dass es sich größtenteils um einen realen Rückgang der KKG-Zahlen aufgrund des Krankheitsgeschehens handelt.

Für das Berichtsjahr 2021 wird ein massiver Anstieg der KKG-Kennzahlen sichtbar, der ebenfalls maßgeblich durch die zeitgleich geltenden Sonderregelungen zum Kinderkrankengeld im Kontext der Coronavirus-Pandemie verursacht wird. Neben der deutlichen Erweiterung des Anspruchszeitraums, haben sich ebenfalls die Anspruchsgründe, beispielsweise um pandemiebedingte Kita- und Schulschließungen, erweitert. Nach eigenen Berechnungen<sup>5</sup> entfallen etwa 33,5% aller KKG-Fälle und 37,6% aller KKG-Tage auf den sogenannten pandemiebedingten Anteil des Kinderkrankengeldes. Reduziert man die KKG-Kennzahlen des Jahres 2021 um diese Anteile, sind die Werte dennoch mit Abstand die höchsten der vergangenen Jahre. Inwieweit sich die KKG-Kennzahlen im Jahr 2022 entwickeln werden, hängt in großen Teilen mit dem weiteren Verlauf der Coronavirus-Pandemie und den entsprechenden Maßnahmen im Kita- und Schulbereich zusammen.

<sup>5</sup> Berechnungen auf Basis einer Stichprobe ausgewählter BKK zu den KKG-Kennzahlen.

1.3.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus



- Arbeitslose (ALG-I) sind deutlich häufiger und länger von krankheitsbedingten Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen, wesentlich seltener ist dies jedoch aufgrund von Atemwegserkrankungen der Fall.
- Entsprechend liegt die durchschnittliche Falldauer bei den Arbeitslosen (ALG-I) mit 55 AU-Tagen je Fall um mehr als das Dreifache über der der Beschäftigten.
- Die beschäftigten freiwilligen Mitglieder weisen im Vergleich zu Arbeitslosen (ALG-I) und beschäftigten Pflichtmitgliedern bei allen betrachteten AU-Kennzahlen die in der Regel mit Abstand niedrigsten Werte auf.

Neben dem Alter und dem Geschlecht der Mitglieder übt deren sozialer Status ebenfalls einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und somit auf das AU-Geschehen aus. Da der soziale Status über die vorliegenden Routinedaten nur eingeschränkt abbildbar ist, wird an dieser Stelle die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe als alternativer Indikator herangezogen. Insofern werden im Folgenden insbesondere die Arbeitslosen (ALG-I), die beschäftigten Pflichtmitglieder sowie die beschäftigten freiwilligen Mitglieder als die relevantesten Teilgruppen der Mitglieder ohne Rentner betrachtet. Ausgehend vom durchschnittlichen Einkommen als einem wichtigen Faktor des sozialen Status kann angenommen werden, dass im Vergleich zwischen den drei genannten Versichertengruppen die Arbeitslosen einen relativ niedrigen, die beschäftigten freiwilligen Mitglieder einen relativ hohen Sozialstatus innehaben, während die beschäftigten Pflichtmitglieder zwischen beiden Gruppen einzuordnen sind.

Die hier vorgenommene Einteilung stellt allerdings keine wie auch immer geartete Ab- oder Aufwertung der einzelnen Versichertengruppen dar, sondern dient lediglich der plausiblen Einordnung der im Folgenden dargestellten Zusammenhänge mit den zugehörigen AU-Kennzahlen. In **»** Tabelle A.1 sind ergänzend die AU-Kennzahlen der verschiedenen Versichertengruppen nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen dargestellt.

Einleitend werden zunächst die allgemeinen AU-Kennzahlen der genannten Versichertengruppen betrachtet (**»** Tabelle 1.3.2). ALG-II-Empfänger bleiben bei den Fehlzeiten generell unberücksichtigt, da sie keinen Anspruch auf Krankengeld besitzen und somit bei den Krankenkassen in der Regel keine diesbezüglichen Leistungsfälle (AU-Fälle) angelegt werden. Gleiches gilt auch für die sonstigen Pflichtmitglieder (**»** Diagramm 0.1.1).

Während die beschäftigten freiwilligen Mitglieder im Jahr 2021 durchschnittlich nur 9,8 AU-Tage je Berufstätigen aufweisen, ist dieser Wert bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern mit 19,6 AU-Tagen mehr als doppelt so groß. Mit deutlichem Abstand folgen die Arbeitslosen (ALG-I), die im Durchschnitt 30,9 Kalendertage und damit mehr als dreimal so viele AU-Tage wie die beschäftigten freiwilligen Mitglieder aufweisen. Ein deutlicher Hinweis auf die Tatsache, dass die AU-Tage der Arbeitslosen (ALG-I) v. a. durch Langzeiterkrankungen verursacht werden, lässt sich an der Falldauer ablesen. Diese ist mit durchschnittlich rund 8 Kalenderwochen (55,0 AU-Tage je Fall) im Mittel ebenfalls mehr als dreimal so hoch, wie bei den anderen beiden Versichertengruppen. Gleichzeitig haben die Arbeitslosen (ALG-I) mit 14,7% die niedrigste AU-Quote im Vergleich. Das ist nur scheinbar ein Widerspruch, der v. a. dadurch erklärt werden kann, dass in dieser Versichertengruppe Kurzeiterkrankungen (z. B. Infektionen der oberen Atemwege u. ä.) zwar genauso häufig auftreten, betroffene Arbeitslose diese aber wesentlich seltener ärztlich behandeln lassen. Belegt wird dies zusätzlich durch die Kennzahlen aus der ambulanten Versorgung (**»** Kapitel 2.3.2).

Im **»** Diagramm 1.3.6 ist für die drei ausgewählten Versichertengruppen die längsschnittliche Entwicklung der AU-Kennzahlen dargestellt. Für die beschäftigten Pflichtmitglieder bzw. die beschäftigten freiwilligen Mitglieder zeichnet sich im Zeitverlauf ein ähnliches Muster ab, wie es bereits im **»** Diagramm 1.1.1 zu sehen ist. In allen Berichtsjahren liegen dabei die AU-Fälle und AU-Tage der beschäftigten freiwilligen Mitglieder deutlich unter denen der beschäftigten Pflichtmitglieder. Bei den Arbeits-

## 1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 1.3.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Versichertengruppen <sup>1</sup>	Geschlecht	AU-Kennzahlen				
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall	Krankenstand	AU-Quote
		je 100 Mitglieder			in Prozent	
Beschäftigte Pflichtmitglieder	Männer	127,6	1.952	15,3	5,4	48,5
	Frauen	126,6	1.961	15,5	5,4	50,6
	<b>Gesamt</b>	<b>127,1</b>	<b>1.956</b>	<b>15,4</b>	<b>5,4</b>	<b>49,5</b>
Beschäftigte freiwillige Mitglieder	Männer	64,3	953	14,8	2,6	33,7
	Frauen	67,8	1.099	16,2	3,0	34,2
	<b>Gesamt</b>	<b>65,1</b>	<b>983</b>	<b>15,1</b>	<b>2,7</b>	<b>33,8</b>
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	53,8	2.981	55,4	8,2	13,7
	Frauen	59,1	3.227	54,6	8,8	15,8
	<b>Gesamt</b>	<b>56,2</b>	<b>3.094</b>	<b>55,0</b>	<b>8,5</b>	<b>14,7</b>

<sup>1</sup>Zur Zuordnung der einzelnen Versichertengruppen sei auf das **»»»** Diagramm 0.1.1 verwiesen.

losen (ALG-I) sind einige Besonderheiten zu beobachten: Während deren AU-Tage in allen Berichtsjahren deutlich über denen der beiden Beschäftigtengruppen liegen, weisen die Arbeitslosen gleichzeitig in der

Mehrzahl der Berichtsjahre die wenigsten AU-Fälle im Vergleich auf. Hintergrund ist, dass die sehr häufig auftretenden Kurzzeiterkrankungen (z. B. Atemwegserkrankungen) in dieser Versichertengruppe

Diagramm 1.3.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2011–2021)

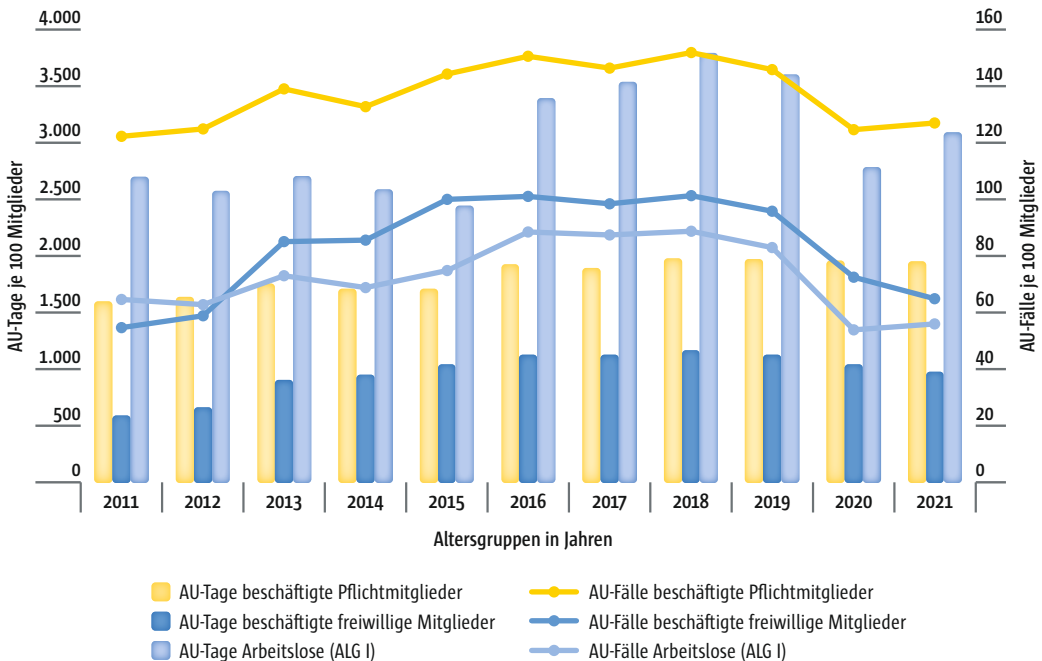
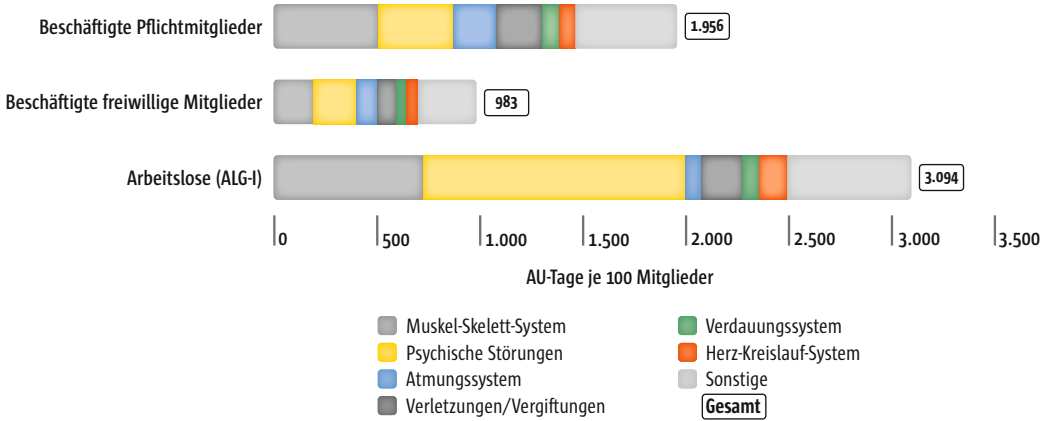




Diagramm 1.3.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage nach ausgewählten Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)

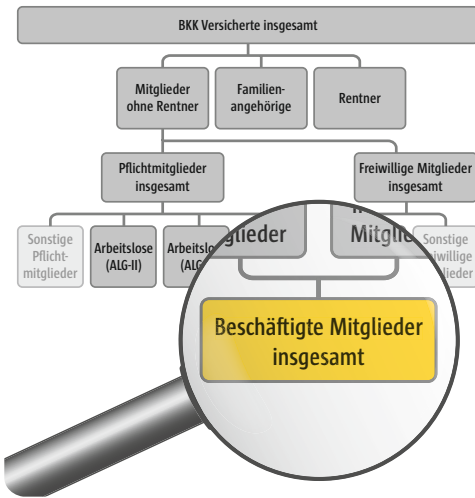


wesentlich seltener zu einer ambulanten Behandlung führen und somit in einen AU-Fall münden. Dagegen steht die überwiegende Mehrheit aller AU-Tage (82,1%) und fast jeder vierte AU-Fall (23,8%) bei den Arbeitslosen mit Langzeitfällen von mehr als 6 Wochen Falldauer in Verbindung. Im Kontrast dazu sind diese Anteile bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern (50,3% bzw. 5,5%) und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern (47,6% bzw. 5,4%) deutlich niedriger ausgeprägt. Dieser hohe Anteil der Langzeiterkrankungen in Verbindung mit der relativ geringen Gruppengröße bei den Arbeitslosen ist ein wesentlicher Grund für die relativ großen Schwankungen bei den AU-Tagen im Betrachtungszeitraum. Des Weiteren sind die AU-Kennzahlen der Arbeitslosen im Jahre 2016 scheinbar sprunghaft gestiegen, was aber im Wesentlichen mit der ab diesem Berichtsjahr erfolgten Umstellung der Berechnungsweise der AU-Kennzahlen zu tun hat (»»» Methodische Hinweise). Abschließend sei noch angemerkt, dass sich die AU-Kennzahlen auch im zweiten Jahr der Coronavirus-Pandemie für alle drei Versichertengruppen weiter auf einem niedrigen Stand befinden, sich im Vergleich zum Vorjahr allerdings nicht wesentlich verändert haben.

Das »»» Diagramm 1.3.7 zeigt die für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen nach Versichertengruppen. Allein auf die nach AU-Tagen wichtigsten drei Diagnosehauptgruppen gehen zwischen 51,2% (beschäftigte freiwillige Mitglieder) und 67,0% (Arbeitslose ALG-I) aller AU-Tage im Jahr 2021 zurück. Zudem weisen die Arbeitslosen (ALG-I) mit Abstand die meisten Fehltagetage aufgrund von psychischen Störungen auf und zwar im Mittel sechsmal so viele, wie die beschäftigten freiwilligen Mitglieder (1.271 vs. 211 AU-Tage je 100 Mitglieder). Ähnlich stellt sich das Bild auch bei den Muskel- Skelett-Erkrankungen dar, wobei hier der Unterschied mehr als das Dreifache beträgt (726 vs. 194 AU-Tage je 100 Mitglieder). Wie erwartet, liegen hingegen die Fehltagetage aufgrund von Atemwegserkrankungen bei den Arbeitslosen (ALG-I) deutlich unter denen der beiden Beschäftigtengruppen. Anhand dieser Betrachtung wird noch einmal die besondere Rolle der Langzeiterkrankungen bei den Arbeitslosen (ALG-I) deutlich, die sich in dieser Versichertengruppe nicht nur in den krankheitsbedingten Ausfallzeiten, sondern auch in der ambulanten und stationären Versorgung sowie bei den Arzneimittelverordnungen widerspiegeln.

## 1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

### 1.3.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



- Allgemein gilt: Je höher der Schul- bzw. Berufsabschluss eines Beschäftigten, desto niedriger sind seine krankheitsbedingten Fehlzeiten.
- Beschäftigte Frauen mit einem qualifizierten Schul- bzw. Berufsabschluss weisen dabei sowohl bei den AU-Fällen als auch den AU-Tagen jeweils höhere Werte als ihre männlichen Kollegen auf.

#### Höchster Schul- und Berufsabschluss

Ebenfalls für das AU-Geschehen wichtige soziodemografische Merkmale der Beschäftigten sind der höchste allgemeinbildende Schulabschluss bzw. der höchste erlangte Berufsabschluss. In **»»** Tabelle 1.3.3 wird erkennbar, dass mit höherem schulischen bzw. beruflichen Bildungsgrad eine Abnahme der durchschnittlichen Zahl der AU-Fälle und -Tage einhergeht. Besonders deutlich zeigt sich das exemplarisch beim Schulabschluss: Bezogen auf die AU-Tage weisen Erwerbstätige mit Volks- bzw. Hauptschulabschluss im Vergleich zu denen mit einem (Fach-)Abitur einen mehr als doppelt so hohen Wert auf (27,5 vs. 10,3 AU-Tage je Beschäftigten). Allerdings

Tabelle 1.3.3 Arbeitsfähigkeit – AU-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	AU-Fälle			AU-Tage		
			Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
			je 100 beschäftigte Mitglieder					
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	44,3	114	111	113	1.965	1.953	1.961
	Haupt-/Volksschulabschluss	46,0	161	162	161	2.673	2.914	2.753
	Mittlere Reife oder gleichwertig	42,1	135	145	140	1.879	2.178	2.028
	Abitur/Fachabitur	39,8	67	99	83	815	1.243	1.026
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	34,5	155	164	159	1.879	2.157	1.998
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	44,3	136	138	137	2.156	2.190	2.172
	Meister/Techniker oder gleichwertig	46,1	96	116	101	1.403	1.696	1.479
	Bachelor	34,3	53	86	69	552	940	740
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	43,8	49	78	62	643	1.093	840
	Promotion	44,4	36	58	45	445	741	570
<b>Gesamt</b>		<b>42,7</b>	<b>115</b>	<b>123</b>	<b>118</b>	<b>1.746</b>	<b>1.904</b>	<b>1.818</b>

wird ein nicht unerheblicher Teil auf den Altersunterschied (46,0 vs. 39,5 Jahre) zwischen beiden Gruppen zurückzuführen sein. Vergleicht man jedoch Gruppen gleichen Alters bezogen auf die beiden Schulabschlüsse, so wird deutlich, dass der Schulabschluss selbst einen Großteil des Unterschieds bezogen auf die Fehlzeiten verursacht. In ähnlichem Kontext lässt sich der Unterschied bezogen auf die AU-Tage von Beschäftigten mit einer anerkannten Berufsausbildung (21,7 AU-Tage je Beschäftigten) und solchen mit einem Universitätsabschluss

(8,4 AU-Tage je Beschäftigten) interpretieren. Dieser fällt sogar noch deutlicher als beim Schulabschluss aus und belegt aufgrund des nahezu identischen Alters (44,3 vs. 43,8 Jahre) eindrucksvoll, dass der Grad der Bildung unabhängig vom Alter ein wesentlicher Einflussfaktor für das Fehlzeitengeschehen und somit für die Gesundheit von Beschäftigten darstellt. Gleichzeitig wird hier über nahezu alle Abschlussarten hinweg sichtbar, dass die Frauen im Vergleich zu den Männern tendenziell mehr AU-Fälle und insbesondere AU-Tage aufweisen.

## 1.4 AU-Geschehen in Regionen

Der Wohnort eines Beschäftigten selbst bedingt indirekt ebenfalls dessen Gesundheit, nehmen doch die regionalen Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie zum Beispiel die Wirtschaftskraft, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie die regionalen soziokulturellen Bedingungen darauf Einfluss. Des Weiteren spielt aber auch die medizinische Versorgung vor Ort, wie zum Beispiel die Arzt-, Krankenhaus- oder Apothekendichte eine wichtige Rolle. Im Folgenden werden deshalb die regionalen Unterschiede im AU-Geschehen dargestellt.

- Beschäftigte mit Wohnort in den Ostbundesländern weisen insgesamt deutlich mehr AU-Tage als diejenigen auf, die in den Westbundesländern beheimatet sind.
- Bei den AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen zeichnet sich ein heterogenes Regionalmuster mit einem tendenziellen Nord-Süd-Gefälle ab.
- Bei Beschäftigten, die in Bayern und Baden-Württemberg sowie in Hamburg wohnhaft sind, sind in allen Betrachtungen die mit Abstand geringsten krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundeslandvergleich zu finden.

Wie bereits in den **»** Methodischen Hinweisen beschrieben, basieren alle regionalen Zuordnungen der Beschäftigten auf deren Wohnort. Ergänzend hierzu finden sich in den **»** Tabellen A.11 und A.12 weitere AU-Kennzahlen auf Ebene der Bundesländer bzw. der Landkreise und kreisfreien Städte. In **»** Tabelle 1.4.1 sind zunächst die AU-Kennzahlen nach Bundesländern für das Jahr 2021 dargestellt.

Mit 25,9 AU-Tagen je Beschäftigten ist im Jahr 2021 in Thüringen der höchste Wert im Bundeslandvergleich zu finden, während mit 1,52 AU-Fällen je Beschäftigten Sachsen-Anhalt nach der Fallzahl an der Spitze steht. Dagegen liegen die entsprechenden Werte in Hamburg, Bayern und Baden-Württemberg deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Nach wie

vor wird deutlich, dass in den Ost- im Vergleich zu den Westbundesländern nahezu durchgängig die höchsten krankheitsbedingten Fehlzeiten zu finden sind. Als wesentliche Ursachen des weiterhin bestehenden Ost-West-Unterschiedes (ausgenommen Berlin) sind vor allem die sozioökonomischen und soziodemografischen Faktoren zu sehen. Eine ungünstigere Arbeitsmarktlage, höhere Arbeitslosigkeit, mehr prekäre Beschäftigung sowie nach wie vor spürbare Folgen der großen Abwanderungswellen v. a. junger Fachkräfte in die Westbundesländer zu Beginn der 1990er-Jahre bzw. zur Jahrtausendwende und das damit einhergehende höhere Durchschnittsalter der Beschäftigten in den Ostbundesländern, wie im Kapitel **»** Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten ausführlich dargestellt, sind hier beispielhaft als Gründe zu nennen.

Noch genauer lässt sich das AU-Geschehen bei der Betrachtung auf Ebene der Landkreise differenzieren. Die Spannweite der AU-Tage innerhalb eines Bundeslandes ist hier meistens genau so groß wie zwischen den Bundesländern selbst. Im **»** Diagramm 1.4.1 wird deutlich, dass die durchschnittlichen Fehltag der beschäftigten Mitglieder in den Ostbundesländern fast durchweg über dem Bundesdurchschnittswert von 18,2 AU-Tagen je Beschäftigten liegen. Entsprechend sind unter den zehn Kreisen mit den meisten Fehltagen ausschließlich solche in den Ostbundesländern zu finden. Spitzenreiter ist dabei mit durchschnittlich 31,1 AU-Tagen je Beschäftigten der Landkreis Hildburghausen in Thüringen. In den Westbundesländern sind das Saarland sowie größere Teile von Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Hessen und Nordrhein-Westfalen ebenfalls von überdurchschnittlich vielen AU-Tagen in einzelnen Landkreisen betroffen. Die gemessen an den AU-Tagen gesündeste Region ist im Jahr 2021 Stuttgart (Baden-Württemberg) mit 11,1 AU-Tagen je Beschäftigten. Auch insgesamt sind vor allem in Bayern und in Baden-Württemberg die meisten Kreise mit den im Durchschnitt wenigsten AU-Tagen je Beschäftigten zu finden.

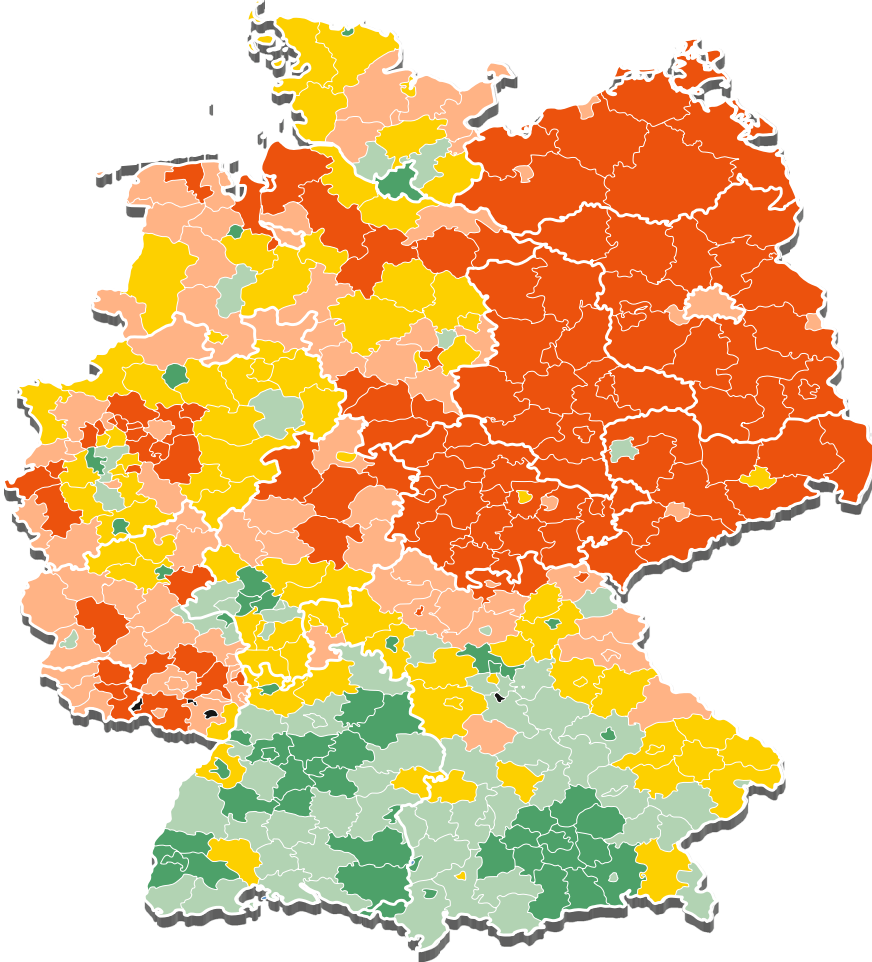
Tabelle 1.4.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)

Bundesländer	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
	je 100 beschäftigte Mitglieder		
Baden-Württemberg	108	1.512	13,9
Bayern	113	1.620	14,3
Berlin	110	1.937	17,6
Brandenburg	137	2.371	17,3
Bremen	126	1.985	15,8
Hamburg	93	1.457	15,6
Hessen	123	1.792	14,6
Mecklenburg-Vorpommern	144	2.438	16,9
Niedersachsen	126	1.926	15,2
Nordrhein-Westfalen	118	1.912	16,2
Rheinland-Pfalz	122	1.961	16,1
Saarland	127	2.128	16,8
Sachsen	136	2.109	15,5
Sachsen-Anhalt	152	2.511	16,6
Schleswig-Holstein	117	1.850	15,8
Thüringen	150	2.586	17,3
<b>Gesamt</b>	<b>118</b>	<b>1.818</b>	<b>15,4</b>

Abschließend werden in **»»»** Diagramm 1.4.2 die AU-Tage der Beschäftigten je Bundesland differenziert nach den wichtigsten Krankheitsarten dargestellt. Neben dem bereits in der **»»»** Tabelle 1.4.1 dargestellten Regionalmuster soll nun der Fokus auf den krankheitsspezifischen Unterschieden zwischen den Bundesländern liegen. Wenig überraschend ist auch für die einzelnen Krankheitsarten ein deutliches Ost-West-Muster erkennbar. Bei fünf der sechs Krankheitsarten finden sich in den Ostbundesländern die meisten AU-Tage je Beschäftigten und zwar in Thüringen (Muskel-Skelett-System, Atmungssystem,

Verletzungen und Vergiftungen und Verdauungssystem) und in Sachsen-Anhalt (Herz-Kreislauf-System). Lediglich bei den Fehltagen aufgrund psychischer Störungen liegt mit dem Saarland ein Westbundesland auf dem ersten Platz. Dagegen treten bei insgesamt fünf Krankheitsarten (Muskel-Skelett-System, Atmungssystem, Verletzungen und Vergiftungen, Verdauungssystem, Herz-Kreislauf-System) bei den Beschäftigten in Hamburg die geringsten Fehltag auf. Die niedrigste durchschnittliche Anzahl an AU-Tagen bei psychischen Störungen ist hingegen bei den Beschäftigten in Baden-Württemberg zu finden.

Diagramm 1.4.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2021)

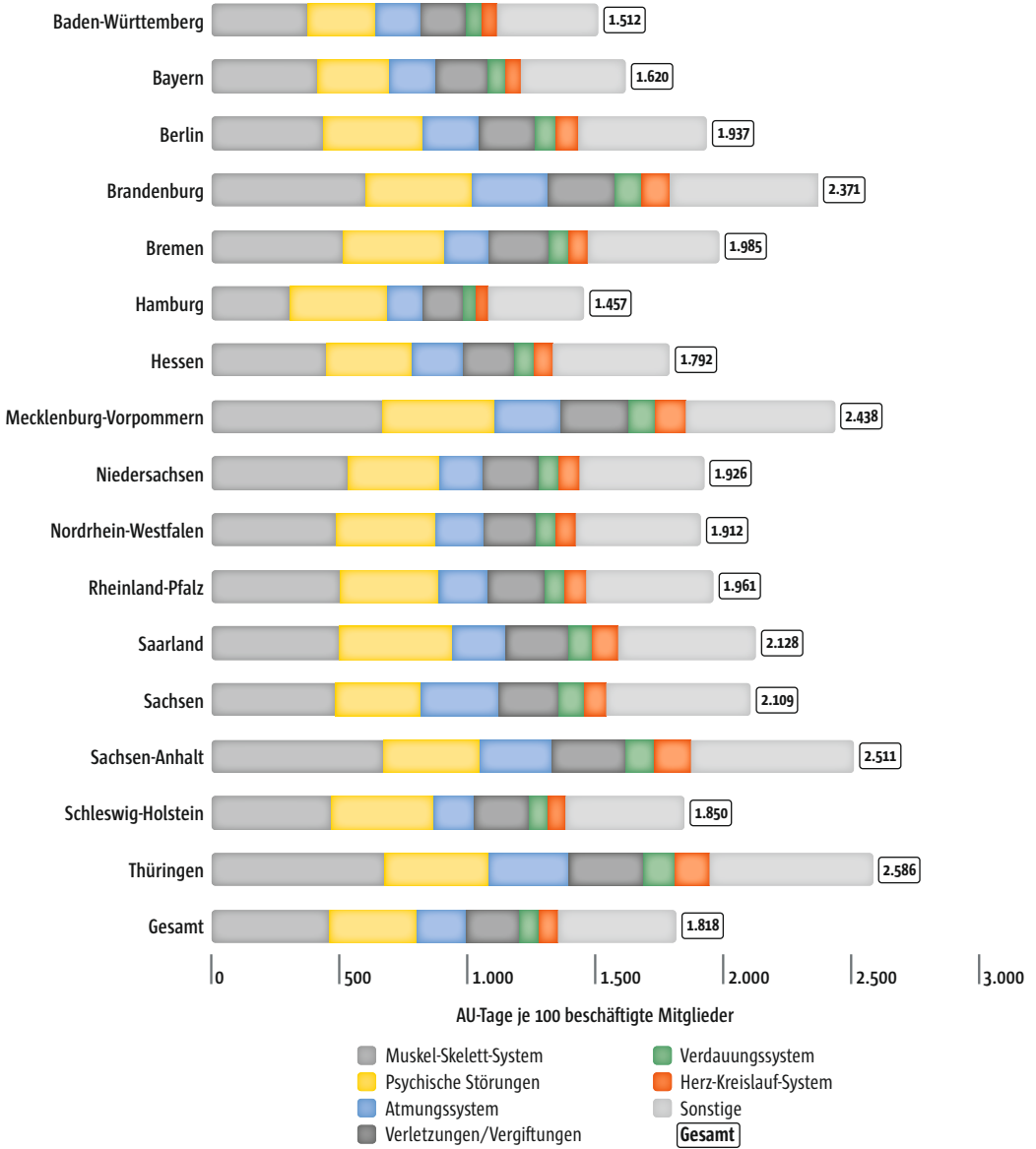


Prozentuale Abweichungen der AU-Tage der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt (1.818 AU-Tage je 100 Beschäftigte)

- |  |  |
|--|--|
| <span style="color: green;">■</span> mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt   | <span style="color: orange;">■</span> 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt        |
| <span style="color: lightgreen;">■</span> 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt | <span style="color: darkorange;">■</span> mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: yellow;">■</span> ± 5% um den Bundesdurchschnitt             | <span style="color: black;">■</span> keine Angaben*                                |

\* Die Landkreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Diagramm 1.4.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



## 1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Der nachfolgende Abschnitt beleuchtet den Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit. Im Fokus der Betrachtungen stehen dabei wiederum alle beschäftigten BKK Mitglieder. Als arbeitsweltliche Indikatoren werden hierzu die Wirtschaftsgruppe, die Berufsgruppe sowie weitere Merkmale der beruflichen Tätigkeit in die Analysen einbezogen. Die Arbeitsumfeld- und Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten BKK Mitglieder sind zudem im Kapitel **»** Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten ausführlich dargestellt. In den **»** Tabellen A.9 und A.10 sind weitere Detailauswertungen nach Wirtschafts- und Berufsgruppen zu finden.

### 1.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Beschäftigte in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung weisen insgesamt sowohl die meisten AU-Fälle als auch die meisten AU-Tage im Wirtschaftsgruppenvergleich auf.
- Die niedrigsten krankheitsbedingten Fehlzeiten sind hingegen bei den Beschäftigten in der Information und Kommunikation zu finden.
- Der Anteil krankheitsbedingter Fehlzeiten von mehr als 6 Wochen Dauer ist im Gastgewerbe und in den privaten Haushalten am größten, während er in Erziehung und Unterricht sowie in Information und Kommunikation am geringsten ist.

Mit 1,5 AU-Fällen bzw. 24,9 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied weisen die im Bereich Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung Tätigen im Jahr 2021 die höchsten krankheitsbedingten Fehlzeiten insgesamt auf. Mit 1,4 bzw. 1,3 AU-Fällen je Beschäftigten folgen die Branchen Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung sowie Gesundheits- und Sozialwesen. Gemessen an den AU-Tagen insgesamt ist allerdings die Wirtschaftsgruppe Verkehr und Lagerei mit 23,6 AU-Tagen je

Beschäftigten gefolgt vom Gesundheits- und Sozialwesen mit 21,6 AU-Tagen je Beschäftigten an zweiter bzw. dritter Stelle im Vergleich zu finden. Die geringsten Fehlzeiten sind wie in den Vorjahren bei den im Bereich Information und Kommunikation Tätigen zu finden: Hier treten lediglich 0,7 AU-Fälle bzw. 9,1 AU-Tage je Beschäftigten im aktuellen Berichtsjahr auf.

Geschlechtsunterschiede treten immer dann besonders deutlich zutage, wenn Männer und Frauen innerhalb einer Wirtschaftsgruppe sehr unterschiedliche Tätigkeiten ausüben, die meist auch mit einem unterschiedlichen Grad von körperlichen und psychischen Beanspruchungen einhergehen. Dies wird besonders in den Gruppen Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie im Baugewerbe sichtbar. In beiden Branchen sind Frauen sehr häufig mit verwaltenden Aufgaben bzw. Bürotätigkeit betraut. Die hier in größeren Anteilen vorrangig körperlich arbeitenden Männer weisen im Durchschnitt eine Kalenderwoche mehr krankheitsbedingte Fehltag pro Jahr als die Frauen auf. Auf der anderen Seite sind die im Gastgewerbe sowie in Erziehung und Unterricht beschäftigten Frauen im Mittel ebenfalls eine Kalenderwoche länger krankheitsbedingt arbeitsunfähig als ihre männlichen Kollegen, was auch hier durch die in der jeweiligen Branche unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkte begründet ist (**»** Diagramm 1.5.1).

In **»** Diagramm 1.5.2 sind die Anteile der Langzeit-AU-Fälle bzw. Langzeit-AU-Tage differenziert nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht dargestellt. Die hier gezeigten Anteile beziehen sich dabei auf die AU-Fälle und -Tage die im Zusammenhang mit einer Falldauer von mehr als 6 Kalenderwochen stehen. Bezogen auf das vorhergehende **»** Diagramm 1.5.1 bedeutet dies beispielsweise für die Gesamtwerte der Frauen, dass 6,7 der insgesamt 123 AU-Fälle (5,5%) bzw. 968 der 1.904 AU-Tage (50,8%) je 100 Beschäftigte auf eine Langzeit-Arbeitsunfähigkeit mit mehr als 42 Kalendertagen Dauer zurückgehen.



Diagramm 1.5.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

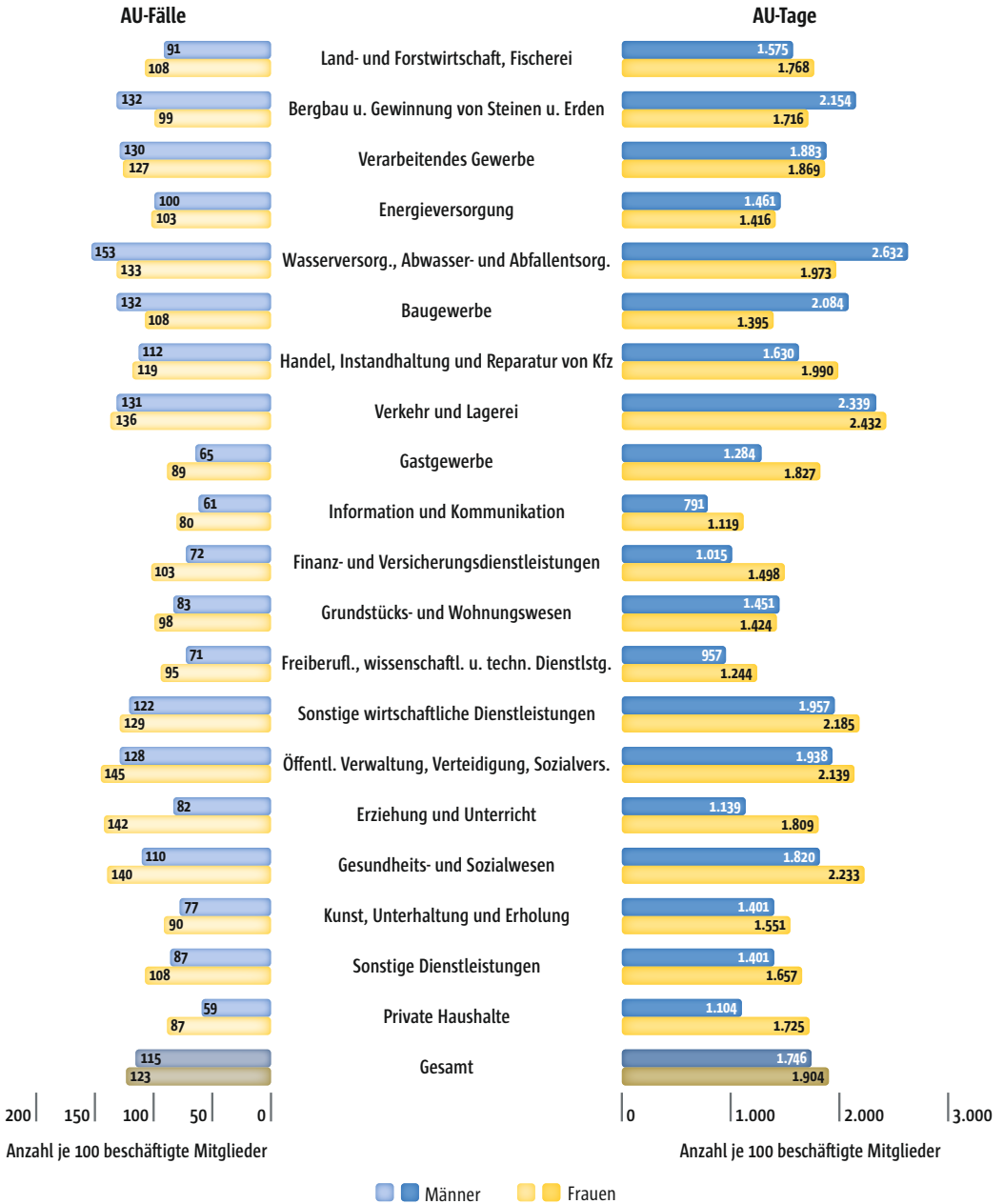
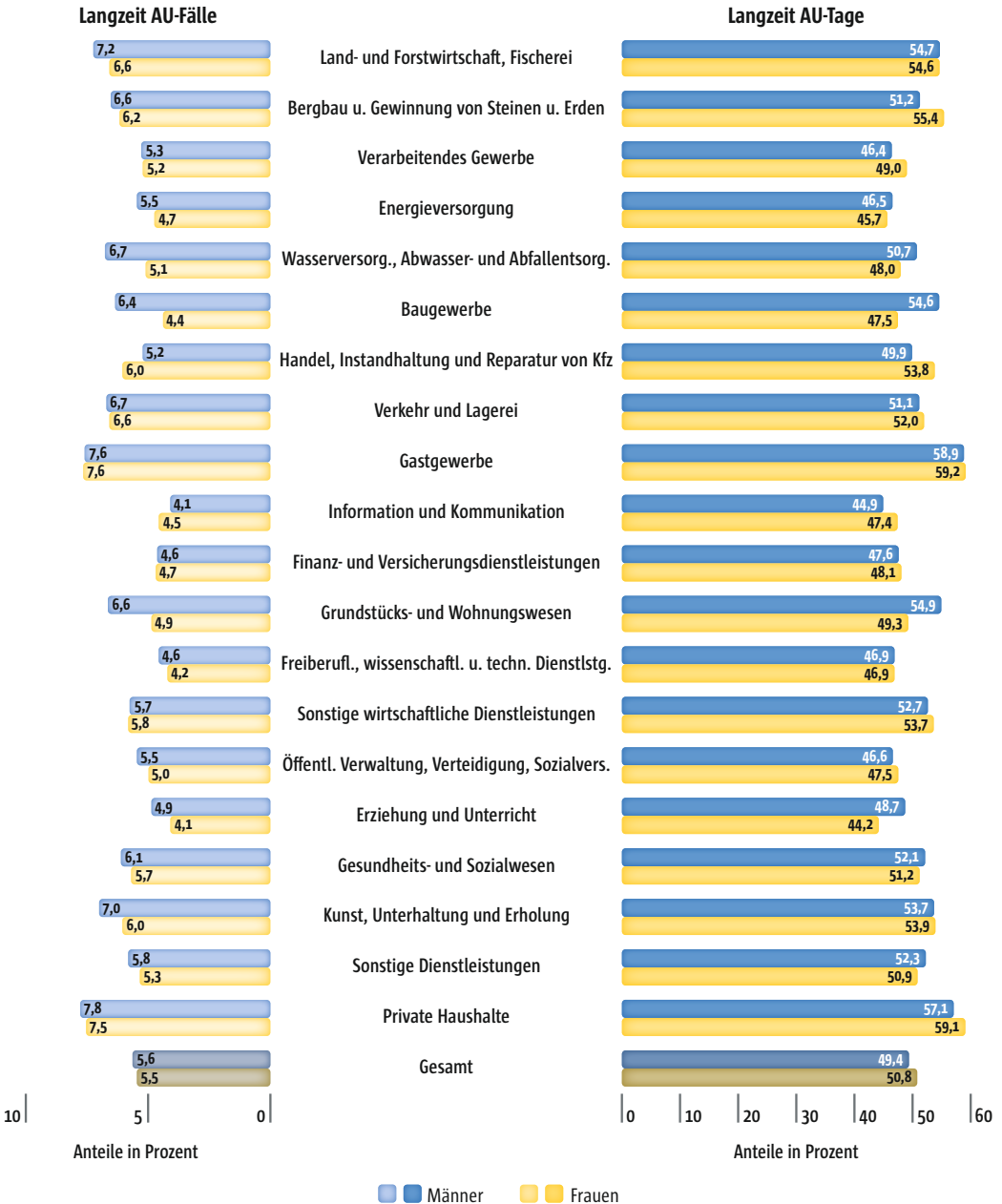


Diagramm 1.5.2 Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Langzeit\*-AU-Fälle bzw. -Tage an allen AU-Fällen/-Tagen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



\* Langzeit = Arbeitsunfähigkeit mit einer Falldauer von mehr als 42 Kalendertagen

Sowohl bei den Langzeit-AU-Fällen (7,6%) als auch bei den Langzeit-AU-Tagen (59,1%) weisen die Beschäftigten im Gastgewerbe insgesamt die größten Anteile auf, gefolgt von denjenigen in Privaten Haushalten (7,6% bzw. 58,9%) und den in der Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei Beschäftigten (6,9% bzw. 54,7%). Die geringsten Werte sind hingegen in den Branchen Erziehung und Unterricht, Energieversorgung sowie Information und Kommunikation zu finden. Die größten Geschlechtsunterschiede bezogen auf die Langzeitarbeitsunfähigkeit finden sich wiederum im Baugewerbe und im Bereich Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung. Dies deckt sich mit dem Muster, welches bereits bei den allgemeinen AU-Tagen im »» Diagramm 1.5.1 sichtbar wurde. Entsprechend sind hier ebenfalls die sehr unterschiedlichen Tätigkeits-schwerpunkte und Beanspruchungen von Männern und Frauen in diesen Wirtschaftsgruppen ein wesentlicher Grund für die Geschlechtsunterschiede im Langzeit-AU-Geschehen.

- AU-Tage wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. wegen Verletzungen und Vergiftungen sind in Wirtschaftsgruppen mit großem körperlichen Arbeitsanteil (z. B. Baugewerbe oder Abfallbeseitigung) besonders hoch.
- Dagegen sind die meisten Fehltagewegen psychischer Störungen bzw. wegen Atemwegserkrankungen vor allem in solchen Wirtschaftsgruppen zu finden, deren Tätigkeit aus der Interaktion mit Menschen besteht (z. B. Gesundheits- und Sozialwesen oder Erziehung und Unterricht).

In »» Diagramm 1.5.3 sind die AU-Tage der verschiedenen Wirtschaftsabschnitte differenziert für die wichtigsten Krankheitsarten dargestellt.

**Muskel-Skelett-Erkrankungen:** Nicht nur die meisten AU-Tage insgesamt, sondern auch aufgrund dieser Krankheitsart sind bei den Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (722 AU-Tage je 100 Beschäftigte) zu finden. Im Vergleich hierzu weisen Beschäftigte der Wirtschaftsgruppe Information und Kommunikation gerade einmal ein Fünftel dieses Wertes auf (138 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Diese Differenzen sind insbesondere durch die unterschiedlichen arbeitsbedingten Beanspruchungen und Belastungen in den einzelnen Branchen begründet: Insgesamt haben bei dieser Diagnosehauptgruppe vor allem Wirtschaftsgruppen des produzierenden Gewerbes bzw. des Handwerks (z. B. Baugewerbe) oder Dienstleistungen mit besonders

körperlich beanspruchender Arbeit (z. B. Abfallbeseitigung) auffällig viele krankheitsbedingte Fehltagewegen.

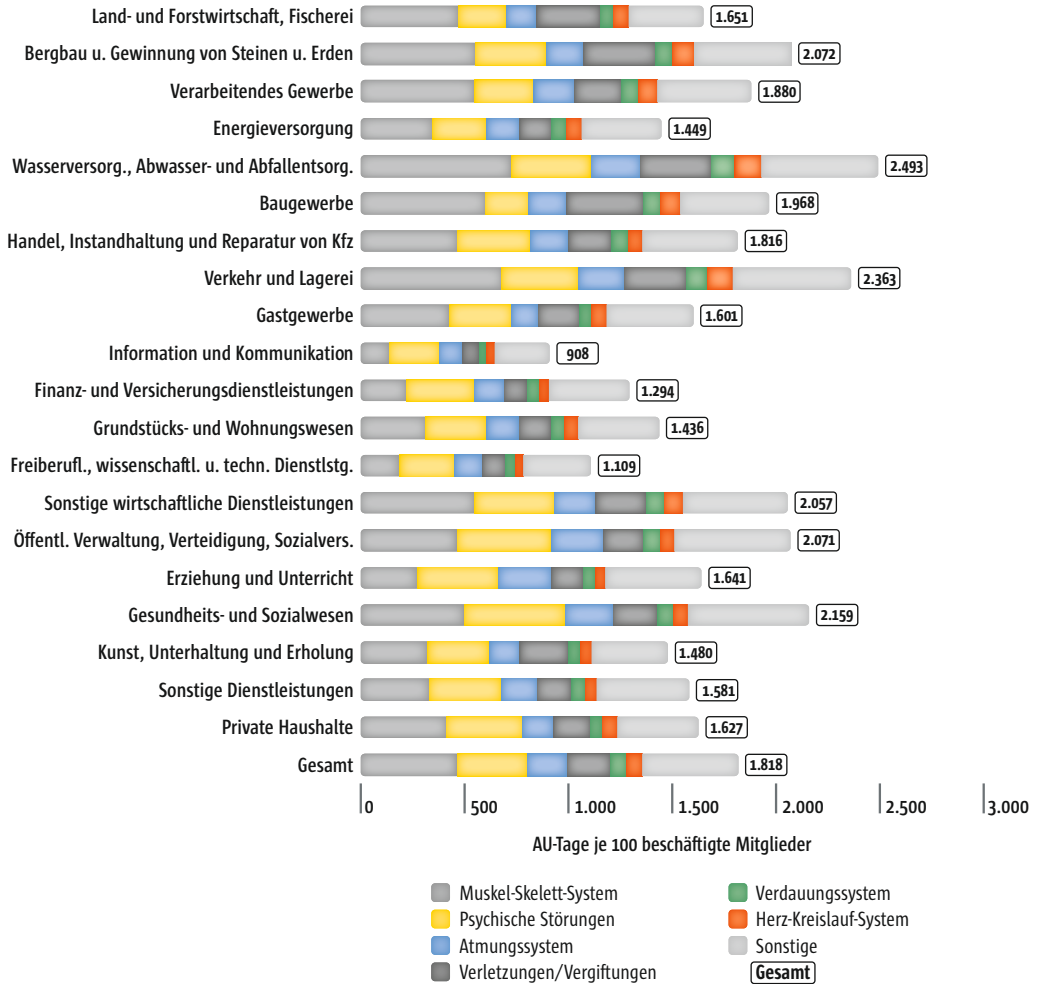
**Psychische Störungen:** Ein anderes Muster zeigt sich bei dieser Diagnosehauptgruppe: Mit 486 AU-Tagen je 100 Beschäftigten steht hier das Gesundheits- und Sozialwesen wie schon im vergangenen Jahr an der Spitze mit den meisten Fehltagewegen. Beschäftigte im Baugewerbe haben dagegen nicht einmal halb so viele Fehltagewegen (210 AU-Tage je 100 Beschäftigte) aufgrund dieser Krankheitsart. Auch andere Branchen, deren Tätigkeit vorrangig durch die Interaktion mit Menschen geprägt ist (z. B. öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung oder Erziehung und Unterricht), weisen überdurchschnittlich viele AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen auf.

**Atmungssystem:** Mit 257 AU-Tagen je 100 Beschäftigten weisen die in Erziehung und Unterricht Tätigen im Jahr 2021 die meisten Fehltagewegen im Vergleich auf. Ebenfalls überdurchschnittlich betroffen sind Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen sowie diejenigen in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung. Ein erhöhtes Expositionsrisiko für Atemwegserkrankungen durch häufigen zwischenmenschlichen Kontakt bzw. durch für die Atemwege gefährliche Stoffe ist Ursache für die stärkere Betroffenheit.

**Verletzungen/Vergiftungen:** Von Arbeitsunfähigkeit aufgrund dieser Krankheitsart sind wiederum solche Wirtschaftsgruppen (z. B. Baugewerbe, Abfallbeseitigung, Verkehr und Lagerei) stärker betroffen, deren Tätigkeit durch körperliche Belastungen bzw. ein generell höheres Unfallrisiko (z. B. durch einen Tätigkeitsschwerpunkt im Straßenverkehr bzw. an Maschinen) geprägt ist. An der Spitze steht im Jahr 2021 das Baugewerbe mit 369 AU-Tagen je 100 Beschäftigten, während die wenigsten Fehltagewegen aufgrund dieser Krankheitsart bei den Beschäftigten der Branche Information und Kommunikation mit lediglich 79 AU-Tagen je 100 Beschäftigten zu finden sind.

Neben den Auswertungen nach Wirtschaftsabschnitten gibt die Betrachtung der AU-Kennzahlen auf Ebenen der Wirtschaftsabteilungen ein differenziertes Bild des Zusammenhangs zwischen Arbeit(-sbedingungen) und Gesundheit. Die »» Tabelle 1.5.1 zeigt die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen im aktuellen Berichtsjahr. Neben Wirtschaftsgruppen, die vor allem durch einen hohen Anteil an körperlicher Belastung geprägt sind (z. B. Metallherstellung und -bearbeitung oder Abfallbeseitigung), sind hier auch Beschäftigte aus Branchen mit einer überdurchschnittlich hohen psychischen Arbeitsbelastung (z. B. Heime) zu finden. Dagegen finden sich unter den zehn

Diagramm 1.5.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



Wirtschaftsgruppen mit den wenigsten AU-Tagen vor allem Branchen, die im Verhältnis dazu eine geringere physische und psychische Arbeitsbelastung aufweisen. Zwischen beiden Gruppen zeigen sich nicht nur deutliche Unterschiede bei der Anzahl der AU-Fälle und AU-Tage, sondern auch bei der Falldauer. Eine dauerhaft hohe Arbeitsbelastung führt ohne entsprechenden Ausgleich nicht nur zu mehr AU-Fällen und -Tagen, sondern zu deutlich längeren durchschnittlichen krankheitsbedingten Ausfallzeiten pro Fall.

Neben den allgemeinen geben die krankheitsspezifischen AU-Kennzahlen zusätzliche Hinweise über

den Zusammenhang zwischen der Art der Arbeitsbelastungen und der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten. In ►► Tabelle 1.5.2 ist dieser Zusammenhang eindrucklich für die Gruppe der Muskel-Skelett-Erkrankungen erkennbar. Auch hier sind vor allem solche Wirtschaftsgruppen unter denen mit den meisten AU-Tagen zu finden, die eine besonders hohe körperliche Arbeitsbelastung aufweisen, was mit umgekehrtem Vorzeichen auch für die zehn Wirtschaftsgruppen mit den niedrigsten Kennwerten gilt. Auffällig ist hier, dass acht der zehn Wirtschaftsgruppen mit den meisten bzw. neun der zehn Wirtschaftsgruppen mit den wenigsten

Tabelle 1.5.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2021)

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
87	Heime	141	2.773	19,7
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	155	2.690	17,3
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	135	2.596	19,3
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	134	2.535	18,9
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	145	2.510	17,3
12	Tabakverarbeitung	145	2.487	17,2
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	127	2.360	18,5
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	149	2.348	15,7
8	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	139	2.335	16,8
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	121	2.331	19,2
	<b>Gesamt</b>	<b>118</b>	<b>1.818</b>	<b>15,4</b>
61	Telekommunikation	87	1.144	13,2
63	Informationsdienstleistungen	80	1.130	14,1
71	Architektur- und Ingenieurbüros	85	1.062	12,5
58	Verlagswesen	69	1.056	15,4
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	89	1.039	11,7
73	Werbung und Marktforschung	70	1.029	14,6
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	76	1.002	13,1
60	Rundfunkveranstalter	69	880	12,8
62	Dienstleistungen der Informationstechnologie	66	860	13,0
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	53	732	13,8

AU-Tagen die gleichen wie bei den AU-Tagen insgesamt (»» Tabelle 1.5.1) sind. Damit wird nochmals die besondere Bedeutung der Muskel-Skelett-Erkrankungen für das AU-Geschehen insgesamt sichtbar.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei der Betrachtung der krankheitsbedingten Fehltag aufgrund psychischer Störungen (»» Tabelle 1.5.3). Hier wird deut-

lich, dass vor allem Wirtschaftsgruppen mit einem hohen Anteil an zwischenmenschlicher Interaktion (z. B. Heime, Sozialwesen, Einzelhandel oder öffentliche Verwaltung) besonders stark von Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart betroffen sind. Unter den zehn Wirtschaftsgruppen mit den geringsten Werten sind hingegen mehrheitlich solche aus dem produ-

**Tabelle 1.5.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen (Berichtsjahr 2021)**

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	37,0	837	22,6
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	36,3	783	21,6
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	35,0	762	21,8
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	31,0	759	24,5
12	Tabakverarbeitung	36,1	738	20,5
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	30,4	732	24,1
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	29,6	726	24,5
87	Heime	26,9	725	26,9
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik	32,1	718	22,4
42	Tiefbau	29,9	708	23,7
	<b>Gesamt</b>	<b>21,5</b>	<b>463</b>	<b>21,5</b>
61	Telekommunikation	12,9	208	16,1
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	10,0	198	19,9
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	10,0	189	18,9
71	Architektur- und Ingenieurbüros	11,5	185	16,1
58	Verlagswesen	8,4	163	19,5
73	Werbung und Marktforschung	7,6	155	20,5
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	8,9	140	15,8
60	Rundfunkveranstalter	8,6	135	15,8
62	Dienstleistungen der Informationstechnologie	7,6	123	16,2
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	5,6	86	15,4

zierenden oder verarbeitenden Gewerbe (z. B. Maschinenbau oder Hoch-/Tiefbau) sowie dem technischen Dienstleistungsbereich zu finden. Eine weitere Besonderheit betrifft die Falldauer: Anders als bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen variiert diese bei den psychischen Störungen wesentlich stärker zwischen den Wirtschaftsgruppen. Die entsprechenden AU-Fäl-

le wegen psychischer Störungen kommen zwar sehr selten vor (»»» Tabelle 1.2.1), führen aber mehrheitlich zu überdurchschnittlich langen Ausfallzeiten. Insofern wirken sich hier geringe Schwankungen bei den AU-Fällen bzw. -Tagen deutlich stärker auf die durchschnittliche Falldauer als bei den häufiger vorkommenden Muskel-Skelett-Erkrankungen aus.

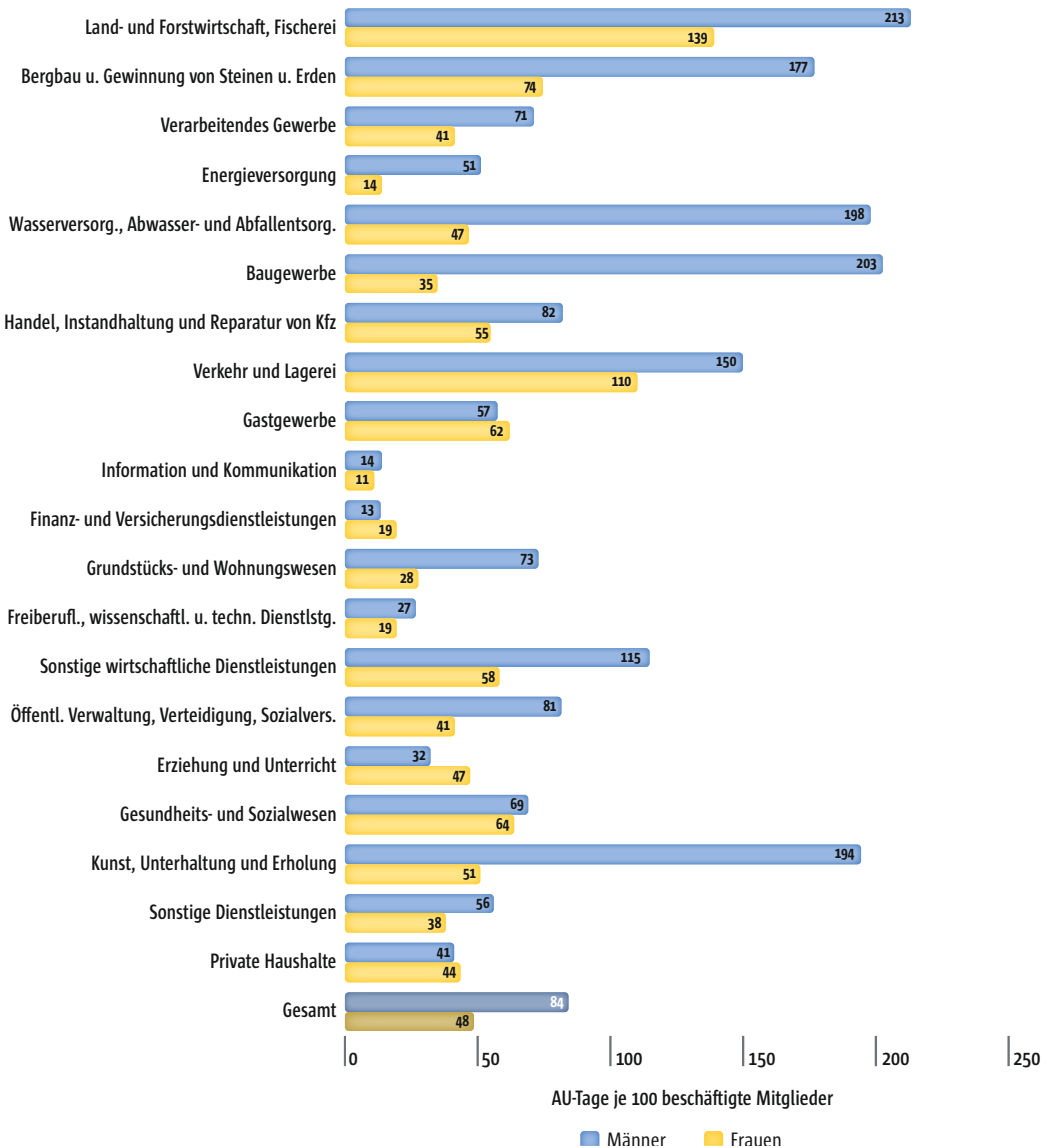
Tabelle 1.5.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund Psychischer Störungen (Berichtsjahr 2021)

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
87	Heime	13,8	643	46,5
12	Tabakverarbeitung	10,9	594	54,2
88	Sozialwesen	12,1	543	44,9
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	10,9	491	44,9
82	Wirtschaftliche Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen	11,0	471	42,7
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	11,3	453	40,1
13	Herstellung von Textilien	7,7	428	55,6
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	10,4	420	40,3
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	9,4	416	44,1
47	Einzelhandel	8,7	410	47,1
	<b>Gesamt</b>	<b>8,0</b>	<b>341</b>	<b>42,7</b>
61	Telekommunikation	6,3	229	36,4
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren	5,6	228	40,5
62	Dienstleistungen der Informationstechnologie	5,3	227	43,1
42	Tiefbau	5,2	225	43,0
1	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	5,1	222	43,6
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	4,6	217	47,1
41	Hochbau	4,3	213	49,0
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	5,4	211	39,1
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation	4,9	206	42,5
50	Schifffahrt	6,0	173	29,1

- Wirtschaftsgruppen, in denen v. a. Tätigkeiten mit hoher körperlicher Belastung ausgeübt werden (z. B. Baugewerbe), weisen die meisten AU-Tage im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen auf.
- Männer weisen sehr häufig höhere durch Arbeitsunfälle verursachte Fehlzeiten als Frauen auf, da sich die konkreten Tätigkeiten im Unternehmen und das damit verbundene Unfallrisiko deutlich zwischen beiden Geschlechtern unterscheiden.

Neben den bisher dargestellten krankheitsbedingten Ursachen der Arbeitsunfähigkeit spielen auch Arbeitsunfälle und die damit verbunden Fehlzeiten bei den Beschäftigten eine wichtige Rolle. Die positive Botschaft zuerst: Die AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Arbeitsunfällen weisen seit Einführung der vollständigen Zählung von 2016 (77 AU-Tage je 100 Beschäftigte) bis 2021 (68 AU-Tage je 100 Beschäftigte) insgesamt eine abnehmende Tendenz auf. 3,7% aller Fehltagen der Beschäftigten werden im Jahr 2021 durch Arbeitsunfälle verursacht. Wie bereits 2020 ist

Diagramm 1.5.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



auch im Jahr 2021 ein Großteil des Rückgangs im Vergleich zu den Vorjahren auf die Maßnahmen in Verbindung mit der Coronavirus-Pandemie zurückzuführen, was vor allem mit der deutlich vermehrten Nutzung von Homeoffice bzw. Kurzarbeit zusammenhängen dürfte. In **»»»** Diagramm 1.5.4 wird der Zusammenhang zwischen den mit Arbeitsunfällen verbundenen Fehlzeiten und den Wirtschaftsgruppen

sowie dem Geschlecht sichtbar: Wiederum sind es Beschäftigte in Bereichen mit erhöhter körperlicher Belastung (z. B. Landwirtschaft oder Baugewerbe) bzw. mit einer potenziell weitaus höheren Unfallgefahr beispielsweise im Straßenverkehr (z. B. Verkehr und Lagerei oder Abfallbeseitigung), die am stärksten von Fehltagen aufgrund von Arbeitsunfällen betroffen sind, im Gegensatz zu Wirtschaftsgruppen



mit geringer körperlicher Belastung und/oder vorwiegender Bürotätigkeit (z. B. Finanz- und Versicherungsdienstleistungen).

Insbesondere bei den Wirtschaftsgruppen mit sehr hohen Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfällen, gibt es jeweils ausgeprägte Geschlechtsunterschiede. Ursache hierfür ist wiederum die Tatsache, dass Männer und Frauen innerhalb solcher Unternehmen bzw. Branchen meist völlig unterschiedliche Tätigkeiten ausüben, die einer sehr unterschiedlichen körperlichen Belastung unterliegen und mit einem entsprechend unterschiedlichen Unfallrisiko verbunden sind. In Branchen mit geringen Geschlechtsunterschieden ist davon auszugehen, dass Männer und Frauen hier Tätigkeiten ausüben, die sich bzgl. ihres Risikos für einen Arbeitsunfall nicht wesentlich unterscheiden. Um welche beruflichen Tätigkeiten es sich dabei konkret handelt und in welchem Zusammenhang diese mit der Gesundheit von Beschäftigten stehen, soll im nun folgenden **»** Kapitel 1.5.2 näher betrachtet werden.

### 1.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

Neben der Betrachtung des AU-Geschehens im Sinne der Zuordnung zu Betrieben und somit auch der Berufstätigen zu einer bestimmten Wirtschaftsgruppe, gibt die vom Beschäftigten ausgeübte Tätigkeit weiteren Aufschluss über den Einfluss arbeitsweltlicher Faktoren auf die Gesundheit. Die Basis bildet hierbei der Tätigkeitsschlüssel aus der Klassifikation der Berufe (KldB 2010). Dieser zeigt nicht nur die aktuell ausgeübte Tätigkeit des Beschäftigten, sondern beinhaltet zudem noch weitere Merkmale. In diesem Abschnitt soll der Fokus zunächst auf dem ausgeübten Beruf der Beschäftigten liegen. Das sich anschließende **»** Kapitel 1.5.3 widmet sich weiteren, für den Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit relevanten Tätigkeitsmerkmalen. In **»** Tabelle A.10 sind ergänzend die wichtigsten AU-Kennzahlen der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssektoren, -segmenten und -hauptgruppen im Überblick sowie im Zusammenhang mit Diagnosehauptgruppen und Geschlecht zu finden.

Die Berufsgruppe Landwirtschaft (KldB-2010-Code 111) kann im Berichtsjahr 2021 aus methodischen Gründen nicht separat in den Ergebnissen des AU-Kapitels dargestellt werden. Zusätzlich ist zu beachten, dass dies teilweise Auswirkungen auf die Kennzahlen der übergeordneten Berufshauptgruppe Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe (KldB-2010-Code 11) bzw. dem Berufssektor Land-, Forst- und

Gartenbauberufe (KldB-2010-Code S1) hat, deren hier berichtete Kennzahlen entsprechend nur eingeschränkt bewertet werden können.

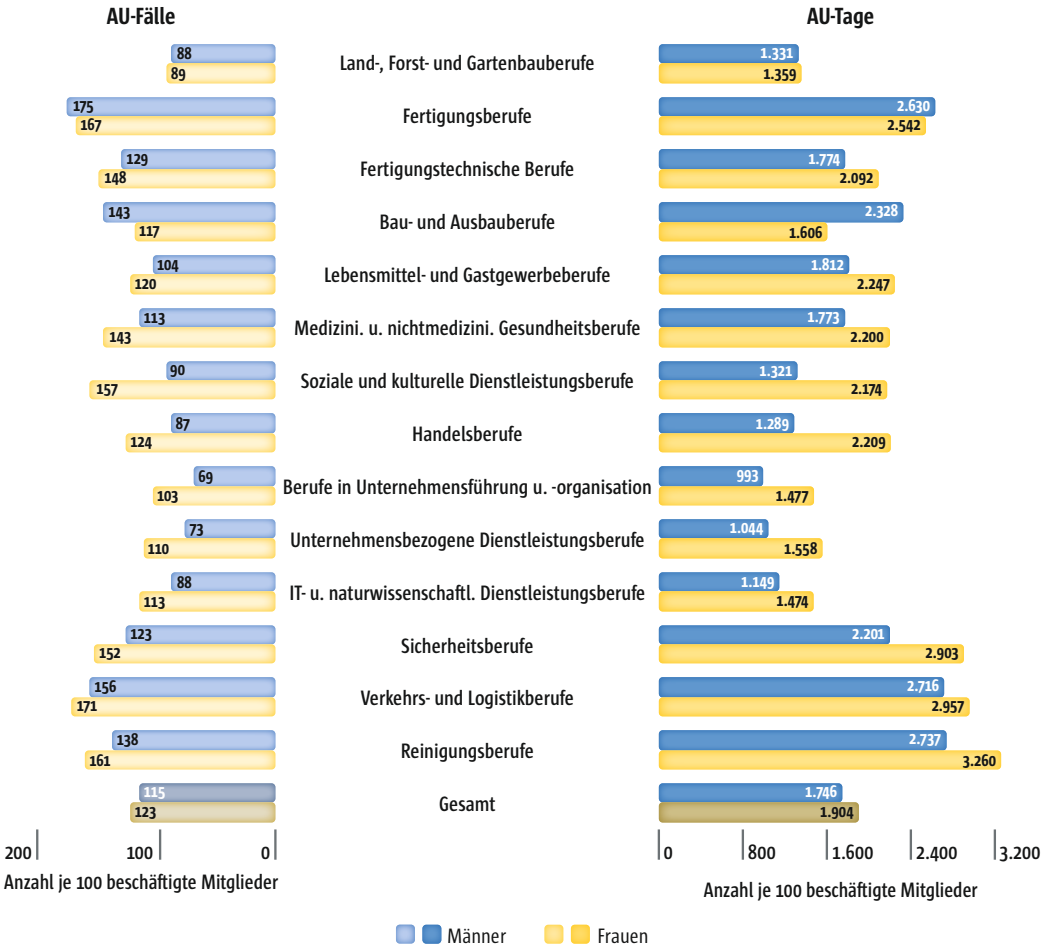
- Die krankheitsbedingten Fehltagelängen differieren zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zwischen 12,9 bis 31,4 AU-Tagen je Beschäftigten.
- Beschäftigte in den Fertigungsberufen weisen mit 1,73 AU-Fällen je Beschäftigten fast doppelt so viele AU-Fälle wie Beschäftigte in den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen auf.
- Unterschiede zwischen Männern und Frauen innerhalb einer Berufsgruppe sind vor allem auf die ungleiche Verteilung weiterer Tätigkeitsmerkmale (Anforderungsniveau, Vertragsverhältnis, Stellung im Beruf) und damit verbundener unterschiedlicher gesundheitlicher Belastungen zurückzuführen.

In **»** Diagramm 1.5.5 sind die AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht dargestellt. Mit durchschnittlich 1,73 AU-Fällen je Beschäftigten weisen die Fertigungsberufe dabei die höchste Fallzahl auf. An zweiter Stelle sind nach AU-Fällen die Verkehrs- und Logistikberufe (1,59 AU-Fälle je Beschäftigten) gefolgt von den Reinigungsberufen (1,55 AU-Fälle je Beschäftigten) zu finden.

Gemessen an den Fehltagen stehen dagegen die Reinigungsberufe mit durchschnittlich 31,4 AU-Tagen je Beschäftigten an der Spitze dieses Vergleichs, gefolgt von den Verkehrs- und Logistikberufen (u. a. Beschäftigte der Postdienste) mit 27,7 AU-Tagen je Beschäftigten und den Fertigungsberufen mit 26,2 AU-Tagen je Beschäftigten. Bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen treten dagegen mit 0,94 AU-Fällen bzw. 12,3 AU-Tagen je Beschäftigten die geringsten krankheitsbedingten Fehlzeiten auf.

Aus den Geschlechtsunterschieden ist zu erkennen, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Werte der Frauen insbesondere bei den AU-Tagen zum Teil deutlich über denen der Männer liegen. Die größten Differenzen finden sich im Bereich der Handelsberufe (+9,2 AU-Tage) sowie bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (+8,5 AU-Tage). Hier spielen mindestens zwei weitere Faktoren eine Rolle und zwar das Alter der Beschäftigten in Kombination mit der Anforderungsniveau der Tätigkeit. So sind Frauen in Handelsberufen am häufigsten im Bereich der fachlich ausgerichteten Tätigkeiten beschäftigt, wobei deren Durchschnittsalter über denen der Männer liegt. Männliche Beschäftigte in

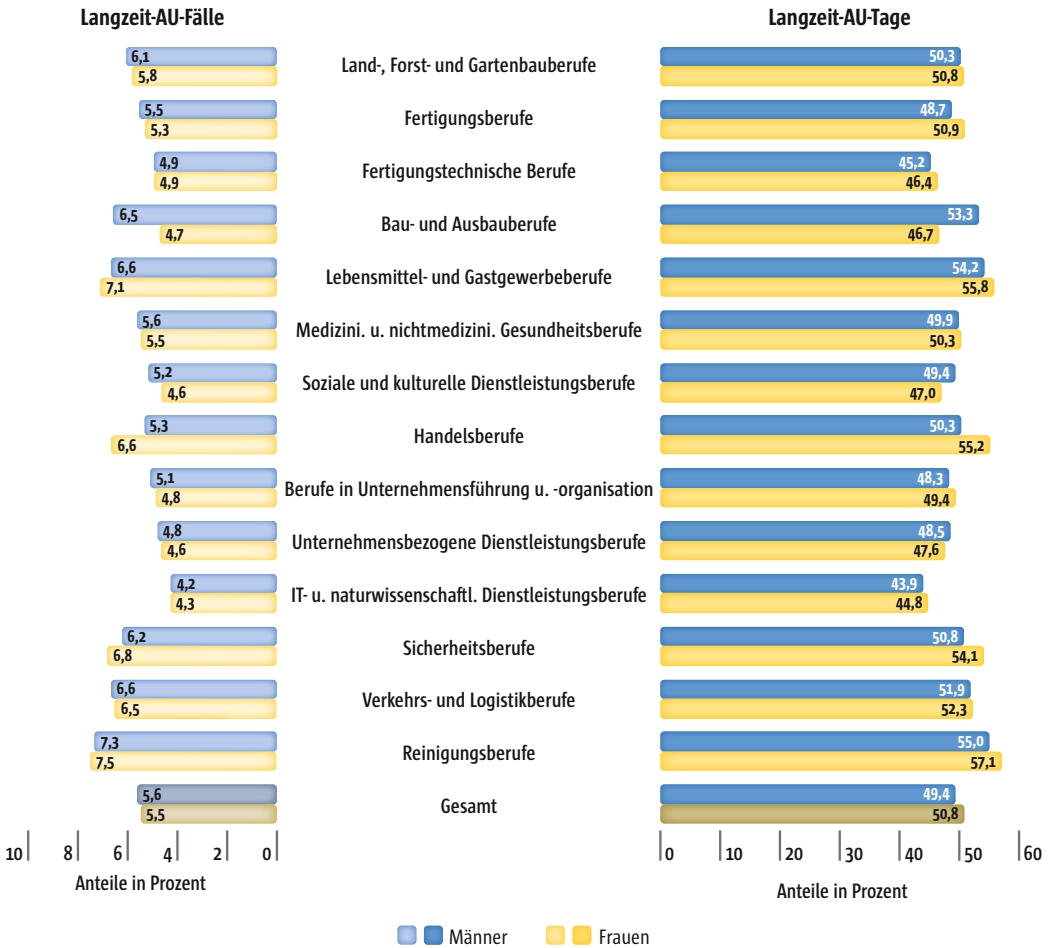
Diagramm 1.5.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



diesem Berufssegment sind hingegen häufiger in komplexen bzw. hochkomplexen Tätigkeiten zu finden, was meist mit einer gehobeneren Position (z. B. Führung oder Aufsicht) und einem höheren schulischen- bzw. beruflichen Bildungsgrad einhergeht. Auch für die anderen beobachtbaren Geschlechtsunterschiede gilt, dass neben der eigentlichen Berufszuordnung weitere Tätigkeitsmerkmale (z. B. Vertragsform, Stellung im Beruf, Anforderungsniveau der Tätigkeit) die zwischen Frauen und Männern teils sehr unterschiedlich verteilt sind, Einfluss auf die Ausprägung der Fehlzeiten nehmen. Eine detaillierte Betrachtung dieser zusätzlichen arbeitsweltlichen Indikatoren im Zusammenhang mit dem AU-Geschehen ist im »» Kapitel 1.5.3 zu finden.

Wie bereits im »» Diagramm 1.5.2 für die Wirtschaftsgruppen, stellt das »» Diagramm 1.5.6 die Anteile der AU-Fälle bzw. AU-Tage nach Berufssegmenten und Geschlecht dar, die mit einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Kalenderwochen im Zusammenhang stehen. Mit den jeweils höchsten Werten bezogen auf die AU-Tage sind hier insgesamt die Beschäftigten in den Reinigungsberufen (56,7%) gefolgt von den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen (55,2%) sowie den Handelsberufen (53,8%) an der Spitze zu finden. Besonders niedrige Anteile finden sich hingegen bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (44,2%) sowie den fertigungstechnischen Berufen (45,4%). Während der Anteil der Langzeit-AU-Fälle zwischen den unterschied-

Diagramm 1.5.6 Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Langzeit\*-AU-Fälle bzw. -Tage an allen AU-Fällen/-Tagen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

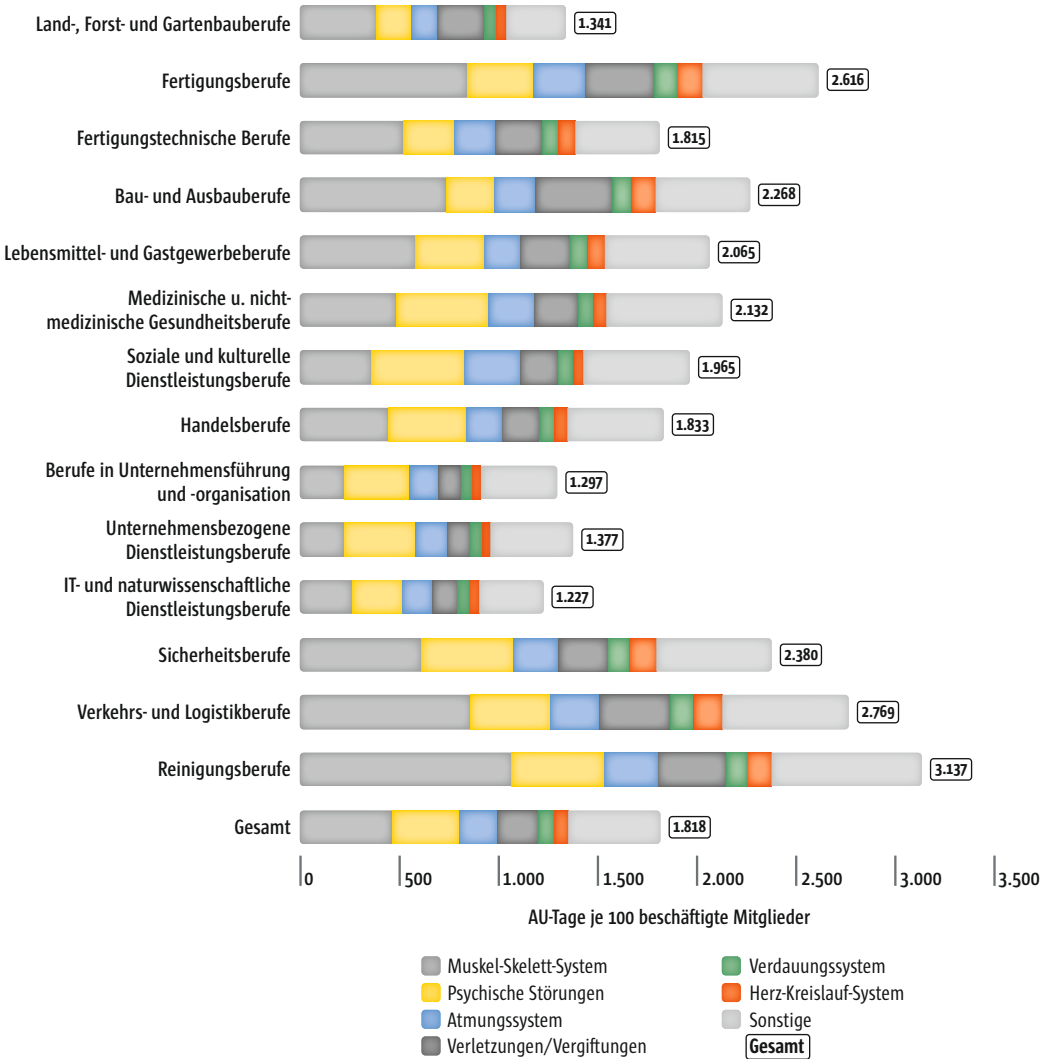


\*Langzeit= Arbeitsunfähigkeit mit einer Falldauer von mehr als 42 Kalendertagen

lichen Berufssegmenten nur eine geringe Spannweite aufweist (4,2%-7,4%), ist diese bei den Langzeit-AU-Tagen deutlich größer ausgeprägt (44,2%-56,7%). Die mit Abstand größten Geschlechtsunterschiede sind hier – zuungunsten der Männern – bei den Bau- und Ausbauberufen zu finden. Der größte Geschlechtsunterschied zuungunsten der weiblichen Beschäftigten findet sich hingegen bei den Handelsberufen. Auch bei diesen sind die bereits erwähnten Unterschiede bei den weiteren Tätigkeitsmerkmalen in gleichen Beruf mehrheitlich ausschlaggebend für die Differenzen bei den Langzeitfällen zwischen Männern und Frauen.

- Beschäftigte mit körperlich besonders beanspruchenden Berufen (z. B. in der Fertigung oder Produktion) weisen besonders hohe Fehlzeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. Verletzungen und Vergiftungen auf.
- Berufstätige, deren Haupttätigkeit in sozialer Interaktion besteht (z. B. Erziehungs- und Gesundheitsberufe), sind besonders häufig von Fehlzeiten wegen psychischer Störungen betroffen.
- Arbeitsunfähigkeit in Verbindung mit einem Arbeitsunfall tritt besonders häufig in Berufen mit einem erhöhten Unfallrisiko – beispielsweise im Handwerk oder in der Produktion – auf.

Diagramm 1.5.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



Das **»»»** Diagramm 1.5.7 stellt die AU-Tage nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen für die einzelnen Berufssegmente dar.

**Muskel-Skelett-Erkrankungen:** Nicht nur insgesamt, sondern auch bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, liegen wiederum die Reinigungsberufe mit durchschnittlich 1.068 AU-Tagen je 100 Beschäftigten an der Spitze. Dagegen wird nicht einmal ein Drittel dieses Wertes bei Beschäftigten in den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen erreicht (223 AU-Tage je 100 Beschäftig-

te). Fehltag wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen sind vor allem bei Berufen mit einer hohen körperlichen Beanspruchung und Belastung (z. B. Fertigungsberufe, Bau- und Ausbauberufe etc.) zu finden.

**Psychische Störungen:** Ein anderes Muster wird bei den Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart sichtbar – hier sind die in den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen Tätigen mit 469 AU-Tagen je 100 Beschäftigten am stärksten betroffen, gefolgt von den Sicherheitsberufen (467 AU-Tage je 100 Be-

Tabelle 1.5.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2021)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
243	Metalloberflächenbehandlung	208	3.438	16,6
281	Textiltechnik und -produktion	187	3.343	17,8
821	Altenpflege	157	3.321	21,2
525	Bau- und Transportgeräteführung	177	3.241	18,3
241	Metallerzeugung	183	3.169	17,3
112	Tierwirtschaft	122	3.156	25,9
541	Reinigung	155	3.137	20,2
521	Fahrzeugführung im Straßenverkehr	140	3.082	22,0
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	61	3.063	19,1
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	89	3.053	16,2
	<b>Gesamt</b>	<b>118</b>	<b>1.818</b>	<b>15,4</b>
914	Wirtschaftswissenschaften	45	799	17,8
432	IT-Systemanalyse, IT-Anwendungsberatung und IT-Vertrieb	64	797	12,6
912	Geisteswissenschaften	62	771	12,4
411	Mathematik und Statistik	55	771	14,1
814	Human- und Zahnmedizin	55	725	13,1
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	51	685	13,5
271	Technische Forschung und Entwicklung	61	682	11,2
711	Geschäftsführung und Vorstand	37	667	18,1
434	Softwareentwicklung und Programmierung	60	664	11,1
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	37	428	11,7

schäftigte) sowie den medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen (465 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Auch hier zeigt sich, dass Berufe, deren Hauptinhalt in der Interaktion mit anderen Menschen besteht und somit potenziell mehr zwischenmenschliche Stresssituationen beinhaltet, überdurchschnittlich von Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart betroffen sind. Zusätzlich spielt hier auch der wesentlich höhere Anteil beschäftigter Frauen in den besonders stark betroffenen Berufssegmenten eine Rolle (»» Diagramm o.2.2).

**Atemwegserkrankungen:** Auch hier finden sich die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe mit 285 AU-Tagen je 100 Beschäftigten, gefolgt von den


Reinigungsberufen (270 AU-Tage je 100 Beschäftigte) und den Fertigungsberufen (262 AU-Tage je 100 Beschäftigte) an der Spitze. Die höhere Exposition gegenüber Infektionen durch häufigen Kontakt mit Menschen bzw. mit für die Atemwege gefährlichen Stoffen sind für die Häufung der Fehlzeiten bei diesen Berufsgruppen ausschlaggebend.

**Verletzungen/Vergiftungen:** Bei den AU-Tagen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen sind vor allem solche Berufe stärker betroffen, die einer erhöhten körperlichen Beanspruchung und Unfallgefahr ausgesetzt sind. Hierzu zählen zum Beispiel die Bau- und Ausbauberufe (391 AU-Tage je 100 Beschäftigte), die Verkehrs- und Logistikberufe (358 AU-

**Tabelle 1.5.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen (Berichtsjahr 2021)**

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
112	Tierwirtschaft	26,0	1.249	48,0
243	Metalloberflächenbehandlung	55,4	1.180	21,3
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	50,8	1.158	22,8
214	Industrielle Keramikerstellung und -verarbeitung	52,9	1.146	21,6
281	Textiltechnik und -produktion	49,8	1.138	22,9
241	Metallerzeugung	50,9	1.125	22,1
525	Bau- und Transportgeräteführung	49,4	1.123	22,7
541	Reinigung	40,0	1.068	26,7
221	Kunststoff- und Kautschukherstellung und -verarbeitung	50,0	1.041	20,8
213	Industrielle Glasherstellung und -verarbeitung	46,1	1.035	22,4
<b>Gesamt</b>		<b>21,5</b>	<b>463</b>	<b>21,5</b>
432	IT-Systemanalyse, IT-Anwendungsberatung und IT-Vertrieb	6,6	106	16,2
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	7,6	104	13,7
431	Informatik	7,0	101	14,3
924	Redaktion und Journalismus	6,3	96	15,3
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	4,6	88	19,2
434	Softwareentwicklung und Programmierung	6,1	81	13,3
814	Human- und Zahnmedizin	5,0	80	15,9
914	Wirtschaftswissenschaften	4,9	80	16,2
922	Öffentlichkeitsarbeit	5,8	78	13,4
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	3,3	45	13,8

Tage je 100 Beschäftigte) bzw. die Fertigungsberufe (354 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

Eine detaillierte Darstellung des AU-Geschehens auf Ebene einzelner Berufe zeigt die  Tabelle 1.5.4. Darin aufgeführt sind jeweils diejenigen zehn Berufsgruppen, die im Jahr 2021 die meisten bzw. wenigsten AU-Tage auf sich vereinen. Mit durchschnittlich 34,4 AU-Tagen je Beschäftigten stehen die in der Metalloberflächenbehandlung Tätigen an der Spitze dieser Rangliste. Mehrheitlich entstammen die weiteren dieser zehn Berufe mit den meisten Fehltagen aus der Gruppe der Fertigungsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe. Die in der Altenpflege Tätigen sind als einzige der nichtmedizi-

nischen Gesundheitsberufe mit durchschnittlich 33,2 AU-Tagen je Beschäftigten vertreten.

Die in der unteren Hälfte der Tabelle aufgeführten Berufsgruppen sind hingegen diejenigen mit den wenigsten krankheitsbedingten Fehltagen im Berichtsjahr. Mit durchschnittlich 4,3 AU-Tagen haben wie im Vorjahr Beschäftigte mit Lehr- und Forschungstätigkeiten an Hochschulen die wenigsten Fehltag – das entspricht nur einem Achtel des berichteten Höchstwerts. Im Gegensatz zu den zehn Berufsgruppen mit den meisten Fehltagen entstammt hier die Mehrzahl dem Dienstleistungs- bzw. geistes- und naturwissenschaftlichen Bereich.

Tabelle 1.5.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund Psychischer Störungen (Berichtsjahr 2021)

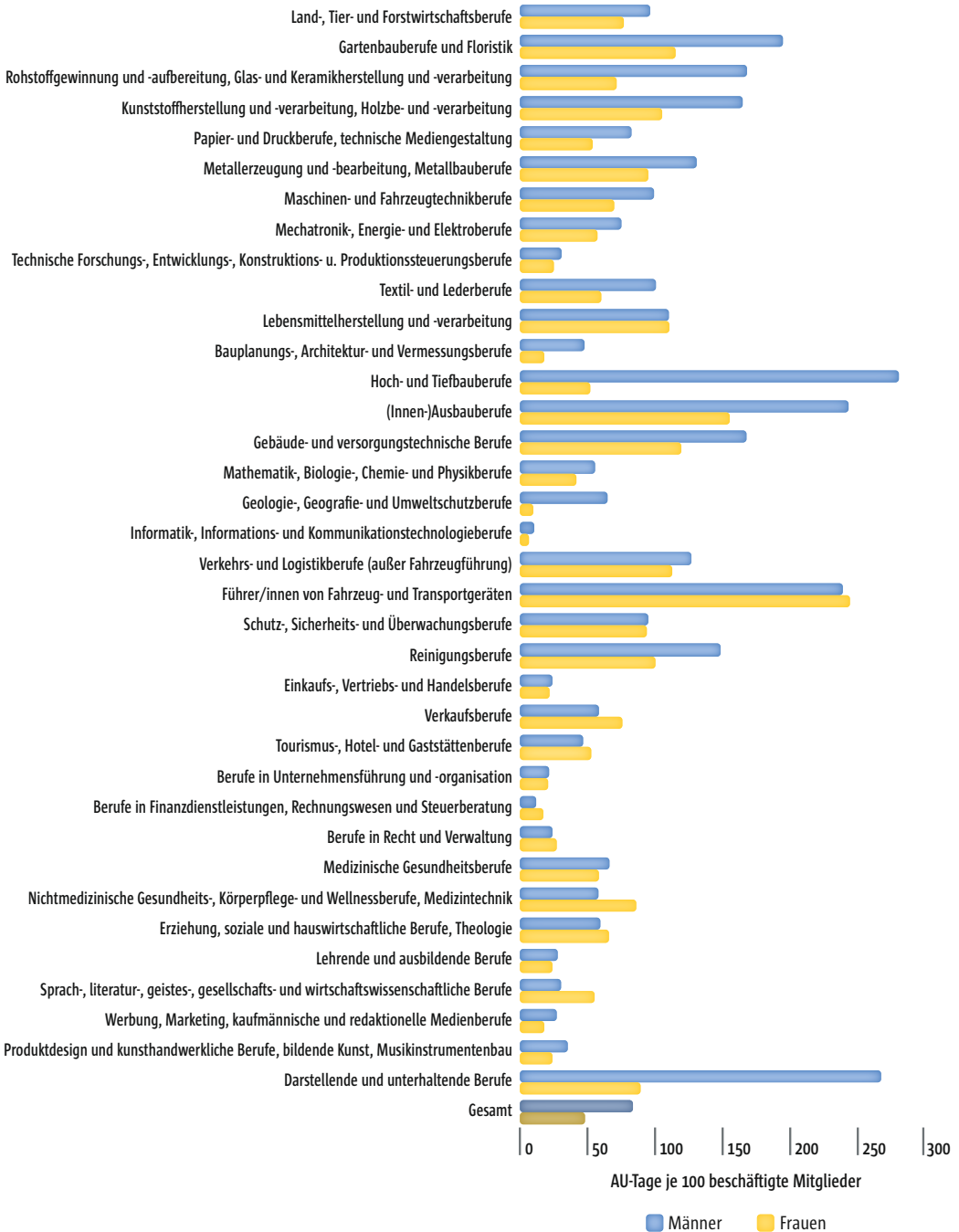
KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
821	Altenpflege	15,4	729	47,3
532	Polizeivollzugs- und Kriminaldienst, Gerichts- und Justizvollzug	15,1	599	39,6
824	Bestattungswesen	9,2	596	64,4
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	12,1	564	46,6
533	Gewerbe- und Gesundheitsaufsicht, Desinfektion	11,8	562	47,5
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	14,2	558	39,4
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	13,1	548	41,8
281	Textiltechnik und -produktion	10,5	544	51,8
514	Servicekräfte im Personenverkehr	16,5	518	31,4
913	Gesellschaftswissenschaften	10,0	489	48,8
	<b>Gesamt</b>	<b>8,0</b>	<b>341</b>	<b>42,6</b>
711	Geschäftsführung und Vorstand	2,7	155	58,3
944	Theater, Film- und Fernsehproduktion	4,4	144	33,2
814	Human- und Zahnmedizin	3,4	139	41,3
931	Produkt- und Industriedesign	4,7	139	29,2
912	Geisteswissenschaften	4,3	135	31,3
271	Technische Forschung und Entwicklung	3,4	128	38,0
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	3,2	120	37,6
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	4,0	117	29,6
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	2,0	89	44,7
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	1,1	82	72,3

Erwähnenswert ist zudem, dass sich in ähnlicher Weise auch die AU-Fälle zwischen den hier aufgeführten Berufsgruppen unterscheiden. Mit überdurchschnittlichen AU-Tagen gehen zudem auch mehrheitlich überdurchschnittliche Falldauern einher, was ein Hinweis darauf ist, dass bei diesen anteilig häufiger als bei anderen Berufen Langzeiterkrankungen vorkommen, die dann zu längeren krankheitsbedingten Ausfallzeiten führen.

In »»» Tabelle 1.5.5 sind jeweils die zehn Berufsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen dargestellt. Hier sind die Beschäftigten der Tierwirtschaft

mit durchschnittlich 12,5 AU-Tagen je Beschäftigten auf dem ersten Platz nach Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart zu finden. Allerdings stammt auch hier die Mehrzahl der zehn aufgeführten Professionen aus den Fertigungsberufen bzw. den Bau- und Ausbauberufen. Alle genannten Berufe beinhalten dabei gleichermaßen einen hohen Anteil an körperlich beanspruchender Tätigkeit, der in einer höheren Krankheitslast in Form der berichteten Fehltag resultiert. Umgekehrt zeigt sich, dass vor allem Berufe aus den Bereichen Dienstleistungen und Geisteswissenschaften mit einer meist nur geringen körperlichen Beanspruchung die Liste der

Diagramm 1.5.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)





Berufe mit den wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen dominieren. Wiederrum sind es die Beschäftigten mit einer Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen, die mit gerade einmal 0,5 AU-Tagen je Beschäftigten nur einen Bruchteil der Fehltagel im Vergleich zu den Berufen mit den meisten AU-Tagen aufweisen. Bei den Falldauern zeigt sich, dass vor allem Berufe mit unterdurchschnittlichen AU-Tagen auch unterdurchschnittliche Werte im Verhältnis zu allen Beschäftigten insgesamt aufweisen und Langzeiterkrankungen in erstgenannter Gruppe anteilig seltener auftreten.

Die Auflistung der Berufe mit den meisten bzw. wenigsten Fehltagen aufgrund psychischer Störungen ist in **»** Tabelle 1.5.6 zu finden. Anders als bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen, sind es hier vor allem die erzieherischen, sozialen und gesundheitsbezogenen Berufe (z. B. Alten- und Krankenpflege bzw. Erziehung und Sozialarbeit), die besonders hohe Fehltagel aufgrund dieser Krankheitsart aufweisen. Dagegen ist das Bild bei den zehn am wenigsten betroffenen Berufen wiederum v. a. durch geistes- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe (z. B. Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen), aber auch durch Verwaltung bzw. medizinische Berufe geprägt. Insbesondere bei den Berufen mit den meisten AU-Tagen ist, wie auch schon bei der Auswertung nach Wirtschaftsgruppen erwähnt, zu vermuten, dass hier psychosozialer Stress in der Tätigkeit wesentlichen Einfluss auf die Fehlzeiten ausübt. So sind zum Beispiel Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege oder Servicekräfte im Personenverkehr immer wieder besonderen zwischenmenschlichen Stresssituationen ausgesetzt, die zu den hier aufgezeigten hohen Fehlzeiten führen können.

Kein eindeutiges Muster zeigt sich hingegen bei den Falldauern: Hier sind sowohl bei Berufen mit vielen als auch mit wenigen krankheitsbedingten Fehlzeiten unter- als auch überdurchschnittliche Falldauern zu finden, die sich in ihrer Spanne um mehrere Wochen voneinander unterscheiden.

Wie bereits bei den Wirtschaftsgruppen werden in **»** Diagramm 1.5.8 ergänzend die Fehlzeiten betrachtet, die ausschließlich durch meldepflichtige Arbeitsunfälle verursacht werden. Dabei zeigen sich sowohl zwischen den einzelnen Berufsgruppen als auch innerhalb dieser zwischen Männern und Frauen deutliche Unterschiede bei den Fehlzeiten. Insbesondere bei den produzierenden und handwerklichen Berufen mit einem höheren Arbeitsunfallrisiko sind

v. a. bei den männlichen Beschäftigten deutlich überdurchschnittliche Werte zu finden, so wie bei den Hoch- und Tiefbauberufen mit dem höchsten Gesamtwert von 277 AU-Tagen je 100 Beschäftigten. Gleichzeitig sind es diese Berufe, bei denen auch die größten Unterschiede zwischen den Geschlechtern auftreten (z. B. Hoch- und Tiefbauberufe bzw. darstellende und unterhaltende Berufe). Auch hier liegt vermutlich der Hauptgrund der Differenzen im heterogenen Tätigkeitsspektrum innerhalb der identischen Berufsgruppe für Männer und Frauen, während sich beispielsweise in den IT- und Kommunikationsberufen – im Vergleich der niedrigste Wert mit 10 AU-Tagen je 100 Beschäftigten – die konkrete Tätigkeit von Männern und Frauen sehr ähneln und somit auch die durch Arbeitsunfälle verursachten Fehlzeiten wenig unterschiedlich ausfallen.

### 1.5.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

Neben der Betrachtung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Wirtschafts- und Berufsgruppen, stehen noch weitere arbeitsweltliche Indikatoren für eine differenzierte Betrachtung zur Verfügung, die über den Tätigkeitsschlüssel der Beschäftigten erfasst werden. So kann z. B. zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten mit und ohne befristetem Arbeitsvertrag, nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit, der Wahrnehmung einer Aufsichts- bzw. Führungsfunktion sowie der Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) unterschieden werden.

#### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit sowie Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Beschäftigte mit komplexen Tätigkeiten haben im Vergleich zu Erwerbstätigen mit Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten deutlich weniger Fehlzeiten.
- Gleiches gilt für die Beschäftigten mit Aufsichts- und Führungsverantwortung im Gegensatz zu solchen ohne eine solche Stellung im Beruf, obwohl erstgenannte im Durchschnitt sogar 4 Jahre älter sind.

In **»** Tabelle 1.5.7 sind die AU-Kennzahlen der Beschäftigten differenziert für das Anforderungsniveau der Tätigkeit sowie für eine Aufsichts- bzw. Führungsposition aufgeführt.

**Tabelle 1.5.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)**

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	AU-Fälle			AU-Tage		
			Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
je 100 beschäftigte Mitglieder								
Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit	Helfer-/Anlerntätigkeiten	44,3	156	162	159	2.532	2.929	2.733
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	42,1	142	136	139	2.142	2.049	2.098
	Komplexe Spezialistentätigkeiten	43,4	86	111	96	1.250	1.563	1.372
	Hoch komplexe Tätigkeiten	42,9	55	81	65	762	1.170	918
Aufsichts- und Führungsverantwortung	Ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung	42,5	118	124	121	1.794	1.919	1.852
	Mit Aufsicht- und Führungsverantwortung	46,5	73	86	76	1.152	1.459	1.233
<b>Gesamt</b>		<b>42,7</b>	<b>115</b>	<b>123</b>	<b>118</b>	<b>1.746</b>	<b>1.904</b>	<b>1.818</b>

**Anforderungsniveau der Tätigkeit:** Wie gut zu erkennen ist, nehmen sowohl die AU-Fälle als auch die AU-Tage mit zunehmendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ab, wobei diese Entwicklung bei den Männern etwas stärker als bei den Frauen ausgeprägt ist. Einfache Tätigkeiten sind oftmals mit höheren Belastungen verbunden als dies bei (hoch) komplexen Tätigkeiten der Fall ist. Zudem sind die sozioökonomischen Bedingungen (Bezahlung, Bildungshintergrund, Handlungsspielraum etc.) bei den (hoch) komplexen Tätigkeiten in der Regel besser als bei den Helfertätigkeiten ausgeprägt, was den Beschäftigten mehr Freiheitsgrade für die Gestaltung und Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit bietet.

**Aufsicht- und Führungsverantwortung:** Beschäftigte, die im Beruf Aufsichts- und/oder Führungsverantwortung innehaben, weisen deutlich weniger AU-Fälle und -Tage als diejenigen ohne eine solche berufliche Position auf. Auch hier hängt dies maßgeblich mit den unterschiedlichen körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen zusammen. Interessant ist zudem, dass dieser Effekt trotz des höheren Durchschnittsalters der Aufsichts- bzw. Führungskräfte zutage tritt. Dies ist ein weiterer eindrücklicher Beleg dafür, dass neben dem Alter und dem Geschlecht die Arbeitsbedingungen und die damit verbundenen Belastungen und Beanspruchungen einen wesentlichen und unabhängigen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten ausüben.

#### Vertragsformen und Arbeitnehmerüberlassung

- Beschäftigte in Leih- bzw. Zeitarbeit haben sowohl mehr AU-Fälle als auch mehr AU-Tage als solche in einer regulären Anstellung.
- Insbesondere die in Teilzeit beschäftigten Frauen weisen überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten auf, da sie meist noch zusätzliche Belastungen durch Kinderbetreuung oder Pflege von Angehörigen erfahren.

Die in »»» Tabelle 1.5.8 dargestellten Merkmale beziehen sich vor allem auf die vertraglichen Rahmenbedingungen, unter denen die Tätigkeit ausgeübt wird. Auch diese nehmen, wie zu erkennen ist, Einfluss auf das AU-Geschehen.

**Vertragsformen:** Während es bei den AU-Fällen nur sehr geringe Unterschiede zwischen den einzelnen Vertragsformen gibt, zeigen sich bei den AU-Tagen deutlichere Differenzen. Die insgesamt niedrigsten Werte sind bei den befristet in Vollzeit Angestellten zu finden. Haupteinflussfaktor dürfte hier das sehr niedrige Durchschnittsalter im Vergleich zu den anderen Vertragsformen sein, da in dieser Gruppe zum großen Teil meist junge Auszubildende zu finden sind. Besonders auffällig ist zudem der Geschlechtsunterschied bei den in Teilzeit Beschäftigten zuungunsten der Frauen, insbesondere bei einer befristeten

**Tabelle 1.5.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)**

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	AU-Fälle			AU-Tage		
			Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
je 100 beschäftigte Mitglieder								
Vertragsformen	Unbefristet/Vollzeit	43,6	119	123	120	1.850	1.832	1.844
	Unbefristet/Teilzeit	46,6	107	132	128	1.968	2.258	2.212
	Befristet/Vollzeit	31,1	134	145	139	1.474	1.530	1.497
	Befristet/Teilzeit	41,0	83	129	118	1.245	2.048	1.856
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	42,7	119	129	123	1.791	1.978	1.876
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	39,1	154	165	158	2.190	2.417	2.265
<b>Gesamt</b>		<b>42,7</b>	<b>115</b>	<b>123</b>	<b>118</b>	<b>1.746</b>	<b>1.904</b>	<b>1.818</b>

ten Anstellung. Der Frauenanteil in der Gruppe der Teilzeit-Beschäftigten ist im Verhältnis zu dem der Männer überproportional hoch (» Tabelle o.2.1). Eine Ursache hierfür liegt in der häufig vorkommenden Doppelbelastung berufstätiger Frauen durch zusätzliche Kinderbetreuung bzw. Angehörigenpflege (vgl. » Kapitel o.2.2), was sich wiederum auf die Gesundheit und somit auf die krankheitsbedingten Ausfallzeiten auswirkt.

**Arbeitnehmerüberlassung:** Sowohl Männer als auch Frauen in Leih-/Zeitarbeit weisen mehr AU-Fälle und AU-Tage als solche in einer regulären Anstellung auf. Berücksichtigt man zusätzlich das um etwa 3 Jahre geringere Durchschnittsalter der Leih-/Zeitarbeitenden, wird dadurch der Unterschied bezüglich der Fehlzeiten sogar noch verstärkt. Prekäre Beschäftigung wirkt sich also deutlich negativ auf die gesundheitliche Lage im Kontext der Arbeitsunfähigkeit aus.

## 1.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

### 1.6.1 Einleitung

Im Folgenden stehen die AU-Kennzahlen der Beschäftigten in der Pflege im Zusammenhang mit unterschiedlichen soziodemografischen und arbeitsweltlichen Merkmalen im Fokus. Neben dem Vergleich mit den Werten aller beschäftigten Mitglieder, werden die Kennzahlen auch denen anderer Wirtschafts- und Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens zur besseren Einordnung und zu Vergleichszwecken gegenübergestellt. Einleitend soll zunächst ein kurzer Überblick über die gesundheitliche Lage der Beschäftigten in der Pflege gegeben werden.

- Pflegekräfte weisen nicht nur insgesamt, sondern vor allem wegen psychischer Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlich mehr krankheitsbedingte Fehlzeiten als die Beschäftigten insgesamt auf.
- Aufgrund des hohen Expositionsrisikos mit COVID-19 treten bei den Pflegekräften nicht nur mehr AU-Fälle und AU-Tage in diesem Zusammenhang auf, die Falldauer ist auch höher als bei den Beschäftigten insgesamt.

In **»** Diagramm 1.6.1 sind die AU-Fälle bzw. die AU-Tage der Beschäftigten in der Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflege im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt gegenübergestellt. Für nahezu alle dargestellten Krankheitsarten gilt, dass die AU-Kennzahlen in den beiden Pflegeberufen über denen der Beschäftigten insgesamt liegen. Dabei weisen die Altenpflegekräfte im Vergleich zu den Gesundheits- und Krankenpflegekräften durchweg höhere Werte auf. Am deutlichsten tritt dies bei den psychischen Störungen sowie bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen zutage: Weisen die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte hier im Durchschnitt jeweils rund 2 AU-Tage mehr als die Beschäftigten insgesamt pro Jahr auf, so sind bei den Altenpflegekräften sogar jeweils mehr als das Doppelte an AU-Tagen

im Verhältnis zu den Beschäftigten insgesamt dokumentiert. Das der Unterschied bei den AU-Fällen zwar in der gleichen Richtung allerdings etwas geringer ausgeprägt zu beobachten ist, hat zu Folge, dass vor allem die Falldauer bei den Altenpflegekräften mit deutlich höheren Werten von der der Beschäftigten insgesamt abweicht.

Neben dem Blick auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im aktuellen Jahr gibt die Entwicklung der letzten Jahre weitere interessante und aufschlussreiche Informationen über die gesundheitliche Lage der Beschäftigten in den Pflegeberufen (**»** Diagramm 1.6.2). Zunächst zeigt sich, dass im Zeitverlauf keine durchgehende lineare Entwicklung zu erkennen ist. So hat bspw. die starke Grippewelle im Jahr 2018 zu einem sprunghaften Anstieg vor allem bei den AU-Fällen geführt, ein ähnlicher Effekt, allerdings in umgekehrter Richtung, ist durch das Ausbleiben der Grippe- und Erkältungswelle in den Jahren 2020/2021 zu beobachten. Bei den AU-Tagen sind zwar auch solche Schwankungen erkennbar, allerdings werden die AU-Tage mehrheitlich durch lang andauernde Erkrankungen dominiert, die weniger den saisonalen Effekten unterliegen. Entsprechend ist hier zwischen 2015 und 2021 für die Beschäftigten insgesamt ein Anstieg um +2,0 AU-Tage je Berufstätigen feststellbar. Im gleichen Zeitraum fällt dieser Anstieg mit +6,4 AU-Tagen je Beschäftigten bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften wesentlich höher aus, während mit +9,1 AU-Tagen je Beschäftigten die Altenpflegekräfte den Höchstwert im gleichen Zeitraum erreichen. Der Anstieg bei den AU-Fällen ist insgesamt hingegen marginal, was dazu führt, dass die Falldauer bei den Pflegekräften nicht nur höher als bei den Beschäftigten insgesamt ausfällt, sondern seit 2015 auch wesentlich stärker als bei den Beschäftigten insgesamt angestiegen ist.

Als Abschluss dieser kurzen Einleitung sollen noch die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit COVID-19 bei den Pflegeberufen im Zeitverlauf betrachtet werden (**»** Tabelle 1.6.1). Zunächst lässt

Diagramm 1.6.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)

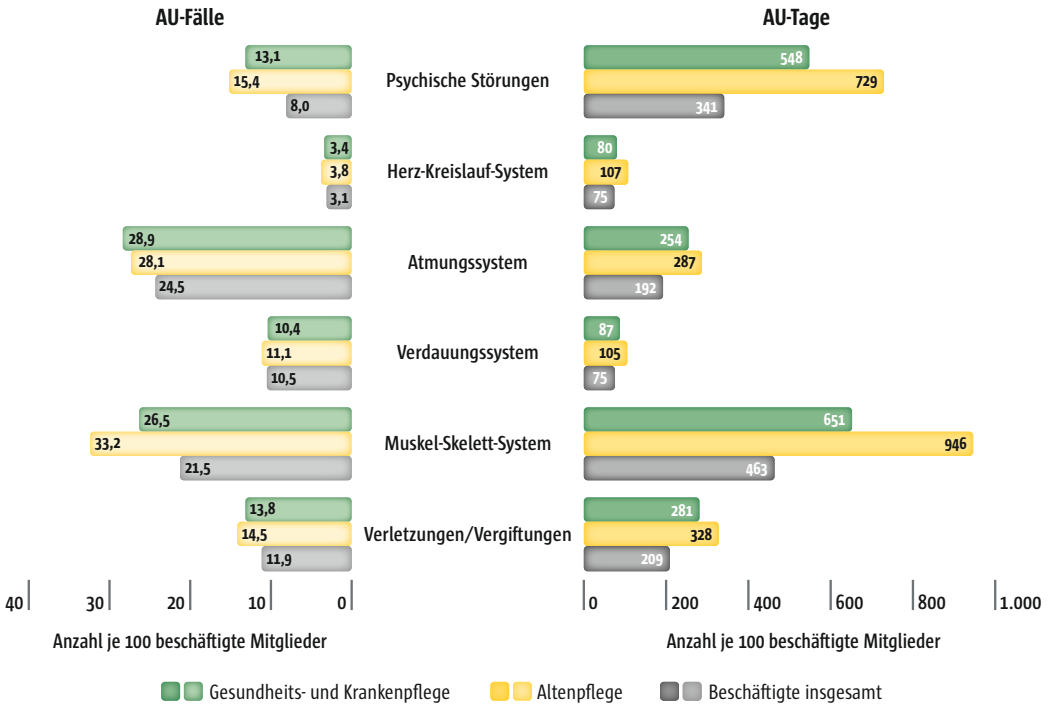
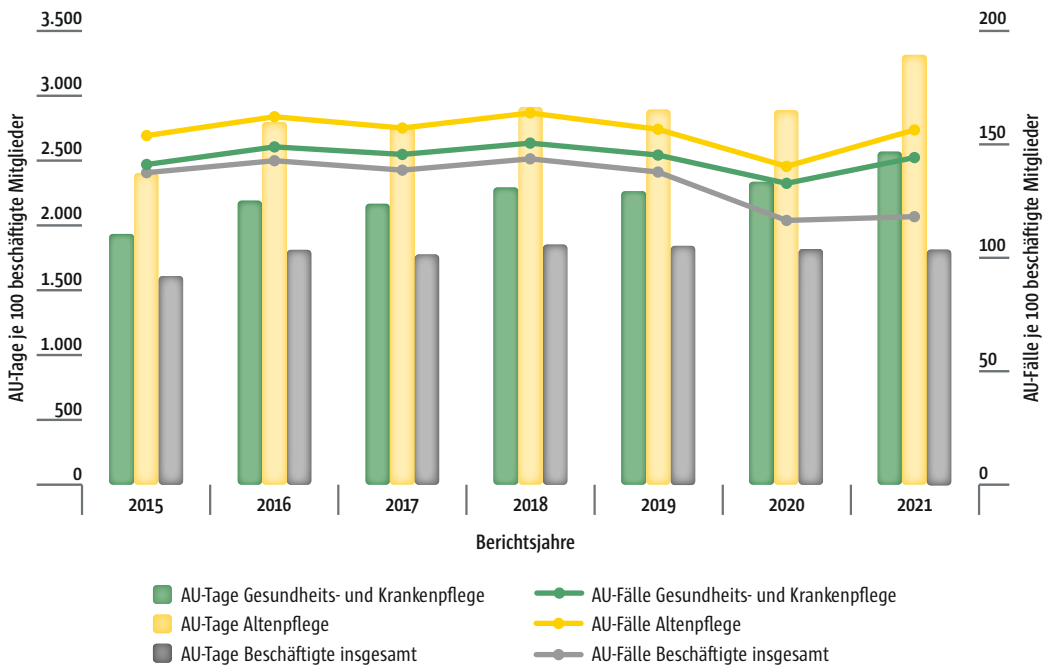


Diagramm 1.6.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen im Zeitverlauf (2015–2021)



**Tabelle 1.6.1** Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) im Zeitverlauf (2020–2021)

Berufsgruppen	Berichtsjahre	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
Gesundheits- und Krankenpflege	2020	1,3	15	11,3
	2021	1,9	38	19,8
Altenpflege	2020	1,5	16	11,2
	2021	2,0	42	21,3
Beschäftigte insgesamt	2020	0,8	7	9,3
	2021	1,2	18	14,4

sich feststellen, dass bei allen AU-Kennzahlen der dargestellten Gruppen zwischen 2020 und 2021 eine Zunahme zu verzeichnen ist. Insbesondere die Zunahme bei den AU-Fällen entspricht im Verhältnis in etwa der Entwicklung des Infektionsgeschehens in benanntem Zeitraum. Pflegeberufe weisen durch das höhere Expositionsrisiko aufgrund ihrer Tätigkeit in beiden Jahren bei den AU-Fällen und den AU-Tagen höhere Werte als die Beschäftigten insgesamt auf. Überraschend ist jedoch die Entwicklung bei der Falldauer: Während sich diese im Jahr 2020 nur geringfügig von der der Beschäftigten insgesamt unterscheidet, ist die Differenz in 2021 doch sehr deutlich ausgeprägt. In der Detailbetrachtung zeigt sich, dass vor allem weibliche Pflegekräfte eine überdurchschnittliche Falldauer im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen aufweisen (Altenpflege: 20,5 vs. 15,2 AU-Tage je Fall; Gesundheits- und Krankenpflege: 20,5 vs. 15,4 AU-Tage je Fall). Dieser Unterschied ist zwar auch bei den Beschäftigten insgesamt beobachtbar (13,4 vs. 11,6 AU-Tage je Fall) jedoch weniger stark ausgeprägt. Vermutlich spielen hier weitere tätigkeitspezifische Anforderungs- und Belastungsfaktoren sowie Unterschiede in der konkreten Tätigkeit der männlichen und weiblichen Pflegekräfte eine Rolle.

## 1.6.2 Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen

Im Folgenden wird das AU-Geschehen der Pflegekräfte nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen betrachtet. Dass diese Merkmale einen bedeutenden Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Beschäftigten ausüben, wurde bereits in **»»** Kapitel 1.3 deutlich.

- Im Altersverlauf zeigen die AU-Kennzahlen der Pflegekräfte ein ähnliches Bild wie die Beschäftigten insgesamt, allerdings weisen die Pflegekräfte in fast allen Altersgruppen teils deutlich höhere Werte als alle anderen Beschäftigten auf.
- Mit höheren Schulabschluss ist bei den Pflegekräften, wie auch bei den Beschäftigten insgesamt, ein sukzessiver Rückgang der Fehltag verbunden.
- Anders beim Berufsabschluss: Während bei den Beschäftigten insgesamt eine hohe Qualifikation mit sinkenden Fehlzeiten verbunden ist, bleiben diese bei den Pflegekräften gleichbleibend hoch.

In **»»** Diagramm 1.6.3 ist die altersabhängige Entwicklung der AU-Fälle der beiden Pflegeberufe im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt dargestellt. Wie gut zu erkennen ist, unterscheiden sich die Muster der dargestellten Gruppen in ihrer Grundstruktur nicht bedeutsam voneinander: Die höchsten Fallzahlen treten jeweils in der jüngsten Altersgruppe auf und gehen dann ab dem 20. Lebensjahr deutlich zurück, um bis zur Gruppe der 60- bis 64-jährigen wieder sukzessive anzusteigen und dann ab dem 65. Lebensjahr – verursacht durch den *healthy worker effect* – scheinbar abrupt abzufallen. Mit Ausnahme der jüngsten bzw. der ältesten Gruppe liegen die Werte der Pflegekräfte in allen anderen Altersgruppen über denen der Beschäftigten insgesamt. Die größten Differenzen treten bei den Frauen im mittleren Lebensalter auf und zwar zwischen Beschäftigten insgesamt und den Altenpflegekräften in der Gruppe der 45- bis 49-Jährigen (117 vs. 164 AU-Fälle je 100 Beschäftigte). Die geringsten Unterschiede bezogen auf die AU-Fälle finden sich in der Gruppe der über 65-jährigen, wobei hier weiterhin die weiblichen Beschäftigten in der Altenpflege

Diagramm 1.6.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

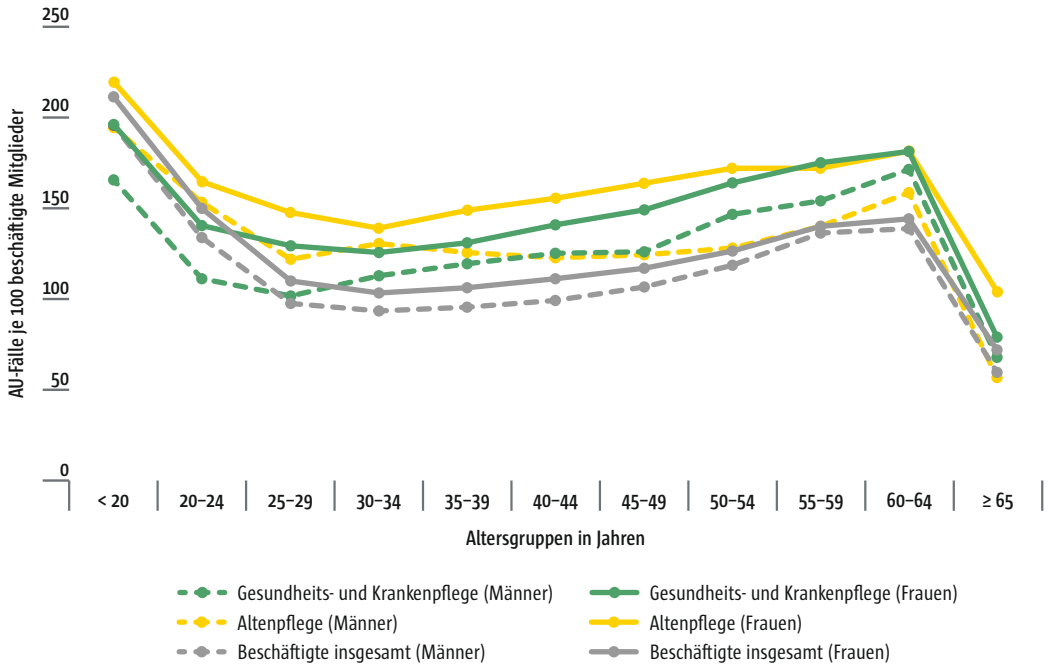
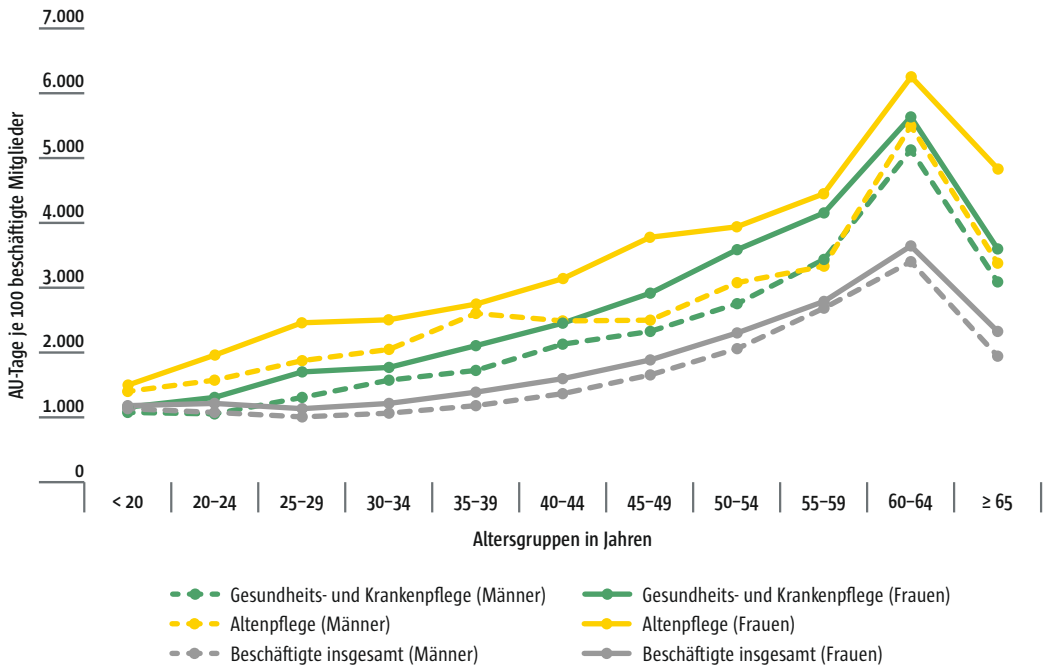


Diagramm 1.6.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



## 1.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

den höchsten Wert aufweisen. Zudem zeigt sich, dass die Werte der Männer und Frauen in den Pflegeberufen in allen Altersgruppen stärker voneinander abweichen, als dies bei den Beschäftigten insgesamt der Fall ist.

Ergänzend zu den AU-Fällen ist in **»»** Diagramm 1.6.4 die altersabhängige Entwicklung der AU-Tage für die Pflegeberufe dargestellt. Anders als bei den AU-Fällen gibt es hier für alle dargestellten Gruppen einen nahezu linearen Anstieg der Fehltag bis zur Gruppe der 60- bis 64-Jährigen, mit einem anschließenden – wiederum durch den *healthy worker effect* verursachten – deutlichen Rückgang ab dem 65. Lebensjahr. Der Abstand zwischen den Kennwerten der Beschäftigten in den Pflegeberufen und den Beschäftigten insgesamt steigt mit zunehmendem Alter ebenfalls in gleichem Maße an. Weiterhin zeigt sich, dass die Kennwerte der Männer und Frauen in den Pflegeberufen deutlich weiter auseinanderliegen, als dies bei den Beschäftigten insgesamt der Fall ist. Betrachtet man zudem die Differenzen der AU-Tage, so tritt der höchste Wert mit einem Unterschied von mehr als 3 Kalenderwochen in der Grup-

pe der 60- bis 64-Jährigen bei den weiblichen Beschäftigten in der Altenpflege im Vergleich zu den weiblichen Beschäftigten insgesamt auf (62,6 vs. 36,5 AU-Tage je Beschäftigte). In der gleichen Altersgruppe ist auch der größte Unterschied bei den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen im Vergleich zu den weiblichen Beschäftigten insgesamt zu finden (56,4 vs. 36,5 AU-Tage je Beschäftigte). Gleiches gilt übrigens auch für die männlichen Beschäftigten in beiden Pflegeberufen, wobei die Differenz mit +17,3 (Gesundheits- und Krankenpflege) bzw. +21,0 (Altenpflege) AU-Tagen je Beschäftigten in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen zwar etwas geringer ausgeprägt ist, aber dennoch sehr hoch ausfällt.

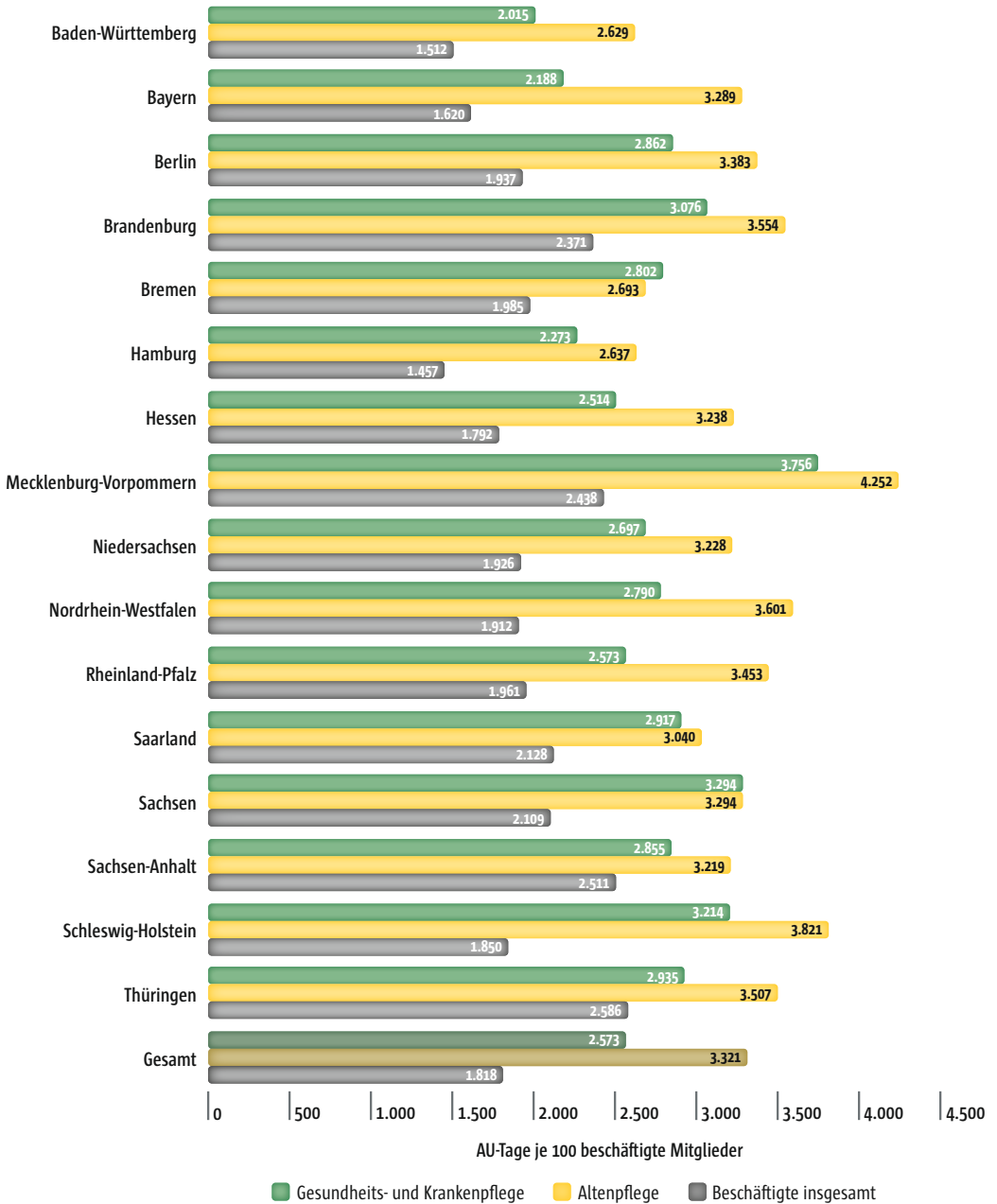
Abschließend werden noch die AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen nach dem höchsten Schul- und Berufsabschluss vergleichend betrachtet (**»»** Tabelle 1.6.2). Bezogen auf die Beschäftigten, die einen der aufgeführten Schulabschlüsse innehaben, zeigt sich über alle Beschäftigtengruppen der gleiche Zusammenhang, der bereits in **»»** Kapitel 1.3 deutlich wurde: Ein höherer Bildungsgrad geht mit niedrigeren krankheitsbedingten

**Tabelle 1.6.2** Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Merkmale	Ausprägungen	Gesundheits- und Krankenpflege		Altenpflege		Beschäftigte insgesamt	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder							
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	3.909	4.562	1.842	3.455	1.965	1.953
	Haupt-/Volksschulabschluss	2.774	3.663	2.767	3.895	2.673	2.914
	Mittlere Reife oder gleichwertig	2.206	2.794	2.522	3.485	1.879	2.178
	Abitur/Fachabitur	1.445	1.806	1.862	2.687	815	1.243
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	1.281	1.789	1.951	3.075	1.879	2.157
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	2.334	2.859	2.681	3.684	2.156	2.190
	Meister/Techniker oder gleichwertig	2.606	3.726	2.283	3.683	1.403	1.696
	Bachelor	816	1.510	1.368	1.154	552	940
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1.742	2.508	2.455	3.265	643	1.093
	Promotion	–	–	–	–	445	741
<b>Gesamt</b>		<b>2.088</b>	<b>2.698</b>	<b>2.449</b>	<b>3.490</b>	<b>1.746</b>	<b>1.904</b>



Diagramm 1.6.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)



## 1.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Fehltagen einher. Die Werte der Beschäftigten in der Pflegeberufen liegen dabei allerdings teils deutlich über denen der Beschäftigten insgesamt, am größten ist der Unterschied mit mehr als 2 Kalenderwochen zu den Altenpflegerinnen mit (Fach-)Abitur (26,9 vs. 12,4 AU-Tage je Beschäftigte).

Ein davon abweichendes Muster zeigt sich beim höchsten Berufsabschluss: Eine bessere Qualifikation ist hier eher mit einer Zunahme bzw. einer konstant sehr hohen Anzahl an Fehltagen verbunden. So ist hier die größte Differenz mit rund 3 Kalenderwochen bei den Altenpflegerinnen mit einem Diplom/Magister/Master/Staatsexamen im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt feststellbar (32,7 vs. 10,9 AU-Tage je Beschäftigte). Der Berufsabschluss scheint, anders als bei den Beschäftigten insgesamt, einen geringeren Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Beschäftigten auszuüben. Vermutlich wird die gesundheitliche Lage, anderes als bei den Beschäftigten insgesamt, in der pflegerischen Tätigkeit weniger von der beruflichen Qualifikationsstufe, sondern vielmehr von den davon relativ unabhängig durchgehend hohen Arbeitsbelastungen beeinflusst.

### 1.6.3 Auswertungen nach Regionen

Der Wohnort und die damit verbundenen Lebens- und Arbeitsbedingungen nehmen ebenfalls Einfluss auf die gesundheitliche Lage und somit auch auf das AU-Geschehen der Beschäftigten. Welche Besonderheiten sich bei den Pflegekräften zeigen, wird in **»» Diagramm 1.6.5** erkennbar.

- Die meisten AU-Tage im Regionalvergleich weisen sowohl die Beschäftigten der Altenpflege als auch die der Gesundheits- und Krankenpflege mit Wohnort in Mecklenburg-Vorpommern auf.
- Die jeweils größte Differenz zu den Beschäftigten insgesamt ist für beide Pflegeberufe in Schleswig-Holstein zu finden.

Zunächst lässt sich sagen, dass die AU-Tage der Pflegekräfte in allen Bundesländern zum Teil deutlich über denen der Beschäftigten insgesamt liegen. Die mit +13,6 (Gesundheits- und Krankenpflege) bzw. +19,7 AU-Tagen (Altenpflege) größten Differenzen zu den Beschäftigten insgesamt treten dabei in Schleswig-Holstein auf, der jeweils höchste Wert ist hingegen für die Gesundheits- und Krankenpflege mit 37,6 AU-Tagen je Beschäftigten bzw. für die Altenpflege mit 42,5 AU-Tagen je Beschäftigten in

Mecklenburg-Vorpommern zu finden. Während sich das bereits bekannte Ost-West-Muster (**»» Kapitel 1.4**) bei den Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege nachweisen lässt, sind bei der Altenpflege neben Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Thüringen auch Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen mit überdurchschnittlich hohen Fehlzeiten auffällig. Bayern weist zwar insgesamt eher unterdurchschnittliche AU-Tage auf, allerdings ist hier gleichzeitig der Unterschied zwischen den Werten der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege am stärksten ausgeprägt (21,9 vs. 32,9 AU-Tage je Beschäftigten).

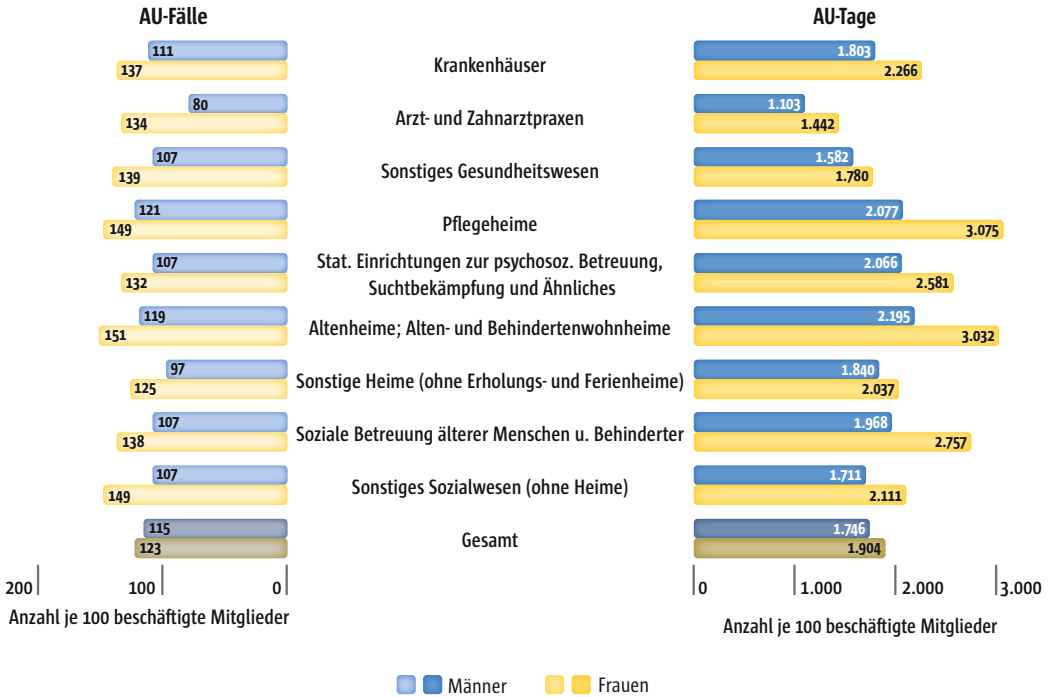
### 1.6.4 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

Neben der Zuordnung der Beschäftigten zu ihren jeweiligen Berufen ist ein Blick auf die zugehörigen Wirtschaftsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen ebenfalls aufschlussreich. Insbesondere der Vergleich zwischen den einzelnen Branchen in diesem Bereich gibt einen Einblick in die gesundheitliche Lage der Beschäftigten anhand der krankheitsbedingten Fehltagel.

- Vor allem die Wirtschaftsgruppen, in denen vorrangig Beschäftigte der Altenpflege tätig sind (z. B. Alten- und Pflegeheime) weisen die mit Abstand höchsten Fehlzeiten im Vergleich auf.
- Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische Störungen führen vor allem in den Branchen, in denen Pflegekräfte beschäftigt sind (z. B. Alten- und Pflegeheime sowie Krankenhäuser) zu überdurchschnittlich hohen Fehlzeiten,
- Die meisten AU-Fälle und AU-Tage im Zusammenhang mit COVID-19 treten ebenfalls am häufigsten in den mit Pflegekräften am stärksten besetzten Branchen auf.

Auf den ersten Blick fallen die besonders hohen Werte für die AU-Tage der beschäftigten Frauen in den Wirtschaftsgruppen Pflegeheime sowie Altenheime, Alten- und Behindertenwohnheime und soziale Betreuung älter Menschen und Behinderter auf (**»» Diagramm 1.6.6**). In diesen drei Branchen ist der Großteil (84,3%) der Beschäftigten in der Altenpflege zu finden. Auch wenn die Werte der dort beschäftigten Männer nicht annähernd so hoch sind, so liegen sie dennoch über denen der männlichen Beschäftigten der meisten anderer Vergleichsgruppen. Für die Krankenhäuser, wo die Mehrheit der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege verortet ist

Diagramm 1.6.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



(60,3%), liegen die Werte der Frauen ebenfalls über denen der Männer sowie denen der Beschäftigten insgesamt, allerdings erreichen diese bei weitem nicht das Niveau der Branchen, in denen hauptsächlich die Altenpflegekräfte zu finden sind. Im Kontrast dazu sind in den Arzt- und Zahnarztpraxen die mit Abstand niedrigsten krankheitsbedingten Fehltag zu finden. Die Unterschiede bei den AU-Fällen fallen im Verhältnis zu den AU-Tagen auf den ersten Blick dagegen klein aus. Allerdings ist hier zu bedenken, dass insbesondere bei Erkrankungen mit einer überdurchschnittlichen Falldauer (z. B. psychische Störungen) schon wenige Fälle einen großen Einfluss auf die Anzahl der AU-Tagen nehmen können. Welche Rolle die verschiedenen Krankheitsarten bei den Fehltagen spielen, wird im Folgenden deutlich.

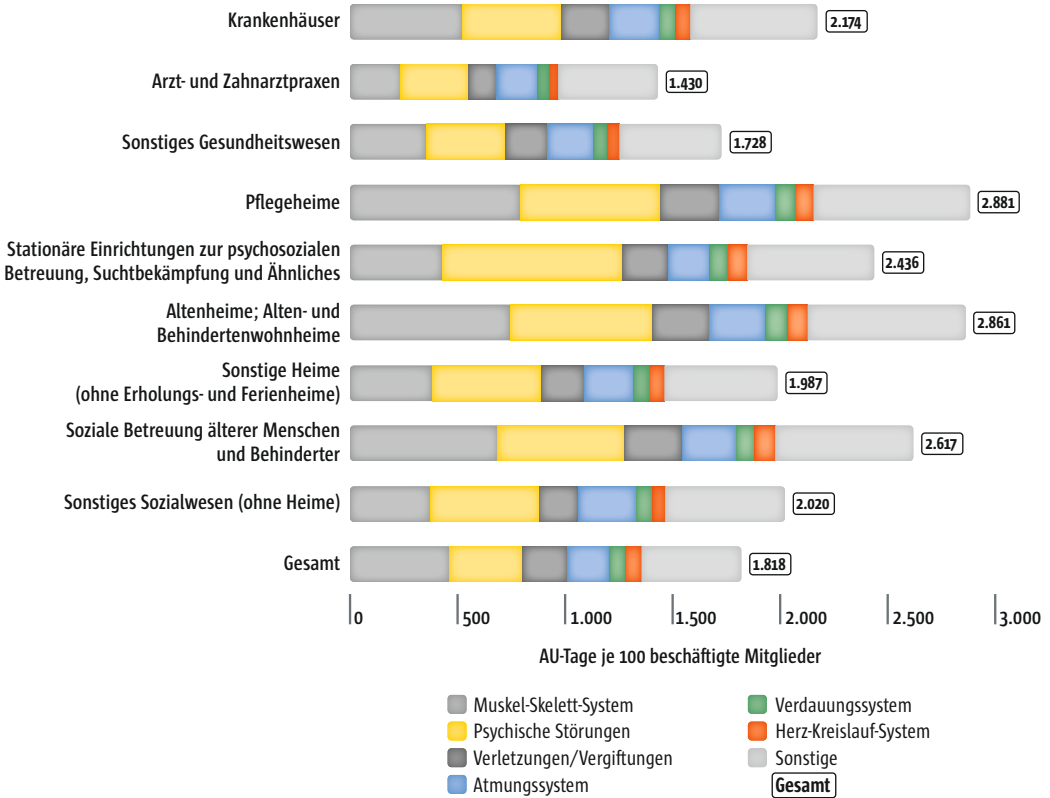
In den drei Branchen, in denen zusammen die Mehrheit der Altenpflegekräfte beschäftigt ist (Pflegeheime; Altenheime, Alten- und Behindertenwohnheime; soziale Betreuung älter Menschen und Behinderter), treten für nahezu alle Krankheitsarten die meisten AU-Tage im Vergleich auf. Besonders fallen dabei die Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie die psychischen Störungen auf: So weisen Beschäf-

tigte in den Pflegeheimen aufgrund dieser beiden Krankheitsarten durchschnittlich 7,9 bzw. 6,5 AU-Tage je Beschäftigten auf, während die Werte bei den Beschäftigten insgesamt mit 4,6 bzw. 3,4 AU-Tagen je Beschäftigten deutlich niedriger sind. Auch bei den Beschäftigten in Krankenhäusern – hier ist die Mehrheit der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte zu finden – sind für die beiden benannten Krankheitsarten höhere Werte als für die Beschäftigten insgesamt feststellbar. Es zeigt sich, dass die besondere Belastung in der Pflege vor allem Auswirkungen in Form von Langzeiterkrankungen und somit auch einer in diesem Zusammenhang überdurchschnittlich hohen Anzahl an AU-Tagen zur Folge hat (»»» Diagramm 1.6.7).

Ergänzend zu den Auswertungen nach den wichtigsten Krankheitsarten, sind im »»» Diagramm 1.6.8 die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit COVID-19 dargestellt. Die höchsten Werte weisen dabei die Beschäftigten in Krankenhäuser, in Pflegeheimen sowie in Altenheimen, Alten- und Behindertenheimen auf, dort also, wo die Mehrheit der Pflegekräfte beschäftigt ist. Dabei liegen die Werte der Frauen deutlich über denen der Männer, was

## 1.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

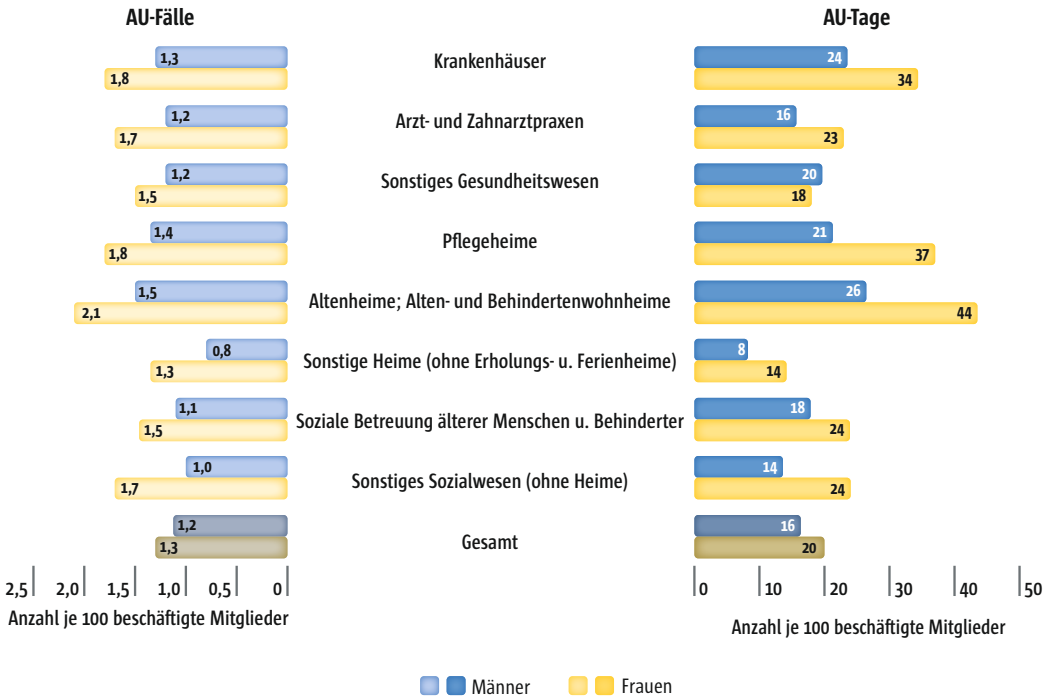
Diagramm 1.6.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



vermutlich mit den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen und Aufgabenfeldern in den einzelnen Branchen zusammenhängen dürfte (vgl. »»» Tabelle 1.6.1). Unabhängig davon zeigt das Diagramm

eindrücklich, dass sich das erhöhte Expositionsrisiko gegenüber dem Coronavirus in Alten- und Pflegeheimen sowie im Krankenhaus deutlich auf das zugehörige AU-Geschehen auswirkt.

Diagramm 1.6.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit COVID-19 (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



### 1.6.5 Auswertungen nach Berufsgruppen

Noch direkter lässt sich der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit in der Pflege anhand der konkreten beruflichen Tätigkeit betrachten. Die folgenden Auswertungen fokussieren also vor allem auf die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege, wobei weitere Berufe aus der Gruppe der medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe zum Vergleich hinzugezogen werden.

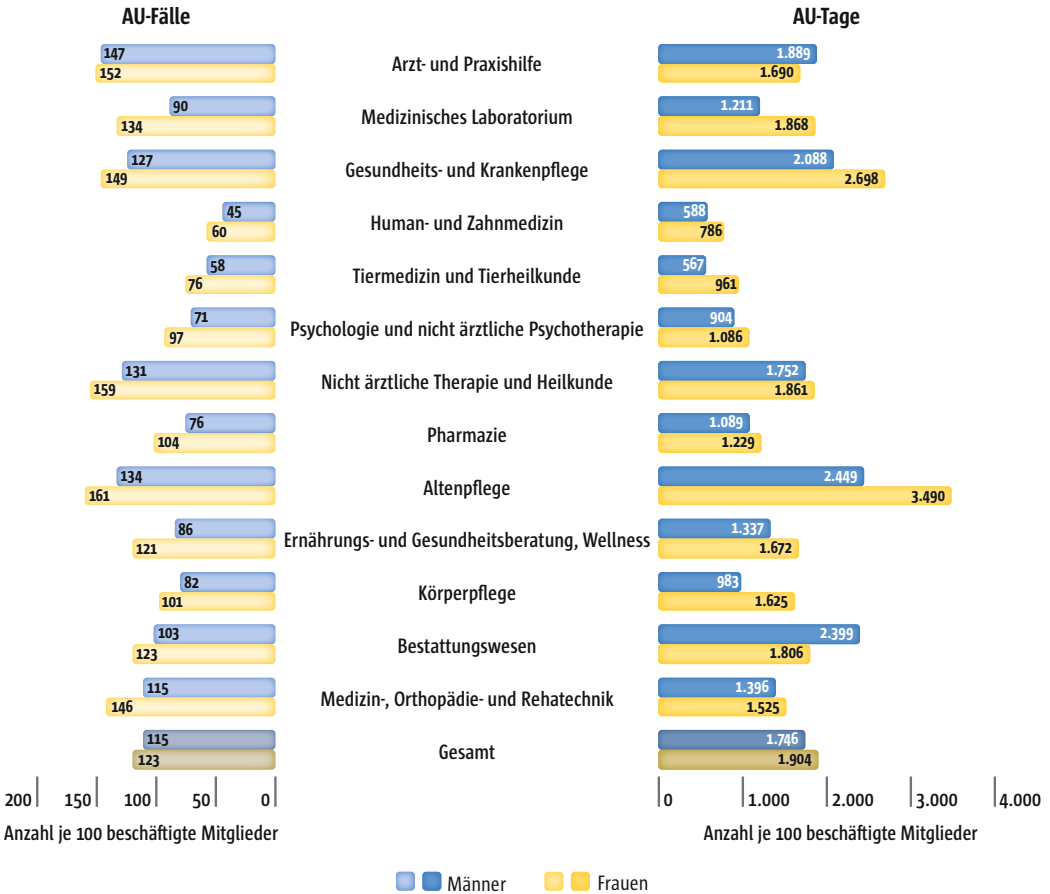
- Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenpflege – vor allem die Frauen – weisen überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten auf.
- In beiden Pflegeberufen dominieren die Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie die psychischen Störungen das Fehlzeitengeschehen.
- Die meisten AU-Fälle und AU-Tage im Zusammenhang mit COVID-19 treten innerhalb der Gesundheitsberufe bei den beiden Pflegeberufen auf.

Bei den Männern als auch bei den Frauen sind sowohl für die AU-Fälle und insbesondere für die AU-Tage jeweils die höchsten Werte bei den Beschäftigten in der Altenpflege im Vergleich zu den anderen medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen zu finden (»»» Diagramm 1.6.9). Die jeweils zweithöchsten AU-Kennzahlen weisen die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege auf. Insbesondere bei den Pflegekräften ist der Unterschied bei den AU-Kennzahlen zwischen Männern und Frauen besonders stark ausgeprägt. Zusätzlich zum Beruf, wird hier vermutlich die konkrete Tätigkeit und Position bei der Arbeit den Geschlechtsunterschied bedingen. So sind die Geschlechtsunterschiede bei den Human- und Zahnmedizinern bspw. wesentlich geringer ausgeprägt, da sich hier die konkrete Tätigkeit bzw. Funktion im Beruf vermutlich nicht so stark voneinander unterscheidet.

Eine weitere Auffälligkeit bei den Pflegeberufen betrifft die durchschnittliche Falldauer: Mit 21,2 AU-Tagen je Fall tritt der Höchstwert bei den Beschäftigten in der Altenpflege auf, an dritter Stelle (nach den Beschäftigten im Bestattungswesen) folgen die Ge-

## 1.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Diagramm 1.6.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

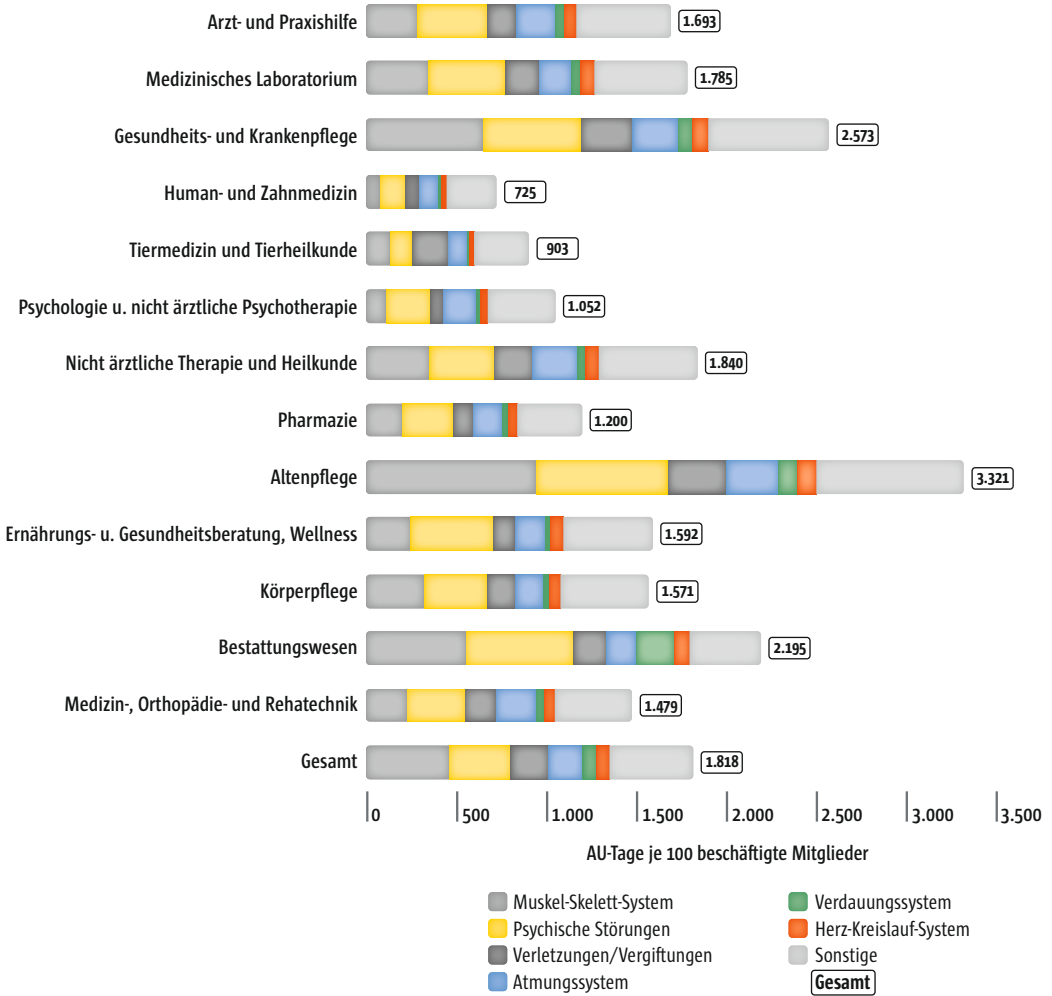


sundheits- und Krankenpflegekräfte mit 17,8 AU-Tage je Fall. Beide Werte liegen deutlich über dem Wert für alle Beschäftigten insgesamt (15,4 AU-Tage je Fall). Pflegekräfte weisen also nicht nur mehr AU-Fälle und AU-Tage auf, sie fallen dann im Durchschnitt auch länger krankheitsbedingt als andere Beschäftigte aus. Im Kontrast dazu liegt die Falldauer bei den Beschäftigten im Bereich Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie lediglich bei 11,5 AU-Tagen je Fall. Auch hier ist ein Blick auf die einzelnen Krankheitsarten, die Ursache dieser hohen Fehlzeiten sind, hilfreich. Im Folgenden werden diese näher beleuchtet.

Nicht nur insgesamt, sondern für nahezu alle ausgewählten Krankheitsarten treten bei den Beschäftigten in den beiden Pflegeberufen die jeweiligen Höchstwerte auf (»»» Diagramm 1.6.10). Beson-

ders auffällig sind dabei die AU-Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen (Altenpflege: 9,5 AU-Tage je Beschäftigten; Gesundheits- und Krankenpflege: 6,5 AU-Tage je Beschäftigten) sowie aufgrund psychischer Störungen (Altenpflege: 7,3 AU-Tage je Beschäftigten; Gesundheits- und Krankenpflege: 5,5 AU-Tage je Beschäftigten), die deutlich über denen der anderen Vergleichsgruppen liegen. Beachtenswert sind zudem die AU-Tage im Zusammenhang mit Verletzungen und Vergiftungen (Altenpflege: 3,3 AU-Tage je Beschäftigten; Gesundheits- und Krankenpflege: 2,8 AU-Tage je Beschäftigten). Normalerweise finden sich solche überdurchschnittlich hohen Werte eher in produzierenden Berufen oder solchen mit einem deutlich erhöhten Unfallrisiko (z. B. im Straßenverkehr oder im Baugewerbe). Nicht nur die hohe körperliche und psychische Belastung

Diagramm 1.6.10 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



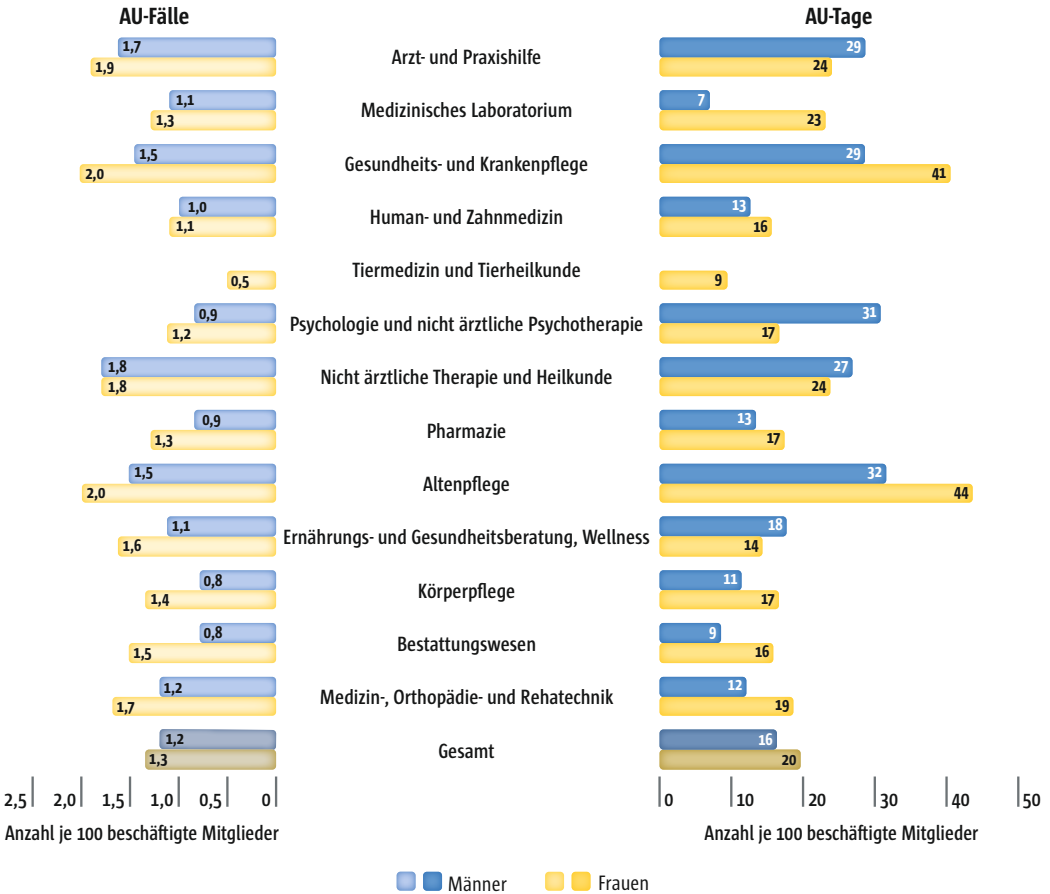
wirken sich negativ auf das Fehlzeitengeschehen in den Pflegeberufen aus, es scheint zudem auch eine erhöhte Verletzungsgefahr und draus resultierende AU-Tage zu geben.

Das bereits bei der Betrachtung nach Wirtschaftsgruppen sichtbar gewordene Muster (»»» Diagramm 1.6.8) bezüglich des AU-Geschehens im Zusammenhang mit COVID-19 wird in der Betrachtung nach Berufsgruppen eindrücklich bestätigt (»»» Diagramm 1.6.11). Pflegekräfte weisen die im Vergleich mit Abstand höchsten AU-Kennzahlen auf, die insbesondere bei den AU-Tagen etwa doppelt so hoch, wie bei den Beschäftigten insgesamt ausfallen. Anhand dieses Musters wird noch einmal deutlich, dass

der Arbeitsplatz bzw. die konkrete Tätigkeit einen erheblichen Einfluss darauf nehmen, wie hoch das Risiko einer COVID-19-Infektion (vgl. »»» Kapitel 2.6) und somit auch das einer damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit ist. Gleichzeitig lässt sich im Zusammenhang mit dem »»» Diagramm 1.6.10 feststellen, dass COVID-19 im Kontext des AU-Geschehens insgesamt nur eine untergeordnete Rolle einnimmt. Gemessen an den Beschäftigten insgesamt gehen zwar nur 1,1% aller AU-Fälle und 1,0% aller AU-Tage im Zusammenhang mit COVID-19 zurück, Allerdings ist das Ausmaß weiterer direkter und indirekter gesundheitlicher Folgen einer COVID-19-Infektion aktuell noch nicht vollständig absehbar.

## 1.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Diagramm 1.6.11 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit COVID-19 (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Berufsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



### 1.6.6 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

Die Klassifikation der Berufe (KldB 2010) beinhaltet neben der Zuordnung zu einem bestimmten Beruf noch weitere Tätigkeitsmerkmale, die im Folgenden im Zusammenhang mit dem AU-Geschehen der Pflegekräfte betrachtet werden.

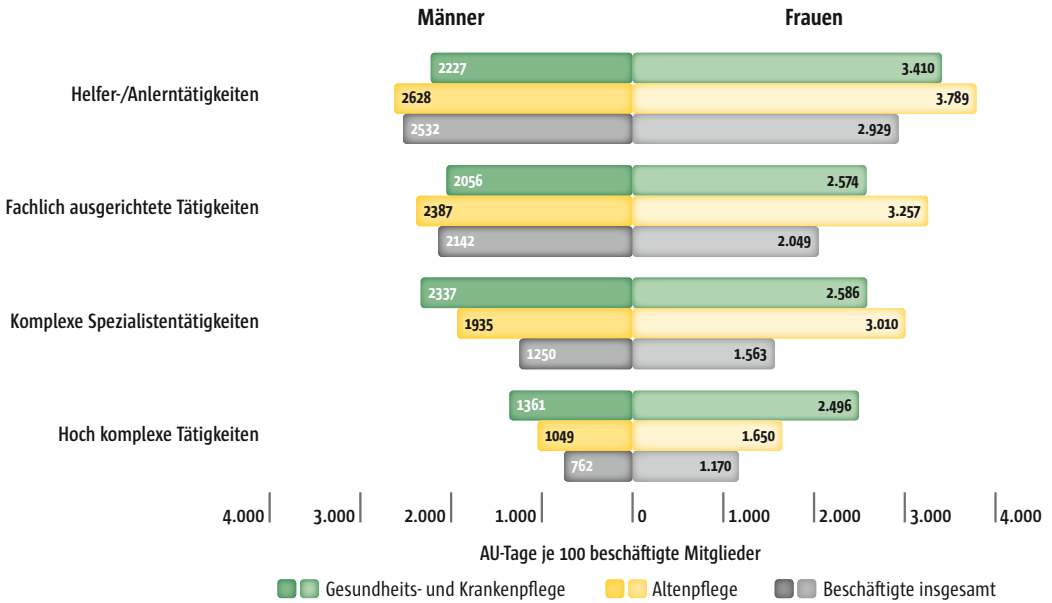
- Pflegekräfte zeigen bei den Merkmalen Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sowie Vertragsform einen ähnlichen Zusammenhang mit den AU-Tagen wie die Beschäftigten insgesamt.
- Bei dem Anforderungsniveau der Tätigkeit sowie bei der Arbeitnehmerüberlassung zeigen vor allem die weiblichen Gesundheits- und Krankenpflegekräfte –

anderes als bei den Beschäftigten insgesamt – durchweg viele AU-Tage und zwar unabhängig vom jeweiligen Tätigkeitsmerkmal.

In welchem Zusammenhang das Anforderungsniveau der Tätigkeit bei den Pflegekräften mit den zugehörigen AU-Tagen steht, wird in ►► Diagramm 1.6.12 sichtbar. Auf den ersten Blick zeigt sich, dass die AU-Tage der Pflegekräfte fast durchgehend höher als bei den Beschäftigten insgesamt mit gleichem Anforderungsniveau ausfallen. Zudem tritt dieser Unterschied bei den weiblichen Pflegekräften wesentlich deutlicher als bei den Männern zutage. Dabei nimmt bei den weiblichen Pflegekräften die Differenz zu den AU-Tagen der Beschäftigten insgesamt mit steigendem Anforderungsniveau sogar zu:



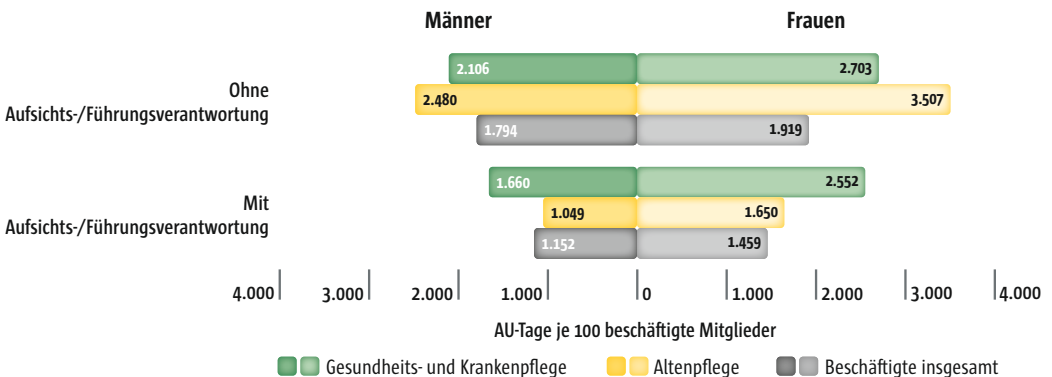
Diagramm 1.6.12 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



Weisen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen in Helfer-/Anlernertätigkeiten zusätzlich +4,8 AU-Tage je Beschäftigte im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt auf, so beträgt der Abstand bei den hoch komplexen Tätigkeiten fast 2 Kalenderwochen (+13,3 AU-Tage je Beschäftigte). Bis auf letztgenanntes Anforderungsniveau weisen jedoch in allen anderen Fällen die Altenpflegerinnen den jeweiligen Höchstwert auf, der zwischen +8,6 bis +14,5 AU-Tage je Be-

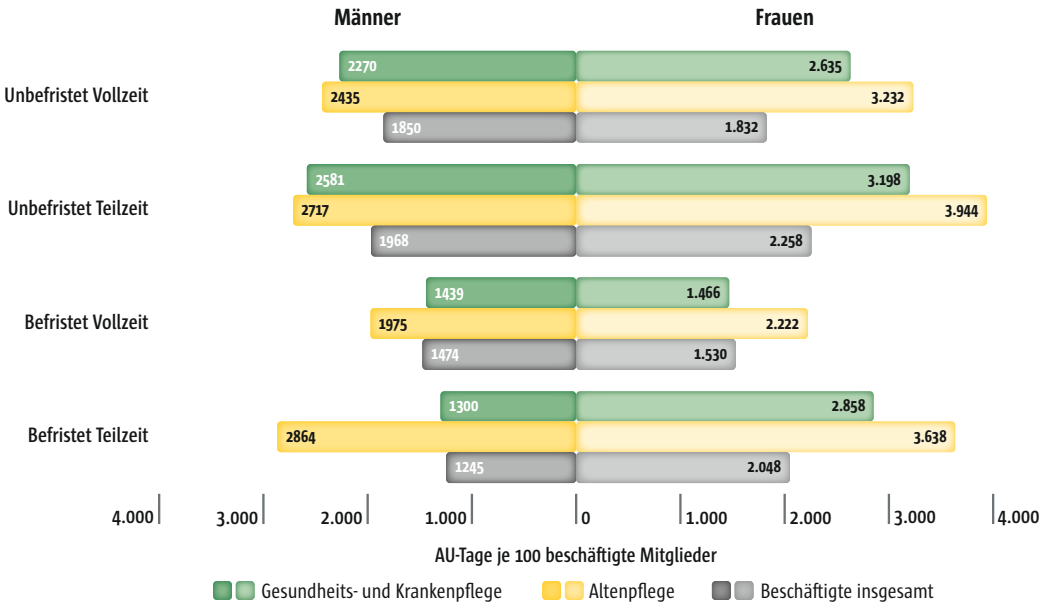
schäftigte über dem jeweiligen Gesamtwert liegt. Auffällig ist zudem, dass die sonst deutliche Abnahme der Fehltage mit ansteigendem Anforderungsniveau insbesondere in der Gesundheits- und Krankenpflege nicht bzw. nur eingeschränkt zu beobachten ist. Anders als bei anderen Berufen scheint es bei den Pflegeberufen eine von diesem Tätigkeitsmerkmal relativ unabhängig hohe gesundheitliche Belastung der Beschäftigten zu geben.

Diagramm 1.6.13 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



## 1.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Diagramm 1.6.14 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

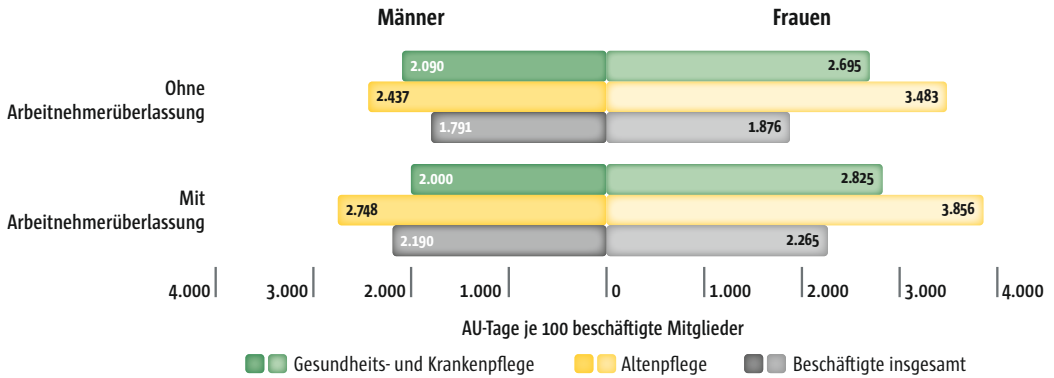


Welchen Einfluss eine Aufsichts- bzw. Führungsposition auf das AU-Geschehen in den Pflegeberufen ausübt, zeigt das **III** Diagramm 1.6.13. Insbesondere die Pflegekräfte ohne eine Aufsichts- bzw. Führungsposition weisen deutlich mehr AU-Tage als die Beschäftigten insgesamt auf. Besonders ausgeprägt ist diese Differenz bei den Frauen und zwar mit +15,9 AU-Tagen je Beschäftigte in der Altenpflege doppelt so hoch wie in der Gesundheits- und Krankenpflege mit +7,8 AU-Tagen je Beschäftigte. Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei den Aufsichts- und Führungskräften in der Pflege: Während hier die Altenpflege in etwa die Werte der Beschäftigten insgesamt erreicht, liegen die Werte in der Gesundheits- und Krankenpflege bei den Männern mit +5,1 AU-Tagen je Beschäftigten und bei den Frauen mit +10,9 AU-Tagen je Beschäftigte deutlich darüber. Der Einfluss einer Aufsicht- bzw. Führungsposition auf das AU-Geschehen ist also in der Altenpflege sogar noch etwas stärker als bei den Beschäftigten insgesamt ausgeprägt, während die AU-Tage in der Gesundheits- und Krankenpflege in diesem Zusammenhang nur in geringem Maße beeinflusst werden.

Auch das Vertrags- bzw. Beschäftigungsverhältnis steht bei den Pflegekräften in einem systematischen Zusammenhang mit dem AU-Geschehen

(**III** Diagramm 1.6.14). Zunächst lassen sich zwei Punkte feststellen: In allen Vergleichen weisen die Altenpflegekräfte die teils mit deutlichem Abstand höchsten Werte auf. Zum zweiten entspricht das Muster im Wesentlichen (Ausnahme: Pflegekräfte in befristeter Teilzeit) dem der Beschäftigten insgesamt. Die niedrigsten Werte sind bei den befristet in Vollzeit beschäftigten Pflegekräften zu finden, da diese Gruppe in der Mehrzahl aus jungen Auszubildenden bzw. Berufseinsteigern in der Probezeit mit einem sehr niedrigen Durchschnittsalter (26,3 Jahre in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. 31,1 Jahre in der Altenpflege) besteht. Insbesondere die unbefristet in Teilzeit Beschäftigten weisen – mit Ausnahme der männlichen Altenpfleger – die mit Abstand meisten AU-Tage im Vergleich auf. Die Differenz schwankt dabei zwischen knapp einer Kalenderwoche (+6,1 AU-Tage je Beschäftigten) für die männlichen Gesundheits- und Krankenpfleger bis zu mehr als 2 Kalenderwochen (+16,9 AU-Tage je Beschäftigte) für die weiblichen Altenpflegekräfte im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt. Insbesondere der hohe Anteil der in Teilzeit beschäftigten Pflegekräfte (**III** Tabelle o.3.3) ist ein Grund für die hohen Gesamt-AU-Kennzahlen bei den Pflegekräften. Auch hier gilt, dass sich vor allem bei den mehrheitlich in Teilzeit beschäftigten Frauen, die beruf-

Diagramm 1.6.15 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



liche und private (Betreuung von Kindern bzw. Pflege von Angehörigen) Doppelbelastung besonders stark auf deren gesundheitliche Lage auswirkt.

Zum Abschluss soll in [»»»](#) Diagramm 1.6.15 noch ein Blick auf den Zusammenhang zwischen den AU-Tagen und der Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung geworfen werden. Während in der Altenpflege das gleiche Muster wie bei den Beschäftigten insgesamt zu beobachten ist – Beschäftigte in Leih-/Zeitarbeit weisen mehr AU-Tage auf als solche in einer regulären Anstellung – sind die entsprechen-

den Werte der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege nahezu unabhängig davon für beide Gruppen etwa gleichhoch. Insofern wiederholt sich für diese Gruppe das Muster, was bereits beim Anforderungsniveau der Tätigkeit bzw. der Aufsichts- und Führungsverantwortung sichtbar wurde: Die AU-Tage sind in der Gesundheits- und Krankenpflege unabhängig von der Ausprägung der genannten Merkmale etwas gleich hoch und liegen vor allem bei den weiblichen Beschäftigten teils deutlich über denen der weiblichen Beschäftigten insgesamt.

## 1.7 Zusammenfassung und Ausblick

Die Coronavirus-Pandemie hinterlässt auch im Jahr 2021 deutliche Spuren im AU-Geschehen. Obwohl sich der allgemeine Krankenstand im Vergleich zum Vorjahr nahezu nicht verändert hat, bewegt sich die Anzahl der AU-Fälle nach wie vor auf einem historisch niedrigen Niveau. Das ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass auch im Jahr 2021 vor allem ein massiver Rückgang bei den Kurzzeiterkrankungen, insbesondere im Bereich der Atemwegserkrankungen, zu verzeichnen ist. Dies ist sicherlich auch einer der wesentlichen Gründe für den Umstand, dass der Anteil derjenigen Beschäftigten, die im Jahr gar keinen AU-Fall aufweisen, noch nie so hoch wie 2021 war. Dieser Fakt sowie der Wegfall der sonst häufigen Kurzzeitfälle führt aber gleichzeitig dazu, dass im Gegenzug die Falldauer weiterhin einen überdurchschnittlich hohen Wert aufweist, da Langzeit-Arbeitsunfähigkeit einen größeren Anteil am gesamten AU-Geschehen hat. Diese deutlichen Abweichungen zu den Vor-Pandemie-Jahren sind größtenteils den im Zusammenhang mit dem Coronavirus geltenden Maßnahmen geschuldet. Unabhängig von den benannten Auffälligkeiten, sind es nach wie vor die Muskel-Skelett-Erkrankungen, die psychischen Störungen sowie die Atemwegserkrankungen und die Verletzungen/Vergiftungen, die das Fehlzeitengeschehen bei den Beschäftigten dominieren. Über die Hälfte aller AU-Fälle und AU-Tage geht auf das Konto dieser vier Krankheitsarten zurück. Das Coronavirus selbst übt hingegen bei den Beschäftigten nur einen geringen direkten Einfluss auf das AU-Geschehen aus, nur ein sehr kleiner Teil der krankheitsbedingten Fehlzeiten wird dadurch verursacht. Dies ist sicher auch dem Umstand geschuldet, dass die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten mittlerweile gegen COVID-19 geimpft ist (» Pflegefall Pflege? – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2022). Abseits der benannten Besonderheiten bestätigten sich in den arbeitsweltlichen Betrachtungen die Muster, die bereits in den Vorjahren zu beobachten waren: Eine gute (Aus-)Bildung sowie ein hohes

Maß an Handlungs- und Gestaltungsoptionen im Beruf gehen in der Regel mit niedrigeren Fehlzeiten einher. Bei den Wirtschafts- und Berufsgruppen treten vor allem im produzierenden und verarbeitenden Bereichen überdurchschnittlich viele Fehlzeiten im Zusammenhang mit Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. Verletzungen und Vergiftungen auf. Anders hingegen bei den Branchen und Berufen, deren Haupttätigkeit in der Arbeit mit bzw. an Menschen besteht: Bei diesen Beschäftigten, vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen, in Erziehung und Unterricht sowie im personenbezogenen Dienstleistungsbereich, dominieren die krankheitsbedingten Fehlzeiten, die durch psychische Störungen verursacht werden.

Wie sich das Fehlzeitengeschehen im laufenden Jahr 2022 entwickeln wird, lässt sich bereits teilweise aus den Daten des 1. Halbjahrs der BKK-Monatsstatistik ablesen. Im Vergleich zu den beiden Vorjahren haben vor allem die Fehlzeiten im Zusammenhang mit den Atemwegserkrankungen wieder sehr hohe Werte erreicht, die im Mittel sogar die der Jahre mit einer stark ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle übertreffen. Gründe hierfür sind unter anderem der nahezu komplette Wegfall aller Coronavirus-Maßnahmen Ende März 2022 sowie der Wegfall der Möglichkeit zur telefonischen Krankschreibung bei leichten Atemwegserkrankungen Ende Mai 2022. Im Hinblick auf die Jahreszahlen ist zu vermuten, dass die eingangs erwähnten (teilweise positiven) Effekte in diesem Jahr vermutlich komplett annulliert werden. Dies wird zu einem massiven Anstieg bei den AU-Fällen sowie bei den AU-Quoten insbesondere bei den Atemwegserkrankungen führen. Allerdings bestehen in der 2. Jahreshälfte noch zahlreiche Handlungsoptionen den weiteren Verlauf positiv zu beeinflussen. Hilfreich ist dabei sicher, dass es seit dem 4. August 2022 wieder möglich ist, sich bei leichten Atemwegsinfekten telefonisch krankschreiben zu lassen, um so unnötige Kontakte und Infektionen zu verhindern. Des Weiteren wird

es davon abhängen, ob und wie eigenverantwortlich alle Beteiligten in den kommenden Monaten entsprechend der Infektionslage mit der Situation umgehen, um somit nicht nur eine Überlastung des Gesundheitssystems, sondern vor allem Personalengpässe durch hohe Krankenstände insgesamt und insbesondere beim Gesundheitspersonal zu verhindern.

Dass die Coronavirus-Pandemie vor allem die Pflegekräfte in Altenheimen und Krankenhäusern im doppelten Sinne am schwersten getroffen hat, ist unbestritten. Sie sind in den letzten zweieinhalb Jahren diejenigen gewesen, die aufgrund der Ausnahmesituation permanent und am längsten die direkten und indirekten Folgen der Pandemie ertragen mussten. Dabei sind die bereits vorher schon bestehenden Mängel in der Personalausstattung und in den Arbeitsbedingungen durch die Pandemie nur noch stärker zum Vorschein getreten. Hinzu kommt noch, dass das Risiko eine Infektion bzw. Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit COVID-19 in den Pflegeberufen aufgrund des hohen Expositionsrisikos viel höher als bei anderen Tätigkeiten ausfällt. Gründe genug also, nach dem vielbeachteten **»** BKK Gesundheitsatlas 2017, der ebenfalls die gesundheitliche Lage der Pflegekräfte betrachtet hat, diese Berufsgruppe wieder in den Fokus zu rücken und zu schauen, ob und welche Veränderungen in den letzten Jahren zu beobachten sind. Was diese Veränderungen angeht, so zeigt sich allerdings ein eher ernüchterndes Bild. Pflegekräfte sind nicht nur die-

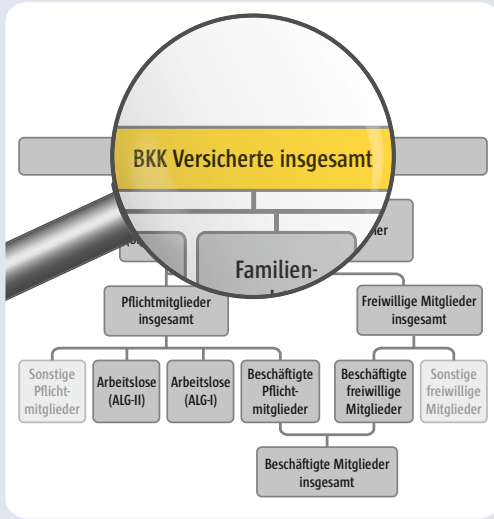
jenige Berufsgruppe, die in nahezu allen Vergleichen die teils mit Abstand höchsten krankheitsbedingten Fehlzeiten aufweisen, diese sind im Laufe der Zeit zudem deutlich stärker gestiegen als bei den Beschäftigten insgesamt. Dabei dominieren in der Pflege vor allem die Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie die psychischen Störungen das AU-Geschehen. Die zahlreichen Maßnahmen und Reformen der letzten Jahre im Pflegebereich mögen formal in die richtige Richtung weisen, allerdings haben diese offensichtlich keinen nachhaltig positiven Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Pflegekräfte bewirkt. BGM-Maßnahmen, die auf eine Verhaltensänderung der Beschäftigten zielen, sind sicherlich eine notwendige aber nicht hinreichende Voraussetzung für Veränderungen. Viel wichtiger ist aber der Aspekt der Verhältnisänderung: Tiefgreifende strukturelle und politische Veränderungen in der Gesundheitsversorgung sind notwendig und unumgänglich, um dem „Pflegefall Pflege“ wirksam entgegenzuwirken. Pflege wird langfristig nur als gesamtgesellschaftliche Daseinsvorsorge überlebensfähig sein. Einige hilfreiche praktische Ansätze hierzu werden in den diesjährigen Gastautorenbeiträgen thematisiert: Ein Blick über den deutschen Tellerrand und die Professionalisierung der Pflege zeigt der Beitrag von **»** Ewers & Lehmann auf, während eine konkrete Idee zur Umsetzung einer kommunalen pflegerischen Versorgung im Beitrag von **»** Fuchs & Tauffer vorgestellt wird.

# 2

## Ambulante Versorgung

Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert





In diesem Kapitel wird das Versorgungsgeschehen im ambulanten Sektor dargestellt. Anders als im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»» Kapitel 1), in dem sich die Daten auf die krankengeldberechtigten Versichertengruppen beziehen (im Wesentlichen sind dies die beschäftigten Mitglieder sowie ALG-I-Empfänger), werden für die ambulante Versorgung im Allgemeinen alle BKK Versicherten in die Auswertungen einbezogen. Unter anderem sind darin auch Kinder und Rentner enthalten, die im Kontext des AU-Geschehens nicht einbezogen sind. Wiedergegeben werden dabei die Anteile derjenigen Versicherten, für die mindestens einmal im aktuellen Berichtsjahr in der ambulanten Versorgung mindestens eine Diagnose dokumentiert und zur Abrechnung gebracht wurde (»» Methodische Hinweise). Dabei spielt das ganze Spektrum der ICD-Diagnosen eine Rolle, d. h. diese beziehen sich nicht nur allein auf behandlungsbedürftige Erkrankungen, sondern es werden beispielsweise auch Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen in diesen Diagnoseschlüsseln codiert. So sind gerade Vorsorge- bzw. Früherkennungsmaßnahmen für einen relativ großen Teil der Konsultationen im ambulanten Bereich ursächlich. Bei der Interpretation der nachfolgend dargestellten Kennzahlen ist zu berücksichtigen, dass diese allein auf der Diagnosestellung basieren – eventuelle Folgekonsultationen aufgrund der gleichen Diagnose sind dabei nicht dokumentiert. Entsprechend sind Häufigkeiten von oder Zeiträume mit Arzt-Patient- oder Therapeut-Patient-Kontakten somit darin nicht erfasst. Die hier berichteten administrativen Prävalenzen geben also den Prozentsatz der BKK Versicherten mit mindestens einer Diagnose wieder. Sie sind nicht gleichbedeutend mit empirisch ermittelten Prävalenzen, wie sie etwa bei Bevölkerungsstudien ermittelt werden.

## 2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

- 91,4% der BKK Versicherten waren im Jahr 2021 mindestens einmal ambulant in Behandlung.
- Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (94,1%), ist dabei größer als der Anteil der Männer (88,7%).
- Der Anteil derer, die ambulant behandelt worden sind, ist gegenüber dem Vorjahr um +1,2% gestiegen. Eine so große Zunahme ist das letzte Mal 2012/2013 vorgekommen.

Im aktuellen Berichtsjahr 2021 haben 91,4% der BKK Versicherten insgesamt mindestens einmal eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen, bei der eine Diagnose dokumentiert worden ist. Bei Frauen ist dabei der Anteil der Personen in Behandlung mit 94,1% höher als bei den Männern, von denen 88,7% mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren.

Während insbesondere im stationären Sektor (» Kapitel 3) die Coronavirus-Pandemie und diesbezügliche Bewältigungsmaßnahmen einen erheblichen Einfluss schon allein auf die Inanspruchnahme an sich hatten (u. a. durch die Verschiebung von elektiven Eingriffen, Freihalten von Betten), ist im ambulanten Sektor keine solche Reduktion durch die dort geltenden Regelungen zur Bewältigung der Pandemie vorgesehen (» Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie) bzw. erfolgt.

### Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie

Den ambulanten Bereich betreffende, pandemiebedingte Sonderregelungen<sup>1</sup> sind vor allem vom Bedarf nach größerer Flexibilisierung geprägt. Wesentliche Zielsetzung war dabei, nicht zwingend nötige Kontakte zu vermeiden und

damit zur Eindämmung der Ausbreitung des COVID-19-Virus beizutragen. Hierzu wurden die Möglichkeiten für ärztliche und psychotherapeutische Konsultationen per Telefon bzw. Videogespräch erweitert bzw. bisher geltende Beschränkungen aufgehoben. Das Ausstellen von AU-Bescheinigungen für leichte Erkrankungen der oberen Atemwege wurde für bis zu 14 Tage erlaubt (Geltungszeiträume: 9.3.–31.5.2020 sowie 19.10.2020–31.5.2022). Vorgegebene Untersuchungszeiträume für Kinder-Früherkennungsuntersuchungen ab U6 (10.–12. Lebensmonat) wurden ausgesetzt (geltend bis 30. Juni 2022). Zudem wird weiterhin eine Unterschreitung des Versorgungsauftrages, sofern pandemiebedingt (bei zeitweise reduzierten Sprechzeiten z.B. aufgrund von zeitweilig fehlender Schutzausrüstung), nicht sanktioniert.

Differenziert nach Versichertengruppen sind es wie zu erwarten die Rentner, bei denen mit 95,2% der größte Anteil mindestens eine Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung erhalten hat (» Tabelle 2.1.1). Deutlich seltener als der Durchschnitt sind hingegen Arbeitslose in der ambulanten Versorgung in Erscheinung getreten, insbesondere hat bei den ALG-I-Empfängern mit 67,7% nur ein deutlich

**Tabelle 2.1.1** Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2021)

Versichertengruppen	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	89,3
Arbeitslose (ALG-I)	67,7
Arbeitslose (ALG-II)	79,1
Familienangehörige	88,0
Rentner	95,2
<b>BKK Versicherte insgesamt</b>	<b>91,4</b>

1 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021). Sonderregelungen für die ambulante Versorgung. [https://www.kbv.de/html/themen\\_53751.php](https://www.kbv.de/html/themen_53751.php) [abgerufen am 26.8.2022]



geringerer Anteil der Versicherten ambulant eine Diagnose erhalten. Detailliertere Auswertungen für die verschiedenen Versichertengruppen sind im **III** Kapitel 2.3.2 zu finden.

Für den ambulanten Versorgungssektor stehen im Rahmen des Gesundheitsreports entsprechende Statistiken ab 2012 zur Verfügung (**III** Diagramm 2.1.1). Dabei liegen in den meisten Jahren dieses Zeitraums die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose nahezu stabil zwischen 90% und 91%. Im aktuellen Berichtsjahr ist der Anteilswert allerdings gegenüber dem Vorjahr mit +1,2 Prozentpunkten vergleichsweise deutlich gestiegen und liegt nun wie beschrieben über 91%. Eine ähnlich große Steigerung war zuletzt von 2012 zu 2013 zu beobachten, was damals zumindest in nicht unwesentlichen Teilen auf die damalige starke Grippewelle im Jahr 2013 zurückzuführen war.

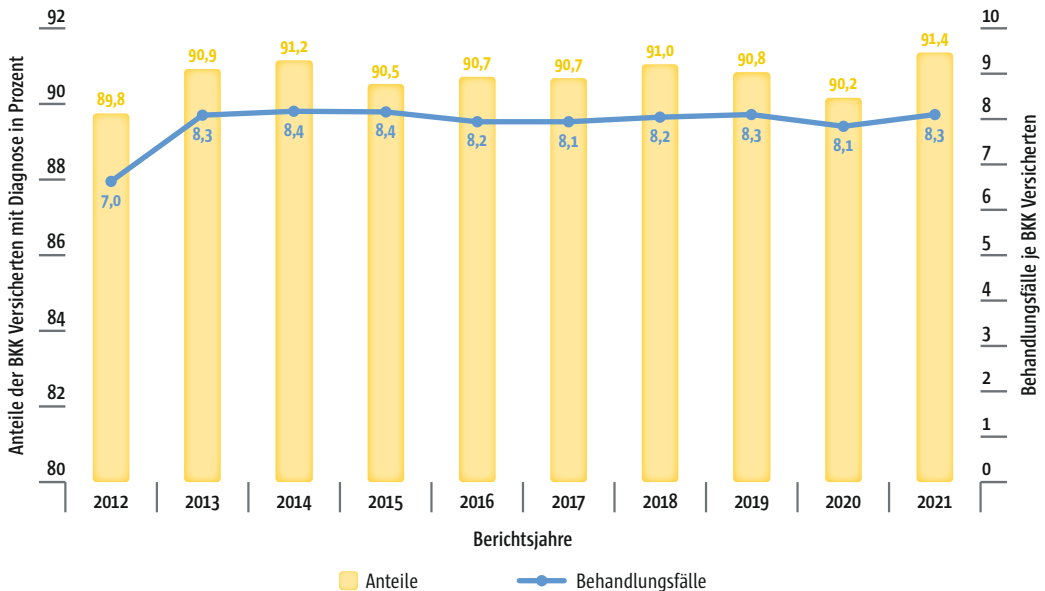
Zusätzlich zur allgemeinen Kennzahl der Inanspruchnahme liegt für die Berichtsjahre auch die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle vor. Im aktuellen Berichtsjahr betragen diese 8,3 Behandlungsfälle je BKK Versicherten. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Anzahl der Behandlungsfälle

seit Wegfall der Praxisgebühr konstant bei knapp über 8 Fällen je BKK Versicherten liegt.

### Behandlungsfälle

Wie viele Arzt-Patient-Kontakte stattfinden, kann anhand der GKV-Abrechnungsdaten nicht genau nachvollzogen werden. Vielmehr werden hierbei Behandlungsfälle verwendet, welche die Behandlungen derselben ambulanten Praxis, an demselben Versicherten, innerhalb desselben Quartals, die bei derselben Krankenkasse abgerechnet wurden, abbilden. Dabei ist aber anzunehmen, dass bei nicht wenigen Behandlungsfällen mehrere Kontakte pro Quartal erfolgt sind. Zu Zeiten der Praxisgebühr (erhoben von 2004 bis 2012) war davon auszugehen, dass den Patienten daran gelegen war, möglichst viele Behandlungen innerhalb eines Quartals zu bündeln, um eine erneute Gebührenzahlung am Anfang eines neuen Quartals zu vermeiden. Dies spiegelt sich bei den hier aufgeführten Kennzahlen darin wider, dass in 2012 im Durchschnitt nur 7,0 Behandlungsfälle je Versicherten erfolgt sind, nach der Abschaffung der Praxisgebühr schnellte diese Zahl hingegen um fast 19% auf 8,3 Behandlungsfälle in 2013 hoch.

Diagramm 2.1.1 Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose im Zeitverlauf (2012–2021)



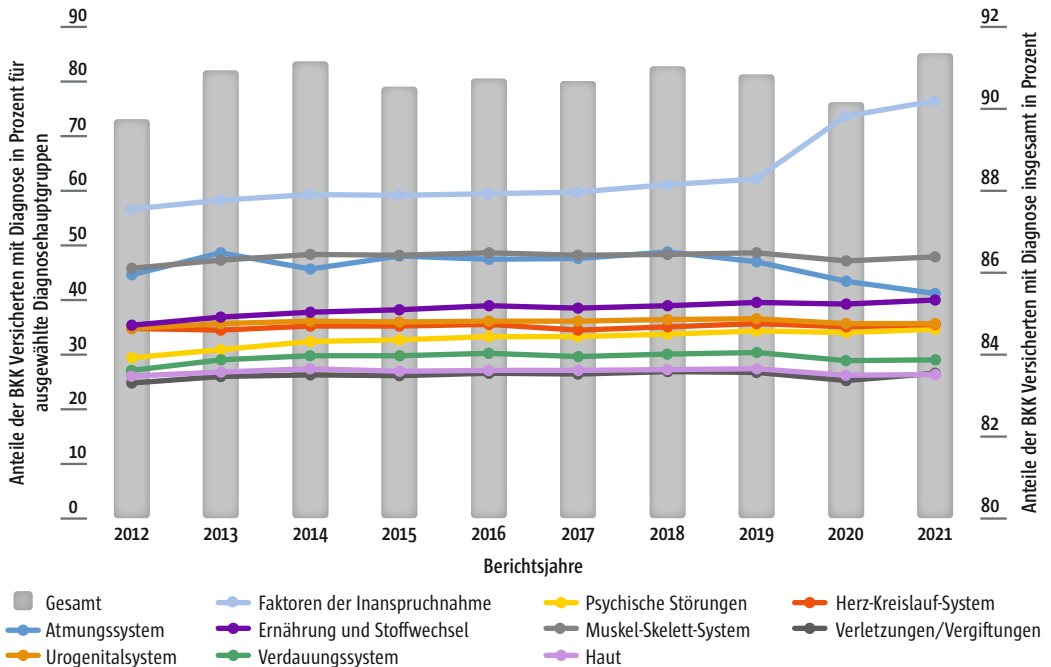
## 2.2 Ambulante Versorgung nach Krankheitsarten

### 2.2.1 Diagnosehauptgruppen im Überblick

- Im Jahr 2021 ist fast die Hälfte der Versicherten wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sind bei etwa 40%, psychische Störungen bei mehr als jedem dritten BKK Versicherten diagnostiziert worden.
- Bei den Atemwegserkrankungen genauso wie bei den Infektionen zeigt sich allerdings im Vergleich zum Vorjahr ein deutlicher Rückgang, der wesentlich bedingt durch die Pandemiemaßnahmen ist.

Die im vorherigen Abschnitt berichtete, nur relativ geringe Schwankungsbreite des Anteilswertes von Versicherten mit mindestens einer ambulant gestellten Diagnose setzt sich im Wesentlichen auch bei der Differenzierung nach den zugrundeliegenden Krankheitsarten fort (»» Diagramm 2.2.1): Die meisten Erkrankungsarten sind über mehrere Jahre in sehr ähnlich hohen Anteilen Grund für eine ambulante Konsultation. Was allerdings wie schon im Vorjahr besonders heraussticht, sind die sehr deutlich gestiegenen Anteile von Versicherten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme (Z00-Z99): Auch schon in den Vorjahren waren die meisten Diagnosen aus dieser

Diagramm 2.2.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2021)



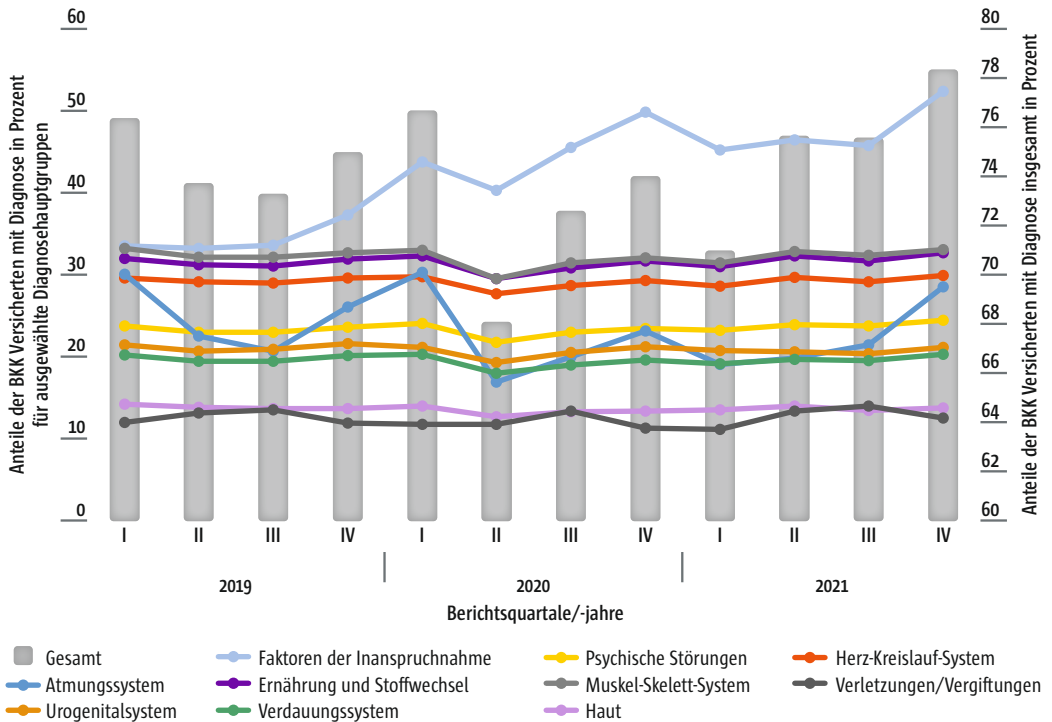
Diagnosehauptgruppe vergeben worden, der Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2019 beträgt knapp 60%. Im Jahr 2020 stieg der Anteil Versicherten mit einer Diagnose aus dieser Hauptgruppe sprunghaft auf 73,5% der BKK Versicherten an und auch im aktuellen Berichtsjahr legt dieser Wert nochmal erheblich zu auf 76,2%. Diese enorme Steigerung ist, wie sich auch bei der Darstellung der Einzeldiagnosen (» Kapitel 2.2.2) zeigt, wesentlich auf die unter die allgemeinen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) fallende Diagnose für Laboruntersuchungen (Z01.7) zurückzuführen, die deutlich häufiger als in den Vorjahren vergeben worden ist (» Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens). Eine deutliche Abnahme gegenüber dem Vorjahr zeigt sich hingegen bei den Krankheiten des Atmungssystems: Mit 41,2% der Versicherten mit einer solchen Diagnose sind dies -2,3 Prozentpunkte weniger als noch 2020. Ebenfalls ist auch der Anteil der Versicherten mit einer Diagnose aus der ICD-Hauptgruppe der Infektionen (im Diagramm nicht dargestellt) zurückgegangen. Dies ist eine zusätzliche deutlich spürbare Folge der Coronavirus-Pandemie, da durch

die Hygiene- und Abstandsregelungen auch die Erkältungs- und Grippeerkrankungen deutlich zurückgegangen sind. Somit ist auch in diesem Jahr der zweithöchste Anteilswert bei denjenigen Versicherten zu finden, für die eine Muskel-Skelett-Erkrankung Grund für die Arztkonsultation war (47,9%). Mit Abstand folgen nach diesen drei Diagnosegruppen die Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (40,0%).

Exkurs quartalsweise Entwicklung der ambulanten Versorgung der BKK Versicherten

Das » Diagramm 2.2.2 zeigt für die zuvor dargestellten Erkrankungsarten die unterjährige Entwicklung in den letzten drei Berichtsjahren. Dabei entspricht die Unterteilung nach Quartalen dem Datenlieferungs-Rhythmus durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Sehr augenfällig ist auch hier der deutliche Anstieg bei den Faktoren der Inanspruchnahme. Dabei nahm zum einen deren Anteil ab 2020 aufgrund der Aufnahme der Laboruntersuchungen

Diagramm 2.2.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im quartalsweisen Zeitverlauf (2019–2021)



## 2.2 Ambulante Versorgung nach Krankheitsarten

in diese Diagnosehauptgruppe generell zu, zum anderen sind aber auch jeweils deutliche Spitzen im vierten Quartal der Jahre 2020 und 2021 zu erkennen. Ein wesentlicher Teil davon dürfte auch mit Laboruntersuchungen zur Überprüfung einer möglichen COVID-19-Infektion zusammenhängen. Dabei fällt zudem auf, dass innerhalb dieses Zeitraums die Anteilswert-Kurve für die Krankheiten des Atmungssystems einen ähnlichen Verlauf wie die der Zusatzdiagnosen nimmt, wenn auch auf deutlich niedrigerem Niveau. Die Atmungssystem-Erkrankungen sind es auch, die den bei weitem Stärksten Einbruch der vergebenen Diagnosen zwischen zwei aufeinanderfolgenden Quartalen aufweisen: Zu Beginn der Coronavirus-Pandemie gingen deren Anteile um mehr als -13 Prozentpunkte vom ersten zum zweiten Quartal 2020 zurück. In den Vorjahren (im Diagramm beispielhaft am Berichtsjahr 2019 abzulesen) sind unterjährig relativ starke Schwankungen der Diagnoseanteile der Atmungssystem-Erkrankungen normal gewesen, was aber dann nachfolgend zu dem gerade beschriebenen Einbruch der Diagnoseanzahl über lange Zeit nicht mehr zu beobachten war. Auch dies ist wesentlich auf die Maßnahmen zur Pandemieeindämmung zurückzuführen, quasi als Nebeneffekt sind die sonst üblichen Grippe- und Erkältungswellen ausgeblieben. Ebenfalls als Nebeneffekt der Pandemie zeigt sich auch bei den meisten anderen Erkrankungsarten ein Einbruch der Diagnoseanteile vom ersten zum zweiten Quartal 2020: In diesem Vergleich am stärksten ist dies der Fall bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie bei den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, bei denen der Anteilswert um -3,5 bzw. -2,7 Prozentpunkte zurückgegangen ist. Wie das Diagramm aber auch verdeutlicht, schwankt die Anzahl der vergebenen Diagnosen bei den meisten Erkrankungsarten nicht nur zwischen den Jahren, sondern auch unterjährig in deutlich geringerem Maße.

### 2.2.2 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen im Detail

- In der ambulanten Versorgung werden auch Informationen über Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, dokumentiert. Wie schon im Vorjahr sind auch 2021 die sonstigen speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) die mit Abstand am häufigsten vergebene Diagnose.
- Zweithäufigster Grund für eine Konsultation in der ambulanten Versorgung war eine Impfung gegen

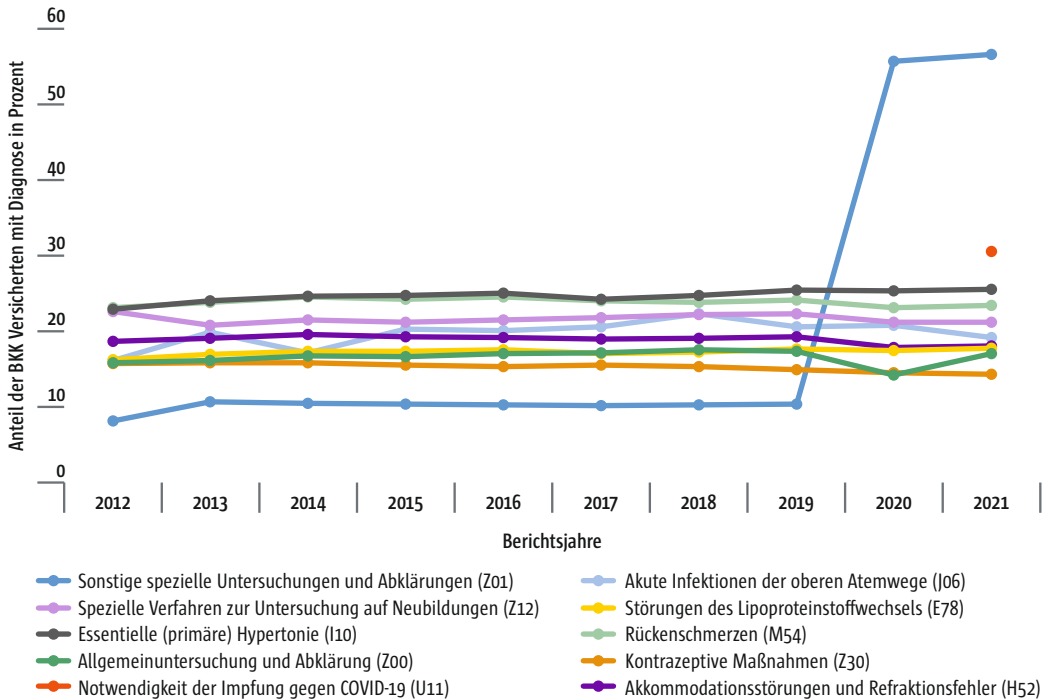
COVID-19 (U11), bei fast jedem Dritten ist diese erfolgt. Aber auch andere Impfungen gegen Viruskrankheiten (Z25), worunter u.a. die Gripeschutzimpfungen zählen, sind bei einem größeren Teil der Versicherten als vor der Pandemie durchgeführt worden.

- Etwa ein Viertel ist wegen Bluthochdruck (I10) in Behandlung, nur etwas weniger aufgrund von Rückenschmerzen (M54). Bei etwa jedem Fünften ist eine Atemwegsinfektion (J06) festgestellt worden.

Die Betrachtung der 10 häufigsten Einzeldiagnosen in der ambulanten Versorgung (»» Diagramm 2.2.3) lässt erkennen, dass die enorme Steigerung der dokumentierten Faktoren der Inanspruchnahme vor allem mit den sonstigen speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) zusammenhängt: War im Jahr 2019 nur für etwa jede(n) zehnte(n) Versicherte(n) diese Einzeldiagnose dokumentiert worden, so waren es in den letzten beiden Jahren auf einmal mehr als jede(r) Zweite. Unter diese ICD-Kodierung werden u.a. Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs, aber auch Untersuchungen der Zähne, der Ohren und der Augen gefasst. In den letzten beiden Jahren ist allerdings eine besondere Steigerung bei der Vergabe der Unterdiagnose Z01.7 (siehe hierzu Exkurs: »» Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens) zu beobachten gewesen, welche den Großteil des Zuwachses ausmacht. Zweithäufigste Diagnose im aktuellen Berichtsjahr ist die Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19 (U11). Trotz des Umstandes, dass diese Kodierung erst im April 2021 von der WHO neu vergeben worden ist und somit nicht ein volles Jahr zur Verfügung stand, ist immerhin bei 30,6% der Versicherten eine solche Diagnose gestellt worden<sup>2</sup>. Als dritthäufigste Diagnose folgt die essenzielle (primäre) Hypertonie (I10) – allgemein als Bluthochdruck bezeichnet – mit einem Anteilswert von 25,5%. Der größte Rückgang in dieser Auflistung ist wiederum bei den akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) zu verzeichnen (2021: 19,1%; -1,7 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr). In dieser Liste der 10 häufigsten Einzeldiagnosen sind außerdem noch zwei weitere Zusatzdiagnosen auffällig: Die Inanspruchnahme einer Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnosen (Z00) hat gegenüber dem Vorjahr um

<sup>2</sup> COVID-19-Impfungen sind auch in Impfzentren sowie von Betriebsärztinnen und -ärzten durchgeführt wurden. Diese sind allerdings nicht in den hier berichteten Kennzahlen erfasst.

Diagramm 2.2.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2012–2021)



+2,8 Prozentpunkte zugenommen, nachdem im Vorjahr in annähernd gleichem Umfang der Anteilswert gesunken war. Unter diesen Diagnoseschlüssel fallen eine Vielzahl von Untersuchungen für verschiedene Altersgruppen, u. a. die U- und J-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie der Gesundheits-Check-up ab dem 35. Lebensjahr. Außerdem nahmen wie schon im letzten Jahr mehr Versicherte eine Impfung (Immunisierung) gegen andere einzelne Viruskrankheiten (Z25) in Anspruch, worunter Gripeschutzimpfungen, aber auch die Immunisierung gegen Mumps und Windpocken fallen.

### Exkurs Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Eine wesentliche Besonderheit der ambulanten Versorgung sind die häufig verwendeten Diagnoseschlüssel aus dem Kodierungsspektrum Z00 bis Z99. Durch diese werden die „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (in diesem Kapitel kurz als „Faktoren der Inanspruchnahme“ be-

zeichnet) dokumentiert. Bei dieser Kodierung handelt es sich um ein sehr heterogenes Spektrum von für die Behandlung relevanten und zu dokumentierenden Informationen. Im Wesentlichen sind dies Zusatzinformationen z. B. über sozioökonomische oder psychosoziale Lebensumstände (z. B. in der sozialen Umgebung oder dem Berufsleben) sowie potenzielle Gesundheitsrisiken (z. B. Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten oder allgemein aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände). Außerdem finden sich unter diesen Kodierungen erbrachte Leistungen, die nicht von einer Erkrankung verursacht sind (z. B. allgemeine Untersuchungen, Vorsorgeleistungen, Empfängnisverhütung). Seit kurzem werden hierbei nun auch Laboruntersuchungen unter der Kodierung Z01.7 erfasst<sup>3</sup>, der bisher geltende Ersatzwert „UUU“ ist seit dem Jahr 2020 ungültig und wurde durch die besagte Kodierung ersetzt. Entsprechend deutlich häufiger wurde dieser Diagnoseschlüssel im Ver-

3 Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband (2022). Bundesmantelvertrag – Ärzte. <https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf> [abgerufen 26.8.2022]

**Tabelle 2.2.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen der Faktoren der Inanspruchnahme nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)**

ICD-10-Code	Diagnosen	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent		
		Männer	Frauen	Gesamt
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	47,1	66,1	56,5
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	10,1	32,4	21,1
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	16,3	17,8	17,1
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	15,0	17,4	16,2
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	0,4	28,5	14,3
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	10,3	13,7	12,0
Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	6,9	7,6	7,3
Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	5,5	6,7	6,1
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	4,9	6,4	5,7
Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert	4,2	6,8	5,5

gleich zu den Vorjahren dokumentiert. Darunter gefasst sind diverse in-vitro-diagnostische Untersuchungen, auch die sogenannten PCR-Labortests zum Nachweis einer Coronavirus-Infektion fallen darunter. Da allerdings die Umstellung der Kodierung mit der Coronavirus-Pandemie zusammenfällt, ist unklar, wie groß der einzelne Einfluss beider Faktoren jeweils ist. Allgemein gilt wesentlich, dass das Dokumentieren und Abrechnen dieser Zusatzdiagnosen nur dann zulässig sind, wenn diese zusammen mit einer Hauptdiagnose gestellt werden. Eine alleinige Angabe von Z-Diagnosen ist nur dann erlaubt, wenn die abzurechnenden Leistungen nicht in einer Erkrankung begründet sind (z.B. Prävention)<sup>4</sup>. Aufgrund dessen treten diese Diagnosen auch nur sehr selten als Grund für eine Arbeitsunfähigkeit auf.

Die zuvor beschriebene Heterogenität der verschiedenen Einzeldiagnosen, die unter diese Hauptgruppe gefasst werden, wird anhand der **»»** Tabelle 2.2.1 deut-

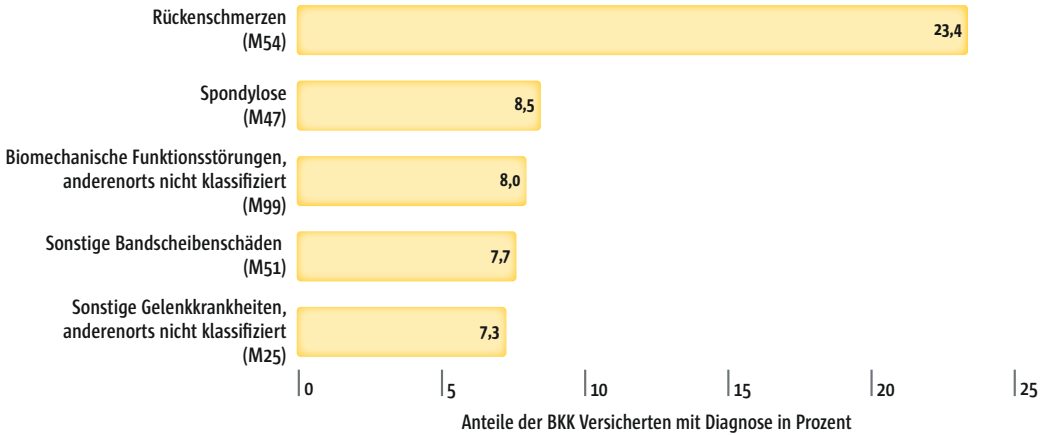
lich. Dies zeigt sich nicht zuletzt auch in den teils stark ausgeprägten Geschlechtsunterschieden: Kontrazeptive Maßnahmen (Z30) sind nahezu ausschließlich für Frauen relevant. Auch die schon erwähnten sonstigen speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) sowie die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12), wozu u.a. Hautkrebscreening und Darmkrebsfrüherkennung gehören, werden dreimal häufiger von Frauen als von Männern in Anspruch genommen. Selbst bei den verschiedenen Impf-Diagnosen zeigen sich mehr oder weniger große Unterschiede zuungunsten der Männer.

### Ausgewählte Diagnosen im Detail

Nachfolgend werden für vier ausgewählte Diagnosehauptgruppen die fünf häufigsten darunter subsumierten Einzeldiagnosen betrachtet. Wie schon zuvor berichtet, sind Muskel-Skelett-Erkrankungen nach der ICD-Hauptgruppe der Faktoren der Inanspruchnahme zweithäufigster Grund für eine ambu-

4 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021). Kodierbasics der ICD-10-GM. <https://www.kbv.de/html/1518.php> [abgerufen 10.5.2022]

**Diagramm 2.2.4 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Muskel-Skelett-Erkrankungen (Berichtsjahr 2021)**

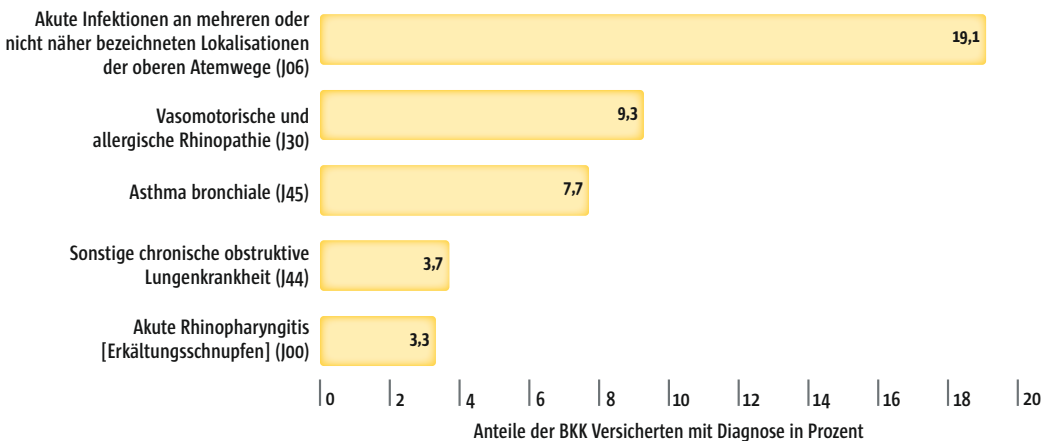


lante Behandlung. Dabei werden Rückenschmerzen (M54) von allen Einzeldiagnosen, die zu dieser Erkrankungsart gehören, bei weitem am häufigsten diagnostiziert (»» Diagramm 2.2.4): Bei fast einem Viertel der Versicherten (23,4%) wurden diese im aktuellen Berichtsjahr als Behandlungsgrund festgestellt, allerdings ist diese hohe Prävalenz wahrscheinlich auch dadurch bedingt, dass Rückenschmerzen als unspezifisches Hauptsymptom bei verschiedenen Erkrankungen (z.B. der Wirbelsäule, der Muskulatur oder des Knochenstoffwechsels) dokumentiert werden. Mit deutlichem Abstand ist die Spondylose (M47) – d.h. ein (altersbedingter)

Wirbelsäulenverschleiß – die zweithäufigste Muskel-Skelett-Erkrankung in der ambulanten Versorgung, die bei 8,5% dokumentiert ist. Nur etwas seltener waren biomechanische Funktionsstörungen (M99) Grund für eine Behandlung, gefolgt von sonstigen Bandscheibenschäden (M51) sowie sonstige Gelenkkrankheiten (M25).

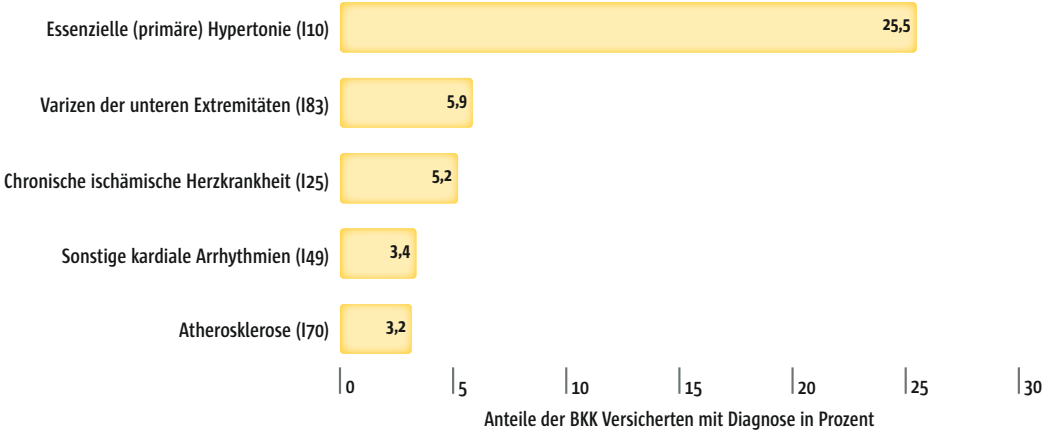
Von allen Versicherten haben im aktuellen Berichtsjahr 41,2% mindestens einmal eine Krankheit des Atmungssystems als Diagnose gestellt bekommen. Häufigste Einzeldiagnose waren dabei die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06), weswegen 19,1% der Versicherten die ambulante Versor-

**Diagramm 2.2.5 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Krankheiten des Atmungssystems (Berichtsjahr 2021)**



## 2.2 Ambulante Versorgung nach Krankheitsarten

Diagramm 2.2.6 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Krankheiten des Kreislaufsystems (Berichtsjahr 2021)

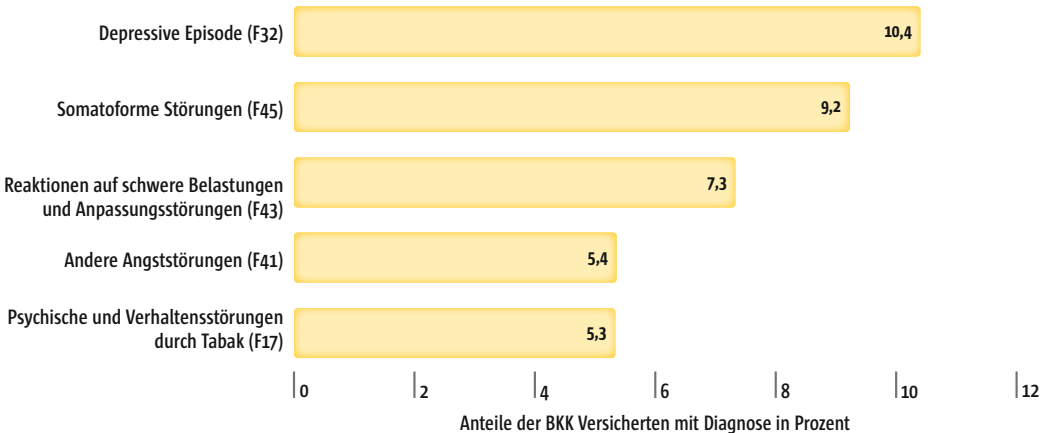


gung aufgesucht haben (»» Diagramm 2.2.5). Nur knapp halb so viele (9,3%) waren wegen vasomotorischer und allergischer Rhinopathie (J30), umgangssprachlich als allergischer Schnupfen bekannt, in Behandlung. Bei etwa jedem dreizehnten Versicherten (7,7%) ist Asthma Bronchiale (J45) dokumentiert. Mit weniger als 4% Anteil bei den Versicherten sind die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (J44) sowie der Erkältungsschnupfen (J00) noch einmal deutlich seltener diagnostiziert worden.

Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems sticht besonders die essenzielle (primäre) Hypertonie (I10)

aus den darunterfallenden Einzeldiagnosen heraus (»» Diagramm 2.2.6). Knapp mehr als ein Viertel der Versicherten (25,5%) ist deshalb im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung gewesen. Während diese Diagnose wesentlicher Prädiktor für weitere Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall ist, prägen eben solche Erkrankungen aufgrund der deutlich größeren Schwere und den deutlich aufwendigeren Behandlungserfordernissen eher die stationäre Versorgung, wie das »» Kapitel 3 zeigt. In der ambulanten Versorgung indes sind alle anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen verglichen mit der Hypertonie nur für

Diagramm 2.2.7 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen (Berichtsjahr 2021)





einen Bruchteil der Versicherten Grund für das Aufsuchen einer ambulant behandelnden Ärztin oder eines Arztes. So waren nur 5,9% der Versicherten aufgrund von Varizen der unteren Extremitäten (I83), d.h. Krampfadern vorrangig in den Beinen, in ambulanter Behandlung. Die chronische ischämische Herzkrankheit (I25) wurde bei 5,2% diagnostiziert, sonstige kardiale Arrhythmien (I49) sowie Atherosklerose (I70) waren jeweils bei nur knapp über 3% Grund für eine ambulante Behandlung.

Psychische Störungen sind in der ambulanten Versorgung ebenfalls eine relevante Größe, innerhalb eines Jahres wird i.d.R. bei mehr als jedem dritten Versicherten (2021 waren dies 34,7%) eine Diagnose aus diesem Spektrum dokumentiert. Bei der Auflistung der häufigsten Einzeldiagnosen (» Diagramm 2.2.3) ist allerdings keine psychische Erkrankung zu finden. Dies hat auch damit zu tun, dass hierbei keine Einzeldiagnose so extrem heraussticht, wie es etwa bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder den Muskel-Skelett-Erkrankungen der Fall ist. In der ambulanten Versorgung wird als psychische Störung am häufigsten die depressive Episode (F32) diagnostiziert (» Diagramm 2.2.7), auch im aktuellen Berichtsjahr ist diese bei etwa jedem zehnten Versicherten (10,4%) festgestellt worden. Somatoforme Störungen (F45) betreffen 9,2%, während Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (F43) bei 7,3% der Versicherten

in der ambulanten Versorgung diagnostiziert wurde. Andere Angststörungen (F41) sowie Tabakabhängigkeit (F17) sind bei etwas mehr als 5% der Versicherten Grund der Behandlung gewesen.

**Exkurs COVID-19**

Zum Abschluss dieses Abschnittes werde die Diagnosen im Zusammenhang mit COVID-19 betrachtet. Eine ausführlichere Darstellung von ambulanten Kennzahlen zu diesem Thema wurden basierend auf den Daten des Jahres 2020 im » BKK Gesundheitsreport 2021 dargestellt. Der dabei festgestellte Anteil von Versicherten mit einer Diagnose im Zusammenhang mit COVID-19 betrug damals 7,2%. Wie anhand der » Tabelle 2.2.2 abzulesen ist, ist dieser Anteil im Jahr 2021 auf 9,6% gestiegen. Dabei hat sich der Anteil bei den Männern leicht stärker vergrößert (+2,6 Prozentpunkte) als bei den Frauen (+2,2 Prozentpunkte). Über beide Pandemiejahre betrachtet, hatten wiederum 12,5% der Versicherten mindestens einmal eine COVID-19-Diagnose gestellt bekommen, Frauen (13,2%) waren dabei häufiger betroffen als Männer (11,9%). Anhand des Vergleich zur Summe der beiden Jahres-Anteilswerte lässt sich ablesen, dass bei etwa einem Drittel der Versicherten in beiden Jahren eine solche Diagnose gestellt worden ist.

**Tabelle 2.2.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose im Zusammenhang mit COVID-19 (U07.1 oder U07.2) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2020–2021)**

ICD-10-Code	Berichtsjahre	Männer	Frauen	Gesamt
		Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent		
U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen)	2020	1,5	1,7	1,6
	2021	3,7	3,9	3,8
U07.2 (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen)	2020	5,5	6,4	5,9
	2021	6,2	6,9	6,6
U07.1 und U07.2 Gesamt	2020	6,6	7,7	7,2
	2021	9,3	10,0	9,6
	2020 + 2021	11,9	13,2	12,5

## 2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

### 2.3.1 Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht

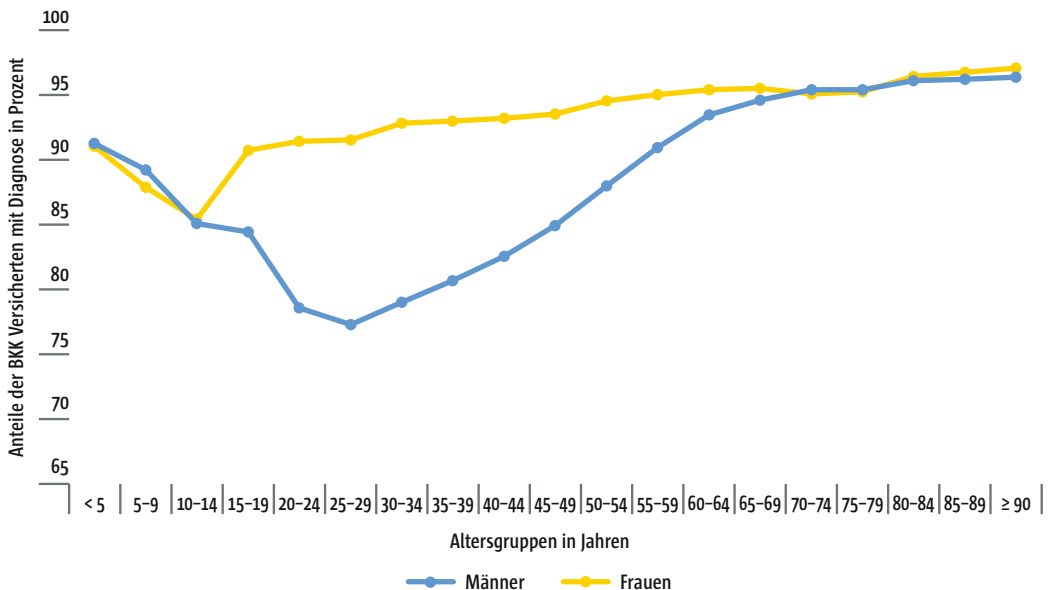
- Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten, sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Außerdem werden viele Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.
- Mit dem Alter nehmen Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonders stark zu, insbesondere gilt dies für den Bluthochdruck (I10): Etwa 8 von 10 Versicherten älter als 70 Jahre sind deswegen in ambulanter Behandlung.
- Die Krankheiten des Atmungssystems nehmen hingegen mit zunehmendem Alter eher ab. Dabei ist sogar ein leichter „Rentenknick“ zu beobachten: Ab

Renteneintrittsalter sind die Anteile der Versicherten, die deshalb ambulant behandelt werden, erkennbar geringer als bei den jüngeren Versicherten.

- Bei Urogenitalerkrankungen ist der Geschlechtsunterschied in der Altersspanne zwischen 20 und 54 Jahren besonders groß: Über 60% der Frauen, aber weniger als 20% der Männer in diesem Alter sind deshalb in ambulanter Behandlung.

Zwischen den Geschlechtern bestehen auch teils deutliche altersabhängige Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung, wie das »» Diagramm 2.3.1 zeigt. Zwar sind die Anteile bei beiden Geschlechtern mit mindestens einer ambulanten Diagnose bei Kindern bis zur Altersklasse der 10- bis 14-Jährigen nahezu identisch, wobei der relativ hohe

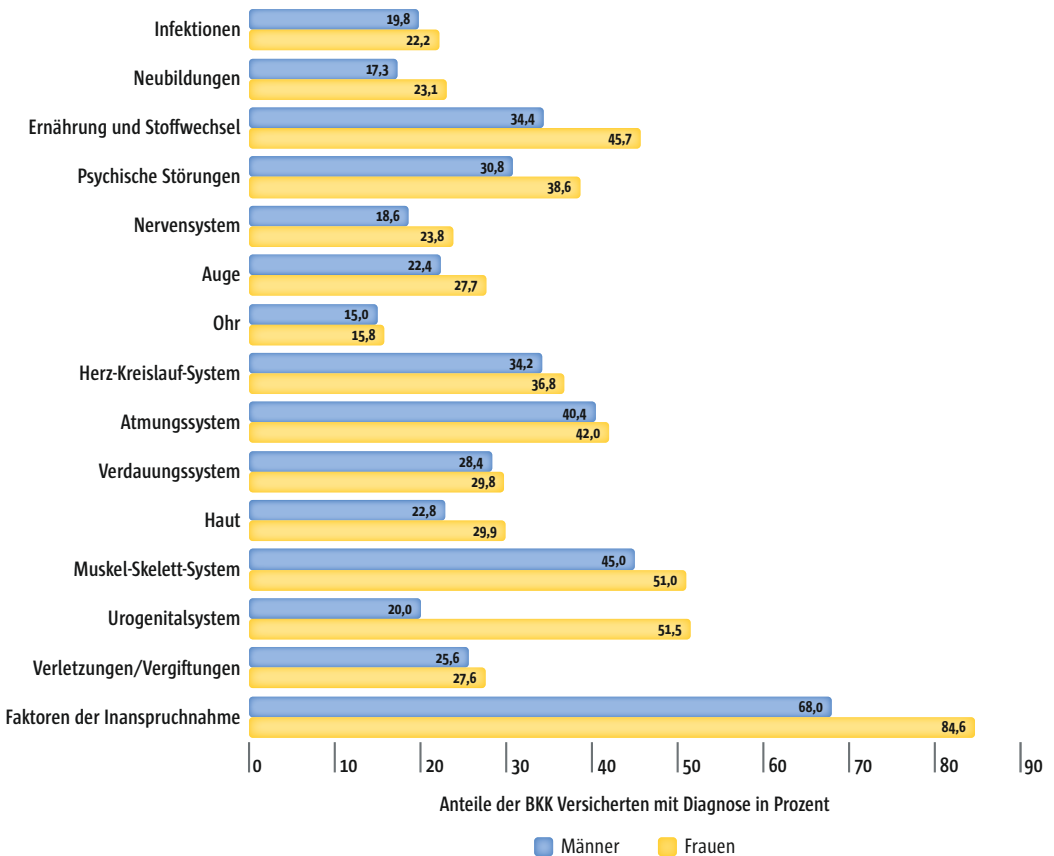
Diagramm 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



Anteil der (Klein-)Kinder mit mindestens einer ambulanten-ärztlichen Konsultation (mehr als 91% bei den Kindern bis 9 Jahre) vor allem durch die in regelmäßigen Abständen erfolgenden Kindervorsorgeuntersuchungen und Impfungen begründet ist. In den nachfolgend höheren Altersklassen (älter als 14 Jahre) sind es hingegen nur die Frauen, die durchgehend einen hohen Anteil (>90%) an ambulanten Konsultationen aufweisen. Dies ist zum großen Teil durch geschlechtsspezifische Vorsorgemaßnahmen und – in den entsprechenden Alterskohorten – durch die regelmäßige Verordnung von Kontrazeptiva (»» Kapitel 4.3) begründet, wodurch Frauen sich unweigerlich sehr viel kontinuierlicher in ärztlicher Betreuung befinden. Bei den männlichen Versicherten nimmt hingegen der Anteil derer mit einer ambulanten Diagnose ab dem Jugendalter deutlich ab. Wie auch schon in den Vorjahren weist die Altersklasse der 25- bis 29-jäh-

rigen mit 80,6% den geringsten Anteilswert auf. Bei eben jenen Männern dieser Altersgruppe ist allerdings auch vergleichsweise viel Dynamik im Inanspruchnahmeverhalten während der Pandemiezeit zu beobachten gewesen: Bei diesen ging der Anteilswert im ersten Pandemiejahr um -2 Prozentpunkte zurück, im Jahr 2021 stieg dieser wiederum um +3 Prozentpunkte. Annähernd so stark stieg auch der Anteil der Versicherten mit einer Diagnose bei den 20- bis 24-jährigen sowie den 30- bis 34-jährigen Männern. Diejenigen, die ohnehin die geringste Inanspruchnahmequote aufweisen, waren also 2020 in noch geringerem Maße in ambulanter Behandlung gewesen, im aktuellen Berichtsjahr 2021 ist dieser Rückgang aber vollständig kompensiert. Bei den höheren Altersgruppen sind die Anteilswerte auch bei den Männern wieder erheblich höher, jenseits des Renteneintrittsalters sind beide Geschlechter wieder etwa auf gleichem Niveau.

Diagramm 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



## 2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

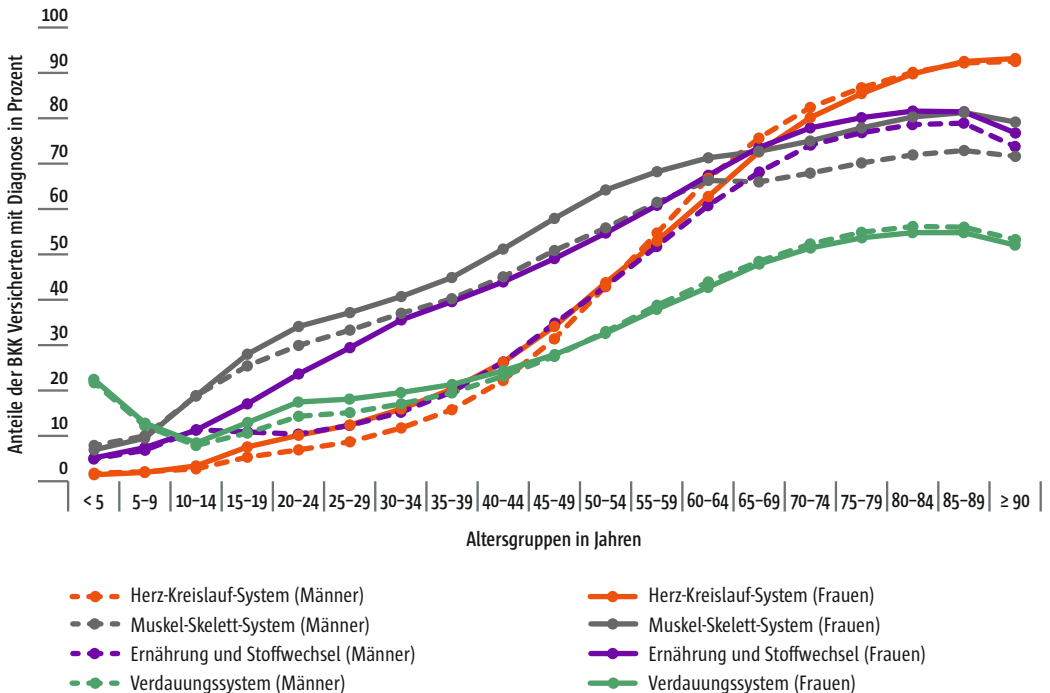
Wie bereits erwähnt sind mehr Frauen als Männer im aktuellen Berichtsjahr 2021 in ambulanter Behandlung gewesen, die Differenz beträgt über 5 Prozentpunkte. Dabei gibt es auch Unterschiede hinsichtlich der dem Arzt- oder Therapeutenbesuch zugrundeliegenden Erkrankungen zwischen den Geschlechtern. Zwar sind allgemein bei allen Diagnosehauptgruppen die Anteile derer, die eine Diagnose aus dem jeweiligen Spektrum erhalten haben, bei den Frauen größer als bei den Männern (III Diagramm 2.3.2), die Differenzen variieren aber sehr stark. So sind beispielsweise deutlich mehr Frauen von Erkrankungen des Urogenitalsystems betroffen und entsprechend in Behandlung gewesen: Bei mehr als jeder zweiten Frau (51,5%) war dies Grund für eine ambulante Behandlung, hingegen wurde bei nur jedem fünften Mann (20,0%) eine solche Diagnose gestellt. Ebenfalls besteht ein großer Unterschied bei den Zusatzdiagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme: 84,6% der Frauen, aber nur 68,0% der Männer haben mindestens einmal eine solche Diagnose erhalten. Hierbei ist allerdings auch zu konstatieren, dass wie schon im Vorjahr besonders bei den Männern dieser An-

teilswert die größte Steigerung aufweist (+4 Prozentpunkte gegenüber 2020).

Wie die vorherigen Darstellungen zeigen, ergeben sich markante Erkenntnisse zur Inanspruchnahme in Abhängigkeit jeweils vom Alter und Geschlecht, dies gilt auch insbesondere für einzelne Erkrankungsarten. Dabei lässt sich grob unterteilen, dass es neben Krankheitsarten, die alle Altersgruppen und Geschlechter zumindest in nicht unerheblichem Maße betreffen, auch andere Krankheitsarten gibt, die wesentlich auf Verschleißprozessen beruhen und entsprechend bei jungen Menschen kaum auftreten, dann mit steigendem Alter der Versicherten aber erhebliche Anteile betreffen. Bei anderen Diagnosen zeigen sich wiederum sehr starke Geschlechtsunterschiede. Die nachfolgenden Darstellungen zeigen exemplarisch für ausgewählte Erkrankungsarten deren Anteilswerte differenziert nach Alter und Geschlecht im Detail.

Am augenfälligsten sind die Verläufe der altersabhängigen Anteilswerte bei Krankheiten, deren Auftreten mit höherem Alter zunehmen, woran Verschleißerscheinungen einen erheblichen Anteil haben (III Diagramm 2.3.3). Bei Kindern treten diese

Diagramm 2.3.3 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021) - Teil 1



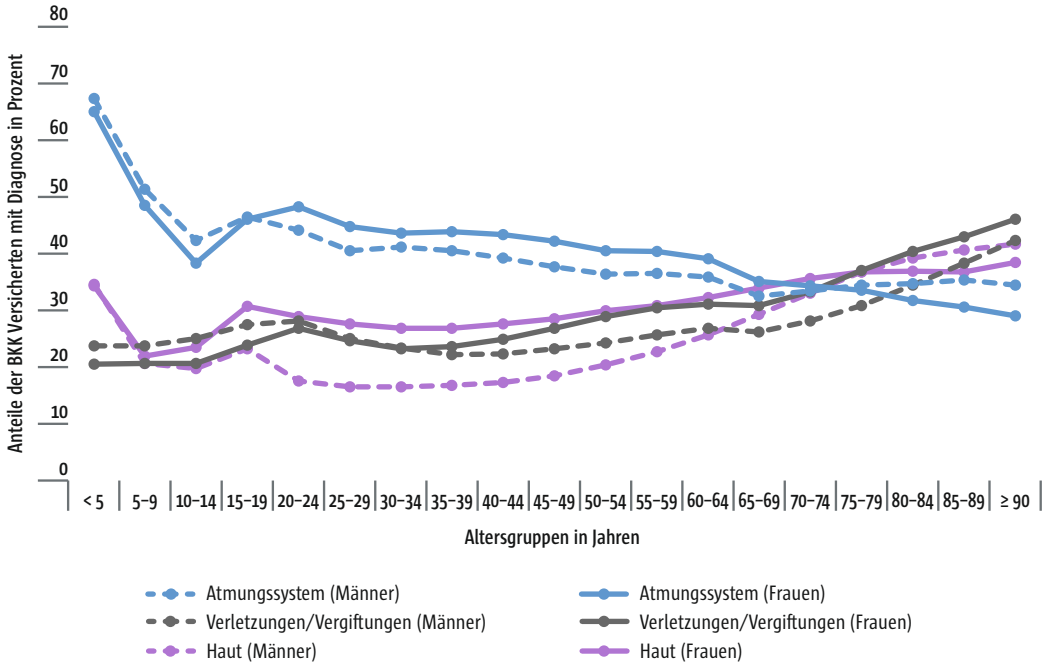
kaum auf, in der zweiten Lebenshälfte betragen deren Anteilswerte hingegen ein Vielfaches, oftmals sind sogar mehr als die Hälfte der Versicherten deswegen in ambulanter Behandlung. Bestes Beispiel dafür sind insbesondere die Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Sind bei den unter 10-Jährigen nur knapp 2 Prozent davon betroffen (bei diesen dürfte es sich vorrangig um angeborene Herzerkrankungen handeln) so steigt die Zahl derer, die deshalb behandelt werden, rapide an. Ab dem 55. Lebensjahr sind mehr als die Hälfte der Versicherten betroffen, ab dem 70. Lebensjahr sind es sogar mehr als 80%. Sehr häufig ist dabei Hypertonie (I10) der auslösende Behandlungsgrund, aber auch andere Diagnosen aus diesem Bereich zeigen diesen typischen Altersverlauf mit den größten Anteilswerten in den hohen Altersgruppen (vgl. **III** Diagramm 2.2.6). Ähnliches gilt auch für die Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, von diesen sind höchstens 7% der unter 10-Jährigen, aber ebenfalls mehr als die Hälfte der Versicherten ab 55 Jahren betroffen. Jenseits des 70. Lebensjahrs sind mehr als drei Viertel der Versicherten deswegen in ambulanter Behandlung. Diese hohen Anteilswerte sind in weiten Teilen durch die bekannten „Alterskrankheiten“ Typ-2-Diabetes (E11) und krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte (E78) zu erklären – Diagnosen, die in jungen Jahren ebenfalls nur selten auftreten, später aber chronisch werden können und (genauso wie der schon erwähnte Bluthochdruck) als Risikofaktoren für schwere Vorfälle wie Herzinfarkt und Schlaganfall bekannt sind. Ebenfalls um ein Vielfaches steigt der Anteil der Versicherten mit einer Diagnose aus dem Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen. Während von den unter 10-Jährigen weniger als 10% betroffen sind, steigt dann schon ab dem Jugendalter der Anteil der Versicherten, die deswegen in ambulanter Behandlung sind, recht stark an. Schon ab dem 45. Lebensjahr sind aufgrund dessen mehr als die Hälfte in Behandlung. Krankheiten des Verdauungssystems indes kommen bei den unter 5-Jährigen sogar relativ häufig vor (knapp über 20% haben eine Diagnose aus diesem Spektrum erhalten), wobei bei diesen oftmals eine nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis (K52) Auslöser der Behandlung ist. Der geringste Anteilswert ist hingegen bei den 10- bis 14-Jährigen mit rund 8% zu verzeichnen, danach nehmen die Anteile mit einer solchen Diagnose stetig zu, bis schließlich ab dem 70. Lebensjahr mehr als die Hälfte der Versicherten wegen einer Verdauungssystem-Erkrankung ambulant in Behandlung ist. Dabei haben verschiedene darunter subsummierte Einzel-Erkrankungen ihre häufigste Verbreitung jenseits

des Renteneintrittsalters, exemplarisch, mit einem ähnlichen Verlauf der altersabhängigen Anteilswerte, kann hier aber die gastroösophageale Refluxkrankheit (K21) gelten, welche die häufigste Einzeldiagnose insgesamt aus dieser Diagnosehauptgruppe ist.

Im Vergleich dazu zeigen sich bei Krankheiten der Haut sowie Verletzungen/Vergiftungen mit zunehmendem Alter nur relativ geringe Steigerungen der Diagnoseraten (**III** Diagramm 2.3.4). Zwar steigen auch hier die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose aus dem Bereich dieser Krankheitsarten, der höchste Wert ist immerhin etwa doppelt so hoch wie der niedrigste, dennoch liegen nahezu alle Anteilswerte mindestens bei 20% und sind damit nur moderat abweichend vom altersübergreifenden Gesamtwert. Bei den Hautkrankheiten lässt sich exemplarisch aufzeigen, wie diesbezügliche Einzeldiagnosen jeweils in unterschiedlichen Altersgruppen besonders häufiges auftreten: So ist das atopische [endogene] Ekzem (L20), auch als Neurodermitis bekannt, weitaus am häufigsten bei den unter 5-Jährigen Grund für eine ambulante Behandlung, Akne (L70) betrifft vor allem die 15- bis 25-jährigen Versicherten und die meisten Schuppenflechte-Patienten (Psoriasis; L40) treten im Alter zwischen 60 und 80 Jahren auf. Die sonstige Dermatitis (L30) wird weitaus am meisten bei den unter 5-Jährigen, aber auch bei den über 80-Jährigen dokumentiert. Bei den Verletzungen und Vergiftungen sind die Einzeldiagnosen sogar so divers, dass keine einzelne Kodierung wesentlich die Anteile in bestimmten Altersgruppen erklärt. Hierbei ist außerdem sehr gut die Wechselwirkung mit anderen Erkrankungen nachvollziehbar, so wirken sich auch Verschleißerscheinungen wie etwa ein geschwächter Muskel-Skelett-Apparat oder verminderte Sehfähigkeit darauf aus, ob es beispielsweise zu Stürzen kommt und diese dann medizinisch behandelt werden müssen. Bei den hier außerdem dargestellten Krankheiten des Atmungssystems werden die Anteilswerte mit höherem Alter sogar geringer: Es stechen besonders die unter 5-Jährigen heraus, von denen etwa zwei Drittel wegen einer Atemwegserkrankung in ambulanter Behandlung gewesen sind. Dieser besonders hohe Anteil hängt allerdings auch mit der Erstattungsfähigkeit u. a. von Mund- und Rachentherapeutika sowie Erkältungsmedikamenten für Kinder bis 12 Jahren (**III** Kapitel 4.3) zusammen. Aber es ist auch bei den weiteren Altersgruppen zu beobachten, dass der Anteil der Versicherten mit zunehmendem Alter abnimmt, bis hin zu einem leichten „Rentenknick“ ab dem 65. Lebensjahr.

## 2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

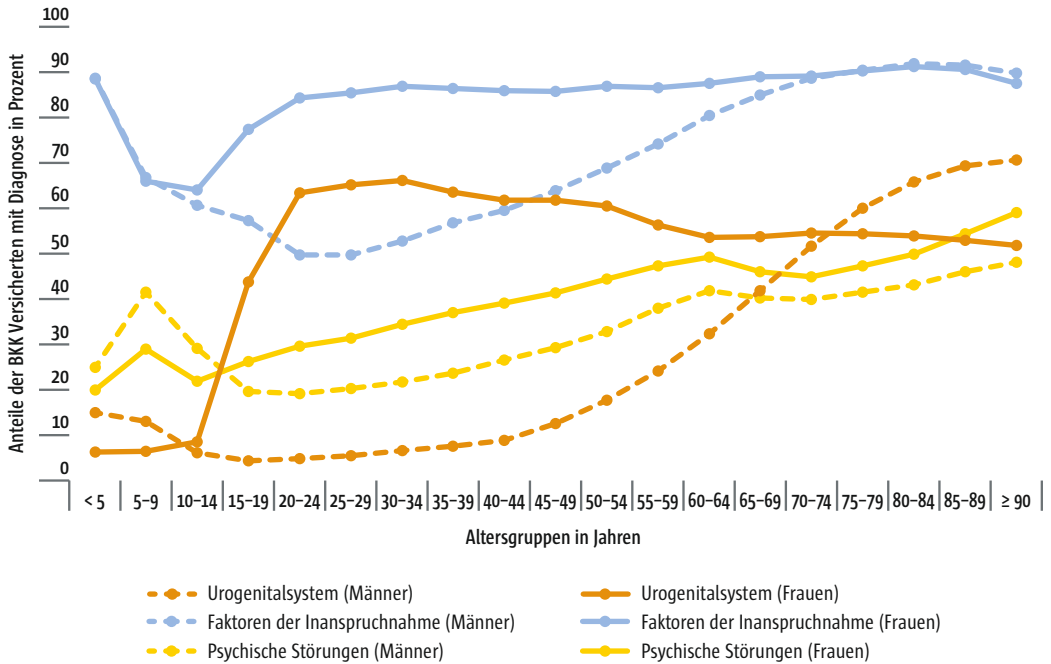
Diagramm 2.3.4 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021) – Teil 2



Wiederum sehr unterschiedliche Verläufe nehmen die Anteilswerte der im **III** Diagramm 2.3.5 dargestellten Erkrankungsarten. So sind die altersspezifischen Geschlechtsunterschiede bei den Urogenital-Erkrankungen besonders auffällig. Hierbei sticht das häufige Auftreten dieser Erkrankungen besonders bei Frauen zwischen 20 und 54 Jahren mit Anteilswerten über 60% hervor, während in der gleichen Altersspanne die männlichen Versicherten zu weniger als 20% deshalb in ambulanter Behandlung waren. Dies ist insbesondere durch geschlechtsspezifisch unterschiedliche anatomische Gegebenheiten (unterschiedliche Länge der Harnröhre, etc.) bzw. jeweils spezifische Organe bedingt. Während bei dieser Erkrankungsart die Prävalenz bei den Frauen hin zur höchsten Altersgruppe wieder etwas abnimmt, steigt bei den Männern der Anteil um das Vielfache, bis schließlich mehr als zwei Drittel der Männer ab dem 80. Lebensjahr eine solche Diagnose gestellt bekommen. Ein ähnliches Bild, wenn auch auf höherem Niveau der Anteilswerte, zeigt sich für die diagnostizierten Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens – die schon beschriebenen „Zusatzdiagnosen“ in der Klassifikation der Krankheiten (siehe **III** Exkurs Faktoren der Inanspruch-

nahme des Gesundheitswesens). Während über 88% beider Geschlechter bei den unter 5-Jährigen eine solche Diagnose bekommen haben (dies geht insbesondere auf die Kodierung Zoo zurück, worunter u. a. die Kindervorsorgeuntersuchungen fallen), nehmen bei den nächsthöheren Altersgruppen die Anteilswerte deutlich ab. Bei den ab 20-Jährigen zeigt sich schließlich eine große Differenz: Durchweg mehr als 80% der Frauen bekommen bis ins hohe Alter mindestens eine solche Zusatzdiagnose gestellt, bei den Männern sind es gerade bei den jungen Erwachsenen zwischen 20 und 29 Jahren nur knapp 50%. Grund dafür ist u. a. der hohe Anteil der Frauen, die Kontrazeptiva (Z30) bekommen, aber auch einige Krebsvorsorgeuntersuchungen (Z12) werden bei den Frauen schon ab dem 20. Lebensjahr empfohlen, während Männer erst später – und dann auch nicht so zahlreich – wegen solcher Vorsorgeuntersuchungen eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen. Entsprechend erfolgen bei mehr als 40% der Frauen zwischen 25 und 69 Jahren Krebsvorsorgeuntersuchungen, bei den Männern hingegen ist hierfür die höchste Inanspruchnahme bei den 70- bis 79-Jährigen zu verzeichnen, von denen aber „nur“ etwa ein Viertel eine solche Untersuchung durchführen lässt. Für die Zusatz-

Diagramm 2.3.5 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021) – Teil 3



diagnosen insgesamt ist in Bezug auf das Vorjahr zu konstatieren, dass insbesondere die Anteilswerte der Männer zwischen 20 und 54 Jahren mit jeweils einer Steigerung von über +5 Prozentpunkten zugenommen haben, wozu auch die verstärkte Inanspruchnahme von Impfungen (u.a. gegen Grippe) beigetragen hat. Die ebenfalls im Diagramm aufgeführten psychischen Störungen zeigen hingegen einen etwas anderen Verlauf. Bei den 5- bis 9-jährigen ist eine erste Spitze in der altersabhängigen Verteilungskurve zu beobachten, besonders die Jungen stehen dabei heraus. Diese sind häufiger als Mädchen von Sprachentwicklungsstörungen (F80), aber auch von Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (F82) sowie Verhaltens- und emotionalen Störungen (F98) betroffen. Ab der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen sind es hingegen die Frauen, die in höheren Anteilen aufgrund von psychischen Störungen in Behandlung sind. Dies geht insbesondere auf unterschiedliche Prävalenzen von Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (F43) sowie depressiven Episoden (F32) zurück. Für beide Geschlechter ist jenseits des Renteneintrittsalters ein leichter Rückgang zu verzeichnen, der höchste Anteilswert ist aber schließlich bei den über

90-jährigen erreicht. Für diese Altersgruppe spielt neben Depressionen aber die Demenz (F03) eine erhebliche Rolle, wovon knapp ein Fünftel der Männer und fast ein Viertel der Frauen betroffen ist.

### 2.3.2 Ambulante Versorgung nach Versichertenstatus

- Bei den Beschäftigten ist fast jeder Zweite wenigstens einmal aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt gewesen. Auch Atemwegserkrankungen kommen mit einem Anteil von mehr als 40% der Beschäftigten häufig vor.
- ALG-II-Empfänger weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an psychischen Diagnosen auf: 42% dieser Versichertengruppe sind aufgrund dessen in ambulanter Behandlung gewesen.

Wie **III** Tabelle 2.3.1 zeigt, ist der schon beschriebene generelle Trend, dass mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung sind, auch in den einzelnen Versichertengruppen wiederzufinden, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung. Bei der Gruppe der

**Tabelle 2.3.1** Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Versichertengruppen	Geschlecht	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	85,7
	Frauen	93,7
	<b>Gesamt</b>	<b>89,3</b>
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	63,0
	Frauen	73,3
	<b>Gesamt</b>	<b>67,7</b>
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	73,3
	Frauen	85,1
	<b>Gesamt</b>	<b>79,1</b>
Familienangehörige	Männer	86,4
	Frauen	89,2
	<b>Gesamt</b>	<b>88,0</b>
Rentner	Männer	94,9
	Frauen	95,5
	<b>Gesamt</b>	<b>95,2</b>
BKK Versicherte insgesamt	Männer	88,7
	Frauen	94,1
	<b>Gesamt</b>	<b>91,4</b>

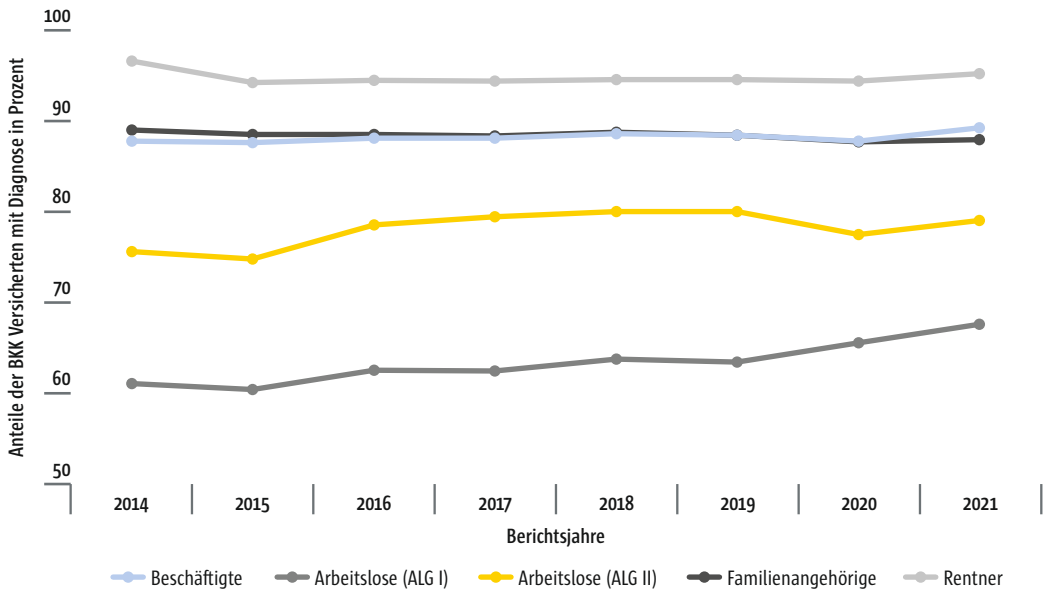
ALG-II-Empfänger ist die Wertedifferenz zwischen den Geschlechtern am größten, sodass nur 73,3% der männlichen, aber 85,1% der weiblichen Versicherten dieser Gruppe im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung waren. Ebenfalls einen Geschlechtsunterschied von mehr als 10 Prozentpunkten weisen die Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug auf, wobei sich bei diesen auch insgesamt der geringste Anteil an Versicherten mit ambulanter Diagnose zeigt: Im aktuellen Berichtsjahr wurde bei nur 67,7% eine Diagnose dokumentiert, immerhin rund –22 Prozentpunkte weniger als bei den Beschäftigten. Wie entsprechend der Altersanalysen zu erwarten ist, ist wiederum bei den Rentnern sowohl der höchste Anteil bei gleichzeitig geringstem geschlechtsspezifischem Unterschied vorzufinden. Die damit für den ambulanten Sektor beschriebene Rangfolge der Versichertengruppen ist auch bei den Arzneimittelverordnungen (» Kapitel 4.3) zu finden, hingegen sind in der stationären Versorgung die beiden Arbeitslosengruppen deutlich häufiger und länger in Behandlung (» Ka-

pitel 3.3) – was insbesondere auf den hohen Anteil psychischer Erkrankungen zurückzuführen ist.

Das » Diagramm 2.3.6 zeigt die Anteile mit Diagnose für die verschiedenen Versichertengruppen in Zeitverlauf seit 2014. Dabei sind Veränderungen vor allem bei den Anteilswerten für die beiden dargestellten Arbeitslosengruppen festzustellen. So ist die größte Veränderung gegenüber dem Vorjahr bei den ALG-I-Empfängern zu verzeichnen: Deren Inanspruchnahmequote ist, wie schon im Jahr davor, um weitere +2 Prozentpunkte gestiegen. Aber auch in den Jahren vor der Coronavirus-Pandemie ist eine Steigerung zu erkennen, zwischen dem niedrigsten Anteilswert im Jahr 2015 (60,4%) bis 2019 (63,5%) immerhin um weitere +3 Prozentpunkte. Für die ALG-II-Empfänger indes sind unregelmäßigere Schwankungen zu beobachten. In der Spitze waren 2018 und 2019 jeweils 80,1% der ALG-II-Empfänger mindestens einmal in ambulanter Behandlung gewesen, was gegenüber dem niedrigsten Wert im Jahr 2015 eine Steigerung von über +5 Prozentpunkten darstellt. Mit Beginn der Pandemie ging bei diesen



Diagramm 2.3.6 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen im Zeitverlauf (2014–2021)



allerdings anders als bei den anderen Versichertengruppen die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung erkennbar zurück (2020: 77,5% mit Diagnose). Bei den anderen Versichertengruppen ist deutlich weniger Veränderung zwischen den Jahren zu beobachten. Im aktuellsten Berichtsjahr hat neben den beiden Arbeitslosengruppen der Anteilswert noch am stärksten bei den Beschäftigten mit +1,5 Prozentpunkten zugenommen.

Auch in der detaillierten Betrachtung differenziert nach Diagnosehauptgruppen (III Tabelle 2.3.2) weisen die ALG-I-Empfänger durchweg geringere Anteilswerte im Vergleich zu allen Versicherten auf: So waren nur 22,1% aufgrund von Atemwegserkrankungen und nur 10,0% aufgrund von Infektionen in ambulanter Behandlung gewesen – jeweils ein nur rund halb so hoher Anteilswert wie bei den Versicherten insgesamt. Es ist allerdings zu vermuten, dass Arbeitslose mit ALG-I-Bezug gerade bei solchen Kurzzeiterkrankungen eher darauf verzichten, zum Arzt zu gehen: Während hierfür bei den beschäftigten Mitgliedern oftmals die Attestierung von Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend für den Arztbesuch ist, besteht bei ALG-I-Empfängern zwar ebenso eine AU-Attestpflicht, der „Nachweisdruck“ (die Verpflichtung besteht nur bei anberaumten Terminen) ist aber geringer als bei den Beschäftigten. Auch Augenkrankheiten sind bei den ALG-I-Emp-

fängern im Vergleich zu den Versicherten insgesamt nur bei einem halb so großen Anteil diagnostiziert worden. Ebenso besteht wie in den letzten Jahren bei den Inanspruchnahme-Faktoren eine enorme Differenz zwischen den beiden besagten Versichertengruppen.

Auch bei den ALG-II-Empfängern sind die Anteile mit Diagnose fast durchweg geringer als bei allen Versicherten – allerdings mit Ausnahme der psychischen Störungen: Bei den ALG-II-Empfängern sind sie mit 42,2% die (abgesehen von den in diesem Berichtsjahr noch häufiger vergebenen Diagnosen aus dem Bereich der Inanspruchnahme-Faktoren) am häufigsten diagnostizierte Erkrankungsart.

Bei den Familienangehörigen fallen hingegen – wie aufgrund des hohen Kinder- und Jugendlicherenteils zu erwarten – vor allem die Anteile der Infektionsdiagnosen (23,7%) sowie die der Krankheiten des Atmungssystems (43,5%) überdurchschnittlich aus. Dieses Phänomen hat auch im aktuellen Berichtsjahr Bestand, allerdings sind gerade aufgrund dieser beiden Erkrankungsarten weniger mitversicherte Familienangehörige im Vergleich zum Vorjahr in ambulanten Praxen vorstellig geworden (knapp –2 Prozentpunkte weniger gegenüber 2020).

Die beschäftigten Mitglieder, als die mit Abstand größte Versichertengruppe in diesem Vergleich, sind naturgemäß aufgrund ihres hohen Anteils an

## 2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

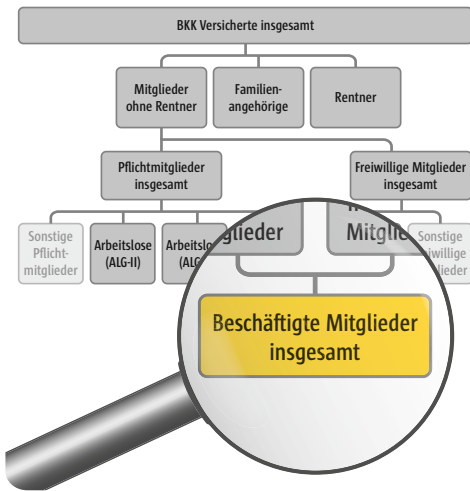
Tabelle 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)

Diagnosehauptgruppen	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner	BKK Versicherte insgesamt
	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent					
Infektionen	20,0	10,0	16,1	23,7	17,2	21,0
Neubildungen	18,0	11,4	9,5	9,5	36,8	20,2
Ernährung und Stoffwechsel	36,2	30,4	33,0	17,7	73,7	40,0
Psychische Störungen	31,0	33,0	42,2	27,2	47,3	34,7
Nervensystem	19,0	17,7	19,8	8,3	39,8	21,2
Auge	17,2	10,8	12,9	23,4	44,9	25,0
Ohr	11,6	8,0	9,4	12,3	27,0	15,4
Herz-Kreislauf-System	29,5	25,6	25,0	10,6	79,5	35,5
Atmungssystem	41,6	22,1	31,7	43,5	33,6	41,2
Verdauungssystem	25,5	20,1	24,2	16,3	50,7	29,1
Haut	22,7	14,6	18,9	25,0	34,2	26,4
Muskel-Skelett-System	49,1	35,9	39,3	22,2	71,3	47,9
Urogenitalsystem	34,6	21,5	25,6	20,8	52,4	35,6
Verletzungen/Vergiftungen	25,2	14,9	19,6	21,5	32,7	26,6
Faktoren der Inanspruchnahme	71,8	47,8	57,8	70,5	87,5	76,2
<b>Gesamt</b>	<b>89,3</b>	<b>67,7</b>	<b>79,1</b>	<b>88,0</b>	<b>95,2</b>	<b>91,4</b>

den Versicherten insgesamt in der Regel relativ nah am Gesamtdurchschnitt. Leicht über dem Durchschnitt liegen die Atemwegserkrankungen (41,6%) sowie die Muskel-Skelett-Krankheiten (49,1%). Dabei sind die Anteile der Beschäftigten, die mit einer Atemwegserkrankung behandelt wurden, gegenüber dem Vorjahr um -2 Prozentpunkte gesunken. Bei Verletzungen und Vergiftungen und den Inanspruchnahmefaktoren haben die Anteile aber um rund +3 Prozentpunkte gegenüber 2020 zugenommen.

In der Gruppe der Rentner sind muskuloskeletale Erkrankungen mit einem Anteil von 71,3% wie zuvor schon dargelegt deutlich verbreiteter, noch größere Anteile der berenteten Versicherten sind von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (79,5%) sowie Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (73,7%) betroffen. Wie schon zuvor ausgeführt wurde, verbergen sich hinter diesen Erkrankungsarten in weiten Teilen nicht akut lebensbedrohliche, oftmals chronische Krankheiten, wie krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte und Bluthochdruck.

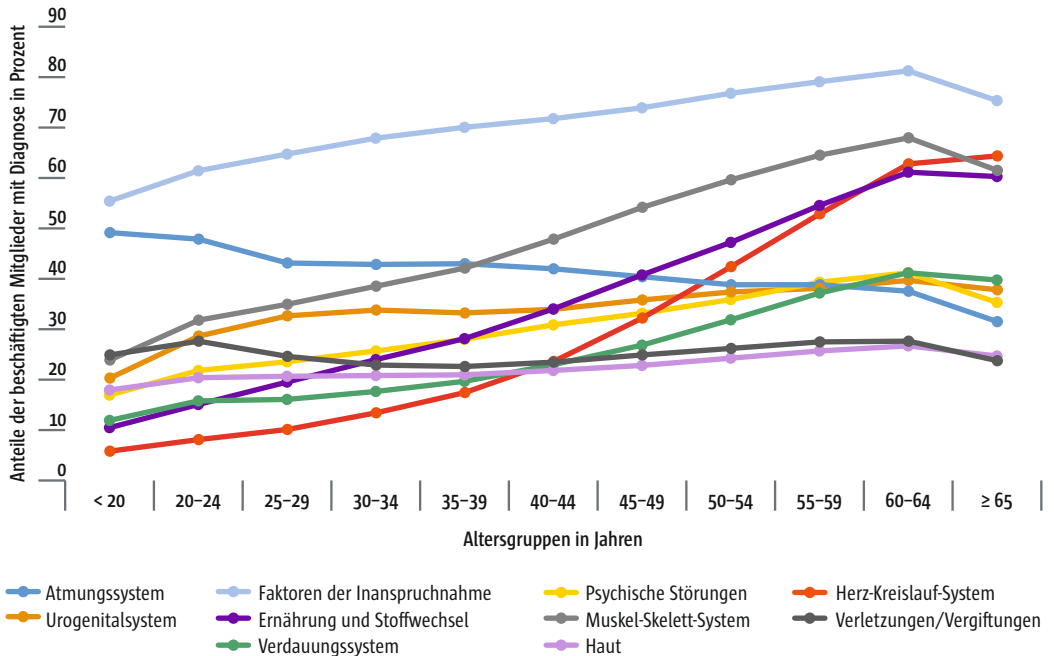
Fokus Beschäftigte Mitglieder



Die Gruppe der beschäftigten Mitglieder macht fast die Hälfte aller Versicherten aus und steht im Fokus bei den arbeitsweltlichen Analysen in diesem Kapitel. Aus diesem Grund sind nachfolgend weitere Details zu den Beschäftigten dargestellt.

In der Betrachtung der Anteilswerte für ausgewählte Erkrankungsarten nach Altersgruppen (» Diagramm 2.3.7) ist auch im ambulanten Versorgungssektor der schon aus anderen Leistungsbereichen bekannte, sogenannte *healthy worker effect* zu erkennen: Erwerbstätige, die kurz vor dem regulären Renteneintrittsalter stehen, weisen niedrigere Kennwerte auf als jüngere Beschäftigte, was eine bessere Gesundheit in dieser Altersgruppe nahelegt. Wesentlich geht dies aber auf einen vorhergehenden Selektionseffekt zurück: Personen mit chronischen bzw. schweren Erkrankungen sind häufig schon vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, sodass es sich bei den Beschäftigten ab 65 Jahren um eine selektierte Gruppe bezogen auf ihren Gesundheitszustand handelt. Bei fast allen hier dargestellten Diagnosegruppen ist solch ein Rückgang der Kennwerte zu verzeichnen, am stärksten ist dieser ausgeprägt bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen mit -6,4 Prozentpunkten. Eine Ausnahme ist hingegen die Diagnosehauptgruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Zwar ist auch hier ein deutliches Abflachen der Kurve zu erkennen, dennoch ist der höchste Wert aller Altersgruppen bei den Beschäftigten ab 65 Jahren zu verzeichnen. Auch zeigt sich, wie schon zuvor für die Versicherten insgesamt beschrieben

Diagramm 2.3.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2021)



## 2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

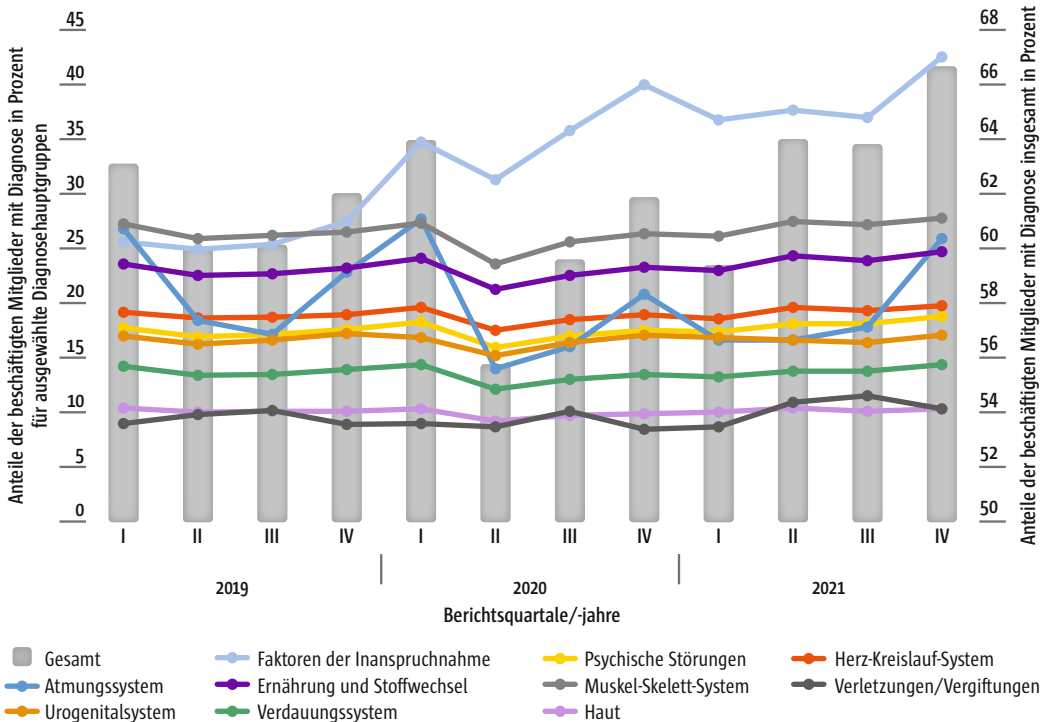
ben (»» Diagramm 2.3.3-2.3.5), für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine enorme Steigerung von den Jüngsten zu den Ältesten im Vergleich mit einem mehr als elfmal so großen Anteil Beschäftigter über 64 Jahren mit einer solchen Diagnose gegenüber den unter 20-jährigen. Hierzu gegenläufig nehmen die Anteilswerte bei den Krankheiten des Atmungssystems mit zunehmendem Alter fast kontinuierlich ab.

### Exkurs quartalsweise Entwicklung ambulante Versorgung der beschäftigten Mitglieder

Auch an dieser Stelle sei ein genauerer Blick auf die unterjährige Entwicklung geworfen. Hierzu stellt das »» Diagramm 2.3.8 für die zuvor dargestellten Erkrankungsarten die Anteile der Beschäftigten mit Diagnose für die Quartale der letzten drei Jahre dar. Ebenfalls offenkundig – wie schon bei den Versicherten insgesamt (»» Diagramm 2.2.2) – ist der deutliche Anstieg bei den Faktoren der Inanspruch-

nahme ab 2020, die gegenüber 2019 durchweg deutlich höhere Anteilswerte aufweisen. Zudem ist gut zu erkennen, dass in weiten Teilen der Pandemiezeit die Anteile der Beschäftigten, bei denen Krankheiten des Atmungssystems festgestellt wurden, gesunken sind. Erst im vierten Quartal 2021 ist ein merklicher Anstieg der Kennwerte zu erkennen, erstmals sind wieder mehr als 25% der Beschäftigten wegen Atemwegserkrankungen ambulant in Behandlung gewesen, dies war zuletzt im ersten Quartal 2019 und 2020 der Fall. Interessant ist außerdem, dass bei fast allen weiteren hier dargestellten Erkrankungsarten der Spitzenwert ebenfalls im vierten Quartal 2021 zu finden ist. Nicht der Fall ist dies nur bei Krankheiten der Haut und Verletzungen/Vergiftungen, aber selbst hier liegt der Anteilswert höher als der Durchschnitt aller Quartale. Der Rückgang der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung aufgrund der Coronavirus-Pandemie wird demnach also zum Ende des Jahres 2021 durch den Anstieg bei den anderen Krankheitsarten mehr als ausgeglichen.

Diagramm 2.3.8 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im quartalsweisen Zeitverlauf (2019–2021)



Die **III** Tabelle 2.3.3 stellt für die Gruppe der beschäftigten Mitglieder die häufigsten Einzeldiagnosen differenziert für Frauen und Männer dar. Wenig überraschend sind die speziellen Untersuchungen/Abklärungen (Z01) die mit Abstand am häufigsten dokumentierte Diagnose, wobei sich aber auch hier ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern zeigt (Frauen: 72,1% vs. Männer: 44,8%). Bei den Frauen bezieht sich die nachfolgend häufigste Dia-

gnose auf kontrazeptive Maßnahmen (Z30), für 44,0% ist dies der Grund für mindestens eine Konsultation gewesen. Die dritthäufigste Diagnose sind die Krebsvorsorgeuntersuchungen (Z12), die bei 41,9% durchgeführt worden sind. Bei den Männern ist indes die neu eingeführte Diagnose für die COVID-19-Impfung (U11) mit einem Anteilswert von 28,0% am zweithäufigsten dokumentiert worden, gefolgt von Rückenschmerzen (M54), weswegen 23,7%

**Tabelle 2.3.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)**

ICD-10-Code	Diagnosen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
<b>Männer</b>		
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	44,8
U11	Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19	28,0
M54	Rückenschmerzen	23,7
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	21,4
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	20,5
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	15,2
U99	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2	12,4
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	10,8
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	10,2
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	9,7
<b>Frauen</b>		
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	72,1
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	44,0
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	41,9
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	34,2
U11	Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19	29,5
M54	Rückenschmerzen	28,0
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	22,9
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	15,8
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	15,1
U99	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2	14,7

## 2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

der männlichen Beschäftigten in ambulanter Behandlung gewesen sind. Im Vergleich zum Vorjahr sind zudem die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2 (U99) deutlich häufiger Grund für das Aufsuchen der ambulanten Versorgung gewesen, bei beiden Geschlechtern stiegen die Anteilswerte um mehr als +5 Prozentpunkte. Hingegen deutlich seltener sind beide Geschlechter aufgrund von einer akuten Infektion der oberen Atemwege (J06) behandelt worden, dabei ist der Rückgang bei den Frauen stärker als bei den Männern ausgeprägt. Außerdem ist zu konstatieren, dass die männlichen Beschäftigten im aktuellen Berichtsjahr wieder mehr die Allgemeinuntersuchung und Abklärung (Z00) in Anspruch genommen haben, nachdem im Vorjahr für diese der Anteil mit einer solche Diagnose deutlich gesunken war.

### 2.3.3 Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen

Nachfolgend werden die ambulanten Versorgungsdaten nach höchstem Schul- und Berufsabschluss differenziert. Hierzu wird wiederum die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt betrachtet, da nur bei dieser Versichertengruppe die entsprechen-

de Zuordnung nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) vorliegt.

- Diejenigen ohne einen Schulabschluss sind im Vergleich zu Beschäftigten mit einem qualifizierten Schulabschluss mit Abstand am seltensten in ambulanter Behandlung.
- Beschäftigte mit einem Hochschulabschluss sind im Vergleich zu denen mit anderen Berufsabschlüssen seltener wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen behandelt worden.

### Höchster Schul- und Berufsabschluss

Bei der Analyse der Anteile der Beschäftigten mit Diagnose, aufgeschlüsselt nach höchstem Schulabschluss (III Tabelle 2.3.4), ist auffällig, dass im Gegensatz zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (III Kapitel 1.3) oder zur stationären Versorgung (III Kapitel 3.3) bei denjenigen ohne einen Schulabschluss nicht die höchsten, sondern die niedrigsten Kennwerte zu finden sind. Im Vergleich zum Vorjahr ist bei denjenigen ohne Schulabschluss zumindest eine leichte Steigerung der Anteile mit einer ambulant gestellten Diagnose zu verzeichnen, dennoch bleibt weiterhin deren Inanspruchnahmequote

Tabelle 2.3.4 Ambulante Versorgung – Anteile mit Diagnose und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

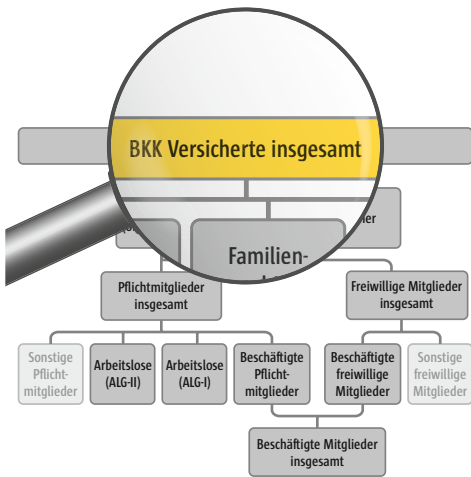
Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamt
			Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent		
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	44,3	78,0	85,0	80,2
	Haupt-/Volksschulabschluss	46,0	88,5	93,3	90,1
	Mittlere Reife oder gleichwertig	42,1	87,2	94,7	90,9
	Abitur/Fachabitur	39,8	82,6	92,4	87,5
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	34,5	80,0	89,2	83,9
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	44,3	88,2	95,0	91,4
	Meister/Techniker oder gleichwertig	46,1	87,6	94,1	89,3
	Bachelor	34,3	77,6	89,7	83,5
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	43,8	83,7	92,1	87,4
	Promotion	44,4	81,1	90,1	84,9
<b>Gesamt</b>		<b>42,7</b>	<b>85,7</b>	<b>93,7</b>	<b>89,3</b>

deutlich hinter allen anderen hier aufgeführten Gruppen zurück. Dies deutet darauf hin, dass diese Beschäftigtengruppe zumindest teilweise eine größere Ferne zum Gesundheitssystem aufweist, ohne dass dies altersbedingt wäre (Beschäftigte ohne Schulabschluss sind knapp ein Jahr älter als der Durchschnitt). So sind i. d. R. für diese Gruppe erheblich weniger Zusatzdiagnosen sowie Urogenitalerkrankungen dokumentiert, außerdem sind die Anteile mit ambulant diagnostizierten Atmungssystem-Erkrankungen sowie Neubildungen deutlich geringer.

In der Differenzierung nach höchstem Berufsabschluss sind es die Beschäftigten mit Bachelor-Abschluss, deren Anteile mit Diagnose sehr niedrig sind, bei den männlichen Absolventen ist der Wert sogar noch einmal deutlich geringer als bei den weiblichen. Allerdings sind Beschäftigte mit Bachelor-Abschluss auch mehr als 8 Jahre jünger als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Wie dem Alter ent-

sprechend zu erwarten ist, besteht bei den Bachelor-Absolventen auch der größte Unterschied zwischen den Geschlechtern mit einer Differenz von 12 Prozentpunkten (Frauen: 89,7% vs. Männer: 77,6%). Nur wenig älter sind diejenigen ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss, wozu u. a. auch die Auszubildenden zählen. Wie zu erwarten war auch von dieser Beschäftigtengruppe nur ein unterdurchschnittlicher Anteil in ambulanter Behandlung gewesen. Dies steht allerdings im Kontrast zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (III Kapitel 1.3), wo diejenigen ohne Abschluss überdurchschnittliche Kennwerte aufweisen. Anders hingegen bei denjenigen mit einem anerkannten Berufsausbildungsabschluss: Diese weisen auch in den anderen Leistungsbereichen überdurchschnittlich hohe Kennwerte auf, so sind auch in der ambulanten Versorgung deren Anteilswerte am höchsten (Frauen: 95,0% vs. Männer: 88,2%).

## 2.4 Ambulante Versorgung in Regionen



Auch der jeweilige Wohnort der Versicherten selbst hat einen Einfluss auf deren Gesundheit – ursächlich hierfür sind unterschiedliche regionale Lebens- und Arbeitsbedingungen (z.B. Wirtschaftskraft, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie die soziokulturellen Bedingungen), aber auch die medizinische Versorgung vor Ort (z.B. Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte). Nachfolgend werden deshalb die Kennwerte der ambulanten Versorgung regional differenziert betrachtet. Im Vergleich zum Vorjahr zeigten sich dabei auch auf regionaler Ebene die schon beschriebenen Veränderungen, allerdings treten keine besonderen pandemiebedingten Muster zu Tage, sodass nachfolgend im Wesentlichen keine Details zu Veränderungen zum Vorjahr zu erörtern sind.

- Sachsen-Anhalt ist mit deutlichem Abstand Spitzenreiter bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bei rund 48% der dortigen Versicherten wurden diese mindestens einmal diagnostiziert. Zum Vergleich: In Hamburg waren es nur etwa 28%.

- Sachsen-Anhalt hat auch bei Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten den Spitzenplatz inne, die meisten psychischen Störungen genauso wie Haut- und Urogenital-Krankheiten wurden hingegen in Mecklenburg-Vorpommern diagnostiziert.

Bei der detaillierteren Analyse des regionalen Krankheitsgeschehens bezüglich der im ambulanten Bereich häufigsten Diagnosehauptgruppen (»» Tabelle 2.4.1) zeigen sich bei bestimmten Erkrankungsarten insbesondere zwischen den Ost- und Westbundesländern deutliche Unterschiede. Dabei spielen das höhere Durchschnittsalter (»» Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten), die höhere Arbeitslosenquote sowie infrastrukturelle Unterschiede in den ostdeutschen Bundesländern sicher eine große Rolle.

So sind in den Ostbundesländern in der Regel höhere Versichertenanteile aufgrund von solchen Erkrankungsarten ambulant behandelt worden, die häufiger bei den höheren Altersgruppen diagnostiziert werden (vgl. »» Kapitel 2.3.1). Dies gilt insbesondere für die als „Seniorenkrankheiten“ geltenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Wie schon in den Vorjahren sind diese mit Abstand am häufigsten in Sachsen-Anhalt festgestellt worden, 47,8% der dort wohnhaften BKK Versicherten sind aufgrund dessen in ambulanter Behandlung gewesen. Zudem sind die nachfolgend höchsten Anteilswerte allesamt in den Ostbundesländern zu verorten. Die geringsten Anteile von Versicherten mit einer kardiovaskulären Diagnose weisen wie schon im vergangenen Jahr Hamburg (27,6%) und Baden-Württemberg (30,2%) auf. Weiterhin liegen auch bei den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (45,2%) sowie den Muskel-Skelett-Erkrankungen (54,3%) die höchsten Anteilswerte in Sachsen-Anhalt. Mecklenburg-Vorpommern ist wiederum Spitzenreiter bei den Anteilen derer, die aufgrund



Tabelle 2.4.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)

Bundesländer	Ernäh- rung und Stoff- wechsel	Psychi- sche Störün- gen	Herz- Kreislauf- System	Atmungs- system	Verdau- ungs- system	Haut	Muskel- Skelett- System	Uro- genital- system	Verlet- zungen/ Vergif- tungen	Faktoren der Inan- spruch- nahme
Baden- Württemberg	35,4	33,1	30,2	38,9	24,8	24,9	44,1	34,1	24,4	76,6
Bayern	38,8	33,6	32,4	41,5	28,4	26,7	47,4	35,1	27,5	77,3
Berlin	38,1	38,2	32,5	40,8	27,6	24,9	44,8	33,6	23,5	72,8
Brandenburg	41,6	35,9	39,9	41,0	27,9	25,9	49,8	37,0	24,0	75,4
Bremen	39,6	36,7	35,1	39,4	29,9	26,3	46,1	34,1	24,9	74,3
Hamburg	33,5	35,3	27,6	40,6	24,8	24,2	39,9	31,5	23,5	73,2
Hessen	38,9	33,7	34,2	41,5	28,7	26,0	47,3	34,4	27,1	75,3
Mecklenburg- Vorpommern	44,9	39,3	43,9	41,6	30,6	28,1	52,7	38,8	26,2	78,3
Niedersachsen	40,4	36,1	37,7	40,3	29,8	27,2	49,9	36,6	27,9	75,8
Nordrhein- Westfalen	42,6	34,4	37,9	42,3	31,5	26,5	48,8	36,5	26,9	76,3
Rheinland- Pfalz	43,4	34,7	38,8	41,8	31,3	27,1	50,6	37,8	28,2	74,3
Saarland	42,3	35,2	38,2	42,3	32,9	25,8	50,8	34,4	28,8	76,7
Sachsen	42,1	36,2	42,8	39,8	28,3	25,9	50,7	36,3	24,2	76,5
Sachsen- Anhalt	45,2	36,9	47,8	41,1	31,7	27,8	54,3	38,0	26,4	77,1
Schleswig- Holstein	35,7	34,0	34,0	38,3	27,4	25,6	46,3	33,1	26,8	74,4
Thüringen	44,2	36,0	46,3	42,7	31,8	26,9	54,1	37,2	27,5	77,0
<b>Gesamt</b>	<b>40,0</b>	<b>34,7</b>	<b>35,5</b>	<b>41,2</b>	<b>29,1</b>	<b>26,4</b>	<b>47,9</b>	<b>35,6</b>	<b>26,6</b>	<b>76,2</b>

von psychischen Störungen (39,3%), Krankheiten der Haut (28,1%) sowie des Urogenitalsystems (38,8%) behandelt wurden. Außerdem sind in diesem Bundesland am häufigsten Diagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme (78,3%) vergeben worden.

An dieser Stelle sei außerdem auf eine Besonderheit bei den Diagnoseraten für Neubildungen in Bremen hingewiesen (nicht in der Tabelle dargestellt): In diesem Bundesland sind in der stationären Versorgung für diese Erkrankungsart sehr viele Fälle und Behandlungstage zu verzeichnen (» Kapi-

tel 3.4) – in der ambulanten Versorgung ist hier hingegen der Anteil Versicherter mit einer Neubildungsdiagnose unterdurchschnittlich (18,2%) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (20,2%).

Wie schon bei den Anteilswerten bezogen auf alle Diagnosen erhöht sich auch bei Betrachtung einzelner Erkrankungsarten die Varianz, wenn man die Anteile auf Kreisebene statt für Bundesländer betrachtet. Nachfolgend werden die landkreisbezogenen Kennwerte für vier ausgewählte Diagnosehauptgruppen betrachtet, diejenigen Diagnosehauptgruppen mit der dabei größten bzw. geringsten Kenn-

wertvarianz werden exemplarisch auch als Diagramm dargestellt.

**Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems:** Waren im Bundesländervergleich die Versicherten in Sachsen-Anhalt und Thüringen den Diagnoseanteilen zufolge häufiger von diesen Erkrankungen betroffen, so zeigt sich in diesen Ostbundesländern auch auf Kreisebene eine deutliche Häufung überdurchschnittlicher Anteilswerte. Der mit 59,2% höchste Anteil der Versicherten mit einer solchen Diagnose ist wie schon im Vorjahr im brandenburgischen Kreis Prignitz zu finden, gefolgt vom thüringischen Kreis Schmalkalden-Meiningen (58,7%) sowie in der kreisfreien Stadt Eisenach (58,6%), die im selben Bundesland liegt. Aber auch in den rheinland-pfälzischen Landkreisen in der Nähe zur französischen Grenze sind regelmäßig deutlich überdurchschnittliche Inanspruchnahmequoten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verzeichnen, am höchsten im aktuellen Berichtsjahr im Kreis Kusel mit immerhin 56,6% der Versicherten, die eine solche Diagnose erhalten haben. In Rheinland-Pfalz ist hingegen ein deutlich unterdurchschnittlicher Anteilswert zu finden und zwar in der Stadt Trier, wo nur 39,8% aufgrund Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung waren. Sogar noch größer fällt die Differenz zwischen höchster und niedrigster Inanspruchnahmequote in Hessen aus (Werra-Meißner-Kreis: 56,6% vs. Frankfurt am Main: 38,0%). Die wenigsten Versicherten mit einer solchen Diagnose sind hingegen in Heidelberg (33,1%) und Flensburg (35,2%) zu finden.

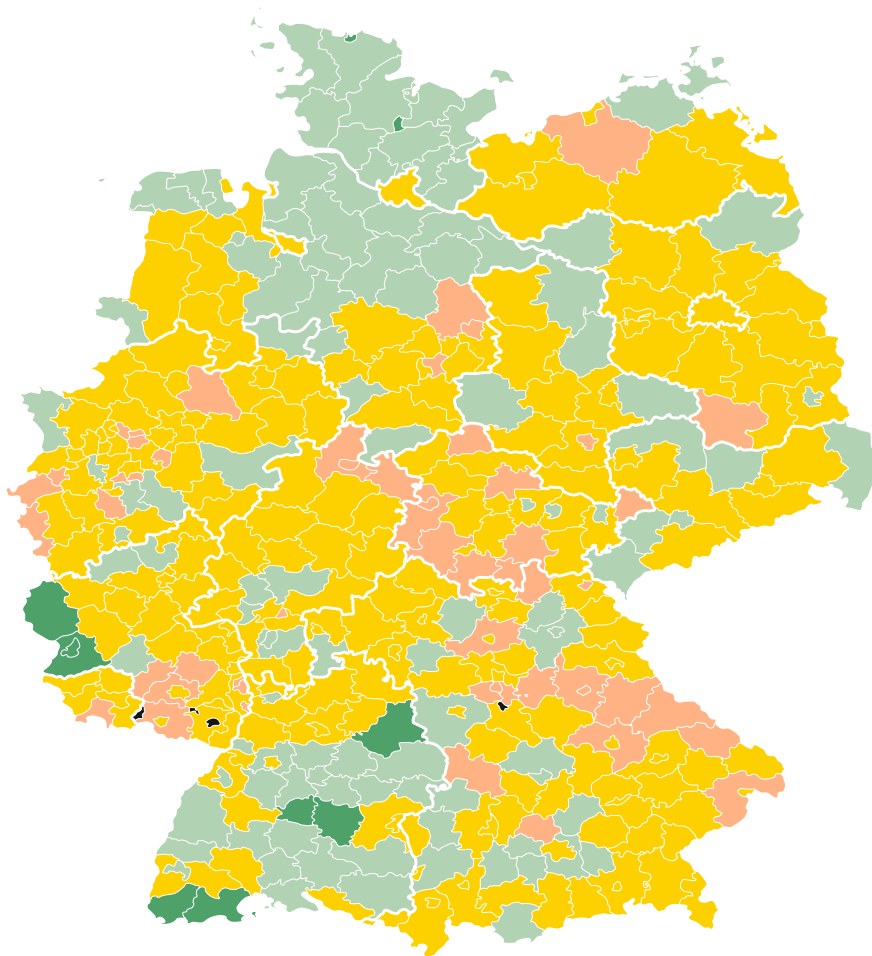
**Krankheiten des Atmungssystems:** Wie anhand von **»»** Diagramm 2.4.1 zu erkennen ist, sind die Anteile der Versicherten mit einer diagnostizierten Atmungssystem-Erkrankung weniger stark schwankend. Am häufigsten wurden entsprechende Diagnosen im aktuellen Berichtsjahr im thüringischen Wartburgkreis gestellt, wo 47,0% der dort wohnhaften Versicherten deswegen in ambulanter Behandlung gewesen sind. Am zweithäufigsten wurden Atmungssystem-Erkrankungen im Kreis Hildburghausen diagnostiziert, der ebenfalls in Thüringen liegt. Auch hier ist es wieder das Bundesland Rheinland-Pfalz, das die größte Schwankungsbereite bei den Anteilswerten aufweist: So sind in Kusel 45,6% der Versicherten aufgrund von dieser Erkrankungsart behandelt worden, im Eifelkreis Bitburg-Prüm sind es hingegen nur 33,3% gewesen. Der geringste An-

teilswert im aktuellen Berichtsjahr ist hingegen in Flensburg mit 31,6% zu verzeichnen.

**Krankheiten des Kreislaufsystems:** Wie das **»»** Diagramm 2.4.2 eindrücklich erkennen lässt, sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonders in den ostdeutschen Kreisen deutlich überdurchschnittlich häufig (d.h. mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt) Grund für eine ambulante Behandlung. Ausnahme bildet insbesondere Berlin, Potsdam und der „Speckgürtel“ um diese Städte. Hingegen liegen diejenigen acht Kreise, in denen sogar mehr als die Hälfte der Versicherten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Behandlung sind, allesamt in ostdeutschen Bundesländern. Den Spitzenwert hat dabei der Saalekreis in Sachsen-Anhalt mit 53,4% inne, gefolgt vom thüringischen Kreis Schmalkalden-Meiningen mit 51,5%. Eine deutliche Häufung von Kreisen, in denen hingegen nur ein deutlich unterdurchschnittlicher Anteil der Versicherten wegen solcher Beschwerden behandelt worden ist, ist in den süddeutschen Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg zu finden, d.h. in denjenigen Bundesländern, in denen die Versicherten jünger als der Gesamtdurchschnitt sind. So waren in Freiburg im Breisgau nur 22,0%, in Heidelberg sogar nur 21,3% der Versicherten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen behandelt worden.

**Psychische Störungen:** Auch in der landkreisbezogenen Auswertung der Anteile Versicherter mit einer ambulant diagnostizierten psychischen Störung, ist die Schwankungsbereite der Werte ebenfalls nicht so groß wie bei den zuvor dargestellten Muskel-Skelett- bzw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Wie schon im Vorjahr sind die höchsten Werte in der Küstenregionen Deutschlands zu finden: Wiederum sind mit einem Anteil von 43,0% die meisten Versicherten mit einer solchen Diagnose in Rostock in Mecklenburg-Vorpommern zu finden, gefolgt vom niedersächsischen Wilhelmshaven (42,4%). Außerdem sind diejenigen Regionen mit besonders hohen Anteilswerten (mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt) meist kleine Kreise bzw. Kreisstädte (z.B. Hof, Halle an der Saale). Deutlich unterdurchschnittliche Anteile sind hingegen eher im süddeutschen Raum vorzufinden, wie etwa im baden-württembergischen Kreis Schwäbisch Hall (26,8%), dem bayrischen Kreis Unterallgäu (27,1%) sowie dem ebenfalls baden-württembergischen Kreis Tübingen (27,6%).

Diagramm 2.4.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Krankheiten des Atmungssystems nach Landkreisen (Wohnort) – mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2021)



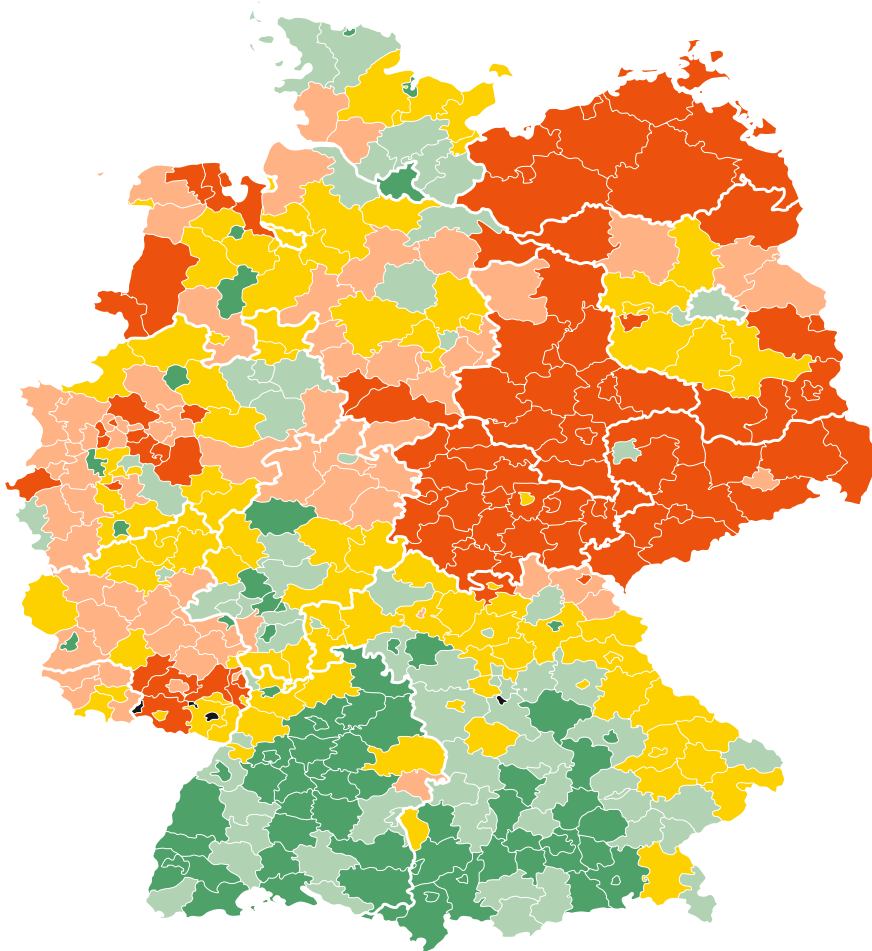
Prozentuale Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt (41,2%)

- |  |   |
|--|---|
| <span style="color: green;">■</span> mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt   | <span style="color: lightcoral;">■</span> 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: lightgreen;">■</span> 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt | <span style="color: darkred;">■</span> mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: yellow;">■</span> ± 5% um den Bundesdurchschnitt             | <span style="color: black;">■</span> keine Angaben*                             |

\* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

## 2.4 Ambulante Versorgung in Regionen

Diagramm 2.4.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Krankheiten des Kreislaufsystems nach Landkreisen (Wohnort) – mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2021)

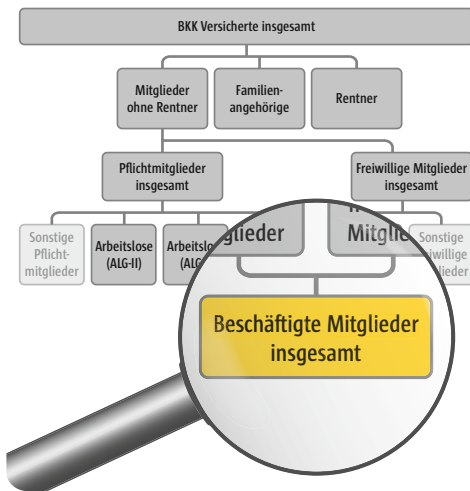


Prozentuale Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt (35,5%)

- |  |  |
|--|--|
| <span style="color: green;">■</span> mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt   | <span style="color: orange;">■</span> 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt        |
| <span style="color: lightgreen;">■</span> 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt | <span style="color: darkorange;">■</span> mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: yellow;">■</span> ± 5% um den Bundesdurchschnitt             | <span style="color: black;">■</span> keine Angaben*                                |

\* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

## 2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt



Die nachfolgenden Analysen beziehen zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren ein, so u. a. die Zugehörigkeit des beschäftigenden Unternehmens zu einer Wirtschaftsgruppe, der Beschäftigten selbst zu einer Berufsgruppe, die Vertragsform der Beschäftigung (Befristung, Voll-/Teilzeit), das Anforderungsniveau der Tätigkeit sowie das Arbeiten mit oder ohne Arbeitnehmerüberlassung. Dabei beziehen sich die folgenden Analysen auf die Versichertengruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt (eine Beschreibung dieser Versichertengruppe hinsichtlich soziodemografischer Merkmale ist im »» Kapitel 0.2 aufgeführt).

### 2.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

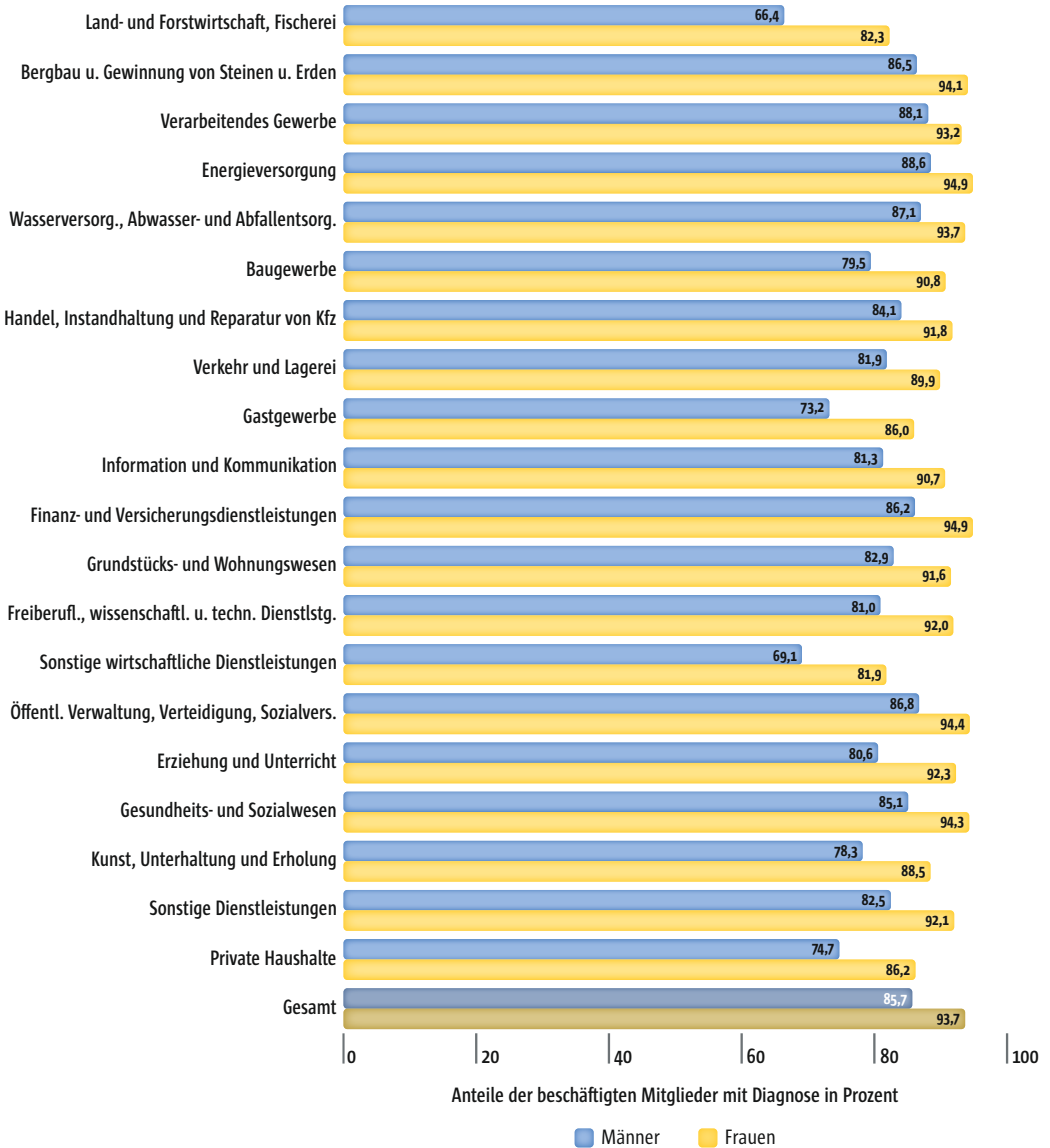
- Die höchsten Anteile männlicher Beschäftigter, die in ambulanter Behandlung waren, sind in der Energieversorgung zu finden, gefolgt von denen im verarbeitenden Gewerbe. Bei den Frauen weisen diejenigen

in Finanz- und Versicherungsdienstleistungen die höchste Inanspruchnahmequote auf, gleichauf mit denjenigen in der Energieversorgung.

- Wie schon in den Vorjahren sind die geringsten Anteile insgesamt bei Beschäftigten in Land- und Forstwirtschaft vorzufinden. Dabei sind es die dort beschäftigten Männer, die besonders selten in ambulanter Versorgung gewesen sind.

Wie das »» Diagramm 2.5.1 eindrücklich zeigt, bestehen zwischen den Wirtschaftsgruppen teils erhebliche Differenzen hinsichtlich der Anteile der Beschäftigten, die in ambulanter Behandlung waren. Außerdem sind auch innerhalb einzelner Wirtschaftsgruppen große Geschlechtsunterschiede festzustellen. Wie schon in den Vorjahren ist der Anteil der Beschäftigten mit Diagnose insgesamt am niedrigsten in der Land- und Forstwirtschaft. Einzeln nach Geschlecht betrachtet weisen insbesondere die dort beschäftigten Männer eine sehr niedrige Inanspruchnahmequote auf: Nur 66,4% der dort tätigen Männer sind 2021 in ambulanter Behandlung gewesen. Im Vergleich zum Vorjahr ist dieser Anteilswert sogar um fast +4 Prozentpunkte gestiegen, dennoch sind aus keiner Wirtschaftsgruppe von den dort beschäftigten Männern weniger in ambulanter Behandlung gewesen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass deren Durchschnittsalter (»» Kapitel 0.2) niedriger ist als das der meisten anderen Wirtschaftsgruppen. Den geringsten Anteil weiblicher Beschäftigter mit einer Diagnose weisen hingegen in diesem Jahr die sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen auf, von denen nur 81,9% bei Niedergelassenen in Behandlung waren. Ebenfalls deutlich unterdurchschnittlich sind die Anteile der Beschäftigten in privaten Haushalten die in ambulanter Behandlung waren. Diese sind allerdings mit im Schnitt knapp 50 Jahren deutlich älter als die Beschäftigten in anderen Wirtschaftsgruppen und weisen in der stationären Versorgung überdurchschnittlich viele Behand-

Diagramm 2.5.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



lungstage auf (»» Kapitel 3.5.1). Der höchste Anteilswert bei den Männern ist wiederum bei den Beschäftigten in der Energieversorgung zu verzeichnen (88,6%), gefolgt von den Beschäftigten des verarbeitenden Gewerbes (88,1%). Auch bei den Frauen ist die höchste Inanspruchnahmequote bei denjenigen, die in der Energieversorgung tätig sind, zu finden, gleichauf sind diese mit den weiblichen Beschäftigten

in den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (mit jeweils 94,9%). An dritter Stelle in diesem Vergleich folgt die öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung. Die Beschäftigten in den ersten beiden Branchen sind zwar auch älter als der Durchschnitt, sie sind allerdings weniger Tage arbeitsunfähig (»» Kapitel 1.5.1), seltener in stationärer Behandlung als der Durchschnitt (»» Kapitel 3.5.1) und be-

kommen zumindest nur durchschnittlich häufig Medikamente verordnet (III Kapitel 4.5.1). Anders hingegen als beispielsweise die Beschäftigten der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung, die auch in den genannten drei anderen Leistungsbereichen jeweils überdurchschnittliche Kennzahlen aufweisen. Wie dieser Abgleich zwischen den Leistungsbereichen zeigt, reicht die alleinige Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsstruktur innerhalb der Wirtschaftsgruppen nicht aus, um die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in den jeweiligen Sektoren zu erklären. Wie die arbeitsweltlichen Analysen in den verschiedenen Kapiteln verdeutlichen, ist dabei ebenso die Belastung durch die Arbeit ein eigenständiger Einflussfaktor, zudem spielen wahrscheinlich „Hemmschwellen“ (z.B. Konsequenzen am Arbeitsplatz, aber auch Motivationsunterschiede etwa bei Vorsorgemaßnahmen) eine Rolle.

Im III Diagramm 2.5.2 sind zur Betrachtung weiterer Details die Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose aus den verschiedenen Wirtschaftsabschnitten für die Diagnosehauptgruppen psychische Störungen, Muskel-Skelett-, Atmungssystem- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen differenziert. Die Beschäftigten in Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung weisen dabei die höchsten Anteile derer auf, die wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen (53,8%) sowie aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (35,0%) in ambulanter Behandlung waren. Psychische Störungen sind bei den im Gesundheits- und Sozialwesen Tätigen besonders häufig Grund für eine ambulante Behandlung (37,6%), zudem weisen diese auch für die Krankheiten des Atmungssystems den höchsten Wert (46,0%) auf. Ersichtlich wird in diesem Diagramm außerdem, dass die in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung Tätigen in allen hier aufgeführten Erkrankungsarten sehr hohe Diagnoseanteile aufweisen: Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychischen Störungen haben sie jeweils den zweithöchsten Anteilswert inne, bei Atmungssystem- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegen diese auf Rang 3 bzw. 4 in diesem Vergleich. Jeweils deutlich unterdurchschnittliche Anteilswerte für alle aufgeführten Erkrankungsarten weisen insbesondere die Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft, der Fischerei sowie der Information und Kommunikation auf.

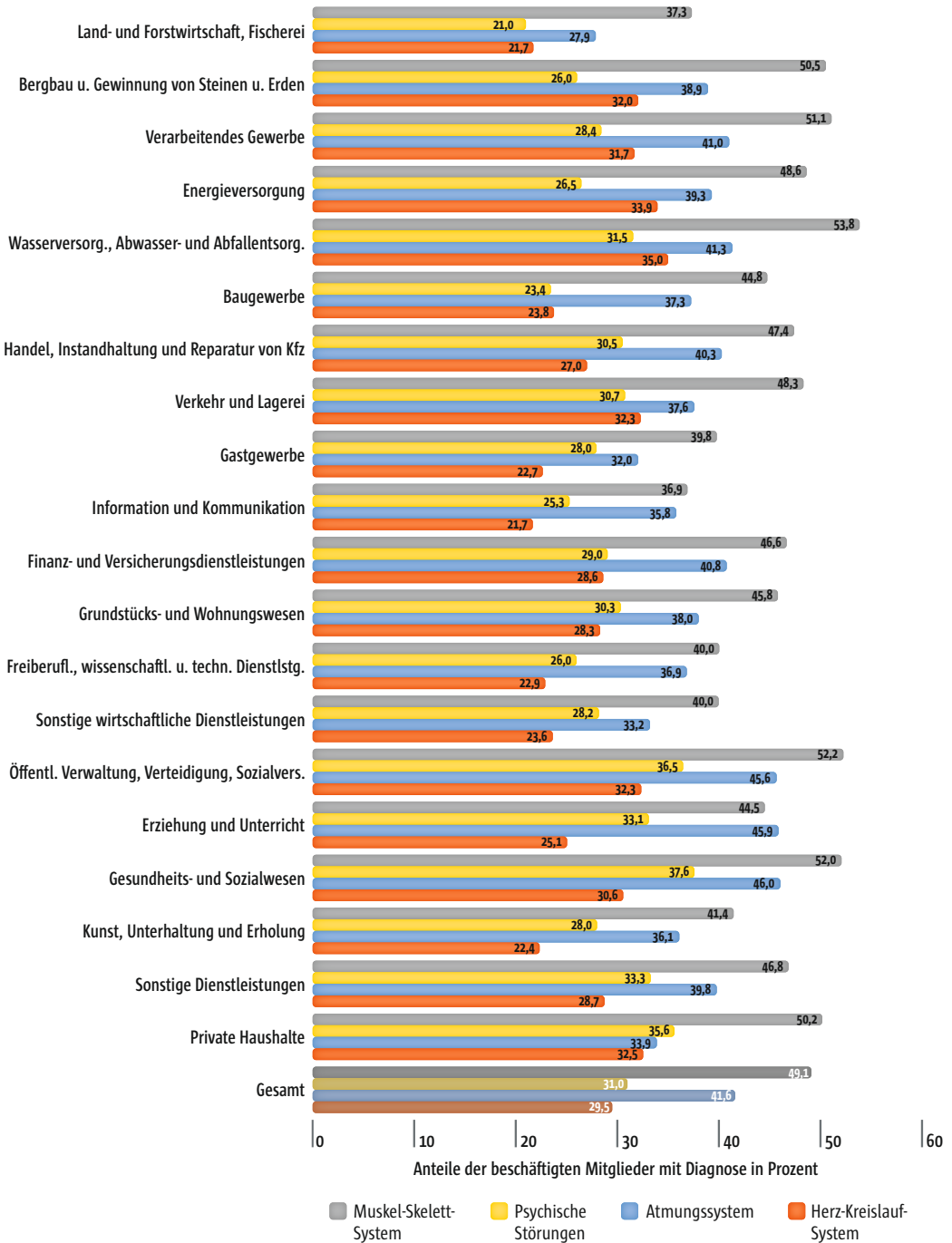
Bei weiterer Differenzierung nach Wirtschaftsabteilungen (III Tabelle 2.5.1) zeigen sich wie schon in Vorjahr besonders hohe Anteilswerte für das Gesundheitswesen sowie für Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime): Von den Beschäftigten in diesen

Branchen sind im aktuellen Berichtsjahr insgesamt 92,9% bzw. 92,2% in ambulanter Behandlung gewesen. Die hohen Anteilswerte haben sicher auch mit der generellen besonderen Nähe zur Gesundheitsversorgung zu tun, insbesondere die Heim-Mitarbeiter stechen allerdings auch bei vielen Erkrankungsarten mit deutlich überdurchschnittlichen Anteilswerten hervor, wie die nachfolgende Betrachtung zeigt:

- **Psychische Störungen** sind am häufigsten bei Beschäftigten in Heimen (ohne Erholungs- und Ferienheime) (42,6%) diagnostiziert worden. Danach folgen in der Rangreihe die Beschäftigten im Sozialwesen (ohne Heime) (39,5%) sowie die öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (36,5%). Das Beschäftigten im Gesundheitswesen weisen immerhin den acht-höchsten Wert auf.
- Auch bei den **Muskel-Skelett-Erkrankungen** gehören die Beschäftigten in Heimen zu denjenigen mit den höchsten Anteilswerten. 55,4% von diesen sind aufgrund dieser Erkrankungsart ambulant behandelt worden. Nur von den Beschäftigten in der Metallerzeugung und -bearbeitung waren noch mehr deswegen bei einer Ärztin oder einem Arzt (57,0%) in Behandlung. Die meisten Branchen mit überdurchschnittlichen Anteilen der Beschäftigten mit Muskel-Skelett-Erkrankungen kommen allerdings aus dem verarbeitenden Gewerbe. So ist auch die Branche mit dem dritthöchsten Anteilswert (54,6% der Beschäftigten in der Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus waren deshalb ambulant in Behandlung) diesem Wirtschaftsabschnitt zuzuordnen.
- Die höchsten Anteile der Beschäftigten mit **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** sind ebenfalls bei den Beschäftigten in der Metallerzeugung und -bearbeitung (38,8%) zu finden, gefolgt vom Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen (36,9%), sowie der Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen, Rückgewinnung (35,3%). Hierbei ist aber zu berücksichtigen, dass alle drei Branchen ein überdurchschnittliches Alter aufweisen.
- Die Beschäftigten in Erziehung und Unterricht (45,9%) sind am häufigsten wegen **Krankheiten des Atmungssystems** in Behandlung gewesen, am zweihäufigsten waren dies die Beschäftigten der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung (45,6%). Knapp dahinter mit nur leicht geringeren Anteilen der Beschäftigten mit Diagnosen folgen auch hier das Gesundheitswesen (45,5%), das Sozialwesen (ohne Heime) (45,4%), sowie die Heime (45,3%).

## 2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.5.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)





**Tabelle 2.5.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2021)**

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
86	Gesundheitswesen	92,9
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	92,2
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	91,9
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	91,8
51	Luftfahrt	91,8
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	91,1
36	Wasserversorgung	91,1
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	90,6
75	Veterinärwesen	90,5
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen	90,4
	<b>Gesamt</b>	<b>89,3</b>
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	81,6
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	80,9
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation	80,9
41	Hochbau	79,4
2	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	79,2
56	Gastronomie	78,5
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	74,5
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	72,9
1	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	71,6
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	58,9

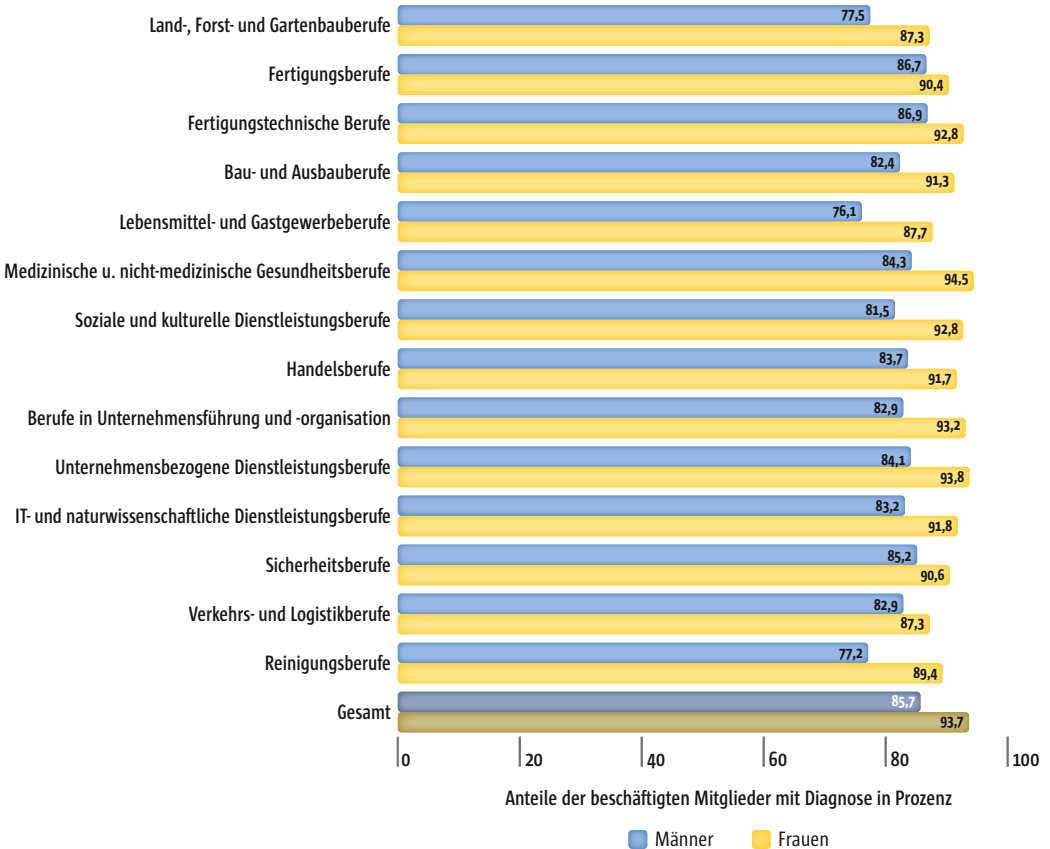
### 2.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Beschäftigte in Gesundheitsberufen sind am häufigsten in ambulanter Behandlung gewesen. Dies liegt aber auch daran, dass strengere Regeln für diese Berufsgruppe gelten (kein Arbeiten mit auch nur leichten Erkältungssymptomen, Testpflicht für SARS-CoV-2 etc.). Sie sind aber auch überdurchschnittlich häufig aufgrund von psychischen Störungen in Behandlung gewesen.
- Insgesamt sind Reinigungskräfte seltener als andere Berufsgruppen in ambulanter Behandlung gewesen. Allerdings sind dabei gerade bei den Reinigungskräften am häufigsten Muskel-Skelett-Erkrankungen,

psychischen Störungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen diagnostiziert worden.

Die Beschäftigten in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen weisen i. d. R. immer den insgesamt größten Anteil derer auf, die ambulante Leistungen in Anspruch nehmen: Im aktuellen Berichtsjahr ist bei 92,8% der Beschäftigten in Gesundheitsberufen mindestens eine Diagnose dokumentiert worden (» Diagramm 2.5.3), dies sind +2,5 Prozentpunkte mehr als bei den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen, die den zweig größten Anteilswert in diesem Vergleich aufweisen. Dabei ist insbesondere bei den Frauen in den Gesundheitsberufen der

Diagramm 2.5.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



Anteil sehr hoch (94,5%), während der Kennwert bei den Männern sogar leicht unter dem Gesamtdurchschnitt liegt. Von allen männlichen Beschäftigten in diesem Vergleich sind diejenigen in den fertigungstechnischen Berufen (86,9%), gefolgt von den Fertigungsberufen (86,7%), mit den größten Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen. Hingegen vergleichsweise wenig Versicherte mit einer gestellten Diagnose sind bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen zu finden. Von diesen sind insgesamt 80,8% in ambulanter Behandlung gewesen, wobei dies gegenüber dem Vorjahr sogar eine deutliche Steigerung von fast +8 Prozentpunkten darstellt. Dabei ist der Zuwachs in dieser Berufsgruppe bei den Männern größer als bei den Frauen, letztgenannte weisen mit 87,3% immerhin noch den niedrigsten Anteilswert aller Frauen in diesem Vergleich auf. Erstmals seit Jahren sind aber die Männer in dieser

Berufsgruppe nicht diejenigen mit der niedrigsten Inanspruchnahmequote, es sind nun die männlichen Beschäftigten in den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen (76,1%) sowie den Reinigungsberufen (77,2%) die weniger häufig in ambulanter Behandlung gewesen sind. Bei letztgenannter Berufsgruppe ist auch ein deutlicher Kontrast zu den anderen Leistungsbereichen zu finden: Diese weisen nämlich trotz der niedrigsten Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung gleichzeitig die meisten Arbeitsunfähigkeitstage (III Kapitel 1.5.2), die meisten stationären Behandlungstage (III Kapitel 3.5.2) sowie die meisten verordneten Tagesdosen bei den Arzneimittelverordnungen (III Kapitel 4.5.2) auf.

Im III Diagramm 2.5.4 sind die Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose aus den Diagnosehauptgruppen psychische Störungen, Muskel-Skelett-, Atmungssystem- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen dargestellt.

kungen differenziert nach Berufssegmenten dargestellt. Die Reinigungskräfte sind – wie schon im Vorjahr – Spitzenreiter bei den Anteilen mit Diagnose von psychischen Störungen, Muskel-Skelett- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen – dabei sind es vor allem die Frauen, von denen überdurchschnittlich viele deshalb ambulant behandelt wurden. Der größte Anteil der Beschäftigten, die aufgrund von Atmungssystem-Erkrankungen behandelt worden sind, ist bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen zu finden, knapp vor den (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen mit dem zweitgrößten Anteil. Hierbei spielt sicherlich eine Rolle, dass die Tätigkeit dieser Berufsgruppen oftmals einen engen Kontakt mit Kindern/Jugendlichen (im Erziehungsbereich) bzw. mit Erkrankten (in Gesundheitsberufen) beinhaltet. Entsprechend sind für diese Berufsgruppen auch die Anteile derer, die wegen Atemwegserkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen sind, am höchsten. Die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe weisen zudem aber auch den zweithöchsten Anteilswert derer auf, die wegen einer psychischen Störung behandelt worden sind, wobei der hohe Frauenanteil in dieser Berufsgruppe zu berücksichtigen ist. Am geringsten sind die Anteilswerte bei den Beschäftigten in den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, von denen, nur 30,7% wegen Atmungssystem-Erkrankungen behandelt worden sind, sowie den IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufen, welche die geringsten Anteilswerte bei den psychischen Störungen (24,4%), Muskel-Skelett- (39,9%) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (24,7%) aufweisen.

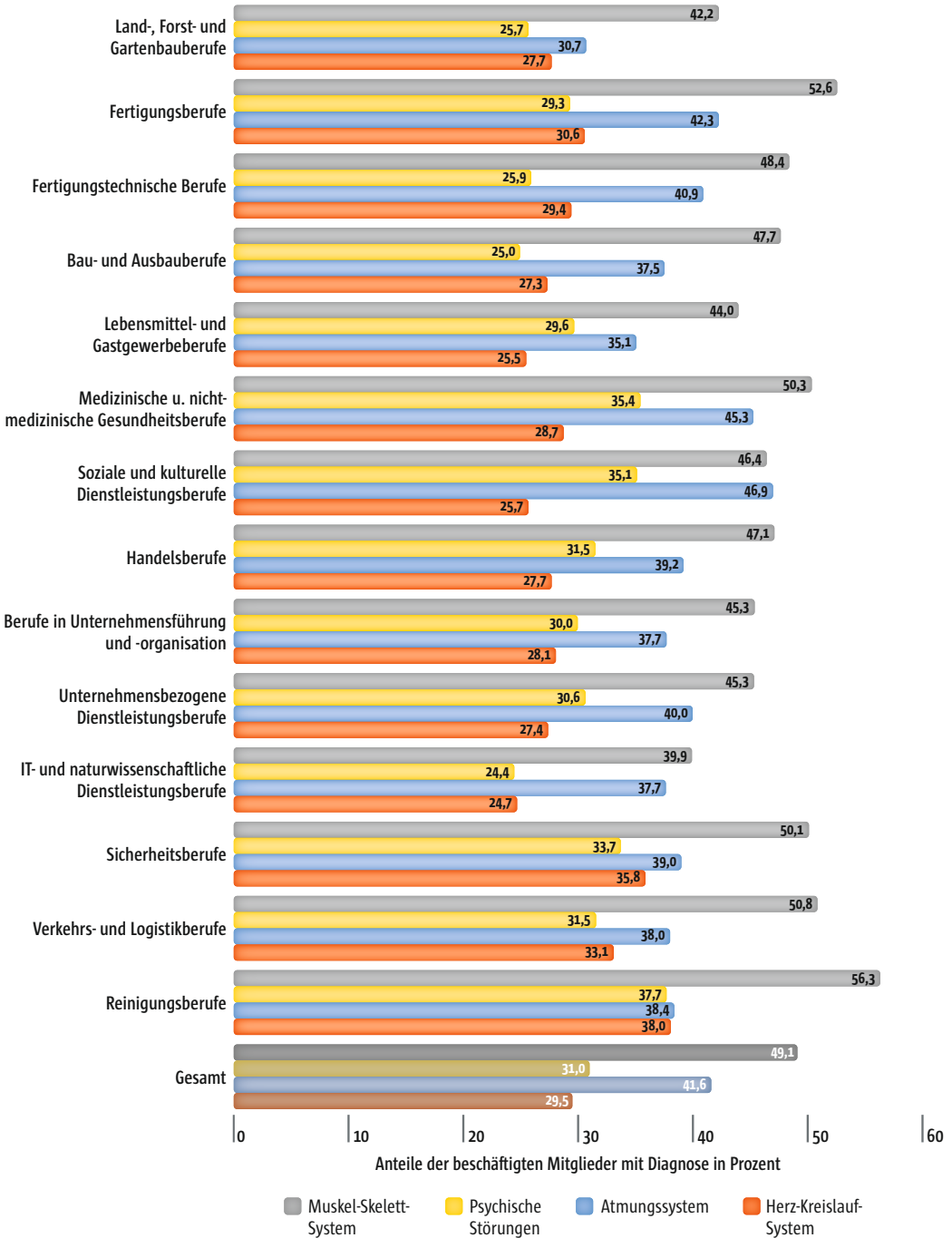
Die **III** Tabelle 2.5.2 stellt als weitere Differenzierung diejenigen Berufsgruppen dar, welche die größten bzw. niedrigsten Anteile beschäftigter Mitglieder mit einer ambulant dokumentierten Diagnose aufweisen. Der geringste Anteilswert ist in diesem Jahr für die Beschäftigten in Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst (65,0%) zu finden. Die höchste Inanspruchnahmequote ist – wie schon in den Vorjahren – bei den Arzt- und Praxishilfen (95,5%) zu verzeichnen. Des Weiteren fällt auf, dass auch auf den vorderen Rangplätzen viele weitere Gesundheitsberufe vertreten sind, bei einzelnen Erkrankungsarten sind diese indes nicht unbedingt immer auch mit hohen Anteilswerten vertreten. Vielmehr sind bei den nachfolgend aufgelisteten Ergebnissen nach Diagnosehaupt-

gruppen die folgenden Berufsgruppen am häufigsten in ambulanter Behandlung gewesen:

- **Psychische Störungen** sind – wie schon in den Vorjahren – am häufigsten bei Beschäftigten in der Altenpflege (43,7%), bei Beschäftigten in Hauswirtschaft und Verbraucherberatung (41,4%) sowie bei den Servicekräften im Personenverkehr (39,8%) diagnostiziert worden. Auch auf nachfolgenden Rangplätzen sind viele Berufe zu finden, die einen besonders intensiven Umgang mit Menschen beinhalten, oft mit hoher psychischer Belastung einhergehen und einen überproportional hohen Frauenanteil haben.
- Aufgrund von **Muskel-Skelett-Erkrankungen** sind am häufigsten Beschäftigte in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung (63,6%), in der industriellen Keramikherstellung und -verarbeitung (59,3%) sowie der Hauswirtschaft und Verbraucherberatung (59,1%) in Behandlung. Auch auf den nachfolgenden Rangplätzen zeigt sich eine Tendenz zu höheren Diagnoseanteilen gerade in den Fertigungsberufen, die häufiger eine körperliche und oftmals einseitige Arbeitsbelastung im Vergleich zu anderen Berufen mit sich bringen.
- Die höchsten Anteile von Beschäftigten mit **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** sind ebenfalls bei den in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung Tätigen (48,7%) zu verzeichnen, gefolgt von den Angehörigen gesetzgebender Körperschaften und leitenden Bediensteten von Interessenorganisationen (46,8%). Hierbei ist aber zu berücksichtigen, dass diese mit jeweils durchschnittlich über 50 Jahren zu den ältesten Berufsgruppen gehören.
- Die Beschäftigten in Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege (53,7%) sind auch in diesem Jahr am häufigsten wegen **Krankheiten des Atmungssystems** in Behandlung gewesen, danach folgen die Arzt- und Praxishilfen (50,8%) sowie die Beschäftigten in nicht-ärztlicher Therapie und Heilkunde (47,7%). In diesen Berufen besteht ohnehin eine ausgeprägte Sensibilität gegenüber jeglicher Art von Infektionen, aber auch das erhöhte eigene Ansteckungsrisiko aufgrund von häufigen Kontakten mit zu betreuenden Personen bzw. Patienten trägt sicherlich zu den hohen Anteilswerten bei.

## 2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.5.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



**Tabelle 2.5.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2021)**

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
811	Arzt- und Praxishilfe	95,5
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	93,3
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	93,1
817	Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	92,9
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	92,1
514	Servicekräfte im Personenverkehr	91,9
624	Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf	91,8
732	Verwaltung	91,6
721	Versicherungs- und Finanzdienstleistungen	91,5
823	Körperpflege	91,4
<b>Gesamt</b>		<b>89,3</b>
945	Veranstaltungs-, Kamera- und Tontechnik	79,4
111	Landwirtschaft	78,8
946	Bühnen- und Kostümbildneri, Requisite	78,6
113	Pferdewirtschaft	77,9
333	Aus- und Trockenbau, Isolierung, Zimmerei, Glaserei, Rollladen- und Jalousiebau	77,7
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	77,2
112	Tierwirtschaft	73,9
321	Hochbau	72,5
634	Veranstaltungsservice und -management	67,3
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	65,0

### 2.5.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Beschäftigte, die Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten ausführen, sind verglichen mit anderen Beschäftigten weniger häufig in ambulanter Behandlung gewesen.
- Männer mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion sind häufiger wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Behandlung, was unter anderem mit deren höherem Durchschnittsalter zusammenhängt.
- Befristet Beschäftigte sind seltener in ambulanter Behandlung gewesen als unbefristet Tätige. Eine Ausnahme bilden unbefristet in Teilzeit tätige Männer,

von denen ebenfalls nur ein unterdurchschnittlicher Anteil in Behandlung gewesen ist. Diese weisen allerdings in der stationären Versorgung die meisten Krankenhaustage auf.

#### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit sowie Aufsichts- und Führungsverantwortung

**Anforderungsniveau:** Hinsichtlich des Anforderungsniveaus lässt sich in den weiteren, im Report dargestellten Leistungsbereichen recht klar folgender Zusammenhang feststellen: In der Regel geht mit stei-

gendem Anforderungsniveau der Tätigkeit der Beschäftigten einher, dass diese seltener (und entsprechend in der Summe weniger Tage) arbeitsunfähig (»» Kapitel 1.5.3) und ebenso seltener stationär in Behandlung sind (»» Kapitel 3.5.3) sowie weniger Medikamente einnehmen (»» Kapitel 4.5.3). Für die hier dargestellte allgemeine Inanspruchnahme ambulanter Versorgung muss diese Zusammenhangsaussage hingegen in der Form eingeschränkt werden (»» Tabelle 2.5.3), dass zwar von den fachlich ausgerichteten Tätigkeiten, über komplexe Spezialisten-Tätigkeiten bis zu hoch komplexen Tätigkeiten der Anteil der Beschäftigten mit Diagnose abnimmt, allerdings der niedrigste Anteilswert i. d. R. bei den Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten zu finden ist. Im aktuellen Berichtsjahr sind von diesen nur 81,8% in ambulanter Behandlung gewesen. Dieses Muster findet sich auch getrennt nach Geschlecht. Entsprechend ist der größte Anteilswert bei den fachlich ausgerichtet tätigen Frauen zu finden, für die bei 94,1% eine ambulante Diagnose dokumentiert ist, der geringste Anteil Beschäftigter in ambulanter Behandlung ist wiederum bei den Männern mit Helfer- und Anlerntätigkeit vorzufinden (76,4%). Bei Letzteren ist gegenüber dem Vorjahr zumindest mit über +4 Prozentpunkten der größte Zuwachs zu verzeichnen.

**Aufsichts- und Führungsverantwortung:** Wie »» Tabelle 2.5.3 außerdem zeigt, besteht zwischen Beschäftigten mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung nur ein relativ geringer Unterschied hinsichtlich der allgemeinen Inanspruchnahme.

Differenziert nach Geschlecht sind es die Frauen, für die sich ebenfalls ein – wenn auch eher geringer – Unterschied zwischen denen mit und denen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung zeigt, während bei den Männern zwischen diesen Gruppen die Anteilswerte nur minimal im Nachkommastellenbereich variieren. Wie zu erwarten haben die Frauen aber insgesamt in größeren Anteilen die ambulante Versorgung in Anspruch genommen, diejenigen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen mit 93,6% den insgesamt höchsten Anteilswert auf.

### Vertragsformen sowie Arbeitnehmerüberlassung

**Vertragsformen:** Im Vergleich der Vertragsformen (»» Tabelle 2.5.4) sind insbesondere die Unterschiede der Anteilswerte zwischen Beschäftigten mit befristeten und unbefristeten Teilzeitverträgen sehr groß: Von denjenigen, die unbefristet in Teilzeit arbeiten, waren 91,0% in ambulanter Behandlung, während 81,1% der befristet in Teilzeit Beschäftigten im aktuellen Berichtsjahr ambulant eine Diagnose erhalten haben. Hierbei ist aber auch zu bedenken, dass die unbefristet in Teilzeit Tätigen die älteste hier abgebildete Gruppe ist und einen sehr hohen Frauenanteil aufweist, während das Durchschnittsalter der befristet in Teilzeit Beschäftigten demgegenüber mehr als 5 Jahre niedriger ist. Bei den Letztgenannten ist außerdem der Unterschied der Anteile derjenigen mit einer Diagnose zwischen den Geschlech-

**Tabelle 2.5.3 Ambulante Versorgung – Anteile mit Diagnose und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)**

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamt
			Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent		
Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit	Helfer-/Anlerntätigkeiten	44,3	76,4	87,4	81,8
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	42,1	86,4	94,1	90,1
	Komplexe Spezialistentätigkeiten	43,4	84,7	92,4	87,8
	Hoch komplexe Tätigkeiten	42,9	83,0	91,3	86,2
Aufsichts- und Führungsverantwortung	Ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung	42,5	85,3	93,6	89,1
	Mit Aufsicht- und Führungsverantwortung	46,5	85,6	91,7	87,3
<b>Gesamt</b>		<b>42,7</b>	<b>85,7</b>	<b>93,7</b>	<b>89,3</b>

tern mit 18 Prozentpunkten Differenz am größten. Überdies zeigt sich bei den Männern in unbefristeter Teilzeitarbeit ein Kontrast gegenüber dem Geschehen in der stationären Versorgung (»» Kapitel 3.5.3): Von diesen ist nur ein unterdurchschnittlicher Anteil (78,6%) in ambulanter Behandlung gewesen, an stationären Behandlungsfällen und -tagen weisen diese aber die jeweils höchste Anzahl auf.

**Arbeitnehmerüberlassung:** Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Durchschnitt 3,6 Jahre jünger als jene, die in einem regulären Beschäftigungsverhältnis angestellt sind. Außerdem ist bei der Interpretation der in »» Tabelle 2.5.4 dargestellten Anteilswerte zu berücksichtigen, dass der Männeranteil bei den Leih- und Zeitarbeitern gegenüber den

regulären Beschäftigten insgesamt höher ist. Wie schon in den Vorjahren ist der Unterschied hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung zwischen den beiden Beschäftigtengruppen auch im aktuellen Berichtsjahr deutlich: 65,3% der Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung, aber 89,9% der Beschäftigten in anderen Vertragsverhältnissen sind in ambulanter Behandlung gewesen. Diese Relationen bestehen in ähnlicher Form auch jeweils bei den Geschlechtern. Anzumerken ist aber auch, dass bei den Leih- und Zeitarbeitern die Anteilswerte gegenüber dem Vorjahr wieder deutlich zugenommen haben und damit die Inanspruchnahmequote etwa wieder auf dem Niveau der Zeit vor der Coronavirus-Pandemie ist.

**Tabelle 2.5.4 Ambulante Versorgung – Anteile mit Diagnose und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)**

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamt
			Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent		
Vertragsformen	Unbefristet/Vollzeit	43,6	86,9	93,4	89,0
	Unbefristet/Teilzeit	46,6	78,6	93,7	91,0
	Befristet/Vollzeit	31,1	76,8	87,3	81,2
	Befristet/Teilzeit	41,0	68,0	86,1	81,1
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	42,7	86,4	94,0	89,9
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	39,1	62,2	71,8	65,3
<b>Gesamt</b>		<b>42,7</b>	<b>85,7</b>	<b>93,7</b>	<b>89,3</b>

## 2.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas „Pflegefall Pflege?“ wird nachfolgend die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung durch die Beschäftigten in der Pflege sowie den zugehörigen Branchen bzw. Berufen, in denen Pflegekräfte vornehmlich tätig sind, genauer betrachtet.

### 2.6.1 Einleitung

- Die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sind deutlich häufiger als der Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten aufgrund von Krankheiten des Urogenitalsystems in Behandlung gewesen, außerdem wurden in dieser Berufsgruppe überdurchschnittlich häufig Diagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme gestellt.
- Altenpflegekräfte sind häufiger als jede andere Berufsgruppe aufgrund von psychischen Störungen in ambulanter Behandlung. Auch für die Muskel-Skelett-Erkrankungen liegt bei diesen der Anteil der Beschäftigten mit einer solchen Diagnose sehr deutlich über dem Durchschnitt aller Beschäftigten.

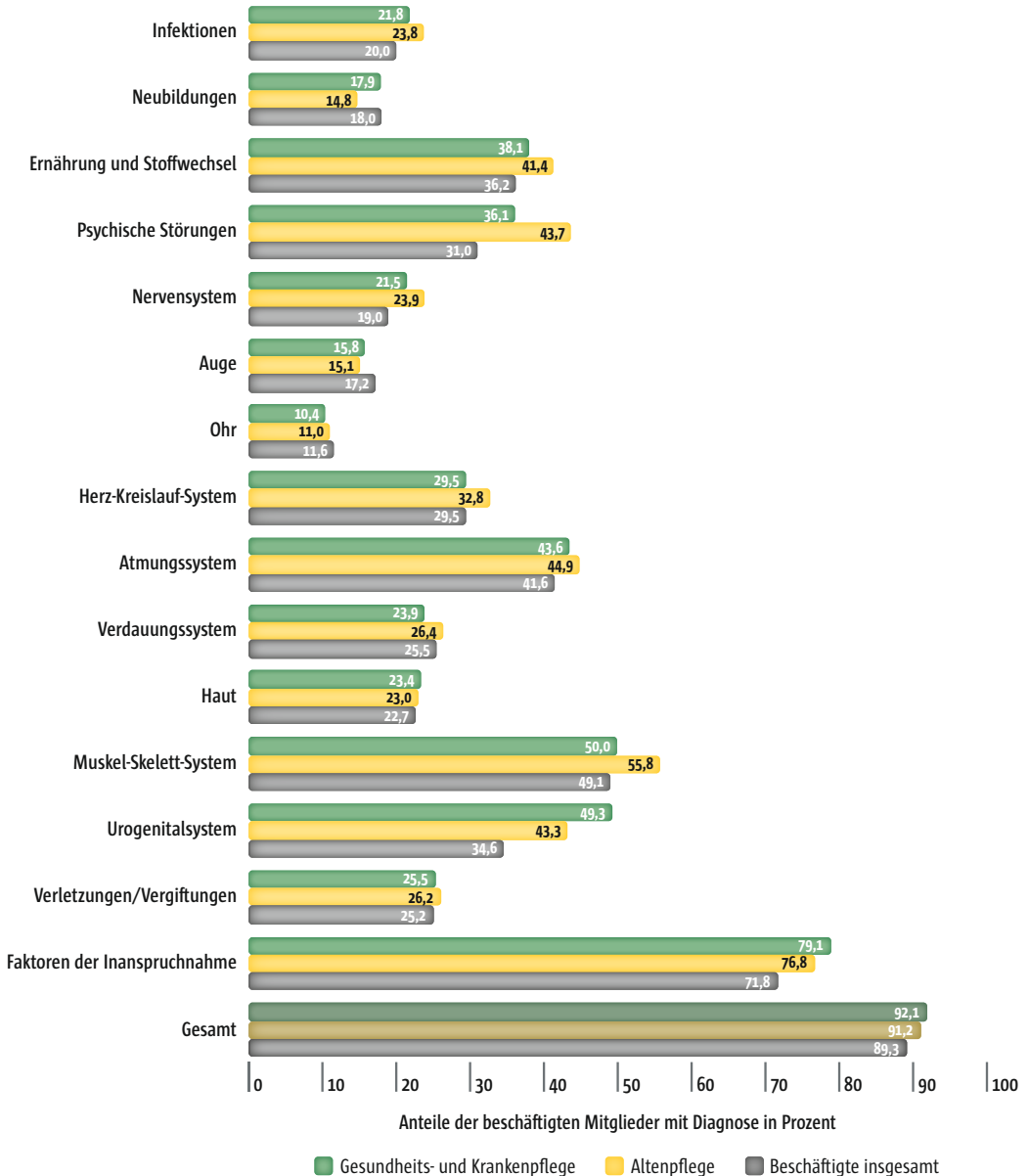
Das **»** Diagramm 2.6.1 zeigt für die beiden großen Pflegeberufsgruppen Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege die Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose für ausgewählte Erkrankungsarten. Wie gut zu erkennen ist, sind für beide Pflegeberufsgruppen die Anteile derer, die insgesamt in der ambulanten Versorgung behandelt wurden, überdurchschnittlich. Dabei weisen die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mit 92,1% sogar einen noch höheren Anteilswert auf als die Altenpflegekräfte (91,2%). Die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sind außerdem deutlich häufiger als der Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten aufgrund von Krankheiten des Urogenitalsystems (49,3%) in Behandlung gewesen, außerdem wurden bei überdurchschnittlich vielen von ihnen Diagnosen aus

dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme vergeben (79,1%). Bei anderen Erkrankungsarten stehen hingegen die Altenpflegekräfte hervor. Wie schon in **»** Kapitel 2.5.2 beschrieben, sind mit einem Anteilswert von 43,7% in keiner anderen Berufsgruppe so viel Beschäftigte wegen psychischer Störungen in Behandlung. Auch für die Muskel-Skelett-Erkrankungen liegt der Anteil der Beschäftigten mit einer solchen Diagnose mit 55,8% besonders deutlich über dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Gleiches gilt für die Ernährungs- und Stoffwechsel-Erkrankungen sowie den Krankheiten des Nervensystems, bei denen die Anteile derer, die deswegen in ambulanter Behandlung gewesen sind, um rund +5 Prozentpunkte größer als bei allen Beschäftigten insgesamt ausfallen.

Auch bei den COVID-19-Diagnosen (**»** Tabelle 2.6.1) zeigt sich, dass von beiden Pflegeberufsgruppen überdurchschnittlich viele aufgrund dessen die ambulante Versorgung aufgesucht haben. Insbesondere im Jahr 2020 war der Unterschied zum Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten besonders groß, was sich auf ein größeres Infektionsrisiko, aber auch die strengeren Test-Verpflichtungen sowie die damit zusammenhängenden einfacheren Test-Möglichkeiten zurückführen lässt. So haben im Jahr 2020 von den Altenpflegekräften besonders viele eine Diagnose im Zusammenhang mit COVID-19 gestellt bekommen: 16,1% waren deswegen in der ambulanten Versorgung, damit wies die Altenpflege zusammen mit der Berufsgruppe Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege den höchsten Anteilswert im Vergleich der Berufshauptgruppen zum damaligen Zeitpunkt auf. Für die Gesundheits- und Krankenpflege ist wiederum im Jahr 2020 der fünfthöchste Anteilswert im Berufsgruppenvergleich zu verzeichnen gewesen. Im aktuellen Berichtsjahr 2021 ist bei den Beschäftigten insgesamt der Anteil mit einer COVID-19-Diagnose im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (11,2% vs. 8,7% im Jahr 2020). Bei den beiden Pflegeberufen hat hingegen der Anteil der Beschäftigten



Diagramm 2.6.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



mit einer solchen Diagnose im Jahr 2021 abgenommen, was möglicherweise auf die priorisierte Impfung dieser Berufsgruppen zurückzuführen ist. Diese Kennwertentwicklung ist gegenläufig zu anderen Leistungsbereichen, so sind die Kennwerte für die Pflegeberufe im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

(Kapitel 1.6.1) genauso wie in der stationären Versorgung (Kapitel 3.6.1) von 2020 zu 2021 gestiegen. Anscheinend hat sich demnach also gerade bei den Pflegeberufen der reine Nachweis einer COVID-19-Infektion auf andere Stellen außerhalb der ambulanten Versorgung verschoben, während aber die Infek-

**Tabelle 2.6.1** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose im Zusammenhang mit COVID-19 (U07.1 oder U07.2) in den Pflegeberufen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2020–2021)

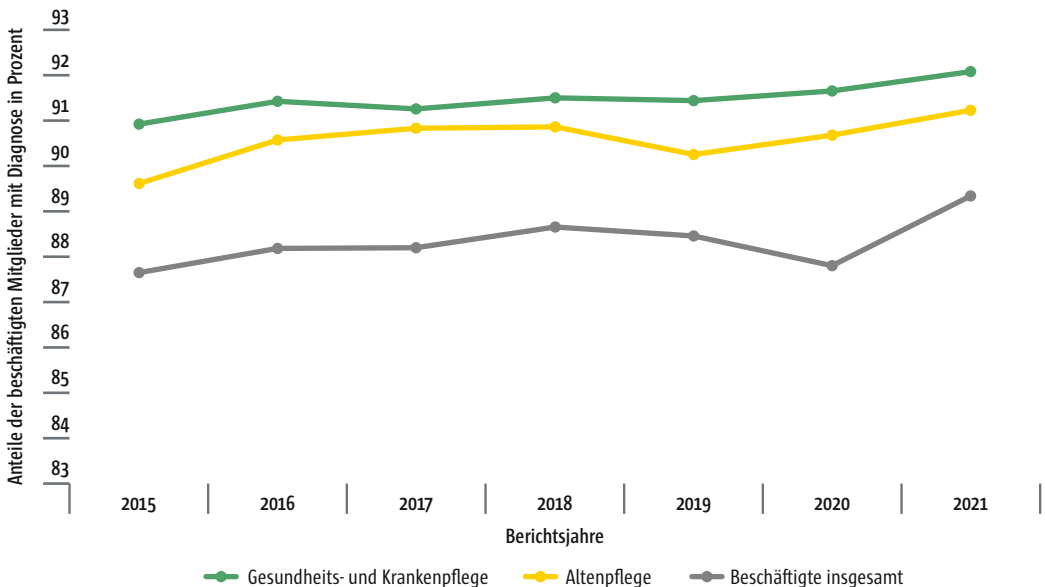
Berufsgruppen	Berichtsjahre	Männer	Frauen	Gesamt
		Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent		
Gesundheits- und Krankenpflege	2020	13,5	14,5	14,3
	2021	11,1	13,4	12,9
Altenpflege	2020	16,1	16,1	16,1
	2021	12,5	14,7	14,3
Beschäftigte insgesamt	2020	7,7	10,0	8,7
	2021	10,5	12,0	11,2

tionen mit Bedarf für Krankschreibung bzw. stationärer Behandlung entsprechend der allgemeinen Inzidenzen im Jahr 2021 zugenommen haben.

Betrachtet man die Anteile der Beschäftigten, die in der ambulanten Versorgung behandelt worden sind, im Vergleich der letzten sieben Berichtsjahre (III Diagramm 2.6.2), so fällt auf, dass in dieser Zeitspanne die Anteilswerte der beiden Pflegeberufe durchweg um einige Prozentpunkte höher liegen als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Beide Pflegeberufe genauso wie die Beschäftigten insgesamt weisen den niedrigsten Anteilswert im Jahr 2015 sowie

den höchsten Anteilswert im Jahr 2021 auf. In diesem Zeitraum stieg der Anteil derjenigen mit einer ambulant gestellten Diagnose bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften von 90,0% auf 92,1% und bei den Altenpflegekräften von 89,6% auf 91,2%. Auffällig ist dabei zudem, dass der Einbruch in der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung im Jahr 2020, wie er bei den Beschäftigten insgesamt zu beobachten ist, bei den Pflegeberufen nicht vorkommt. Entsprechend ist in eben jenem Jahr die Differenz zwischen den Pflegeberufen und dem Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten besonders groß. Dies lässt

**Diagramm 2.6.2** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen im Zeitverlauf (2015–2021)



sich zum Teil, aber nicht allein auf den hohen Frauenanteil zurückführen, zudem spielen die bei den Pflegeberufen deutlich häufiger vergebenen Zusatzdiagnosen eine Rolle.

### 2.6.2 Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen

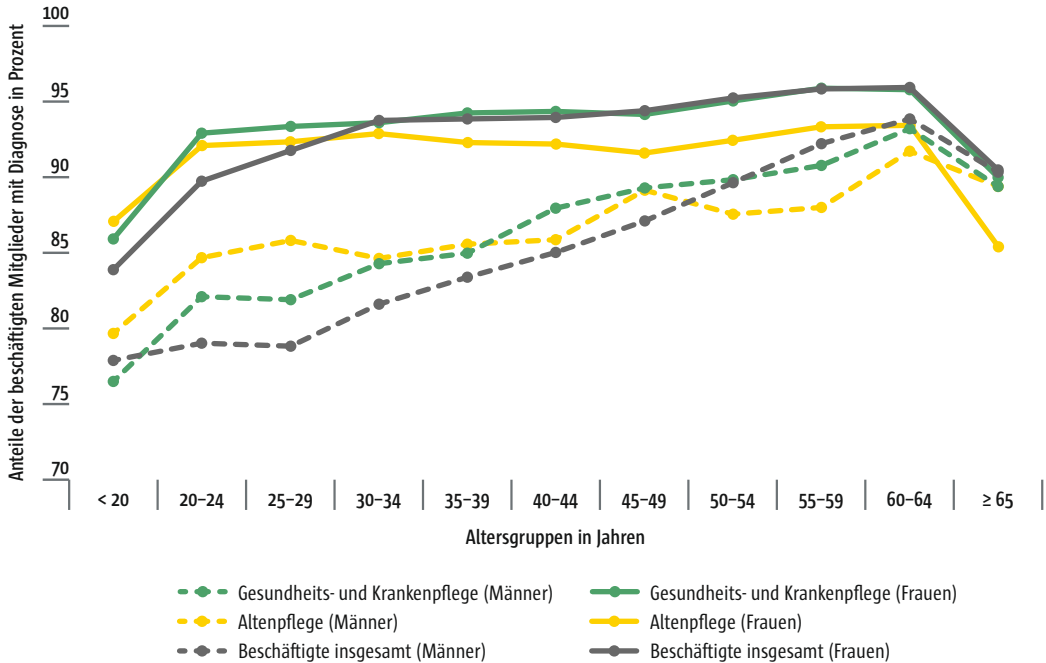
- Junge Beschäftigte in beiden Pflegeberufen zwischen 20 und 29 Jahren sind häufiger im ambulanten Behandlung als die gleichaltrigen Beschäftigten insgesamt.
- Altenpflegekräfte älter als 50 Jahre sind hingegen in geringeren Anteilen ambulant behandelt worden als Beschäftigte insgesamt ab diesem Alter.
- Auch bei den Pflegekräften sind diejenigen ohne einen Schulabschluss seltener im ambulanten Behandlung im Vergleich zu Beschäftigten mit einem qualifizierten Schulabschluss.
- Von den Gesundheits- und Krankenpflegekräften weisen diejenigen mit einem Bachelor-Abschluss geringere Anteile mit einer Diagnose im Vergleich zu allen Beschäftigten mit einem solchen Ausbildungsabschluss auf.

### Alter und Geschlecht

Betrachtet man die Anteile der Beschäftigten nach Geschlecht, die in ambulanter Behandlung gewesen sind, so zeigen sich kaum noch Differenzen zwischen den Pflegeberufen und dem Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten. Einzig von den Altenpflegerinnen hat ein etwas geringerer Anteil (92,3%) im Vergleich zu allen weiblichen Beschäftigten (93,7%) die ambulante Versorgung in Anspruch genommen.

Das Diagramm 2.6.3 stellt darüber hinaus die alters- und geschlechtsabhängige Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung für beide Pflegeberufe im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt dar. Dabei ist gut zu erkennen, dass die Anteile der Beschäftigten mit Diagnose bei den weiblichen Pflegekräften in den einzelnen Altersgruppen relativ ähnlich zum Gesamtdurchschnitt aller weiblichen Beschäftigten sind. Eher nur moderate Abweichungen ergeben sich dabei für die weiblichen Pflegekräfte in den jungen Altersgruppen bis 29 Jahre, in denen diese höhere Anteilswerte als der Gesamtdurchschnitt aufweisen. Danach sind es die Altenpflegerinnen, die durchgehend bis zur ältesten Altersgruppe

Diagramm 2.6.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



## 2.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

pe in geringeren Anteilen in der ambulanten Versorgung behandelt wurden. Besonders stark fällt bei diesen zudem der schon beschriebene *healthy worker effect* aus, es sinkt nicht nur der Anteilswert um -8,1 Prozentpunkte zwischen der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen und denjenigen ab 65 Jahren, es besteht auch bei den Altenpflegerinnen ab 65 Jahren mit -5,1 Prozentpunkten der größte Unterschied zum Gesamtdurchschnitt aller weiblichen Beschäftigten. Bei den männlichen Beschäftigten in beiden Pflegeberufen bestehen große Unterschiede in den Anteilswerten zum Gesamtdurchschnitt aller männlichen Beschäftigten insbesondere in den Altersgruppen zwischen 20 und 29 Jahren. Dabei stechen die männlichen Altenpflegekräfte in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen mit +7,0 Prozentpunkten Differenz zum Gesamtdurchschnitt noch einmal besonders heraus. Wiederum unterdurchschnittliche Anteilswerte sind bei den männlichen Altenpflegekräften zwischen 50 und 64 Jahren zu verzeichnen.

## Schul- und Berufsabschluss

Wie die »» Tabelle 2.6.2 aufzeigt, gilt auch jeweils für die beiden Pflegeberufe, dass diejenigen ohne einen Schulabschluss im Vergleich zu Beschäftigten mit einem qualifizierten Schulabschluss seltener in ambulanter Behandlung sind. Eine Ausnahme bildet allerdings hierbei die – relativ kleine – Gruppe der männlichen Gesundheits- und Krankenpfleger, von denen im aktuellen Berichtsjahr 88,6% in ambulanter Behandlung gewesen sind. Damit liegt ihre Inanspruchnahme deutlich über dem Anteilswert aller männlichen Beschäftigten, von denen 78,0% mindestens eine ambulante gestellte Diagnose aufweisen.

Bei den Berufsabschlüssen sind es diejenigen mit einem Bachelorabschluss, die in deutlich geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen sind, als Beschäftigte mit anderen Berufsabschlüssen. Dabei sind gegenüber den Beschäftigten insgesamt sowohl bei den männlichen (73,3% vs. 77,6% bei allen

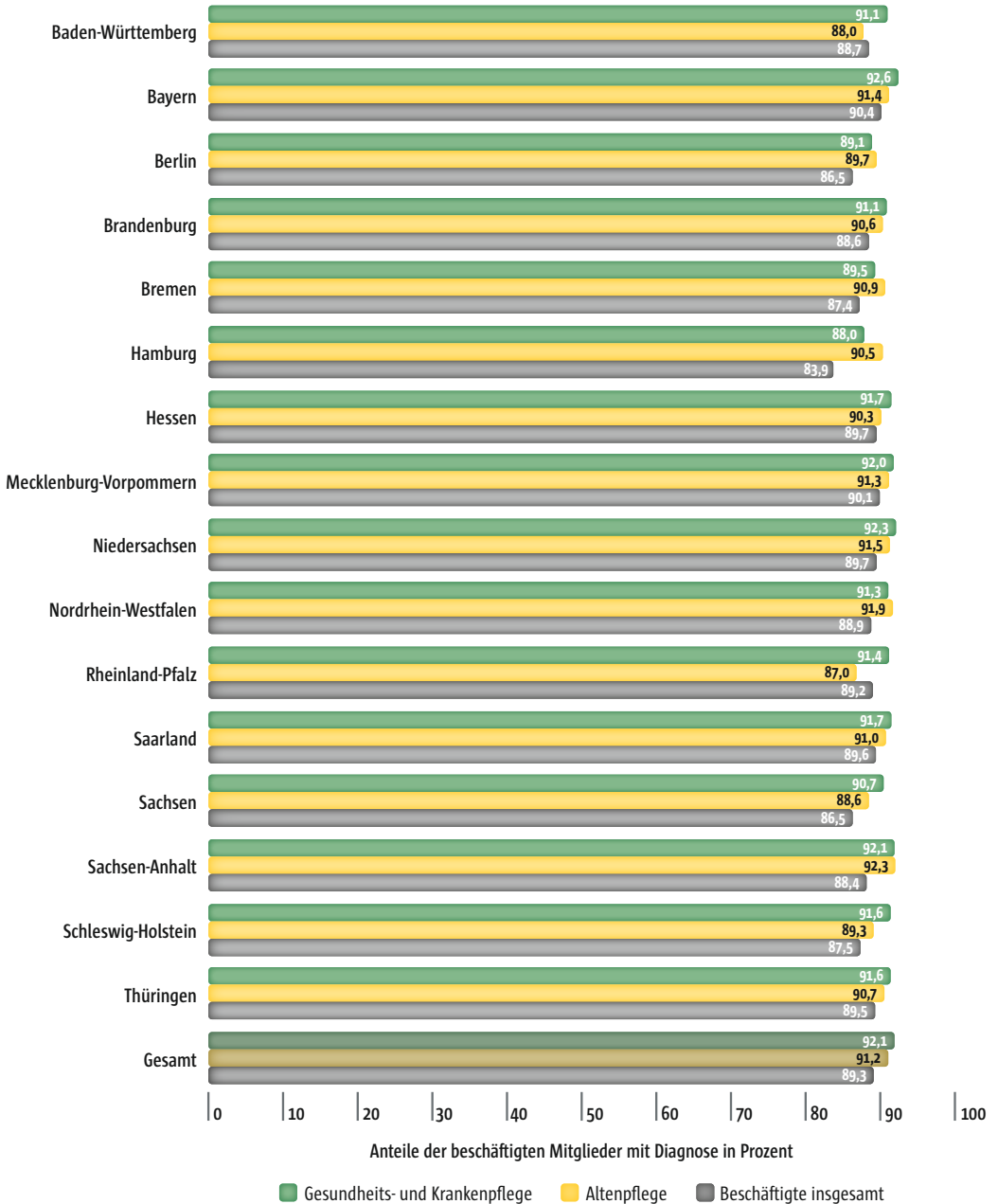
**Tabelle 2.6.2** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021).

Merkmale	Ausprägungen	Gesundheits- und Krankenpflege		Altenpflege		Beschäftigte insgesamt	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent							
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	88,6	86,0	74,7	89,3	78,0	85,0
	Haupt-/Volksschulabschluss	87,2	92,5	86,4	92,7	88,5	93,3
	Mittlere Reife oder gleichwertig	87,5	94,8	85,8	93,1	87,2	94,7
	Abitur/Fachabitur	81,2	92,1	83,2	89,9	82,6	92,4
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	80,1	90,0	82,2	90,6	80,0	89,2
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	86,6	94,5	86,9	93,7	88,2	95,0
	Meister/Techniker oder gleichwertig	83,6	94,1	86,9	92,1	87,6	94,1
	Bachelor	73,3	86,7	80,2	84,8	77,6	89,7
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	83,7	91,6	87,3	89,7	83,7	92,1
	Promotion	-	-	-	-	81,1	90,1
<b>Gesamt</b>		<b>85,6</b>	<b>93,8</b>	<b>85,9</b>	<b>92,3</b>	<b>85,7</b>	<b>93,7</b>

männlichen Beschäftigten) als auch bei den weiblichen Gesundheits- und Krankenpflegekräften (86,7%

vs. 89,7% bei allen weiblichen Beschäftigten) die Anteilswerte deutlich geringer.

**Diagramm 2.6.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)**



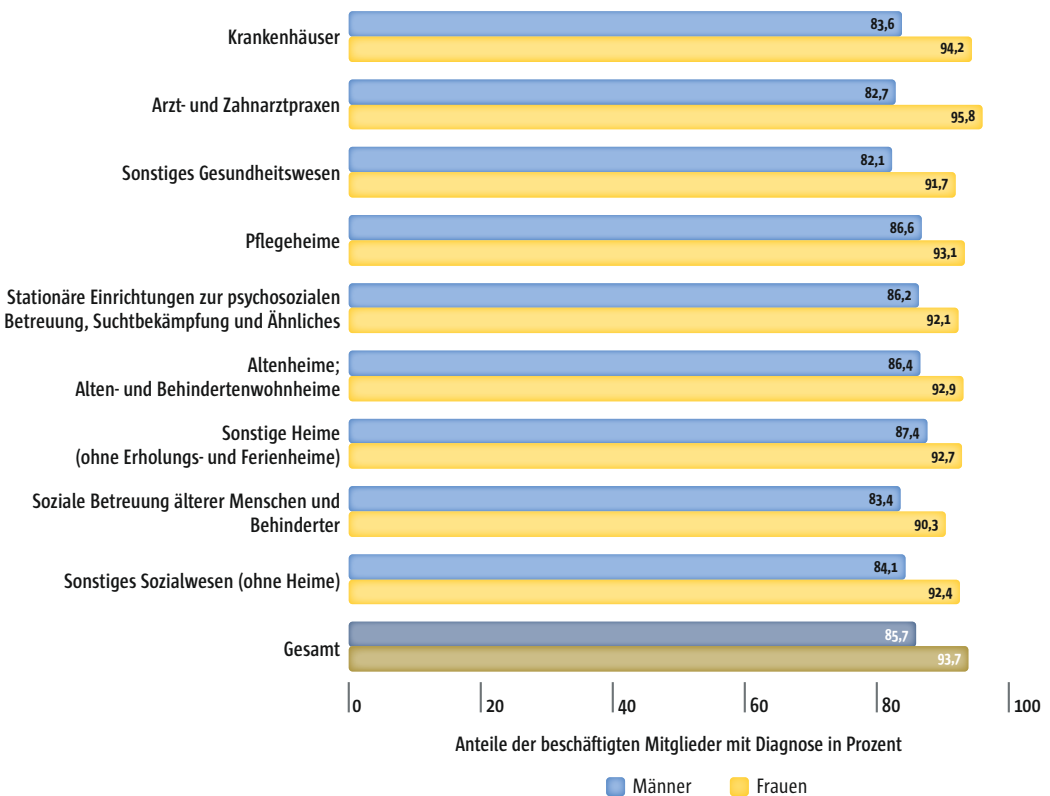
### 2.6.3 Auswertungen nach Regionen

- Der größte Anteil von Altenpflegekräften mit einer ambulant gestellten Diagnose ist in Sachsen-Anhalt (92,3%) zu finden. Den höchsten Anteilswert bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften weisen diejenigen in Bayern (92,6%) auf.
- Insgesamt ist die regionale Schwankung der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung bei den Pflegekräften nicht so groß wie bei den Beschäftigten insgesamt. Gerade in Hamburg, wo der Anteil der Beschäftigten insgesamt in ambulanter Behandlung sehr niedrig ist, ist die Differenz zu den Pflegeberufen besonders groß.

Das **»»** Diagramm 2.6.4 zeigt die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung für die beiden Pflegeberufsgruppen im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt differenziert nach Bundesländern. Dabei liegen die Anteile derer, die in ambulanter Behandlung

gewesen sind für die Pflegekräfte in fast allen Bundesländern über dem Gesamtdurchschnitt aller dort wohnhaften Beschäftigten. Sehr deutlich wird dies in Hamburg, wobei hier besonders die Altenpflegekräfte hervorstechen: Von diesen sind im aktuellen Berichtsjahr 90,5% in ambulanter Behandlung gewesen, das sind +6,6 Prozentpunkte mehr als der Durchschnitt aller in Hamburg wohnhaften Beschäftigten. Es ist aber hier zu berücksichtigen, dass die Beschäftigten in Hamburg den mit Abstand geringsten Anteilswert aller Bundesländer aufweisen. Entsprechend liegt auch der Kennwert für die dort wohnhaften Gesundheits- und Krankenpflegekräfte +4,1 Prozentpunkte über dem Gesamtdurchschnitt – obwohl diese mit 88,0% den geringsten Anteilswert von allen Bundesländern für die Gesundheits- und Krankenpflege aufweisen. Für die Altenpflege ist der niedrigste Anteil Beschäftigter mit Diagnose in Rheinland-Pfalz zu finden. Mit 87,0% liegt dieser Wert allerdings –2,2 Prozentpunkte unter dem Durchschnitt aller dort wohnhaften Beschäftigten

Diagramm 2.6.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



(89,2%). Der größte Anteil von Altenpflegekräften mit einer ambulant gestellten Diagnose ist hingegen in Sachsen-Anhalt (92,3%) zu finden, den höchsten Anteilswert bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften weisen diejenigen in Bayern (92,6%) auf.

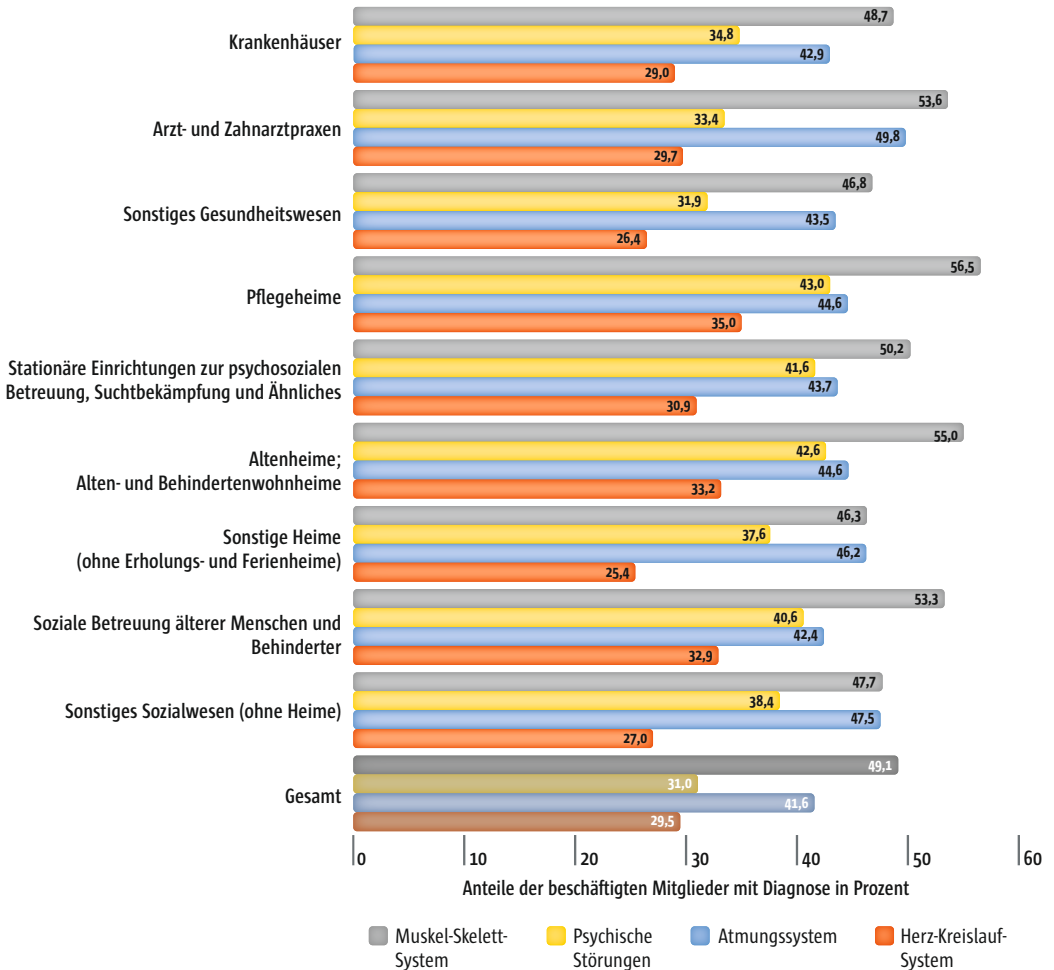
### 2.6.4 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Beschäftigte in Pflegeheimen weisen einen stark überdurchschnittlichen Anteil derer auf, die wegen psychischen Störungen in Behandlung gewesen sind, dicht gefolgt von den Altenheimen bzw. Alten- und Behindertenwohnheimen.

- In diesen beiden Wirtschaftsgruppen sind auch die höchsten Anteilswerte bezüglich Muskel-Skelett-Erkrankungen im Gesundheits- und Sozialwesen zu finden.
- Die meisten Diagnosen im Zusammenhang mit COVID-19 sind hingegen bei den weiblichen Beschäftigten in Arzt- und Zahnarztpraxen vergeben worden.

Vergleicht man die Wirtschaftsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen hinsichtlich der allgemeinen Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung durch die dort Beschäftigten, so zeigt sich ein recht homogenes Bild, wie das **»»»** Diagramm 2.6.5 zeigt.

Diagramm 2.6.6 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



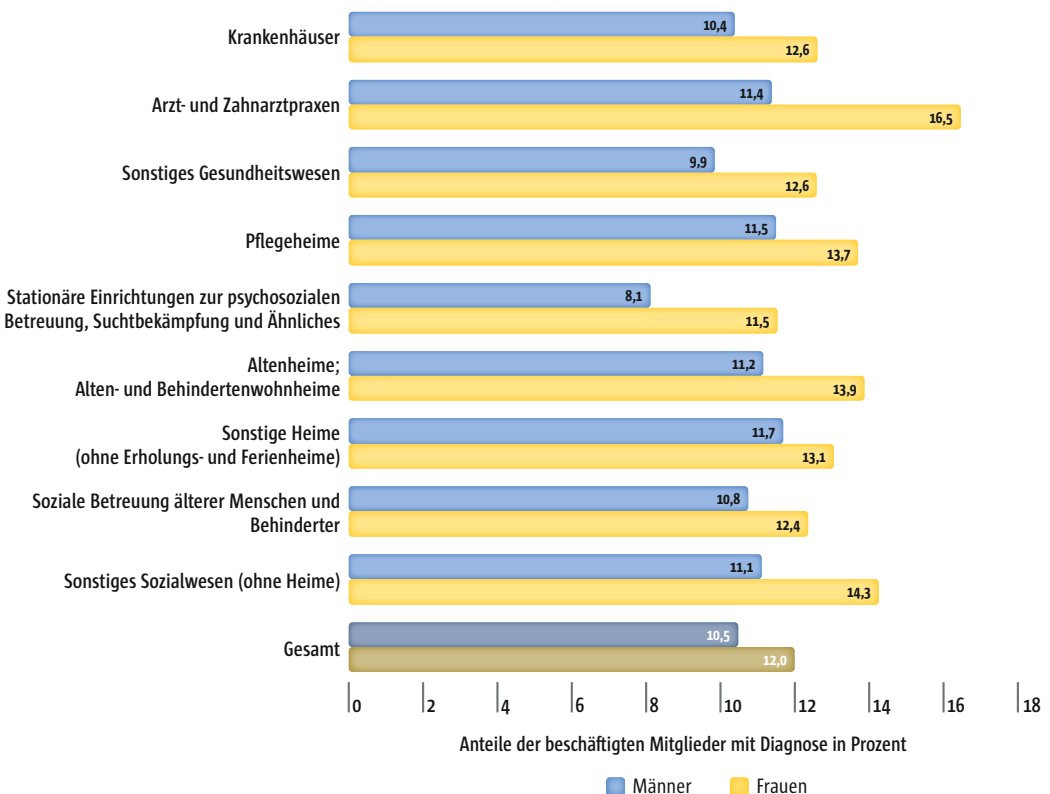
## 2.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Wie zu erwarten sind in allen dargestellten Wirtschaftsgruppen die Anteile der Beschäftigten, die in ambulanter Behandlung waren, bei den Frauen größer als bei den Männern. Dabei stechen diejenigen Frauen zumindest leicht hervor, die selber in einer (Zahn-)Arztpraxis arbeiten, mit 95,8% weisen diese einen so hohen Anteilswert auf wie keine andere Wirtschaftsgruppe in diesem Vergleich. Gleichzeitig besteht in dieser Wirtschaftsgruppe der größte Geschlechtsunterschied bei der Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen: Von den in (Zahn-)Arztpraxen tätigen Männern waren nur 82,7% im aktuellen Berichtsjahr in Behandlung gewesen, was der zweitniedrigste Wert ist nach den männlichen Beschäftigten in der Wirtschaftsgruppe sonstiges Gesundheitswesen (82,1%), worunter u.a. Praxen für psychologische Psychotherapie, Massagen/Krankengymnastik etc. fallen.

Bei der Betrachtung eben dieser Wirtschaftsgruppen hinsichtlich Differenzen in der Inanspruchnahme aufgrund der vier wichtigsten Diagnosehaupt-

gruppen zeigt sich hingegen mehr Varianz, wie das »» Diagramm 2.6.6 verdeutlicht. Insbesondere bei den Anteilen der Beschäftigten, die aufgrund von psychischen Störungen ambulant behandelt worden sind, zeigen sich große Unterschiede. Die Pflegeheime weisen dabei mit 43,0% einen stark überdurchschnittlichen Anteilswert auf, dicht gefolgt von den Altenheimen bzw. Alten- und Behindertenwohnheimen mit 42,6%. Aber auch von den Beschäftigten in stationären Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung und Ähnlichem waren über +10 Prozentpunkte mehr als der Durchschnitt aller Beschäftigten wegen psychischer Störungen in ambulanter Behandlung gewesen. Die Beschäftigten in Pflegeheimen sind es auch, von denen der größte Anteil in diesem Vergleich Muskel-Skelett-Erkrankungen diagnostiziert bekommen hat: 56,5% sind deswegen in ambulanter Behandlung gewesen. Auch hier weisen wiederum die Beschäftigten in Altenheimen bzw. Alten- und Behindertenwohnheimen den zweithöchsten Anteilswert in diesem Vergleich auf.

Diagramm 2.6.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose im Zusammenhang mit COVID-19 (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)





Bei den Atmungssystem-Erkrankungen stechen besonders die Arzt- und Zahnarztpraxen heraus, rund jede(r) zweite dort Beschäftigte hat im aktuellen Berichtsjahr eine solche Diagnose bekommen.

Auch bei den Diagnosen im Zusammenhang mit COVID-19 zeigen sich teils erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens (III Diagramm 2.6.7). Hierbei ist besonders augenfällig, dass vom weiblichen Personal in Arzt- und Zahnarztpraxen ein mit 16,5% sehr großer Anteil eine solche Diagnose im aktuellen Berichtsjahr erhalten hat. Wahrscheinlich hängt dies mit besonders häufigen Kontakten zu COVID-19-Infizierten genauso wie mit dem direkten Zugang zu Testmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung (und damit einer umfassenderen Erfassung) zusammen. Wie schon bei der allgemeinen Inanspruchnahme besteht bei dieser Wirtschaftsgruppe allerdings auch der größte Geschlechtsunterschied: Die männlichen Beschäftigten in Arzt- und Zahnarztpraxen haben mit 11,4% zwar einen leicht überdurchschnittlichen Anteilswert, sie haben aber im Vergleich zu ihren Kolleginnen in deutlich geringerem Maße eine solche Diagnose gestellt bekommen. Von allen Gruppen in diesem Vergleich ist wiederum bei den männlichen Beschäftigten in stationären Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung und Ähnliches am seltensten eine COVID-19-Diagnose ambulant diagnostiziert worden: Nur für 8,1% ist eine solche Diagnose dokumentiert.

### 2.6.5 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Altenpflegeberufe weisen von allen Berufsgruppen den höchsten Anteil Beschäftigter mit einer diagnostizierten psychischen Störung auf. Knapp 44% sind aufgrund dessen in ambulanter Behandlung gewesen, das sind fast +13 Prozentpunkte mehr als der Durchschnitt aller Beschäftigten.
- Die Altenpflegekräfte sind zudem wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlich häufiger als der Durchschnitt in Behandlung gewesen, 56% haben aufgrund dessen eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht.
- Auch von den Gesundheits- und Krankenpflegekräften wurden mit einem Anteil von 36% überdurchschnittlich viele wegen psychischer Störungen ambulant behandelt.

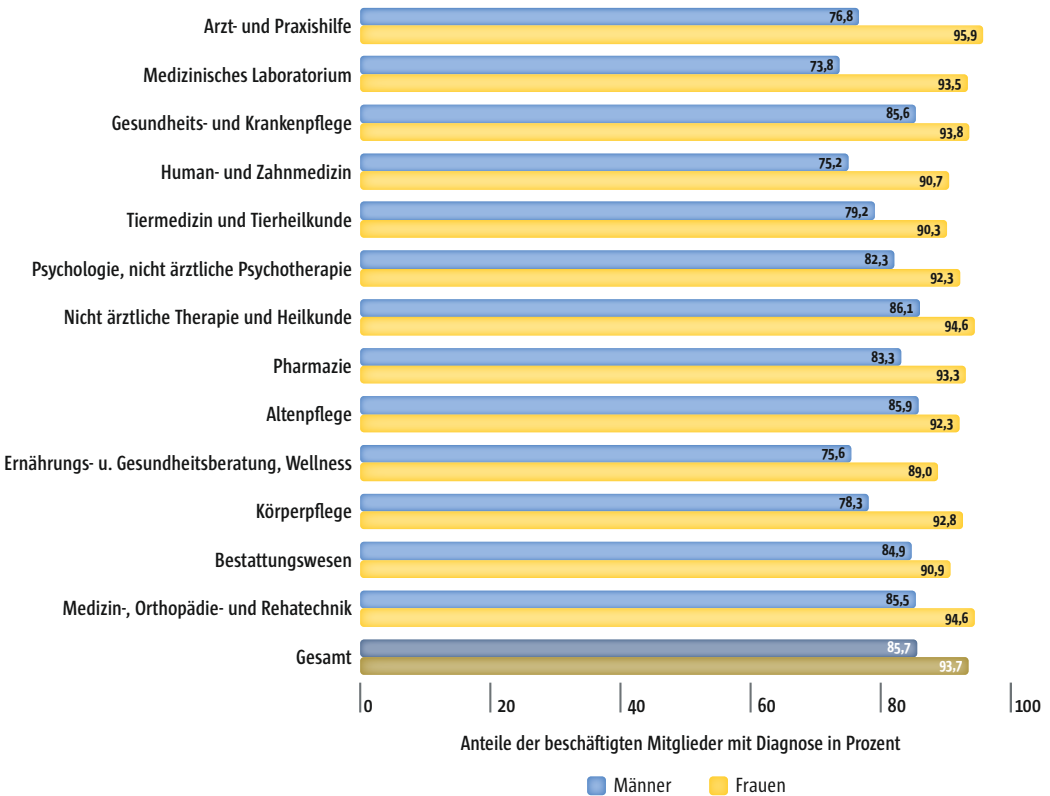
Das III Diagramm 2.6.8 zeigt für die Gesundheitsberufe die Anteile derjenigen Beschäftigten, die min-

destens einmal eine Konsultation in der ambulanten Versorgung im Jahr 2021 hatten. Wie daran zu erkennen ist, haben vor allem männliche Beschäftigte in nur unterdurchschnittlichen Anteilen eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen. So waren es von den männlichen Beschäftigten, die in medizinischen Laboratorien tätig sind, nur 73,8%, in der Human- und Zahnmedizin waren es 75,2% sowie bei den männlichen Beschäftigten in Ernährungs-/Gesundheitsberatung und Wellness 75,6%. Dabei ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass die männlichen Beschäftigten in diesen Berufsgruppen im Durchschnitt jünger sind als die Beschäftigten insgesamt. Bei den Frauen ist die Varianz der Anteilswerte wie zu erwarten weniger groß, den höchsten Wert weisen dabei diejenigen auf, die als Arzt- bzw. Praxishilfe arbeiten: Von diesen sind im aktuellen Berichtsjahr 95,9% in ambulanter Behandlung gewesen.

Die Gesundheitsberufe unterschieden sich in größerem Maße hinsichtlich der Anteile mit einer ambulant gestellten Diagnose, wenn man als weitere Detailebene nach Erkrankungsarten differenziert (III Diagramm 2.6.9). Wie schon im III Kapitel 2.5.2 beschrieben, weisen die Altenpflegeberufe den höchsten Anteil Beschäftigter mit einer diagnostizierten psychischen Störung auf: 43,7% waren aufgrund dessen im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung gewesen, das sind +12,7 Prozentpunkte mehr als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Auch von den Gesundheits- und Krankenpflegekräften wurden überdurchschnittlich viele wegen psychischer Störungen ambulant behandelt, für 36,1% ist eine solche Diagnose im Jahr 2021 gestellt worden. Die Altenpflegekräfte sind zudem auch aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlich häufiger als der Durchschnitt aller Beschäftigten in Behandlung gewesen, 55,8% haben aufgrund dessen im aktuellen Berichtsjahr eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht. Besonders niedrig sind hingegen die Anteilswerte für die hier aufgeführten Diagnosehauptgruppen bei denjenigen, die in der Tiermedizin und Tierheilkunde arbeiten, sowie bei den Beschäftigten in der Human- und Zahnmedizin. Dabei weisen diese beiden Berufsgruppen mit jeweils -16,5 Prozentpunkten die größte Differenz zum Gesamtdurchschnitt bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen auf.

Das III Diagramm 2.6.10 zeigt abschließend für die Betrachtung der Gesundheitsberufe auf, welche Anteile von diesen eine Diagnose im Zusammenhang mit COVID-19 ambulant gestellt bekommen haben. Hier sind es die weiblichen Arzt- und Praxishilfen, die mit dem deutlich höchsten Anteilswert von 16,4% herausstechen. Für diese ergibt sich eine wesentliche

Diagramm 2.6.8 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Berufsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



Überschneidung zur Branche der Arzt- und Zahnarztpraxen (»» Diagramm 2.6.7), sodass ebenso erwartbar die männlichen Beschäftigten dieser Berufsgruppe mit einem relativ hohen, aber gegenüber ihren Berufskolleginnen deutlich geringeren Anteil aufgrund einer COVID-19-Diagnose in ambulanter Behandlung gewesen sind (11,9%). Höher noch sind die Anteile für männlichen Beschäftigte bei denjenigen, die in der Altenpflege (12,5%) sowie in der nicht-ärzt-

lichen Therapie und Heilkunde (13,3%) arbeiten. Diese beiden Berufsgruppen sind es auch, von denen ebenfalls sehr viele der darin tätigen Frauen eine COVID-19-Diagnose (jeweils 14,7%) bekommen haben. Die wenigsten Beschäftigten mit einer solchen Diagnose sind hingegen bei beiden Geschlechtern in der Tiermedizin und Tierheilkunden zu finden, gefolgt von der Ernährungs-/Gesundheitsberatung und Wellness.

Diagramm 2.6.9 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Berufsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)

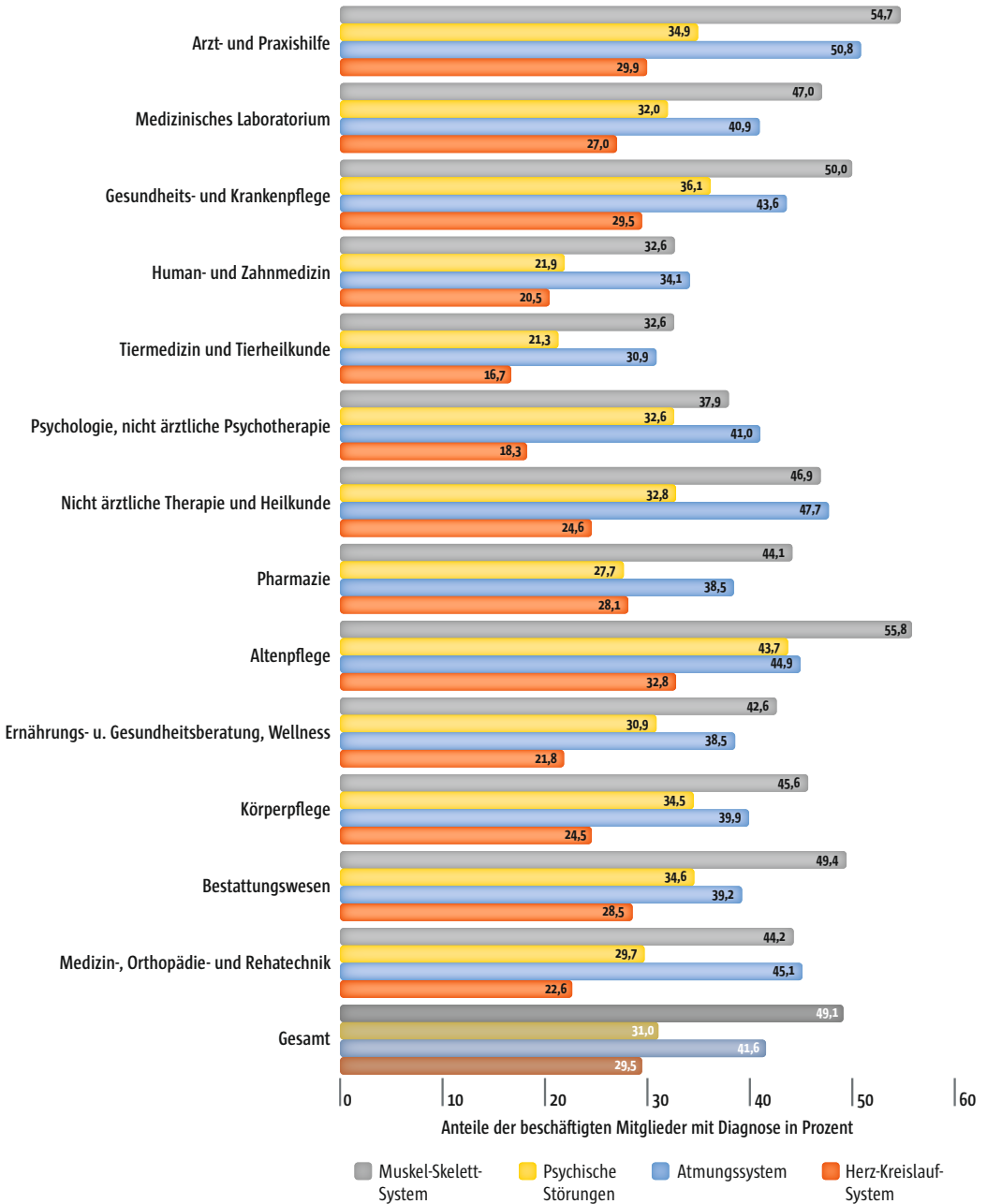
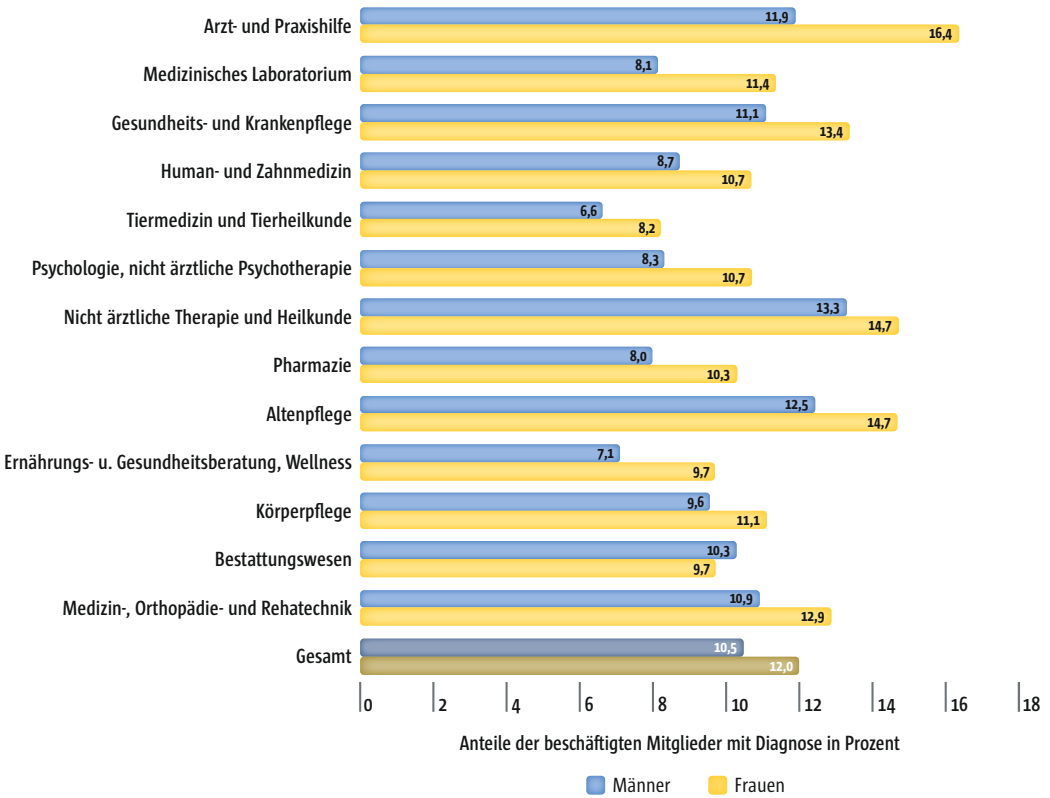


Diagramm 2.6.10 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose im Zusammenhang mit COVID-19 (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Berufsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



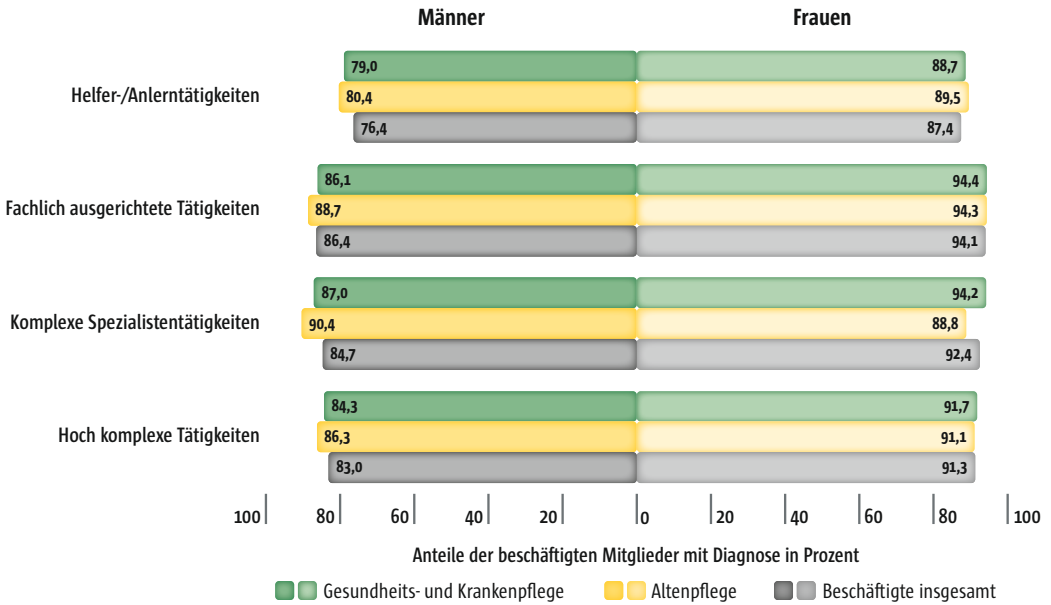
### 2.6.6 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

- Wie schon bei den Beschäftigten insgesamt sind auch bei den beiden Pflegeberufsgruppen diejenigen, die eine Helfer- bzw. Anlernertätigkeit verrichten, in geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen als die Beschäftigten mit höheren Tätigkeitsniveaus.
- Befristet angestellte männliche Pflegekräfte weisen im Vergleich zu allen Beschäftigten mit einem befristeten Vertrag deutlich höhere Anteilswerte mit einer Diagnose auf.
- Pflegekräfte in Leih- bzw. Zeitarbeit sind in größeren Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen als der Durchschnitt aller in Leih- bzw. Zeitarbeit Beschäftigten.

### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

Das »»» Diagramm 2.6.11 stellt für die beiden Pflegeberufe im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt die Anteile der Beschäftigten mit einer ambulant gestellten Diagnose differenziert nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit dar. Wie schon bei den Beschäftigten insgesamt sind auch bei den beiden Pflegeberufsgruppen diejenigen, die eine Helfer- bzw. Anlernertätigkeit verrichten, in geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen als die Beschäftigten mit höheren Tätigkeitsniveaus. Einzig die weiblichen Altenpflegekräfte mit komplexen Spezialistentätigkeiten weisen einen noch etwas geringeren Anteilswert auf als ihre Kolleginnen, die Helfer-/Anlernertätigkeiten verrichten. Erstgenannte weisen

Diagramm 2.6.11 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



damit auch gegenüber dem Durchschnitt aller Beschäftigten mit komplexen Spezialistentätigkeiten einen erkennbar geringeren Anteilswert auf (88,8% vs. 92,4%). Auch gegenüber den männlichen Altenpflegekräften mit komplexen Spezialistentätigkeiten (90,4%) ist dieser Kennwert niedriger ausgeprägt. Von diesen sind allerdings auch im Vergleich zum Durchschnitt aller männlichen Beschäftigten mit komplexen Spezialistentätigkeiten +5,7 Prozentpunkte mehr in ambulanter Behandlung gewesen.

### Aufsichts- und Führungsverantwortung

Das Diagramm 2.6.12 zeigt die Anteile der Beschäftigten mit Diagnose differenziert danach, ob die Personen Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung haben oder nicht. Hierbei bestehen bei Frauen wie bei Männern nur geringe Unterschiede zwischen den Pflegeberufen und dem jeweiligen Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten. Am größten ist die Differenz noch bei den Altenpflegerinnen ohne Auf-

Diagramm 2.6.12 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

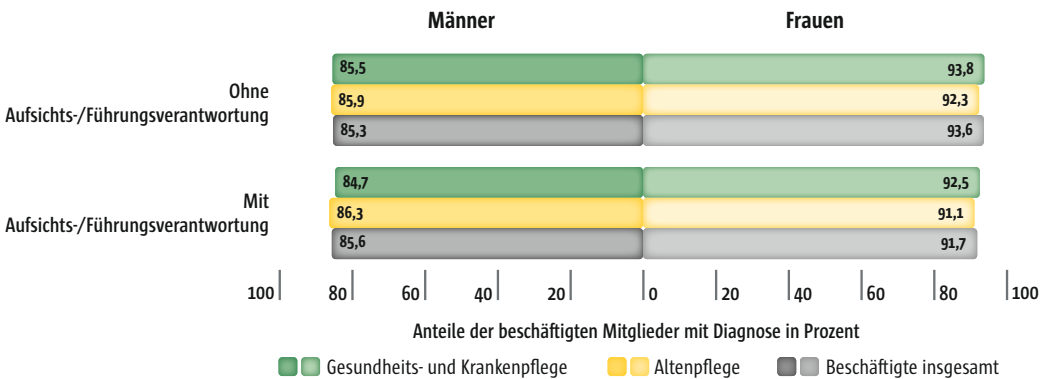
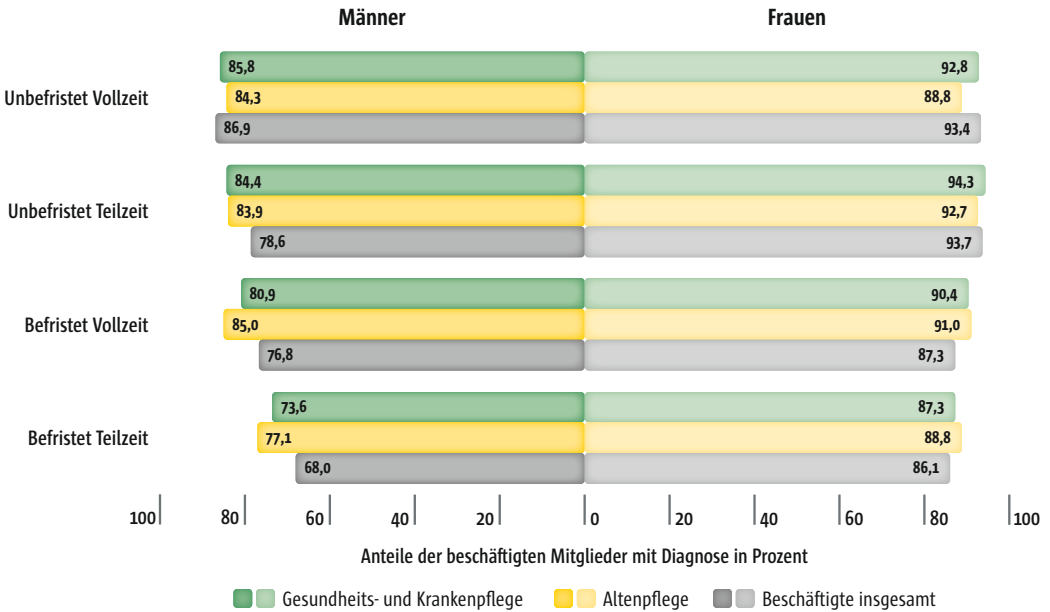


Diagramm 2.6.13 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



sichts- bzw. Führungsverantwortung, von denen -1,3 Prozentpunkte weniger im ambulanten Behandlung waren im Vergleich zu allen weiblichen Beschäftigten ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung. Damit steht die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung bei den Pflegekräften wie schon bei den Beschäftigten insgesamt im Kontrast zu den anderen Leistungsbereichen, in denen diejenigen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung mehr Tage arbeitsunfähig (»» Kapitel 1.6.6) sowie in stationärer Behandlung sind (»» Kapitel 3.6.6) und weniger Medikamente verordnet bekommen (»» Kapitel 4.6.6) als diejenigen mit einer solchen Funktion.

### Vertragsformen

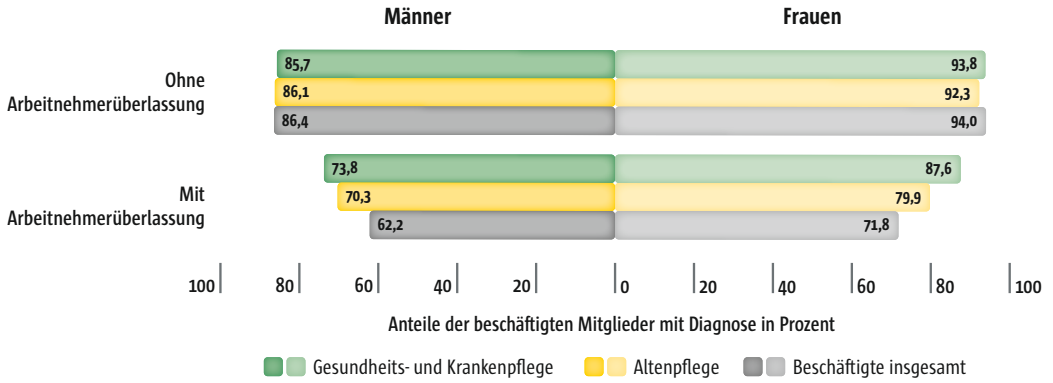
Bei den nach Vertragsform differenzierten Anteilen der Beschäftigten, die in ambulanter Behandlung waren (»» Diagramm 2.6.13), fallen vor allem die großen Differenzen bei den befristet angestellten männlichen Altenpflegekräften auf. So haben von denjenigen mit einem befristeten Vollzeitvertrag +8,2 Prozentpunkte mehr ambulant mindestens eine Diagnose gestellt bekommen als alle Beschäftigten mit solch einer Vertragsform. Der Anteilswert für die befristet

in Teilzeit tätigen Altenpfleger ist sogar um +9,1 Prozentpunkte höher als der entsprechende Gesamtdurchschnitt. Andererseits haben die unbefristet in Vollzeit tätigen Altenpflegekräfte in geringeren Anteilen als der Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten die ambulante Versorgung in Anspruch genommen, insbesondere bei den Frauen ist die Differenz mit -4,6 Prozentpunkten relativ groß. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften sind indes die Männer in Teilzeit in überdurchschnittlichen Anteilen ambulant behandelt worden. Von diesen haben gegenüber dem jeweiligen Anteil aller Beschäftigten um +5,8 Prozentpunkten (unbefristet in Teilzeit) bzw. +5,6 Prozentpunkte (befristet in Teilzeit) mehr eine Behandlung in Anspruch genommen.

### Arbeitnehmerüberlassung

Wie das »» Diagramm 2.6.14 erkennen lässt, findet sich bei den beiden Pflegeberufen ein ähnliches Bild wie bei den Beschäftigten insgesamt, von denen diejenigen mit Arbeitnehmerüberlassung in geringerem Umfang in ambulanter Behandlung gewesen sind als diejenigen ohne eine Anstellung in Leih- bzw. Zeitarbeit. Während sich aber die Anteilswerte bei den regulär angestellten Pflegekräften kaum vom

Diagramm 2.6.14 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten unterscheiden, sind von denjenigen in Leih- und Zeitarbeit mehr in ambulanter Behandlung gewesen als bei den in Leih- und Zeitarbeit Beschäftigten insgesamt. Mit einem um +15,8 Prozentpunkten höheren Anteilswert ist die Differenz bei den weiblichen Gesundheits- und Krankenpflegekräften mit Arbeitnehmerüberlassung gegenüber allen Leih- und Zeitarbeiterinnen am größten (87,6% vs. 71,8%). Bei deren männlichen Kollegen beträgt diese Differenz immerhin +11,6 Prozentpunkte (73,8% vs. 62,2%). Von

den männlichen und weiblichen über eine Arbeitnehmerüberlassung Beschäftigten in der Altenpflege waren wiederum jeweils +8,1 Prozentpunkte mehr in ambulanter Behandlung gewesen. Trotzdem zeigt sich damit bei den mit Arbeitnehmerüberlassung tätigen Altenpflegekräften ein Kontrast insbesondere zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»» Kapitel 1.6.6), da diese sowohl gegenüber allen Beschäftigten als auch gegenüber den Gesundheits- und Krankenpflegekräften deutlich mehr Tage arbeitsunfähig gemeldet gewesen sind.

## 2.7 Zusammenfassung und Ausblick

Die ambulante Versorgung spiegelt bekanntermaßen in wesentlichen Teilen das alltägliche Krankheitsgeschehen wieder, d.h. es sind darin all jene medizinischen Versorgungsleistungen wiederzufinden, die nicht aufgrund ihrer Schwere im Krankenhaus erfolgen müssen. Darüber hinaus werden aber auch in erheblichem Maße nicht krankheitsbedingte Vorsorgemaßnahmen wie z.B. Impfungen, allgemeine Untersuchungen genauso wie die Nachsorge nach stationärem Aufenthalt abgebildet. Entsprechend sind die weitaus meisten Versicherten – im Schnitt 9 von 10 – innerhalb eines Jahres mindestens einmal in ambulanter Behandlung. Bei den dabei am meisten vergebenen Diagnosen handelt es sich um als Zusatzinformationen erfasste Faktoren, die Einfluss auf den Gesundheitszustand haben und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen – worunter u.a. allgemeine Untersuchungen und Vorsorgemaßnahmen und speziell im aktuellen Berichtsjahr Laboruntersuchungen gezählt werden. Aber auch wegen Muskel-Skelett- und Atmungssystem-Erkrankungen ist fast jeder zweite Versicherte mindestens einmal im Jahr in ambulanter Behandlung gewesen. Für viele Erkrankungen werden mit zunehmendem Alter die Anteile größer, die deswegen in ambulanter Behandlung sind. Bei vielen Erkrankungsarten sind zudem die Anteilswerte bei den Frauen höher im Vergleich zu den Männern, dies gilt vor allem für Urogenital-Erkrankungen sowie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, aber auch für psychische Störungen. Es zeigt sich zudem bei der Betrachtung des Versorgungsgeschehen für die beschäftigten Mitglieder, dass bei verschiedenen arbeitsweltlichen Merkmalen (z.B. aufgrund der Zugehörigkeit zu bestimmten Wirtschafts- und Berufsgruppen) Unterschiede bei den für die Versorgung ausschlaggebenden Diagnosen bestehen, die nicht (oder nicht allein) anhand der Alters- und Geschlechtsstruktur der dort jeweiligen Beschäftigtengruppe erklärt werden können. So fallen in der ambulanten Versorgung besonders die Beschäftigten in

Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten (genauso wie Beschäftigte ohne einen Schul- bzw. Berufsabschluss) auf, die teils deutlich weniger als andere Beschäftigte in Behandlung gewesen sind. Auch nehmen Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung in geringeren Anteilen ambulante Versorgung in Anspruch. Hierbei spielen sicher auch Unterschiede im Gesundheitsverhalten eine Rolle, die Auswirkungen auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen haben können<sup>5</sup>: So ist die subjektiv wahrgenommene Gesundheit bei Personen mit niedrigerem Sozialstatus im Durchschnitt schlechter, zudem sind gesundheitsschädliche Verhaltensweisen (Rauchen, Bewegungsmangel etc.) bei diesen verbreiteter, während gleichzeitig Präventionsmaßnahmen seltener in Anspruch genommen werden. Ebenso kann das Arbeiten unter Unsicherheit (Leih- und Zeitarbeit, Befristung, nach Arbeitslosigkeitserfahrung etc.) ein anderes Inanspruchnahmeverhalten bewirken, so etwa beispielsweise trotz Krankheit zur Arbeit zu erscheinen (Präsentismus), oder Vorsorgeuntersuchungen gar nicht erst wahrzunehmen. Die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie sind im aktuellen Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahr noch deutlicher sichtbar: Der Anteil der Versicherten mit einer COVID-19-Diagnose hat von 7,2% auf 9,6% zugenommen, außerdem hat fast jeder dritte Versicherte mindestens eine Impfung gegen SARS-CoV2 über einen niedergelassenen Arzt erhalten. Dies ist eine

5 siehe u.a.:

- Robert Koch-Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, 2014
- Lampert, Kroll LE, von der Lippe E, Müters S, Stolzenberg H. Sozioökonomischer Status und Gesundheit – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1), Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 814–821
- Altenhöner T, Philipp M, Böcken J. Gesundheitsverhalten und Änderungen im Gesundheitsverhalten – welche Relevanz haben Bildung und Schicht? Gesundheitswesen 2014; 76: 19–25



bemerkenswerte Leistung der Niedergelassenen, einen solch erheblichen Beitrag zur Impfkampagne zu leisten, zumal im aktuellen Berichtsjahr auch die generelle Inanspruchnahme größer geworden ist, sowohl insgesamt als auch bei den zuvor rückläufigen Erkrankungsarten.

Wie schon im letzten Jahr hat sich auch in 2021 wieder deutlich gezeigt, dass die Beschäftigten im Gesundheitssystem selber auch ein höheres Risiko haben, von einer COVID-19-Infektion betroffen zu sein. Der häufige Kontakt mit anderen Menschen und insbesondere mit potenziell Infizierten ist tätigkeitsimmanent und spielt eine wichtige Rolle bei den hohen Anteilen derer, die eine COVID-19-Diagnose gestellt bekommen haben. Aber auch darüber hinaus zeigen sich Besonderheiten in der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung insbesondere durch die Pflegekräfte, wie die Sonderauswertungen im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas „Pflegefall Pflege?“ zeigen. So ist die Berufsgruppe der Altenpflegekräfte diejenige, bei welcher der größte Anteil von Beschäftigten mit einer in der ambulanten Versorgung dokumentierten psychischen Störung zu finden ist. Es gibt außerdem auch nur wenige andere Berufsgruppen, bei denen mehr Beschäftigte als in der Altenpflege wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen ambulant behandelt werden. Auch die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte weisen für diese beiden Erkrankungsarten überdurchschnittlich hohe Anteile mit einer solchen Diagnose auf. Ein ähnliches Bild hatte sich auch schon vor 5 Jahren im **III** BKK Gesundheitsatlas 2017 gezeigt. Es ist dabei natürlich auch zu berücksichtigen, dass die ambulante Versorgung ein niederschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem ist und die Erkrankungen nicht zwangsläufig zu „Ausfällen“ im Sinne von Arbeitsunfähigkeit führen müssen oder gar eine stationäre Behandlung nach sich ziehen.

Vielmehr kann eine frühzeitige Behandlung eben solches verhindern oder zumindest hinauszögern. Wie das vorherige **III** Kapitel 1 allerdings schon aufgezeigt hat, finden sich die Pflegekräfte letztendlich doch auch hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Störungen auf den Spitzenplätzen wieder. Die Ergebnisse der **III** Beschäftigtenbefragung 2022 zeigen ergänzend hierzu, dass die Arbeit in der Pflege oftmals sowohl physisch als auch psychisch in besonderem Maße belastend ist und sich zudem die Arbeitssituation in der Pflege durch die Coronavirus-Pandemie noch verschlechtert hat. Auch in der ambulanten Versorgung zeigt sich dies in über Jahre hinweg überdurchschnittlichen Anteilswerten. Somit bleibt zu konstatieren, dass bisherige Projekte und Programme zur Verbesserung der Arbeitssituation und zur Förderung der Gesundheit bislang nicht in der Form Erfolg zeigen, dass weniger Pflegekräfte erkranken, ambulant oder stationär behandelt werden müssen. Um dies zu erreichen ist möglicherweise auch viel mehr ein grundlegender Wandel der Pflege an sich notwendig. Ideen oder sogar konkrete Vorbilder in Gesundheitssystemen anderer Länder sind dazu vorhanden, wie unter anderem die Gastbeiträge von **III** Klapper und Tackenberg sowie **III** Ewers und Lehmann in diesem Buch zeigen. Schließlich ist aber auch bekannt, dass der Aufbau einer gesunden Arbeitskultur in Unternehmen genauso wie das Etablieren einer Präventionskultur sowie die Vermittlung von Gesundheitskompetenz für potenziell Vulnerable wie Betroffene kein kurzfristiges Unterfangen ist. Schließlich kann auch hier die ambulante Versorgung einbezogen werden und eine relevante Rolle spielen. Insgesamt muss es aber für alle beteiligten Akteure weiterhin eine wichtige Aufgabe sein, die Situation für die Beschäftigten in der Pflege zu verbessern.

# Schwerpunkt Wissenschaft



# Struktur und Dynamik der Beschäftigung in Pflegeberufen

Michaela Fuchs, Uwe Sujata und Antje Weyh

Dieser Beitrag befasst sich mit der Arbeitsmarktsituation in der Pflege, zeigt Fachkräftepotenziale auf und skizziert den künftigen Bedarf an Arbeitskräften in diesem Bereich. Neben der Beschäftigungsentwicklung und Besonderheiten in der soziodemografischen Struktur der Beschäftigten geht die Analyse darauf ein, inwiefern die Beschäftigten entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden. Die Beschäftigungsdynamik gibt Aufschluss über die Fluktuation und damit die Wechselbereitschaft der Pflegekräfte. Vor dem Hintergrund der Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung wird zudem eine Abschätzung des künftigen Personalbedarfes in den Pflegeberufen vorgenommen.

## Einleitung

In Deutschland werden mittlerweile in allen Bereichen des Arbeitsmarktes Fachkräfte gesucht. Dies zeigt sich darin, dass der Bestand an gemeldeten Arbeitsstellen im langfristigen Trend kontinuierlich steigt, die Zahl der Arbeitslosen dagegen sinkt [1]. Als Resultat gestaltet sich die Besetzung der offenen Stellen immer schwieriger. Unter diesen Rahmenbedingungen nimmt die Konkurrenz um Arbeitskräfte innerhalb, aber auch zwischen Branchen zu.

Für die Zukunft ist aufgrund des demografischen Wandels eher mit einer Verschärfung als mit einer Entspannung zu rechnen. Die Babyboomer-Generation wird in den nächsten Jahren den Arbeitsmarkt verlassen und in die Rente gehen. Die nachfolgenden Jahrgänge können diesen Verlust an Arbeitskräften aufgrund ihrer geringeren Stärke nur teilweise ersetzen [2, 3]. Für den Pflegebereich sind die Herausforderungen noch größer.

» Viele Arbeitskräfte werden alleine aus Altersgründen ihren Beruf verlassen. Außerdem wird der Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen durch die zunehmende Zahl der Älteren erhöht, was sich in einer steigenden Nachfrage nach Arbeitskräften niederschlägt. Somit dürfte das Gesund-

heits- und Sozialwesen bis 2040 die Branche mit den meisten Erwerbstätigen sein [4]. Die bereits heute existierenden Fachkräfteengpässe dürften sich dadurch weiter verschärfen.

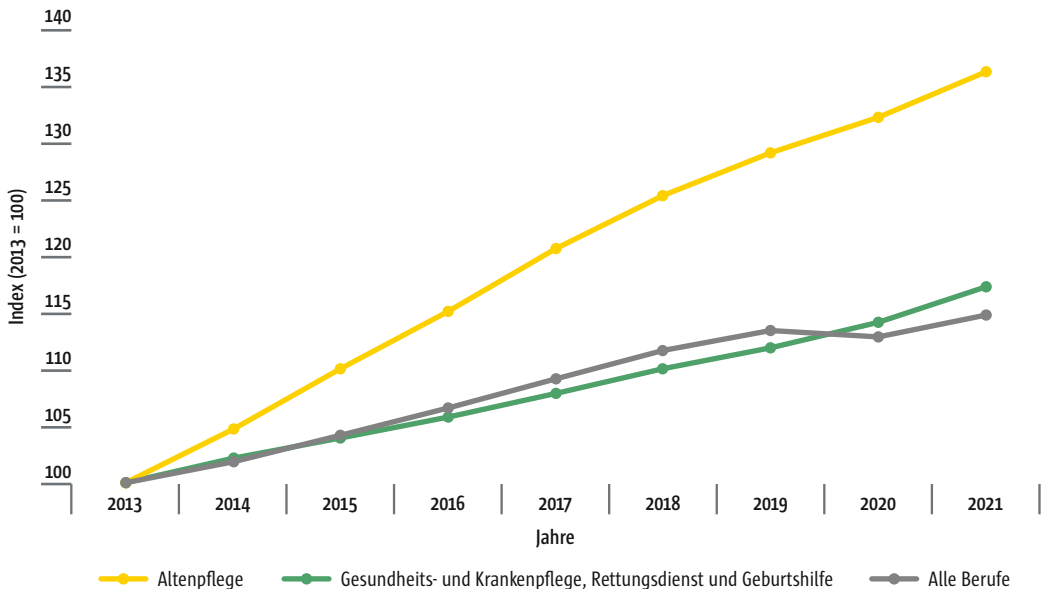
Um auch weiterhin die Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen gewährleisten zu können, müssen daher vielfältige Hebel in Bewegung gesetzt werden. Dies gilt nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer zunehmenden Überlastung als auch einer sinkenden Arbeitsfähigkeit der Pflegebeschäftigten [5].

Dieser Beitrag befasst sich mit der Arbeitsmarktsituation, zeigt Fachkräftepotenziale auf und skizziert den künftigen Bedarf in den beiden wichtigsten Berufsfeldern der Pflege. Sie umfassen Berufe aus den Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe sowie der Altenpflege [6]. Als Ausgangspunkte dienen die Beschäftigungsentwicklung und Besonderheiten in der soziodemografischen Struktur der Beschäftigten. Anschließend wird betrachtet, inwiefern die Beschäftigten entsprechend ihrer Qualifikation in ihren Jobs eingesetzt werden, da insbesondere überqualifizierte Beschäftigte ein vergleichsweise leicht zu erschließendes Fachkräftepotenzial darstellen können. Die Beschäftigungsdynamik gibt Aufschluss über die Fluktuation in den beiden Berufsfeldern. Sie legt das Ausmaß der begonnenen und beendeten Beschäftigungsverhältnisse und damit die Wechselbereitschaft der Beschäftigten offen. Vor dem Hintergrund der Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung wird schließlich eine Abschätzung des künftigen Personalbedarfes in den Pflegeberufen vorgenommen.

## Beschäftigungsentwicklung und -struktur

Die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in Deutschland ist in den vergangenen Jahren nahezu stetig gewachsen. Nur im ersten Jahr der Covid-19-Pandemie war gegenüber dem Vorjahr ein leich-

Abbildung 1 Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung 2013 bis 2021 (Index 2013 = 100) (Stichtag: jeweils 30.06.)



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

ter Rückgang zu verzeichnen (vgl. **»»** Abb. 1). In den beiden wichtigsten Berufsfeldern der Pflege – Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe sowie Altenpflege – stieg die Beschäftigung ebenfalls stetig, auch während der Pandemiejahre 2020 und 2021. Besonders auffällig ist der starke Anstieg in den Berufen der Altenpflege. Hier betrug das jahresdurchschnittliche Wachstum im Zeitraum 2013 bis 2021 4,0% (Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe: 2,0%). Damit stieg auch der Beschäftigungsanteil dieses Berufsfeldes an allen Berufen von 1,5% in 2013 auf 1,8% in 2021 (Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe: von 3,1% auf 3,2%).

**»»»** Von den insgesamt 34,3 Mio. sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Jahr 2021 sind ca. 1,17 Mio. in der Gesundheits- und Krankenpflege und ca. 0,65 Mio. in der Altenpflege tätig.

Die Beschäftigten in der Pflege unterscheiden sich in wesentlichen Merkmalen von allen Beschäftigten (vgl. **»»** Abb. 2). Wie der Beschäftigungsanteil von rund 80% zeigt, arbeiten überwiegend Frauen in Pflegeberufen. Damit kehrt sich das Geschlechterver-

hältnis gegenüber dem Durchschnitt aller Berufe um (Frauenanteil: 46,3%). In engem Zusammenhang mit dem hohen Frauenanteil steht das Verhältnis von Voll- und Teilzeitbeschäftigung, denn auch der Teilzeitanteil ist sehr viel höher als in der Gesamtbeschäftigung ausgeprägt. In den Berufen der Altenpflege arbeitet mit 56% sogar mehr als die Hälfte aller Beschäftigten in Teilzeit. Wesentliche Gründe hierfür sind die erfolglose Suche nach einer Vollzeitstelle, persönliche und familiäre Belange sowie die Teilnahme an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen [7]. Zudem sind die Beschäftigten in den Pflegeberufen im Schnitt etwas jünger. Dies gilt insbesondere für die Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienste und Geburtshilfe. Während weiterhin der Anteil der Beschäftigten mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit in den Berufen der Altenpflege etwas höher als im Durchschnitt aller Berufe ist, gibt es in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege, im Rettungsdienst und der Geburtshilfe überdurchschnittlich viele Beschäftigte mit deutscher Staatsangehörigkeit.

Das Anforderungsniveau als weiteres Merkmal bezeichnet den Komplexitätsgrad eines Berufes und geht davon aus, dass für seine Ausübung ein bestimmtes Niveau an Fähigkeiten und Kenntnissen

Abbildung 2 Soziodemografische Merkmale der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Stichtag: 30.06.2021)



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

vorhanden sein muss [8]. Hier heben sich die Pflegeberufe deutlich vom Durchschnitt aller Berufe ab. Besonders auffällig ist der hohe Anteil von Beschäftigten in der Altenpflege, die Helfer- und Anlern-tätigkeiten ausüben (48,5%). Hierfür sind üblicherweise keine oder nur bis zu zwei Jahre Ausbildung erforderlich [9]. Was fachlich ausgerichtete Tätigkeiten angeht, für die in der Regel eine abgeschlossene Berufsausbildung notwendig ist, stellen diese für die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege, im Rettungsdienst und der Geburtshilfe das maßgebliche Anforderungsniveau dar (72,0%). Demgegenüber ist die Bedeutung des Anforderungsniveaus für die Berufe der Altenpflege deutlich geringer. Schließlich betonen die unterdurchschnittlichen Beschäftigungsanteile in komplexen Spezialistentätigkeiten und hoch komplexen Tätigkeiten, die in der Regel von Personen mit abgeschlossener Hochschulbildung ausgeübt werden, den bisher geringen Stellenwert der Akademisierung in der Pflege bzw. den großen Stellenwert der beruflichen Ausbildung in der Pflege.

### Ausbildungsadäquate Beschäftigung

Kombiniert man das Anforderungsniveau der Berufe mit dem Qualifikationsniveau der Beschäftigten, lassen sich Aussagen darüber treffen, ob eine Person ihrer Qualifikation entsprechend, also ausbildungsadäquat, beschäftigt ist. Wenn etwa Akademiker als Facharbeiter oder Fachkräfte als Helfer arbeiten, sind sie für diese Tätigkeiten formal überqualifiziert und damit ausbildungsinadäquat beschäftigt [10].

In der Altenpflege gibt es mit Ausnahme der Beschäftigten ohne Berufsabschluss überdurchschnittlich häufig ausbildungsinadäquate Beschäftigung. So übten im Juni 2021 43,5% der Beschäftigten, die über einen anerkannten Berufsabschluss verfügten, Helfer- und Anlern-tätigkeiten aus, waren also für ihre Tätigkeit formal überqualifiziert (vgl. **III** Tab. 1). Dies könnte unter anderem daran liegen, dass der Abschluss in einem anderen Beruf erfolgt ist und diese Beschäftigten folglich als Helfer in der Altenpflege eingestellt werden. Nur 8,6% der Personen mit einem akademischen Abschluss gehen in der Altenpflege einer komplexen Spezialistentätigkeit oder hoch komplexen Tätigkeit nach und sind demnach ausbildungsadäquat beschäftigt. Unterqualifikation spielt nahezu keine Rolle. Im Gegensatz zu 2013 nahm das Ausmaß der ausbildungsinadäquaten Beschäftigung, außer bei Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung, in den Berufen der Altenpflege zu.

Dagegen sind Beschäftigte in Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege, im Rettungsdienst und der Geburtshilfe häufiger als im Durchschnitt aller Berufe ausbildungsadäquat tätig. Nur bei Beschäftigten, die über einen akademischen Berufsabschluss verfügen, ist dies nicht der Fall. Formale Überqualifizierung kommt jedoch auch in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege, im Rettungsdienst und der Geburtshilfe häufiger vor als im Durchschnitt aller Berufe, Unterqualifizierung dagegen seltener.

**III** In Bezug auf die Fachkräftesicherung stellt das überdurchschnittliche Ausmaß der Überqualifizierung in den Pflegeberufen ein Potenzial dar, das gehoben werden kann und sollte. Vor allem im Bereich der Altenpflegeberufe lassen sich durch entsprechende Weiterqualifizierungen Fachkräftepotenziale erschließen. Solche Weiterqualifizierungen sind sehr erfolgreich und bieten gute Beschäftigungschancen [11].

### Beschäftigungsdynamik

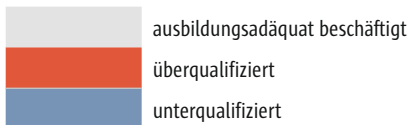
Hinter den Veränderungsraten der Zahl der Beschäftigten über mehrere Jahre hinweg, wie sie in **III** Abbildung 1 dargestellt sind, verbirgt sich eine hohe Dynamik. So beginnen und beenden viele Personen ihre Beschäftigungsverhältnisse im Jahresverlauf, was mit den Bestandsdaten nicht abgebildet wird [12]. Eine Fokussierung auf Bestandsveränderungen und der positive Trend der letzten Jahre verschleiern daher, dass viele Beschäftigte ihren Beruf verlassen haben können. Auch Aussagen zur Beschäftigungsstabilität an sich sind damit nicht möglich.

Aus **III** Abbildung 3 ist ersichtlich, dass die Fluktuation als Summe der begonnenen und beendeten Beschäftigungsverhältnisse in den beiden zentralen Berufsfeldern der Pflege unterschiedlich hoch ausfällt. Mit 66,4% ist die Fluktuation in den Berufen der Altenpflege sehr viel höher als in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege, im Rettungsdienst und der Geburtshilfe (45,6%). Beschäftigungsverhältnisse in der Altenpflege sind damit weniger stabil. Das bedeutet gleichzeitig, dass der Verbleib im Beruf in der Altenpflege sehr viel niedriger ist [13]. Dies hängt unter anderem mit dem hohen Anteil der Helfer in diesem Beruf zusammen.

In den Berufen der Altenpflege liegt der Anteil der begonnenen Beschäftigungsverhältnisse am Bestand innerhalb eines Jahres bei 34,3%. Im Vergleich

**Tabelle 1 Ausbildungsadäquate und ausbildungsinadäquate Beschäftigung (Stichtag jeweils 30.06., 2013 und 2021)**

		Juni 2013			Juni 2021		
		Helfer- und Anlerntätigkeiten	fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	komplexe Spezialistentätigkeiten/hoch komplexe Tätigkeiten	Helfer- und Anlerntätigkeiten	fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	komplexe Spezialistentätigkeiten/hoch komplexe Tätigkeiten
alle Berufe	Ohne Berufsabschluss	42,1	48,8	8,9	43,2	47,0	9,8
	Anerkannter Berufsabschluss	11,0	69,8	19,2	13,0	68,5	18,6
	Akademischer Berufsabschluss	1,8	19,6	78,6	3,5	22,8	73,8
Altenpflege	Ohne Berufsabschluss	86,0	13,5	0,5	87,5	12,2	0,3
	Anerkannter Berufsabschluss	39,3	58,4	2,3	43,5	55,0	1,5
	Akademischer Berufsabschluss	25,1	60,9	14,0	33,7	57,7	8,6
Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	Ohne Berufsabschluss	68,4	29,7	1,9	58,3	40,1	1,5
	Anerkannter Berufsabschluss	11,3	74,3	14,4	13,2	74,0	12,9
	Akademischer Berufsabschluss	11,2	65,8	23,0	14,3	67,2	18,4



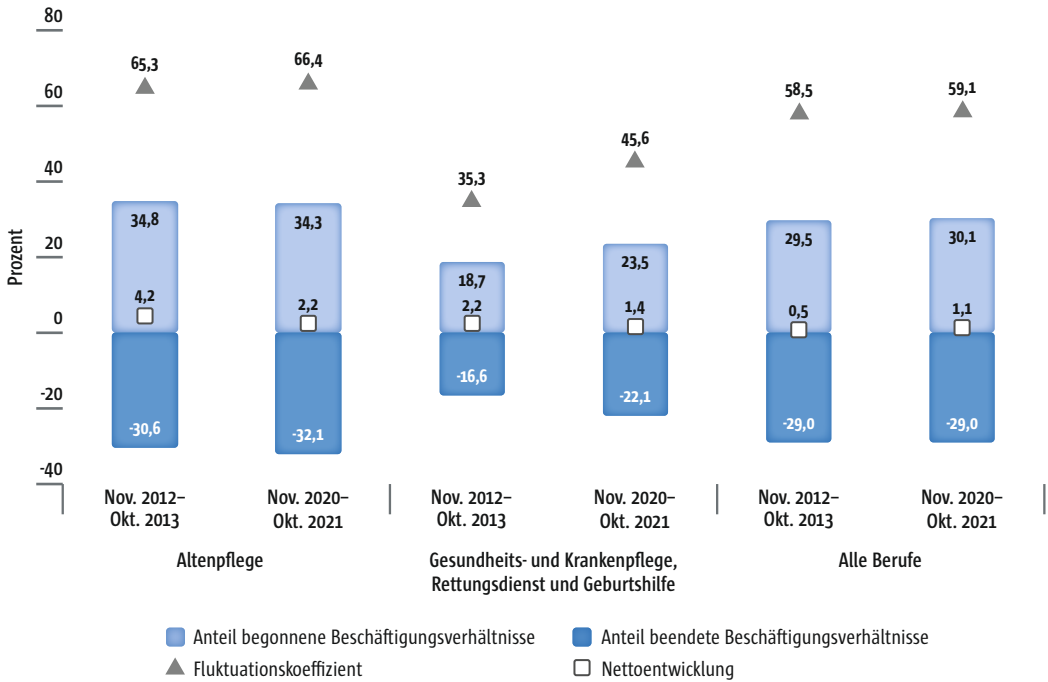
Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

zu 2013 (34,8%) ist das nur geringfügig niedriger. Dagegen stieg der Anteil der beendeten Beschäftigungsverhältnisse um 1,5 Prozentpunkte an. Daraus resultiert ein geringerer Anstieg des Beschäftigungs-

bestandes innerhalb eines Jahres (Nettoentwicklung: 2,2% zu 4,2%).

Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, im Rettungsdienst und der Geburtshilfe übersteigt

Abbildung 3 Komponenten der Beschäftigungsdynamik (jeweils gleitender Jahresdurchschnitt, 2013 und 2021, Angaben in Prozent)



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

der Anteil der innerhalb eines Jahres begonnenen Beschäftigungsverhältnisse den der beendeten ebenfalls. Beide Anteile liegen aber auf bedeutend niedrigerem Niveau als im Bereich der Altenpflege. Generell hat die Fluktuation hier zwischen 2013 und 2021 mit einem Plus von mehr als 10 Prozentpunkten sehr deutlich zugenommen, während der Beschäftigungsbestand innerhalb eines Jahres weniger stark zunahm (Nettoentwicklung: 1,4% zu 2,2%).

Die steigende Fluktuation in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege, im Rettungsdienst und der Geburtshilfe folgt einem längeren Trend, der sich seit 2013 kontinuierlich zeigt. In den Berufen der Altenpflege sank der Fluktuationskoeffizient zu Beginn der Covid-19-Pandemie dagegen deutlich, stieg danach aber wieder an. Damit zeigte sich bei den Berufen der Altenpflege ein ähnlicher Trend wie über alle Berufe – die Wechselbereitschaft der Beschäftigten nahm im Zuge der ersten bzw. Anfang der zweiten Welle der Pandemie ab.

Die Fluktuation in der Altenpflege ist zwar deutlich höher als in der Gesundheits- und Krankenpflege, im Rettungsdienst und der Geburtshilfe. Trotzdem wächst die Beschäftigung in beiden Berufsgruppen seit Jahren überdurchschnittlich.

### Zukünftiger Beschäftigtenbedarf in der Pflege

Aufgrund der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung bei gleichzeitig weiter sinkendem Arbeitskräftepotenzial, nehmen die Diskussionen um die zukünftige Deckung des Personalbedarfs in Gesundheits- und Pflegeberufen immer mehr an Bedeutung zu [14]. Vor diesem Hintergrund stellen wir eine einfache Vorausberechnung zum künftigen Beschäftigtenbedarf bis zum Jahr 2040 in den beiden zentralen Berufsfeldern der Pflege vor, die z. B. auch schon in [13, 15] Anwendung fand (vgl. Abb. 4).

Ausgangspunkt der Fortschreibung sind die Bevölkerungsprojektionen des Statistischen Bundesamtes nach Alter und Geschlecht [16]. Aus diesen



Abbildung 4 Vorgehen zur Bestimmung des zukünftigen Personalbedarfs



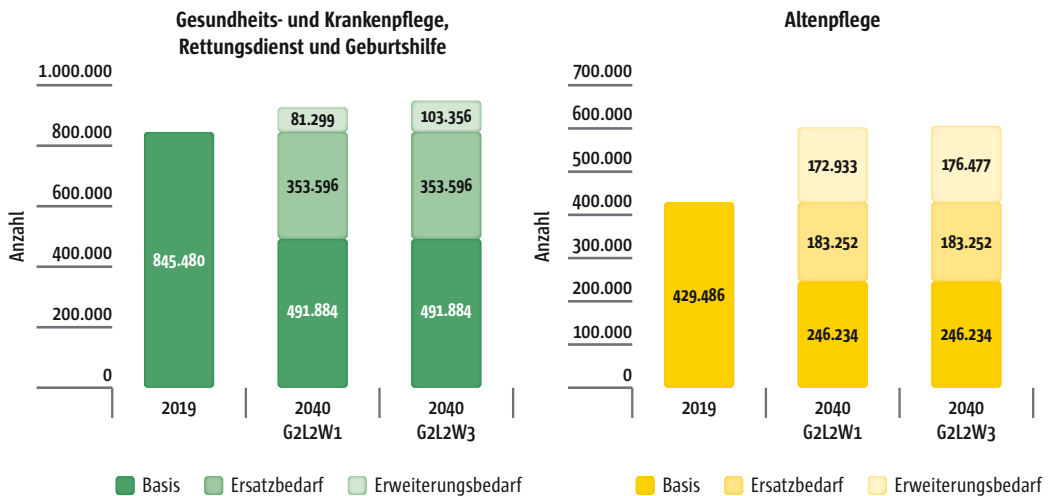
wird mithilfe der Morbiditäts- bzw. Prävalenzraten aus dem Jahr 2019 die Zahl der zukünftigen Krankenhausfälle bzw. der Pflegebedürftigen ermittelt. Unterstellt man in 2040 denselben Betreuungsschlüssel wie in 2019, lassen sich die Personalbedarfe in den beiden Berufsfeldern bestimmen. Unter Berücksichtigung der Altersstruktur des Personals in 2019 können sowohl der Ersatzbedarf wie auch ein möglicher Erweiterungsbedarf bestimmt werden. Etwaige Verringerungen des Personalschlüssels durch z. B. Digitalisierung oder andere Produktivitätsfortschritte bleiben hier außen vor. Aufgrund des hohen Anteils an Teilzeitbeschäftigten rechnen wir die beschäftigten Personen in Vollzeitäquivalente (VZÄ) um [13, 15, 17].

Im Ergebnis ergibt sich bis zum Jahr 2040 ein hoher (zusätzlicher) Beschäftigungsbedarf in den Berufen der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege, dem Rettungsdienst und der Ge-

burtshilfe (vgl. » Abb. 5). Für die Berufe der Altenpflege dürfte alleine aufgrund von Verrentung ein Ersatzbedarf von 183.252 VZÄ entstehen, was rund 43% der VZÄ im Jahr 2019 entspricht. Aufgrund der demografischen Veränderungen kommen je nach unterstellter Variante der Bevölkerungsvorausberechnung noch zusätzliche 172.933 bis 176.477 benötigte VZÄ hinzu. In den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege, dem Rettungsdienst und der Geburtshilfe ist mit einem Ersatzbedarf von 353.596 VZÄ zu rechnen. Der Erweiterungsbedarf fällt geringer aus und liegt hier zwischen 81.299 und 103.356 VZÄ.

» Nach aktuellem Stand wird im Jahr 2040 im Vergleich zu heute in Deutschland ein zusätzlicher Bedarf von rund 40% an Beschäftigten in der Altenpflege sowie rund 11% in der Gesundheits- und Krankenpflege bestehen.

Abbildung 5 Zukünftiger Bedarf an Pflegepersonal\* in der Gesundheits- und Krankenpflege, im Rettungsdienst und der Geburtshilfe sowie in der Altenpflege (Angaben in Vollzeitäquivalenten)



\* Anmerkungen: Den Bevölkerungsvorausberechnungen liegen die Annahmen 1,55 Kinder je Frau, ein Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt bis 2060 von 84,4 Jahren für Jungen und 88,1 Jahren für Mädchen sowie ein jährlicher Wanderungssaldo von 147.000 pro Jahr in der Variante W1 und 311.000 in der Variante W3 zugrunde.

Quellen: Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder, Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnung und Darstellung.

### Fazit

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels gewinnt die Fachkräftesicherung in den Pflegeberufen weiter an Bedeutung. Die Pflege stellt schon seit einigen Jahren eine expandierende Branche mit überdurchschnittlichem Beschäftigungswachstum dar, das vor allem in der Altenpflege zu beobachten ist. Unter den Beschäftigten fällt zum einen der hohe Frauenanteil in Verbindung mit einem hohen Teilzeitanteil auf. In der Ausweitung der Arbeitszeiten könnte ein Hebel zur Fachkräftesicherung liegen, denn viele Pflegebeschäftigte denken über eine Stundenerhöhung nach [5]. Zum anderen weisen speziell die Beschäftigten in den Berufen der Altenpflege eine sehr starke Konzentration auf die Ausübung von Helfer- und Anlernertätigkeiten auf. Wie die Ergebnisse zur ausbildungsadäquaten Beschäftigung gezeigt haben, sind gerade in diesem Bereich viele Beschäftigte überqualifiziert. Weiterbildungsmaßnahmen – insbesondere auch der arbeitslosen Helferinnen und Helfer [13] – und der adäquate Einsatz der Beschäftigten gemäß ihrer Qualifikation stellen damit einen weiteren vielversprechenden Hebel dar, das bereits existierende Potenzial zu heben.

Weiterhin ist die Wechselbereitschaft der Beschäftigten in den Berufen der Altenpflege deutlich höher als unter allen Beschäftigten und auch höher als im Berufsfeld Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe. Dies impliziert Chance und Risiko zugleich: Überdurchschnittlich viele Personen treten zwar eine Stelle in der Altenpflege an, verlassen den Beruf aber gleichzeitig wieder. Hier schlagen sich die unzureichenden Arbeitsbedingungen in der Altenpflege nieder. Wichtige Voraussetzungen für eine Verstetigung der Beschäftigungsdauer und für das längere Halten der Personen im Beruf stellen demnach eine wertschätzende Führungskultur, mehr Zeit für die Pflege – garantiert durch eine bedarfsorientierte Personalbemessung, verlässliche Arbeitszeiten, Tarifbindung und eine höhere Bezahlung – sowie das Vorhandensein einer betrieblichen Interessenvertretung dar [5, 15].

Der künftige Bedarf an Pflegebeschäftigten fällt unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und der Annahme konstanter Morbidität, Prävalenz und konstantem Personalschlüssel recht hoch aus und unterstreicht die Dringlichkeit der Fachkräftesicherung. Neben den hier genannten Hebeln sollte an verschiedenen weiteren Bereichen angesetzt werden. Diese können von einer generellen Aufwertung des Berufsbildes über den vermehrten Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegefach-

personen zur Sicherung und Erweiterung der Versorgungsqualität [18, 19] bis hin zur Anwerbung von Arbeitskräften aus dem Ausland [20] reichen.

### Literaturverzeichnis

1. Gürtzgen N, Kubis A. Stellenbesetzungen in der Corona-Krise: Mehr Arbeitslose pro offene Stelle, weniger Besetzungsschwierigkeiten (IAB-Kurzbericht, 15/2021). Nürnberg, 2021
2. Fuchs M, Weyh A. Demografischer Wandel und Arbeitsmarkt. Auswirkungen auf Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage. In: Blätter der Wohlfahrtspflege. 2018; 165. Jg., Heft 2, S. 50–53
3. Fuchs J, Söhnlein D, Weber B. Projektion des Erwerbspersonenpotenzials bis 2060: Demografische Entwicklung lässt das Arbeitskräfteangebot stark schrumpfen (IAB-Kurzbericht, 25/2021). Nürnberg, 2021
4. Hummel M, Bernardt F, Kalinowski M, Maier T, Mönning A, Schneemann C, Steeg S, Wolter M, Zika G. Qualifikations- und Berufsprojektion bis 2040 nach Bundesländern: Demografie und Strukturwandel prägen weiterhin die regionale Entwicklung der Arbeitsmärkte (IAB-Kurzbericht, 1/2021). Nürnberg, 2021
5. Auffenberg J, Becka D, Evans M, Kokott N, Schleicher S, Braun E. „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Ein Kooperationsprojekt der Arbeitnehmerkammer Bremen, des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer des Saarlandes. Kurzfassung, 2022. URL: [https://arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Politik/Rente\\_Gesundheit\\_Pflege/Bundesweite\\_Studie\\_Ich\\_pflege\\_wieder\\_wenn\\_Kurzfassung.pdf](https://arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Kurzfassung.pdf) [abgerufen am 01. Juni 2022]
6. Bundesagentur für Arbeit Klassifikation der Berufe 2010 – Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erklärungen. Nürnberg, 2013
7. Bogai D. Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte im Wohlfahrtsstaat. Berlin: De Gruyter Oldenbourg, 2017
8. Paulus W, Matthes B. Klassifikation der Berufe – Struktur, Codierung und Umsteigeschlüssel. FDZ-Methodenreport, 08/2013 (de). Nürnberg 2013
9. Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg, 2022. URL: [https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=14](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=14) [abgerufen am 07. Juni 2022]
10. Reichelt M, Vicari B. Ausbildungsinadäquate Beschäftigung in Deutschland: Im Osten sind vor allem Ältere für ihre Tätigkeit formal überqualifiziert. IAB-Kurzbericht, 25/2014. Nürnberg, 2014
11. Dauth C, Lang J. Geförderte Weiterbildung Arbeitsloser: Qualifizierung in der Altenpflege verbessert die Beschäftigungschancen. IAB-Kurzbericht, 19/2017. Nürnberg, 2017
12. Davis SJ, Haltiwanger J, Schuh S. Job creation and destruction. MIT Press, Cambridge, 1996
13. Fuchs M, Richter B, Sujata U, Weyh A. Der Pflegearbeitsmarkt in Sachsen. Aktuelle Situation und zukünftige Entwicklungen. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Sachsen, 02/2018. Chemnitz, 2018

14. Schwinger A, Klauber J, Tsiasioti C. Pflegepersonal heute und morgen. In: Jacobs K., Kuhlmei A., Greß S., Klauber J., Schwinger A. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer, 2020. DOI: 10.1007/978-3-662-58935-9\_1 [abgerufen am 30. Mai 2022]
15. Fuchs M. Der zukünftige Beschäftigungsbedarf in der ambulanten und stationären Pflege in Thüringen: Modellrechnungen auf Kreisebene bis zum Jahr 2035. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Sachsen-Anhalt-Thüringen, 02/2019. Halle/Saale, 2019
16. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung – Hauptvarianten 1 bis 9. Wiesbaden, 2019
17. Afentakis A, Maier T. Projektion des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Wirtschaft und Statistik. 2010; Heft 11, S. 990–1002.
18. Ewers M, Lehmann Y. Hochschulisch qualifizierte Pfleger:innen in der Langzeitversorgung?!. In: Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. (Hrsg.) Pflege-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer, 2020. DOI: 10.1007/978-3-662-58935-9\_13 [abgerufen am 13. Juli 2022]
19. Weidner F, Schubert C. Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis. Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“ im Auftrag der Robert Bosch Stiftung, 2022. URL: [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-06/Abschlussbericht\\_360Grad%20Pflege\\_Qualifikationsmix.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-06/Abschlussbericht_360Grad%20Pflege_Qualifikationsmix.pdf) [abgerufen am 13. Juli 2022]
20. Bundesagentur für Arbeit. Programm Triple Win, 2022. URL: <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/triple-win/triple-win-pflegekraefte> [abgerufen am 13. Juli 2022]



**Dr. Michaela Fuchs**

Studium der Volkswirtschaftslehre in Saarbrücken und Bergamo/Italien. Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen Wiesbaden und beim ifo Institut für Wirtschaftsforschung, Niederlassung Dresden. 2010 Promotion. Seit 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Regionalen Forschungsnetz des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Forschungsschwerpunkte: Regionale Arbeitsmärkte, demografischer Wandel, Gesundheitswirtschaft.



**Uwe Sujata**

Seit 1991 Mitarbeiter der Bundesagentur für Arbeit. Im Jahr 2002 Abschluss des Studiums Diplom Verwaltungswirt (BA). Ab 2004 Mitarbeiter im Regionalen Forschungsnetz des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.



**Dr. Antje Weyh**

Studium der Betriebswirtschaftslehre in Freiberg. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Wirtschaftspolitik der TU Freiberg. 2010 Promotion. Seit 2004 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Regionalen Forschungsnetz des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Forschungsschwerpunkte: Regionale Arbeitsmarktprognosen, Gesundheitswirtschaft, Wissenstransfer.

# Gesundheitliche Risiken im Pflegeberuf und Präventionsangebote aus Sicht der Unfallversicherung

Claudia Westermann, Dana Wendeler, Albert Nienhaus, Martin Kröger, Sieglinde Ludwig und Madeleine Dulon

## Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten bei Beschäftigten in Pflegeberufen – Routinedaten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Beschäftigte in der Pflege arbeiten in Settings mit charakteristischen Unfall- und Erkrankungsrisiken. Ihre Tätigkeiten sind mit hohen körperlichen und psychischen Beanspruchungen verbunden [1, 2]. Durch den Zuwachs an Pflegebedürftigen in der Gesellschaft im Zuge des demografischen Wandels in Verbindung mit dem Pflegenotstand steigen die Belastungen für diese Berufsgruppen [3]. Ein Großteil der in Deutschland in der Pflege Tätigen ist älter als 50 Jahre [4]. Für die Sicherstellung einer qualitativen und nachhaltigen pflegerischen Versorgung sind Strategien notwendig, um ausreichend Fachkräfte zu gewinnen und diese gesund im Beruf zu halten. Dies gilt für die aktuelle Versorgungssituation und wird sich bis 2030 noch deutlich verschärfen. Bereits heute fehlen in allen Pflegeberufen Fachkräfte [5]. Die hohe Abbruchquote in der Pflegeausbildung (ca. 30%, [6]) und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf verstärken diese Problematik [4]. Deshalb ist die Kenntnis über die Inanspruchnahme von Leistungen und die Verteilung von Berufskrankheiten- und Arbeitsunfällen in dieser Berufsgruppe wichtig für die Überprüfung und Entwicklung von Präventions- und Versorgungsstrategien. Diese Auswertung hat zum Ziel, Berufskrankheiten und Unfälle der Versicherten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) mit einer pflegerischen Tätigkeit zu beschreiben. Auf die Fallzahlen zu Versicherten aus diesem Personenkreis, die im Jahr 2020 an Covid-19 erkrankt sind, wird dabei auch eingegangen.

» Welche Unfall- und Erkrankungsrisiken haben Beschäftigte in der Pflege? Wir berichten über Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle und stellen Präventionsangebote vor. Die BGW ist die gesetzliche Unfallversicherung für nicht staatliche Einrichtungen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. Ihre Kernaufgaben umfassen Prävention und Rehabilitation.

## Methodischer Hintergrund

Die vorliegende Auswertung basiert auf Routinedaten der BGW zu Arbeitsunfällen, die in den Jahren 2019 und 2020 angezeigt sowie Berufskrankheiten-Verdachtsanzeigen, die in den Jahren 2016 bis 2020 anerkannt wurden. In dem vorliegenden Beitrag wird sowohl auf den konservierten (Grundlage des jährlichen Berichts an die DGUV) als auch auf den dynamischen, laufend aktualisierten Datensatz zurückgegriffen. Für die Auswertung wurde eine Stichprobe aus Versicherten mit einer Pflegetätigkeit im Gesundheitswesen gezogen. Eingeschlossen wurden die Berufsgruppen Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte, Altenpflegefachkräfte, Pflegehelferinnen und -helfer, Haus- und Familienpflegerinnen und -pfleger. Diese übten hauptsächlich Tätigkeiten in den drei Versorgungsbereichen Krankenhaus/Klinik (inklusive der stationären Reha-Kliniken), stationärer Pflege (stationäre Altenpflege, Heime und Wohneinrichtungen) und ambulante Dienste aus. Diese Versorgungsbereiche werden gruppiert in Tabellen dargestellt.

## Ergebnisse zum Arbeitsunfall und Berufskrankheiten-Geschehen bei Beschäftigten in Pflegeberufen

In 2020 registrierte die BGW insgesamt 135.585 meldepflichtige Versicherungsfälle, die sich auf 72.448 Arbeitsunfälle, 31.293 Wegeunfälle und 31.844 Verdachtsmeldungen auf eine Berufskrankheit verteilten [7]. Rund 40% dieser Fälle betrafen Versicherte in Pflegeberufen. Im Folgenden wird über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten in dieser Versichertengruppe berichtet. Diese Versicherungsfälle werden für das Jahr 2020 getrennt nach Meldepflicht in » Tabelle 1 dargestellt. Insgesamt waren 49% der Fälle meldepflichtig. Als meldepflichtig gilt ein Arbeits- oder Wegeunfall, der zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei aufeinanderfolgenden Kalendertagen führt. Verdachtsanzeigen auf eine Berufskrankheit sind grundsätzlich meldepflichtig.

**Tabelle 1** Angezeigte Versicherungsfälle bei der BGW für Pflegeberufe im Jahr 2020, getrennt nach Meldepflicht

Art des Versicherungsfalls	Meldepflichtig		Nicht meldepflichtig		Gesamt	
	Anzahl	Anteil an Gesamt (%)	Anzahl	Anteil an Gesamt (%)	Anzahl	Anteil an Gesamt (%)
<b>Gesamt</b>	<b>54.258</b>	<b>100,0</b>	<b>57.427</b>	<b>100,0</b>	<b>111.658</b>	<b>100,0</b>
davon Arbeitsunfall <sup>1</sup>	25.160	46,4	49.749	66,4	74.909	67,1
davon Wegeunfall <sup>1</sup>	9.587	17,7	7.678	44,5	17.265	15,5
davon Berufskrankheit <sup>2</sup>	19.511	36,0	-	-	19.511	17,5

<sup>1</sup>dynamische Daten

<sup>2</sup>konservierte Daten

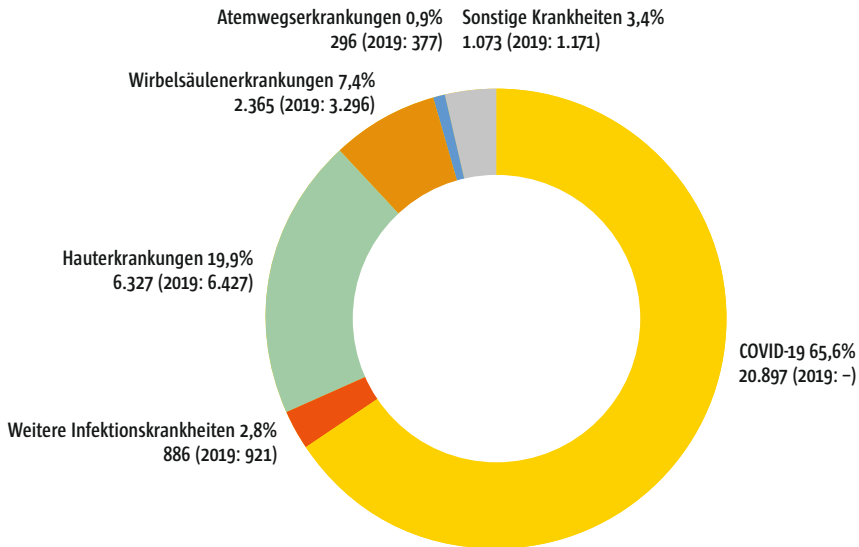
**Berufskrankheiten**

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die durch gesundheitsschädigende berufliche Einwirkungen bei der versicherten Tätigkeit entstehen und die in der sogenannten Berufskrankheiten-Liste aufgeführt sind.

Im Jahr 2020 wurden 31.844 Verdachtsanzeigen auf eine Berufskrankheit gestellt, davon betrafen 61% Pflegeberufe. Im Vergleich zu 2019 verzeichnete die BGW eine Zunahme der Anzeigen um 161% [7]. Während 2019 die Hauterkrankungen den größten Anteil mit 53% ausmachten, gefolgt von Wirbelsäu-

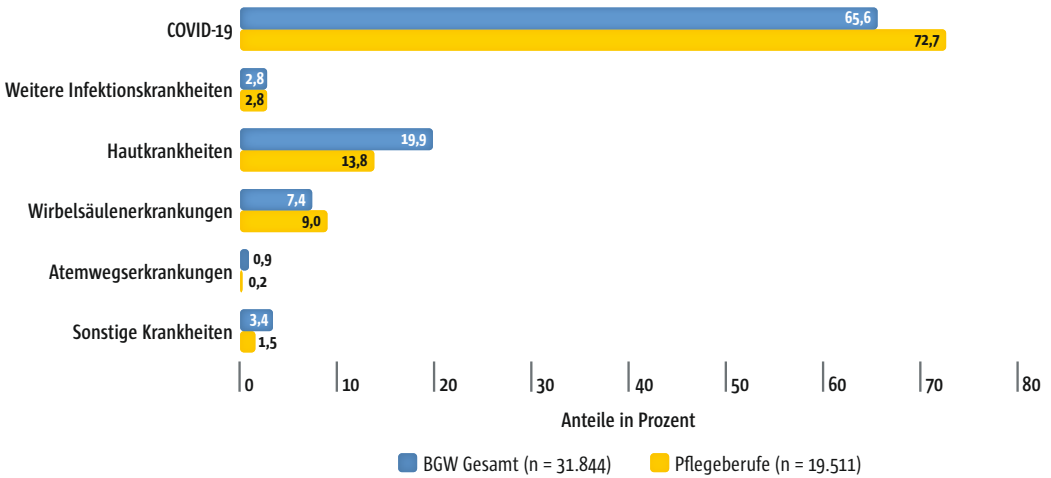
lenerkrankungen mit 27%, entfiel auf die von Mensch zu Mensch übertragbaren Infektionskrankheiten nur ein geringer Anteil (8%). Im Jahr 2020 machten Infektionskrankheiten den Hauptanteil der Verdachtsmeldungen mit 68% aus (»» Abb. 1). Dabei hatten COVID-19-Infektionen einen Anteil von 66% an den Berufskrankheiten-Verdachtsanzeigen insgesamt, bei den Pflegeberufen lag dieser Anteil bei 73%. Die Berufskrankheiten-Verdachtsanzeigen im Jahr 2020 für die Gruppe der Pflegeberufe im Vergleich zur BGW-Gesamt ist in »» Abbildung 2 dargestellt. Neben COVID-19 waren Beschäftigte in Pflegeberu-

**Abbildung 1** Angezeigte meldepflichtige Berufskrankheiten im Jahr 2020\* bei der BGW



\* meldepflichtige Fälle; Prozentwerte sind gerundet; Quelle: BGW [17]

Abbildung 2 Anzeigte, meldepflichtige Berufskrankheiten im Jahr 2020 bei der BGW – Gesamt versus Pflegeberufe



fen prozentual auch häufiger von Verdachtsfällen von Wirbelsäulenerkrankungen betroffen.

Bis einschließlich 2019 machten Hauterkrankungen den größten Anteil der Berufskrankheiten-Verdachtsmeldungen bei Pflegeberufen aus. Seit 2020 dominieren Infektionskrankheiten die Verdachtsmeldungen, COVID-19-Infektionen haben den größten Anteil.

**Beschreibung der Stichprobe der Pflegekräfte mit anerkannter Berufskrankheit:** Für die untersuchte Stichprobe von Versicherten wurden im Beobachtungszeitraum über die fünf Jahre 25.010 Berufskrankheiten bestätigt, knapp die Hälfte davon im Jahr 2020 (» Tab. 2). COVID-19-Infektionen machten 35% der anerkannten Berufskrankheiten im genannten Zeitraum insgesamt aus. Die Versicherten waren im Mittel 42 (± 13) Jahre alt, überwiegend weiblich und im stationären Bereich in Krankenhäusern, Kliniken bzw. in der stationären Altenpflege, in Heimen und Wohneinrichtungen tätig. Ambulante Dienste hatten einen Anteil von 12% an den bestätigten Berufskrankheiten. Über 90% der Versicherten sind Gesundheits- und Kranken- sowie Altenpflegekräfte, auch bei Fällen mit bestätigter COVID-19-Erkrankung. Pflegehelfer sind mit 9% bzw. 12% der Fälle deutlich seltener betroffen. Haus-, Familienpflegerinnen und Familienpfleger hatten einen Anteil von weniger als 1% an den bestätigten Berufskrankheiten.

Bei den Pflegeberufen wurden die Berufskrankheiten in den Jahren 2016 bis 2020 bei der BGW von zwei Erkrankungsarten dominiert. In diesen Jahren gab es bei Hauterkrankungen mit 54% den größten Anteil der anerkannten Fälle, für die sich die berufliche Verursachung bestätigt hat (» Tab. 3). Ein weiterer großer Anteil entfällt auf die Infektionskrankheiten (42%). Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch schweres Heben und Tragen hatten einen Anteil von 3%. Bei Frauen war der Anteil an Hauterkrankungen größer als bei Männern (56% versus 40%, nicht in Tabelle), bei Männern war der Anteil an Infektionskrankheiten größer (58% versus 40%, nicht in Tabelle).

Infektionskrankheiten haben unterschiedliche Übertragungswege. Von den als Berufskrankheit bestätigten Infektionen machten luftübertragbare Infektionen mit 91% den größten Anteil aus (COVID-19 84%, Tuberkulose und latente Tuberkuloseinfektionen 7%, » Tab. 4). Auf Kontaktinfektionen wie z. B. Skabies entfielen 9% der bestätigten Berufskrankheiten. Blutübertragbare Infektionen machten weniger als 1% aus. Hepatitis B ist durch die Impfprävention in den vergangenen Jahren rückläufig und hat bei den Pflegeberufen mit 18 bestätigten Fällen einen geringen Anteil. Für Hepatitis C steht keine Schutzimpfung zur Verfügung, von 2016 bis 2020 wurden 26 Fälle bestätigt. Bei fehlender Schutzimpfung ist die Vermeidung von Nadelstichverletzung die aktuell wichtigste Form der Prophylaxe [8, 9]. Auch bei

**Tabelle 2** Beschreibung der Stichprobe der Versicherten in Pflegeberufen mit bestätigten Berufskrankheiten in den Jahren 2016 bis 2020

Kennwerte	Häufigkeit	Anteil an Gesamt (%)	Davon Fälle mit COVID-19 <sup>1</sup>	Anteil an Gesamt (%)
<b>Gesamt</b>	<b>25.010</b>	<b>100,0</b>	<b>8.849</b>	<b>100,0</b>
davon 2019	3.196	12,8	-	-
davon 2020	11.964	47,8	8.849	100,0 (35,4 <sup>2</sup> )
<b>Geschlecht</b>				
davon weiblich	21.507	86,0	7.133	80,6
<b>Alter</b>				
Mittelwert (Standardabweichung)	41,8 (13)		42,6 (13)	
<b>Berufsgruppe</b>				
Kranken- und Altenpflegefachkräfte	22.820	91,2	7.803	88,1
Pflegehelferinnen und -helfer	2.162	8,6	1.042	11,8
Haus-, Familienpflegerinnen und -pfleger	28	0,1	4	<0,1
<b>Tätigkeitsbereich</b>				
Krankenhäuser/Kliniken, stat. Reha-Kliniken	9.667	38,7	4.140	46,8
Stationäre Pflege <sup>3</sup>	9.013	36,0	3.518	39,8
Ambulanter Dienst	2.966	11,9	377	4,3
Sonstige <sup>4</sup>	3.364	13,5	814	9,2

<sup>1</sup> Berichtsjahr 2020

<sup>2</sup> % von Gesamt (n = 25.010)

<sup>3</sup> stationäre Altenpflege, Heime und Wohneinrichtungen

<sup>4</sup> u. a. Arzt- und Facharztpraxen, Labore, Behindertenhilfe

dieser Erkrankung sind die Zahlen in den vergangenen Jahren rückläufig.

» In den vergangenen Jahrzehnten haben präventive Maßnahmen im Bereich der Arbeitssicherheit das Risiko für eine berufsbedingte Infektion deutlich reduziert. Mit der COVID-19-Pandemie ist das Risiko für eine Infektion insbesondere für Beschäftigte in der Pflege stark gestiegen.

### Arbeitsunfälle

Arbeitsunfälle sind Unfälle infolge einer versicherten Tätigkeit. Dabei handelt es sich um zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen können. Als Unfallereignis zählen Arbeitsunfälle, die sich bei der betrieblichen Tätigkeit am

Arbeitsplatz oder auf dem Dienstweg ereignen. Wegeunfälle sind Unfälle, die sich auf dem Weg zu oder von dem Ort einer versicherten Tätigkeit ereignen, diese werden hier nicht näher betrachtet. Bei der BCW wurden 2020 insgesamt 92.174 Versicherungsfälle im Sinne eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls von Versicherten aus Pflegeberufen angezeigt (» Tab. 1). Arbeitsunfälle bei der betrieblichen Tätigkeit machten den Hauptanteil mit 81% aus.

**Beschreibung der Stichprobe der Pflegekräfte mit gemeldeten Arbeitsunfällen:** In den Jahren 2019 und 2020 wurden insgesamt 153.326 Anzeigen auf einen Arbeitsunfall gestellt, davon waren 33% meldepflichtig (» Tab. 5). Im Mittel waren die Versicherten 40 (± 14) Jahre alt und überwiegend weiblich. Etwa 40% waren in Krankenhäusern bzw. Kliniken beschäftigt, 25% im Bereich der stationären Altenpflege, in Heimen und Wohneinrichtungen. Anzeigen aus dem

**Tabelle 3 Bestätigte Berufskrankheiten in den Jahren 2016 bis 2020 bei Beschäftigten in Pflegeberufen, sortiert nach Häufigkeit der bestätigten Fälle**

Berufskrankheit	Entschiedene Fälle	Bestätigte Fälle	Anteil an Gesamt (%)
<b>Gesamt</b>	<b>41.070</b>	<b>25.010</b>	<b>100,0</b>
Davon aufgrund von ...			
... Hauterkrankungen	14.393	13.504	54,0
... Infektionskrankheiten (von Mensch zu Mensch)	13.539	10.564	42,2
... Lendenwirbelsäule, Heben und Tragen	11.254	848	3,4
... Atemwegserkrankungen (allergisch, toxisch-irritativ)	137	30	0,1
... Karpaltunnel-Syndrom	200	14	0,1
... Mesotheliom, Asbest	33	10	<0,1
... Zoonosen	30	10	<0,1
... Tropenkrankheiten	17	9	<0,1
... Plattenepithelkarzinome/multiple aktinische Keratosen	36	5	<0,1
... Halswirbelsäule, Tragen	500	5	<0,1
... Übrige <sup>1</sup> (n <4 bestätigte Fälle)	931	11	<0,1

<sup>1</sup> Lärmschwerhörigkeit, Asbestose, Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehnenleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, Erkrankungen durch ionisierende Strahlen, Erkrankungen durch Kohlenmonoxid, Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine

ambulanten Dienst machten 20% der Fälle aus. Gesundheits- und Kranken- sowie Altenpflegefachkräfte hatten mit 91% den größten Anteil, 9% der Meldungen stammten von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern. Bei 7% der Arbeitsunfälle bzw. 18% der meldepflichtigen Fälle handelte es sich um schwere Unfälle, die mit längeren Arbeitsunfähigkeits- und Behandlungszeiten sowie mit evtl. bleibenden Körperschäden einhergehen.

**Verletzungsort und Verletzungsart (keineTabelle):** Beschäftigte in Pflegeberufen verletzten sich am häufigsten an den oberen (39%) und an den unteren Extremitäten (37%). Differenziert nach Körperbereiche, entfielen 21% auf den Knöchel bzw. Fuß, 15% auf das Kniegelenk (außer Kniescheibe) und Unterschenkel und etwa 3% auf die Hüfte und die Oberschenkel. Verletzungen im Bereich der Schulter und Arme hatten einen Anteil von 19%, Verletzungen an der Hand von 18%. Auf den Bereich Hals, Wirbelsäule, Arm- und Beinervengeflecht entfielen 12% der Meldungen. Unterschiede nach Geschlecht zeigten sich hier bei nicht.

Die häufigste Verletzungsart bei Beschäftigten in Pflegeberufen waren Drehungen bzw. Verdrehungen (Torsion) und Distorsionen (geschlossene Verletzung

eines oder mehrerer Gelenke durch äußere Krafteinwirkung) mit 36%. Annähernd ein Drittel der Fälle waren geschlossene, voll rückbildungsfähige Verletzungen, wie z. B. Prellungen. Zerreißen wurden in 14% der Fälle angegeben und geschlossene Frakturen spielten in etwa 11% der Fälle eine Rolle. Zerreißen waren bei Männern etwas häufiger als bei Frauen (19% versus 14%), dagegen war der Anteil von geschlossenen, voll rückbildungsfähigen Verletzungen bei Frauen etwas höher als bei Männern (32% versus 29%).

**Nadelstichverletzungen:** Nadelstichverletzungen (NSV) sind in der Regel nicht meldepflichtig und machten 28% aller Anzeigen zu Arbeitsunfällen bei betrieblicher Tätigkeit bei Pflegeberufen aus (III Tab. 6). Prozentual waren Männer etwas häufiger betroffen als Frauen (31% versus 27%, nicht in Tabelle). Die häufigsten NSV-Anzeigen kamen aus dem Krankenhaus- und Klinikbereich mit 43%, 20% aus dem Bereich der ambulanten Pflege und 13% aus der stationären Altenpflege, aus Heimen und Wohnrichtungen.

**Gewaltereignisse:** Gewaltereignisse machten bei Pflegekräften 8% der meldepflichtigen Arbeitsunfälle bei der betrieblichen Tätigkeit aus (III Tab. 5).



**Tabelle 4** Bestätigte Berufskrankheiten in den Jahren 2016 bis 2020 nach Art der Infektionskrankheit (Mensch zu Mensch) bei Beschäftigten in Pflegeberufen – nach Übertragungsweg

Art der Infektionskrankheit	Entschiedene Fälle	Bestätigte Fälle	Anteil an Gesamt (%)
<b>Gesamt</b>	<b>13.539</b>	<b>10.564</b>	<b>100,0</b>
Davon aufgrund von ...			
... blutübertragbaren Infektionen			
– Hepatitis B	96	18	0,2
– Hepatitis C	98	26	0,2
– HIV	13	2	<0,1
... Kontaktinfektionen			
– Hepatitis A	9	1	<0,1
– Hepatitis E	13	2	<0,1
– MRSA	96	7	0,1
– Keratokonjunktivitis	2	1	<0,1
– Skabies	922	914	8,7
... luftübertragbaren Infektionen			
– Tuberkulose	498	244	2,3
– Latente Tuberkuloseinfektion	609	461	4,4
– SARS-CoV-2 (COVID-19)	10.859	8.849	83,8
– Grippe	16	4	<0,1
– Keuchhusten	8	3	<0,1
– Masern, Röteln, Mumps	35	6	0,1
– Übrige Infektionen <sup>1</sup>	265	26	0,2

<sup>1</sup> bakterielle Erkrankung, unbestimmte Infektionen, Erkältungskrankheiten, Scharlach, nicht besonders aufgeführte Viruserkrankungen, Windpocken, Zytomegalie, parasitäre Erkrankungen (nicht Skabies), Pilzkrankungen allgemein

Neben Überraschungs- und Schreckereignissen, durch Tiere ausgelöste Angriffe finden sich auch Vorfälle, bei denen es durch andere Menschen zu einer körperlichen Einwirkung in Form von Gewalt, Angriff oder Bedrohung kam. Die Verteilung dieser Fälle zeigt, dass Pflegekräfte in der stationären Altenpflege, in Heimen und Wohneinrichtungen am häufigsten betroffen waren (41%, **III** Tab. 7). Hauptsächlich handelte es sich um Gewaltereignisse resultierend aus zwischenmenschlichen Konflikten. Diese machten in der stationären Altenpflege 86%, in Kliniken 77% und im ambulanten Dienst 64% der Fälle aus. Männliche Versicherte waren etwas häufiger von diesen Ereignissen betroffen als weibliche (83% versus 75%, nicht in Tabelle).

**Todesfälle im Bereich der Pflege:** Als tödliche Unfälle werden Fälle gezählt, bei denen innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall der Tod eingetreten ist. In den beiden Jahren haben fünf Versicherte einen schweren Arbeitsunfall mit Todesfolge bei betrieblicher Tätigkeit mit und ohne Beteiligung des Straßenverkehrs erlitten (keine Tabelle). Im Mittel waren die Versicherten 60 Jahre alt und zu 80% weiblich. Der vollständige oder partielle Kontrollverlust über ein Transport- oder Fördermittel war in 80% der Fälle für ein Unfallereignis mit Todesfolge verantwortlich.

#### *Fazit und Ausblick*

Die bei der BCW angezeigten meldepflichtigen Versicherungsfälle im Jahr 2020 betrafen zu 40% Versicherte in Pflegeberufen. Bei den Berufskrankheiten

**Tabelle 5** Beschreibung der Stichprobe der gemeldeten und der meldepflichtigen Arbeitsunfälle bei Beschäftigten in Pflegeberufen in den Jahren 2019 und 2020

Kennwerte	Gesamt	Spalten- prozent	Davon meldepflichtig	Spalten- prozent
<b>Gesamt</b>	<b>153.326</b>	<b>100,0</b>	<b>51.176</b>	<b>100,0 (33,41)</b>
<b>Geschlecht</b>				
davon weiblich	130.093	84,8	44.502	87,0
<b>Alter</b>				
Mittelwert (Standardabweichung)	40,2 (14)		43,5 (13)	
<b>Berufsgruppe</b>				
Kranken- und Altenpflegefachkräfte	139.555	91,0	45.302	88,5
Pflegehelferinnen und -helfer	13.290	8,7	5.627	11,0
Haus-, Familienpflegerinnen und -pfleger	481	0,3	247	0,5
<b>Tätigkeitsbereich</b>				
Krankenhaus, Klinik	61.759	40,3	10.786	21,1
Stationäre Pflege <sup>2</sup>	38.764	25,3	17.860	34,9
Ambulanter Dienst	30.012	19,6	14.577	28,5
Sonstige <sup>3</sup>	22.791	14,9	7.953	15,5
<b>Unfallart</b>				
Arbeitsunfall bei betrieblicher Tätigkeit, kein Straßenverkehr	144.138	94,0	45.431	88,8
davon Gewalt, Angriff, Bedrohung <sup>4</sup>	4.168	1,0	4.168	8,1
davon Nadelstichverletzungen	40.258	27,9	288	0,6
Arbeitsunfall bei betrieblicher Tätigkeit, im Straßenverkehr	451	0,3	268	0,5
Arbeitsunfall auf Dienstwegen, kein Straßenverkehrsunfall	5.518	3,6	3.468	6,8
Arbeitsunfall auf Dienstwegen, im Straßenverkehr	3.219	2,1	2.009	3,9
<b>Klassifikation</b>				
Schwerer Unfall	11.167	7,3	9.034	17,7

<sup>1</sup> % von „Gesamt“ (n = 153.326)

<sup>2</sup> stationäre Altenpflege, Heime und Wohnrichtungen

<sup>3</sup> u. a. Arzt- und Facharztpraxen, Labore, Behindertenhilfe

<sup>4</sup> Hochrechnung der 7%-Stichprobe

lag dieser Anteil bei 61%. Von den bestätigten Berufskrankheiten der Jahre 2016 bis 2020 bei den Beschäftigten in der Pflege kam der größte Anteil aus dem Krankenhaus- und Klinikbereich sowie aus der stationären Altenpflege. Dominierend waren hierbei Haut- und Infektionserkrankungen, die von Mensch zu Mensch übertragen werden. In den vergange-

nen Jahrzehnten haben präventive Maßnahmen im Bereich der Arbeitssicherheit das Risiko für eine berufsbedingte Infektion deutlich reduziert. Mit der COVID-19-Pandemie ist das Risiko für eine beruflich bedingte Infektion insbesondere für Beschäftigte in der Pflege stark gestiegen, sie zählen zu den am häufigsten betroffenen Berufsgruppen [10]. Zur Präven-

**Tabelle 6 Nadelstichverletzungen bei Beschäftigten in der Pflege, gruppiert nach Tätigkeitsbereich in den Jahren 2019 und 2020 (nur Arbeitsunfälle bei betrieblicher Tätigkeit, kein Straßenverkehr)**

Arbeitsunfall	Tätigkeitsbereich				
	Krankenhaus, Klinik	Stationäre Pflege <sup>1</sup>	Ambulanter Dienst	Sonstige <sup>2</sup>	Gesamt
	Anzahl (% <sup>3</sup> )	Anzahl (% <sup>3</sup> )	Anzahl (% <sup>3</sup> )	Anzahl (% <sup>3</sup> )	Anzahl (%)
Nadelstichverletzung	26.173 (65,0)	4.793 (11,9)	4.583 (11,4)	4.709 (11,7)	40.258 (100,0)
Übrige Arbeitsunfälle	35.336 (34,0)	33.369 (32,1)	18.136 (17,5)	17.039 (16,4)	103.880 (100,0)
<b>Gesamt</b>	<b>61.509 (42,7)</b>	<b>38.162 (26,5)</b>	<b>22.719 (15,8)</b>	<b>21.748 (15,1)</b>	<b>144.138 (100,0)</b>
Anteil Nadelstichverletzung bezogen auf Gesamt des Tätigkeitsbereichs	42,6 %	12,6 %	20,2 %	nicht anwendbar	27,9 %

<sup>1</sup>stationäre Altenpflege, Heime und Wohnrichtungen

<sup>2</sup> u. a. Arzt- und Facharztpraxen, Labore, Behindertenhilfe

<sup>3</sup>Anteil an Gesamtzahl der jeweiligen Arbeitsunfälle

tion berufsbedingter Infektionen liefern evidenzbasierte Erkenntnisse z. B. zu Infektionserregern und deren Übertragungswege wichtige Ansatzpunkte. Seit der Zulassung der ersten Impfstoffe gegen SARS-CoV-2-Viren durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) im März 2021 ist die Schutzimpfung eine der Schlüsselstrategien zur Prävention einer COVID-19-Infektion. Sie hilft Transmissionen, schwere Verläufe und Todesfälle zu verhindern [11].

Bei den Unfällen stellen Gewaltvorfälle häufig diskutierte Ereignisse in Zusammenhang mit der beruflichen Pflege dar. Für Pflegeberufe zeigt sich verglichen mit anderen Berufen ohne Kunden- oder Klienten- bzw. Patientenkontakt ein höheres Risiko für Gewaltereignisse am Arbeitsplatz [12]. Überwiegend handelte es sich um Gewaltereignisse, die aus zwischenmenschlichen Konflikten resultierten. Um diese zu verhindern, sind Konzepte und entsprechende Strukturen in der Organisation in den Betrieben erforderlich.

Im folgenden Abschnitt werden Präventionsangebote der BGW vorgestellt, die an den Bedarf von Beschäftigten in Pflegeberufen ausgerichtet sind und die helfen, die individuelle und die betriebliche Prävention zu stärken. Ebenfalls werden Angebote der sekundären Individualprävention vorgestellt. Es sind Programme, die bei den am häufigsten gemeldeten Berufskrankheiten im Bereich der Haut und des Rückens Erfolge hinsichtlich des Verbleibs im Beruf aufweisen.

### Präventionsleistungen der BGW für die Pflegebranche

Die dargestellten Risiken, als Pflegekraft von einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit betroffen zu sein, sind Ausgangspunkt von Präventionsmaßnahmen. Der gesetzliche Auftrag der Unfallversicherungsträger umfasst neben der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten auch die Vorbeugung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

Neben den direkt auf konkrete Gefährdungen (wie Haut- oder Rückenerkrankungen) zielenden Angeboten beinhaltet der Präventionsansatz der BGW immer auch die Entwicklung einer betrieblichen Präventionskultur einschließlich des Aufbaus einer angemessenen Arbeitsschutzorganisation. Die BGW bietet zudem ein breites Angebot an Leistungen zur sekundären Individualprävention an, um Versicherte vor einer Berufskrankheit zu bewahren.

Im Folgenden werden ausgewählte Präventionsangebote der BGW kurz vorgestellt, die sich insbesondere an Kliniken, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen sowie an versicherte Pflegekräfte wenden.

#### *Basisangebote zur Arbeitsschutzorganisation*

**Arbeitsschutz für Führungskräfte – Sicherheit und Gesundheit kompetent organisieren (UFA1, UFA2):** Eine gut funktionierende Arbeitsschutzorganisation ist die Basis für sichere und gesunde Arbeitsplätze. Die BGW bietet Führungskräften mit diesen beiden Präsenzseminaren eine Unterstützung für den Einstieg in die systematische

**Tabelle 7 Ereignisse im Zusammenhang mit Überraschung, Schreck, Gewalt, Angriff oder Bedrohung bei Beschäftigten in der Pflege, gruppiert nach Tätigkeitsbereich in den Jahren 2019 und 2020**

Ereignisse <sup>1</sup>	Tätigkeitsbereich				
	Krankenhaus, Klinik	Stationäre Pflege <sup>4</sup>	Ambulanter Dienst	Sonstige <sup>5</sup>	Gesamt
	Anzahl (% <sup>6</sup> )	Anzahl (% <sup>6</sup> )	Anzahl (% <sup>6</sup> )	Anzahl (% <sup>6</sup> )	Anzahl (%)
Gewalt, Angriff oder Bedrohung <sup>2</sup>	913 (22,5)	1.916 (45,7)	532 (12,5)	807 (19,3)	4.168 (100,0)
Übrige Gewaltereignisse <sup>3</sup>	275 (25,9)	320 (27,1)	304 (23,5)	289 (23,5)	1.188 (100,0)
<b>Gesamt</b>	<b>1.187 (23,3)</b>	<b>2.236 (41,4)</b>	<b>836 (15,1)</b>	<b>1.096 (20,3)</b>	<b>5.356 (100,0)</b>
Anteil an Gewaltvorfällen durch zwischenmenschliche Konflikte, bezogen auf Gesamt des Tätigkeitsbereichs	76,9 %	85,7 %	63,6 %	nicht anwendbar	77,8 %

<sup>1</sup> Überraschung, Schreck, Gewalt, Angriff oder Bedrohung (Hochrechnung der 7%-Stichprobe)

<sup>2</sup> Vorfälle zwischen Beschäftigten bzw. ausgehend von betriebsexternen Personen

<sup>3</sup> Überraschung, Schreck, Tiere als Verursacher oder durch Anwesenheit des Opfers ausgelöste Ereignisse

<sup>4</sup> stationäre Altenpflege, Heime und Wohneinrichtungen

<sup>5</sup> u. a. Arzt- und Facharztpraxen, Labore, Behindertenhilfe

<sup>6</sup> Anteil an Gesamtzahl der jeweiligen Ereignisse

Organisation des Arbeitsschutzes an. [www.bgw-online.de/ufaa1](http://www.bgw-online.de/ufaa1), [www.bgw-online.de/ufaa2](http://www.bgw-online.de/ufaa2)

**BGW Orga-Check und BGW Orga-Check plus (B-0028, B-0035):** Mit dem kostenlosen Onlineanalysetool lässt sich schnell eine Bestandsaufnahme zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im eigenen Unternehmen durchführen. Gleichzeitig können Verbesserungspotenziale identifiziert werden. [www.bgw-online.de/orga-check](http://www.bgw-online.de/orga-check), [www.bgw-online.de/orga-check-plus](http://www.bgw-online.de/orga-check-plus)

**Onlinegefährdungsbeurteilung für die ambulante und stationäre Pflege (B-0024, B-0025):** Mit diesen ausfüllbaren und ergänzungsfähigen Handlungshilfen werden Unternehmerinnen und Unternehmer bei der Durchführung und Dokumentation der gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilung unterstützt. Die für die Pflegebranche charakteristischen Gefährdungen sowie eine Auswahl geeigneter Maßnahmen sind bereits benannt. <https://www.bgw-online.de/themen/sicher-mit-system/gefaehrungsbeurteilung>

#### Auf Gefährdungsschwerpunkte bezogene Angebote

**Prävention von Rückenbeschwerden in der Pflege und Betreuung (SRP1, SRP2):** Beide Präsenzseminare richten sich an Führungskräfte aus der (ambulanten und stationären) Kranken- und Altenpflege, die organisieren, Gefährdungen beurteilen oder Verantwortung tragen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Vor-

stellung des BGW-Präventionskonzepts TOPAS-R®. [www.bgw-online.de/srp1](http://www.bgw-online.de/srp1), [www.bgw-online.de/srp2](http://www.bgw-online.de/srp2)

**Gewalt und Aggression systematisch vorbeugen – eine Führungsaufgabe (UMPU):** Gewalt und Aggression von pflegebedürftigen oder betreuten Personen stellen eine Gefährdung für alle Mitarbeitenden dar. Führungskräfte werden durch das Präsenzseminar befähigt, Strukturen im Betrieb zu entwickeln, die Mitarbeitende vor Gewalt und Aggression schützen, sowie die Nachsorge derer sicherzustellen, die Gewalt und Aggression erfahren haben. [www.bgw-online.de/umpu](http://www.bgw-online.de/umpu)

**Sexualisierte Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz – was Sie im Betrieb dagegen tun können (GBA):** Das in Kooperation mit dem Bundesverband für Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff) entwickelte Präsenzseminar unterstützt Führungskräfte und betriebliche Multiplikatoren dabei, dieses Thema im Betrieb gesundheitsförderlich umzusetzen. [www.bgw-online.de/gba](http://www.bgw-online.de/gba)

**Hygiene und Arbeitsschutz in der Corona-Pandemie (OHY1-5):** Die Onlineseminarreihe besteht aus fünf Einzelseminaren. Jedes von ihnen bildet eine abgeschlossene Lerneinheit von 2,5 Stunden. Vermittelt werden konkrete praktische Tipps und Anregungen, die ein sicheres Arbeiten in der Corona-Pandemie gewährleisten. [www.bgw-online.de/ohy](http://www.bgw-online.de/ohy)

**Mobilitätstraining (B-0054):** Berufliche Mobilität bringt für einige Arbeitnehmende ein hohes Unfallrisiko mit sich. Die BGW bezuschusst den Aufwand für ein anerkanntes Mobilitätstraining mit bis zu 75 Euro pro Person, egal ob das Auto, Motorrad, Pedelec, E-Bike oder Fahrrad im Mittelpunkt steht. [www.bgw-online.de/fahrsicherheitstraining](http://www.bgw-online.de/fahrsicherheitstraining)

### *Angebote für den Pflegenachwuchs*

**Qualifizierung für Praxisanleitungen – Sicherheit und Gesundheit im Fokus (PRAX):** Das Präsenzseminar sensibilisiert für arbeitsplatzbedingte Gefährdungen in der Pflege. Die Teilnehmenden vertiefen ihr Wissen rund um sicherheits- und gesundheitsrelevante Fragen, um es systematisch in ihre Praxisanleitungen zu integrieren. [www.bgw-online.de/prax](http://www.bgw-online.de/prax)

**Unterrichtsmaterialien für Auszubildende in der Pflege (TAKE CARE):** Die Unterrichtsmaterialien zu den Themen Hautschutz, Infektion, Rücken und Stressprävention geben Lehrkräften Hintergrundinformationen, Arbeitsmaterialien und Ideen an die Hand, um Auszubildende in Pflegeberufen frühzeitig über Gesundheitsgefahren aufzuklären. [www.bgw-online.de/take-care](http://www.bgw-online.de/take-care)

### *Maßnahmen der sekundären Individualprävention*

**Hautschutzseminare:** Die Präsenzseminare „Haut-nah erleben“ und „Stress juckt mich nicht mehr“ richten sich an Versicherte mit beruflich verursachten Hautschädigungen bzw. mit Verdacht auf eine Berufskrankheit. Ziel ist es, die Hautgesundheit wiederherzustellen. [www.bgw-online.de/hautseminare](http://www.bgw-online.de/hautseminare)

**Rückenkolleg:** Berufsbedingte Rückenschmerzen müssen nicht sein und ein Berufswechsel deswegen schon gar nicht. Die BGW bietet Versicherten aus Pflegeberufen ein nachhaltiges, individuelles und kostenloses Rückenprogramm in Kooperation mit berufsgenossenschaftlichen Kliniken an. [www.bgw-online.de/rueckenkolleg](http://www.bgw-online.de/rueckenkolleg)

### *Ausblick*

Die Präventionsangebote werden über verschiedene Kanäle und Kundenbetreuungsstrategien an die Zielgruppen kommuniziert. Besonders bewährt hat sich die Kooperation mit Verbänden, Dach- und Standesorganisationen, die ihre Mitglieder direkt über ausgewählte für sie interessante Produkte der BGW informieren. Ebenso werden diese Produkte in Kooperationsprojekte mit anderen Sozialversicherungsträgern wie Krankenkassen und Rentenversicherungen eingebracht und in Kombination mit Angeboten dieser Träger platziert. Die Zukunft liegt in diesem kooperativen und abgestimmten Vorgehen, in dem die

unterschiedlichen Akteure ihre jeweiligen Stärken in der betrieblichen Prävention zum Tragen bringen.

### **Präventionsleistungen des Fachbereichs „Gesundheit im Betrieb“ der DGUV für die Pflegebranche**

Zur Umsetzung des gesetzlichen Präventionsauftrages hat die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) Fachbereiche eingerichtet. Sie bilden das Kompetenz-Netzwerk Prävention der DGUV. Ein sogenannter Querschnittsfachbereich, in dem sich u. a. Vertretungen aller neun Berufsgenossenschaften – also auch der BGW – und viele Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand engagieren, ist der Fachbereich „Gesundheit im Betrieb“ (FB GiB).

Bezogen auf die von der BGW dargestellten konkreten Gefährdungen für professionell Pflegenden und die Entwicklung einer betrieblichen Präventionskultur werden passende Präventionsangebote des FB GiB bzw. seiner vier Sachgebiete dargestellt – weitere finden sich unter <https://www.dguv.de/fb-gesundheitimbetrieb/index.jsp>.

### *FBGIB-004 „Psychische Belastung und Beanspruchung von Beschäftigten im Gesundheitsdienst während der Coronavirus-Pandemie“*

Die Handlungshilfe konkretisiert den SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und bezieht sich auf die Situation der Coronavirus-Pandemie. Sie wurde erstellt, weil gerade Beschäftigte im Gesundheitsdienst einer besonderen psychischen Belastung ausgesetzt waren. Insbesondere Arbeitgebende und Verantwortliche für Sicherheit und Gesundheit in den Betrieben werden mit dieser Checkliste dabei unterstützt, die psychische Belastung in allen Phasen der Coronavirus-Pandemie zu berücksichtigen und es wird aufgezeigt, welche Gestaltungsmaßnahmen ergriffen werden können. <https://publikationen.dguv.de>, Webcode: po21499

### *DGUV Information 206-030 „Umgang mit psychisch beeinträchtigten Beschäftigten – Handlungsleitfaden für Führungskräfte“*

Der Handlungsleitfaden will für das Thema „Beeinträchtigung psychischer Gesundheit bei Beschäftigten“ sensibilisieren. Führungskräfte sollen durch Tipps und praktische Hilfestellungen ermutigt und unterstützt werden, auf psychisch auffällige Mitarbeitende zuzugehen. Im Umgang mit solchen Beschäftigten gilt es, rechtzeitig zu reagieren und Hilfe anzubieten. Engagiertes und sozialkompetentes

Handeln von Führungskräften kann dazu beitragen, dass Beschäftigte über ein gesamtes Arbeitsleben gesund und leistungsfähig bleiben. <https://publikationen.dguv.de>, Webcode: p206030

### *FBGIB-006 „Betriebliches Eingliederungsmanagement in Zeiten der Coronavirus-Pandemie“*

Die Handlungshilfe will die Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 167 (2) Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) insbesondere vor dem Hintergrund der Coronavirus-Pandemie sicherstellen. BEM-verantwortliche Personen und Beschäftigte sollen dabei unterstützt werden, auch in diesen Zeiten, gemeinsam Arbeitsunfähigkeiten zu überwinden, erneuten Arbeitsunfähigkeiten vorzubeugen und Arbeitsplätze zu erhalten. <https://publikationen.dguv.de>, Webcode: p021792

### *DGUV Information 206-031 „Betriebliches Eingliederungsmanagement – BEM Orientierungshilfe für die praktische Umsetzung“*

Die Orientierungshilfe soll Arbeitgebenden sowie Beschäftigten die Chancen von Betrieblichem Eingliederungsmanagement (BEM) aufzeigen und bei der praktischen Umsetzung unterstützen. Die Erläuterung der Rechtsgrundlage, prägnante Hinweise und Tipps erleichtern insbesondere Kleinbetrieben die Umsetzung des BEMs. <https://publikationen.dguv.de>, Webcode: p206031

### *DGUV Information 206-025 „Auf die Haltung kommt es an! Unternehmenskultur sicher und gesund gestalten“*

Diese Information für Verantwortliche in Betrieben und Verwaltungen beschreibt anhand von Beispielen, wie durch gute Organisation, gelungene Kommunikation und sozialkompetente Führung Sicherheit und Gesundheit in der gesamten Belegschaft „gelebt“ werden können. Das führt den Betrieb einerseits zu bleibendem Erfolg und sichert andererseits die notwendige Anpassungsfähigkeit. <https://publikationen.dguv.de>, Webcode: p206025

## Literatur

1. Meyer M, Wenzel J, Schenkel A, Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der Deutschen Wirtschaft im Jahr 2017. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Berlin Heidelberg: Springer Verlag, 2018
2. Mohanty A, Kabi A, Mohanty AP. Health problems in healthcare workers: A review. J Family Med Prim Care. 2019; 8 (8): 2568–2572
3. Steinhöfel D. Physische und psychische Belastungen vom Pflegepersonal. Hamburg: disserta Verlag, 2014
4. Pflegekammer NDS, Pflegekammer RLP. Über 50-jährige stärkste Altersgruppe in der Pflege. URL: <https://www.pflegen-online.de/ueber-50-jaehrige-staerkste-altersgruppe-in-der-pflege> [abgerufen am 08. Juni 2022]
5. Bundesministerium für Gesundheit. Beschäftigte in der Pflege. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html> [abgerufen am 08. Juni 2022]
6. Pflegenot Deutschland. Abbruchquote in Pflegeausbildungen überdurchschnittlich hoch. URL: <https://www.pflegenot-deutschland.de/ct/pflegeausbildung-abbruchquote/> [abgerufen am 08. Juni 2022]
7. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Zahlen zum Versicherungsgeschehen. URL: <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/bgw-im-ueberblick/ueber-uns/zahlen-zum-versicherungsgeschehen-43678> [abgerufen am 08. Juni 2022]
8. Nienhaus A, Wendeler D, Dulon M. Hepatitis B und C bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst – Analyse eines Zeittrends über 25 Jahre. ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin. 2022; 57 (03): 156–161
9. Dulon M, Wendeler D, Nienhaus A. Berufsbedingte Infektionskrankheiten bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst 2017. Routinedaten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Zbl Arbeitsmed. 2019; 69 (1): 16–22
10. Nienhaus A, Schneider S. COVID-19 als Berufskrankheit und Arbeitsunfall – Analyse der gemeldeten und anerkannten Fälle der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin. 2022; 57 (03): 170–176
11. Kozak A, Nienhaus A. COVID-19 ist impfpräventabel – aber es kommt auf die richtige Impfstrategie an. Ein narratives Review. ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin. 2022; 57 (03): 162–169
12. DGUV. Datenblatt – Schreck, Bedrohung, Gewalt. URL: [https://www.dguv.de/medien/inhalt/mediencenter/pm/pressearchiv/2017/4\\_quartal/factsheet\\_schreck\\_bedrohung\\_gewalt.pdf](https://www.dguv.de/medien/inhalt/mediencenter/pm/pressearchiv/2017/4_quartal/factsheet_schreck_bedrohung_gewalt.pdf) [abgerufen am 27. Juni 2022]



**Dr. rer. biol. hum. Claudia Westermann**

Dr. rer. biol. hum. Claudia Westermann absolvierte ein Diplom-Studium der Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) in Hamburg. Von Januar 2012 bis Oktober 2021 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin mit dem Schwerpunkt Infektiologie im CVcare tätig. Im Rahmen des PhD-Programms für Nichtmediziner der Medizinischen Fakultät hat sie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) zum Thema „Blutübertragbare Virushepatitis C bei Beschäftigten im Gesundheitswesen“ promoviert. Seit Januar 2020 ist sie als Referentin für Gesundheitswissenschaften und Epidemiologie in der Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften (AGG) bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) mit halber Stelle und seit Oktober 2021 in Vollzeit tätig.



**Dana Wendeler**

Ausbildung an der Beruflichen Schule der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald zur Medizinischen Dokumentarin. Seit 2002 bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Hamburg in der Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften im Bereich Epidemiologie tätig.



**Prof. Dr. med. Albert Nienhaus, MPH**

Prof. Dr. med. Albert Nienhaus, MPH, ist Arbeitsmediziner und Epidemiologe. Er hat in Marburg und Toulouse studiert, in Frankfurt promoviert und in Bremen habilitiert. Den MPH hat er in Los Angeles an der UCLA im Jahr 1991 erworben. Er ist seit 2010 Inhaber der Universitätsprofessur Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen und Leiter der entsprechenden Abteilung – CVcare im IVDP am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Seit dem Jahr 2000 hat er die Epidemiologie bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) aufgebaut und leitet dort nun die Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften (AGG). Arbeitsbedingte Infektionen gehören zu seinen Forschungsschwerpunkten. Während der Pandemie haben sowohl das CVcare am UKE als auch AGG bei der BGW diverse Projekte zu COVID-19 bei Beschäftigten im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrt durchgeführt.



**Dr. rer. pol. Martin Kröger**

Studium der Wirtschaftswissenschaften in Münster, 1998 Diplom. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Siedlungs- und Wohnungswesen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. 2003 Promotion in Volkswirtschaftslehre. Referent für Soziale Sicherung bei der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) in Berlin. Seit 2016 in unterschiedlicher Funktion in der gesetzlichen Unfallversicherung tätig (Verwaltungs-Berufsgenossenschaft [VBG], Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege [BGW]), zurzeit als Produktportfoliomanager.



© Sauro Porta

### Sieglinde Ludwig

Sieglinde Ludwig (Dipl. oec. troph. und Technische Aufsichtsbeamtin) leitet seit Mitte 2016 die Abteilung Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV). 13 Jahre lang hat sie zuvor die Präventionsabteilung der Kommunalen Unfallversicherung Bayern/Bayerischen Landesunfallkasse geleitet und dabei die Präventionsmaßnahmen für Beschäftigte im öffentlichen Dienst, im Ehrenamt (z. B. Hilfeleistungsunternehmen) und in Bildungseinrichtungen gestaltet und ausgebaut.

Bei der DGUV steuert sie auch den Fachbereich „Gesundheit im Betrieb“. In den vier dazugehörigen Sachgebieten stehen u. a. die Themen Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, Betriebliches Management für Sicherheit und Gesundheit, Gestaltung arbeitsbedingter psychischer Belastung sowie Kultur der Prävention im Fokus.

Teil ihres Aufgabenportfolios ist die Förderung der gemeinsamen Aufgaben der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand auf dem Gebiet der gesundheitlichen Prävention. Als stellvertretendes Mitglied der Nationalen Präventionskonferenz ist sie zudem mit dem Schwerpunkt „Gesund in der Pflege“ vertraut, der auf gesamtgesellschaftlicher Ebene erreichen soll, dass Pflegende in ihren Gesundheitsressourcen gestärkt, deren gesundheitliche Belastungen abgebaut und dadurch ihre Arbeitsfähigkeit bzw. ihr Gesundheitszustand erhalten werden soll.



### Dr. Madeleine Dulon

Ausbildung zur Krankenschwester. Studium der Ernährungswissenschaften. Promotion im Fach Umwelttoxikologie. Studium der Gesundheitswissenschaften (MPH). Seit dem 1. Juli 2003 als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig bei der BGW. Arbeitsschwerpunkte: Infektionserkrankungen bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst und methodische Beratung bei der Qualitätssicherung von Forschungsvorhaben.



# Gesundheitliche Risiken bei pflegenden Angehörigen – analysiert anhand von Routinedaten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten – und Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger

Sieglinde Ludwig und Alexandra Daldrup

## Einführung

Insgesamt wird die Pflege zu Hause als große Herausforderung angesehen und trotzdem wird sie von vielen Angehörigen wahrgenommen. Woran liegt das? Um dies zu beantworten, sehen wir uns die Motive der pflegenden Angehörigen näher an. So unterschiedlich, wie die pflegebedürftigen Personen sind, so verschieden sind auch die sorgenden oder pflegenden Angehörigen. Der demografische Wandel in Verbindung mit dem Pflegenotstand einerseits, die Kosten für eine Unterbringung von pflegebedürftigen Angehörigen und/oder das Daseinwollen – auch aus Liebe – für einen oder gar beide Elternteile bzw. pflegebedürftige Kinder andererseits, machen es erforderlich, dass eine große Zahl von Pflegebedürftigen zu Hause betreut wird. Die Pflegenden sind in diesem Fall insbesondere Familienangehörige.

Die Belastungen für pflegende Angehörige, auch informelle Pflegepersonen genannt, sind vielfältig, da sie häufig daneben selbst noch abhängig beschäftigt oder selbständig sind, Kinder erziehen und einen Haushalt führen. Was viele nicht wissen: sie stehen bereits seit 1995 unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.

Aufgabe der Unfallversicherung ist es, Unfälle bei der Pflege und pflegebedingte Erkrankungen zu verhüten und wenn solche verursacht werden, für deren umfassende Heilbehandlung (medizinisch) und Rehabilitation (beruflich und sozial) zu sorgen sowie ggf. Geldleistungen zu gewähren. Deshalb bieten die zuständigen Unfallversicherungsträger Präventionsleistungen an [1, 2], z. B. Online-Portale für Pflegepersonen und Pflegeberater (Multiplikatoren) [3, 4]

und Qualifizierungen wie Seminare für Multiplikatoren, die Beratungen und Kurse für Pflegepersonen geben.

Für eine zielgerichtete Präventionsarbeit ist es wichtig, die Arbeitsunfälle (AU) und die Verdachtsanzeigen für Berufskrankheiten (BK) dieser Personengruppe zu kennen. Eine Auswertung beschreibt deshalb zunächst das AU- und BK-Geschehen bei Pflegepersonen, die bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand versichert sind, anhand der Routinedaten, die der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV) vorliegen. Als Teil des deutschen Sozialversicherungssystems ist die DGUV der Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, die ihre Mitglieder bei deren Kernaufgaben Prävention und Rehabilitation unterstützt.

## Methode

Die vorliegende Auswertung basiert auf Routinedaten der DGUV zu AU, die in den Jahren 2019 und 2020 angezeigt wurden, sowie zu BK-Verdachtsanzeigen, die in diesen beiden Jahren bestätigt wurden. In dem vorliegenden Beitrag wird auf den konservierten Datensatz bei der DGUV, der Grundlage für die jährliche Statistik ist, zurückgegriffen. Die Auswertung basiert auf einer Stichprobe aus dem Versicherten-Klientel der Pflegepersonen nach § 2 Absatz 1 Nr. 17 SGB VII (ISCO 08).

### *Definition Pflegepersonen/pflegende Angehörige*

Pflegepersonen sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen oder mehrere Pflegebedürftige(n) mit min-

destens Pflegegrad 2 in deren häuslicher Umgebung mit wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Wochentage, pflegen. Darunter fallen demzufolge z. B. Familienangehörige, Verwandte, Nachbarn und Freunde, sofern sie kein Entgelt für die Pflege erhalten (Ausnahme: das gesetzliche Pflegegeld), d. h. die Pflegepersonen erhalten für ihre Tätigkeit keine finanzielle Zuwendung, die das gesetzliche Pflegegeld übersteigt. Bei nahen Familienangehörigen wird im Allgemeinen angenommen, dass die Pflege nicht erwerbsmäßig erfolgt.

Die Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 Abs. 3 des SGB XI wird durch die Pflegekassen festgestellt, die darüber einen Bescheid erstellen.

Sie werden im Folgenden als Pflegepersonen oder pflegende Angehörige bezeichnet.

### *Gesetzlicher Unfallversicherungsschutz*

Kraft Gesetz sind nach dem SGB VII § 2 Absatz 1 Nr. 17

„Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 und 2 des Elften Buches bei der Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne der §§ 14 und 15 Absatz 3 des Elften Buches“ versichert.

„Die versicherte Tätigkeit umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 des Elften Buches genannten Bereichen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 18 Absatz 5a Satz 3 Nummer 2 des Elften Buches.“ (ebenda)

Alle nicht erwerbsmäßig tätigen häuslichen Pflegepersonen sind bei dem Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand gesetzlich versichert, der für den Ort der Pflegetätigkeit also den Pflegehaushalt, zuständig ist, d. h. in der Regel bei der Unfallkasse des jeweiligen Landes<sup>1</sup>. Dieser gesetzliche Unfallversicherungsschutz für Pflegepersonen existiert bereits seit dem 1. April 1995 [5].

Seit dem 1. Januar 2017 haben sich mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz die Voraussetzungen zum Versicherungsschutz der häuslichen Pflegepersonen (§ 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII) geändert, da eine Mindestpflegedauer (s. Definition) eingeführt wurde. Es gibt allerdings eine Besitzstandsregelung, d. h. Pflegepersonen, die bereits vor dem 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege des bzw. der gleichen Pflegeperson gesetzlich unfallversichert waren, sind auch weiterhin bei Pflegeleistungen, die dieses Pflegeverhältnis betreffen, gesetzlich unfall-

versichert, demzufolge gilt die Mindestpflegedauer hier nicht.

Die Anzahl der Versicherungsverhältnisse, die Pflegepersonen betreffen belief sich im Jahr 2019 auf 5.013.734 und im Jahr 2020 auf 5.997.832 [6, 7]. Sie ist also innerhalb von nur einem Jahr um fast 20% gestiegen. Die Gründe für den Anstieg sind vermutlich komplex und können nur vermutet werden: die neuen Pflegegrade gewinnen an Bekanntheit, der demografische Wandel, der Fachkräftemangel und die damit verbundene Schwierigkeit, geeignete Unterbringungsmöglichkeiten zu finden (Pflegenotstand), sind weitere mögliche Ursachen. Zudem waren coronabedingt mehr Personen zu Hause und konnten die Pflege übernehmen, da sie ihre Jobs in der Kultur- bzw. Gastronomie-Branche nicht ausüben konnten, auf diese Weise aber das Geld für den Pflegedienst sparen konnten. Diese Zahlen basieren in Teilen auf der zweijährlich erscheinenden Pflegestatistik<sup>2</sup> und werden aus der Anzahl der in der Pflegestatistik angegebenen Pflegebedürftigen, welche „allein durch Angehörige“ oder „zusammen mit ambulanten Pflegediensten“ versorgt werden, geschätzt.

### **Kosten für den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz**

Die Kosten für die gesetzliche Unfallversicherung für pflegende Angehörige werden von den Kommunen getragen.

Im Übrigen können angestellte Pflegepersonen vom jeweiligen Haushaltsvorstand gegen Beitrag bei dem zuständigen Unfallversicherungsträger versichert werden – hierzu ist eine Anmeldung erforderlich. Aufgrund des weitreichenden Versicherungsschutzes ist diese Anmeldung uneingeschränkt zu empfehlen.

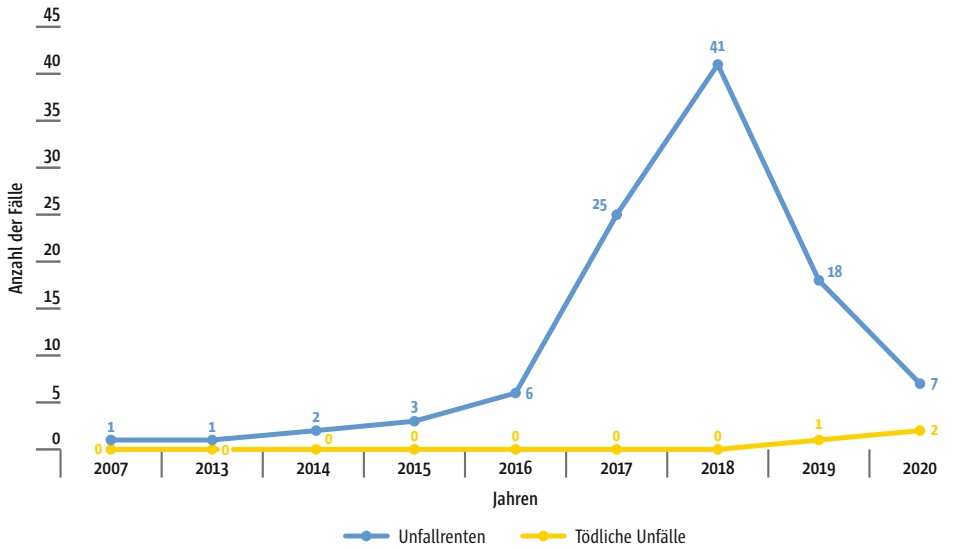
### **Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten bei Pflegepersonen**

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer versicherten Tätigkeit. Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Als Unfallereignis zählen Arbeitsunfälle (AU), die sich bei der versicherten Tätigkeit und Wegeunfälle, die sich auf dem Weg nach oder

1 Eine Auflistung nach Bundesländern finden Sie hier: [www.dguv.de/de/bg-uklv/unfallkassen/](http://www.dguv.de/de/bg-uklv/unfallkassen/)

2 [www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Methoden/pflegestatistik](http://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Methoden/pflegestatistik)

Abbildung 1 Tödliche Unfälle und Unfalljahr der in den Jahren 2019–2020 anerkannten Unfallrenten



Quelle: Referat Statistik, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), 28.06.2022

von dem Ort einer versicherten Tätigkeit ereignen (§ 8 Abs. 2 SGB VII).

Als meldepflichtig gilt ein Arbeits- oder Wegeunfall, wenn er zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei aufeinanderfolgenden Kalendertagen führt. In den Jahren 2019–2020 registrierte die DGUV-Statistik bei Pflegepersonen 528 meldepflichtige Unfälle<sup>3</sup>, von denen 3 tödlich waren.

Als tödliche Unfälle werden diejenigen Fälle gezählt, bei denen sich der Unfall im Jahr ereignet hat und der Tod innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall eingetreten ist.

Bezogen auf die meldepflichtigen Unfälle bekamen Pflegepersonen in den Jahren 2019–2020 in 104 Fällen neue Unfallrenten zuerkannt. Die Erfassung der neuen Unfallrenten erfolgt zu 100%, damit Informationen zu Unfallhergängen von besonders schweren Unfällen bekannt, untersucht und mithilfe von Präventionsleistungen zukünftig verhindert werden können. Die Unfälle, die eine neue Unfallrente in den Jahren 2019–2020 zur Folge hatten, sind allerdings in einem größeren Zeitraum von Jahren, nämlich von 2007 bis 2020, verursacht worden (vgl. » Abb. 1). Mit 41 Unfällen lag dabei das Jahr 2018 an der Spitze, gefolgt von 2017 mit 25 und 2019 mit 18 Unfällen. Der Feststellung einer neuen Unfallrente geht in der Regel ein intensives Ermittlungsverfahren voraus. Nur ein geringer Teil der neuen Unfallrenten kann deshalb bereits im Jahr des Unfalles abgeschlossen werden, da zwischen Unfallereignis und Feststellung einer Rente häufig ein längerer Zeitraum liegt.

Betrachtet man die meldepflichtigen Arbeitsunfälle und die neuen Unfallrenten, so fällt auf, dass die Zahl der gemeldeten AU mit 528 bei Pflegepersonen sehr gering, die Zahl der neuen Unfallrenten mit 104 im Vergleich mit den beruflich Pflegenden (Verhältnis 63.414 meldepflichtige AU zu 162 neuen Unfallrenten) aber sehr hoch ist. Demzufolge ist davon auszugehen, dass das Meldeverhalten die Unfälle von Pflegepersonen betreffend nicht dem realen Unfallgeschehen entspricht. Gründe dafür können z. B.

3 Leider lassen sich die Angaben zu den 528 meldepflichtigen AU von Pflegepersonen aufgrund des zugrundeliegenden Stichprobenverfahrens [8:5] nicht weiter differenzieren. Wegen der Anzahl der zu verschlüsselnden Merkmale fließt nur eine Stichprobe von meldepflichtigen AU für die gewerblichen Berufsgenossenschaften (BG) und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (UVTöH) in die Unfallstatistik ein. Statistisches Erhebungskriterium ist das „Geburtsverfahren“. Danach gehen diejenigen Unfälle in die Stichprobe ein, bei denen der Geburtstag der unfallverletzten Person auf den 10., 11. (BG = ~6,7 Prozent) beziehungsweise zusätzlich den 12. (UVTöH = ~10 Prozent) eines Monats fällt. Diese Stichprobenwerte werden anschließend auf die Referenzzahlen der Arbeits- und Wegeunfälle, wie sie in den Geschäftsergebnissen veröffentlicht werden, hochgerechnet. Im konkreten Fall liegen den 528 meldepflichtigen AU von Pflegepersonen 54 Stichprobenfälle zugrunde.

**Tabelle 1** Unfallhergänge, die neuen Arbeitsunfallrenten und tödlichen Arbeitsunfällen von Pflegepersonen zugrunde lagen (Berichts- bzw. Anerkennungsjahre 2019–2020)

Unfallhergang	Pflegepersonen (SGB VII § 2 Abs. 1 Nr. 17)	
	Neue Unfallrenten	Tödliche Unfälle
	Anzahl	Anzahl
Stolper-, Rutsch-, und Sturzunfälle	37	1
Straßenverkehrsunfälle	3	0
Andere Unfallhergänge	64	2
<b>Gesamt</b>	<b>104</b>	<b>3</b>

Quelle: Referat Statistik, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), 28.06.2022

im Nichtwissen über den bestehenden Unfallversicherungsschutz für Pflegepersonen liegen. Schwere Unfälle, die den neuen Unfallrenten immer zugrunde liegen, werden in der Regel von anderen Sozialversicherungsträgern, z. B. der Krankenkasse, an die Unfallversicherung zuständigkeitshalber gemeldet, sobald festgestellt wird, dass einem Unfall eine entsprechend unfallversicherte Tätigkeit, hier als Pflegeperson, zugrunde lag.

**Welche Unfallhergänge verbergen sich hinter den neuen Unfallrenten bzw. den tödlichen Unfällen?** Stolper-, Rutsch- und Sturzunfälle stehen, wie aus **»** Tabelle 1 ersichtlich ist, mit 37 neuen Unfallrenten und einem tödlichen Unfall an der Spitze. In großem Abstand folgen dann die Straßenverkehrsunfälle, die 3 neue Unfallrenten zur Folge hatten, aber keinen tödlichen Unfall. 64 weiteren neuen Unfallrenten sind andere Unfallhergänge vorausgegangen – aufgrund der dahinterstehenden Einzelfälle ist eine weitere Schilderung hier nicht zielführend.

Die Tätigkeit vor dem Unfall, die die Unfallschwere mitverursacht hat, lässt sich **»** Tabelle 2 entnehmen. An der Spitze der Tätigkeiten, die 48 neue Unfallrenten und einen tödlichen Unfall zur Folge hatten, stehen „Gehen, Laufen, Hinaufsteigen, Hinabsteigen usw.“. Das „Transportieren eines Gegenstands in der Vertikalen“ ist die Unfalletätigkeit, die für 21 neue Unfallrenten sorgt, an dritter Stelle mit 7 neuen Unfallrenten steht „In die Hand nehmen, ergreifen, erfassen, halten (horizontal)“.

Der verletzende Kontakt, der allein 69 neue Unfallrenten zur Folge hatte, war die „Vertikale Bewegung, Aufprallen auf – als (Ab-)Sturzfolge“. An zweiter Stelle steht die „Körperliche Überlastung – Bewegungsapparat“, die 11 neue Unfallrenten verursachte und auf Rang drei platziert „Horizontale Bewegung, Prallen gegen etwas“ mit 8 neuen Unfallrenten. Ein

Blick auf die 3 tödlichen Unfälle zeigt, dass hier neben zwei bereits benannten verletzenden Kontakten noch der „Aufprall auf/gegen ortsfesten Gegenstand“ ursächlich war. Welche weiteren verletzenden Kontakte eine neue Unfallrente zur Folge hatte, geht aus **»** Tabelle 3 hervor.

Eine detaillierte Betrachtung des verletzten Körperteils bei neuen Unfallrenten und tödlichen Unfällen von Pflegepersonen wird in **»** Tabelle 4 vorgenommen. Der meistbetroffene verletzte Körperteil bei neuen Unfallrenten ist in 15 Fällen der „Oberschenkelkopf, -hals, Rollhügelbereich“, gefolgt von der „Oberarmschaft“ und dem „Oberen Sprunggelenk, Knöchel, Bänder“ mit jeweils 10 Fällen. Bei den tödlichen Unfällen ist der verletzte Körperteil der „Kopf, Schädel, Hirnhäute, Hirnsubstanz“ (2) bzw. der „Oberschenkelkopf, -hals, Rollhügelbereich“.

Die zugrundeliegende Verletzungsart geht aus **»** Tabelle 5 hervor. In 60 Fällen, die neue Unfallrenten und einen tödlichen Unfall bei Pflegepersonen zur Folge hatten, war es eine „Fraktur ohne nähere Angaben“. Addiert man die näher spezifizierten Frakturen der Tabelle zu diesen hinzu, entfallen 82 Fälle, also weitere 22, auf Frakturen.

Die Wegeunfälle von Pflegepersonen können **»** Tabelle 6 entnommen werden. In den Jahren 2019–2020 ereigneten sich insgesamt 138 Wegeunfälle, die wegen der zu geringen Fallzahl und der zugrundeliegenden hochgerechneten Stichprobenstatistik – 15 Stichprobenfälle [8:5] – nicht weiter differenziert werden können; ein Unfall davon war im Jahr 2020 tödlich. Verkehrsunfälle sind häufig schwere Unfälle und demzufolge wurden 2019 acht und 2020 siebzehn neue Unfallrenten anerkannt.

Berufskrankheiten (BK) sind Krankheiten, die durch gesundheitsschädigende berufliche Einwirkungen bei der versicherten Tätigkeit entstehen und

**Tabelle 2** Tätigkeiten vor dem Unfall, die neuen Arbeitsunfallrenten und tödlichen Arbeitsunfällen von Pflegepersonen zugrunde lagen (Berichts- bzw. Anerkennungsjahre 2019–2020)

Tätigkeit vor dem Unfall	Pflegepersonen (SGB VII § 2 Abs. 1 Nr. 17)	
	Neue Unfallrenten	Tödliche Unfälle
	Anzahl	Anzahl
Führen eines kraftbetr. Transport- oder Fördermittels	1	0
Mitfahren auf einem Transportmittel	1	0
Manuelle Handhabung von Gegenständen – o. n. A.	1	0
In d. Hand nehmen, ergr., erfassen, halt., (horizontal)	7	0
Binden, Zubinden, Auseinandernehmen, Aufmachen, Drehen	1	0
Befestigen an/auf, Hochheben, Anbringen (vertikal)	2	0
Ausgießen, Einfüllen, Auffüllen, Begießen, Entleeren	0	1
Transport von Hand – o. n. A.	1	0
Transportieren eines Gegenstands in der Vertikalen	21	0
Transportieren eines Gegenstands in der Horizontalen	2	0
Transportieren (Tragen) einer Last durch eine Person	5	0
Gehen, Kriechen, Springen, Duschen, sich an-/auskleiden – o. n. A.	1	0
Gehen, Laufen, Hinaufsteigen, Hinabsteigen usw.	48	1
Hineingehen, Herausgehen	3	1
Kriechen, Klettern usw.	1	0
Aufstehen, sich hinsetzen usw.	2	0
Bewegungen auf der Stelle: Duschen, sich anziehen, usw.	3	0
Anwesenheit	4	0
<b>Gesamt</b>	<b>104</b>	<b>3</b>

Quelle: Referat Statistik, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), 28.06.2022

die in der sogenannten BK-Liste festgelegt sind. Verdachtsanzeigen auf eine BK sind grundsätzlich meldepflichtig. Allerdings wird das Versicherungsverhältnis „Pflegepersonen“ in der Berufskrankheiten-Dokumentation erst seit 2019 separat erfasst. In den Jahren 2019 und 2020 gab es zusammen fünf bestätigte Berufskrankheiten von gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII versicherten Pflegepersonen. Vier der Fälle waren Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101). Covid-19 spielte bei Pflegepersonen keine Rolle.

### Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger für die Pflegepersonen

Die dargestellten Risiken als Pflegeperson von einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit betroffen zu sein, sind Ausgangspunkt von Präventionsmaßnahmen. Der gesetzliche Auftrag der Prävention umfasst neben der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, die gerade bei diesem versicherten Klientel aufgrund der häufigen Mehrfachbelastungen eine besondere Rolle spielt.

Die Analyse der neuen Unfallrenten hat ergeben, dass der Unfallhergang Stolper-, Rutsch- und Sturzunfälle (SRS) bei Pflegepersonen an erster Stelle

**Tabelle 3 Verletzender Kontakt, der neue Arbeitsunfallrenten und tödliche Arbeitsunfällen von Pflegepersonen zur Folge hatte (Berichts- bzw. Anerkennungsjahre 2019–2020)**

Verletzender Kontakt	Pflegepersonen (SGB VII § 2 Abs. 1 Nr. 17)	
	Neue Unfallrenten	Tödliche Unfälle
	Anzahl	Anzahl
Aufprall auf/gegen ortsfesten Gegenstand (Verletzter bewegt sich) – o. n. A.	6	1
Vertikale Bewegung, Aufprallen auf – als (Ab-)Sturzfolge	69	1
Horizontale Bewegung, Prallen gegen etwas	8	1
Getroffen werden von einem weggeschleuderten Gegenstand	1	0
Getroffen werden von einem herunterfallenden Gegenstand	1	0
Getroffen werden von einem sich drehenden/bewegenden/verschiebenden Gegenstand	1	0
Zusammenstoßen mit einem Gegenstand/Fahrzeug – Opfer ist in Bewegung	4	0
Sonstiger bekannter Kontakt der Gruppe 40	1	0
Kontakt mit hartem oder rauem Gegenstand	1	0
Körperliche Überlastung – Bewegungsapparat	11	0
Schlag, Tritt, Stoß mit dem Kopf, Erwürgen	1	0
<b>Gesamt</b>	<b>104</b>	<b>3</b>

Quelle: Referat Statistik, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), 28.06.2022

steht. Dies ist kongruent sowohl mit der Tätigkeit, die am häufigsten vor dem Unfall ausgeübt wurde, dem „Gehen, Laufen, Hinaufsteigen, Hinabsteigen usw.“ als auch mit dem verletzenden Kontakt, der „Vertikalen Bewegung, Aufprallen auf – als (Ab-) Sturzfolge“. Die auf Platz eins und drei aufzufindenden am häufigsten verletzten Körperteile „Oberschenkelkopf, -hals, Rollhügelbereich“ und „Oberes Sprunggelenk, Knöchel, Bänder“ passen ebenfalls sehr gut zu den SRS-Unfällen, genauso wie die daraus resultierenden Frakturen als Hauptverletzungsart.

Daneben ist das „Transportieren eines Gegenstands in der Vertikalen“ als Tätigkeit, die am zweithäufigsten vor dem Unfall ausgeübt wurde, eine wichtige Ursache für schwere Arbeitsunfälle von Pflegepersonen. Sie steht in engem Zusammenhang mit dem verletzenden Kontakt, der „Körperlichen Überlastung – Bewegungsapparat“ der ebenfalls an zweiter Stelle rangiert, und dem „Oberarmschaft“ beim verletzten Körperteil.

Dass die Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) bei Pflegepersonen das geringe BK-Geschehen dominie-

ren, verwundert nicht, denn auch bei den beruflich Pflegenden stehen Hauterkrankungen nach wie vor an der Spitze der anerkannten BK, Ausnahme 2020 bedingt durch Covid-19.

» Für Pflegepersonen ist es wichtig, Stolper-, Rutsch- und Sturzunfälle sowie eine Überlastung des Bewegungsapparates zu vermeiden und ein Augenmerk auf den Hautschutz und die Hautpflege zu legen.

**Mit welchen Präventionsleistungen [1] erreichen die Unfallversicherungsträger diese Zielgruppe am besten?** Da es sich um Einzelpersonen handelt, sind Überwachung und Beratung eher schwierig und letztere wird nur anlassbezogen angeboten. An erster Stelle stehen deshalb Informationen, gefolgt von Qualifizierungen, insbesondere für Multiplikatoren.

Um in diesem Beitrag gefahrbezogene Empfehlungen zu geben, wird auf das zur Verfügung stehende Informationsmaterial der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, insbesondere der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW),

Tabelle 4 Verletzter Körperteil, bei neuen Arbeitsunfallrenten und tödlichen Arbeitsunfällen von Pflegepersonen (Berichts- bzw. Anerkennungsjahre 2019–2020)

Verletzter Körperteil	Pflegepersonen (SGB VII § 2 Abs. 1 Nr. 17)	
	Neue Unfallrenten	Tödliche Unfälle
	Anzahl	Anzahl
Gesamter Mensch, Gesamtorganismus	2	0
Kopf, Schädel, Hirnhäute, Hirnsubstanz	3	2
Gesamte Wirbelsäule, Rückenmark	3	0
Halswirbelsäule	1	0
Brustwirbelsäule	2	0
Lendenwirbelsäule	4	0
Kreuzbein-, Steißbeinbereich	1	0
Schlüsselbein	1	0
Schulterblatt	1	0
Becken, Damm, Gesäß	2	0
Weichteile von Schulter, Oberarm, Achsel	3	0
Schultergelenk, Oberarmkopf, Oberarmhöcker	8	0
Oberarmschaft	10	0
Ellenbogennahe Unterarmknochen	2	0
Speichenschaft	2	0
Handgelenknahe Unterarmknochen	6	0
Daumen (1. Finger)	1	0
Weichteile von Oberschenkel, Hüfte	1	0
Hüftgelenk	2	0
Oberschenkelkopf, -hals, Rollhügelbereich	15	1
Oberschenkelschaft, -knorren/-rolle	8	0
Kniescheibe	1	0
Gesamter Unterschenkel bzw. Bein ohne nähere Angabe	2	0
Kniegelenk (außer Kniescheibe)	3	0
Schienbeinkopf	3	0
Schienbeinschaft, -ende (körperfern)	2	0
Gesamter Fuß	1	0
Oberes Sprunggelenk, Knöchel, Bänder	10	0
Fersenbein	1	0
unbekannt bzw. nicht zuzuordnen	3	0
<b>Gesamt</b>	<b>104</b>	<b>3</b>

Quelle: Referat Statistik, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), 28.06.2022

**Tabelle 5 Verletzungsart bei neuen Arbeitsunfallrenten und tödlichen Arbeitsunfällen von Pflegepersonen (Berichts- bzw. Anerkennungsjahre 2019–2020)**

Verletzungsart	Pflegepersonen (SGB VII § 2 Abs. 1 Nr. 17)	
	Neue Unfallrenten	Tödliche Unfälle
	Anzahl	Anzahl
Erschütterung, Oberflächenprellung	2	0
Quetschung	3	2
(Dis-)Torsion	3	0
Zerreißung o. n. A.	1	0
teilweise Zerreißung	2	0
vollständige Zerreißung	4	0
Fraktur o. n. A.	60	1
geschl. Fissur	2	0
geschl. Zweifragmentfraktur	3	0
geschl. Mehrfragmentfraktur	6	0
geschl. Kompressionsfraktur	3	0
geschl. Luxationsfraktur	2	0
off. Fraktur o. n. A.	6	0
off. Mehrfragmentfraktur	2	0
unbekannt bzw. nicht zuzuordnen	5	0
<b>Gesamt</b>	<b>104</b>	<b>3</b>

Quelle: Referat Statistik, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), 28.06.2022

**Tabelle 6 Wegeunfälle von Pflegepersonen (Berichtsjahre 2019–2020)**

Unfalljahr	Pflegepersonen (SGB VII § 2 Abs. 1 Nr. 17)		
	Meldepflichtige Unfälle <sup>1)</sup>	Neue Unfallrenten	Tödliche Unfälle
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
2019	– <sup>2)</sup>	8	0
2020	– <sup>2)</sup>	17	1
<b>Gesamt</b>	<b>138</b>	<b>25</b>	<b>1</b>

<sup>1)</sup> Da es sich hierbei um eine hochgerechnete Stichprobenstatistik handelt, können Hochrechnungsunsicherheiten und Rundungsfehler auftreten.

<sup>2)</sup> Wegen zu geringer Fallzahlen nicht separat ausweisbar.

Quelle: Referat Statistik, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), 28.06.2022



zurückgegriffen. Zunächst sollten Überlegungen zur Ausstattung der Pflegeperson angestellt werden. Grundsätze für eine geeignete Kleidung lassen sich aus der professionellen Pflege ableiten. Für die Hilfe bei der Körperpflege, bei der Unterstützung beim Umsetzen (hochziehen, halten, stützen, heben der zu pflegenden Person) sowie beim Laufen oder bei einem Lagerungswechsel im Bett, sollte die Kleidung [9:21]

- bequem und nicht zu eng sein, damit die eigene Beweglichkeit nicht eingeschränkt wird,
- nicht zu weit sein, damit man nicht hängenbleibt,
- nicht zu lang sein, damit man nicht stolpert (max. Länge: bis zum Fußknöchel) und
- eher aus einer Hose als aus einem Rock oder Kleid bestehen.

Schuhe [9:21] sollten

- vorne (Schutz vorm Anstoßen an Ecken) und hinten (Fersenhalt) geschlossen sein,
- leicht abwaschbar sein (Schutz vor Flüssigkeiten),
- stoßdämpfende vollflächig aufliegende Sohlen mit rutschhemmenden Eigenschaften haben und
- einen integrierten Absatz von bis zu 2 cm Höhe haben (Ergonomie).

Um das Hängenbleiben zu verhindern und die Keimübertragung (Infektionsgefahr) zu minimieren sollten Pflegepersonen [9:22]

- lange Haare für die Dauer der Pflegetätigkeit zusammenbinden oder hochstecken (das verhindert auch, dass die zu pflegende Person daran ziehen kann),
- die Fingernägel kurzhalten (max. Länge: bis zum Abschluss der Fingerkuppen) und rund schneiden sowie
- keinen Schmuck tragen (der könnte auch einerseits die zu pflegende Person verletzen und andererseits diese dazu veranlassen, daran zu reißen, was insbesondere bei Ohrringen gefährlich ist).

In der Pflege und Betreuung von Angehörigen sollten zudem Kinästhetik-Konzepte und Hilfsmittel angewandt werden, um den Bewegungsapparat zu schonen und zu stärken. Hebe- und Tragevorgänge, bei denen z. B. die Position des Pflegebedürftigen verändert wird, erfordern einen körperlichen Einsatz, der durch Techniken, kleine Hilfsmittel wie Anti-Rutsch-Matten sowie Aufsteh- und Aufrichthilfen bzw. Lifter abgemildert werden kann. Auch beim

Einkaufen für den Pflegebedürftigen sollte ein Trolley oder z. B. eine Sackkarre eingesetzt werden. Geeignete Anleitungen für Pflegepersonen finden sich in der Broschüre „Gewusst wie – und der Rücken bleibt gesund!“ [10] und über die Hilfsmitteldatenbank der UK NRW findet man dieselben.

Ausgleichs- und Achtsamkeitsübungen sollten daneben in keinem Alltag fehlen, egal ob im (Haupt-)Beruf oder bei der Pflege zu Hause. Anleitungen hierfür finden sich auf der DVD „Neuheit für Pflege. Ausgleichs- und Achtsamkeitsübungen“ der UK NRW [11].

Schutzkleidung (Plastikschürze, Einmalhandschuhe) ist bei bestimmten Tätigkeiten wie der Inkontinenzversorgung, beim Umgang mit Blut und anderen Körperflüssigkeiten aber auch bei der Verabreichung von Salben oder anderen medizinischen Produkten sinnvoll, um einen Hautkontakt zu vermeiden [9:21]. Mit einfachen Hygienemaßnahmen sollte man sich daneben vor Infektionen schützen. Eine keimfreie Umgebung ist in der Regel nicht notwendig. Dank Covid-19 dürften zwischenzeitlich alle wissen, was es zu beachten gilt:

- sich regelmäßig gründlich die Hände waschen,
- Husten und Niesen in die Armbeuge oder noch besser: in ein Taschentuch und
- regelmäßig lüften.

Daneben sind Abstand halten – was sich in der Pflege je nachdem schwierig gestaltet – und das Tragen einer FFP2-Maske sinnvoll, wenn man sich als Pflegeperson eine leichte Infektion zugezogen hat und ein Aufsuchen der betreuten Person sich nicht vermeiden lässt. Weitere Hinweise hält die DGUV Information 207-026 „Zu Hause pflegen – so kann es gelingen! Ein Wegweiser für pflegende Angehörige“ bereit [9].

Bestimmte pflegerische Tätigkeiten bergen allerdings ein erhöhtes Infektionsrisiko, hierzu gehören chronische Erkrankungen, Wunden oder Bewusstseinsveränderungen des Pflegebedürftigen. Auf die Vielfalt von Möglichkeiten und die entsprechenden Schutzmaßnahmen kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden – Pflegepersonen müssen sich hierfür durch die behandelnden Ärzte oder die beteiligte Pflegefachkraft beraten lassen.

Auf dem Portal „Sicheres Pflegen zu Hause“ [3] zeigt die UK NRW, wie der häusliche Bereich der zu pflegenden Person auf seine Sicherheit hin überprüft werden kann, Gefährdungen für Pflegepersonen werden dargestellt und es gibt Hinweise für deren Beseitigung und zum Gesundheitsschutz sowie Tipps zu Unterstützungsmöglichkeiten. Diese

Homepage ist speziell an alle pflegenden Angehörigen gerichtet und zielt darauf ab, aufzuklären, zu informieren und die Selbstpflegekompetenz zu stärken. Oftmals können schon kleinere Veränderungen im Wohnumfeld und im Verhalten der Pflegeperson die Pflege und Betreuung erleichtern und sicherer machen.

Die Pflege und Betreuung von Menschen ist eine große Herausforderung, der sich viele Pflegepersonen stellen, obwohl es die gesamte Lebensplanung verändert. Um gut pflegen zu können, ist es wichtig, sich bewusst zu machen, warum man Pflegeperson „werden will“ und sich auch mit den weiteren arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und deren Verhütung auseinander zu setzen.

### Was es heißt, Pflegeperson zu sein – Bewusstmachen ist wichtig!

Die Motive, Pflegeperson zu werden, sind vielfältig und reichen von Liebe, Fürsorge sowie Verbundenheit über das Gefühl moralisch dazu verpflichtet zu sein (Erwartungen von außen). Auch finanzielle Gründe und Unzufriedenheit mit der professionellen Pflege können Anlass sein. Wichtig ist es, sich über das eigene Motiv klar zu werden, denn die Motive haben eine unterschiedliche Tragfähigkeit im Alltag. Die Pflegeperson braucht ein positiv besetztes Motiv, um die vielfältigen mit dieser Tätigkeit zusammenhängenden Belastungen zu bewältigen [12]. Trotzdem fällt bei längerer Pflegedauer die positive Motivation bei 70% der Pflegenden ab. Die Pflegesituation wird dann vorwiegend als konflikthaft erlebt. Wenn Motive wie Erbe, Versprechen, Pflichtbewusstsein oder Unzufriedenheit mit „professioneller“ Pflege usw. die Entscheidung der Pflegeübernahme beeinflusst haben, könnte dies zur Folge haben, dass eine übernommene Pflegeaufgabe schneller beendet oder das Entstehen von Gewalt befördert wird [13].

» Selbst(für)sorge, die individuell sehr unterschiedlich ist und häufig von pflegenden Angehörigen wenig Beachtung findet, ist ein wichtiger Aspekt. Pflegepersonen müssen etwas für die eigene Gesundheit tun, um physisch und vor allem psychisch gesund zu bleiben.

Einen anderen Menschen zu pflegen kann sinnstiftend und befriedigend sein, mit steigender Pflegedauer können sich aber aufgrund der zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen, soziale Kontakte

verringern oder ganz abbrechen und es kann zu inter-/intrapersonalen Rollenkonflikten kommen. Das schadet der psychischen Gesundheit und pflegende Angehörige können sogar in ein Burn-out geraten, weswegen Achtsamkeits- und Entspannungsübungen wichtig sind [11].

Aufgrund der Tatsache, dass pflegende Angehörige die Pflegetätigkeit in der Regel ergänzend ausüben, ist eine gute Organisation und Planung erforderlich [14]. Die Erstellung eines strukturierten Tages- und Wochenplans ist deshalb unbedingt zu empfehlen, da er einen Überblick verschafft sowie Absprachen verbindlich macht und bereits dadurch „entlasten“ kann.

Hilfreich ist es daneben, sich ein individuelles Netzwerk für die Pflege zu Hause und für akute Situationen (Überlastung) aufzubauen, damit Pflegepersonen bei ihrer verantwortungsvollen Aufgabe nicht allein dastehen, sondern im notwendigen Fall Unterstützung erhalten und Verantwortung abgeben können [15]. Die Zusammenarbeit mit einzelnen Institutionen und Menschen (Beratungsstellen, Familie, Freunde, Nachbarn) bieten pflegenden Angehörigen eine Perspektiverweiterung und sie erfahren häufig von Möglichkeiten, die sie vorher nicht kannten.

Ein großer Anteil der Pflegepersonen ist erwerbstätig und der Anteil an Beschäftigten die Angehörige pflegen, wird aufgrund des demografischen Wandels vermutlich weiter steigen. Im Sinne der Vereinbarkeit von Beruf und Familie inkl. der Pflege und vor dem Hintergrund des Erhalts der Beschäftigungsfähigkeit sind auch Unternehmen und Betriebe gefordert, eine pflegesensible Unternehmenskultur zu schaffen. Pflegepersonen mit bestehendem Beschäftigungsverhältnis sollten deshalb eine entsprechende betriebliche Umsetzung anregen, z. B. über den Betriebsrat, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, die Betriebsärztin/den Betriebsarzt oder die Vertrauensperson der Menschen mit Schwerbehinderung. Elemente einer pflegesensiblen Unternehmenskultur können eine flexible Arbeitszeitgestaltung, die Arbeitsorganisation und der Betrieb als „sozialer Ort“, der Verständnis für die vielfältigen, individuellen Situationen der Beschäftigten „lebt“, sein. Hierzu gehört es, eine unternehmensspezifische Organisationsstruktur zu schaffen – idealerweise kann eine Verankerung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) erfolgen – sowie gut über das, was man tut, zu informieren [16]. Die UK NRW hat die Broschüre „BLICKWINKEL – Beruf und Pflege vereinbaren“ herausgegeben. Diese beschreibt ein betriebliches Gesundheitsmanagement mit dem

Schwerpunkt Pflege. Die UK bildet in diesem Sinne Vereinbarkeitsberater aus.

Pflegepersonen müssen sich gut informieren und organisieren. Dazu sollten sie sich ihre eigenen Netzwerke in Absprache mit der Pflegeberatung schaffen. Sofern sie in Beschäftigungsverhältnissen stehen, sollten sie in ihrem Unternehmen, eine pflegesensible Unternehmenskultur anregen.

Auch der iga.Wegweiser „Beruf und Pflegeverantwortung – Betriebliche Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige“ geht der Frage nach, wie Unternehmen betroffene Beschäftigte unterstützen können und stellt Ansatzpunkte für eine pflegebewusste Personalpolitik vor [17].

Die DGUV hat einen Fachbereich „Gesundheit im Betrieb“ (FB GiB) mit vier Sachgebieten (SG), die insbesondere betrieblichen Akteuren Hilfestellung bieten – in der Regel über den zuständigen Unfallversicherungsträger. Das SG Betriebliches Gesundheitsmanagement stellt Medien zum BGM bereit und das SG Veränderung der Arbeitskulturen zum Thema Unternehmenskultur. Das SG Psyche und Gesundheit in der Arbeitswelt beschäftigt sich insbesondere mit der psychischen Belastung und Beanspruchung bei der Arbeit, und den damit in Zusammenhang stehenden Themen wie z. B. Führung und Gewalt. Mit Diversity/Vielfalt – unterschiedliche Wertvorstellungen, gesellschaftliche Zusammenhänge, familiäre Biografien haben Einfluss auf das Verhalten der Pflegepersonen – und Betrieblichem Eingliederungsmanagement – ggf. wichtig, wenn eine Pflegeperson wegen Überlastung ausfällt – setzt sich das SG Beschäftigungsfähigkeit auseinander. Weiterführende Informationen finden sich auf der Homepage des FB GiB\*.

Einige Unfallkassen geben ein Magazin für pflegende Angehörige heraus: „Pflege daheim“, das aktuelle Themen aufgreift und Lösungsmöglichkeiten aufzeigt [18]. Speziell die UK NRW hält Checklisten – Häusliche Pflege [19], einen Krankenhausaufenthalt vor- und nachbereiten [20], Notfallcheckliste [21] – zur Unterstützung von Pflegepersonen bereit.

Da es wichtig ist zu wissen, welche Belastungen in der häuslichen Pflege auftreten und wie diesen vorgebeugt werden kann bzw. wie man diese vermindern kann, werden von Unfallversicherungsträ-

gern Multiplikatoren aus- und fortgebildet. Diese Angebote richten sich an Betriebe, die Pflegepersonen beraten.

Die Pflegeberatenden sind die wichtigsten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Steuerung der Prävention im Bereich der pflegenden Angehörigen. Damit pflegende Angehörige umfassende Informationen aus einer Hand bekommen, eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf sowie mehr Wertschätzung in der Öffentlichkeit erhalten und nicht zuletzt, um den Gesundheitsschutz der pflegenden Angehörigen noch effektiver verbreiten zu können, hat die UK NRW auch ein Portal, welches speziell auf die Bedürfnisse der Pflegeberatenden ausgerichtet ist. Pflegeberatende stehen mit den pflegenden Angehörigen im direkten Kontakt und unterstützen und beraten sie. Das Portal beinhaltet Informationen, Konzepte, Handlungshilfen und diverse Medien. Zudem findet man, angepasst auf die Erfordernisse der Pflegeberatenden und um berufsspezifische Informationen erweitert, die Themen des Portals „Zu Hause pflegen“ wieder. Pflegeberatende müssen die Präventionskonzepte und Maßnahmen der Unfallkassen kennen, damit sie diese an pflegende Angehörige weitergeben können.

## Literatur

1. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Stand Dezember 2016 – aktualisiert Mai 2019 ([www.dguv.de](http://www.dguv.de) Webcode p012471)
2. Die Nationale Präventionskonferenz, Umsetzung, Gesund in der Pflege, Angebote der gesetzlichen Unfallversicherung, URL: <https://www.npk-info.de/umsetzung/gesund-in-der-pflege/angebote-der-gesetzlichen-unfallversicherung> [abgerufen am 30. Juni 2022]
3. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Internetportal Sicheres Pflegen zu Hause, URL: <https://sicheres-pflegen-zuhause.de> [abgerufen am 30. Juni 2022]
4. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Internetportal Zu Hause pflegen, URL: <https://zuhause-pflegen.unfallkasse-nrw.de> [abgerufen am 30. Juni 2022]
5. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., Sicheres Arbeiten in der häuslichen Pflege - Unfallversicherungsschutz von Pflegepersonen
6. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Referat Statistik, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2019. Ausgabe: Oktober 2020
7. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Referat Statistik, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2020. Ausgabe: September 2021

4 [www.dguv.de/fb-gesundheitimbetrieb/](http://www.dguv.de/fb-gesundheitimbetrieb/)

8. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Referat Statistik, Statistik Arbeitsunfallgeschehen 2020. Ausgabe: September 2021
9. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., Sachgebiet Gesundheitsdienst des Fachbereichs Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege der DGUV, Alexandra Daldrup, Silke Niewohner, Alexander Bach, Ingrid Rüschemschmidt, Martin Schieron, DGUV Information 207-026 „Zu Hause pflegen – so kann es gelingen! Ein Wegweiser für pflegende Angehörige“, Ausgabe: Dezember 2018
10. Unfallkasse NRW, Alexandra Daldrup, Dagmar Keggenhoff, Kinästhetiktrainerin und Case Managerin im Klinikum Lüdenscheid, „Gewusst wie – und der Rücken bleibt gesund“ – Bewegungen von Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege, 2. Auflage September 2018
11. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen mit finanzieller Unterstützung der Unfallkasse Baden-Württemberg, DVD's „Neuheit für Pflege. Ausgleichs- und Achtsamkeitsübungen“, DVD 1: Ausgleichsübungen und DVD 2: Ausgleichs- und Achtsamkeitsübungen
12. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Alexandra Daldrup, Elfie Böttger-Bohlen, „Handlungshilfen zur häuslichen Pflege / Reflexionsfragen“, 3. Auflage Mai 2013
13. Monika Reichert in „Wohnen und Ambulantisierung in der Altenhilfe: Eine kritische Betrachtung im Spiegel des (bayerischen) Heimrechts“, 2016 von Matthias Keil, Verlag: Mabuse
14. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Alexandra Daldrup, Elfie Böttger-Bohlen, „Handlungshilfen für pflegende Angehörige – Strategien zur Organisation der häuslichen Pflege und der Selbstsorge“, 6. Auflage Februar 2020
15. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Alexandra Daldrup, „Ein Netzwerk zur Unterstützung für die Pflege und Betreuung zu Hause“, Juni 2020
16. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Alexandra Daldrup, Dr. Anja Greiwe, „BLICKWINKEL – Beruf und Pflege vereinbaren. Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) zur Gesunderhaltung von Beschäftigten, die Angehörige pflegen“, 1. Auflage Januar 2022
17. Initiative Gesundheit und Arbeit, Anne-Katrin Haubold, Heidi Clasen, Lisa Obst, iga.Wegweiser „Beruf und Pflegeverantwortung – Betriebliche Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige“, 1. Auflage März 2019
18. Unfallkasse Berlin, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Kommunale Unfallversicherung Bayern (Hrsg.) „Pflege daheim. Magazin für Pflegenden Angehörige“
19. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, „Checkliste „Häusliche Pflege“ für pflegende Angehörige“, 1. Auflage Oktober 2017
20. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, „Einen Krankenhausaufenthalt vor- und nachbereiten – Checkliste und Datenblätter für Patienten“, 1. Auflage September 2017
21. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, „Notfallcheckliste für pflegende Angehörige und Informationen für die Pflegedürftige oder den Pflegebedürftigen“



© Sauro Porta

### Sieglinde Ludwig

Sieglinde Ludwig (Dipl. oec. troph. und Technische Aufsichtsbeamtin) leitet seit Mitte 2016 die Abteilung Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV). 13 Jahre lang hat sie zuvor die Präventionsabteilung der Kommunalen Unfallversicherung Bayern/Bayerischen Landesunfallkasse geleitet und dabei die Präventionsmaßnahmen für Beschäftigte im öffentlichen Dienst, im Ehrenamt (z. B. Hilfeleistungsunternehmen) und in Bildungseinrichtungen gestaltet und ausgebaut.

Bei der DGUV steuert sie auch den Fachbereich „Gesundheit im Betrieb“. In den vier dazugehörenden Sachgebieten stehen u. a. die Themen Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, Betriebliches Management für Sicherheit und Gesundheit, Gestaltung arbeitsbedingter psychischer Belastung sowie Kultur der Prävention im Fokus.

Teil ihres Aufgabenportfolios ist die Förderung der gemeinsamen Aufgaben der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand auf dem Gebiet der gesundheitlichen Prävention. Als stellvertretendes Mitglied der Nationalen Präventionskonferenz ist sie zudem mit dem Schwerpunkt „Gesund in der Pflege“ vertraut, der auf gesamtgesellschaftlicher Ebene erreichen soll, dass Pflegenden in ihren Gesundheitsressourcen gestärkt, deren gesundheitliche Belastungen abgebaut und dadurch ihre Arbeitsfähigkeit bzw. ihr Gesundheitszustand erhalten werden soll.



### Alexandra Daldrup

Alexandra Daldrup hat nach der Ausbildung zur Altenpflegerin ca. 10 Jahre in der Pflege gearbeitet. In dieser Zeit war sie in der ambulanten und stationären Pflege tätig.

1992 besuchte sie das ÖTV Fortbildungsinstitut für Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen in Duisburg. Dort absolvierte sie über einen Zeitraum von 2 Jahren den Weiterbildungslehrgang „Leitung und Unterricht an Altenpflege-, Kinderkrankenpflege-, Krankenpflege- und Hebammenschulen“. Danach arbeitete Sie an dem Fachseminar für Altenpflege der Arbeiterwohlfahrt als Lehrerin für Pflegeberufe. 1995 wechselte Sie zum Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, der heutigen Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, und ist dort in der Funktion „Referentin für Pflegekräfte“ speziell für „Pflegende Angehörige“ eingestiegen. Seit nunmehr 27 Jahren richtet sie ihren Blickwinkel auf den Gesundheitsschutz der nicht erwerbsmäßig Pflegenden.

# Wandern zwischen zwei Welten: Zur Vereinbarkeit von Beruf und Angehörigenpflege

Sabine Bohnet-Joschko, Lisa Korte und Thea Kreyenschulte

## Die Situation Pflegenden Angehöriger

In Deutschland sind rund 4,9 Millionen Menschen pflegebedürftig und beziehen Leistungen aus der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung [1]. Der weitaus größte Teil der Pflegebedürftigen, rund 80%, wird im häuslichen Umfeld versorgt und von 4,8 Millionen Angehörigen unterstützt [2]. Obwohl nachgewiesen ist, dass die Pflege von Angehörigen mit subjektivem Sinnerleben einhergehen kann, treten durchaus auch physische und psychische Belastungen wie Rückenschmerzen und Einschränkungen in der Lebensqualität auf [3].

Durch die COVID-19-Pandemie erschwerten sich die Umstände der Angehörigenpflege: Der Ausfall bzw. die Reduktion von Pflegedienstleistungen wie auch von Sozialkontakten der Gepflegten verlangte den Angehörigen zeitweise viel ab. Die Beeinträchtigungen der eigenen Lebensqualität und der subjektiven Gesundheit der pflegenden Angehörigen nahmen dementsprechend zu [4].

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit einer wachsenden Anzahl Pflegebedürftiger sowie der Zunahme von pflegeintensiven Erkrankungen wie Demenz, sind und bleiben pflegende Angehörige eine wesentliche Säule der Versorgung im Pflegefall. Bei erhöhter Erwerbsquote und längerer Lebensarbeitszeit gewinnt vor allem die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege an Bedeutung [5]. Die pandemiebedingte vermehrte Homeoffice-Nutzung, aber auch berufliche Zukunftsängste, rücken das Thema der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit bei gleichzeitiger Angehörigenpflege weiter in den Fokus.

Die komplexe Doppelrolle aus Erwerbstätigkeit und Pflege ist zwar mit mentalen und körperlichen Anforderungen verbunden. Es sollte jedoch nicht übersehen werden, dass Erwerbstätigkeit auch eine wichtige Ressource darstellen kann: Sie ist sinn- und identitätsstiftend, bietet Abwech-

slung im Lebensalltag und stellt somit einen potenziellen Schutzfaktor im Kontext der Pflegesituation dar [6].

Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf im Gegensatz zu womöglich unerwünschten, aber wegen der Pflege als notwendig betrachteten, beruflichen Einschränkungen ist daher von besonderer Relevanz.

Im Kontext der Angehörigenpflege leisten Familienmitglieder, Nachbar:innen, Freund:innen oder Personen, die den Pflegebedürftigen anderweitig nahe stehen, Unterstützung im häuslichen Umfeld. Dies kann insbesondere Betreuung, Pflege, aber auch Botendienste oder andere Erledigungen bedeuten, die für Angehörige im eigenen Haushalt oder darüber hinaus getätigt werden [7]. Pflegenden Angehörigen entlasten das deutsche Pflegesystem und werden daher häufig als „Rückgrat des deutschen Pflegesystems“ [8] bezeichnet. Viele Pflegebedürftige wünschen sich eine Betreuung im eigenen Zuhause. Ihrem sozialen Umfeld kommt hier eine wesentliche Verantwortung zu, weshalb Angehörige in den meisten Fällen versuchen, den Wunsch des Gepflegten nach einem Verbleib im Zuhause zu erfüllen. Das Prinzip ambulant vor stationär wird damit unterstützt [6, 8].

Doch die Betreuung von Angehörigen wirkt sich maßgeblich auf den eigenen Alltag aus, insbesondere auf die Berufstätigkeit. Da diese ein Ausgleich und eine Ressource gegenüber einer belastenden oder zumindest herausfordernden Pflegesituation sein kann, bedarf es der besonderen Unterstützung von Erwerbstätigen, die zusätzlich Pflegeaufgaben übernehmen. Es ist demnach erstrebenswert, dass eine Anpassung der Pflege an eine Erwerbstätigkeit gelingt, wenn pflegende Angehörige dies selbst auch wünschen und nicht andersherum die Betreuungssituation die berufliche Situation bestimmt [9]. Denn nur so kann eine Pflege gelingen, die nicht mit zusätzlicher Belastung und der Einschränkung eigener Bedürfnisse einhergehen muss.

Die Pflege Angehöriger ist in der konkreten Ausgestaltung von vielen Faktoren abhängig. Wesent-

che Merkmale von Pflegesituationen sind der Pflegegrad des Pflegebedürftigen, die Dauer der Pflege insgesamt, die Tätigkeitsbereiche der Angehörigenpflege und der zeitliche Einsatz für Unterstützung.

Mit 2,5 Millionen Menschen steht mehr als die Hälfte der pflegenden Angehörigen vor den Herausforderungen der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. 70% der pflegenden Angehörigen sind weiblich, nicht selten werden auch noch weitere Familienaufgaben wie die Kindererziehung oder die Organisation des eigenen Haushaltes wahrgenommen.

Da Pflegesituationen sehr unterschiedlich sind, werden auch daraus entstehende Belastungen unterschiedlich empfunden.

### Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten

Grundsätzlich werden viele Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende erwerbstätige Angehörige angeboten, so etwa Beratungs- oder Schulungsangebote von Krankenkassen sowie Entlastung durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste. Dennoch sind Überschneidungen zwischen Pflichten aus der Erwerbstätigkeit und Anforderungen aus der Angehörigenpflege unvermeidbar. Erwerbstätige pflegende Angehörige können sich bei fehlenden oder unzureichenden Entlastungsangeboten gezwungen sehen, ihren Arbeitseinsatz zu reduzieren oder die Berufstätigkeit ganz aufzugeben, um die Pflege ihrer Angehörigen in der Häuslichkeit sicherstellen zu können. Damit werden Ressourcen zum Erhalt der eigenen Gesundheit, die durch Strukturen der Erwerbstätigkeit sowie Ziele und Aufgaben im Beruf gestärkt werden, aufgegeben.

Die Pflege Angehöriger ist mit vielfältigen Belastungen auf unterschiedlichen Ebenen verbunden. Im Vergleich zu Menschen, die keine Angehörigenpflege übernehmen, erfahren pflegende Angehörige mehr körperliche, psychische, emotionale, soziale sowie finanzielle Einschränkungen, die Stress auslösen und sich negativ auf ihren subjektiven und objektiven Gesundheitszustand auswirken können. Die physischen und psychischen Anstrengungen sind mehrfach durch Studien nachgewiesen und äußern sich beispielsweise konkret darin, dass pflegende Angehörige eine reduzierte allgemeine Zufriedenheit aufweisen, weniger Lebensqualität empfinden und sich in der Folge depressive Symptome ergeben [6].

Insbesondere die Vernachlässigung gesunder Verhaltensweisen und Einschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe werden als emotional und sozial belastend empfunden, derzeit verstärkt durch die COVID-19-Pandemie. Hinzu kommen finanzielle Sorgen, die von der Zielgruppe zwar nicht vorrangig geäußert werden, aber insbesondere im Kontext der Erwerbstätigkeit, beispielsweise aus einem Verdienstaustausch, resultieren.

Erwerbstätige pflegende Angehörige erleben durch die Pandemie signifikant häufiger verstärkte negative Gefühle als diejenigen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen. Diese können Gefühle der Hilflosigkeit und Verzweiflung, aber auch Wut und Ärger sein, die allesamt mit negativen Effekten auf die eigene Lebensqualität einhergehen können [10]. Daher ist es von hoher Relevanz, pflegende Angehörige so zu unterstützen, dass sich keine Einschränkungen im Berufsleben ergeben, sondern vielmehr das schützende Potenzial der Erwerbstätigkeit ausgeschöpft wird.

Diese Wirkung hängt maßgeblich von der Ausgestaltung von Pflege und Betreuung ab. Ein Aufwand von fünf bis 20 Stunden pro Woche zur Unterstützung von Pflegebedürftigen mit niedrigem Pflegegrad kann ggf. sogar mit einer Vollzeitbeschäftigung vereinbart werden [6]. Bei einer wöchentlichen Pflegezeit von mehr als 20 Stunden, aber auch bei Pflegegraden 4 oder 5 oder bei einer sehr lang andauernden Angehörigenpflegezeit, ist eine berufliche Tätigkeit kaum noch mit der Pflege vereinbar.

Die Frage, ob eine bestehende Erwerbstätigkeit entlastend wirken kann, hängt auch von weiteren Faktoren ab. Bei eigener hoher Resilienz und einem guten Coping kann es beispielsweise besser gelingen, Beruf und Pflege sowie eigene Zeiten nebeneinander und im Einklang miteinander zu gestalten.

#### Resilienz und Coping

Resilienz und Coping stellen Konzepte dar, die im Umgang mit Herausforderungen und Problemen oder im Stresserleben eine unterstützende Ressource sein können. Resilienz meint die Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen. In einer Pflegesituation ist dementsprechend gemeint, dass die pflegenden Angehörigen in der Lage sind, möglichen Problemen und Herausforderungen mit Struktur und Stabilität zu begegnen und diese zu lösen bzw. diesen zu begegnen. Unter Coping sind die zugehörigen Strategien der Bewältigung zu verstehen, beispielsweise die Reaktion auf Stressoren innerhalb der Pflegesituation. Zum Coping kann die

Einbindung des sozialen Umfelds gehören, aber auch ein Hobby wie Sport oder kleine Auszeiten können eine Coping-Strategie sein [11].

Wenn Berufstätige Aufgaben der Angehörigenpflege übernehmen, erfordert dies eine Neuorganisation des Alltags und kann zu Überforderung und Rollenkonflikten führen. Tatsächlich geht die Pflege von Angehörigen nicht selten mit Nachteilen in der Karriereentwicklung, Stundenreduktion oder verminderter Arbeitsleistung wie auch mit Einbußen bei der Altersvorsorge einher. Im Fall einer gelungenen Vereinbarkeit ist das „pflegefreie“ Arbeitsumfeld eine mögliche Ressource, die durch Ablenkung und soziale Interaktion insbesondere zum psychischen Wohlbefinden beiträgt. Es stellt umweltbedingte Ressourcen für die Bewältigung der Pflegesituation und Minderung potenzieller Belastungen dar, weil hier im besten Fall eigenen Zielen und Bedürfnissen nachgegangen werden kann und eine andere Art von Sinnstiftung erfolgt, als es in einer Pflegesituation der Fall ist. Die Tatsache, dass die Erwerbstätigkeit in der Regel schon vor Aufnahme einer Angehörigenpflege vorhanden und Teil des Alltags war, kann pflegenden Angehörigen zudem einen Rahmen geben, weil im beruflichen Kontext keine Neuorganisation vonnöten ist, sondern auf vertraute Strukturen zurückgegriffen werden kann.

Erwerbstätigkeit hat eine potenziell schützende Wirkung auf die Gesundheit pflegender Angehöriger, insbesondere, wenn beides zeitlich begrenzt ist und nicht zwei Vollzeitjobs aufeinandertreffen. Die Unterstützung von Vorgesetzten und Kolleg:innen ist offensichtlich wichtig, um Angehörigen die Organisation der Pflegesituation zu erleichtern [12]. So kann eine pflegesensible, unterstützende Unternehmenskultur pflegende Angehörige entlasten. Hier sind darüber hinaus gesetzliche Regelungen als Hilfe eingerichtet: Das Familienpflegezeitgesetz soll beispielsweise pflegenden Angehörigen individuelle Rahmenbedingungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf bereitstellen. Doch die hierdurch mögliche teilweise Freistellung von der Erwerbstätigkeit von bis zu 24 Monaten mag für viele keine langfristige Lösung sein, weil die Pflegebedürftigkeit nach den zwei Jahren im Regelfall nicht aufgehoben ist, sondern der Hilfebedarf potenziell eher noch steigt. Die Freistellung trägt weniger zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und zur potenziell schützenden Wirkung der Erwerbstätigkeit bei, sondern verschiebt den Fokus auf die Pflegesituation. Im Notfall sind die Regelungen daher nur eine

kurzfristige Unterstützung. Auf lange Sicht bedarf es jedoch umfassenderer Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten, damit Anpassungen der Pflegesituation an die Erwerbstätigkeit gelingen können.

Um individuelle Bedürfnisse nach Entlastung und Unterstützung zu adressieren, stehen Leistungen der Sozial- und Pflegeversicherungen zur Verfügung. Insbesondere werden Leistungen ambulanter Pflegedienste in Anspruch genommen. Darüber hinaus existieren kurzfristige Leistungen, die bei Überschneidungen der Pflegesituation mit beruflichen Pflichten greifen können. Diese umfassen beispielsweise Kurzzeit- und Verhinderungspflege [13]. Bei geringerem Pflegeumfang entlasten Tagespflege oder regionale Betreuungsangebote erwerbstätige Angehörige potenziell während ihrer Arbeitszeiten. Planungssicherheit und Flexibilität in der Gestaltung der Pflegesituation sind von hoher Relevanz für pflegende Angehörige, insbesondere bei Berufstätigkeit. Es bestehen vielfältige Unterstützungsangebote, die Beratung bieten und den Austausch fördern. Ihr Ziel ist es, die pflegebezogene Belastung zu mindern. Daher zählen auch Pflegestützpunkte, ambulant psychiatrische Dienste, Demenzservicezentren oder das vom Bundesfamilienministerium bereitgestellte Pflegetelefon zu geförderten Angeboten. All dies bietet regional sowie bundesweit Hilfe für Ratsuchende rund um das Thema Pflege.

Auch das Umfeld pflegender Angehöriger – und somit ein weiteres Unterstützungsnetz – kann fachliche Informationen zum Pflegekontext erhalten und weitergeben. Noch vor Freunden und Familie sind Arbeitgeber:innen für pflegende Angehörige in Erwerbstätigkeit von entscheidender Bedeutung. Flexible Strukturen am Arbeitsplatz könnten die Vereinbarkeit von Beruf und Pflegerolle unterstützen und bisherige Rahmenbedingungen der Erwerbstätigkeit erhalten, vor allem den Stundenumfang oder Verantwortungsbereiche. Neben spezifischen Beratungs- und Vermittlungsangeboten kann hier auch das Betriebliche Gesundheitsmanagement hilfreich sein; unter Umständen sind auch Lösungen des mobilen Arbeitens denkbar. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass der berufliche Kontext weiterhin der Ausgleich zur Pflegesituation und allen hiermit einhergehenden Aufgaben bleiben kann und nicht beides verschimmt, wenn beispielsweise im Homeoffice eine stetige Ablenkung aufgrund der Pflege oder durch eine pflegebedürftige Person erfolgt.

Zuletzt stellen insbesondere familiäre, nachbarschaftliche und lokale Gesundheitsversorgungs-

strukturen ein wichtiges Unterstützungsnetzwerk dar. Speziell Hausärzt:innen sind durch die meist langjährige Betreuung und Vernetzung unter Angehörigen in der Lage, bei Pflegebedürftigen und Einrichtungen der Altenpflege auf die spezifischen Versorgungssituationen einzugehen und pflegende Angehörige so zu unterstützen. Dabei ist nicht nur ihre fachliche, medizinische Kenntnis gefragt, sondern auch die empathische Unterstützung in der Beratung sowie Organisation und Ausgestaltung der Pflege- und Betreuungssituation. Haben Hausärzt:innen Kenntnis über Hilfs- und Beratungsangebote, auf die sie verweisen können, können sie einen erheblichen Beitrag zur längerfristig gelingenden Pflege sowie zu Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige leisten [14].

### Spezifische Unterstützung für erwerbstätige pflegende Angehörige – einige Beispiele

- Telefon- oder Video-Beratung auch außerhalb von Servicezeiten, z. B. abends und am Wochenende
- Online-Information zu örtlichen Leistungsanbietern für Menschen mit Hilfebedarf
- Kommunale Notrufzentralen und Not-Kurzzeitpflege für mehr Sicherheit bei ungeplanten Entwicklungen
- Online-Angebote zur Stressbewältigung

### Fazit

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Unterstützung pflegender Angehöriger in Erwerbsarbeit besondere Aufmerksamkeit verdient. Unterstützungsangebote sollten so ausgeweitet werden, dass pflegende Angehörige ihre berufliche Tätigkeit nach ihren Wünschen ausüben können, ohne sie einschränken oder sogar auf sie verzichten zu müssen. Angesichts der fragmentierten Unterstützungsanbieter und -angebote ist hier vor allem Hilfe bei der Organisation eines geeigneten Pflegearrangements von Bedeutung. Pflegende Angehörige sind und bleiben eine wesentliche Säule des deutschen Pflegesystems. Es ist sinnvoll und richtig, sie nicht nur in der Rolle als Pflegepersonen zu unterstützen, sondern ihre eigenen Bedürfnisse etwa nach identitätsstiftender Erwerbstätigkeit ebenso zu berücksichtigen. So kann gesunde Pflege von Angehörigen gelingen.

### Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. 2022. URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten\\_Stand\\_April\\_2022\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_Stand_April_2022_bf.pdf) [abgerufen am 08. Juni 2022]
2. Bundesfamilienministerium (BMFSFJ). Corona-Pandemie. Informationen für pflegende Angehörige 2022. URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/corona-pandemie/informationen-fuer-pflegende-angehoerige/informationen-fuer-pflegende-angehoerige-154794> [abgerufen am 08. Juni 2022].
3. Eggert S, Teubner C, Budnick A, Gellert P. Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.). Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer 2021. p. 59–69. DOI: 10.1007/978-3-662-63107-2\_4
4. Rothgang H, Wolf-Ostermann K. Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung von informellen Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter. Schnellbericht.: Universität Bremen; 2020. URL: [https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/Schnellbericht\\_Befragung\\_pflegender\\_Angeworfener\\_-\\_print.pdf](https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/Schnellbericht_Befragung_pflegender_Angeworfener_-_print.pdf) [abgerufen am 08. Juni 2022]
5. Neubert L, Gottschalk S, König H-H, Brettschneider C. Vereinbarkeit von Pflege bei Demenz, Familie und Beruf. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2021;54(7):643–50. DOI: 10.1007/s00391-020-01764-9
6. Bohnet-Joschko S, Bidenko K. Hochbelastete Gruppen pflegender Angehöriger – Ergebnisse einer Clusteranalyse. Das Gesundheitswesen. 2021;84(06):510–516. DOI: 10.1055/a-1378-8897
7. Rothgang H, Müller R. Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Berlin: Barmer; 2018.
8. Ehrlich U, Kelle N. Pflegende Angehörige in Deutschland: Wer pflegt, wo, für wen und wie? Zeitschrift für Sozialreform. 2019;65(2):175–203. DOI: 10.1515/zsr-2019-0007
9. Bidenko K, Bohnet-Joschko S. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege: Wie wirkt sich Erwerbstätigkeit auf die Gesundheit pflegender Angehöriger aus? Gesundheitswesen. 2021;83:122–7. DOI: 10.1055/a-1173-8918
10. Theurer C, Rother D, Pfeiffer K, Wilz G. Belastungserleben pflegender Angehöriger während der Coronapandemie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2022;55(2):136–42. DOI: 10.1007/s00391-022-02026-6
11. Klingenberg I, Süß S. Coping und Resilienz. Wirtschaftswissenschaftliches Studium. 2020;49(4):2020.
12. Boumans MPG, Dorant E. The relationships of job and family demands and job and family resources with family caregivers' strain. Scand J Caring Sci. 2021;35(2):567–76. DOI: 10.1111/scs.12873
13. Hielscher V, Kirchen-Peters S, Nock L. Pflege in den eigenen vier Wänden. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung; 2017. URL: <https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?produkt=HBS-006597> [abgerufen am 08. Juni 2022]
14. Wangler J, Jansky M. Welches Präventionspotential bietet die hausärztliche Praxis aus Sicht pflegender Angehöriger? – Befunde einer qualitativen Interviewstudie. Wiener Medizinische Wochenschrift. 2021. DOI: 10.1007/s10354-021-00880-4





**Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko**

Inhaberin des Lehrstuhls für Management und Innovation im Gesundheitswesen der Fakultät für Wirtschaft und Gesellschaft und kooptiertes Mitglied der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke. Leiterin des ATLAS-Projekts „Innovation und digitale Transformation im Gesundheitswesen“. Forscht zu ökonomischen Fragestellungen in und zwischen Organisationen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft und fokussiert dabei Innovation auf Produkt-, Prozess- und Systemebene.



**Lisa Korte**

Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, 2017 B. Sc. Health Communication, 2019 M. Sc. Public Health. Seit 2019 wissenschaftliche Mitarbeiterin im ATLAS-Projekt „Innovation und digitale Transformation im Gesundheitswesen“ am Lehrstuhl für Management und Innovation im Gesundheitswesen der Universität Witten/Herdecke. Forschungsschwerpunkte: Digitalisierung in der Krankenhauspflege, Führung und Motivation.



**Thea Kreyenschulte**

Studium der Gerontologie (B. A.), sowie Studium der Sozialwissenschaften (M. A.). Tätigkeiten in Gesundheits- und Berufspolitik in Krankenversicherung und Ärzteschaft. Seit 2019 wissenschaftliche Mitarbeiterin im ATLAS-Projekt „Innovation und digitale Transformation im Gesundheitswesen“ am Lehrstuhl für Management und Innovation im Gesundheitswesen der Universität Witten/Herdecke. Forschungsschwerpunkte: Digitale Gesundheitsangebote, Digitalisierung in der Krankenversicherung.

# Gesundheitskompetenz und Pflege

Doris Schaeffer und Lennert Griese

In der zunehmend unübersichtlichen und komplexer werdenden Informations- und Wissensgesellschaft wird es immer schwieriger, in der Fülle vorhandener Information mit ihrer Mixtur an seriösen, fragwürdigen und falschen Informationen geeignete Gesundheitsinformationen zu finden, ihre Qualität zu beurteilen und sie für die eigene Gesundheit zu nutzen. Daher stellt die Förderung der Gesundheitskompetenz, verstanden als Fähigkeit zum souveränen Umgang mit Gesundheitsinformationen, eine immer wichtiger werdende gesellschaftliche Aufgabe dar. Dies belegen inzwischen zahlreiche Dokumente der WHO [ex. 1–3] und Studien zum Thema – zuletzt der Europäische Health Literacy Survey 2019–2021 [4]. Den Gesundheitsprofessionen kommt dabei eine bedeutsame Rolle zu. Das gilt auch für die Pflege. Darauf wird auch hierzulande immer wieder hingewiesen [5–7], hat aber bislang kaum wirksamen Niederschlag in der Praxis gefunden.

Ziel des Beitrags ist es, einige der Erkenntnisse zur Gesundheitskompetenz in Deutschland darzustellen und zu erörtern, was geschehen muss, damit Gesundheitskompetenz und ein professioneller Umgang mit dem Thema in der Pflege zur Selbstverständlichkeit werden.

## Gesundheitskompetenz – Voraussetzung für die Gesunderhaltung der Bevölkerung, aber in Deutschland schwach ausgeprägt

Nach der in Europa gängigen Definition basiert Gesundheitskompetenz – international als Health Literacy bezeichnet – auf Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformation finden, verstehen, einschätzen und anwenden zu können, um im Alltag zu tragfähigen Urteilen und Entscheidungen zu gelangen, von denen die eigene Gesundheit profitiert [nach 8]. Gesundheitskompetenz stellt somit eine wichtige Grundlage für die Sicher-

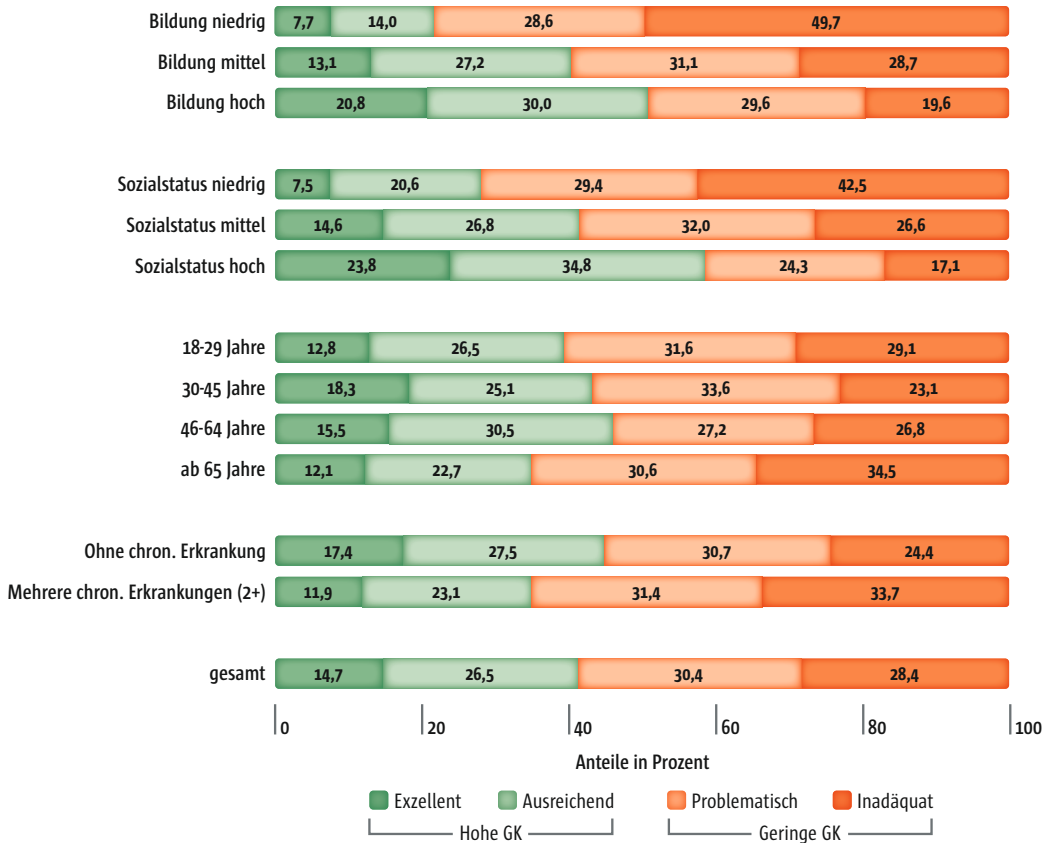
ung der eigenen Gesundheit dar, sei es im Bereich der Krankheitsbewältigung und Versorgung oder der Prävention und Gesundheitsförderung. Sie wird sowohl durch die persönlichen Fähigkeiten eines Individuums geprägt wie auch durch die gesellschaftlichen, lebensweltlichen und systemischen Bedingungen, unter denen ein Mensch lebt, ebenso durch die situativen Anforderungen, die seine Lebenssituation und sein Lebensumfeld an ihn stellen [9, 10].

International existiert eine umfangreiche Forschung zur Gesundheitskompetenz. Auch in Deutschland sind in den letzten fünf bis zehn Jahren vermehrt entsprechende Studien entstanden [ex. 11–13]. Durchgängig zeigen sie, dass weite Teile der Bevölkerung in Deutschland sich vor erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen gestellt sehen und über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen. Die jüngste Studie, der Health Literacy Survey Germany 2 (HLS GER 2), bestätigt dies und zeigt, dass sich die Gesundheitskompetenz in Deutschland zwischen den Jahren 2014 und 2020 sogar tendenziell verschlechtert hat: Inzwischen weisen nahezu 60% der Bevölkerung eine geringe Gesundheitskompetenz auf, ca. 4,5 Prozentpunkte mehr als zuvor [14, 15] (» Abb. 1)<sup>1</sup>. Geringe Gesundheitskompetenz stellt somit in Deutschland ein ernst zu nehmendes gesundheitspolitisches Problem dar.

Das verdeutlicht auch ein Blick auf die Verteilung von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Nach dem HLS-GER 2 weisen Menschen aus den unteren Bildungs- und Sozialschichten, ältere Menschen

1 Die Studie HLS-GER 2 ist Teil der neuen internationalen Gesundheitskompetenzstudie HLS<sub>19</sub>, in der eine Weiterentwicklung des methodischen Vorgehens bei der Erfassung und Auswertung der GK erfolgte und daher einen Direktvergleich nicht sinnvoll erscheinen lässt [dazu 4]. Eine Zusatzerhebung aus dem Jahr 2020 mit dem gleichen methodischen Vorgehen wie im HLS-GER 1 bestätigt aber den Befund des HLS-GER 2 und weist auf eine Verschlechterung der GK: um sogar rund 9,9 Prozentpunkte [14].

Abbildung 1 Gesundheitskompetenz nach Bevölkerungsgruppen und gesamt (Stichprobe des HLS-GER 2: n = 2.151)



siehe auch [15]

und Menschen mit *mehreren* chronischen Erkrankungen eine besonders geringe Gesundheitskompetenz auf [15]. Für die Pflege besonders relevant ist die hohe Zahl an Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz, die sich im höheren Alter befinden und/oder unter chronischen Mehrfacherkrankungen leiden. Sie liegt bei ihnen jeweils bei rund 65%. Dies deutet an, dass ein erheblicher Teil der Klientel der Pflege über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen dürfte. Genauere Aussagen lassen sich nicht treffen, denn pflegebezogene Befunde liegen bislang nicht vor, dürften diese Vermutung aber bestätigen.

Das Gesundheitskompetenz-Konzept schließt bewusst unterschiedliche Formen von Information ein [16], umfasst also mündliche wie schriftliche, sprachliche wie bildliche und auch digitale Informationen. Letztere haben durch die voranschreitende digitale Transformation an Bedeutung gewonnen.

Dies gilt auch für die digitale Gesundheitskompetenz, die vermehrt Aufmerksamkeit in Studien findet. Sie unterstreichen, dass nicht nur bei der digitalen Transformation in Deutschland erheblicher Aufholbedarf besteht [17, 18], sondern auch bei der digitalen Gesundheitskompetenz: Nach dem HLS GER 2 weisen 78% der Bevölkerung in Deutschland eine geringe digitale Gesundheitskompetenz auf, bei den ab 65-Jährigen sogar 86% [19]. Deutschland belegt damit im Ranking der 17 am Europäischen Health Literacy Survey beteiligten Länder gemeinsam mit Frankreich und Belgien die letzten Plätze [4].

Außer das Finden geeigneter digitaler Informationen fällt 59% der Bevölkerung schwer, älteren Menschen sogar zu über 70%. Noch herausfordernder wird die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit und Neutralität digitaler Gesundheitsinformationen eingeschätzt: Über 82% der Bevölkerung und rund 90%

der Menschen ab 65 Jahren sehen sich hier vor erhebliche Schwierigkeiten gestellt [15, auch 20]. Dies deutet darauf, wie groß – speziell mit zunehmendem Alter – das Risiko ist, falschen oder gar gefährlichen digitalen Informationen aufzusitzen. Dass sie zu Verunsicherungen führen und das Potenzial haben, weitreichenden Schaden zu verursachen, hat die Corona-Pandemie deutlich vor Augen geführt. Sie hat auch gezeigt, dass solche Informationen und auch geringe Gesundheitskompetenz die Entwicklung eines adäquaten Gesundheitsverhaltens unterminieren, denn die Fähigkeit zum sachgerechten Umgang mit Information stellt dazu eine wichtige Voraussetzung dar.

Eine neue BKK-Studie zeichnet ein ähnliches Bild [21]. Sie verdeutlicht anschaulich, wie herausfordernd und irritierend die Informationsfülle empfunden wird. Empfohlen wird daher, künftig Lotsen für die Navigation durch die digitale Informationsflut einzusetzen und sich für die Sicherung qualitätsgesicherter Information zu engagieren, u. a. durch Voranbringen gesundheitskompetenter Organisationen – ein Konzept, das auch für die Pflege vielversprechend ist [ex. 22].

### BKK Studie zur digitaler Gesundheitskompetenz

Um passgenaue Angebote für die Förderung digitaler Gesundheitskompetenz entwickeln zu können, hat der BKK Dachverband in einer repräsentativen Umfrage mehr als 3.000 Versicherte zu ihrem Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen befragt [21]. Erkenntnisse:

- Es sollte vermieden werden, immer neue Angebote in die bereits überfüllte Landschaft digitaler Gesundheitsangebote zu setzen.
- Stattdessen sind Investitionen in die Verbesserung der Qualität und Zuverlässigkeit von digitalen Informationen erforderlich. Außerdem müssen digitale Informationsstrukturen so verändert werden, dass die an die Versicherten gestellten Anforderungen im Umgang mit digitalen Informationen reduziert werden.
- Ein Potenzial dazu liegt in der Realisierung digital-gesundheitskompetenter Organisationen, auch Betriebe, in denen die Förderung von digitaler Gesundheitskompetenz strukturell verankert ist.

Mehr unter: Wie finden sich Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem zurecht? (bkk-dachverband.de)

Denn geringe Gesundheitskompetenz ist in vielfacher Hinsicht folgenreich. Sie dürfte zur Entstehung und Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit beitragen und geht fast immer mit einem ungesünderen Verhalten, großen Schwierigkeiten bei der Be-

wältigung von Krankheits- und Pflegeproblemen, ebenso mit einer selteneren Inanspruchnahme von Präventionsangeboten, aber intensiverer Nutzung des Gesundheitssystems einher [4, 15, 23, 24].

### Förderung der Gesundheitskompetenz – Aufgaben und Herausforderungen in der Pflege

Die vorliegenden Befunde unterstreichen, dass die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und die dazu notwendigen Fähigkeiten eine bedeutsame Zukunftsaufgabe darstellen. Die Verringerung bestehender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten und die Verbesserung der Teilhabechancen speziell von vulnerablen Gruppen, zu denen auch Pflegebedürftige gehören, sollte dabei besondere Beachtung erfahren. Dazu ist notwendig, zielgruppenspezifische, lebensweltorientierte Konzepte und Strategien zu entwickeln, die auch die Stärkung kritischer Gesundheitskompetenz bzw. eines reflektierenden Umgangs mit Informationen im Blick haben.

Die Verbesserung von Gesundheitskompetenz sollte – wie eingangs angedeutet wurde – allerdings nicht auf die Förderung persönlicher Fähigkeiten begrenzt sein, sondern zugleich darauf zielen, die Anforderungen im Lebensumfeld, den Systemen und Organisationen, in denen sich Menschen aufhalten und Entscheidungen treffen, zu verringern. Je leichter es ihnen dort gemacht wird, mit Gesundheitsinformationen umzugehen, d. h. also einfachen Zugang zu verständlichen, verlässlichen und beurteilbaren Informationen zu erhalten, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und sie – ggf. mit Unterstützung – zu verarbeiten, desto leichter ist es für sie, diese anzuwenden und in gesundheitskompetentes Handeln zu übertragen. Deshalb ist es wichtig, auch das Gesundheitssystem und seine Organisationen<sup>2</sup> in die Förderung von Gesundheitskompetenz einzubeziehen und darauf hinzuwirken, sie auf allen Ebenen gesundheitskompetenter und nutzerfreundlicher zu gestalten. Dazu, wie dies erfolgen sollte, wurden im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz und seinen Strategiepapieren konkrete Empfehlungen und Strategien ausgesprochen [25, 26].

2 Gesundheitskompetente Organisationen erleichtern ihren Nutzer:innen auf allen Ebenen den Zugang zu und den Umgang mit Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen [22, 31, 32] und gelten als wichtiger Schritt auf dem Weg zu einem nutzerfreundlichen und gesundheitskompetenten Gesundheitssystem.

Den Gesundheitsprofessionen kommt ein besonders hoher Stellenwert bei der Förderung von Gesundheitskompetenz zu, denn sie sind nach wie vor die wichtigste Informationsquelle bei der Suche nach Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeinformationen, obschon das Internet seit längerem auf dem Vormarsch ist [27, 28].

Auch Pflegende haben hier eine wichtige Bedeutung. Denn Pflegende sind in allen Bereichen der Versorgung tätig (in der ambulanten Versorgung, dem Krankenhaussektor, der Rehabilitation, der stationären Langzeit- und auch der Palliativversorgung). Vor allem bei chronischen Erkrankungen, langandauernden Gesundheits- und Funktionseinschränkungen und bei Pflegebedürftigkeit sind sie eine wichtige Ansprech- und Begleitinstanz für Patient:innen und deren Angehörige. Nicht selten sind sie sogar direkt in deren Lebensalltag tätig oder wirken an Stellen im Versorgungssystem mit, in denen sie unmittelbar Einblick in sich dort stellende Herausforderungen haben – und damit auch in den Bedarf an Information. Dies sind wichtige Voraussetzungen für eine wirksame Stärkung der Gesundheitskompetenz und auch für die Unterstützung bei Schwierigkeiten im Umgang mit Informationen. International wird Pflegenden deshalb seit längerem eine wichtige Rolle bei der Förderung von Gesundheitskompetenz zugeschrieben [29, 30].

Damit sie diese Aufgabe adäquat wahrnehmen können, bedarf es allerdings geeigneter Voraussetzungen. Dazu gehört allem anderen voran eine angemessene *Qualifizierung* für die Stärkung von Gesundheitskompetenz, ebenso von Kompetenzen zur professionellen Kommunikation und Information(-svermittlung) wie auch zur Unterstützung bei der Informationsverarbeitung von Patient:innen bzw. Pflegebedürftigen. Darin eingeschlossen ist auch Unterstützung bei dem Umgang mit *digitalen* Informationen, denn auch bei den mit ihnen bestehenden Schwierigkeiten sind die Gesundheitsberufe eine wichtige Anlaufstelle.<sup>3</sup>

In der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege in Deutschland besteht hier noch Nachholbedarf. Fortschritte sind beim Thema Kommunikation zu verzeichnen. Die Förderung von Gesundheitskompetenz ist bislang jedoch noch nicht in den Curricula

der Aus- und Weiterbildung in der Pflege verankert [33]. Wie wichtig es ist, dies zu verändern, deuten die HLS-GER 2 Daten an. Zwar verfügen Angehörige eines Gesundheitsberufs über eine bessere Gesundheitskompetenz als die Allgemeinbevölkerung: Lediglich rund 34% von ihnen weisen eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Inwieweit sie aber kompetent genug sind, die Gesundheitskompetenz ihrer Klientel wirksam zu stärken, dazu fehlt es an empirischen Erkenntnissen zur *professionellen* Gesundheitskompetenz. In absehbarer Zeit sind hier detailliertere Daten zu erwarten, die auch Auskunft über den bestehenden Qualifikationsbedarf geben [34].

Darüber hinaus ist basale *Aufklärungsarbeit* erforderlich. Qualitative Studien deuten an, dass das Gesundheitskompetenz-Konzept in weiten Teilen der Pflege noch nicht bekannt ist [35]. Ähnliches gilt auch für vorliegende Strategien und Instrumente, sowie vorhandene Material- und Methodensammlungen zur Gesundheitskompetenz, die an die Gesundheitsberufe bzw. direkt an die Pflege gerichtet sind [ex. 36, 37]. Um nicht erst in ferner Zukunft auf ausreichende professionelle Kompetenz und positive Resonanz bei dem Thema Gesundheitskompetenz in der Pflege zu treffen und auch, um die Handlungs- und Veränderungsbereitschaft zu stimulieren, ist Aufklärungsarbeit unverzichtbar.

Zu den Herausforderungen gehört auch, die *strukturellen Rahmenbedingungen* zu verändern und ausreichende Ressourcen für die Förderung von Gesundheitskompetenz zur Verfügung zu stellen. Vor allem der sich immer weiter aufschichtende *Personalmangel*, der sich durch die Corona-Pandemie zugespitzt hat, stellt eine große Herausforderung in der Pflege dar, denn er erlaubt aus Sicht der Pflegenden keinen Spielraum für neue, zusätzliche Aufgaben. Eher gegenteilig: Er hat zu einem erheblichen Aufgabenzuwachs geführt, in deren Folge sich die Pflege an der Belastungsgrenze sieht [35].

Damit einhergehend hat sich eine Verschärfung der *zeitlichen und moralischen Belastung* in der Pflege vollzogen, weil ständig abgewogen werden muss, wie angesichts der gegebenen Bedingungen noch professionelle pflegerische Wertvorstellungen realisierbar sind. Oft müssen, um in Übereinstimmung mit eigenen professionellen Wertvorstellungen zu handeln, Belastungsgrenzen überschritten werden – eine Strategie, die über kurz oder lang Überforderungen und Burn-out-Symptome nach sich zieht und eine der Ursachen von Abwanderungstendenzen sein dürfte. Dilemmata wie diese weisen darauf, wie wichtig strukturelle Veränderungen sind und zeigen überdies, dass bei der Förderung der Gesundheits-

3 Zu beachten ist außerdem, dass die Realisierung dieser Aufgabe auf professioneller Ebene ausreichende Fähigkeiten zum kontinuierlichen professionellen Wissens- und Informationserwerb bzw. zum lebenslangen professionellen Lernen bedingt und ausreichende Strukturen des Wissensmanagements sowie ausreichende Möglichkeiten des Zugriffs auf Informationen (in der Einrichtung) verlangt.

kompetenz auch die Situation der Pflegenden Beachtung erhalten muss.

Sie bedarf zudem *finanzieller Investitionen*, denn Kommunikation und Information haben aktuell allein deshalb geringen Stellenwert im Versorgungsalltag, weil sie nicht ausreichend refinanzierbar sind und damit für die Organisationen – vor allem verstehen sie sich als Wirtschaftsunternehmen – zum Kostenfaktor werden. Eine ausreichende und bessere Vergütung von Kommunikations- und Informationsaufgaben ist daher wichtig, um überhaupt Handlungsbereitschaft zu initiieren.

Konzeptionell ist beachtenswert, dass, wann immer möglich und gewünscht, die *Angehörigen in die Förderung von Gesundheitskompetenz einbezogen* werden sollten. Sie sind die Vertrauten der Patient:innen bzw. Pflegebedürftigen und haben meist nicht nur eine wichtige Funktion als „care giver“, sondern auch als Unterstützende bei der Informationssuche und -verarbeitung [6]. Oft obliegt ihnen sogar das gesamte Informations- und Versorgungsmanagement. Nicht selten benötigen sie dabei ihrerseits der Kompetenzförderung und Unterstützung – eine Aufgabe, die im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz bislang nicht genügend Beachtung erfährt.

Schließlich ist zu betonen, dass die Förderung der Gesundheitskompetenz unbedingt die *digitale Gesundheitskompetenz einschließen* sollte. Denn auch Pflegebedürftige, insbesondere aber ihre Angehörigen, recherchieren längst digital nach Informationen, stoßen dabei oft auf verwirrende Informationen und tragen daraus erwachsene Fragen und Unsicherheiten auch an Pflegenden heran, die darauf nicht abweisend oder hilflos, sondern konstruktiv und unterstützend reagieren können sollten. Dies verlangt allerdings ausreichende *professionelle* digitale Gesundheitskompetenz, die ebenfalls weiterer Förderung bedarf.

### Fazit

Gesundheitskompetenz ist in den vergangenen Jahren zu einem bedeutsamen Thema geworden, dass durch die voranschreitende digitale Transformation noch größeren Stellenwert erlangt, denn mit ihr nimmt die Zahl und Vielfalt an gesundheitsrelevanten Informationen exponentiell zu – auch an fragwürdigen Informationen –, und zugleich steigen die Anforderungen an den Umgang mit Informationen und damit an die Gesundheitskompetenz. Umso wichtiger ist es, der Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Deutschland einen stabilen und nachhaltigen Platz auf der politischen Agenda zu verlei-

hen, ebenso sie fest im Aufgabenspektrum der Gesundheits- und Pflegeberufe zu verankern und eine klare, verständliche, niedrighschwellige Informationsvermittlung zu ermöglichen. Die Pflege hat großes Potenzial für die Förderung der Gesundheitskompetenz. Umso wichtiger ist es, dafür Sorge zu tragen, dass dieses Potenzial ausgeschöpft werden kann.

### Literatur

1. World Health Organization (WHO). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development: 9th Global Conference on Health Promotion. Shanghai, 2016
2. World Health Organization (WHO). Declaration of Astana. Astana, 2018
3. World Health Organization (WHO). Draft WHO European roadmap for implementation of health literacy initiatives through the life course. Copenhagen: WHO, 2019
4. The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS<sub>19</sub>) of M-POHL. Vienna: Austrian National Public Health Institute, 2021
5. Ewers M, Schaeffer D, Meleis A. „Teach more, do less“ – Förderung von Health Literacy als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg.) Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe, 2017: 237–259
6. Kolpatzik K, Schaeffer D, Vogt D. Förderung der Gesundheitskompetenz. In: Szepan N-M, Wagner F (Hrsg.) Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs. Berlin: KomPart Verlag, 2018: 73–89
7. Thilo F, Sommerhalder K, Hahn S. Gesundheitskompetenz – ein Konzept für die professionelle Pflege? Pflege 2012; 25: 427–438
8. Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan JM, Slonska Z, Brand H, HLS-EU Consortium. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12: 80
9. Parker R, Ratzan SC. Health literacy: A second decade of distinction for Americans. J Health Commun 2010; 15 Suppl 2: 20–33; DOI: 10.1080/10810730.2010.501094
10. Pelikan JM, Ganahl K. Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg.) Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe, 2017: 93–125
11. Jordan S, Hoebel J. Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsbl 2015; 58: 942–950.
12. Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M, Hurrelmann, K. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften 2016; DOI: 10.2390/0070-PUB-29081112
13. Zok K. Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten repräsentativ- Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WldO-monitor 2014; 11 (2): 1–12.
14. Hurrelmann K, Klinger J, Schaeffer D. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland im Zeitvergleich der Jahre 2014 und 2020. Gesundheitswesen 2022; DOI: 10.1055/a-1709-1011

15. Schaeffer D, Berens E-M, Gille S, Griese L, Klinger J, Sombre S de, Vogt D, Hurrelmann K. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, 2021
16. Bitzer, EM, Sørensen, K. Gesundheitskompetenz-Health Literacy. Gesundheitswesen 2018; 80: 754–766
17. Schmidt-Kaehler S, Dadaczynski K, Gille S et al. Gesundheitskompetenz: Deutschland in der digitalen Aufholjagd Einführung technologischer Innovationen greift zu kurz. Gesundheitswesen 2021; 83: 327–332; DOI: 10.1055/a-1451-7587
18. Thiel R, Deimel L, Schmidtmann D, Piesche K, Hüsing T, Rennoch J, Stroetmann V, Stroetmann K. #SmartHealthSystems. Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2018
19. Schaeffer D, Gille S, Berens E-M, Griese L, Klinger J, Dominique V, Hurrelmann K. Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland Ergebnisse des HLS-GER 2. Gesundheitswesen 2021; DOI: 10.1055/a-1670-7636
20. Bertelsmann Stiftung. Gefährliche Gesundheitsinfos. Wie sie erkannt und eingedämmt werden können. Spotlight Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 3, Bertelsmann Stiftung, 2019. URL: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV\\_SG\\_Gefahrliche\\_Gesundheitsinfos\\_final.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SG_Gefahrliche_Gesundheitsinfos_final.pdf) [abgerufen am 24. Mai 2022]
21. BKK Dachverband. Förderung digitaler Gesundheitskompetenz: Lotsen in der Informationsflut: Die Potenziale der Krankenkassen, 2022. URL: [https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user\\_upload/BKK\\_Booklet\\_Foerderung\\_digitaler\\_Gesundheitskompetenz\\_WEB.pdf](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/BKK_Booklet_Foerderung_digitaler_Gesundheitskompetenz_WEB.pdf) [abgerufen am 24. Mai 2022]
22. Pelikan JM. Health-literate healthcare organizations. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K (Hrsg.) International handbook of health literacy. Research, practice and policy across the life-span. Bristol: The Policy Press, 2019: 539–554
23. Baccolini V, Isonne C, Salerno C et al. The association between adherence to cancer screening programs and health literacy: A systematic review and meta-analysis. Prev Med 2022; 155: 106927; DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106927
24. Geboers B, Winter AF de, Spoorenberg SLW et al. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. Qual Life Res 2016; 25: 2869–2877; DOI: 10.1007/s11136-016-1298-2
25. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart, 2018
26. Schmidt-Kaehler S, Schaeffer D, Hurrelmann K, Pelikan J. Strategiepapier #4 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, 2019
27. Baumann E, Czerwinski F, Rosset M, Seelig M, Suhr R. Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2020; 63: 1151–1160; DOI: 10.1007/s00103-020-03192-x
28. Hurrelmann K, Klinger J, Schaeffer D. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenz-forschung (IZGK), Universität Bielefeld, 2020
29. Cornett S. Assessing and Addressing Health Literacy. The Online Journal of Issues in Nursing 2009; 14; DOI: 10.3912/OJIN.Vol-14No03Man02
30. Speros CI. Promoting health literacy: a nursing imperative. The Nursing clinics of North America 2011; 46: 321–333, vi–vii; DOI: 10.1016/j.cnur.2011.05.007
31. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, Schyve P, Lemerise AJ, Schillinger D. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations: National Academy of Sciences, 2012
32. Dietscher C, Lorenz J, Pelikan JM. Pilottestung zum „Selbstbewertungs- Instrument für die organisationale Gesundheitskompetenz von Krankenhäusern“ gemäß dem Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen: LBHPR Forschungsbericht, 2015
33. Schaeffer D, Gille S. Gesundheitskompetenz im Zeitalter der Digitalisierung. Präventiv Gesundheitsf. 2022; 17: 147–155
34. Schaeffer D, Professionelle Gesundheitskompetenz: eine Pilotstudie (Arbeitstitel), in Erscheinung
35. Schaeffer D, Vogt D. Gesundheitskompetente Organisationen Umsetzungsbedingungen in der ambulanten Medizin und der ambulanten Pflege. Ergebnisbericht 2. Universität Bielefeld, in Erscheinung
36. Schaeffer D, Ewers M, Horn A, Büker C, Gille S, Wagner F, Weskamm A. Kurzinformation für Pflegefachpersonen: Herausgegeben von Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP): Berlin: DBfK/NAP, 2020. URL: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Gesundheitskompetenz-Broschuere.pdf> [abgerufen am 24. Mai 2022]
37. Schmidt-Kaehler S, Vogt D, Berens E-M, Horn A, Schaeffer D. Gesundheitskompetenz – verständlich informieren und beraten: Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, 2017

Die Studie HLS-GER 2 wurde an der Universität Bielefeld unter der Leitung von Prof. Dr. Doris Schaeffer, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann und Dr. Eva Maria Berens durchgeführt und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Förderkennzeichen Kapitel 1504 Titel 54401, ZMV I 1-2518 004, gefördert.



### Prof. Dr. Doris Schaeffer

(Sen.) Professorin für Gesundheitskompetenzforschung. Ko-Leiterin des Zentrums für Interdisziplinäre Gesundheitskompetenzforschung (IZGK) und Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Gesundheitskompetenz/Health Literacy, Bewältigung und Versorgung chronischer Krankheit, nutzerorientierte Versorgungsmodelle, neue Versorgungsmodelle/Versorgungsforschung in der Pflege.

© Steffen Roth



### Lennert Griese, M.Sc.

Lennert Griese ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften und der Hertie School Berlin und forscht u. a. zur Gesundheitskompetenz/Health Literacy in der Bevölkerung mit dem Schwerpunkt chronische Erkrankungen.



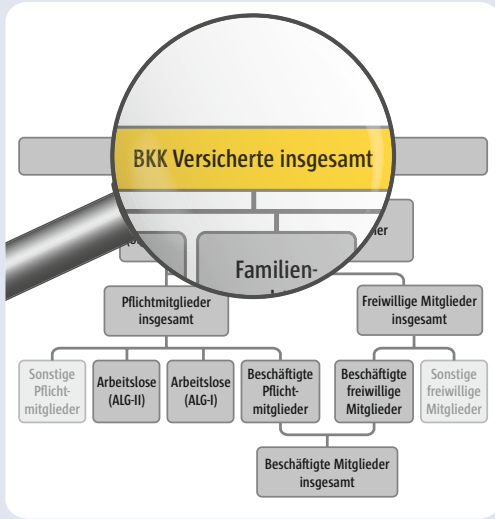


# 3

## Stationäre Versorgung

Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert





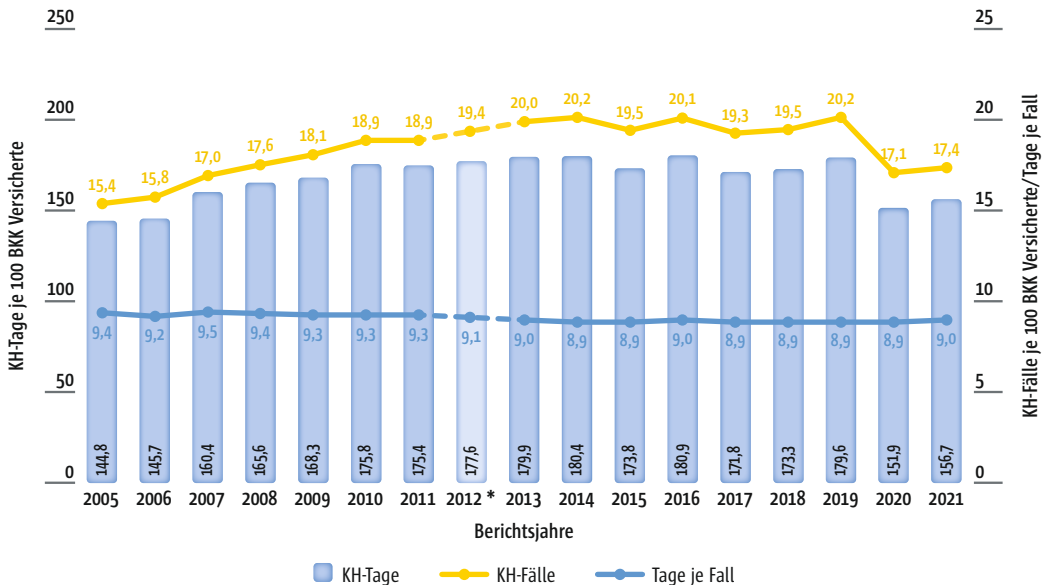
Äquivalent zu den Analysen für die ambulante Versorgung werden auch bei der Betrachtung des stationären Sektors hauptsächlich die Daten aller BKK Versicherten zugrunde gelegt. Für das Berichtsjahr 2021 sind dabei knapp über 9 Mio. BKK Versicherte einbezogen worden.

## 3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

- Auch im zweiten Pandemiejahr verbleiben die Kennwerte auf niedrigem Niveau: In 2021 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 174 stationäre Behandlungen mit 1.567 Behandlungstagen erfolgt.
- Damit sind die stationären Fallzahlen und die Summe der Behandlungstage in den letzten beiden Jahren so niedrig wie seit mehr als 14 Jahren nicht mehr.
- Keine Veränderung zeigt sich hingegen bei der Verweildauer, die im Durchschnitt etwa 9 Tage je Fall beträgt. Rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3,2% dauern länger als 6 Wochen.
- Ohnehin nimmt immer nur ein relativ kleiner Teil aller Versicherten innerhalb eines Jahres eine stationäre Behandlung in Anspruch, im aktuellen Berichtsjahr waren dies knapp 11%.

Die im Weiteren dargestellten Ergebnisse basieren auf rund 1,6 Mio. voll- oder teilstationären Krankenhausfällen (KH-Fälle ohne Entbindungsfälle und ohne ambulante Operationen) im Jahr 2021. Dies entspricht, bezogen auf alle BKK Versicherten, einem Durchschnittswert von rund 17,4 Fällen je 100 BKK Versicherte (» Diagramm 3.1.1). In dieser Statistik werden – anders als z. B. bei den Analysen des Statistischen Bundesamtes – auch der Aufnahme- und Entlassungstag bei der Ermittlung der Behandlungsdauer einbezogen (» Methodische Hinweise). Dies entspricht 14,2 Mio. Krankenhaustagen (KH-Tage), die für die BKK Versicherten insgesamt dokumentiert wurden, was einem Durchschnitt von 156,7 Behandlungstagen je 100 BKK Versicherte entspricht. Die daraus zu berechnende mittlere Behandlungsdauer bleibt hingegen mit durchschnittlich 9,0 Ta-

Diagramm 3.1.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2005–2021)



\* Geschätzt, da keine valide Datengrundlage in diesem Berichtsjahr.

gen im Vergleich zu den Vorjahren wesentlich konstant.

Damit sind die Durchschnittswerte für KH-Fälle und -Tage gegenüber dem Vorjahr nur geringfügig gestiegen, gegenüber 2020 sind dies +2% mehr stationäre Behandlungsfälle und +3% mehr Behandlungstage. Man muss schon deutlich weiter zurückgehen, um ähnlich niedrige Fallzahlenwerte (und damit einhergehend geringe durchschnittliche Krankenhausstage) wie in den Jahren 2020/2021 zu finden: So war die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle zuletzt im Jahr 2007 mit 17,0 KH-Fällen je 100 BKK Versicherte geringer als in diesen beiden Jahren, weniger Krankenhausstage zeigten sich wiederum zuletzt im Jahr 2006. Wesentlicher Faktor für die weiterhin verringerten Kennwerte dürften dabei Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie und die Maßnahmen zu deren Bekämpfung sein (III Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie).

#### Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie

Die Bewältigung der Coronavirus-Pandemie hat auch den stationären Sektor vor große Herausforderungen gestellt. Hierzu wurden verschiedene Sonderregelungen eingeführt, die eine notwendige Behandlung von schwer erkrankten COVID-19-Infizierten sicherstellen genauso wie insgesamt den Erhalt der stationären Strukturen gewährleisten sollten. Es wurde damit nicht nur auf das Meinungsverhalten Erkrankter aus Angst vor einer COVID-19-Ansteckung reagiert, sondern auch aktiv die Belegung gesteuert.

Wesentlich sind hierbei die Einführung von Ausgleichszahlungen für die Freihaltung weiterer Behandlungskapazitäten durch die Aussetzung planbarer bzw. verschiebbarer stationärer Behandlungen (gültig im Zeitraum 16.3. – 30.9.2020 sowie 18.11.2020 bzw. 15.11.2021 – 19.3.2022)<sup>1</sup>. Außerdem erfolgten zusätzliche Abschlags- und Corona-Ausgleichszahlungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. Des Weiteren wurden insbesondere in der Frühphase der Pandemie im Jahr 2020 finanzielle Anreize zur Aufstockung intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten gesetzt, die potenziell auch zu Lasten von elektiven stationären Maßnahmen gingen. Entsprechende Auswirkungen sind in den weiteren in diesem Kapitel dargestellten Kennzahlen ablesbar.

1 GKV-Spitzenverband. Fokus: Sonderregelungen im Zusammenhang mit dem Coronavirus [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/fokus/fokus\\_corona.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/fokus/fokus_corona.jsp) [20.6.2022]

Dank der noch weiter zurückreichenden BKK Versichertenstatistiken sind auch Vergleiche zu noch deutlich älteren Berichtsjahren möglich (da diese allerdings nicht für alle Jahrgänge vorliegen sind sie hier nicht im Zeitreihendiagramm aufgeführt), die Unterschiede zwischen den Kennzahlen über mehr als zwei Jahrzehnte sind allerdings nur sehr begrenzt interpretierbar, dies ist unter anderem beschränkt durch eine differierende zugrundeliegende Versichertenpopulation (erst ab 1994 vollständige Erfassung der ostdeutschen Leistungsfälle im stationären Bereich) sowie die unterschiedliche Klassifikation der Krankheitsarten (Kodierung der stationären Diagnosen vollständig nach ICD-10 ab 2001). Andererseits werden aber bei so einer Betrachtung die enormen Veränderungen in der stationären Versorgung in den vergangenen Dekaden erkennbar, sowohl durch die Verbesserungen in den Behandlungsmöglichkeiten (beispielsweise durch Etablierung minimalinvasiver Operationsmethoden in den 1990er-Jahren) genauso wie durch tiefgreifende Veränderungen aufgrund unterschiedlicher Abrechnungsprinzipien (III Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems).

#### Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems

Bemühungen um kürzere Liegezeiten haben lange vor Einführung des Klassifikationssystems der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG)<sup>2</sup> in den Jahren 2003/2004 eingesetzt. Das DRG-System erzeugte hierbei aber eine zusätzliche Dynamik, da die Vergütung – vereinfacht ausgedrückt – pauschalisiert und unabhängig von der eigentlichen Liegezeit erfolgt. Lag die durchschnittliche Krankenhausverweildauer der BKK Versicherten im Jahr 1990 noch bei 15,2 Tagen, so wurde diese in den nachfolgenden Jahren kontinuierlich abgesenkt: 1995 betrug die durchschnittliche Liegedauer bundesweit nur noch 12,8 Tage, im „Optionsjahr“ der DRG-Einführung 2003 (Beteiligung auf freiwilliger Grundlage und budgetneutral, d. h., die DRG-Anwendung führte noch nicht zu Gewinnen oder Verlusten) waren es dann 9,6 Tage.

Anders als im somatischen Bereich sind in der psychiatrischen/psychosomatischen stationären Versorgung in den letzten Jahren die durchschnittlichen Falldauern eher noch gestiegen. In diesem Bereich findet das DRG-System keine Anwendung, für die Vergütung wird hier vielmehr das sogenannte Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)<sup>2</sup> verwendet, dass sich nach einer freiwilligen Optionsphase (ab 2013) nun seit Beginn 2018 verpflichtend in Anwendung befindet. Die

2 Für diese und weitere Informationen siehe [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de).

### 3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Vergütung erfolgt anhand einheitlicher Bewertungsrelationen sowie krankenhausindividueller Entgelte, seit 2020 werden dabei außerdem Personalmindestvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) berücksichtigt. Entsprechend ist ein direkter Vergleich der stationären Kennzahlen von somatischen und psychiatrischen Fällen nur eingeschränkt möglich.

Allgemein ist für die stationäre Versorgung zu konstatieren, dass diese aufgrund ihrer zentralen Ausrichtung auf eine schwerwiegende, oft auch akute Erkrankungssymptomatik entsprechend nur von einem relativ kleinen Teil der Bevölkerung in Anspruch genommen wird bzw. werden muss. Im Jahr 2021 waren dies nur 10,8% der Versicherten (III Tabelle 3.1.1). Bei den meisten bleibt es dann wiederum bei einem Aufenthalt (7,7% aller Versicherten). Im Vergleich zum Vorjahr sind diese Anteilswerte nahezu unverändert.

Im Falle eines Krankenhausaufenthalts ist die durchschnittliche Falldauer in der Regel mehrheitlich kurz, im Berichtsjahr 2021 wurden mit 67,8% die meisten der Krankenhausfälle innerhalb einer Woche abgeschlossen, 37,3% sogar innerhalb von 3 Tagen (III Diagramm 3.1.2). Über eine lange Zeitspanne betrachtet ist die stärkste Zunahme insbesondere bei letztgenannter Gruppe zu beobachten: 2008 wurden nur 29,8% aller KH-Fälle innerhalb von 3 Tagen beendet. Der größte Rückgang ist hingegen bei den Fällen mit einer Aufenthaltsdauer von

**Tabelle 3.1.1 Stationäre Versorgung – KH-Quoten der BKK Versicherten (Berichtsjahr 2021)**

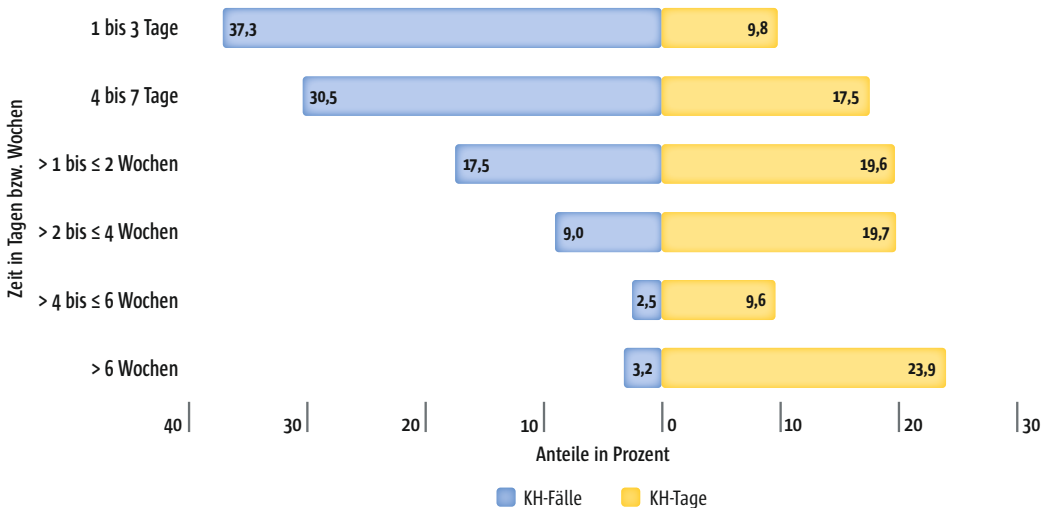
Anzahl der KH-Aufenthalte	Anteile der BKK Versicherten in Prozent
kein Aufenthalt	89,2
1 Aufenthalt	7,7
2 Aufenthalte	1,9
3 und mehr Aufenthalte	1,2

1–2 Wochen zu verzeichnen (2008: 22,4%). Auf der anderen Seite sind aktuell die Fälle mit mehr als sechs Wochen Liegezeit nur für einen Anteil von 3,2% verantwortlich. Auf diese damit vergleichsweise seltenen Langzeitbehandlungsfälle ist allerdings mehr als jeder fünfte Krankenhaustag (23,9%) zurückzuführen.

Die Coronavirus-Pandemie hat sich allerdings nicht auf das schon bekannte Muster bei den Aufnahme- und Entlassungstagen ausgewirkt. Hierbei gibt es im Vergleich zum Vorjahr kaum Veränderungen:

- Im aktuellen Berichtsjahr erfolgten Krankenhausaufnahmen am häufigsten an einem Montag, 20,0% aller Aufenthalte haben an diesem Tag begonnen. Am Wochenende werden in der Regel nur Notfälle aufgenommen, entsprechend sind

**Diagramm 3.1.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2021)**



hier im Vergleich die wenigsten Aufnahmen zu verzeichnen (6,0% der Aufnahmen erfolgten samstags und 7,0% der Aufnahmen sonntags).

- Die Entlassung aus stationärer Behandlung erfolgt wiederum am häufigsten kurz vor dem Wochenende, so endeten 21,1% der Krankenhausauf-

enthalte freitags, donnerstags waren es weitere 17,8%. Wiederum ebenfalls nur wenige Aufenthalte wurden an Wochenenden beendet: Den geringsten Anteil machen hier die Sonntage mit 5,3% aus, immerhin 10,6% wurden an einem Samstag entlassen.

## 3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten

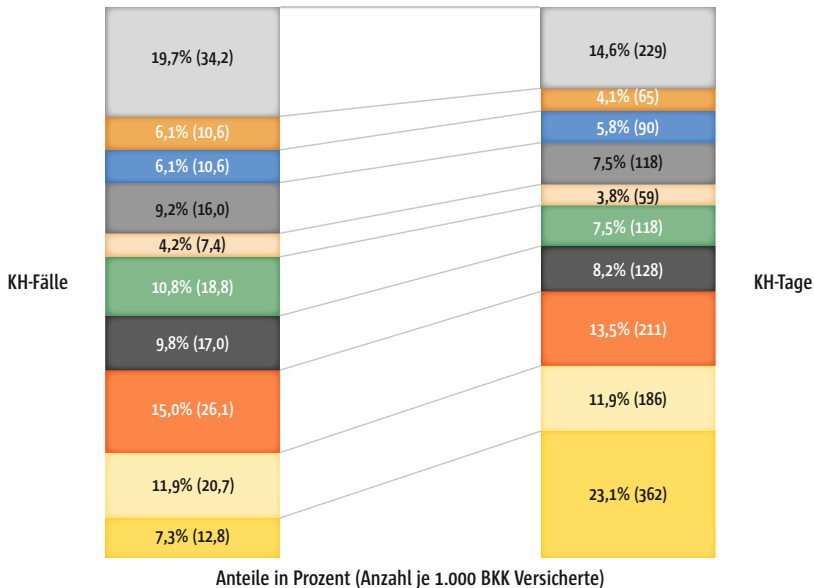
### 3.2.1 Diagnosehauptgruppen im Überblick

- Das Bild nach Erkrankungsarten bleibt gegenüber den Vorjahren in weiten Teilen unverändert: Auch im Jahr 2021 gehen die meisten Fälle in der stationären Versorgung auf Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems zurück, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Die weitaus meisten stationären Behandlungstage gehen auf psychische Störungen zurück, mehr als für Verletzungen/Vergiftungen und Herz-Kreislauf-Krankheiten zusammen.

- Dabei sind für die psychischen Störungen nach einem starken Einbruch im Vorjahr nun die Kennwerte stärker als bei anderen Erkrankungsarten gestiegen. Auch die durchschnittliche Verweildauer erreichte im aktuellen Berichtsjahr mit 28,4 Tagen je Fall einen neuen Höchstwert.

Auch bei einer detaillierteren Betrachtung zeigt sich eine Reduktion bei den Kennzahlen gegenüber dem „Vor-Pandemiejahr“ 2019, wobei diese wiederum bei allen Diagnosehauptgruppen zu verzeichnen ist. Im Hinblick auf die behandelten Erkrankungsarten ist das Versorgungsgeschehen hingegen wesentlich

Diagramm 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



- Psychische Störungen
- Neubildungen
- Herz-Kreislauf-System
- Verletzungen/Vergiftungen
- Verdauungssystem
- Nervensystem
- Muskel-Skelett-System
- Atmungssystem
- Urogenitalsystem
- Sonstige



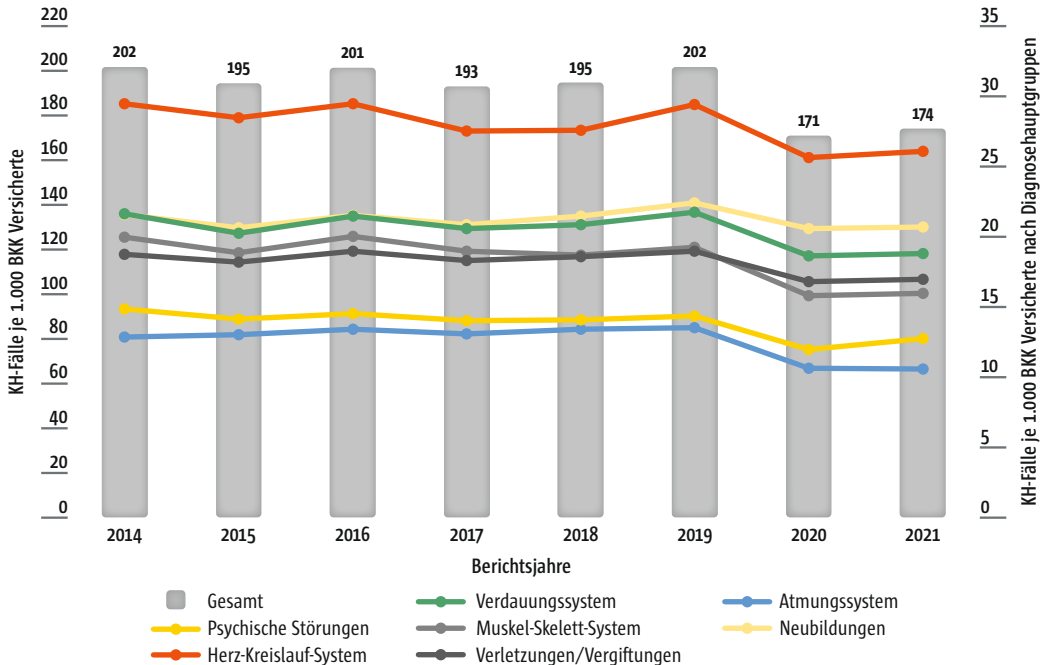
gleichgeblieben, so haben auch im aktuellen Berichtsjahr die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt geführt: Je 1.000 Versicherte sind für diese Diagnosegruppe 26,1 KH-Fälle zu verzeichnen (» Diagramm 3.2.1), damit gehen allein 15,0% aller Behandlungsfälle auf diese Erkrankungsart zurück. Zweithäufigster Behandlungsgrund sind Neubildungen (11,9%) gefolgt von Erkrankungen des Verdauungssystems (10,8%). Psychische Störungen machen hingegen nur 7,3% aller Fälle aus. Die im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sowie in der ambulanten Versorgung sehr häufig vorkommenden Erkrankungen des Atmungssystems spielen bei den stationären Kennwerten hingegen nur eine untergeordnete Rolle. Allerdings sind in der Pandemiezeit gerade die stationären Behandlungsfälle besonders für diese Erkrankungsart am stärksten zurückgegangen. Bei der Betrachtung der Behandlungstage je nach Erkrankungsart zeigt sich hingegen ein anderes Bild: Hierbei liegen die psychischen Störungen mit 362 KH-Tagen je 1.000 BKK Versicherte deutlich an der Spitze, dies entspricht 23,1% aller KH-Tag. Auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehen wie-

derum 13,5% der Behandlungstage zurück und auf Neubildungen 11,9%.

Anhand der deutlich unterschiedlichen Anteile der psychischen Störungen an KH-Fällen und -Tagen lässt sich außerdem leicht nachvollziehen, dass diese Erkrankungsart eine besonders lange durchschnittliche Verweildauer aufweist: Im Jahr 2021 waren Betroffene je Erkrankungsfall durchschnittlich 4 Wochen in stationärer Behandlung (28,4 KH-Tage je Fall). Die durchschnittliche Verweildauer bei somatischen Erkrankungen ist mit durchschnittlich weniger als 10 Tagen (Beispiel: Herz-Kreislauf-Erkrankungen: 8,1 Tage je Fall; Neubildungen: 9,0 Tage je Fall) deutlich kürzer. Entsprechend erfolgen erfolgreich Langzeitbehandlungen bei weitem am häufigsten aufgrund von psychischen Störungen: 60,0% aller Fälle mit mehr als sechs Wochen Dauer sind darauf zurückzuführen. Den zweitgrößten Teil machen Neubildungen mit 11,7% der Langzeitfälle aus, gefolgt von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems mit einem Anteil von 6,0%.

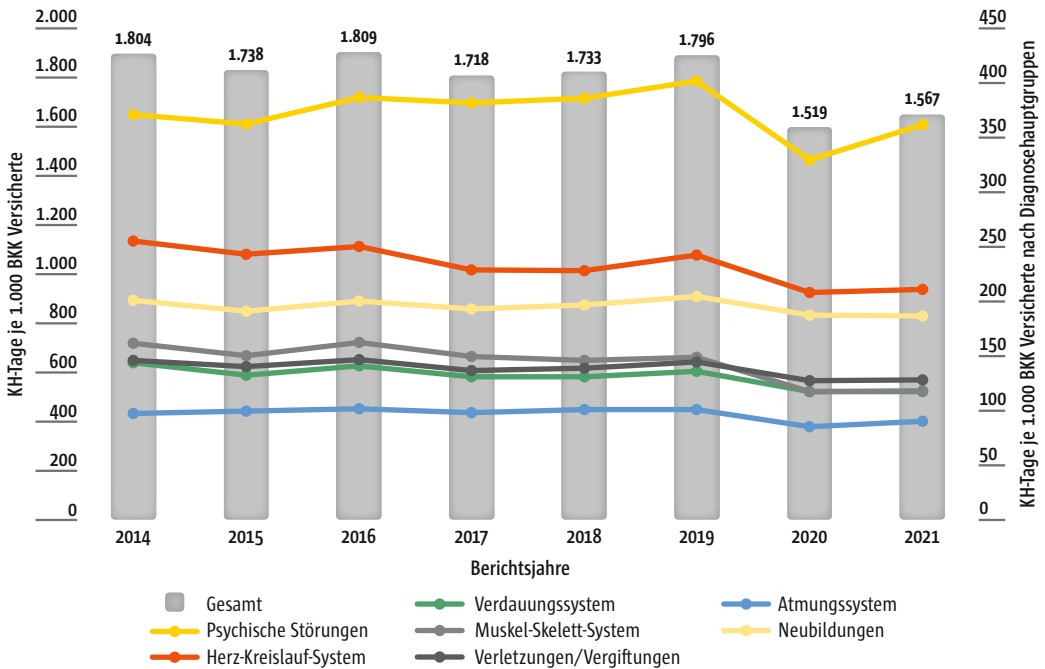
Wie erwähnt, ist ein Rückgang der Kennzahlen bei allen Diagnosehauptgruppen ab 2020 zu verzeichnen, wie » Diagramm 3.2.2 und » Diagramm 3.2.3

Diagramm 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2021)



## 3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten

Diagramm 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2021)



deutlich erkennen lassen. Aus beiden Diagrammen wird damit auch ersichtlich, dass keine tiefgreifende Veränderung im Versorgungsgeschehen stattfand und auch im aktuellen Berichtsjahr 2021 nicht zu beobachten ist. Zumindest leichte Unterschiede hinsichtlich des niedrigeren Niveaus der Kennwerte sind dennoch zu erkennen. Dies gilt insbesondere für die psychischen Störungen, für welche die Kennzahlen nach einem deutlichen Einbruch im Vorjahr nun im aktuellen Berichtsjahr wieder merklich gestiegen sind. Nach einem sehr starken Rückgang um -16,5% (KH-Fälle) bzw. -17,9% (KH-Tage) im letzten Jahr sind nun für die psychischen Störungen die Kennwerte so deutlich gestiegen, wie bei keiner anderen Erkrankungsart in diesem Vergleich: Die Fallzahlen legten um +6,6% zu, um +9,7% stiegen außerdem die Anzahl der daraus resultierenden Behandlungstage im Vergleich zu 2020. Damit verbleiben die Kennwerte aber dennoch weiter unter dem Vor-Pandemie-Niveau. Anhand des Diagramms werden darüber hinaus auch die Langzeittrends erkennbar, die schon vor der Pandemie eingesetzt haben: So sind insbesondere bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen die Kennwerte auch in den Jahren zuvor gesunken (-3,6% bei den KH-Fällen bzw. -7,7% bei den KH-Tagen von 2014 bis 2019). Auch

bei den psychischen Störungen sind die Fallzahlen bis 2019 leicht zurückgegangen, allerdings ist die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage gestiegen (+8,3% von 2014 bis 2019), woraus erkennbar wird, dass gerade bei dieser Erkrankungsart die Falldauer deutlich gestiegen ist. So betrug diese 2014 noch 25 Tage je Fall, 2019 waren es dann 28 Tage (und wie im vorherigen Abschnitt erwähnt ist im aktuellen Berichtsjahr die Kennzahl noch einmal höher).

Betrachtet man wiederum für diese Erkrankungsarten die Quoten derjenigen Versicherten, die aufgrund dessen stationäre Behandlung(en) in Anspruch genommen haben (»»» Tabelle 3.2.1), so fällt auf, dass die Anteilswerte jeweils nur sehr gering sind. Nur 0,9% der BKK Versicherten waren wegen psychischer Störungen bzw. der Atmungssystem-Erkrankungen mindestens einmal im Krankenhaus, andererseits war die höchste Quote (1,8%) wiederum bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu finden. Diese geringen Quoten zeigen eindrücklich, dass es eher selten vorkommt, dass Patienten innerhalb eines Jahres aufgrund von verschiedenen Erkrankungsarten stationär behandelt werden. Außerdem ist anhand der Aufschlüsselung hinsichtlich der Anzahl der Aufenthalte ersichtlich, dass die Mehrzahl

Tabelle 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Quoten der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)

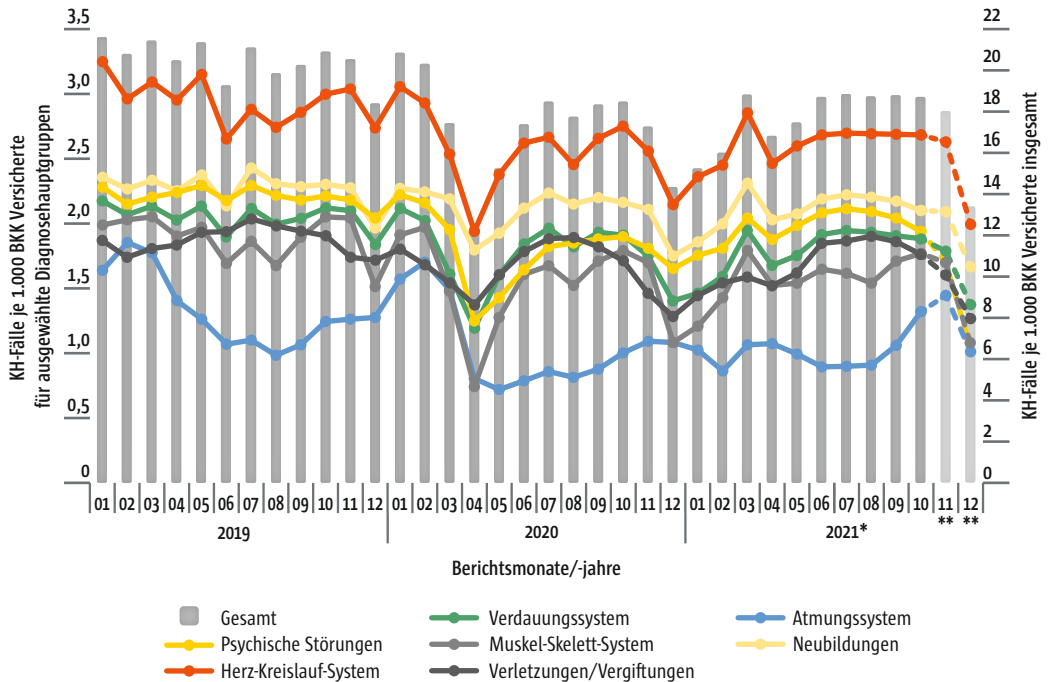
Anzahl der KH-Fälle	Psychische Störungen	Herz-Kreislauf-System	Neubildungen	Verdauungs-system	Muskel-Skelett-System	Verletzungen/ Vergiftungen	Atmungs-system	Gesamt
	Anteile in Prozent							
kein KH-Fall	99,1	98,2	98,9	98,5	98,7	98,6	99,1	89,2
1 KH-Fall	0,7	1,4	0,7	1,3	1,2	1,3	0,7	7,7
2 KH-Fälle	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	1,9
3 und mehr KH-Fälle	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	1,2

jeweils nur einmal im Jahr behandelt wird. In diesem Vergleich weisen die Neubildungen den höchsten Anteil von Versicherten mit mehr als einem Aufenthalt auf. Von den insgesamt 1,1% Versicherten, die deshalb stationär behandelt wurden, war jeder Dritte mehrfach im Krankenhaus.

Exkurs monatliche Entwicklung der stationären Versorgung der BKK Versicherten

In einer nach Monaten differenzierten Darstellung lassen sich anhand der Krankenhausfälle die teils sprunghaften Veränderungen in den Belegungen

Diagramm 3.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)

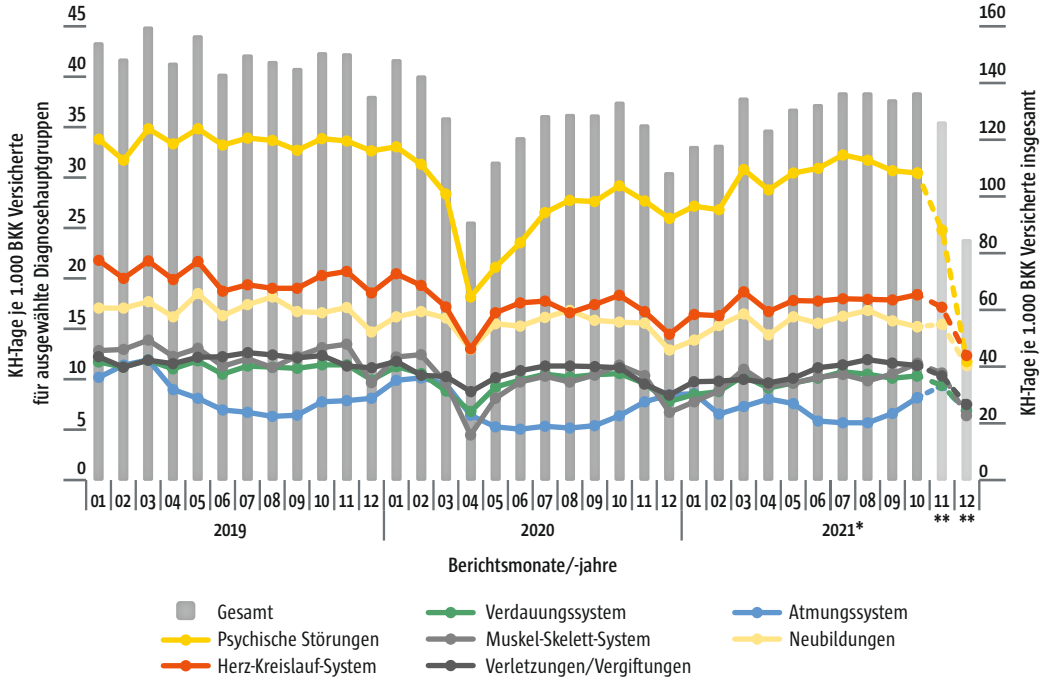


\* Für das aktuellste Berichtsjahr sind noch nicht die kompletten KH-Fälle im Diagramm abbildbar, da nur abgeschlossene Fälle für die Auswertungen des aktuellen Berichtsjahres vorliegen!

\*\* Besonders betroffen sind hiervon die Monate November und Dezember des aktuellen Berichtsjahres.

## 3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten

Diagramm 3.2.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)



\* Für das aktuellste Berichtsjahr sind noch nicht die kompletten KH-Tage im Diagramm abbildbar, da nur abgeschlossene Fälle für die Auswertungen des aktuellen Berichtsjahres vorliegen!

\*\* Besonders betroffen sind hiervon die Monate November und Dezember des aktuellen Berichtsjahres.

nachvollziehen. Für ausgewählte Diagnosehauptgruppen sind in **III** Diagramm 3.2.4 und **III** Diagramm 3.2.5 monatsweise die Werte des aktuellen Berichtsjahrs denen aus dem Vorjahrjahr sowie dem Vor-Pandemiejahr 2019 gegenübergestellt. Wie darin sehr eindrücklich zu erkennen ist, ist die Anzahl der stationären Behandlungsfälle und -tage besonders massiv im April 2020 zurückgegangen, bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen am stärksten, so dass im April 2020 gegenüber dem Vorjahresmonat sogar nur rund ein Drittel der Fälle zu verzeichnen ist. Bei den psychischen Störungen reduzierten sich die Kennwerte um fast die Hälfte und selbst bei den Neubildungen sind die Werte um rund -20% zurückgegangen. Bei den Fallzahlen für die psychischen Störungen wird zudem die hohe Anzahl von Langzeitbehandlungen sichtbar: Nach diesem beschriebenen Einbruch steigen die Fallzahlen deutlich langsamer als bei den meisten anderen Diagnosehauptgruppen, was darauf hindeutet, dass es bei den psychischen Störungen wesentlich länger dau-

ert, bis es zu einem Fallabschluss kommt (**III** Methodische Hinweise). Insbesondere bei den Fallzahlen der Atmungssystem-Erkrankungen zeigt sich wiederum ein lang andauernder Effekt der Pandemie: Ist im Jahr 2019 noch das recht typische saisonale Muster mit Spitzen in den Wintermonaten und geringen Fallzahlen im Sommer zu beobachten, so bleiben die Fallzahlen danach über Monate auf einem deutlich darunterliegenden Niveau. Hier zeigen sich besonders die Effekte der Maßnahmen zur Eindämmung der Infektionen, so dass auch Anfang 2021 keine Grippe- und Erkältungswelle mit schweren Verläufen zu beobachten war. Auch die neuerliche Spitze im März 2021 mit anschließendem Abfall im April (in dieser Zeit war die zweite Coronavirus-Welle „gebrochen“, ging dann aber in eine dritte Welle über) ist für die Krankheiten des Atmungssystems nicht zu erkennen. Erst zum Ende des aktuellen Berichtsjahrs ist nun wieder eine deutliche Steigerung der Fallzahlen für die Atemwegserkrankungen erkennbar.

### 3.2.2 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen im Detail

- Die bei weitem meisten stationären Behandlungstage für eine Einzeldiagnose sind bei der rezidivierenden depressiven Störung (F33) zu verzeichnen. Die meisten Behandlungsfälle gehen auf eine Herzinsuffizienz (I50) zurück.
- Neben der rezidivierenden depressiven Störung (F33) weisen auch die depressive Episode (F32) sowie die Schizophrenie (F20) mit einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 5–6 Wochen deutlich überdurchschnittliche Falldauern auf.
- Gegenüber dem Vorjahr sticht besonders die Diagnose der Viruspneumonie (J12) heraus: Für diese haben sich die Kennzahlen im aktuellen Berichtsjahr 2021 noch einmal mehr als verdoppelt.

Wie schon in den Vorjahren sind es auch bei der Betrachtung von Einzeldiagnosen psychische Störungen, aufgrund derer viele Behandlungstage anfallen (Tabelle 3.2.2). Die mit Abstand meisten Krankenhaustage sind wie schon im Vorjahr aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) erfolgt (103,3 KH-Tage je 1.000 Versicherte), gefolgt von Behandlungen aufgrund einer depressiven Episode (59,2 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Diese zwei Depressionsdiagnosen stechen zudem heraus, da diese oft Ursachen von Langzeitbehandlungen mit mehr als 6 Wochen stationärem Aufenthalt sind: Von al-

len stationär behandelten Fällen einer depressiven Episode (F32) sind mehr als ein Drittel Langzeitfälle (39,3%), von allen dort behandelten rezidivierenden depressiven Störungen (F33) weisen sogar 47,5% eine solch lange Verweildauer auf. Nach den beiden Depressionsdiagnosen folgt an dritter Stelle nach Behandlungstagen die Herzinsuffizienz (I50) – dies ist wiederum diejenige Diagnose mit der höchsten durchschnittlichen Fallzahl, danach gefolgt vom Hirninfarkt (I63). Insgesamt hat sich in den letzten Jahren diese Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen kaum verändert, im aktuellen Berichtsjahr ist allerdings mit der Viruspneumonie (J12) eine Erkrankung aufgrund deutlich gestiegener Kennzahlen neu hinzugekommen: Gegenüber dem Vorjahr haben sich sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierende Anzahl der Behandlungstage mehr als verdoppelt (auch im Vorjahr waren schon gegenüber 2019 mehr als siebenmal so viele stationäre Viruspneumonie-Fälle zu verzeichnen, allerdings war diese Diagnose damals nur knapp nicht in der Top10-Liste enthalten). Im aktuellen Berichtsjahr ist bei der Viruspneumonie die Verweildauer von allen hier aufgeführten Einzeldiagnosen am stärksten gegenüber dem Vorjahr gestiegen (+1,5 KH-Tage je Fall). Mit großer Wahrscheinlichkeit handelt es sich hierbei um eine Erkrankung, die im direkten Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie steht.

Die bisherigen Auswertungen zeigen die besondere Bedeutung der psychischen und Verhaltensstörungen, der Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

Tabelle 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2021)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Kennzahlen		
		KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte	KH-Tage	Tage je Fall
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,5	103,3	41,5
F32	Depressive Episode	1,6	59,2	36,9
I50	Herzinsuffizienz	4,0	44,1	11,1
I63	Hirninfarkt	2,4	29,6	12,4
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2,4	26,4	11,2
S72	Fraktur des Femurs	1,7	25,2	15,0
J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	1,9	24,7	13,2
F20	Schizophrenie	0,7	24,6	36,9
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	2,0	20,1	9,8
I70	Atherosklerose	1,7	16,6	9,9

## 3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten

sowie der Neubildungen in der stationären Versorgung. Im Folgenden werden daher diese drei Diagnosehauptgruppen hinsichtlich ausgewählter Einzeldiagnosen detaillierter betrachtet.

### Psychische Störungen

- Im Jahr 2021 betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer von psychischen Störungen knapp 28,4 Tage je Fall – damit erreicht diese Kennzahl erneut einen Höchstwert.
- Depressionen (F32 bzw. F33) sind dabei weiterhin die bei weitem häufigsten Diagnosen: Bei Frauen sind diese der Behandlungsgrund bei fast der Hälfte, bei Männern immerhin bei mehr als einem Drittel der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen.
- Bei den Frauen haben besonders die Essstörungen (F50) gegenüber dem Vorjahr zugenommen: Es sind etwa ein Drittel mehr Behandlungsfälle und ein Viertel mehr Behandlungstage zu verzeichnen.

Die Diagnosegruppe der psychischen Störungen hat, was die durchschnittliche Anzahl der darauf zurückzuführenden stationären Behandlungstage angeht, schon seit 2007 die Spitzenposition inne, als erstmals mehr KH-Tage auf diese Erkrankungsort anstatt auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen entfielen. Bei der Bewertung dieser Kennzahlenentwicklung sind aber auch Besonderheiten der Psychiatrie/Psychosomatik, gegenüber dem akut somatischen Bereich zu berücksichtigen – dazu zählt auch der Umstand, dass bis zum aktuellen Berichtsjahr kein so umfassendes und verbindliches pauschalierendes Entgeltsystem wie im somatischen Bereich eingeführt worden ist (» Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems). So ist für die psychischen Störungen keine so starke Verweildauerreduzierung wie im somatischen Bereich zu beobachten – im Gegenteil: Im aktuellen Berichtsjahr 2021 hat die Falldauer mit 28,4 Tagen je Fall einen neuen Höchstwert erreicht.

In der Betrachtung der Einzeldiagnosen aus dem Spektrum der psychischen Störungen zeigen sich teilweise deutliche Kennzahlenunterschiede zwischen Männern und Frauen (» Tabelle 3.2.3). Frauen sind häufiger als Männer von Depressionen betroffen, was anhand der deutlich höheren Fallzahl und einer damit einhergehend höheren Anzahl von Krankenhaustagen abzulesen ist. Allein die rezidivierende depressive Störung (F33) und die depressive Episode (F32) zusammengenommen verursachen fast die Hälfte aller psychisch bedingten Krankenhaustage bei den

Frauen. Auch bei den Männern sind dies die häufigsten Einzeldiagnosen, zusammen verursachen diese aber „nur“ 39% aller psychisch bedingten Krankenhaustage. Wiederum ist bei den Männern aber eine höhere Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bekannt<sup>3</sup>, was sich in den deutlich höheren Fallzahlen zur entsprechenden ICD-Diagnose (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, F10) widerspiegelt. Dabei ist die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer von jeweils rund 11 Tagen je Fall deutlich kürzer als die aller anderen hier aufgeführten psychischen Störungen. Ein weiterer Geschlechtsunterschied bei der Behandlungsdauer zeigt sich bei den Anpassungsstörungen (F43): Frauen werden aufgrund dessen fast 10 Tage länger stationär behandelt als Männer (27,9 vs. 18,4 Tage je Fall). Die größte Steigerung gegenüber dem Vorjahr (wenn auch auf relativ niedrigem Niveau der absoluten Zahlen) ist hingegen bei den wegen Essstörungen (F50) behandelten Frauen zu beobachten: Gegenüber dem Vorjahr waren etwa ein Drittel mehr Behandlungsfälle und ein Viertel mehr Behandlungstage zu verzeichnen. Hierbei handelt es sich nicht um ein „Nachholeffekt“, denn die Kennzahlen blieben im ersten Pandemiejahr kaum verändert gegenüber 2019.

### Krankheiten des Kreislaufsystems

- Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63) die häufigsten Einzeldiagnosen bei den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems.
- Es zeigt sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25), aufgrund derer Männer mehr als dreimal so häufig wie Frauen in stationärer Behandlung sind. Frauen sind hingegen deutlich häufiger als Männer wegen Bluthochdruck (I10) im Krankenhaus.
- Nach einem starken Rückgang der stationären Bluthochdruckbehandlungen im Vorjahr geht die Zahl der Behandlungsfälle in 2021 nochmals weiter zurück.

Wie anhand von » Tabelle 3.2.4 zu erkennen ist, gehen die meisten stationären Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen auf die

3 Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft (2017). Alkoholatlas Deutschland 2017. Pabst Science Publishers: Lengerich.

Tabelle 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
<b>Männer</b>				
F33	Rezidivierende depressive Störung	1,9	77,7	41,0
F32	Depressive Episode	1,3	46,4	36,2
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,3	37,6	11,4
F20	Schizophrenie	0,9	30,9	35,8
F31	Bipolare affektive Störung	0,3	10,0	38,7
F45	Somatoforme Störungen	0,5	9,4	20,5
F90	Hyperkinetische Störungen	0,2	9,1	48,1
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,5	8,9	18,4
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	0,4	8,7	21,8
F25	Schizoaffektive Störungen	0,2	7,6	37,6
<b>Frauen</b>				
F33	Rezidivierende depressive Störung	3,1	129,2	41,8
F32	Depressive Episode	1,9	72,2	37,4
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,8	22,1	27,9
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,6	20,0	34,0
F45	Somatoforme Störungen	1,0	18,4	19,1
F50	Essstörungen	0,4	18,4	50,1
F20	Schizophrenie	0,5	18,2	39,0
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,4	15,0	10,8
F31	Bipolare affektive Störung	0,3	13,1	42,5
F25	Schizoaffektive Störungen	0,3	12,0	40,9

Einzeldiagnosen Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63) zurück. Ist bei diesen nur ein relativ kleiner Geschlechtsunterschied zu erkennen, bei dem die Männer gegenüber den Frauen höhere Kennwerte aufweisen, so ist diese Differenz bei anderen Einzeldiagnosen deutlich ausgeprägter. Dies zeigt sich besonders bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25): Männer weisen mehr als dreimal so viele KH-Fälle und KH-Tage im Vergleich zu den Frauen auf. Auch beim akuten Myokardinfarkt (I21), Angina Pectoris (I20), sowie bei Atherosklerose (I70)

sind die Fall- und Behandlungstage bei den Männern mindestens doppelt so hoch wie bei den Frauen. Andersherum ist das Verhältnis hingegen bei der Behandlung von Bluthochdruck (I10). Wie schon in den Vorjahren sind Männer gegenüber den Frauen nur etwa halb so oft im Krankenhaus behandelt worden, auch die Anzahl der zugehörigen Krankenhaustage ist nur etwa halb so groß. Nachdem im Vorjahr die Kennwerte für die stationäre Blutdruckbehandlung im Schnitt um -20% zurückgegangen sind, gingen diese auch in diesem Jahr um weitere 5% zurück, so

## 3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten

Tabelle 3.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
<b>Männer</b>				
I50	Herzinsuffizienz	4,3	49,1	11,3
I63	Hirninfarkt	2,7	33,6	12,4
I21	Akuter Myokardinfarkt	2,9	22,6	7,8
I70	Atherosklerose	2,2	22,0	10,0
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	3,7	17,2	4,7
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2,8	14,7	5,2
I20	Angina pectoris	2,7	12,0	4,5
I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	0,9	9,7	11,4
I61	Intrazerebrale Blutung	0,3	7,1	20,7
I26	Lungenembolie	0,7	5,6	7,8
<b>Frauen</b>				
I50	Herzinsuffizienz	3,6	39,0	10,9
I63	Hirninfarkt	2,1	25,4	12,3
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2,7	14,5	5,3
I70	Atherosklerose	1,2	11,1	9,7
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	2,1	10,2	4,8
I21	Akuter Myokardinfarkt	1,2	9,6	8,2
I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	0,5	6,1	11,5
I20	Angina pectoris	1,3	5,8	4,5
I26	Lungenembolie	0,6	5,1	8,6
I61	Intrazerebrale Blutung	0,3	4,6	16,9

das mittlerweile diese Diagnose bei den Männern nicht mehr zu den zehn wichtigsten Diagnosen im stationären Bereich gehört.

In der Regel sind die für die stationäre Versorgung beschriebenen Geschlechtsunterschiede bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch in ähnlicher Form im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»» Kapitel 1.3) vorzufinden. Eine ambulante Behandlung wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen nehmen hingegen eher mehr Frauen in Anspruch (»» Kapitel 2.3), diese bekommen auch tendenziell häufiger Medikamente für Herz- und Kreislauf-Erkrankungen als die Männer verordnet (»» Kapitel 4.3). Gründe für diese Differenzen liegen möglicherweise in unterschied-

lichem Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten:

- Frauen begeben sich allgemein öfter ambulant in Behandlung (mutmaßlich aufgrund eines größeren Gesundheitsbewusstseins, sie haben aber auch generell eine größere Nähe zur medizinischen Versorgung im Zusammenhang mit Routineuntersuchungen, Verhütung und Schwangerschaft). Frauen werden daher früher im Krankheitsverlauf behandelt, wobei dann auch häufiger medikamentös therapiert wird und eine stationäre Behandlung nicht notwendig wird.



- Dagegen suchen Männer medizinische Versorgung tendenziell später und häufig erst mit schwerwiegenderen Symptomen auf, was wiederum mit längeren AU-Zeiten verbunden ist. Häufiger ist dann auch eine stationäre Behandlung notwendig, aufgrund der Schwere dauert die Behandlung dann möglicherweise zudem länger.

#### Neubildungen

- Bösartige Neubildungen der Bronchien und Lunge (C34) ist weiterhin die häufigste Krebs-Diagnose, wegen der BKK Versicherte in stationärer Behandlung sind. Dies ist die häufigste Einzeldiagnose bei Männern, sowie bei Frauen nach Brustkrebs (C50) die zweithäufigste.
- Insgesamt ist keine deutliche Zunahme der Fälle oder der Falldauern gegenüber dem Vorjahr zu beobachten. Diese vermuteten Auswirkungen von ausgebliebener oder verschobener Diagnostik aufgrund der Pandemie-situation ist somit aktuell nicht zu erkennen.

In der Diagnosehauptgruppe „Neubildungen“ werden verschiedene sowohl gut- als auch bösartige Gewebewucherungen zusammengefasst. Aufgrund der Notwendigkeit einer schnellen und umfassenden Behandlung insbesondere bei bösartigen Neubildungen sind diese vorrangig in der stationären Versorgung (in der hier betrachteten Akutversorgung, sowie darüber hinaus auch in der stationären Rehabilitation) vorzufinden. Die Fallzahlen und daraus resultierende Behandlungstage aufgrund von Neubildungen waren in den letzten Jahren sehr stabil (vgl. u. a. **III** Diagramm 3.2.2 und **III** Diagramm 3.2.3), auch seit Beginn der Pandemie fielen die Schwankungen der Kennwerte verglichen mit anderen Erkrankungsarten nur moderat aus. Die meisten Behandlungsfälle und daraus resultierenden Krankenhaustage sind bei den Frauen auf eine Brustkrebserkrankung (C50) zurückzuführen (**III** Tabelle 3.2.5). Bei den Frauen erfolgt fast jeder sechste Behandlungstag innerhalb der Gruppe der Neubildungen aufgrund dieser Diagnose. Nach KH-Tagen folgen bei den Frauen an zweiter Stelle mit deutlichem Abstand die Neubildungen in Bronchien und Lunge (C34). Bei den Männern sind hingegen mit dieser Diagnose die meisten Krankenhaustage verbunden, was auch in etwa das Rauchverhalten – Männer rauchen deutlich häufiger als Frauen<sup>4</sup> – in der

Bevölkerung widerspiegelt. Größer noch ist der Geschlechtsunterschied bei Neubildungen des Rektums (C20) sowie des Magens (C16): Bei beiden Einzeldiagnosen weisen Männer im Vergleich zu den Frauen rund doppelt so viele Krankenhausfälle und -tage auf. Augenfällig mehr Behandlungstage im Vergleich zum Vorjahr sind bei den Männern wesentlich nur beim Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen (C90), für die eine Steigerung um ein Siebtel zu verzeichnen ist, bei den Frauen ist vor allem ein starker Rückgang bei den sekundären bösartigen Neubildungen (C79) mit –10% zu beobachten. Insgesamt ist in dieser Auflistung keine extreme Zunahme der Fallzahlen zu beobachten, auch die Falldauern haben sich kaum verändert. Eine Häufung oder größere Schwere von Krebsfällen als Auswirkung von ausgebliebener oder verschobener Diagnostik während der Coronavirus-Pandemie ist somit aktuell nicht zu beobachten.

In anderen Leistungsbereichen spielen die Neubildungen keine so große Rolle wie in der stationären Versorgung, aber man kann zumindest ähnliche alters- und geschlechtsspezifischen Muster erkennen. So sind in der Regel in der ambulanten Versorgung die Anteile von weiblichen Versicherten aufgrund eines Mamakarzinoms auch schon ab dem 45. Lebensjahr deutlich ansteigend, während sich Prostatakarzinom-Patienten vor allem jenseits des 65. Lebensjahrs in Behandlung begeben. Ein ähnliches Bild findet sich auch bei den Arzneimittelverordnungen bezüglich antineoplastischer Mittel (L01) sowie bei Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgrund von Neubildungen, wobei im AU-Geschehen – gegenläufig zu den ambulanten und stationären Fallzahlen – die Kennzahlen aufgrund des *healthy worker effects* bei den 65-Jährigen Beschäftigten stark zurückgehen.

#### Exkurs Stationäre Versorgung und Coronavirus-Infektionen

COVID-19-Infektionen sind in den Jahren 2020 und 2021 – trotz der pandemischen Gefahr, die von diesen ausging – von den reinen Fallzahlen her im Verhältnis zu anderen Krankheitsarten eher selten Grund für einen stationären Aufenthalt gewesen. Die nachfolgenden Kennzahlen basieren entsprechend auf einer nur sehr kleinen Datenbasis, obwohl hier eine umfassendere Zählweise der Fälle angewendet wurde: Grundlage der nachfolgenden Kennzahlen ist nicht wie sonst in diesem Kapitel allein die Entlassdiagnose (**III** Methodische Hinweise), sondern auch alle vorherigen Diagnosestellungen in der Fallgeschichte. Dies trägt dem Umstand

4 vgl. z. B. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

## 3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten

Tabelle 3.2.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
<b>Männer</b>				
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	2,4	24,0	9,9
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	2,0	14,9	7,6
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	0,9	11,9	12,9
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	1,7	11,5	6,7
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,8	9,2	12,1
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,7	8,6	12,0
C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,7	7,5	11,4
C83	Nicht follikuläres Lymphom	0,7	6,9	10,5
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1,1	6,1	5,4
C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	0,4	5,9	15,9
<b>Frauen</b>				
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	3,0	27,3	9,0
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	1,7	16,1	9,7
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	0,7	8,9	13,3
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	0,6	6,9	12,2
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,6	6,5	11,8
D25	Leiomyom des Uterus	1,2	5,3	4,5
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,4	4,9	11,7
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,4	4,8	11,8
C83	Nicht follikuläres Lymphom	0,4	4,3	11,0
C92	Myeloische Leukämie	0,2	4,2	18,3

Rechnung, dass bei der Bestimmung der finalen Entlassdiagnose, die sich daran orientiert, was maßgebliche Ursache des Behandlungsbedarfs war, eine COVID-19-Infektion nur selten als der ausschlaggebende Anlass für die stationäre Behandlung angegeben wurde. So waren 2021 nur 4,2% aller COVID-19-Diagnosen in der stationären Versorgung als Entlassdiagnosen gestellt worden. In Verbindung mit den anderen COVID-19-Fällen sind hingegen andere gravierende Gesundheitsprobleme dokumentiert, so trat oftmals eine Virus-Pneumonie (J12) häufig damit zusammen auf, was auch die deutliche Steigerung der Fallzahlen (»» Kapitel 3.2.2) bewirkt

hat. Andererseits ist aber genauso nicht ausgeschlossen, dass die COVID-19-Diagnose keine eigentliche Behandlung bedurfte, weil die Symptome nur leicht oder sogar nicht vorhanden waren und die Infektion bei den Routine-Tests festgestellt wurde, d. h. der Krankenhausaufenthalt *mit* einer COVID-19-Infektion, *aber nicht aufgrund* einer solchen Infektion samt schweren Verlauf erfolgte. Vor diesem Hintergrund sind die in »» Tabelle 3.2.6 dargestellten Fallzahlen trotz der erweiterten Zählweise gering, im aktuellen Berichtsjahr waren demnach 4,8 Behandlungsfälle im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose je 1.000 Versicherte erfolgt, da-

**Tabelle 3.2.6 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Geschlecht im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2021)**

Jahre	Geschlecht	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
2020	Männer	4,5	52,1	11,5
	Frauen	3,9	42,0	10,9
	<b>Gesamt</b>	<b>4,2</b>	<b>47,1</b>	<b>11,2</b>
2021	Männer	5,3	73,7	13,9
	Frauen	4,3	59,0	13,8
	<b>Gesamt</b>	<b>4,8</b>	<b>66,4</b>	<b>13,9</b>

aus resultierten wiederum 66,4 Behandlungstage je 1.000 Versicherte. Dies sind rund +19 Behandlungstage je 1.000 Versicherte mehr als im Vorjahr, während die Fallzahl nur geringfügig höher als im Jahr 2020 ist. Entsprechend ist die durchschnittliche

Verweildauer um mehr als 2 Tage länger. Im Vergleich zum Vorjahr ist wiederum der geschlechtsspezifische Unterschied bei den Kennzahlen geblieben, demgemäß Frauen weniger Behandlungsfälle und -tage aufweisen als Männer.

## 3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Krankenhausbehandlungen werden im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, die sich nur auf die krankengeldberechtigten BKK Mitglieder bezieht, von allen Versichertengruppen, d. h. von Kindern bis hin zu Rentnern, in Anspruch genommen. Dies gilt auch für das im vorherigen **»** Kapitel 2 dargestellte Geschehen in der ambulanten Versorgung. Allerdings ist in der stationären Versorgung das Krankheitspektrum ein deutlich anderes: Viele Erkrankungen – selbst schwerwiegende und chronische –, die in der ambulanten Versorgung gehäuft auftreten, führen nicht zwingend zu einem Krankenhausaufenthalt.

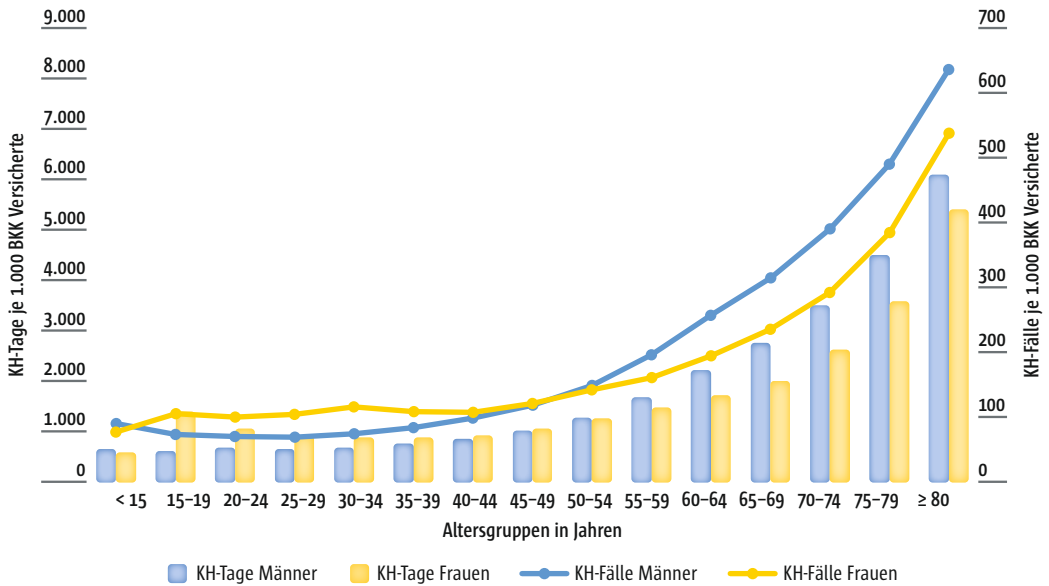
### 3.3.1 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht

- Männer sind nur wenig häufiger in stationärer Behandlung als Frauen. Im aktuellen Berichtsjahr hat sich diese geschlechtsspezifische Differenz allerdings besonders bei den Atmungssystem-Krankheiten deutlich vergrößert.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Ab dem 60. Lebensjahr ist dies vor allem für Männer der häufigste Grund einer stationären Behandlung.
- Anders bei den psychischen Störungen: Die meisten stationären Fälle und daraus resultierenden Behandlungstage bei den unter 60-jährigen gehen auf psychische Störungen zurück. Dabei sind Frauen nicht häufiger, aber im Schnitt deutlich länger in Behandlung als Männer.

Erwartungsgemäß sind Krankenhausbehandlungen bei jungen Menschen eher selten. Erst ab der zweiten Lebenshälfte (etwa ab dem 45. Lebensjahr) werden die Behandlungen häufiger, es nimmt dann mit steigendem Alter sowohl die Anzahl der Krankenhaufälle als auch die der -tage zu. So sind in den Altersgruppen jünger als 40 Jahre weniger als 100 stationäre Behandlungsfälle je 1.000 Versicherte dokumentiert. Wie erwähnt steigen die Kennwerte in der zweiten Lebenshälfte deutlich, so dass im Renteneintrittsalter (Altersgruppe 65 bis 69 Jahre) die Fallzahl mit 275,3 Fällen je 1.000 Versicherte demgegenüber fast dreimal so groß ist und bei den über 80-jährigen mit 581,3 Fällen je 1.000 Versicherte rund das Sechsfache beträgt. Äquivalent nehmen auch die Krankenhaustage mit dem Alter zu: Die 65- bis 69-jährigen waren im aktuellen Berichtsjahr 2021 durchschnittlich fast einen ganzen Tag mehr in stationärer Behandlung als der Gesamtdurchschnitt aller Versicherten (2,4 vs. 1,6 KH-Tage je Versicherten). Im Mittel waren Versicherte im Alter von 80 Jahren oder älter sogar fast 6 Tage in stationärer Behandlung.

Betrachtet man zudem die stationären Behandlungsfälle und -tage der Altersgruppen getrennt nach Geschlecht (**»** Diagramm 3.3.1), werden weitere Auffälligkeiten in bestimmten Lebensabschnitten ersichtlich. So sind Jungen bis zur Pubertät das „anfälliger“ Geschlecht (u. a. aufgrund deutlich höherer Kennwerte bei Atmungssystem-Erkrankungen, angeborener Fehlbildungen sowie bei Verletzungen/Vergiftungen). Sie sind in der Altersgruppe bis 15 Jahre mit 90,6 KH-Fällen je 1.000 Versicherte deutlich häufiger in stationärer Behandlung als Mädchen (77,2 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). In den Altersgruppen zwischen dem 15. und 39. Lebensjahr

Diagramm 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



sind hingegen die Fallzahlen und die damit einhergehenden Mengen an Behandlungstagen bei den Frauen höher als bei den Männern (hier schlagen sich insbesondere stationäre Aufenthalte aufgrund von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nieder mit mehr als 20 KH-Fällen je 1.000 Versicherte in den Altersgruppen zwischen 25 und 39 Jahren), während ab etwa 55 Jahren Männer wieder höhere Kennzahlen aufweisen.

Die unterschiedlichen Fallzahlen je nach Alter spiegeln sich auch in den altersgestaffelten Inanspruchnahmequoten wider (»»» Tabelle 3.3.1). So haben bei den unter 35-Jährigen mit 94,4% (Männer) bzw. 93,3% (Frauen) die überwiegende Mehrheit im

Jahr 2021 gar keinen Krankenhausaufenthalt gehabt. War eine stationäre Behandlung nötig, dann in den deutlich häufigeren Fällen nur einmal: Rund 5% sowohl bei Männern als auch bei Frauen wiesen nur einen KH-Fall im aktuellen Berichtsjahr auf, nur etwa 1% musste öfter stationär behandelt werden. Bei den Versicherten ab dem Rentenalter (65 Jahre und älter) ist der Anteil derer, die eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen haben generell höher (24,7% der Männer und 21,8% der Frauen weisen mindestens einen Krankenhausfall auf). Auch der Anteil der Mehrfachbehandlungen ist deutlich höher als bei den jüngeren Altersgruppen, von diesen weisen mehr als ein Drittel mehr als eine stationäre

Tabelle 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Quoten der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Anzahl der KH-Fälle	unter 35 Jahre		35 bis 64 Jahre		65 Jahre und älter		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Anteile in Prozent							
kein KH-Fall	94,4	93,3	90,1	90,4	75,3	78,2	89,2	89,1
1 KH-Fall	4,7	5,4	7,3	7,4	14,9	14,1	7,5	7,9
2 KH-Fälle	0,7	0,9	1,6	1,5	5,4	4,6	1,9	1,9
3 und mehr KH-Fälle	0,3	0,4	1,0	0,8	4,4	3,2	1,3	1,1

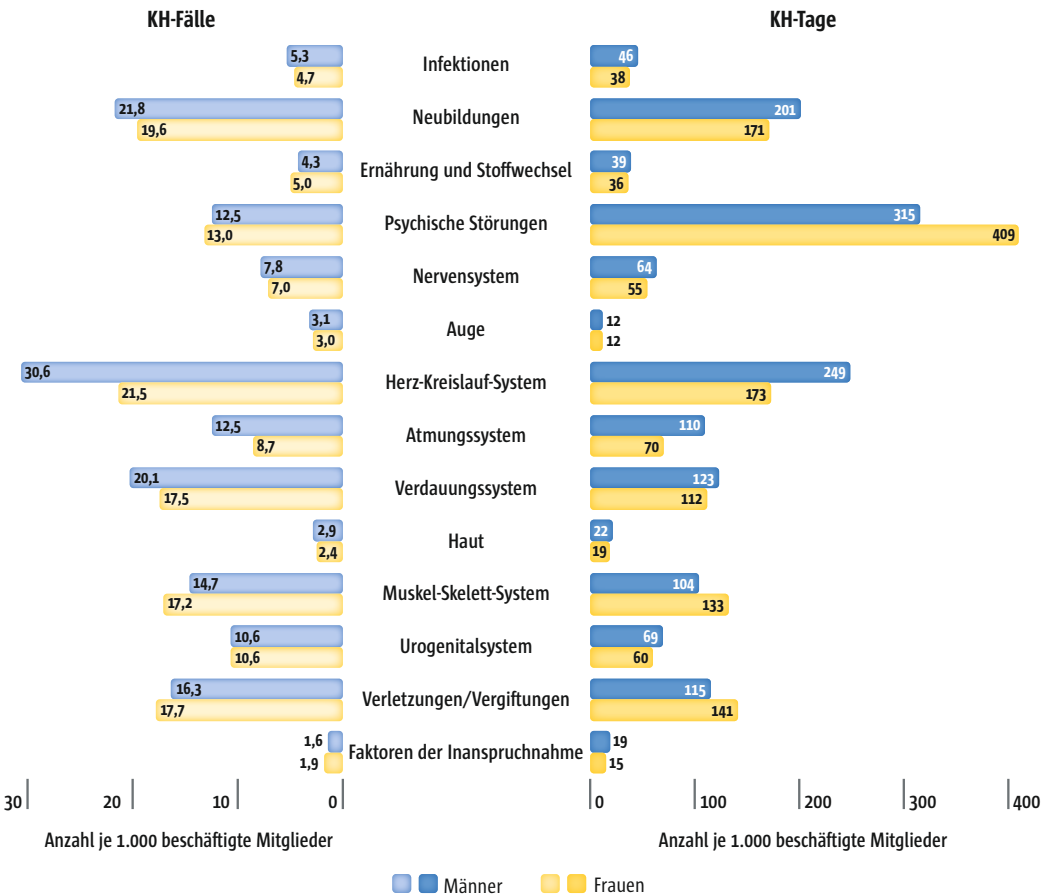
3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

näre Behandlung auf. Von allen Versicherten in dieser Altersgruppe sind sogar 4,4% der Männer sowie 3,2% der Frauen dreimal oder öfter im aktuellen Berichtsjahr im Krankenhaus zur Behandlung gewesen.

Insgesamt waren Männer etwas öfter in stationärer Behandlung als Frauen, im aktuellen Berichtsjahr beträgt der Unterschied immerhin 4,7% (Männer: 178,0 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte, Frauen: 170,0 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte). Hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl der Krankenhaustage besteht jedoch kaum ein Unterschied (Männer: 1.577 KH-Tage je 1.000 Versicherte; Frauen: 1.556 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Gegenüber dem Vorjahr sind damit die Kennwerte bei den Frauen stärker gestiegen als bei den Männern, was vor allem an einer deutlichen Steigerung bei den psychi-

schen Störungen liegt. Männer und Frauen weisen gleichermaßen aufgrund dieser Erkrankungsart die meisten Behandlungstage im Schnitt auf (»»» Diagramm 3.3.2). Gegenüber dem Vorjahr sind aber gerade bei den Frauen die Fälle (+10%) als auch die Tage (+13%) am stärksten gestiegen. Ohnehin besteht bei den psychischen Störungen eine sehr große geschlechtsspezifische Differenz bei den Behandlungstagen, die Frauen weisen fast ein Drittel mehr Behandlungstage auf als die Männer (409 KH-Tage vs. 315 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Frauen werden dagegen außerdem noch häufiger aufgrund von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Verletzungen und Vergiftungen stationär behandelt. Während bei den letzten beiden genannten Diagnosegruppen auch die Menge der Krankenhaustage bei den

Diagramm 3.3.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



Frauen im Vergleich zu den Männern höher ist, ist bei den Stoffwechselkrankheiten hingegen eine geringfügig höhere Zahl an Behandlungstagen bei den Männern gegenüber den Frauen zu finden, woraus für die Männer eine höhere durchschnittliche Falldauer resultiert (9,2 vs. 7,3 Tage je Fall). Bei den psychischen Erkrankungen sind es hingegen die Frauen, die im Schnitt länger in Behandlung sind (31,5 vs. 25,2 Tage je Fall). Anders hingegen bei den Krankheiten des Atmungssystems: Bei diesen weisen die Männer fast um die Hälfte mehr Behandlungsfälle und -tage auf als die Frauen. Diese Differenz bestand schon in den letzten Jahren, sie hat sich allerdings in der Pandemiezeit noch einmal deutlich vergrößert, so auch im aktuellen Berichtsjahr. In ähnlicher Größenordnung ist zudem der Geschlechtsunterschied bei den Kennzahlen bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzufinden. Männer weisen hier im Durchschnitt 30,6 KH-Fälle je 1.000 Versicherte Frauen hingegen „nur“ 21,5 KH-Fälle je 1.000 Versicherte auf.

»» Diagramm 3.3.3 und »» Diagramm 3.3.4 zeigen für ausgewählte Krankheitsarten die jeweiligen Krankenhausfälle bzw. -tage. Dabei ist zu erkennen, dass stationäre Behandlungen von Kindern und Ju-

gendlichen in der Altersgruppe **unter 15 Jahren** insgesamt selten sind, am häufigsten sind dabei noch Verletzungen/Vergiftungen Grund für eine Krankenhausbehandlung (13,6 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Andere Behandlungen wie etwa die aufgrund psychischer Störungen sind relativ selten: So waren im Jahr 2021 durchschnittlich nur 5,1 KH-Fälle je 1.000 Versicherte und 173 Behandlungstage je 1.000 Versicherte in dieser Altersgruppe zu verzeichnen.

**In der Altersgruppe von 15 bis 19 Jahren** verändert sich das Verhältnis der Kennwerte von männlichen und weiblichen Versicherten: Weibliche Jugendliche dieses Alters sind deutlich häufiger in stationärer Behandlung als männliche – was auch damit zusammenhängt, dass in dieser Altersgruppe die stationären Behandlungen aufgrund von psychischen Störungen zunehmen: Fast jeder vierte Krankenhausfall bei den 15- bis 19-jährigen ist aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung erfolgt, sogar rund zwei Drittel der Krankenhaustage gehen auf diese Diagnosehauptgruppe zurück. Dabei ist der geschlechtsbezogene Unterschied bei der Falldauer in keiner anderen Altersgruppe so groß wie in dieser (Frauen: 34 KH-Tage je Fall vs. Männer: 23 KH-Tage je Fall). Zumindest einen kleinen Unter-

Diagramm 3.3.3 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2021)

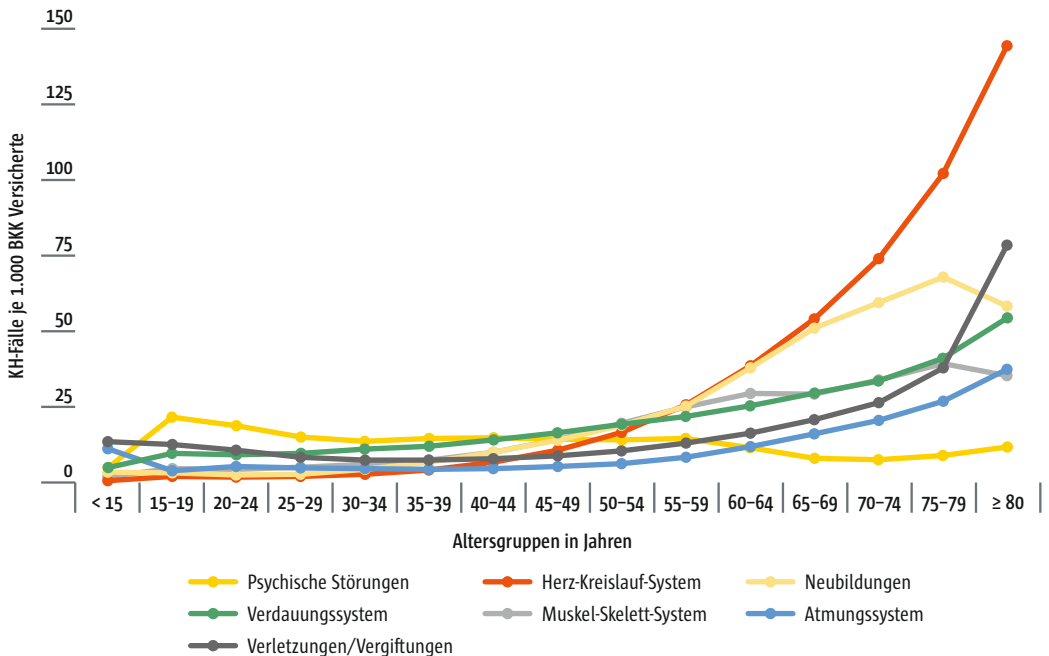
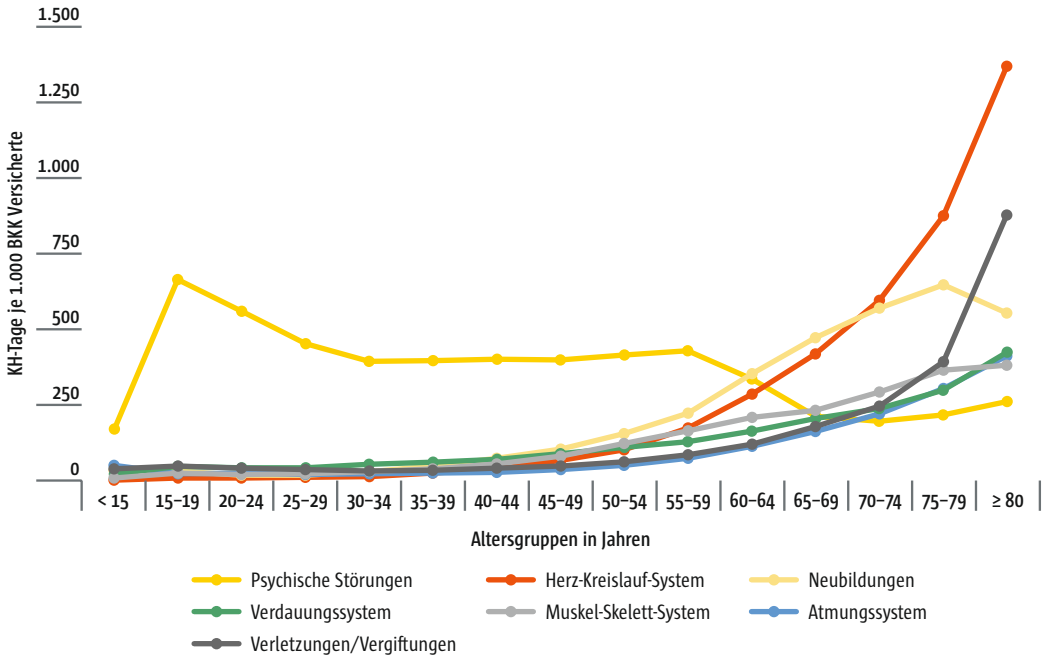


Diagramm 3.3.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2021)



schied in die entgegengesetzte Richtung besteht bei den Verletzungen und Vergiftungen: Hiervon sind männliche Jugendliche mit 15,3 Fällen je 1.000 Versicherte etwas häufiger betroffen als weibliche (10,2 KH-Fälle je 1.000 Versicherte).

**In den jüngeren Erwachsenengruppen bis etwa 39 Jahre** werden Frauen durchweg deutlich häufiger als Männer stationär behandelt. Die Unterschiede erklären sich wie schon erwähnt wesentlich aus Schwangerschaft und Geburt (so führen in der Regel zwischen 25 und 39 Jahren Schwangerschaft und Entbindung bei Frauen am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt), aber auch frauenspezifische Urogenitalerkrankungen und Neubildungen tragen dazu bei. Das Morbiditätsspektrum der Männer zwischen 20 und 39 Jahren ist hingegen anders geprägt: Diese sind am häufigsten aufgrund psychischer Krankheiten in stationärer Behandlung, darunter vielfach wegen Alkoholabhängigkeit. Da psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) eine relativ kurze Falldauer aufweisen (» Tabelle 3.2.3), ist die durchschnittliche Behandlungsdauer psychischer Störungen bei den Männern in diesem Altersbereich etwa eine Woche kürzer als die der Frauen.

Insgesamt dominieren **in den Altersgruppen bis zum 60. Lebensjahr** die psychischen Störungen mit dem größten Anteil an den stationären Behandlungstagen. Erst danach sind es insbesondere die Neubildungen sowie die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aufgrund derer sich mehr Krankenhaustage summieren – wobei die Kennwerte aufgrund psychischer Erkrankungen bei den Altersgruppen über 60 Jahre gleichzeitig deutlich zurückgehen. Die stationären Behandlungen aufgrund von Neubildungen nehmen ab dem 40. Lebensjahr vor allem bei den Frauen zu, so sind im aktuellen Berichtsjahr bei den 40- bis 59-Jährigen Neubildungen häufigster Aufnahmegrund bei den weiblichen Versicherten. Bei den Männern dieser Altersgruppe zeichnet sich hingegen die besondere Anfälligkeit für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ab: Ab 50 Jahren ist dies bei ihnen der häufigste Grund für eine stationäre Behandlung.

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sind wiederum **ab 65 Jahren** sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die häufigste stationäre Diagnose – wobei dennoch Frauen im Vergleich zu den Männern auch in den höheren Altersgruppen durchweg deutlich geringere Fallhäufigkeiten und entsprechend weniger Behandlungstage aufweisen. Bei



den über 80-Jährigen geht schließlich etwa jeder vierte Behandlungsfall und -tag auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zurück. Zweithäufigster Behandlungsgrund in dieser Altersgruppe sind die Verletzungen und Vergiftungen, wobei Frauen häufiger aus diesem Grund in stationärer Behandlung sind als Männer (91,0 vs. 63,4 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Ein wesentlicher Grund hierfür dürfte die in dieser Altersgruppe stark zunehmende Zahl von Sturzunfällen sein, insbesondere im Zusammenhang mit altersbedingten Schädigungen im Muskel-Skelettsystem (u. a. Osteoporose).

Vergleicht man die stationäre Versorgung psychischer Störungen mit dem Geschehen in anderen Leistungsbereichen, zeigen sich einige Unterschiede: Die hohen stationären Fallzahlen spiegeln sich bei den 15- bis 19-Jährigen nicht in gleicher Weise in Kennwerten aus der ambulanten Versorgung oder bei Arzneimittelverordnungen wider, in diesen Leistungssektoren sind die höchsten Kennwerte vielmehr in der zweiten Lebenshälfte zu verzeichnen. So sind ambulante Behandlungen genauso wie Psychopharmaka-Verordnungen gerade bei Versicherten im Rentenalter ungebrochen häufig. Hierbei ist aber ähnlich wie bei den stationären Behandlungen zumindest teilweise ein Kennwertrückgang für Versicherte im Bereich des Renteneintrittsalters zu erkennen.

#### 3.3.2 Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus

- Rentner sind um ein Mehrfaches öfter und länger in stationärer Behandlung als Beschäftigte oder Familienangehörige. Häufigster Grund für einen stationären Aufenthalt bei diesen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Jeder fünfte Behandlungstag der Rentner ist darauf zurückzuführen.
- Auch Arbeitslose weisen überdurchschnittlich viele Behandlungsfälle und -tage auf. Diese sind hingegen am häufigsten aufgrund von psychischen Störungen im Krankenhaus: Mehr als die Hälfte aller Behandlungstage geht auf diese Krankheitsart zurück.
- Nach einem starken Rückgang der Kennwerte bei den ALG-I-Empfängern im Vorjahr liegen diese im Jahr 2021 fast wieder auf dem Niveau vor der Pandemie: Vor allem für diese ist die Anzahl an Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen wieder deutlich gestiegen.

Die Gruppe der Versicherten besteht aus verschiedenen Subgruppen (» Diagramm 0.1.1) von denen nachfolgend die beschäftigten Mitglieder, die Arbeitslosen (unterschieden zwischen ALG-I- und ALG-II-Empfängern), die Familienangehörigen sowie die Rentner differenziert betrachtet werden.

Da zu den Familienangehörigen vor allem Kinder und Jugendliche zählen, sind hier die entsprechenden Kennzahlen erwartungsgemäß am niedrigsten (» Tabelle 3.3.2): Im aktuellen Berichtsjahr 2021 sind 98,6 KH-Fälle und 859 KH-Tage je 1.000 Familienangehörige aufgetreten. Wie ebenfalls aufgrund des höheren Durchschnittsalters (» Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten) zu erwarten ist, weisen die weiblichen Familienangehörigen dabei mehr Fälle und entsprechend mehr Tage auf als die männlichen. Gegenüber dem Vorjahr ist mit +11% außerdem für diese die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen am deutlichsten gestiegen. Für die beschäftigten Mitglieder – die weitaus größte Versichertengruppe in diesem Vergleich – sind ähnlich viele Behandlungstage wie bei den Familienangehörigen zu verzeichnen, bei allen weiteren Versichertengruppen sind die Kennwerte hingegen deutlich höher: Die Gruppe der Rentner weist dabei die meisten Krankenhausfälle und -tage auf. So war jeder Rentner im Durchschnitt 2021 rund 4 Tage in stationärer Behandlung und auch die Inanspruchnahmequote ist mit Abstand am höchsten: Mehr als jede fünfte berentete Frau und sogar fast jeder vierte berentete Mann ist innerhalb des Jahres mindestens einmal im Krankenhaus gewesen. Aber auch für Arbeitslose (sowohl bei ALG-I- als auch ALG-II-Empfängern) sind hohe Kennzahlen zu verzeichnen, in der Regel sind es mehr als doppelt so viele Fälle und mehr als dreimal so viele Behandlungstage wie bei den Familienangehörigen und beschäftigten Mitgliedern. Hierbei fällt außerdem die Differenz hinsichtlich der Krankenhausquote auf, diese ist bei den ALG-I-Empfängern trotz der relativ hohen durchschnittlichen Zahl an Behandlungsfällen und -tagen im Vergleich der Versichertengruppen die zweitniedrigste. Daraus lässt sich schließen, dass in dieser Gruppe der Anteil derer, die mehrfach im Jahr im Krankenhaus sind, relativ hoch ist.

Im Zeitreihenvergleich über die letzten 8 Jahre (» Diagramm 3.3.5) fallen besonders die ALG-I-Empfänger auf. Hier gab es auch schon vor der Zeit mit der Coronavirus-Pandemie größere Schwankungen als bei den anderen Versichertengruppen, etwa der deutliche Anstieg von 2015 zu 2016 (zur berücksichtigen ist dabei allerdings, dass es sich bei den ALG-I-Empfängern um eine relativ kleine Gruppe handelt). Im ersten Pandemiejahr 2020 war für die ALG-I-Emp-

**Tabelle 3.3.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)**

Versichertengruppen	Geschlecht	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall	KH-Quote
		je 1.000 BKK Versicherte			in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	105,3	792	7,5	7,0
	Frauen	111,0	862	7,8	7,7
	<b>Gesamt</b>	<b>107,9</b>	<b>824</b>	<b>7,6</b>	<b>7,3</b>
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	244,7	2.752	11,2	6,6
	Frauen	230,3	2.803	12,2	6,7
	<b>Gesamt</b>	<b>238,1</b>	<b>2.776</b>	<b>11,7</b>	<b>6,7</b>
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	261,3	3.113	11,9	11,3
	Frauen	231,7	2.512	10,8	11,5
	<b>Gesamt</b>	<b>246,6</b>	<b>2.814</b>	<b>11,4</b>	<b>11,4</b>
Familienangehörige	Männer	91,6	737	8,1	6,1
	Frauen	103,7	947	9,1	6,6
	<b>Gesamt</b>	<b>98,6</b>	<b>859</b>	<b>8,7</b>	<b>6,4</b>
Rentner	Männer	461,7	4.383	9,5	24,1
	Frauen	377,4	3.675	9,7	21,4
	<b>Gesamt</b>	<b>417,3</b>	<b>4.011</b>	<b>9,6</b>	<b>22,7</b>
BKK Versicherte insgesamt	Männer	178,0	1.577	8,9	10,8
	Frauen	170,0	1.556	9,2	10,9
	<b>Gesamt</b>	<b>174,0</b>	<b>1.567</b>	<b>9,0</b>	<b>10,8</b>

fänger wiederum der stärkste Rückgang zu verzeichnen – für diese fiel etwa jeder vierte Behandlungsfall und -tag weg. Auch bei den anderen Versichertengruppen gingen die Kennwerte deutlich zurück und verharren auch im aktuellen Berichtsjahr auf niedrigem Niveau, was sich am augenfälligsten bei den Rentnern zeigt. Bei den ALG-I-Empfängern hingegen sind die Kennwerte im aktuellen Berichtsjahr 2021 im Vergleich zu Vorjahr wieder deutlich gestiegen und zwar um +10% bei den stationären Behandlungsfällen und +20% bei den Behandlungstagen.

Differenziert man für die genannten Versichertengruppen wiederum nach Erkrankungsarten so zeigen sich deutliche Unterschiede im Krankheitsgeschehen (»» Diagramm 3.3.6). So fallen bei den Rentnern für fast jede der hier aufgeführten Diagnosehauptgruppen – mit Ausnahme der psychischen Störungen – mehr Behandlungstage als bei den anderen Versichertengruppen an. Wie schon die Erkenntnisse zu Erkrankungsarten in Abhängigkeit

vom Alter vermuten lassen, sind es die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, die hier wiederum auch relativ betrachtet bei den Rentnern mit rund 20% aller Behandlungstage den größten Anteil ausmachen. Besonders stechen in diesem Vergleich aber die große Anzahl bzw. die Anteile an Behandlungstagen aufgrund psychischer Störungen bei den Arbeitslosen hervor: Sowohl bei den ALG-I- als auch den ALG-II-Empfängern geht mindestens jeder zweite Behandlungstag auf Erkrankungen aus diesem Diagnosespektrum zurück. Es ist allerdings auch festzustellen, dass gerade bei den ALG-I-Empfängern die Zahl der Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen nach einem deutlichen Rückgang im Vorjahr nun mit +27% überdurchschnittlich stark gegenüber dem Vorjahr zugenommen hat (das Vor-Pandemie-Niveau wird dadurch allerdings noch nicht wieder erreicht). Der zuvor schon beschriebene Anstieg der Kennwerte für die ALG-I-Empfänger lässt sich wesentlich darauf zurückführen.

Diagramm 3.3.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen für ausgewählte Versichertengruppen im Zeitverlauf (2014–2021)

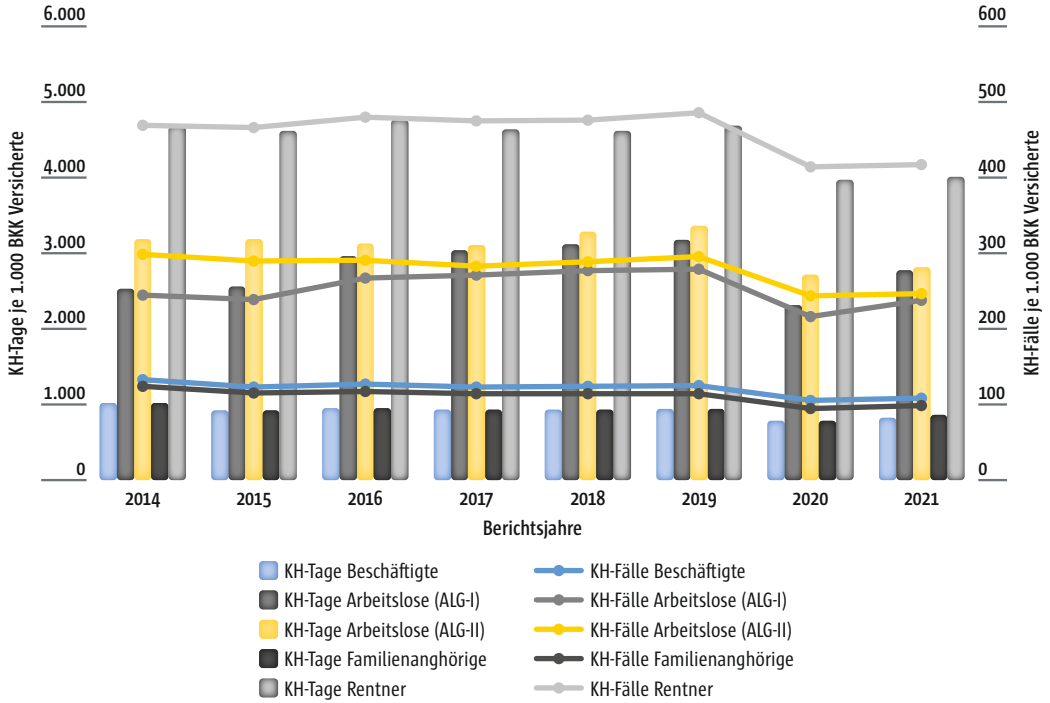
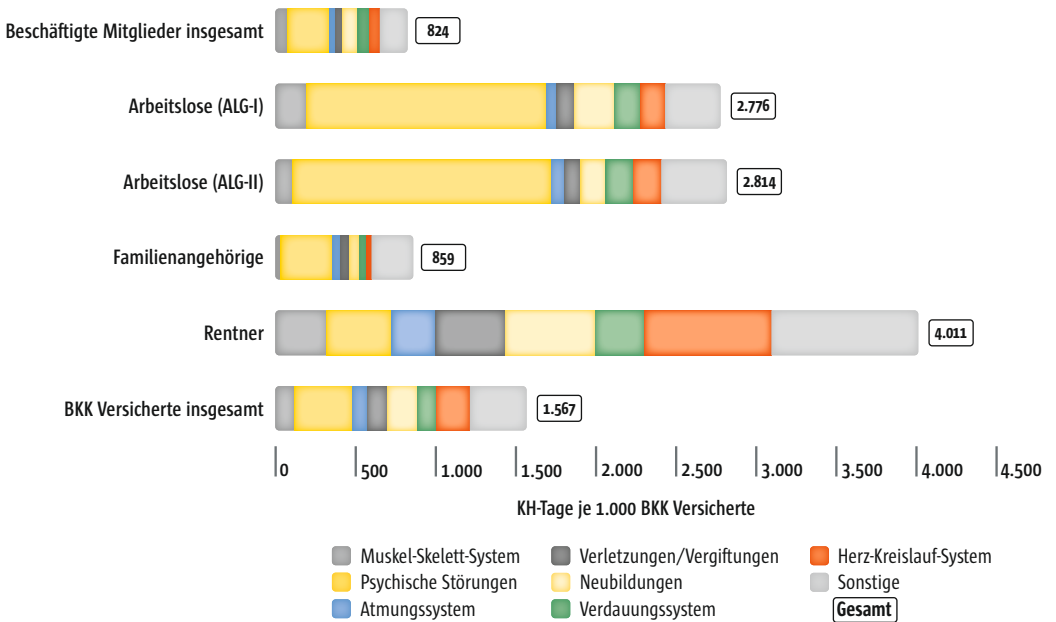
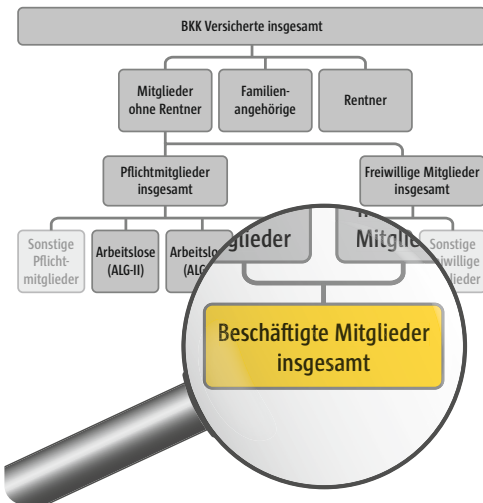


Diagramm 3.3.6 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



### Fokus Beschäftigte Mitglieder

- Beschäftigte weisen durchweg rund ein Drittel weniger Behandlungstage auf als die Versicherten insgesamt.
- Gegenüber dem Vorjahr sind bei den Beschäftigten besonders deutlich zwei Veränderungen zu beobachten: Zum einen sind die Kennzahlen aufgrund von psychischen Störungen bei den 20- bis 30-jährigen gestiegen, zum anderen sind mehr Fälle aufgrund von Atmungssystem-Erkrankungen bei den Beschäftigten ab 45 Jahren zu verzeichnen, die zudem mit einer höheren Verweildauer einhergehen.



Da die Gruppe der beschäftigten Mitglieder fast die Hälfte aller Versicherten ausmacht und in diesem Kapitel bei den nachfolgenden arbeitsweltlichen Analysen im Fokus steht, sollen an dieser Stelle weitere Details zu den Beschäftigten dargestellt werden. Für diese Versichertengruppe wurde schon zuvor festgestellt, dass deren KH-Kennzahlen relativ zu den anderen Gruppen sehr niedrig sind. Auch bei der Differenzierung nach Alter fallen die Kennwerte bei den Beschäftigten (»» Diagramm 3.3.7 und »» Diagramm 3.3.8) im Vergleich zu allen Versicherten (»» Diagramm 3.3.3 und »» Diagramm 3.3.4) niedriger aus, so ist etwa die durchschnittliche Anzahl an stationären Behandlungstagen durchweg um rund ein Viertel niedriger, wobei in der Altersgruppe ab 65 Jahren zudem noch eine deutliche Reduktion der Kennwerte – anders als bei den Versicherten insgesamt – zu beobachten ist: Erreichen sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierenden Behand-

lungstage Höchststände in der vorherigen Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen, so gehen bei den Älteren die Kennwerte um rund ein Viertel zurück. Dies ist auf den sogenannten *healthy worker effect* zurückzuführen, wie er auch in den meisten anderen Leistungsbereichen zu beobachten ist. Demnach sind Erwerbstätige, die kurz vor dem Renteneintrittsalter stehen (bzw. eigentlich schon im Rentenalter sind), meist gesünder als jüngere Beschäftigte, was aber wesentlich einen vorherigen Selektionseffekt widerspiegelt: Personen mit chronischen bzw. schweren Erkrankungen sind häufig schon vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, so dass diese in der Gruppe der Beschäftigten ab 65 Jahren nicht mehr enthalten sind. Dieser Effekt ist mehr oder weniger stark bei allen dargestellten Erkrankungsarten zu beobachten. Während aber beispielsweise bei Atmungssystem-Erkrankungen oder Verletzungen und Vergiftungen die Behandlungstage nur in relativ geringem Maße zurückgehen, fällt diese Reduktion hingegen bei den psychischen Störungen besonders stark aus und setzt sogar früher als bei den anderen Diagnosehauptgruppen ein. Bei den psychischen Störungen ist außerdem im Vergleich zum Vorjahr eine besondere Steigerung der Kennzahlen bei den Beschäftigten zwischen 20 und unter 30 Jahren zu beobachten. Bei diesen waren ein Fünftel mehr Fälle und ein Viertel mehr Behandlungstage zu verzeichnen. Anders hingegen bei den Krankheiten des Atmungssystems: Besonders die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage ist für diese bei den Beschäftigten älter als 45 Jahre mit rund +30% angestiegen. Die Fallzahlen sind hingegen weit weniger deutlich gestiegen, d. h. die Beschäftigten dieser Altersgruppen weisen eine erheblich längere Verweildauer auf. Beide Effekte lassen sich bei den Beschäftigten sehr deutlich beobachten während dies bei den Versicherten insgesamt deutlich weniger erkennbar ist.

#### Exkurs monatliche Entwicklung der stationären Versorgung der beschäftigten Mitglieder

An dieser Stelle wird, wie schon bei den Versicherten insgesamt, auch für die beschäftigten Mitglieder ein Blick auf die unterjährige Entwicklung von Fallzahlen bestimmter Erkrankungsarten (»» Diagramm 3.3.9) sowie der daraus resultierenden Behandlungstage (»» Diagramm 3.3.10) geworfen. Dabei sind wie zu erwarten, insbesondere die Kennwerte bezogen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich niedriger, aber auch die Kennwerte für

Diagramm 3.3.7 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2021)

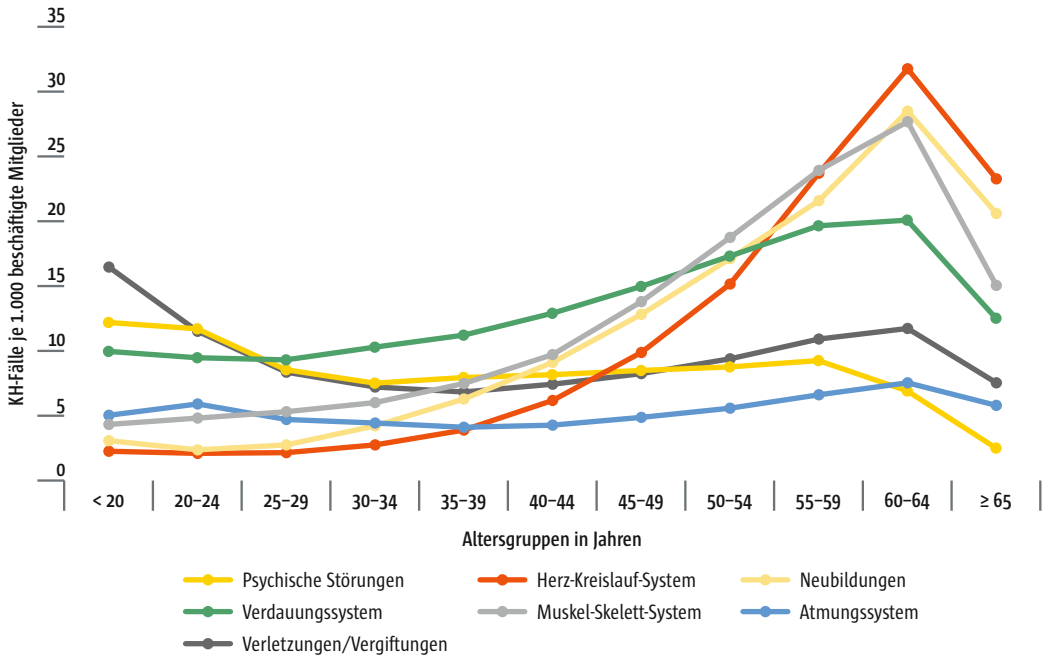
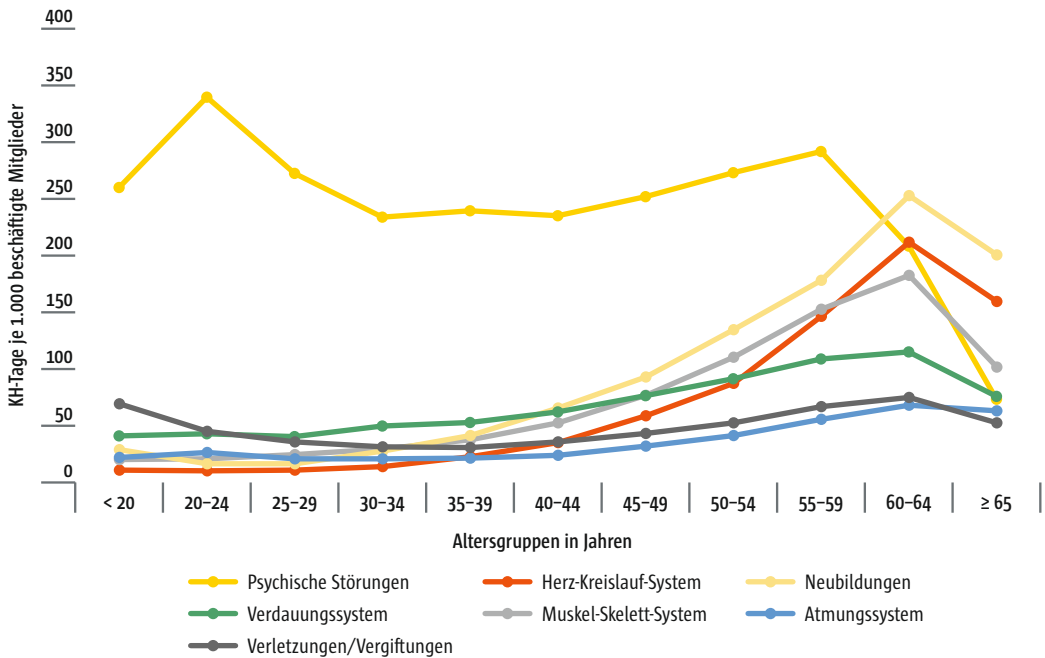
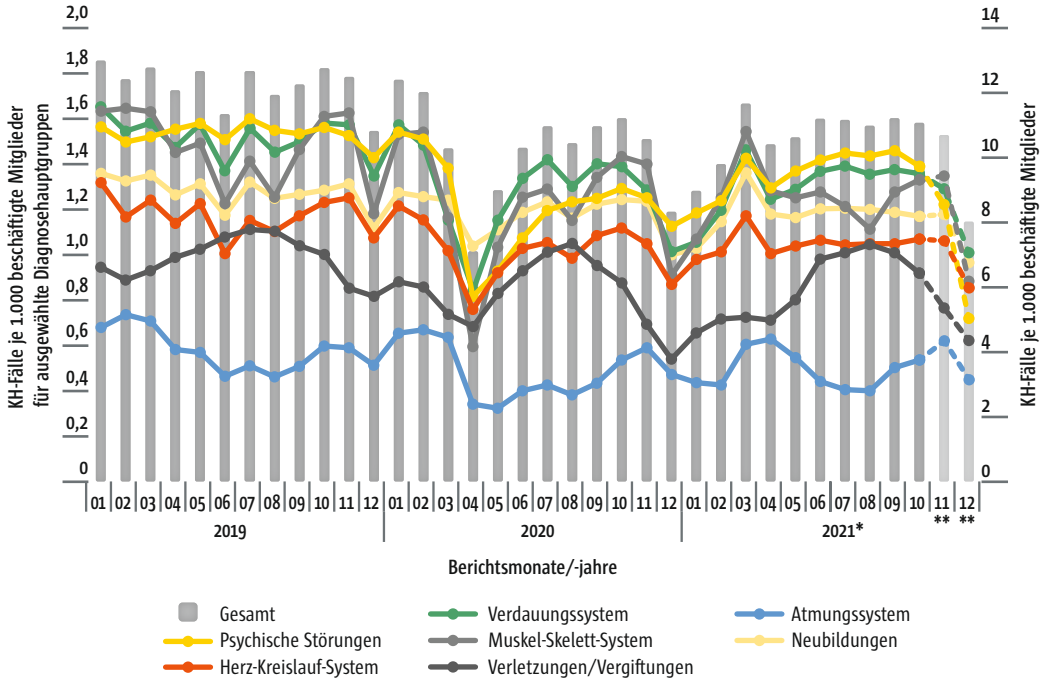


Diagramm 3.3.8 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2021)



## 3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 3.3.9 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)



\* Für das aktuellste Berichtsjahr sind noch nicht die kompletten KH-Fälle im Diagramm abbildbar, da nur abgeschlossene Fälle für die Auswertungen des aktuellen Berichtsjahres vorliegen!

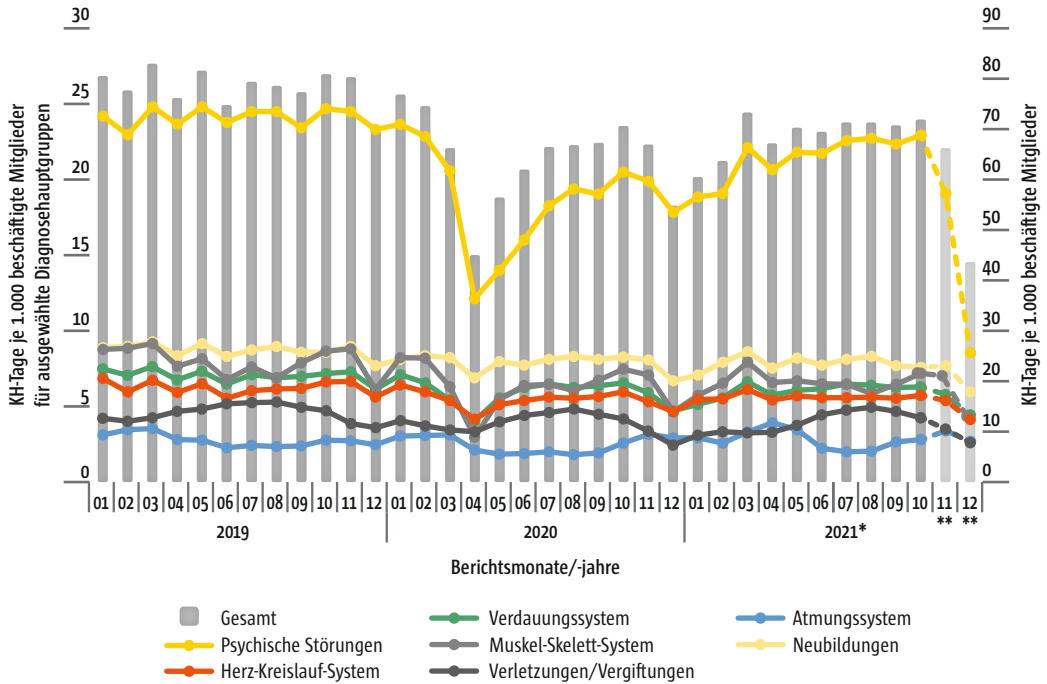
\*\* Besonders betroffen sind hiervon die Monate November und Dezember des aktuellen Berichtsjahres.

Verletzungen/Vergiftungen sowie Atmungssystem-Erkrankungen sind bei den Beschäftigten erkennbar niedriger als bei den Versicherten insgesamt. Die Verlaufskurven sowie der jeweilige Vergleich zu den Vorjahreswerten sind hingegen sehr ähnlich zu denen für die BKK Versicherten (»» Diagramm 3.2.4 und »» Diagramm 3.2.5). Auch bei den Beschäftigten ist sehr deutlich das Einbrechen der Fallzahlen im April 2020 zu erkennen: In diesem Monat sind die Fallzahlen gegenüber dem Vorjahresmonat mit rund -60% am stärksten bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen reduziert. Auch die Kennwerte bei den psychischen Störungen sind deutlich zurückgegangen, Behandlungsfälle und -tage haben sich in diesem Zeitraum etwa halbiert. Ebenso wie bei den Versicherten insgesamt sind des Weiteren auch die leichten Rückgänge im August sowie im Dezember 2020 und im April 2021 bei den auf die Beschäftigten bezogenen Kennzahlen zu beobachten. Bei diesen Schwankungen sieht man außerdem, dass sich bei den Beschäftigten für einige Diagnosegruppen stärkere Ausschlä-

ge bei den Fallzahlen zeigen, als bei den Versicherten insgesamt: So weisen die Beschäftigten in den genannten Monaten jeweils einen stärkeren Rückgang der Behandlungsfälle für Krankheiten des Verdauungssystems sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen auf als die Versicherten insgesamt. Bei diesen Erkrankungsarten scheinen die Beschäftigten also häufiger minderschwere Fälle bzw. solche, die elektiv behandelt werden können, aufzuweisen.

Wie man schon anhand der Anteildarstellung im »» Diagramm 3.3.6 ablesen konnte, bestimmen auch bei den Beschäftigten die gleichen Erkrankungsarten wie bei den Versicherten insgesamt das stationäre Geschehen. Allerdings machen – wie aufgrund der Altersverteilung zu erwarten ist – die psychischen Störungen einen etwas größeren Anteil (31,3%) aus, als sie es bei den Versicherten insgesamt tun, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind hingegen bei den Beschäftigten in deutlich geringerem Maße (8,2%) für stationäre Behandlungstage ursächlich.

Diagramm 3.3.10 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)



\* Für das aktuellste Berichtsjahr sind noch nicht die kompletten KH-Tage im Diagramm abbildbar, da nur abgeschlossene Fälle für die Auswertungen des aktuellen Berichtsjahres vorliegen!

\*\* Besonders betroffen sind hiervon die Monate November und Dezember des aktuellen Berichtsjahres.

Beim Blick auf die Einzeldiagnosen für die Beschäftigten (»»» Tabelle 3.3.3) zeigt sich wiederum in einigen Bereichen eine deutliche Verschiebung im Krankheitsgeschehen im Vergleich zu den Versicherten insgesamt (»»» Tabelle 3.2.2). Zwar sind auch bei den Beschäftigten die beiden Depressionsdiagnosen (F32, F33) diejenigen mit den meisten Behandlungstagen, danach folgen aber noch zwei weitere psychische Störungen, und zwar die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) sowie die somatoformen Störungen (F45). Auch die sechsthäufigste stationär vergebene Einzeldiagnose – die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) – kommt aus dem Spektrum der psychischen Störungen. Insbesondere letztere hat gegenüber dem Vorjahr mit +24% besonders bei den Behandlungstagen zugelegt. Die bei weitem größte Steigerung der Kennwerte weist pandemiebedingt hingegen die Viruspneumonie (J12) auf:

Zweieinhalbmal so viele Fälle und fast dreimal so viele daraus resultierende Behandlungstage wurden dadurch verursacht. Nur geringfügige Schwankungen zeigten sich in den letzten Jahren hingegen bei der Behandlung von Brustkrebs (C50). Die besondere Bedeutung dieser Erkrankung zeigt sich hierbei dadurch, dass selbst für beide Geschlechter zusammengekommen diese Diagnose in diesem Ranking an achter Stelle steht. Auch im Hinblick auf Muskel-Skelett-Erkrankungen sind für Beschäftigte andere Diagnosen relevant, so etwa bei den stationär behandelten Bandscheibenschäden (M51) sowie Kniegelenksarthrose (M17). Die in der ambulanten Versorgung häufig behandelten Rückenschmerzen (M54) (»»» Tabelle 2.3.3) sind hingegen wie schon im Vorjahr nicht in diesem Top 10-Ranking zu finden. Möglicherweise sind stationäre Rückenschmerz-Behandlungen eher aufschiebbar bzw. wurden unter den Pandemiebedingungen nur ambulant versorgt.

### 3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

**Tabelle 3.3.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2021)**

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,3	99,7	43,9
F32	Depressive Episode	1,4	56,3	39,2
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,7	17,9	10,8
F45	Somatoforme Störungen	0,7	14,1	20,8
J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	1,1	12,4	11,3
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,5	11,3	23,4
K80	Cholelithiasis	2,1	10,6	5,1
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1,2	10,1	8,4
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,5	9,1	6,1
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1,1	8,7	7,7

#### 3.3.3 Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen

Für die weitere Analyse stationärer Versorgungsdaten hinsichtlich der Unterschiede nach höchstem erreichten Schul- und Ausbildungsabschluss wird ebenfalls die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt betrachtet, da nur bei dieser Versicherten-Gruppe die Zuordnung entsprechend der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) vorliegt.

##### Höchster Schul- und Berufsabschluss

- Je höher der Schulabschluss der Beschäftigten, desto seltener sind diese in stationärer medizinischer Behandlung: Beschäftigte mit (Fach-)Abitur weisen rund -40% weniger Behandlungsfälle und -tage auf als diejenigen mit Haupt-/Volksschulabschluss.
- Auch bei höheren Ausbildungsabschlüssen sind die Kennwerte mit höherem Niveau geringer. So sind diese bei Hochschulabsolventen um ein Drittel geringer als bei denjenigen mit einem einfachen Ausbildungsabschluss.

Ähnlich wie im AU-Geschehen zeigt sich auch in der stationären Versorgung, dass bei denjenigen mit einem bekannten Schulabschluss mit höherem schulischem Bildungsgrad eine Abnahme der KH-

Kennzahlen einhergeht (»»» Tabelle 3.3.4). Im Vergleich zwischen den verschiedenen Schulabschlüssen – genauso wie der nachfolgend dargestellte höchste Ausbildungsabschluss ist dies ein mittelbarer Indikator für den sozialen Status der Beschäftigten – ist dabei die Gruppe mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss diejenige, die insgesamt im Schnitt am häufigsten stationär behandelt wurde (139,9 KH-Fälle je 1.000 Beschäftigte) und entsprechend die meisten Behandlungstage aufweist (1.036 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Für die Beschäftigten mit (Fach-)Abitur sind hingegen die niedrigsten Kennwerte festzustellen, immerhin über ein Viertel weniger Behandlungsfälle und -tage als der Durchschnitt aller Beschäftigten und sogar rund -40% weniger als Beschäftigte mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss. Bei denjenigen mit (Fach-)Abitur besteht zudem die größte relative Differenz zwischen den Geschlechtern: Für Frauen mit (Fach-)Abitur sind rund +22% mehr Krankenhausfälle und +27% mehr Behandlungstage dokumentiert als für Männer mit gleichem Schulabschluss.

Auch in den Kennzahlen differenziert nach höchstem beruflichen Ausbildungsabschluss ist ein Muster erkennbar, hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass zwei Versichertengruppen relativ zu allen anderen sehr jung sind: Die Beschäftigten ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss sowie diejenigen mit einem Bachelor-Abschluss sind mit einem Durchschnittsalter von knapp über 34 Jahren



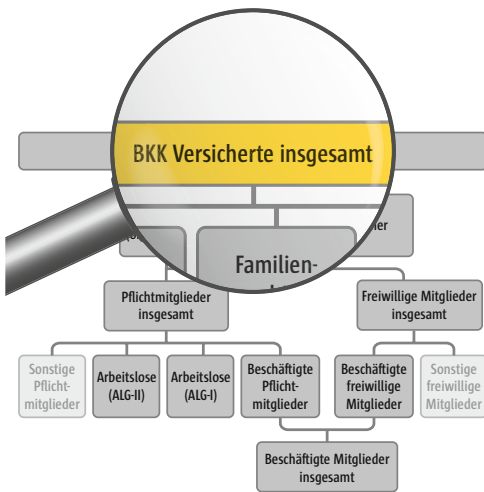
**Tabelle 3.3.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)**

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	KH-Fälle			KH-Tage		
			Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
je 1.000 beschäftigte Mitglieder								
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	44,3	96,0	96,6	96,2	726	660	706
	Haupt-/Volksschulabschluss	46,0	137,8	144,3	139,9	1.015	1.078	1.036
	Mittlere Reife oder gleichwertig	42,1	106,2	120,3	113,2	796	918	857
	Abitur/Fachabitur	39,8	74,7	91,4	82,9	556	704	629
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	34,5	100,3	119,9	108,6	758	923	828
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	44,3	118,8	121,0	119,8	886	924	904
	Meister/Techniker oder gleichwertig	46,1	103,2	99,0	102,1	739	700	729
	Bachelor	34,3	56,3	82,3	68,9	402	627	511
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	43,8	74,1	83,5	78,2	538	644	584
	Promotion	44,4	70,3	73,6	71,7	518	510	514
<b>Gesamt</b>		<b>42,7</b>	<b>105,3</b>	<b>111,0</b>	<b>107,9</b>	<b>792</b>	<b>862</b>	<b>824</b>

mehr als 8 Jahre jünger als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Die höchsten Werte in diesem Vergleich sind mit 119,8 KH-Fällen bzw. 904 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte bei denjenigen mit einem Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung zu finden. Nur wenig geringer sind allerdings die Kennzahlen bei den Beschäftigten ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss. Zu letztgenannter Gruppe zählen viele Auszubildende, es sind aber auch ältere Personen darunter, die aus anderen Gründen keinen Abschluss erlangt haben oder dieser nicht anerkannt wurde. Die ebenfalls wie erwähnt sehr jungen Bachelor-Absolventen hingegen weisen deutlich unterdurchschnittlich viele Behandlungsfälle und -tage auf: Bei den Frauen sind die Kennwerte im Vergleich

zu den Beschäftigten insgesamt um rund ein Viertel geringer, bei den Männern sogar nur rund halb so groß. Sieht man von diesen beiden sehr jungen Berufsabschlussgruppen ab, da diese vor allem aufgrund des geringeren Durchschnittsalters auffällig sind, so ist bei den weiteren Ausbildungsabschlüssen eine ähnliche Tendenz wie bei den Schulabschlüssen zu erkennen: Mit höherem Abschlussniveau gehen niedrigere Kennwerte einher. So sind diese bei Hochschulabsolventen (Diplom/Magister/Master/Staatsexamen) um ein Drittel geringer als bei denjenigen mit einem einfachen Ausbildungsabschluss. Promovierte weisen gegenüber erstgenannten Hochschulabsolventen sogar noch geringere Werte auf.

## 3.4 Stationäre Versorgung in Regionen



Die Gesundheit der Versicherten wird auch durch regionale Faktoren nicht unerheblich beeinflusst, so spielen neben den Lebensbedingungen an den Wohnorten der Versicherten, den dortigen Arbeitsbedingungen genauso wie die allgemeine Wirtschaftskraft in der Region, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie die soziokulturellen Bedingungen vor Ort eine Rolle. Darüber hinaus haben auch die regionalen Strukturen der medizinischen Versorgung, wie z. B. die Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte einen Einfluss. Nachfolgend werden deshalb die Kennwerte der stationären Versorgung auf Ebene der Bundesländer sowie der Kreise zugeordnet nach dem Wohnort der Versicherten dargestellt und analysiert (für die Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesländern sei auf die **»»»** Soziodemografischen Merkmale der BKK Versicherten verwiesen).

Wie schon in den Vorjahren weist von allen Bundesländern Baden-Württemberg die pro Kopf wenigsten, Sachsen-Anhalt hingegen die meisten Krankenhausfälle und -tage auf.

Die Häufigkeit und die Dauer von Krankenhausaufenthalten sowie die dafür als ursächlich diagnostizierten Erkrankungen unterscheiden sich zwischen den Bundesländern zum Teil deutlich. Ein Bundesländervergleich für die Gesamtwerte ist in **»»»** Tabelle 3.4.1 dargestellt. Demnach weist Baden-Württemberg wie schon im Vorjahr die wenigsten (132,4 KH-Fälle bzw. 1.194 KH Tage je 1.000 BKK Versicherte), Sachsen-Anhalt hingegen die meisten Krankenhausfälle und -tage pro Versicherten aller Bundesländer auf (228,3 KH-Fälle bzw. 2.134 KH Tage je 1.000 BKK Versicherte). Zwar ist dabei zu bedenken, dass Sachsen-Anhalt dasjenige Bundesland mit den ältesten BKK Versicherten ist (mehr als 4 Jahre älter als der Bundesdurchschnitt; **»»»** Tabelle 0.1.3), während die Versicherten in Baden-Württemberg zu den Jüngsten zählen, aber auch bei statistischer Bereinigung der Kennzahlen um den Einfluss von Alter und Geschlecht sind es diese beiden Bundesländer, die den höchsten bzw. niedrigsten Wert im Vergleich aufweisen. An zweiter Stelle nach Anzahl der stationären Behandlungstage folgt der Stadtstaat Bremen, wobei hier auch die mit Abstand höchste durchschnittliche Verweildauer von 11,3 Tagen je Fall ins Auge fällt. Dies ist allerdings auf eine Besonderheit bei der Krebsbehandlung in Bremen zurückzuführen (hierauf wird später noch genauer eingegangen). Danach folgt Thüringen mit den drittmeisten Behandlungstagen und zweitmeisten Behandlungsfällen.

Das **»»»** Diagramm 3.4.1 stellt die durchschnittliche Anzahl an Krankenhaustagen auf Kreisebene dar. Wie die darin farblich dargestellten Abweichungen vom Bundesdurchschnitt verdeutlichen, sind auch innerhalb der Bundesländer teils deutliche Unterschiede vorhanden. So sind im Jahr 2021 die Versicherten im sächsischen Landkreis Görlitz im Schnitt die meisten Tage pro Kopf im Krankenhaus gewesen (durchschnittlich 2,7 KH-Tage je Versicherten), gefolgt vom brandenburgischen Kreis Prignitz sowie dem sachsen-anhaltinischen Kreis Stendal (jeweils durchschnittlich 2,6 KH-Tage je Versicherten).

Tabelle 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)

Bundesländer	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
	je 1.000 BKK Versicherte		
Baden-Württemberg	132,4	1.193,8	9,0
Bayern	157,9	1.401,5	8,9
Berlin	155,7	1.459,3	9,4
Brandenburg	187,2	1.706,2	9,1
Bremen	187,4	2.114,9	11,3
Hamburg	153,3	1.545,0	10,1
Hessen	169,5	1.555,0	9,2
Mecklenburg-Vorpommern	198,1	1.850,1	9,3
Niedersachsen	177,8	1.583,2	8,9
Nordrhein-Westfalen	207,2	1.821,2	8,8
Rheinland-Pfalz	189,9	1.700,5	9,0
Saarland	199,4	1.758,6	8,8
Sachsen	197,2	1.853,8	9,4
Sachsen-Anhalt	228,3	2.134,3	9,3
Schleswig-Holstein	176,0	1.645,6	9,3
Thüringen	216,9	1.915,9	8,8
<b>Gesamt</b>	<b>174,0</b>	<b>1.566,7</b>	<b>9,0</b>

Im sachsen-anhaltinischen Altmarkkreis Salzwedel etwa liegt aber der Kennwert mit nur 1,4 KH-Tage je Versicherten einiges unter dem Bundesdurchschnitt. Ebenfalls mehr als einen Tag Differenz zwischen höchster und niedrigster Behandlungstageanzahl finden sich auf Kreisebene auch in Brandenburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Wie die Landkarte aber zudem eindrücklich vermittelt, weisen die weitaus meisten süddeutschen Kreise eine durchschnittliche Anzahl an stationären Behandlungstagen auf, die sehr deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegt. Die wenigsten Krankenhausstage sind dabei im Landkreis Böblingen (0,9 KH-Tage je Versicherten) zu verzeichnen, gefolgt von den baden-württembergischen Kreisen Hohenlohekreis, Calw und der kreisfreien Stadt Baden-Baden (jeweils 1,0 KH-Tage je Versicherten).

- Überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in Sachsen-Anhalt zu verzeichnen, in Mecklenburg-Vorpommern sind wiederum die psychischen Störungen für überdurchschnittlich viele Behandlungstage ursächlich.
- In Bremen geht mehr als jeder vierte stationäre Behandlungstag auf Neubildungen zurück – so viele, wie in keinem anderen Bundesland. Dies ist wesentlich auf besondere Versorgungsstrukturen in Bremen zurückzuführen, eine tatsächliche regionale Häufung von Krebserkrankungen liegt nicht vor.


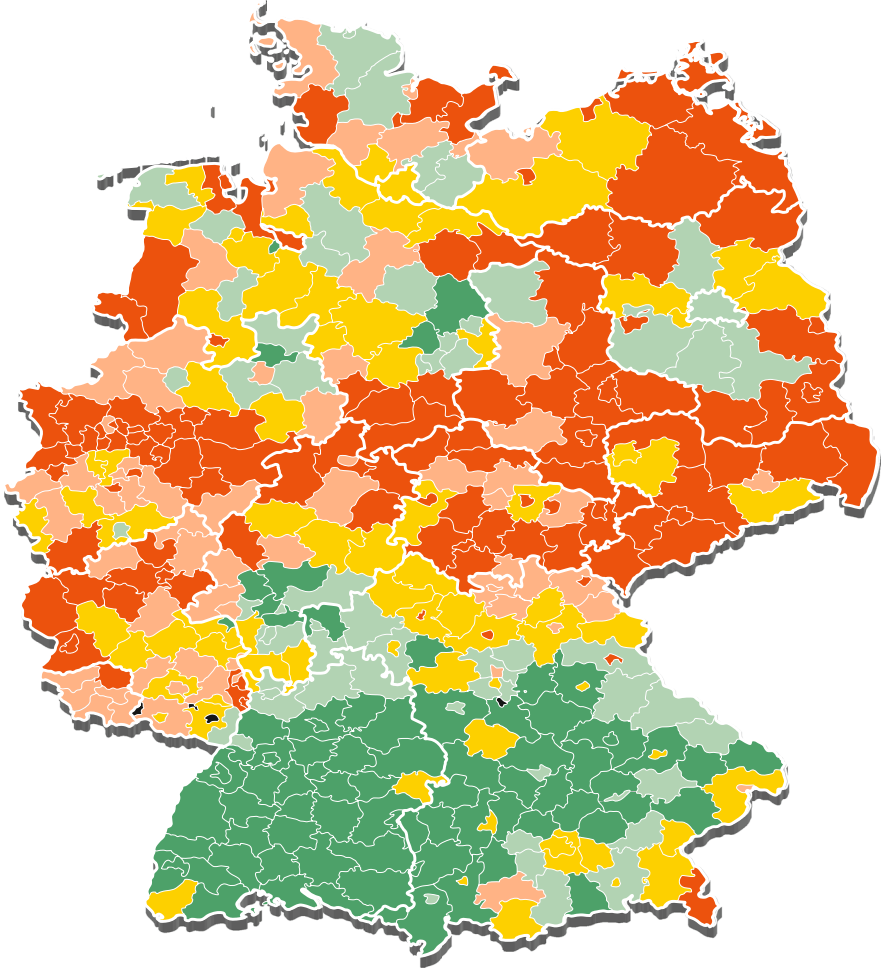
Auch die Verteilung der Krankenhausdiagnosen stellt sich in den einzelnen Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich dar, wie das  Diagramm 3.4.2 zeigt. Wie schon zuvor erwähnt wurde, fällt besonders Bremen auf, wo Neubildungen – wie bereits in den letzten Jahren – das stationäre Versorgungsgeschehen stark prägen: Der Anteil an allen Krankenhausstagen aufgrund derartiger Erkrankungen ist mit

Diagramm 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2021)



Prozentuale Abweichungen der KH-Tage der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (1.567 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte)

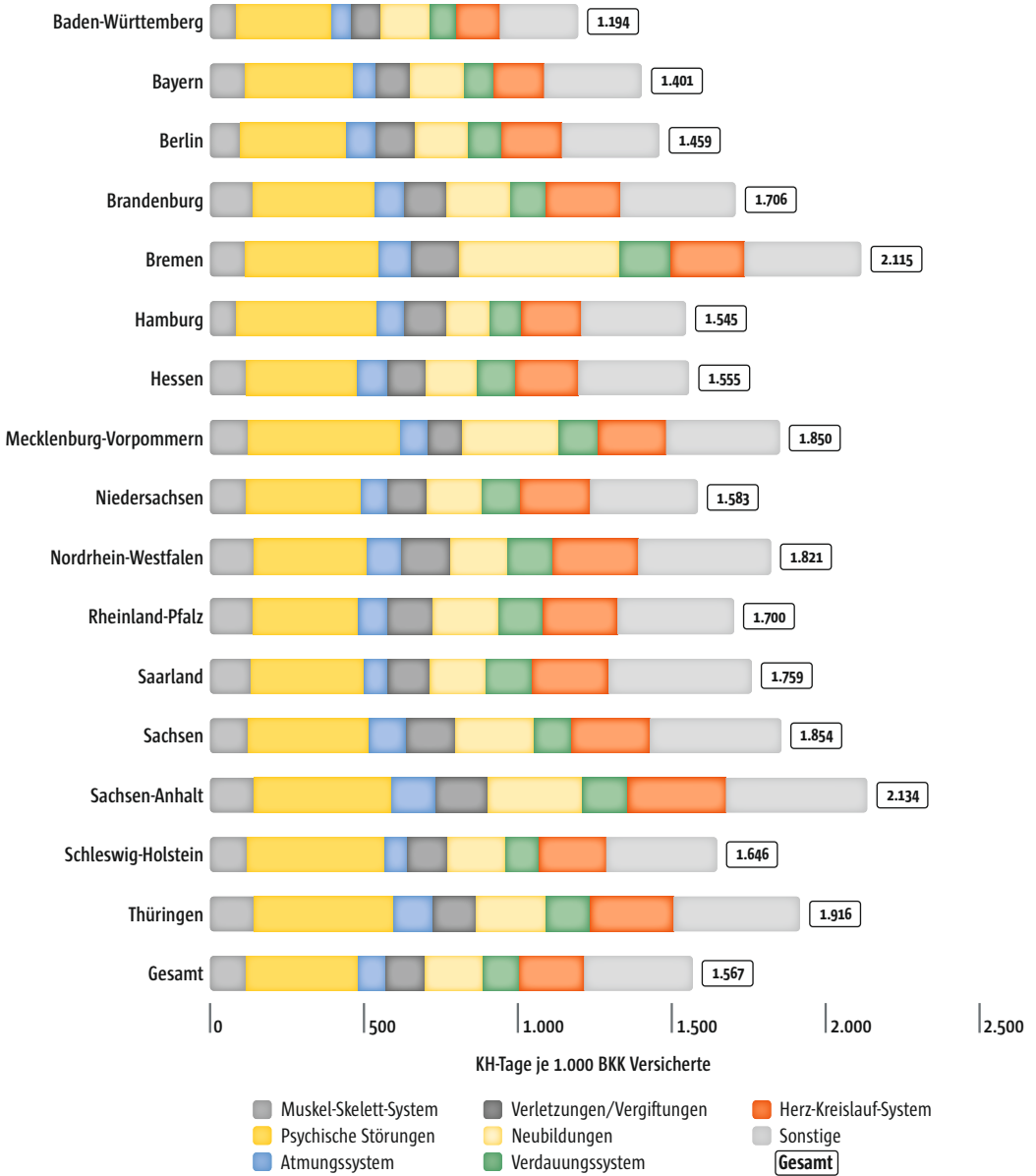
- |  |   |
|--|---|
| <span style="color: green;">■</span> mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt   | <span style="color: orange;">■</span> 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: lightgreen;">■</span> 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt | <span style="color: red;">■</span> mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: yellow;">■</span> ± 5% um den Bundesdurchschnitt             | <span style="color: black;">■</span> keine Angaben*                         |

\* Die Landkreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

24,4% mehr als doppelt so hoch wie der Anteil auf Bundesebene (11,9%). In diesem Bundesland ist auch der Anteil an Langzeitbehandlungen (und darauf zurückzuführende Behandlungstage), die aufgrund von Neubildungserkrankungen anfallen, sehr hoch: Auf diese Diagnosehauptgruppe gehen in Bremen im Jahr

2021 jeweils über 38% der Langzeitbehandlungsfälle und -tage zurück. Zum Vergleich: Im Bundesdurchschnitt machen Neubildungen hingegen aktuell nur etwa 11% der Langzeitfälle und deren Behandlungstagen aus. Es sei aber an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass – in diesem Berichtsjahr wie auch schon

Diagramm 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



in den vergangenen Jahren – in der ambulanten Versorgung (» Kapitel 2.4) für Bremen keine besonders hohen Diagnoseraten weder allgemein noch speziell bei Neubildungen zu verzeichnen sind. Es liegt in Bremen also keine besondere Häufung von Neubildungserkrankungen vor, vielmehr geht die Besonder-

heit in der hier aufgeführten Statistik auf regionale Besonderheiten in der Versorgung zurück, insbesondere auf die stärker eingebundene teilstationäre Versorgung von Krebspatienten. Ebenfalls ein wiederkehrender Umstand ist es, dass bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen das Bundesland Sachsen-Anhalt

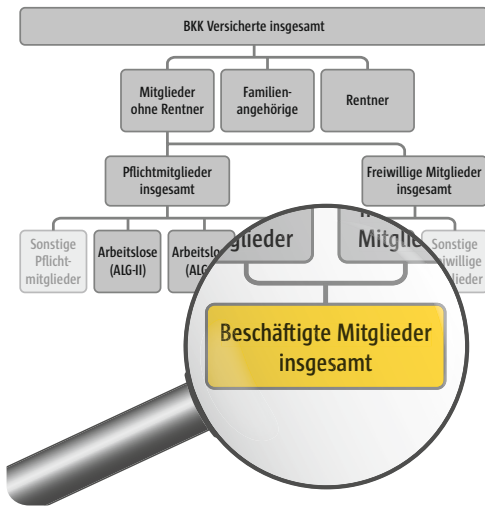
### 3.4 Stationäre Versorgung in Regionen

---

wie schon in den Vorjahren mit Abstand Spitzenreiter ist (318 KH-Tagen je 1.000 Versicherte). Anders als bei den Neubildungen gibt es bei diesem Phänomen allerdings eine Entsprechung im ambulanten Sektor, wo auch dort hohe Anteile Versicherter mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verzeichnen sind. Sachsen-Anhalt weist außerdem in diesem Jahr die meis-

ten stationären Behandlungstage aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems auf. Hinsichtlich der stationären Versorgung psychischer Erkrankungen ist wiederum Mecklenburg-Vorpommern hervorzuheben: Dieses Bundesland weist gegenüber den anderen Bundesländern mit 495 KH-Tagen je 1.000 Versicherte den höchsten Wert auf.

## 3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt



Die nachfolgenden arbeitsweltlichen Analysen beziehen sich auf die Versichertengruppe der beschäftigten Mitglieder (allgemeine Kennzahlen hierzu sind bereits in **III** Kapitel 3.3.2 beschrieben). Dabei werden zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren – die Zugehörigkeit zu einer Wirtschaftsgruppe bzw. Berufsgruppe, das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, das Vorhandensein einer Führungs- bzw. Aufsichtsfunktion, die Vertragsform sowie die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit – in die Auswertung einbezogen. Eine nähere Beschreibung der zu analysierenden Gruppen ist in **III** Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten zu finden.

### 3.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Die meisten stationären Behandlungstage insgesamt weisen Beschäftigte in der Branche Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden auf. Gleichzeitig weisen diese bei den Behandlungstagen aufgrund von

Krankheiten des Verdauungssystems sowie Verletzungen/Vergiftungen jeweils den Spitzenwert auf.

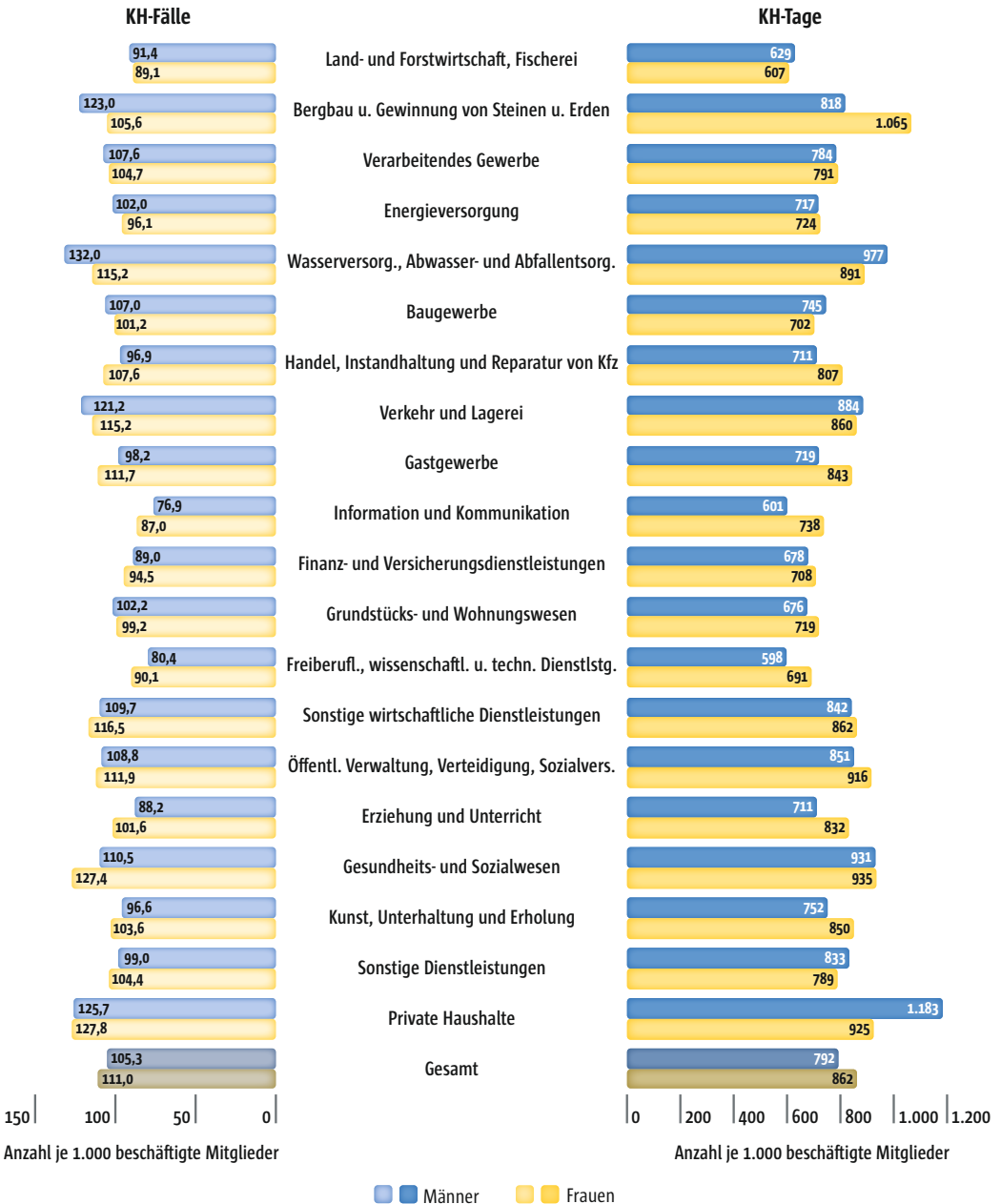
- Die wenigsten Tage in stationärer Behandlung insgesamt weisen Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft/Fischerei auf, gefolgt von denjenigen, die freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen erbringen bzw. die im Bereich Information und Kommunikation arbeiten.
- Gegenätzlich zum Gesamttrend sind männliche, in privaten Haushalten tätige Beschäftigte im Schnitt deutlich mehr Tage stationär behandelt worden als die dort tätigen Frauen.

Branchenspezifische Auswertungen fördern teils deutliche Unterschiede zu Tage, welche zum einen auf Besonderheiten der Beschäftigten in den jeweiligen Branchen und zum anderen auch auf besonderen Arbeitsbelastungen zurückzuführen sind. So waren im aktuellen Berichtsjahr 2021 insgesamt betrachtet die Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei nur 621 Tage je 1.000 Beschäftigte in Behandlung. Dies ist die geringste durchschnittliche Tagesanzahl, noch vor den Beschäftigten, die freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen ausführen sowie den Beschäftigten in der Branche Information und Kommunikation (letztere weisen mit 80,5 KH-Fällen je 1.000 Beschäftigte die geringste durchschnittliche Anzahl an Behandlungsfällen auf). Hingegen mit insgesamt 965 Tagen je 1.000 Beschäftigte die meisten Behandlungstage in stationärer Behandlung waren diejenigen, die in privaten Haushalten beschäftigt sind, knapp vor den Beschäftigten im Bereich Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung.

Beim Vergleich der Kennwerte nach Geschlecht der Beschäftigten innerhalb der Wirtschaftsabschnitte (**III** Diagramm 3.5.1), fallen zudem wie schon im Vorjahr besonders die Beschäftigten in privaten Haushalten auf: Die Männer in dieser Wirtschaftsgruppe stechen mit einer besonders hohen

## 3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 3.5.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



durchschnittlichen Anzahl an Behandlungstagen hervor, für diese sind gegenüber den Frauen in dieser Branche über ein Viertel mehr KH-Tage zu verzeichnen. Dies ist auf einen deutlichen Geschlechts-

unterschied bei den Verweildauern zurückzuführen, die Anzahl der Behandlungsfälle bei den Beschäftigten in privaten Haushalten unterscheidet sich hingegen nicht wesentlich zwischen den Geschlechtern.



Ähnlich groß, allerdings in die andere Richtung, ist die geschlechtsspezifische Differenz in der Wirtschaftsgruppe Information und Kommunikation (+23% KH-Tage bei den Frauen gegenüber den Männern in der Branche). In der Wirtschaftsgruppe Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden weisen die Frauen sogar +30% mehr KH-Tage auf als die Männer, hierbei ist aber auch zu bedenken, dass in dieser eher männerdominierten Branche deutlich weniger weibliche Beschäftigte tätig sind.

Welche Diagnosen in den unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen relevante Anteile an der Gesamtmenge an stationären Aufenthaltstagen pro Beschäftigten ausmachen, ist im **»»»** Diagramm 3.5.2

ablesbar: Für sieben ausgewählte Diagnosehauptgruppen (diese sind bei den beschäftigten BKK Mitgliedern für insgesamt mehr als drei Viertel aller Krankentage ursächlich) sind darin die Anteile an allen KH-Tagen in jeder Wirtschaftsgruppe dargestellt. Bei der Betrachtung der einzelnen Erkrankungen zeigt sich, dass auch hier das Alter und das Geschlecht Einfluss auf die jeweiligen Kennwerte der Wirtschaftsgruppen nehmen. So sind die höchsten Kennwerte von gleich drei Diagnosehauptgruppen – Muskel-Skelett-Erkrankungen, Neubildungen sowie Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems – bei den Beschäftigten in privaten Haushalten zu finden. Dabei zeigt sich jeweils auch der zuvor beschriebene

**Diagramm 3.5.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)**



## 3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

teils deutliche Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Falldauer, am stärksten ausgeprägt ist dieser bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Außerdem sticht in dieser Wirtschaftsgruppe bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die überdurchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen hervor, diese ist mit 132 KH-Tage je 100 Beschäftigte fast doppelt so hoch wie der Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten. Bei den privaten Haushalten handelt es sich um die durchschnittlich älteste Wirtschaftsgruppe, was hierbei einen Einfluss hat. Die Beschäftigten in der Wirtschaftsgruppe Bergbau und Gewinnung von Steinen

und Erden – eine Branche mit hohem Männeranteil – weisen wiederum die höchsten Kennwerte aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems sowie Verletzungen/Vergiftungen auf. Ein anderes Bild zeigt sich bei den Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen – einer Wirtschaftsgruppe mit hohem Frauenanteil: Für diese sind die meisten Krankenhaustage aufgrund von psychischen Störungen zu verzeichnen, während für andere Erkrankungsarten wesentlich kleinere Abweichungen zu den Beschäftigten insgesamt beobachtbar sind.

**Tabelle 3.5.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2021)**

WZ-2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
12	Tabakverarbeitung	128,5	1.172	9,1
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	139,3	1.165	8,4
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	142,0	1.127	7,9
87	Heime	137,3	1.097	8,0
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	141,3	1.018	7,2
88	Sozialwesen	123,7	999	8,1
37	Abwasserentsorgung	125,4	989	7,9
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	132,7	975	7,3
8	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	128,3	953	7,4
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	128,9	952	7,4
	<b>Gesamt</b>	<b>107,9</b>	<b>824</b>	<b>7,6</b>
71	Architektur- und Ingenieurbüros	82,5	644	7,8
14	Herstellung von Bekleidung	99,6	626	6,3
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	92,0	626	6,8
1	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	90,2	610	6,8
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	83,0	610	7,4
73	Werbung und Marktforschung	76,1	606	8,0
51	Luftfahrt	84,1	605	7,2
61	Telekommunikation	89,0	575	6,5
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	74,5	544	7,3
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	67,0	479	7,2

In Anbetracht der geringeren Fallhäufigkeit und damit einhergehender Zahl an Behandlungstagen wird im Folgenden, anders als in den vorhergehenden Kapiteln, die detailliertere Betrachtung der Wirtschaftsabteilungen nicht diagnosespezifisch, sondern auf Ebene der Gesamtkennwerte durchgeführt. Wie **»»** Tabelle 3.5.1 zeigt, sind es die Beschäftigten in der Tabakverarbeitung, die knapp die meisten stationären Behandlungstage aufweisen (1.172 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), noch vor den Beschäftigten in Spiel-, Wett- und Lotteriewesen sowie denjenigen, die bei Wach- und Sicherheitsdiensten sowie Detekteien tätig sind, die wiederum die meisten Behandlungsfälle in diesem Vergleich aufweisen. Die wenigsten Krankenhausfälle und -tage sind hingegen mit 67,0 KH-Fällen bzw. 479 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte für die Beschäftigten in Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen dokumentiert.

#### 3.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Beschäftigte in Reinigungsberufen waren im Jahr 2021 die meisten Tage in stationärer Behandlung, gefolgt von denjenigen in Sicherheitsberufen sowie in Verkehrs- und Logistikberufen. Diese drei Berufsgruppen weisen jeweils durchschnittlich mehr als einen Behandlungstag je Beschäftigten auf
- Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe (z. B. Erzieher und Lehrer) weisen wie schon in den Vorjahren die meisten Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen auf, rund 40% aller Behandlungstage für diese Berufsgruppe gehen darauf zurück.

Auch bei Differenzierung nach Berufssegmenten zeigt sich, dass in der Regel die Frauen mehr Behandlungstage als die Männer aufweisen (**»»** Diagramm 3.5.3). Am größten ist der geschlechtsspezifische Unterschied auch in diesem Jahr wieder bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen, hier weisen die Frauen jeweils mehr als ein Viertel mehr stationäre Behandlungsfälle und -tage auf als die Männer. Auch in den Handelsberufen ist die Kennwertdifferenz zwischen Männern und Frauen ähnlich groß ausgeprägt. Bei diesen geschlechtsspezifischen Kennwertunterschieden spielt allerdings auch eine wesentliche Rolle, dass es auch innerhalb der Berufsgruppen Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Anforderungsniveaus der ausgeübten Tätigkeit sowie des Alters gibt.

**»»»** Beispiel soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe: Nur etwa ein Viertel aller Beschäftigten in diesen Berufen sind Männer, allerdings verrichten von diesen etwa die Hälfte hoch komplexe Tätigkeiten (vermutlich geht dies dann auch mit höherem schulischen- bzw. beruflichen Bildungsgrad (**»»** Kapitel 3.3.3) sowie einer Position in Führung oder Aufsicht einher (**»»** Kapitel 3.5.3), während wiederum etwa die Hälfte aller in diesem Berufsfeld tätigen Frauen fachlich ausgerichtet arbeitet. Auch ist ein überproportionaler Anteil der Frauen in Helfer-/Anlernertätigkeiten beschäftigt, dabei sind diese Frauen zudem gegenüber den Männern, die auch Helfer-/Anlernertätigkeiten verrichten, um fast 8 Jahre älter.

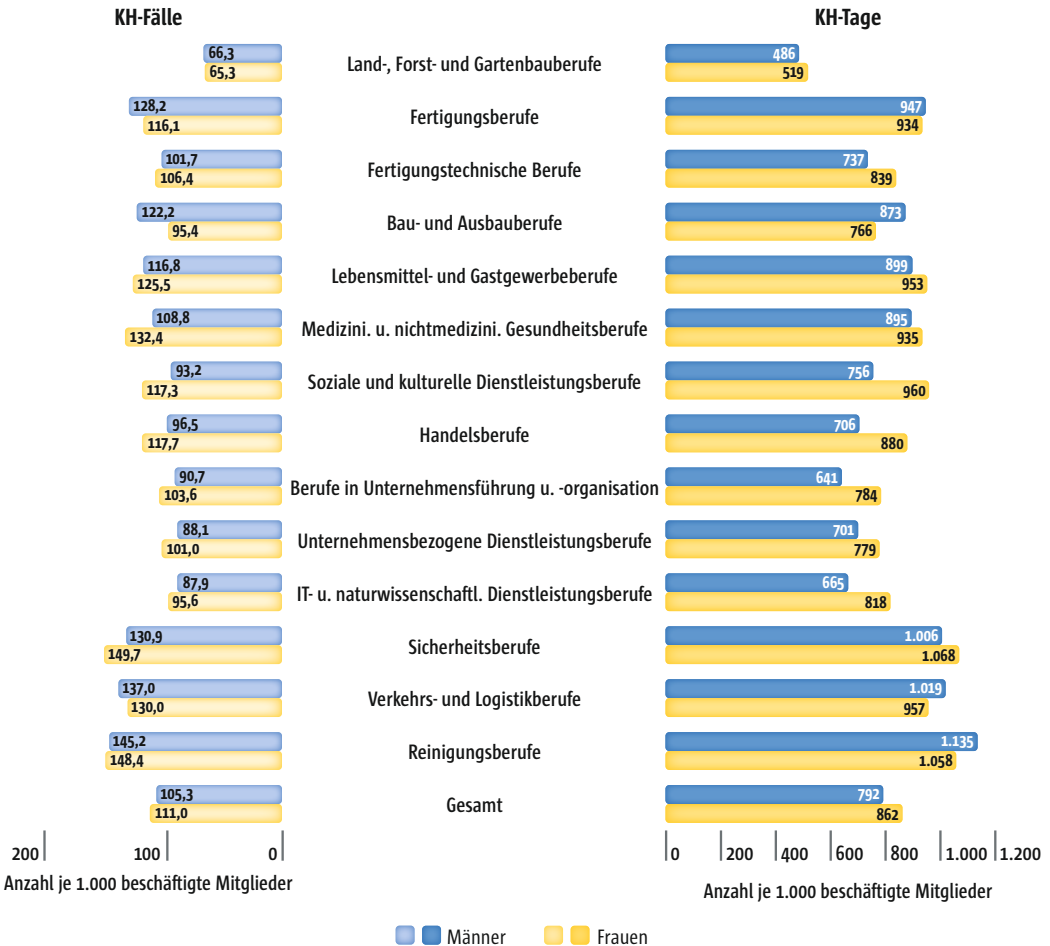
Den „Spitzenplatz“ sowohl bei den Behandlungsfällen als auch den -tagen haben bei den Frauen wie in den Vorjahren die Sicherheitsberufe inne (149,7 KH-Fälle bzw. 1.068 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Bei den Männern sind indes in diesem Jahr die Beschäftigten in Reinigungsberufen diejenigen, die die höchsten Kennwerte aufweisen (145,2 KH-Fälle bzw. 1.135 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Die wenigsten Behandlungstage erfolgten für Beschäftigte in Land-, Forst- und Gartenbauberufen<sup>5</sup>, gefolgt von denen in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen. Bei Letzteren zeigt sich zudem, dass die in diesen Berufen tätigen Männer ebenfalls deutlich weniger Tage in stationärer Behandlung waren als die Frauen. Ein anderes Bild zeigt sich hingegen bei den Bau- und Ausbauberufen: In diesem typischen Männerberuf sind Frauen zwar in der Minderheit, diese übernehmen allerdings deutlich häufiger komplexe Tätigkeiten. Männer hingegen verrichten in großer Zahl einfache, meist auch mit einem hohen Anteil an körperlicher Arbeit verbundene Tätigkeiten. Entsprechend sind für die Männer rund +14% mehr Krankenhaustage und sogar +28% mehr Behandlungsfälle als bei den Frauen in diesem Berufssegment zu verbuchen.

Ähnlich wie bei den Wirtschaftsgruppen lassen sich auch bei der Analyse nach Berufssegmenten anhand der Differenzierung nach Diagnosehauptgruppen Erkrankungsschwerpunkte ausmachen (**»»** Diagramm 3.5.4). So stechen auch in diesem Jahr die Verkehrs- und Logistikberufe mit einer hohen Anzahl an Behandlungstagen aufgrund von Herz-Kreis-

5 Wie schon in den vorherigen Kapiteln erwähnt, ist nicht auszuschließen, dass die sehr niedrigen Kennwerte für diese Berufsgruppe auf ein methodisches Problem in der Berufssystematik zurückzuführen ist und deshalb die entsprechenden Werte nur sehr eingeschränkt interpretierbar sind.

## 3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 3.5.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

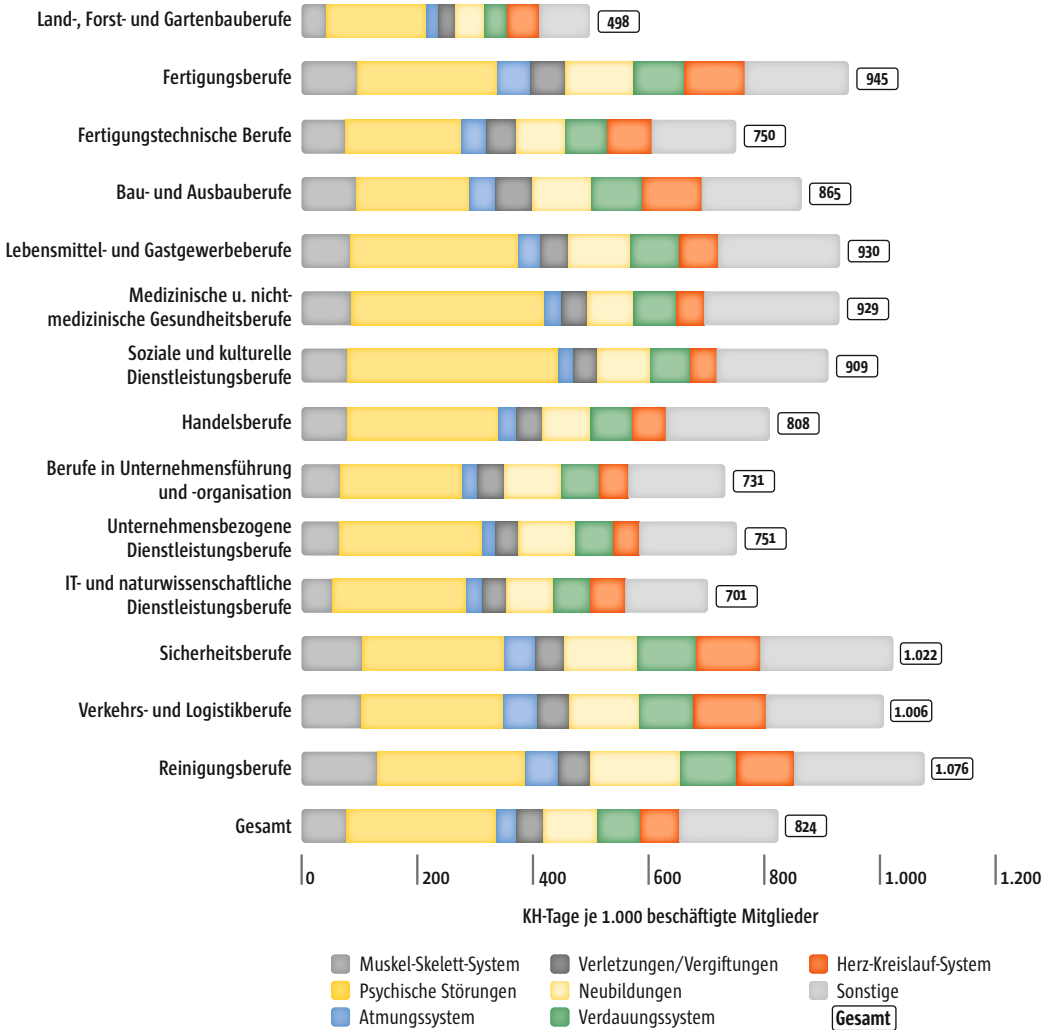


lauf-Erkrankungen besonders heraus, immerhin +83% über dem Durchschnitt aller Beschäftigten (124 vs. 68 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Diese machen in diesem Berufssegment allein rund 12% an der Gesamtmenge aller Krankenhaustage der Beschäftigten (Gesamtdurchschnitt: 8%) aus. Die meisten Behandlungstage aufgrund von Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen sind hingegen bei den Beschäftigten in Reinigungsberufen erfolgt – diese weisen gegenüber dem Gesamtdurchschnitt knapp zwei Drittel mehr Behandlungstage auf. Von psychischen Störungen sind hingegen andere Berufsgruppen stärker betroffen, besonders stechen hierbei die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe (z. B. Erzieher und Lehrer) hervor: Für diese fallen mit

365 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte die meisten Behandlungstage in diesem Vergleich an – das sind 40% der Behandlungstage der Beschäftigten in diesem Berufssegment (Gesamtdurchschnitt: 31%). Nur wenig geringer ist die Anzahl stationärer Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen bei den (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen (u. a. Pflegeberufe). Die Fertigungsberufe weisen gegenüber dem Vorjahr eine deutliche Steigerung bei den Behandlungstagen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems aus, womit sie in diesem Jahr für diese Erkrankungsart den höchsten Wert von allen Berufssegmenten aufweisen.

Wie »» Tabelle 3.5.2 zeigt, weisen diejenigen Beschäftigten, die Metalloberflächenbehandlung

Diagramm 3.5.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



ausführen, im aktuellen Berichtsjahr die meisten stationären Behandlungstage auf (1.294 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) – über die Hälfte mehr als der Gesamtdurchschnitt. In der Reihung nach Behandlungstagen folgen danach die Berufe in der Leder-, Pelzherstellung und -verarbeitung, in der Fahrzeugführung im Schiffsverkehr (im letzten Jahr noch Spitzenreiter in diesem Vergleich) sowie der Altenpflege. Ergänzend ist anzumerken, dass gerade die Altenpflege eine sehr große Berufsgruppe ist, die auch schon in den Vorjahren immer unter denjenigen Berufsgruppen zu finden war, die deutlich über-

durchschnittliche Kennwerte aufgewiesen haben (eine genauere Betrachtung dieser Berufsgruppe ist im **III** Kapitel 3.6 zum Schwerpunktthema zu finden). Die wenigsten Behandlungstage sind hingegen für die Beschäftigten in Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst dokumentiert (330 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) – das entspricht weniger als der Hälfte des Gesamtdurchschnitts aller Beschäftigten. Diese Beschäftigtengruppe ist allerdings auch mit einem Durchschnittsalter von knapp 30 Jahren die jüngste in diesem Vergleich.

**Tabelle 3.5.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2021)**

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
243	Metalloberflächenbehandlung	167,8	1.294	7,7
283	Leder-, Pelzherstellung und -verarbeitung	136,5	1.291	9,5
524	Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	147,2	1.288	8,7
821	Altenpflege	164,4	1.272	7,7
241	Metallerzeugung	166,9	1.261	7,6
525	Bau- und Transportgeräteführung	168,7	1.175	7,0
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	153,8	1.157	7,5
521	Fahrzeugführung im Straßenverkehr	157,7	1.128	7,2
833	Theologie und Gemeindegearbeit	123,2	1.123	9,1
541	Reinigung	147,7	1.076	7,3
	<b>Gesamt</b>	<b>107,9</b>	<b>824</b>	<b>7,6</b>
931	Produkt- und Industriedesign	69,5	515	7,4
946	Bühnen- und Kostümbildneri, Requisite	90,8	499	5,5
411	Mathematik und Statistik	65,8	487	7,4
947	Museumstechnik und -management	80,2	458	5,7
914	Wirtschaftswissenschaften	71,8	455	6,3
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	58,0	454	7,8
814	Human- und Zahnmedizin	70,7	422	6,0
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	70,3	414	5,9
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	69,8	380	5,4
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	59,5	330	5,6

### 3.5.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

Neben der Unterscheidung nach Wirtschafts- und Berufsgruppen stehen noch weitere arbeitsweltliche Indikatoren für eine differenzierte Betrachtung zur Verfügung. So erschließen sich über den Tätigkeits-schlüssel der jeweiligen Beschäftigten weitere Auswertungsmöglichkeiten. Daraus abgeleitet wird nachfolgend zwischen verschiedenen Stufen des Anforderungsniveaus der ausgeübten Tätigkeit, nach Wahrnehmung einer Aufsichts- bzw. Führungsfunktion, zwischen verschiedenen Vertragsformen (Voll- und Teilzeitbeschäftigten bzw. Beschäftigten mit und ohne befristetem Arbeitsvertrag) sowie nach

Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) unterschieden.

#### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit sowie Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit nimmt die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle und -tage in stationärer Versorgung bei den Beschäftigten ab.
- Beschäftigte in Helfer-/Anlern-tätigkeiten weisen rund zwei Drittel mehr Behandlungsfälle und -tage gegenüber Beschäftigten mit hoch komplexen Tätigkeiten auf.

- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sind seltener und kürzer in stationärer Behandlung als Beschäftigte ohne eine solche Funktion.

**Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit:** Bei differenzierter Betrachtung der Kennwerte je nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ist zu berücksichtigen, dass das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit in der Regel mit bestimmten schulischen bzw. beruflichen Bildungsabschlüssen als Vorbedingung verbunden ist (Beispiel: Hochschulabschluss auf Diplom-/Masterniveau als Voraussetzung für Berufe mit hoch komplexen Tätigkeiten). Entsprechend gibt es Überschneidungen zu den Kennwerten nach höchstem beruflichem Bildungsabschluss (vgl. »»» Tabelle 3.3.4). Wie die »»» Tabelle 3.5.3 erkennen lässt, nehmen mit steigendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierenden Behandlungstage kontinuierlich ab. Dies gilt sowohl insgesamt als auch geschlechtsspezifisch. Entsprechend sind die höchsten Kennwerte bei den Frauen in Helfer- und Anlerntätigkeiten dokumentiert (141,5 KH-Fälle sowie 1.057 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Die niedrigsten Werte sind hingegen bei den Männern in hoch komplexen Tätigkeiten zu finden (80,0 KH-Fälle sowie 569 KH-Ta-

ge je 1.000 Beschäftigte). Die Berufstätigen mit dem niedrigsten Anforderungsniveau weisen somit gegenüber denen mit höchstem Anforderungsniveau fast zwei Drittel mehr Behandlungsfälle und -tage auf. **Aufsichts-/Führungsverantwortung:** Zwar sind in der Gegenüberstellung von berufstätigen Personen mit bzw. ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion nicht so stark ausgeprägte Unterschiede der KH-Kennzahlen wie etwa beim zuvor dargestellten Anforderungsniveau der Tätigkeit festzustellen, es spiegelt sich aber auch hier das Muster wider, dass mit höherem Sozialstatus die Kennwerte niedriger ausfallen: Bei Beschäftigten, die keine Aufsichts- bzw. Führungsfunktion innehaben, liegen die Kennwerte rund +11% (KH-Fälle) bzw. +24% (KH-Tage) über denen der Gruppe mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion. Anhand der unterschiedlichen Differenzen lässt sich zudem ablesen, dass die Aufsichts- bzw. Führungskräfte eine kürzere Verweildauer aufweisen (6,9 vs. 7,7 KH-Tage je Fall). Dies ist zudem bemerkenswert, da Aufsichts-/Führungskräfte ein höheres Durchschnittsalter aufweisen als die Beschäftigten ohne eine solche Funktion. Diese Differenz zeigt sich ebenso durchweg bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung, dabei sind bei den Frauen durchschnittlich jeweils mehr Behandlungstage pro Beschäftigte zu verzeichnen und entsprechend sind die höchsten Kennwerte im Ver-

**Tabelle 3.5.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)**

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	KH-Fälle			KH-Tage		
			Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
je 1.000 beschäftigte Mitglieder								
Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit	Helfer-/Anlerntätigkeiten	44,3	125,7	141,5	133,7	962	1.057	1.010
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	42,1	115,1	116,8	115,9	857	886	870
	Komplexe Spezialistentätigkeiten	43,4	96,4	101,6	98,4	705	774	732
	Hoch komplexe Tätigkeiten	42,9	80,0	90,1	83,8	569	698	618
Aufsichts- und Führungsverantwortung	Ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung	42,5	105,8	111,6	108,5	802	868	833
	Mit Aufsicht- und Führungsverantwortung	46,5	98,5	94,5	97,5	674	670	673
<b>Gesamt</b>		<b>42,7</b>	<b>105,3</b>	<b>111,0</b>	<b>107,9</b>	<b>792</b>	<b>862</b>	<b>824</b>

### 3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

gleich bei den Frauen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung vorzufinden (111,6 KH-Fälle bzw. 868 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

#### Vertragsformen sowie Arbeitnehmerüberlassung

- Befristet in Vollzeit Beschäftigte – und von diesen insbesondere die Männer – sind deutlich seltener in stationärer Behandlung als Beschäftigte aller anderen Vertragsformen, was aber auch damit zusammenhängt, dass diese im Durchschnitt – insbesondere wegen der darin enthaltenen Gruppe der Auszubildenden – deutlich jünger sind.
- Die Beschäftigten mit einem unbefristeten Teilzeitvertrag weisen die höchste Anzahl an Behandlungsfällen und -tagen auf. Diese sind indes älter als der Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten.

**Vertragsformen:** Die **»»** Tabelle 3.5.4 stellt die Kennzahlen der stationären Versorgung für unterschiedliche Vertragsformen in Voll- und Teilzeit sowie jeweils mit und ohne Befristung dar. Von den vier möglichen Kombinationen sind es die Beschäftigten mit einem unbefristeten Teilzeitvertrag, die im Durchschnitt am häufigsten in stationärer Behandlung waren und die meisten Behandlungstage aufweisen (120,3 KH-Fälle bzw. 927 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Diese Beschäftigtengruppe ist mit im Schnitt 46,6 Jahren überdurchschnittlich alt, wobei die Frauen sogar noch ein leicht höheres Durchschnittsalter

aufweisen als die Männer. Es sind aber die Männer in einem solchen Arbeitsverhältnis, die – gegenläufig zu den meisten anderen geschlechtsspezifischen Analysen – mehr Behandlungstage als die Frauen aufweisen. Für die Beschäftigten mit einem befristeten Vollzeitvertrag sind hingegen die wenigsten Behandlungsfälle und -tage dokumentiert (92,0 KH-Fälle bzw. 696 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) – Beschäftigte mit einer solchen Vertragsform sind wiederum mit einem Durchschnittsalter von 31,1 Jahren deutlich jünger als alle anderen hier dargestellten Gruppen, da hierunter auch in großen Teilen Auszubildende und Berufseinsteiger zählen. Zudem ist auffällig, dass Männer mit befristeten Verträgen (Vollzeit genauso wie Teilzeit) insbesondere deutlich unterdurchschnittliche Fallzahlen aufweisen und damit die Differenz gegenüber ihren unbefristet angestellten Geschlechtsgenossen besonders groß ist. Diese Differenzen sind bei den Frauen hingegen deutlich kleiner.

**Arbeitnehmerüberlassung:** Im Vergleich der Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) mit denjenigen, die direkt bei einem Arbeitgeber angestellt sind, ist zu berücksichtigen, dass erstgenannte Beschäftigtengruppe etwas jünger als der Durchschnitt und insgesamt relativ klein ist (**»»** Tabelle o.2.1). Bei der Gesamtsumme aller KH-Fälle und -Tage zeigen sich jedoch nur moderate Unterschiede. Dabei weisen die Frauen in Arbeitnehmerüberlassung noch die durchschnittlich meisten stationären Behandlungsfälle und -tage auf (126,8 KH-Fälle bzw. 917 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

**Tabelle 3.5.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten BKK Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)**

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	KH-Fälle			KH-Tage		
			Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
je 1.000 beschäftigte Mitglieder								
Vertragsformen	Unbefristet/Vollzeit	43,6	110,2	112,2	110,8	806	843	818
	Unbefristet/Teilzeit	46,6	119,0	120,6	120,3	977	917	927
	Befristet/Vollzeit	31,1	84,8	102,1	92,0	626	793	696
	Befristet/Teilzeit	41,0	86,4	113,6	107,1	743	867	837
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	42,7	107,0	114,4	110,3	793	868	827
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	39,1	113,3	126,8	117,7	835	917	862
<b>Gesamt</b>		<b>42,7</b>	<b>105,3</b>	<b>111,0</b>	<b>107,9</b>	<b>792</b>	<b>862</b>	<b>824</b>



## 3.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Äquivalent zu den vorherigen Kapiteln wird im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas „Pflegefall Pflege?“ nun nachfolgend die Inanspruchnahme der stationären Versorgung durch die Beschäftigten in der Pflege sowie den zugehörigen Branchen bzw. Berufen, in denen Pflegekräfte mehrheitlich tätig sind, näher betrachtet.

### 3.6.1 Einleitung

- Altenpflegekräfte gehören zu denjenigen Berufsgruppen mit den meisten stationären Behandlungsfällen und -tagen. Die Kennwerte der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte fallen zwar etwas geringer aus, sie liegen aber ebenso über dem Durchschnitt aller Beschäftigten.
- Ein Großteil der Differenz der Pflegekräfte-Kennwerte zum Gesamtdurchschnitt kann auf psychische Störungen zurückgeführt werden: Die darauf bezogene Zahl der Behandlungsfälle und -tage übersteigt bei den Altenpflegekräften den Wert für alle Beschäftigten um das Doppelte, bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften um die Hälfte.
- Ebenso sind die Kennwerte für Muskel-Skelett-Erkrankungen bei beiden Pflegeberufen deutlich überdurchschnittlich ausgeprägt, bei den Altenpflegekräften stärker noch als bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften.
- Im Vergleich der letzten Jahre sind die KH-Fälle und -Tage in den beiden Pflegeberufen wieder annähernd auf dem Vor-Pandemie-Niveau. Bei den Beschäftigten insgesamt hingegen ist dies noch nicht wieder der Fall.

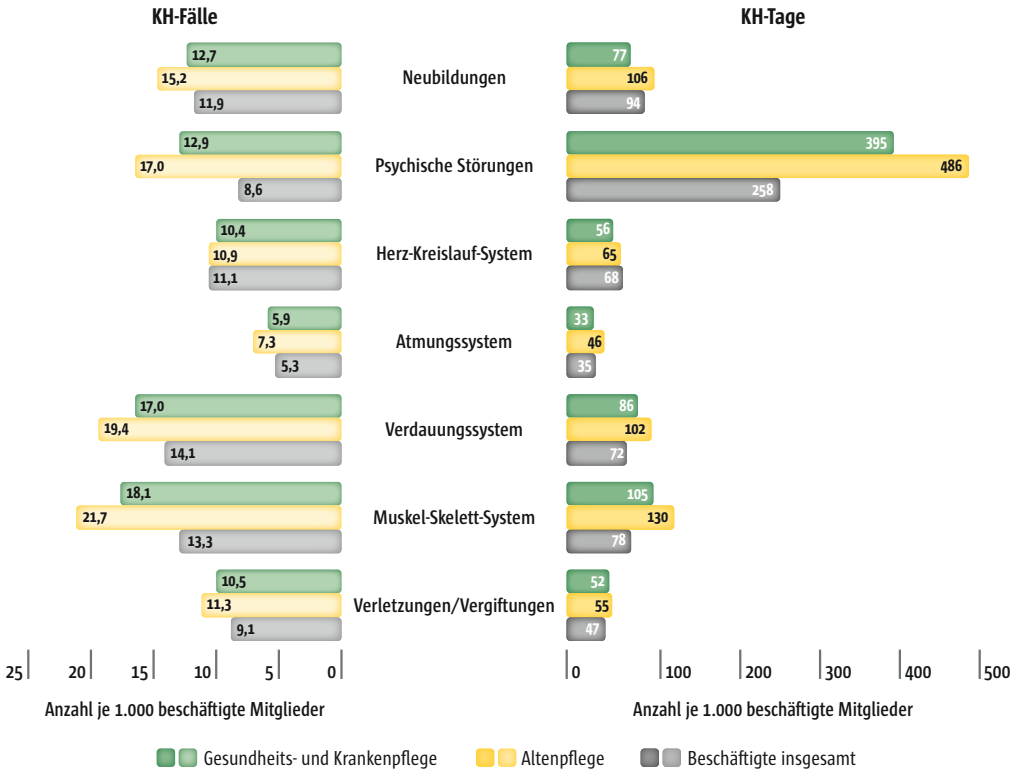
Wie schon in **»»** Abschnitt 3.5.2 dargestellt ist, sind insbesondere die Beschäftigten in der Altenpflege überdurchschnittlich häufig in stationärer Behandlung mit ebenso überdurchschnittlich vielen Behandlungstagen: Für das Berichtsjahr 2021 weisen diese durchschnittlich 164,4 KH-Fälle und 1.272 KH-

Tage je 1.000 Beschäftigte auf. Damit gehört die Altenpflege zu denjenigen Berufsgruppen mit den höchsten Kennwerten. Auch für die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege sind diese mit durchschnittlich 143,5 KH-Fällen und 1.057 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte höher als die der Beschäftigten insgesamt (107,9 KH-Fällen und 824 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte).

Welche Erkrankungsarten wiederum an diesen sehr hohen Kennwerten der beiden Pflegeberufsgruppen besonderen Anteil haben, stellt das **»»** Diagramm 3.6.1 dar. Aufgrund des hohen Frauenanteils in diesen beiden Berufsgruppen kann schon vermutet werden, dass überdurchschnittlich häufig psychische Störungen Grund für einen stationären Aufenthalt sind. Tatsächlich liegt für beide Pflegeberufsgruppen die durchschnittliche Anzahl an psychisch bedingten Behandlungsfällen und -tagen deutlich über dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Insbesondere für die Altenpflege ist die Differenz besonders groß: Mit 17,0 KH-Fällen und 486 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte weisen die Altenpflegekräfte fast doppelt so viele Behandlungsfälle und -tage wegen psychischer Störungen wie die Beschäftigten insgesamt auf. Für die Gesundheits- und Krankenpflege überstiegen die Kennwerte den Gesamtdurchschnitt um immerhin mehr als +50%. Des Weiteren ist auffällig, dass bei den Pflegeberufen überdurchschnittlich viele stationäre Behandlungstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verzeichnen sind. Die Kennwerte für die Altenpflege liegen etwa zwei Drittel, die der Gesundheits- und Krankenpflege mehr als ein Drittel über den Durchschnittswerten aller Beschäftigten. Ebenso ein Plus von mehr als einem Drittel zeigt sich bei den Altenpflegekräften hinsichtlich der Fallzahlen und der daraus resultierenden Behandlungstage aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems. Hingegen zumindest leicht niedriger als der Gesamtdurchschnitt für alle Beschäftigten sind die Kennwerte bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, woran auch wieder-

## 3.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Diagramm 3.6.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



um die hohe Frauenquote in der Pflege einen Anteil hat.

Wie schon zuvor dargelegt (»» Kapitel 3.2.2), spielen die Fälle im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose im Verhältnis zu anderen Krankheitsarten betrachtet nur eine untergeordnete Rolle. Auch bei Anwendung einer umfassenderen Zählweise der Fälle (diese wurden nicht nur allein auf Basis der Entlassdiagnose zusammengestellt, sondern es wurden hierbei auch alle vorherigen Diagnosestellungen einbezogen – siehe dazu auch »» Methodische Hinweise), sind die Kennzahlen in Verbindung mit COVID-19-Diagnosen sehr niedrig (»» Tabelle 3.6.1). Entsprechend der zu beobachtenden stärkeren Häufung von schwereren Fällen mit stationären Behandlungsbedarf bei älteren Personen im Ruhestandsalter<sup>6</sup>, sind diese Kennzahlen für die Be-

schäftigten wie zu erwarten noch niedriger als bei den Versicherten insgesamt: Für diese sind 2,7 KH-Fälle sowie 30 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte im Jahr 2021 zu verzeichnen gewesen. Beschäftigte in den beiden großen Gruppen der Pflegeberufe weisen demgegenüber mehr stationäre Behandlungsfälle und -tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose auf. Insbesondere bei den Altenpflegekräften sind die Fallzahlen um mehr als die Hälfte höher als der erwähnte Durchschnitt aller Beschäftigten (4,2 KH-Fälle bzw. 47 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Im Vergleich zum Vorjahr fällt zudem auf, dass sowohl bei den beiden Pflegeberufsgruppen als auch bei den Beschäftigten insgesamt die durchschnittliche Falldauer im zweiten Pandemiejahr angestiegen ist. Am stärksten ist dies der Fall bei den Altenpflegekräften, bei denen Behandlungsfälle in 2021 im Schnitt fast 4 Tage länger dauerten als in 2020. Dabei ist für die Altenpflege die durchschnittliche Anzahl der KH-Fälle und -Tage zwischen den beiden Jahren auch jeweils deutlich gestiegen. Die Gesundheits- und Krankenpflege indes weist sogar

6 Entsprechend der Hospitalisierungsinzidenz. Siehe Robert Koch Institut. COVID-19-Trends in Deutschland. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/COVID-19-Trends/COVID-19-Trends](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/COVID-19-Trends/COVID-19-Trends) [abgerufen am 25.7.2022]

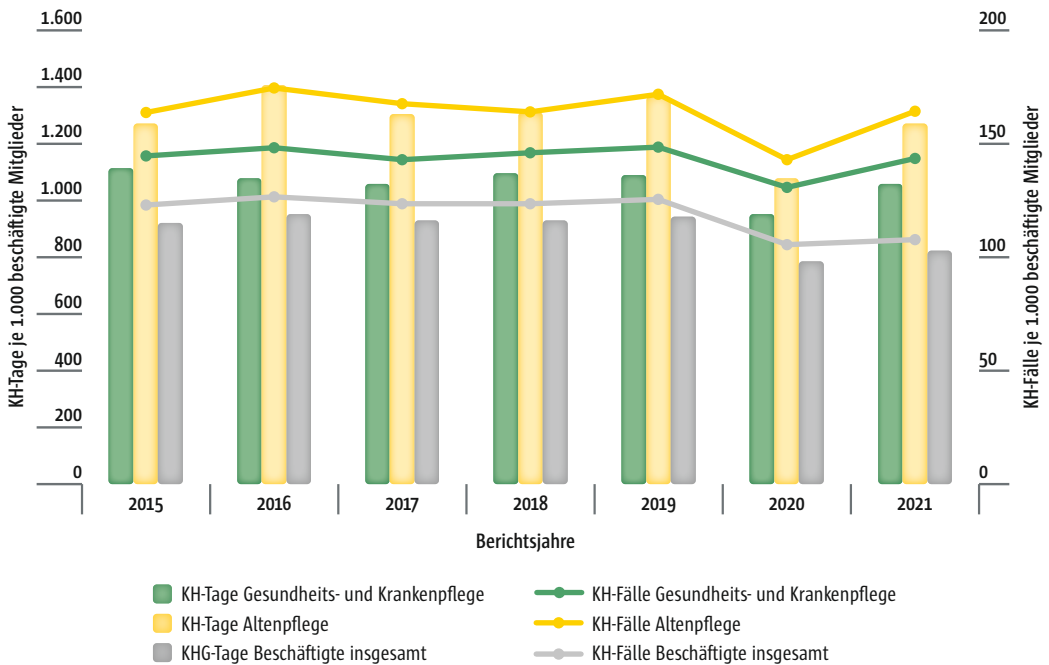
Tabelle 3.6.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) im Zeitverlauf (2020–2021)

Berufsgruppe	Berichtsjahre	KH-Kennzahlen		
		KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder	KH-Tage	Tage je Fall
Gesundheits- und Krankenpflege	2020	3,3	26	8,0
	2021	3,2	31	9,8
Altenpflege	2020	3,7	26	7,1
	2021	4,2	47	11,0
Beschäftigte insgesamt	2020	2,0	17	8,5
	2021	2,7	30	11,0

einen leichten Rückgang bei den Fallzahlen, sowie nur eine moderate Steigerung bei der Anzahl der Behandlungstage und der Falldauer auf. Somit deckt sich dieses Bild zumindest wesentlich mit dem AU-Geschehen (»»» Tabelle 1.6.1), wo für beide Pflegeberufe eine Steigerung aller Kennwerte inklusive der Fallzahlen im gleichen Zeitraum zu beobachten ist.

In den bisherigen Darstellungen, sowohl bei der Gesamtzahl aller stationären Behandlungsfälle und -tage als auch bei den diagnosespezifischen Betrachtungen, zeichnet sich bereits das Muster ab, dass vor allem die Altenpflegekräfte deutlich häufiger in stationärer Behandlung sind und auch die Anzahl der Behandlungstage für diese Berufsgruppe entsprechend deutlich überdurchschnittlich ist. Die Be-

Diagramm 3.6.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen im Zeitverlauf (2015–2021)



### 3.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

schäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege indes weisen ebenfalls überdurchschnittlich hohe Kennwerte auf, diese sind aber in der Regel nicht ganz so hoch wie bei denen in der Altenpflege. Dieses Bild lässt sich so auch schon seit einigen Jahren beobachten, wie das **»»** Diagramm 3.6.2 zeigt. Die höchsten Kennwerte sind hierbei für die Altenpflege im Jahr 2016 zu verzeichnen (174,7 KH-Fälle bzw. 1.407 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) – dem Jahr, in dem auch für alle Beschäftigten insgesamt die meisten Behandlungsfälle und -tage dokumentiert sind. Interessant sind aber auch die relativen Veränderungen zwischen den Jahren, insbesondere deshalb, da aufgrund der Coronavirus-Pandemie in den letzten beiden Jahren starke Schwankungen aufgetreten sind: Für die Altenpflegekräfte ist die Anzahl stationärer Behandlungsfälle in den Jahren 2015 bis 2019 recht konstant um ein Drittel höher als die jeweilige Fallzahl für alle Beschäftigten. In diesem Zeitraum liegt die Anzahl der Behandlungstage bei den Altenpflegekräften um knapp mehr als +40% über dem Gesamtdurchschnitt. Wie das Diagramm sichtbar macht, sind die Kennwerte für die Altenpflege aber im aktuellen Berichtsjahr relativ zu diesem Gesamtdurchschnitt besonders stark gestiegen. Für die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte zeigt sich im Vergleich der Jahre ein anderes Bild: Die Kennzahlen sanken schon im Jahr 2020 nicht so stark wie bei den Altenpflegekräften oder wie bei den Beschäftigten insgesamt. Im aktuellen Berichtsjahr ist wiederum die Anzahl der Behandlungsfälle und -tage moderat angestiegen. Bei beiden Pflegeberufen sind dadurch nun auf die eine oder andere Weise die Kennwerte wieder annähernd auf dem Vor-Pandemie-Niveau angelangt, während dies bei den Beschäftigten insgesamt noch nicht wieder der Fall ist.

#### 3.6.2 Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen

Im Folgenden wird für die beiden Pflegeberufe das stationäre Versorgungsgeschehen nach Alter, Geschlecht sowie nach höchstem Schul- und Berufsabschluss betrachtet. Dass diese Merkmale im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der stationären Versorgung stehen, wurde bereits im **»»** Kapitel 3.3 sichtbar.

- Pflegekräfte, insbesondere die weiblichen Beschäftigten in der Altenpflege, sind vor allem in jungen Jahren häufiger als der Durchschnitt aller Beschäftigten in stationärer Behandlung.
- Ein höherer Schul- bzw. Berufsabschluss geht auch bei den beiden Pflegeberufen mit einer geringeren Anzahl an stationären Behandlungstagen einher.

#### Alter und Geschlecht

Hinsichtlich der Anzahl der in Anspruch genommenen Behandlungstage bestehen kaum Geschlechtsunterschiede bei den Altenpflege- (Frauen: 1.285 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte; Männer: 1.209 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) bzw. Gesundheits- und Krankenpflegekräften (Frauen: 1.069 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte; Männer: 1.014 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle ist jeweils bei den weiblichen Pflegekräften leicht höher als bei ihren männlichen Kollegen, so dass die daraus resultierende durchschnittliche Falldauer bei den Männern jeweils ca. um einen Tag länger ist als bei den Frauen.

In **»»** Diagramm 3.6.3 ist die alters- und geschlechtsabhängige Entwicklung der stationären Behandlungsfälle für beide Pflegeberufe im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt dargestellt. Wie gut zu erkennen ist, ähnelt der Verlauf der Fallzahlen mit zunehmendem Alter für die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte dem der Beschäftigten insgesamt: Bis etwa zum 50. Lebensjahr schwankt die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausfälle nur wenig, danach nehmen aber insbesondere die Fallzahlen bei den Männern zu. Sind in jungen Jahren die weiblichen Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege häufiger in stationärer Behandlung, so sind es in höheren Altersgruppen die männlichen Beschäftigten. Bei den Altenpflegekräften ist hingegen etwa in der Altersspanne zwischen 45 und 60 Jahren kaum ein Unterschied zwischen den Geschlechtern in den Fallzahlen zu beobachten. Darüber hinaus fällt auf, dass gerade die weiblichen Altenpflegekräfte in jungen Jahren deutlich häufiger in stationärer Behandlung sind: Die größte Differenz zum Gesamtwert aller Beschäftigten besteht für diese bei den 20- bis 24-Jährigen (179,1 vs. 96,0 KH-Fälle je 1.000 Beschäftigte). Außerdem ist auch in diesem Diagramm wieder der schon mehrfach erwähnte *healthy worker effect* zu erkennen, d. h. in der Altersgruppe ab 65 Jahren gehen die Fallzahlen bei allen Beschäftigtengruppen deutlich zurück. Besonders ab-

Diagramm 3.6.3 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

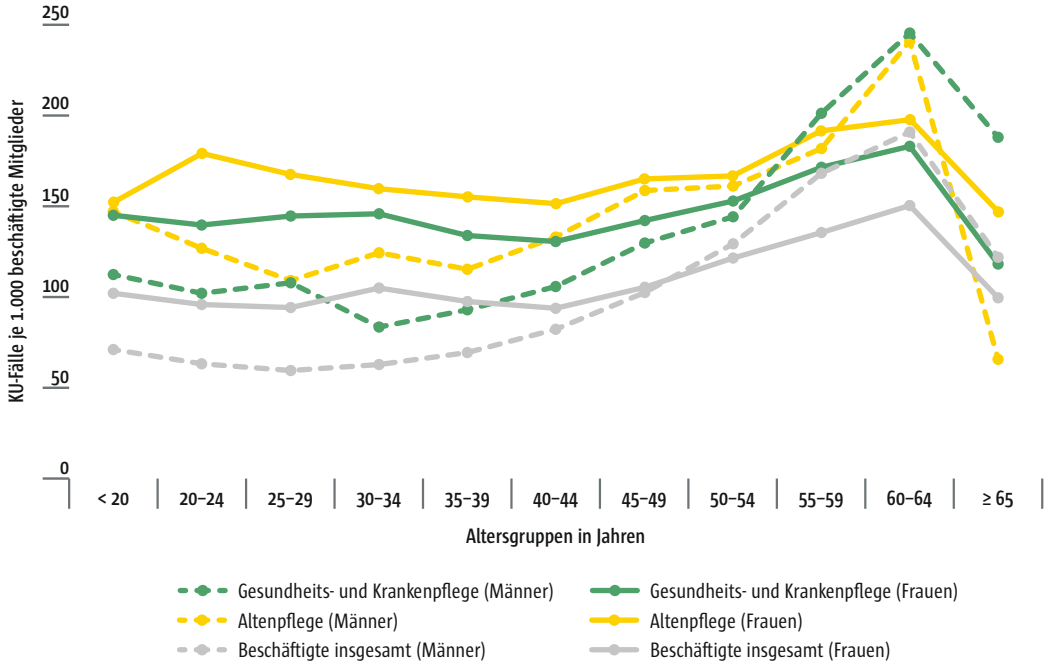
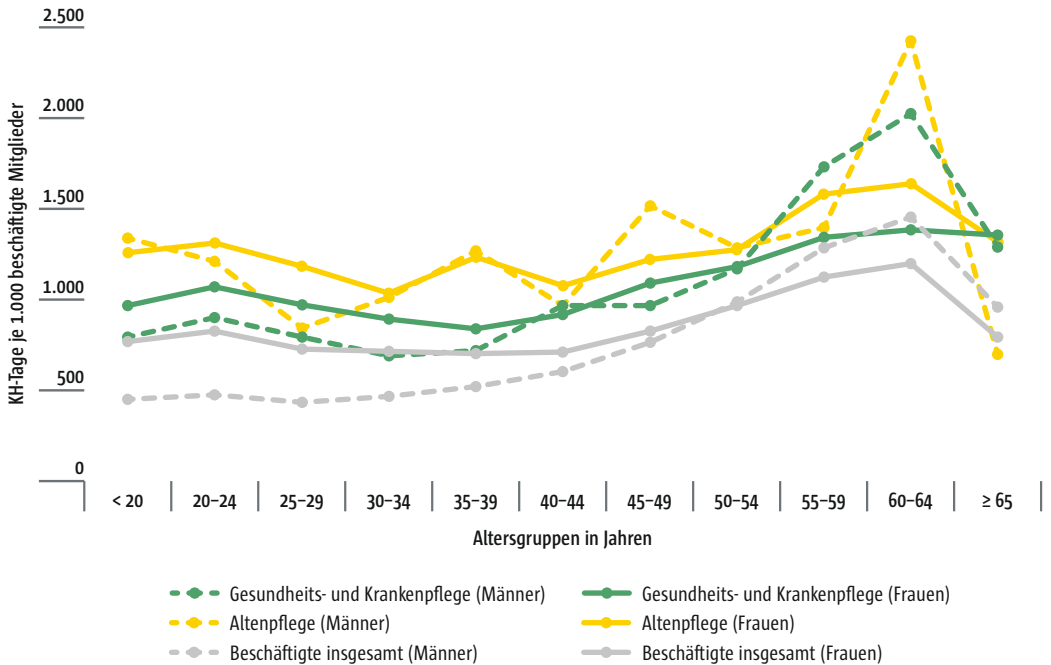


Diagramm 3.6.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



## 3.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

rupt geschieht dies bei den Männern in der Altenpflege.

Betrachtet man dazu im Vergleich die Entwicklung der Anzahl der Krankenhaustage in Abhängigkeit vom Alter (» Diagramm 3.6.4), so ist das Bild aufgrund stärkerer Schwankungen bei den Pflegeberufen weniger eindeutig. Insbesondere bei den Beschäftigten in der Altenpflege sind mehrfach Zu- und Abnahmen der Werte zu beobachten. Einen großen Einfluss werden hierbei Langzeitfälle haben, die auch bei nur wenigen Fällen die Durchschnittsanzahl der jeweiligen Behandlungstage stark beeinflussen können. Dennoch lässt sich auch hier feststellen, dass (mit Ausnahme der männlichen Altenpflegekräfte ab 65 Jahren) die Kennwerte der beiden Pflegeberufe teils deutlich über dem jeweiligen Durchschnittswert der Beschäftigten insgesamt liegen. Betrachtet man insbesondere die weiblichen Beschäftigten (die wie erwähnt weitaus häufiger als Männer in den Pflegeberufen arbeiten), besteht bei den Altenpflegerinnen die größte Differenz zum Gesamtwert der Beschäftigten insgesamt in der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen (1.233 vs. 702 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Bei den Gesundheits- und

Krankenpflegerinnen sind es wiederum diejenigen im Alter von mindestens 65 Jahren, die die größte Differenz zu den Beschäftigten insgesamt aufweisen (1.358 vs. 794 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Hierbei ist auch zu konstatieren, dass sich für diese Gruppe bei den Behandlungstagen kein *healthy worker effect* zeigt.

## Schul- und Berufsabschluss

Wie schon im » Kapitel 3.3 gezeigt werden konnte, stehen neben Alter und Geschlecht auch der Schul- und Berufsabschluss der Beschäftigten im Zusammenhang mit der unterschiedlichen Inanspruchnahme der stationären Versorgung. Wie die » Tabelle 3.6.2 aufzeigt, gilt auch jeweils für die beiden Pflegeberufe, dass ein höherer Schul- bzw. Berufsabschluss mit einer geringeren durchschnittlichen Anzahl an stationären Behandlungstagen einhergeht. Die niedrigsten Kennzahlen weisen bei den Schulabschlussgruppen dementsprechend diejenigen mit (Fach-)Abitur auf. Andererseits sind die Kennwerte derjenigen Pflegekräfte ohne einen Schulabschluss

Tabelle 3.6.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Merkmale	Ausprägungen	Gesundheits- und Krankenpflege		Altenpflege		Beschäftigte insgesamt	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder							
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	996	1.677	1.721	1.111	726	660
	Haupt-/Volksschulabschluss	1.383	1.265	1.252	1.511	1.015	1.078
	Mittlere Reife oder gleichwertig	999	1.070	1.309	1.272	796	918
	Abitur/Fachabitur	867	880	738	1.030	556	704
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	982	1.028	1.306	1.271	758	923
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	1.061	1.063	1.191	1.340	886	924
	Meister/Techniker oder gleichwertig	957	1.119	2.070	1.015	739	700
	Bachelor	586	579	261	601	402	627
	Diplom/Magister/Master/Staats-examen	725	879	424	971	538	644
	Promotion	–	–	–	–	518	510
<b>Gesamt</b>		<b>1.014</b>	<b>1.069</b>	<b>1.209</b>	<b>1.285</b>	<b>792</b>	<b>862</b>

im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt deutlich höher. So beträgt der Kennwert der weiblichen Gesundheits- und Krankenpflegekräfte das Zweieinhalbfache des Durchschnitts aller Beschäftigten.

Bei den Berufsabschlüssen sind es diejenigen mit akademischer Laufbahn, die deutlich weniger Tage in stationärer Behandlung waren. Dabei sind die Kennwerte bei den Bachelor-Absolventen noch einmal geringer als bei denjenigen mit Diplom/Magister/Master/Staatsexamen, allerdings ist ebenfalls das sehr niedrige Durchschnittsalter der Bachelor-Absolventen zu berücksichtigen. Bei denjenigen mit akademischem Abschluss ist dabei auch die Differenz zu den Behandlungstagen der Beschäftigten insgesamt am geringsten und teilweise sogar unter diesem Gesamtdurchschnittswert. Außerdem zeigt sich hier ein Unterschied zum AU-Geschehen (»»» Tabelle 1.6.2), bei dem die Fehlzeiten der Pflegekräfte über die Berufsabschlussstufen hinweg gleichbleibend hoch sind.

#### 3.6.3 Auswertungen nach Regionen

- Im Regionalvergleich weisen die Altenpflegekräfte mit Wohnort in Mecklenburg-Vorpommern die meisten stationären Behandlungstage auf, diese liegen damit auch am weitesten über dem Durchschnitt aller Beschäftigten des Bundeslandes.
- Bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften sind diejenigen aus Thüringen die meisten Tage in stationärer Behandlung gewesen. Die größte Differenz zu den Beschäftigten insgesamt ist bei dieser Berufsgruppe hingegen in Nordrhein-Westfalen zu finden.

Wie schon im »»» Kapitel 3.4 dargelegt, haben auch regionale Bezüge einen Einfluss auf die gesundheitliche Lage und damit letztendlich auch auf die Inanspruchnahme der stationären Versorgung durch die Beschäftigten. Welche Besonderheiten sich diesbezüglich bei den Pflegekräften zeigen, lässt das »»» Diagramm 3.6.5 erkennen. Besonders augenfällig ist im Vergleich der KH-Tage differenziert nach Bundesländern der Kennwert für die Altenpflegekräfte in Mecklenburg-Vorpommern. Diese weisen gegenüber den Beschäftigten insgesamt annähernd doppelt so viele stationäre Behandlungstage auf (1.905 vs. 1.002 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Für beide Pflegeberufe sind außerdem deutlich überdurchschnittlich viele Behandlungstage in Hamburg und in Nordrhein-Westfalen zu erkennen. In letztgenanntem Bundesland zeigt sich die größte Differenz bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften zu den Beschäftigten insgesamt (1.223 vs.

880 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Die höchste Anzahl der KH-Tage für diesen Pflegeberuf ist wiederum in Thüringen zu finden (1.371 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Anders als in allen anderen Bundesländern sind die dortigen Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sogar mehr Tage in stationärer Behandlung gewesen als die Altenpflegekräfte.

#### 3.6.4 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Diejenigen Wirtschaftsgruppen, in denen vorrangig Beschäftigte der Altenpflege tätig sind (z. B. Alten- und Pflegeheime), weisen für beide Geschlechter deutlich überdurchschnittlich viele stationäre Behandlungsfälle und -tage auf.
- Im Vergleich der Wirtschaftsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen stechen besonders die Altenheime sowie die Alten- und Behindertenwohnheime mit den meisten Behandlungstagen aufgrund psychischer Störungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen heraus.

Nachfolgend wird ein genauerer Blick auf die einzelnen Branchen, in denen die Pflegeberufe vorrangig tätig sind, geworfen. Das »»» Diagramm 3.6.6 stellt dazu die Kennzahlen für entsprechend ausgewählte Wirtschaftsgruppen differenziert nach Geschlecht dar. Sehr augenfällig ist hierbei die hohe durchschnittliche Anzahl an Behandlungsfällen und -tagen der weiblichen Beschäftigten in den Wirtschaftsgruppen Altenheime, Alten- und Behindertenwohnheime (Spitzenwert im Vergleich mit 1.166 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigten), Pflegeheime sowie soziale Betreuung älter Menschen und Behinderteter. In diesen drei Branchen sind besonders viele Beschäftigte aus dem Bereich der Altenpflege zu finden. Damit ähneln die Kennwerte in der stationären Versorgung dem Bild im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»»» Diagramm 1.6.6) für die weiblichen Beschäftigten. Hingegen ist eine große Differenz zwischen den Kennwerten der weiblichen und männlichen Beschäftigten, wie sie in den AU-Kennzahlen zu sehen ist, in der stationären Versorgung für diese Branchen nicht gegeben. Vielmehr ist in den Pflegeheimen die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage sogar annähernd gleich bei Männern und Frauen (1.084 vs. 1.119 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Für die Krankenhäuser, in denen die Mehrheit der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte tätig sind, liegen die Kennwerte ebenfalls über dem Durchschnitt aller Beschäftigten, allerdings sind diese geringer als in den zuvor genannten Branchen mit einem hohen

## 3.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Diagramm 3.6.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)

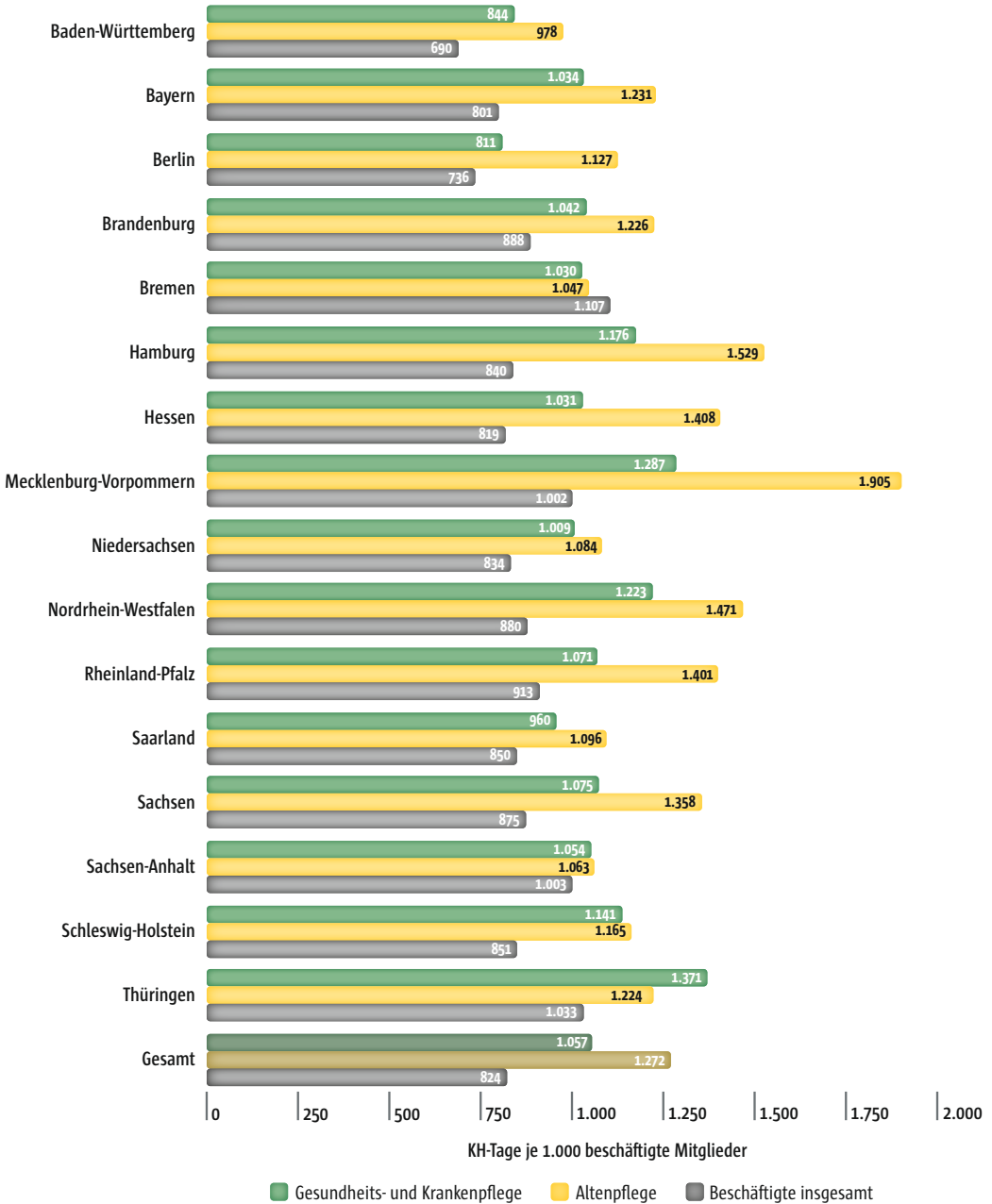
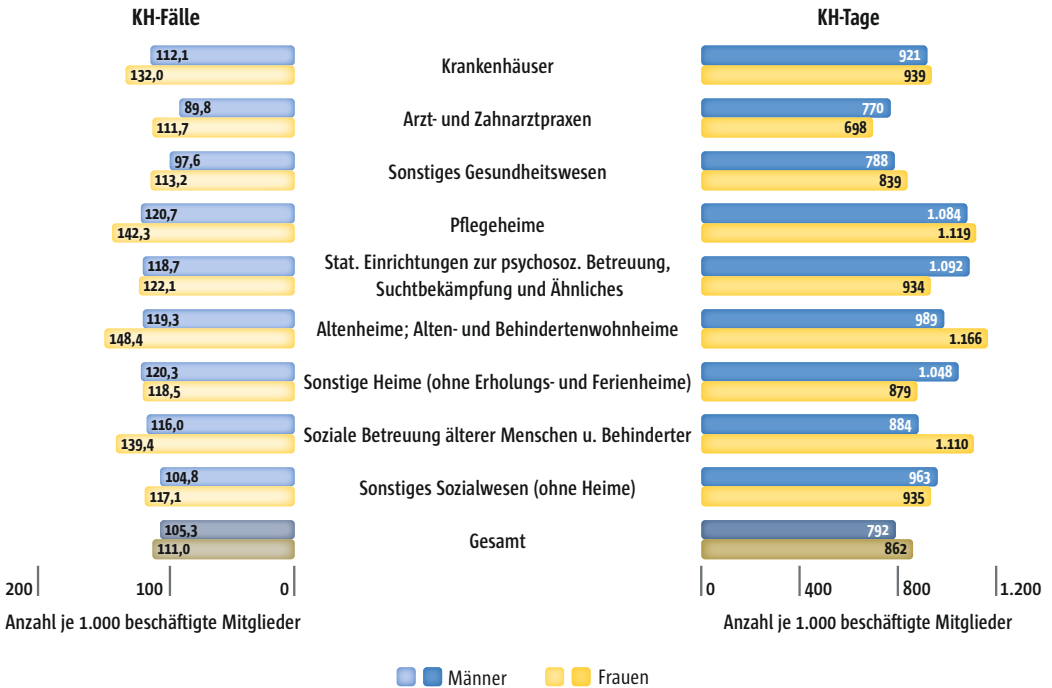




Diagramm 3.6.6 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

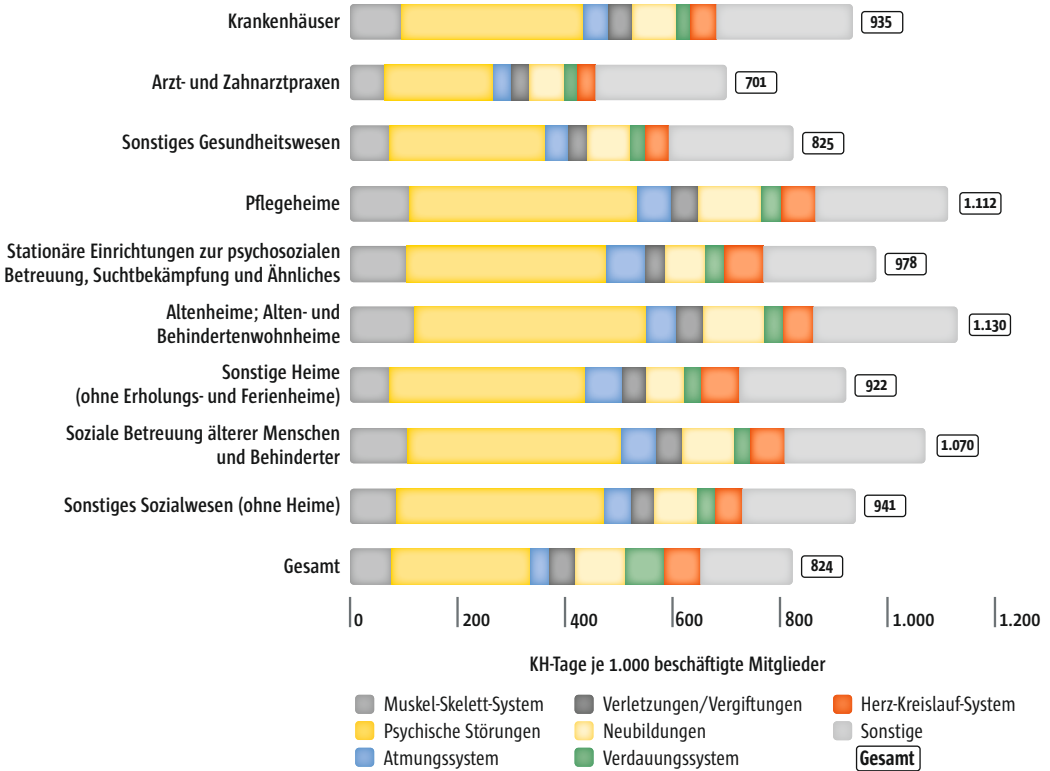


Anteil an Altenpflegekräften. Im Kontrast dazu sind die niedrigsten Kennwerte in diesem Vergleich, äquivalent zum AU-Geschehen, bei den Beschäftigten in (Zahn-)Arztpraxen zu finden.

Betrachtet man nachfolgend nun für diese Branchen die Anzahl der Behandlungstage, die auf ausgewählte Erkrankungsarten entfallen (»» Diagramm 3.6.7), so stechen besonders die sehr hohen Kennwerte bezüglich psychischer Störungen für die Wirtschaftsgruppen Altenheime/Alten- und Behindertenwohnheime (Spitzenwert im Vergleich mit 425 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigten) sowie Pflegeheime (425 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) hervor. Damit liegen diese rund zwei Drittel über dem Durchschnittswert für alle Beschäftigten. Zudem ist bei den Beschäftigten in Altenheimen/Alten- und Be-

hinderntenwohnheimen die höchste Anzahl an stationären Behandlungstagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zu finden: Mit 120 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigten ist dieser Kennwert um mehr als die Hälfte höher als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Die Beschäftigten in Pflegeheimen wiederum sind in diesem Vergleich die meisten Tage aufgrund von Neubildungen behandelt worden (118 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), wiederum nur knapp vor den Beschäftigten in Altenheimen/Alten- und Behindertenwohnheimen. Der Umstand, dass die Beschäftigten in den genannten Branchen – in denen der größte Teil der Altenpflegekräfte zu finden ist – überdurchschnittlich viele Tage in stationärer Behandlung gewesen sind, ist also auf diese Erkrankungsarten zurückzuführen.

Diagramm 3.6.7 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



### 3.6.5 Auswertungen nach Berufsgruppen

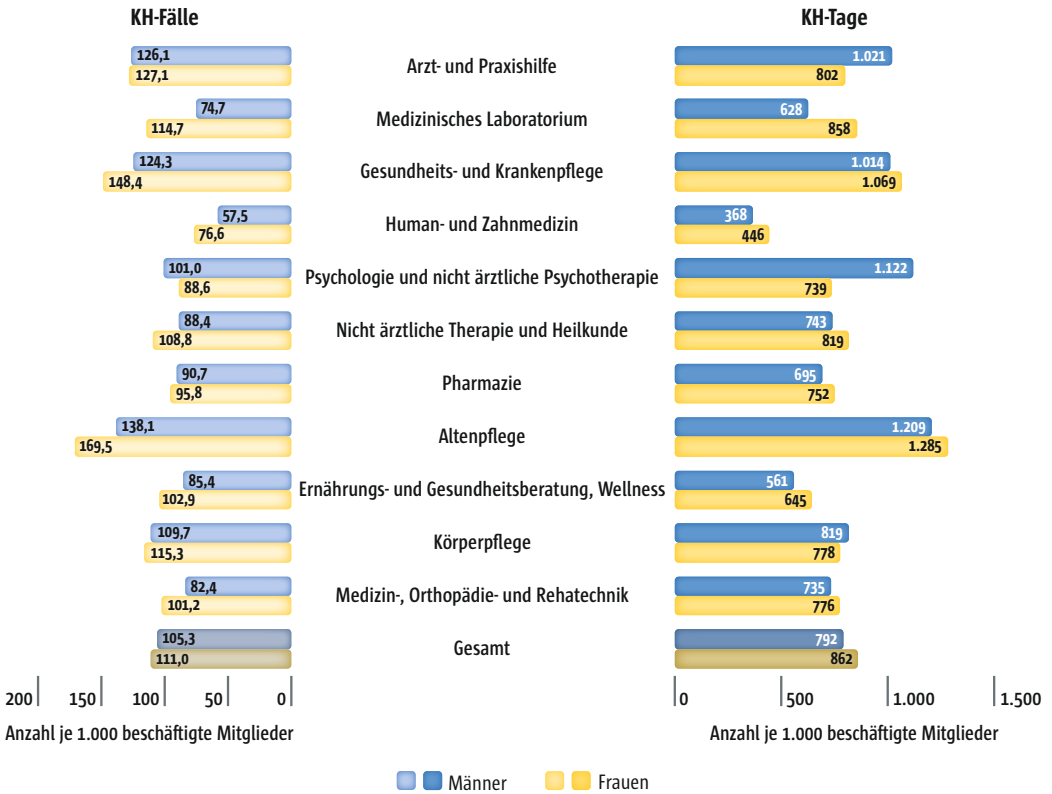
- Verglichen mit anderen (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen weisen die Altenpflegeberufe mit Abstand die meisten stationären Behandlungsfälle und -tage auf.
- Ein Großteil des Kennwertunterschieds der Altenpflegeberufe im Vergleich zum Durchschnitt aller Beschäftigten geht auf psychische Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen zurück. Diese weisen aber auch bei anderen Erkrankungsarten, wie bspw. Krankheiten des Verdauungssystems, überdurchschnittlich viele KH-Tage auf.

Ein noch deutlicherer Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit lässt sich anhand der beruflichen Tätigkeit ablesen. Die nachfolgenden Kennzahlen der stationären Versorgung beziehen sich auf die Gruppe der medizinischen und nichtmedizini-

schen Gesundheitsberufe, von denen die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie die Altenpflegeberufe einen relativ großen Anteil ausmachen (» Kapitel 0.3). Anders als in den vorhergehenden Kapiteln werden hierbei allerdings die Berufsgruppen Tiermedizin und Tierheilkunde sowie Bestattungswesen aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht dargestellt.

Auch im Vergleich mit den anderen (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen stechen die beiden Pflegeberufe hinsichtlich der Anzahl stationärer Behandlungsfälle und -tagen besonders heraus (» Diagramm 3.6.8). Mit der jeweils höchsten Anzahl an Behandlungsfällen und -tagen sowohl für die Frauen (169,5 KH-Fälle bzw. 1.285 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) als auch für die Männer (138,1 KH-Fälle bzw. 1.209 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) stehen mit deutlichem Abstand die Altenpflegeberufe an der Spitze dieses Vergleichs. Insgesamt liegen damit die Kennwerte in der Altenpflege um mehr als 50% über

Diagramm 3.6.8 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



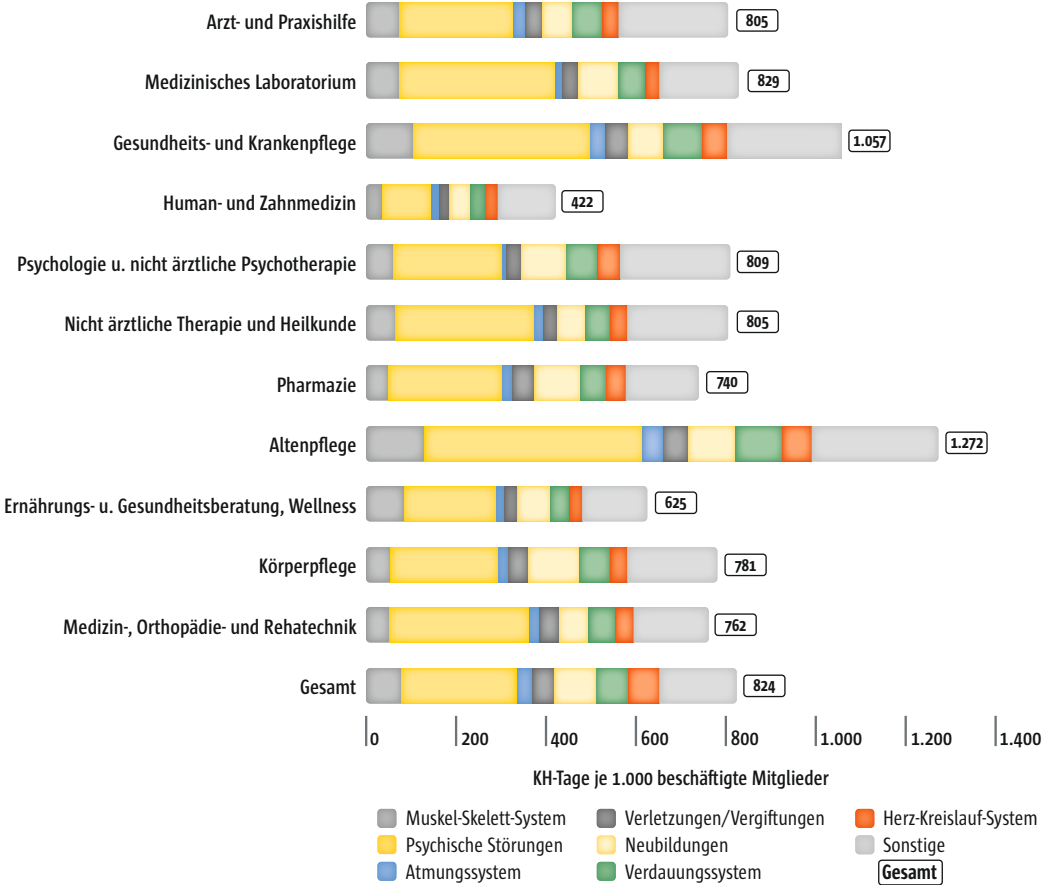
dem Durchschnitt. Nachfolgend die höchste Anzahl an Fällen und Tagen sind bei den weiblichen Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege zu finden, gleichzeitig weisen aber auch die Männer in dieser Berufsgruppe deutlich überdurchschnittliche Werte auf. Ebenfalls hohe Fall- und Tageswerte sind für die männlichen Beschäftigten noch bei den Psychologen/Psychotherapeuten sowie in der Arzt- und Praxishilfe zu erkennen. Hierbei muss allerdings auch wieder darauf hingewiesen werden, dass diese beiden Beschäftigtengruppen relativ klein sind und hierbei schon wenige (Langzeit-)Fälle stärkere Schwankungen auslösen können. Die jeweils deutlich größeren Gruppen der weiblichen Beschäftigten in diesen beiden Berufsgruppen weisen hingegen sogar leicht unterdurchschnittliche Kennwerte auf.

Wie das Diagramm 3.6.9 zeigt, ist bei den Altenpflegekräften die hohe Zahl an stationären Behandlungstagen insbesondere auf psychische Störungen zurückzuführen: 486 KH-Tage je 1.000 Be-

schäftigte sind bei der Altenpflege auf diese Erkrankungsart zurückzuführen, das sind 38% aller Behandlungstage in dieser Berufsgruppe (Zum Vergleich: Bei den Beschäftigten insgesamt gehen nur 31% der Behandlungstage auf psychische Störungen zurück). Zusätzlich sei dazu angemerkt, dass anders als bei den Beschäftigten insgesamt in der Altenpflege die Männer diesbezüglich sogar höhere Kennwerte aufweisen als die Frauen. Des Weiteren lässt das Diagramm erkennen, dass auch Altenpflegekräfte überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in Behandlung waren: 130 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte waren dies im Jahr 2021, was zwei Drittel mehr Tage als der Durchschnitt aller Beschäftigten ist und den Spitzenwert in diesem Vergleich darstellt. Bei diesen beiden Diagnosehauptgruppen liegt demnach also ein besonderer Schwerpunkt, die Altenpflege weist aber außerdem von allen (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen auch noch die meisten Behandlungs-

## 3.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Diagramm 3.6.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



tage aufgrund von Atmungssystem-Erkrankungen, Verletzungen/Vergiftungen sowie aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems und des Herz-Kreislauf-Systems auf. Ein ähnliches Muster ist auch für die Gesundheits- und Krankenpflege zu erkennen: Die stärksten Abweichungen vom Gesamtdurchschnitt und damit die zweitmeisten Behand-

lungstage für diese Erkrankungsarten in diesem Vergleich sind den Gesundheits- und Krankenpflegekräften zuzuschreiben. Ebenfalls überdurchschnittlich und in dieser Darstellung der zweithöchste Kennwert sind die Behandlungstage dieser Berufsgruppe, die aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems erfolgt sind.

### 3.6.6 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

- Auch bei den Pflegekräften nimmt mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle und -tage in stationärer Versorgung ab.
- Pflegekräfte, die Führungs- bzw. Aufsichtsverantwortung innehaben, sind weniger Tage in stationärer Behandlung gewesen, als diejenigen ohne eine solche Funktion.
- Gerade bei den im Schnitt recht jungen Beschäftigten mit einem befristeten Vollzeitvertrag übersteigt die Zahl der stationären Behandlungstage am stärksten den Durchschnitt aller Beschäftigten.
- Leih-/Zeitarbeiterinnen in der Altenpflege waren besonders viele Tage in stationärer Behandlung, deren durchschnittliche Anzahl an KH-Tagen übersteigt den entsprechenden Wert der Beschäftigten insgesamt um mehr als das Doppelte.

Abschließend für die Analysen zum Schwerpunktthema wird nachfolgend der Zusammenhang verschiedener Tätigkeitsmerkmale mit der Inanspruchnahme der stationären Versorgung durch Pflegekräfte betrachtet.

### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

Das **»»** Diagramm 3.6.10 stellt die Anzahl der stationären Behandlungstage differenziert nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit dar. Bei den Kennwerten für die weiblichen Pflegekräfte ist gut zu erkennen, dass hier ähnlich wie bei den Beschäftigten insgesamt mit jeweils höherem Anforderungsniveau die Behandlungstage abnehmen. Dies geschieht bei den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen relativ kontinuierlich, während bei den Altenpflegerinnen es unterhalb der hoch komplexen Tätigkeiten keine so großen Abstufungen gibt. Entsprechend ist bei den Altenpflegerinnen, die fachlich ausgerichtete Tätigkeiten verrichten, die Differenz zu den Beschäftigten insgesamt besonders groß (1.279 vs. 886 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Bei den Männern ist das Bild hingegen deutlich heterogener. So nimmt die Anzahl der stationären Behandlungstage bei den Männern in der Altenpflege mit höherem Tätigkeitsniveau rapide ab, bei den komplexen Spezialistentätigkeiten sowie den hoch komplexen Tätigkeiten weisen die männlichen Altenpflegekräfte sogar unterdurchschnittlich viele Behandlungstage im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt auf. Bei den Männern in der Gesundheits- und Krankenpflege ist die höchste Anzahl an Behandlungstagen bei

Diagramm 3.6.10 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

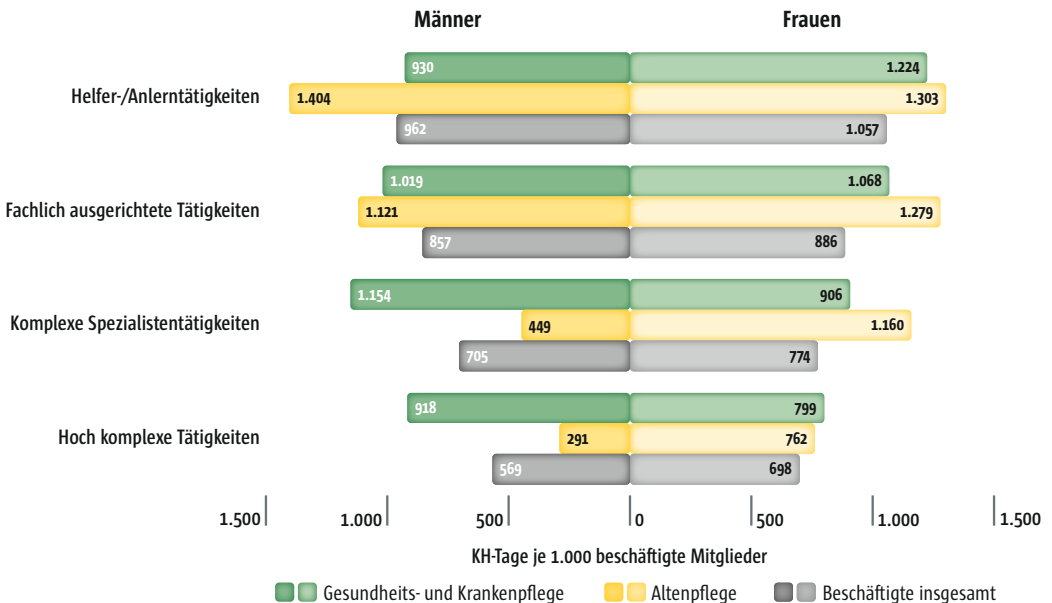
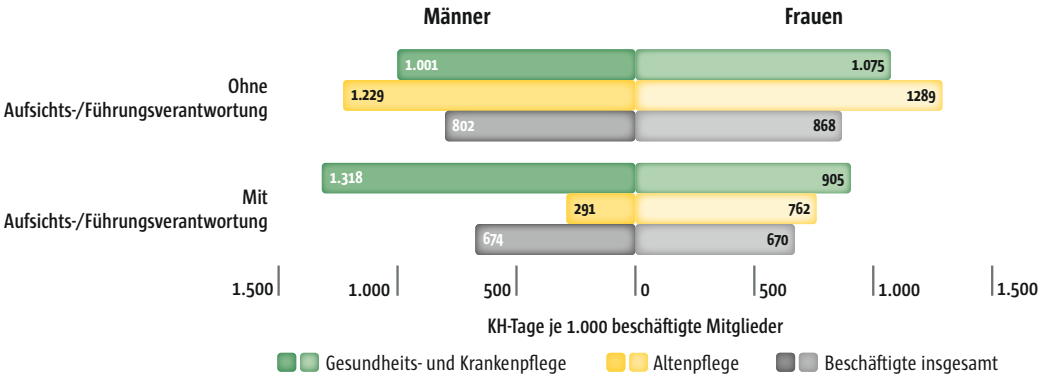


Diagramm 3.6.11 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



den komplexen Spezialistentätigkeiten zu finden (1.154 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), insgesamt ist hier die Schwankungsbreite der Kennwerte zwischen den Niveaustufen am geringsten.

### Aufsichts- und Führungsverantwortung

Bei der Unterscheidung der Beschäftigten danach, ob diese eine Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung in ihrer Tätigkeit wahrnehmen (»»» Diagramm 3.6.11), zeigt sich, dass die Anzahl der Behandlungstage bei den weiblichen Beschäftigten in Pflegeberufen äquivalent zu den Kennwerten der Beschäftigten insgesamt abnehmen. Dabei ist die Verringerung der Behandlungstage bei den Altenpflegerinnen stärker als bei den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, die größte Abweichung zum Durchschnitt aller Beschäftigten weisen dabei diejenigen ohne eine Führungs- bzw. Aufsichtsfunktion auf (1.289 vs. 868 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Besonders groß ist die Differenz bei den männlichen Beschäftigten in der Altenpflege: Diejenigen ohne eine Führungs- bzw. Aufsichtsfunktion sind mehr als viermal so viele Tage in stationärer Behandlung gewesen als diejenigen mit Führungs- bzw. Aufsichtsfunktion. Gegenläufig dazu weisen die männlichen Gesundheits- und Krankenpflegeträfte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung mehr Behandlungstage auf als die Berufskollegen ohne eine solche Funktion.

### Vertragsformen

Bei allen Vertragsformen sind sowohl die weiblichen als auch die männlichen Beschäftigten in den Pflegeberufen mehr Tage in stationärer Behandlung gewesen als die Beschäftigten insgesamt (»»» Diagramm 3.6.12). Besonders groß ist diese Differenz bei denjenigen Altenpflegekräften, die einer befristeten Vollzeitätigkeit nachgehen: Männliche Altenpflegekräfte sind doppelt so viele Tage in Behandlung gewesen wie die Beschäftigten insgesamt, bei den Altenpflegerinnen beträgt die Differenz immerhin noch +50% mehr Behandlungstage gegenüber allen Beschäftigten mit einem solchen Vertrag. Da auch Auszubildende und Berufsanfänger hierunter gezählt werden, ist das Durchschnittsalter der befristet in Vollzeit Beschäftigten deutlich geringer als bei den anderen Vertragsformen, was auch für die Pflegeberufe zutrifft. Allerdings ist bei diesen keine so große Differenz zu anderen Vertragsformen mit im Schnitt älteren Beschäftigten zu beobachten wie es bei den Beschäftigten insgesamt der Fall ist.

### Arbeitnehmerüberlassung

Zum Abschluss wird ein Blick auf den Zusammenhang zwischen den stationären Behandlungstagen und der Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung geworfen (»»» Diagramm 3.6.13). Dabei ste-

Diagramm 3.6.12 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

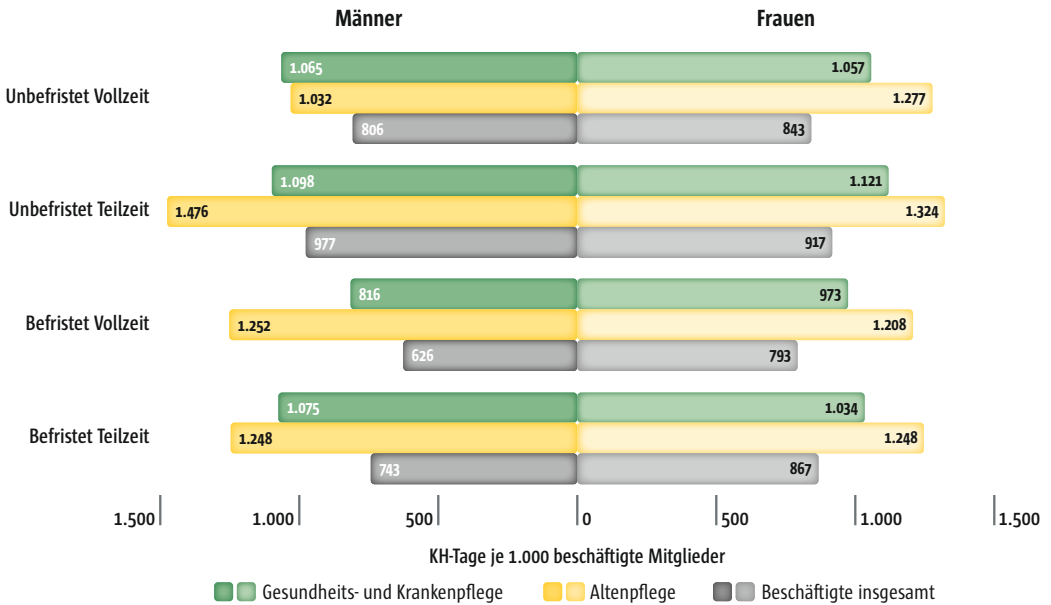
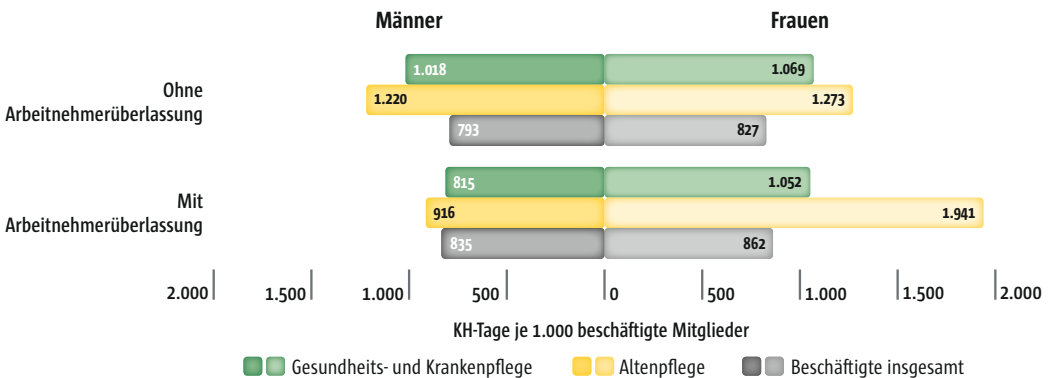


Diagramm 3.6.13 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



chen die Leih-/Zeitarbeiterinnen in der Altenpflege hervor: Bei diesen ist die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen mit 1.941 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigten mehr als doppelt so hoch wie der Durchschnitt aller Leih-/Zeitarbeiterinnen insgesamt (862 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Auch im Vergleich zu den weiblichen Altenpflegekräften, die nicht in Arbeitnehmerüberlassung tätig sind, sind

die Kolleginnen in Leih-/Zeitarbeit noch um die Hälfte mehr Tage im Krankenhaus behandelt worden. Bei den männlichen Beschäftigten in Leih-/Zeitarbeit unterscheiden sich die Pflegeberufe hingegen nur minimal vom Durchschnitt aller Beschäftigten, wobei allerdings auch hier berücksichtigt werden muss, dass dies die bei weitem kleinsten Teilgruppen in diesem Vergleich sind.

## 3.7 Zusammenfassung und Ausblick

Die stationäre Versorgung ist wesentlich auf die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen ausgerichtet, daran haben auch die Umwälzungen durch die Coronavirus-Pandemie nichts geändert. Nur ein relativ kleiner Teil der BKK Versicherten von knapp über 10% muss sich im Laufe eines Jahres in stationäre Behandlung begeben, es sind vor allem ältere Versicherte darunter zu finden. Entsprechend gehen die meisten Behandlungsfälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück, etwa jeder siebte Behandlungsfall ist dieser Erkrankungsart zuzuschreiben. Wie auch in den letzten Jahren haben die psychischen Störungen in der stationären Versorgung eine besondere Rolle inne: Mit durchschnittlich rund 4 Wochen je Fall weisen diese eine deutlich längere Behandlungsdauer auf als andere Erkrankungsarten, entsprechend ist sogar mehr als jeder fünfte Behandlungstag auf psychische Störungen zurückzuführen. Gerade bei dieser Erkrankungsart sind im Vorjahr die Kennwerte besonders stark eingebrochen – was nun aber im aktuellen Berichtsjahr ins Gegenteil umgeschlagen ist: Für keine andere Erkrankungsart ist die Anzahl der Behandlungsfälle und -tage so stark gestiegen wie bei den psychischen Störungen. Hier, genauso wie bei den anderen Erkrankungsarten, verbleiben die Kennwerte aber weiterhin unter dem Vor-Pandemie-Niveau. Nachholeffekte sind demzufolge im aktuellen Berichtsjahr (noch) nicht zu beobachten. Allerdings hat die Pandemie bekanntlich auch im Jahr 2021 noch kein Ende gefunden, so dass auch im nächsten BKK Gesundheitsreport dies als besonderer Umstand berücksichtigt werden muss.

Diese besonderen Bedingungen haben aber auch bei den Beschäftigten in der stationären Versorgung wie auch im Gesundheitswesen allgemein ihren Niederschlag gefunden. Hierzu befasst sich das diesjährige Schwerpunktthema mit der anteilig größten Gruppe im Gesundheitswesen, den Pflegekräften: Zum einen mit den Gesundheits- und Krankenpflegekräften, die vorrangig in Krankenhäusern tätig sind, sowie mit den Altenpflegekräften, die an

derer Stelle im Gesundheitswesen besonders von der Pandemie betroffen sind. So betreuen die Altenpflegekräfte die besonders vulnerable Gruppe der Pflegebedürftigen, die Pflegekräfte sind aber auch darüber hinaus selber einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt. Die Pflegeberufe sind damit nun wieder verstärkt in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt. Dies geschieht nicht zum ersten Mal, schließlich wurde schon vor Jahren (u. a. auch im **»» BKK Gesundheitsatlas 2017**) darüber diskutiert, dass es zu wenig Pflegekräfte gibt und die Arbeit sowohl physisch als auch psychisch in besonderem Maße belasten kann. Somit überlagern sich aktuell nun zwei Fragestellungen: Welche Auswirkungen haben eben diese besonderen Belastungen durch die Coronavirus-Pandemie? Und: Was hat sich allgemein bei den Arbeits- und Rahmenbedingungen in der Pflege verändert in den letzten Jahren? Schon vor der Pandemie wurden hierzu zahlreiche Projekte und Programme aufgesetzt um Verbesserungen herbeizuführen. Die Ergebnisse in diesem Kapitel (genauso wie in den anderen Kapiteln) lassen sich nicht eindeutig dem einen oder dem anderen Effekt zuschreiben, die Zahlen der stationären Inanspruchnahme durch die Pflegekräfte zeugen aber davon, dass bei diesen Berufsgruppen weiterhin die Krankheitslast so hoch ist, dass häufiger als bei vielen anderen Beschäftigten ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird. Dabei stechen die Altenpflegekräfte weiterhin mit einer sehr hohen Anzahl an Behandlungsfällen und -tagen hervor. Im aktuellen Berichtsjahr sind zudem diese Werte gegenüber dem Vorjahr wieder stark gestiegen. Häufige Inanspruchnahmen und viele Behandlungstage sind außerdem bei beiden Geschlechtern in der Altenpflege zu finden, auch setzen die hohen Fallzahlen schon in jungen Jahren ein. In der Gesundheits- und Krankenpflege sind die Zahlen zwar nicht ganz so hoch, aber auch hier sind die meisten der in diesem Kapitelabschnitt dargestellten Kennwerte überdurchschnittlich hoch. Somit lässt sich für beide Pflegeberufe



konstatieren, dass diese die stationäre Versorgung in besonderem Maße in Anspruch nehmen. Wie eingangs beschrieben ist freilich die stationäre Versorgung nur „die Spitze des Eisbergs“, da nur wenige Versicherte so schwer erkranken, dass ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist. Wie aber auch die anderen Kapitel dieses Buches deutlich machen, sind bereits bei niederschwelligem Zugang zum Gesundheitswesen, wie etwa der ambulanten Versorgung und dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die Kennzahlen ebenso auffällig hoch. Bisherige Maßnahmen, die Gesundheit von Pflegekräften zu verbessern und zudem insgesamt die Arbeitsbedingungen

für diese zu verbessern, haben also – gemessen am hier analysierten Versorgungsgeschehen – bislang (noch) nicht den durchschlagenden Erfolg gehabt, dass sich dies auch in einer geringeren Inanspruchnahme der stationären Versorgung bemerkbar gemacht hätte. Es bleibt somit weiterhin dringend geboten, die Situation für die Beschäftigten in diesem so wichtigen und sensiblen Bereich des Gesundheitswesens wie auch der Gesellschaft allgemein zu verbessern. Dies ist nicht zuletzt auch eine Investition in die Zukunft, schließlich wird jeder von uns früher oder später selbst einmal Pflege in Anspruch nehmen.

# Schwerpunkt Politik



# Innovatives Potenzial der Pflege – Lehren aus anderen Ländern

Michael Ewers und Yvonne Lehmann

In Deutschland wird Pflege vorwiegend als Problem thematisiert. Meist geht es dann um den Mangel an verfügbaren Fachkräften, wenig attraktive Arbeitsbedingungen oder eng begrenzte Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten. Wer sich in anderen Ländern umsieht, wird feststellen, dass Pflege auch anders gedacht werden kann. Zwar muss überall dem gestiegenen und veränderten Bedarf der Bevölkerung entsprochen werden. Knappe finanzielle Ressourcen, familienunfreundliche Arbeitszeiten, Dauerbelastung oder chronischer Personalmangel sind auch andernorts bekannt. Häufiger als hierzulande wird bei all dem aber das innovative Potenzial der Pflege ins Blickfeld gerückt. Zudem werden förderliche Bedingungen für dessen Entfaltung geschaffen.

## Herausforderungen

In Deutschland sind in der Pflege enorme Herausforderungen zu bewältigen. Aufgrund des eklatanten Fachkräftemangels kann die pflegerische (Grund-) Versorgung der Bevölkerung schon heute kaum noch auf akzeptablem Niveau sichergestellt werden. Der prognostizierte qualitative und quantitative Bedarfsanstieg (etwa durch die sogenannten Babyboomer) dürfte diese Situation weiter verschärfen [1, 2]. Neben den demografisch-epidemiologischen Megatrends und infolgedessen dem steigenden Anteil älter und hochaltriger Menschen an der Gesamtbevölkerung sowie der Zunahme chronischer Erkrankungen, von Multimorbidität und dem Aufkommen neuer Infektionskrankheiten sind auch der wissenschaftlich-technische Erkenntnisfortschritt, die Erweiterung medizinischer Behandlungsoptionen, die Digitalisierung und damit verbundene Folgen für die Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen. Zudem wirken sich der gesellschaftliche Wertewandel mit steigenden Erwartungen von Patient:innen und Angehörigen sowie gewandelten Einstellungen gegenüber dem Leben mit Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit aus. Schließlich bleibt die Pflege auch von Umwelt- und Klimakrisen oder politischen

und wirtschaftlichen Turbulenzen nicht unberührt. Um tiefgreifende gesellschaftliche Probleme abwenden zu können, wird viel Innovationspotenzial benötigt.

Mit dieser Situation steht Deutschland nicht allein da. Andere Länder sehen sich in der Pflege vor ähnliche Herausforderungen gestellt. Wie sie damit umgehen und ob sie bereits innovative Lösungswege zu deren Beantwortung gefunden haben, wurde in der von der Stiftung Münch beauftragten Pinal-Studie gefragt. Unter der Überschrift „*Pflege in anderen Ländern – Vom Ausland lernen?*“ wurden dabei Länderporträts zu Großbritannien, den Niederlanden, Schweden und Kanada erstellt und Handlungsempfehlungen zur Zukunftssicherung der pflegerischen Versorgung und der Berufsgruppe Pflege in Deutschland abgeleitet. Einiges davon soll hier mit wenigen Strichen skizziert werden [3, 4, 5].

## Engführungen

Einleitend ist auf einige Engführungen der in Deutschland geführten Diskurse hinzuweisen. So wird der Begriff „Pflege“ hierzulande oft undifferenziert mit der Langzeitversorgung meist älterer Menschen gleichgesetzt. Gelegentlich rücken assistierende Tätigkeiten in Krankenhäusern und Intensivstationen ins Blickfeld. Der Mangel an Pflegepersonal behindert – so das Narrativ – das interventionsintensive medizinische Geschehen. Ein eigenständiger Beitrag zur Gesunderhaltung und Gesundwerdung der Bevölkerung wird von der Pflege nicht erwartet. Selten oder gar nicht werden andere, international relevante Aufgabenfelder und Rollen der Pflege betrachtet, etwa in der Primärversorgung (der ersten Anlaufstelle in Gesundheitsfragen), in allgemeinbildenden Schulen oder im öffentlichen Gesundheitsdienst und den Kommunen. Die beeindruckende Vielfalt des Heilberufs Pflege bleibt dadurch unberücksichtigt [6].

Ebenso wenig wird in Deutschland differenziert, wenn es um die in pflegerischen Versorgung tätigen Personen geht. Pflegenden Angehörige, informelle Helfer:innen und Pfleger:innen mit unterschiedlichen beruflichen Qualifikationen werden oft in einem Atemzug genannt. Die unterschiedliche Qualität ihrer Leistungen wird nivelliert und der Eindruck erweckt, dass es für die Pflege keiner oder allenfalls einer geringen Bildung bedarf [7]. International bilden „Registered Nurses“ (zu Deutsch: Pflegefachpersonen) mit in der Regel mind. dreijähriger, staatlich anerkannter und meist hochschulischer Ausbildung den Kern der Berufsgruppe. Daneben gibt es einerseits geringer qualifizierte Helfer:innen und andererseits höher qualifizierte Expert:innen mit erweiterten Kompetenzen. Unter Beibehaltung eines im Kern einheitlichen professionellen Profils sind heterogene Kompetenzprofile entstanden, die mit unterschiedlich weitreichenden Verantwortlichkeiten und Befugnissen einhergehen. Diese Binnendifferenzierung der Berufsgruppe Pflege bietet Chancen, die hierzulande noch kaum realisiert werden [8, 9].

» „Pflege“ wird hierzulande oft auf die einfache, alltagsnahe Unterstützung meist älterer Menschen reduziert. Dabei ist und kann sie deutlich mehr – angefangen bei der Gesundheitsförderung in Schulen bis hin zur Intensivpflege im Krankenhaus. Für ihre diversen Aufgaben verfügt sie international über differenzierte Qualifikationsprofile, was in der deutschen Öffentlichkeit noch wenig wahrgenommen und gewürdigt wird.

### Pflege entfaltet Magnetkräfte

Eine der globalen Herausforderungen der Pflege besteht in dem zunehmenden Fachkräftemangel. Familienunfreundliche Arbeitszeiten mit Schicht- und Wechseldiensten, körperlich und mental anstrengende Arbeiten, unzureichende Bezahlung trotz Dauerstress, nachgeordnete Positionen und kaum Mitgestaltungsmöglichkeiten sowie – von Ausnahmen abgesehen – fehlende gesellschaftliche Anerkennung für die erbrachten Leistungen sind einige der Faktoren, die eine berufliche Tätigkeit in der Pflege unattraktiv machen.

Aus eben diesem Grund wurde in den 1980er-Jahren in den USA das sogenannte Magnet® Recognition Programm entwickelt [10]. Inzwischen wird das Programm in vielen Ländern unter Realbedingungen umgesetzt (z. B. am Mount Sinai Hospital in Toronto/Kanada). Es dient dazu, durch eine Reihe inein-

andergreifender Faktoren die psychische Gesundheit und das berufliche Wohlbefinden der Beschäftigten im Krankenhaus zu verbessern sowie dem (vorzeitigen) Ausstieg aus dem Pflegeberuf entgegenzuwirken. Zu den Bausteinen gehört ein auf Transformation zielender Management- und Führungsstil, eine auf die Belange der Beschäftigten ausgerichtete Personalpolitik und die Eröffnung professioneller Entwicklungsräume. In einem bewusst wertschätzenden Klima mit flachen Hierarchien und interprofessionellen Prozessen wird den Pflegefachpersonen ein eigenverantwortliches, professionelles Arbeiten ermöglicht. Ihre breiten, meist hochschulisch erworbenen Kompetenzen müssen bzw. dürfen sie zum Wohle der Patienten und zur Gewährleistung ihrer Sicherheit im Versorgungsprozess einbringen.

Zertifizierte Magnet-Einrichtungen zeichnen sich durch Innovationsfreude und eine ausgeprägte pflegerische Expertise aus. Das zunächst für Krankenhäuser entwickelte Programm wurde kontinuierlich weiterentwickelt und auch für Einrichtungen der Langzeitpflege adaptiert [11]. Nach Ländern vor allem im angloamerikanischen Raum wird das Konzept mit dem Projekt „Magnet4Europe“ von 2020 bis 2023 in sechs europäischen Ländern erprobt – darunter auch in Deutschland ([www.magnet4europe.eu](http://www.magnet4europe.eu)). Ob sich hierzulande angesichts traditionell ärztlich und ökonomisch dominierter Krankenhausstrukturen sowie des nachgeordneten, eng begrenzten Pflegeverständnisses ebenfalls Magnetkräfte entfalten lassen und so u. a. der Berufsfucht in der Pflege – dem sogenannten „Pflexit“ – entgegenwirken kann, bleibt abzuwarten.

» Pflege kann durchaus „anziehend“ wirken: Sinnstiftende Arbeit mit und für Menschen sowie vielfältige, anspruchsvolle und verantwortungsvolle Aufgaben sind nur einige positive Merkmale dieses Heilberufs. Um die Expertise der Pflege nutzen und ihre Potenziale entfalten zu können, werden allerdings unterstützende und förderliche Rahmenbedingungen benötigt. Im Projekt „Magnet4Europe“ wird aktuell erprobt, welche das sind.

### Pflege eröffnet Zugangswege

Der zunehmende Bedarf an alltagsnaher pflegerischer Unterstützung sowie qualifizierter Gesundheits- und Krankenversorgung wird künftig vor allem dort zu beantworten sein, wo die Menschen leben – in ihren Gemeinden und sozialen Gemeinschaften. Die Gesundheitsberufe müssen sich auf

dieses Setting und den dort zu adressierenden Bedarf einstellen. Neben tragfähigen Konzepten für die gemeindebasierte Arbeit mit Menschen jeden Alters in diversen Lebenslagen und Lebenssituationen, gewinnen Gesundheitsförderung und Prävention sowie Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz an Bedeutung. Zudem werden neue Formen der Aufgaben- und Verantwortungsteilung in multiprofessionellen Teams benötigt.

Andernorts hat die Pflege diesen Weg in eine gemeindebasierte Versorgung längst offensiv beschritten, wobei sie mit ihren gestuften Qualifikationsprofilen einen ebenso heterogenen wie umfangreichen Versorgungsbedarf beantwortet. Das beginnt mit der Einbindung zahlreicher Helfer:innen mit geringer Qualifikation in die alltags- und haushaltsnahe (sozial-)pflegerische Langzeitversorgung. Um deren Qualität und Sicherheit zu gewährleisten, werden sie von meist hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen angeleitet. Diese erbringen zudem qualifizierte Pflegeleistungen und kooperieren dabei eng mit anderen Gesundheitsberufen im ambulanten Sektor (z. B. Ärzt:innen, Apotheker:innen, Therapeut:innen) [12].

Daneben haben sich Pflegefachpersonen auch in der primären Gesundheitsversorgung etabliert – also etwa in Gemeindeggesundheitszentren (wie in Schweden) oder sog. Nurse-Led Clinics (wie in Kanada). Oft sind sie dabei erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Anliegen der Bürger:innen einer Region. Während sich Pflegefachpersonen im ambulanten Sektor um chronisch kranke Menschen und routinemäßige Versorgungsaufgaben kümmern, widmen die Ärzt:innen sich der aufwändigeren Diagnostik und Therapie bei komplizierteren oder schwer zu kontrollierenden Krankheitsbildern. Pflegeexpert:innen für die Versorgung von Menschen mit z. B. Diabetes, Asthma oder Wunden ergänzen das Portfolio und sind Ausdruck einer auch in der Pflege zu beobachtenden Spezialisierung. In der Regel haben sie ihre Berufszulassung auf Bachelorniveau erworben, Berufserfahrung gesammelt und dann einschlägige hochschulische Weiterbildungen mit klinischer Orientierung absolviert (z. T. auf Master-niveau). Infolgedessen damit haben sie zusätzliche Befugnisse erhalten, wie z. B. das Recht Hilfsmittel oder Medikamente zu verordnen [13].

Die Pflegefachpersonen wissen zu schätzen, dass sie im ambulanten Sektor nicht als nachgeordnete „Arzthelfer:innen“ und allein auf Anweisung tätig sind, sondern als Heilberuf mit eigenständigem Aufgaben- und Verantwortungsrahmen und einem hohen Maß an professioneller Autonomie. Sie erneu-

ern und erweitern regelmäßig ihre Kompetenzen und beteiligen sich an der Weiterentwicklung ihres Pflegehandelns und dessen Evidenzbasierung [3]. Unter der Überschrift „Community Health Nursing“ sollen Teile dieser Entwicklungen künftig auch in Deutschland aufgegriffen werden [14]. Ob sich die gesundheits- und pflegepolitischen Zielsetzungen realisieren lassen und ob dadurch die Attraktivität der Pflege gesteigert werden kann, wird sich erweisen müssen.



International ebnet die Pflege Zugangswege zu einer gemeindebasierten und bedarfsgerechten Gesundheits- und Krankenversorgung und wird damit zugleich an der Beantwortung drängender gesundheitlicher Herausforderungen mit. Um dies auch hierzulande leisten zu können, werden neue Formen der Aufgaben- und Verantwortungsteilung in multiprofessionellen Teams sowie erweiterte Befugnisse für die Pflege benötigt.

### Pflege nutzt neue Technologien

Inzwischen werden neue Technologien häufig als Lösungsansatz für die eingangs skizzierten Herausforderungen gehandelt. Dazu zählen Informationstechnologien (z. B. elektronische Patientenakten), digitale Anwendungen (z. B. digitale Pflegeanwendungen/DiPas), therapeutisch-technische oder umweltbezogene Technologien, Künstliche Intelligenz oder die Robotik. Gelegentlich entsteht der Eindruck, als würde Deutschland technikgestützte Lösungsansätze mit besonderem Nachdruck vorantreiben, z. B. unter dem Schlagwort Pflege 4.0 als Teil der Hightech-Strategie der Bundesregierung. Die pflegerische Versorgung wird dabei als Anwendungsfeld oder „Markt“ für immer neue Produkte betrachtet, deren Innovations- oder Entlastungspotential aber bei näherer Betrachtung begrenzt ist. Vieles bleibt im Erprobungsstadium stecken und findet keinen Weg in die Versorgungspraxis [15, 16, 17].

In den Niederlanden, Schweden und Kanada waren elektronische Patientenakten sowie E-Konsultationen schon vor der COVID-19-Pandemie selbstverständliche, sektorenübergreifend eingesetzte und interprofessionelle Arbeits- und Kommunikationinstrumente. Die Canadian Nurses Association (CNA) veröffentlichte bereits 2006 eine E-Nursing-Strategie, um die Entwicklung von Informations- und Kommunikationstechnologien in der Pflege zu fördern und die Pflegepraxis und Versorgungsqualität zu verbessern [18]. Pflegefachpersonen

engagieren sich bei der Entwicklung bedarfsgerechter Hilfsmittel für die Rehabilitation oder die Unterstützung von Personen mit funktionalen Einschränkungen – schließlich können sie deren Nutzen tagtäglich in ihrer Versorgungspraxis beobachten. Dabei arbeiten sie eng mit Techniker:innen und Ingenieur:innen zusammen, um ihre klinischen Erfahrungen sowie ihr Wissen über die Nutzung dieser Hilfsmittel gewinnbringend einzusetzen. In den Niederlanden sind Technologien zur Unterstützung der Entscheidungsfindung in komplexen Versorgungssituationen ein wichtiges Thema; beispielsweise wurde in Maastricht unter Beteiligung von Pflegewissenschaftler:innen eine E-Health-Lösung zum Schmerzmanagement entwickelt. Der Pflegeberufsverband informiert auf seiner Internetseite über mögliche Anwendungen, beschreibt deren effektive Nutzung, wirbt dafür und prämiert jährlich Innovationen, die unter Beteiligung von Pflegenden entstanden sind. Unter anderem soll durch weit verbreitete Technologien die Kommunikation zwischen Pflegenden sowie Patient:innen und Angehörigen verbessert, deren Information und Anleitung optimiert, das Selbstmanagement gestärkt und auch das Wohlbefinden gefördert werden [19].

Pflege- und Versorgungseinrichtungen sind bereit diese Innovationen aufzugreifen und auch die dafür erforderliche Finanzierung ist sichergestellt. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist die partizipativ und „co-kreativ“ angelegte (Weiter-)Entwicklung, Erprobung, Evaluation und Implementierung neuer Technologien unter aktiver Beteiligung von Pflegefachpersonen und Pflegewissenschaftler:innen. Die Förderung von Technikkompetenz in der Aus- und Weiterbildung der Pflege ist sicher eine wichtige Voraussetzung dafür. Das weitgehende Fehlen dieser Faktoren könnte eine Ursache für die hierzulande geringe Nutzung der neuen Technologien in der und durch die Pflege sein [20].

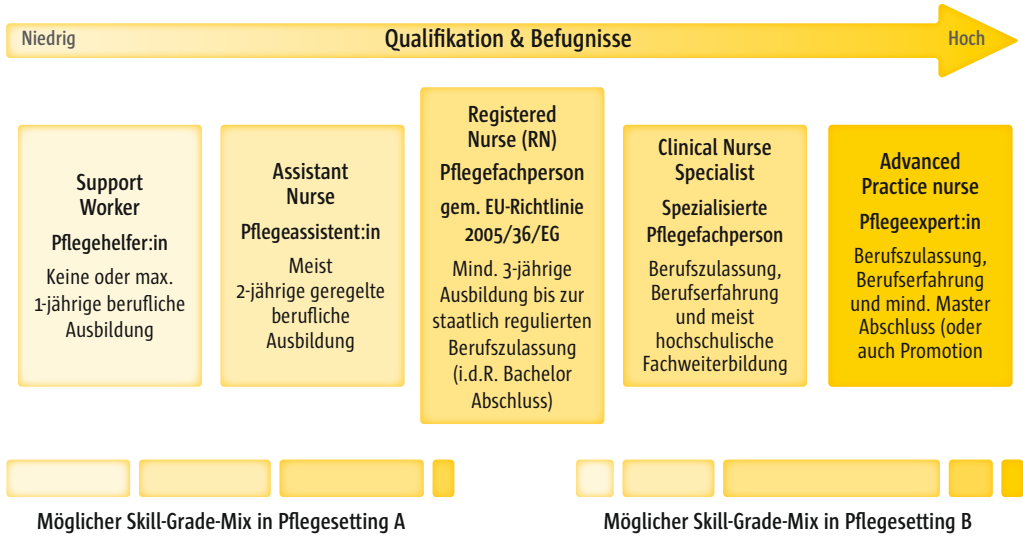
» Neue Technologien bieten auch für die Pflege viele Innovationsmöglichkeiten. Während sie aber hierzulande häufig *für* anstatt *mit* der Pflege entwickelt werden, setzen andere Ländern längst inklusive und partizipative Strategien um. Sie binden die Pflege aktiv in die Entwicklung, Implementierung und Evaluation neuer Technologien ein und fördern die dafür nötige Kompetenzentwicklung in der pflegerischen Aus- und Weiterbildung.

## Pflege benötigt förderliche Bedingungen

Um Innovationskräfte in der Pflege freisetzen zu können, müssen zunächst förderliche Bedingungen für die Berufsgruppe und ihr professionelles Handeln geschaffen werden – auch diese lehrt der Blick auf die Pflege in anderen Ländern. Lediglich die wichtigsten Bedingungen seien hier genannt:

- In Übereinstimmung mit dem Stufenmodell des Weltbundes der Pflegenden (International Council of Nurses/ICN) [21] muss ein anforderungsgerechtes und differenziertes Bildungskonzept für die Pflege umgesetzt werden. Die Basis bilden dabei mehrmonatige bis zweijährige Ausbildungen für Helfer:innen und Assistent:innen im Berufsfeld Pflege und Betreuung, den Kern die mind. dreijährige staatlich anerkannte Ausbildung zur Pflegefachperson, regelhaft zumeist in Form eines primärqualifizierenden Bachelorstudiums. Danach sollte die Möglichkeit zur postgradualen Spezialisierung als Pflegeexpert:in, zum Masterstudium und auch zur Promotion bestehen. Die Qualifikationen sollten – anders als dies bislang in Deutschland zu finden ist – innerhalb der regulären Strukturen des Bildungssystems aufeinander aufbauend und durchlässig sowie einheitlich angeboten werden [5]. Die Personen mit ihren unterschiedlichen Qualifikationen und Befugnissen sind zudem auf die Zusammenarbeit in anforderungsgerecht zusammengesetzten Pflege-Teams vorzubereiten (sogenannter Skill-Grade-Mix – s. »» Abb. 1).
- Die Definition eines eigenständigen Aufgaben- und Verantwortungsrahmens wird benötigt, um die Gesundheitsprofession Pflege zu stärken. Er ist berufs- und leistungsrechtlich abzusichern und sollte neben Kernkompetenzen, über die jede Pflegefachperson verfügen sollte, auch erweiterte Kompetenzen umfassen, inkl. solcher, die traditionell anderen Berufsgruppen vorbehalten waren (z. B. selbstständige Ausübung der Heilkunde, Ordnungsrechte). Diesen Aufgaben- und Verantwortungsrahmen innerhalb der eigenen Berufsgruppe wie auch gegenüber anderen Gesundheits- und Sozialberufen, der Bevölkerung und anderen (z. B. Kranken- und Pflegekassen) transparent zu machen dient der interprofessionellen Kooperation wie auch der Sicherheit und Qualität der Versorgung [3].
- Das gesellschaftliche Bild von Pflege muss erweitert und deren vielfältiges Aufgabenspektrum gesellschaftlich anerkannt werden – angefangen von Tätigkeiten in der Gesundheitsförderung und

Abbildung 1 **Gestufte Pflegequalifikation – eigene Darstellung in Anlehnung an das Stufenmodell des Weltbundes der Pflegenden gem. [21]**



Prävention über die Primär- und Akutversorgung bis hin zur palliativen Begleitung für Menschen aller Altersstufen, in allen Settings und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung. Dies schließt die verantwortliche (Mit-)Gestaltung des Gesundheitssystems ein, z. B. in allen für die Gesundheitsversorgung relevanten Entscheidungsgremien. Die Erarbeitung und Nutzung von Forschungserkenntnissen sowie die kontinuierliche forschungsgestützte Praxisentwicklung sollten ausreichend und nachhaltig gefördert werden, um die Zukunfts- und Innovationsfähigkeit der Pflege zu sichern [22].

- Schließlich benötigt die Pflege ein weitreichendes Selbstbestimmungsrecht, was sich in staatlich autorisierten Strukturen der Selbstverwaltung und Interessenorganisation niederschlagen sollte (z. B. in Form von Berufskammern oder ähnlich wirkmächtigen Organisationen). Eigene Belange sollten in den Händen der Berufsgruppe liegen, damit sie gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Qualität und Sicherheit der auf Pflegeleistungen angewiesenen Bevölkerung übernehmen kann. Das umfasst u. a. eine zentrale Registrierung und damit auch die Dokumentation von Informationen über die Berufsangehörigen, die Einführung einer Fortbildungspflicht

inkl. Sanktionsmöglichkeiten bei Nichteinhaltung, die Definition verbindlicher Standards für die Berufsausübung sowie die Organisation von Weiterbildungsangeboten und die Gestaltung von Karrierewegen in der Pflege [3].

**Fazit**

Es ist unbestritten, dass Deutschland auf Innovationen angewiesen ist, um den eingangs skizzierten Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung wie auch in der Berufsgruppe Pflege begegnen zu können. Tatsächlich sind auch hierzulande in den letzten Jahren viele Reformen angestoßen worden, um dies zu ermöglichen. Im Vergleich mit anderen Ländern wirken sie aber oft kleinteilig und unentschlossen. Traditionelle Machtstrukturen bleiben unangetastet (etwa im Verhältnis der Gesundheitsberufe zueinander [23]), Bildungsreformen werden halbherzig umgesetzt (etwa die Einführung eines primärqualifizierenden Pflegestudiums [24]) und eine kontinuierliche Förderung von Pflegeforschung und Praxisentwicklung fehlt. Vor allem aber mangelt es an Vertrauen in die Pflege als moderner Gesundheitsprofession sowie an einem Masterplan für die Gestaltung der pflegerischen

Versorgung. Ohne die Vision von einer modernen Gesundheitsprofession und ohne einen echten „Neustart“ im Gesundheits- und Pflegesystem [25] dürfte es hierzulande schwer werden, ähnlich innovatives Potenzial der Pflege hervorzubringen und zu entfalten, wie dies in anderen Ländern beobachtet werden kann.

### Literatur

1. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) Themenreport Pflege 2030. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2012. URL: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/themenreport-pflege-2030> [abgerufen am 14. Juni 2022]
2. MSGIV – Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz – Land Brandenburg. Daten und Fakten zur Pflege im Land Brandenburg. Analyse der Pflegestatistik 2019, Potsdam: MSGIV, 2021. URL: <https://msgiv.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/land-brandenburg-daten-und-fakten-zur-pflege.pdf> [abgerufen am 14. Juni 2022]
3. Lehmann Y, Schaepe C, Wulff I, Ewers M. Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen? Herausgeber: Stiftung Münch. Heidelberg: Medhochzwei, 2019
4. Ewers M, Lehmann Y. Pflege kann mehr – wir sollten es ihr ermöglichen. G+G Gesundheit und Gesellschaft 2020; 23 (12): 29–33
5. Ewers M, Lehmann Y. Aus- und Weiterbildung geregelter Gesundheitsberufe in Europa – eine Betrachtung aus international vergleichender Perspektive. In: Sahmel K-H, Darmann-Finck I (Hrsg.) Pädagogik im Gesundheitswesen. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin: Springer, 2017: 1–18
6. Stiftungsallianz. Pflege kann mehr! Positionspapier der Stiftungsallianz für eine neue Rolle der professionellen Pflege im Gesundheitswesen. Pflege & Gesellschaft 2020; 25 (1): 78–85
7. Zegelin A, Meyer G. Pflegen kann jede\*r! Von der Trivialisierung und Imperialisierung der Pflege. Pflegezeitschrift 2021; 74 (4): 20–23
8. Bergjan M, Tannen A, Mai T, Feuchtinger J, Luboinski J, Bauer J, Fischer U, Kocks A. Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken. ZEFQ 2021; 163 (1): 47–56
9. DIP – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. im Auftrag der Robert Bosch Stiftung GmbH. Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“, 2022. URL: [https://qualifikationsmix-pflege.de/fileadmin/user\\_upload/Abschlussbericht-360Grad\\_Pflege\\_Qualifikationsmix.pdf](https://qualifikationsmix-pflege.de/fileadmin/user_upload/Abschlussbericht-360Grad_Pflege_Qualifikationsmix.pdf) [abgerufen am 10. Juni 2022]
10. ANCC – American Nurses Credentialing Center. Magnet Model – Creating a Magnet Culture. Silver Spring: American Nurses Association. URL: <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/magnet-model/> [abgerufen am 14. Juni 2022]
11. ANCC – American Nurses Credentialing Center. ANCC Magnet Recognition Program®, 2022. URL: <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/> [abgerufen am 10. Juni 2022]
12. Ewers M, Lehmann Y. Hochschulisch qualifizierte Pflegenden in der Langzeitversorgung?! In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klaußer J, Schwinger A (Hrsg.) Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der (Langzeit-)Pflege – aber woher? Berlin: Springer, 2019: 167–177
13. Schaeffer D, Ewers M. Primärversorgungszentren: Der internationale Diskurs und der Status quo in Deutschland. In: Klapper B, Cichon I (Hrsg.) Neustart! Für die Zukunft des Gesundheitswesens. Berlin: Med. Wiss. Verlagsgesellschaft, 2021: 469–475
14. SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP. Koalitionsvertrag 2021–2025: Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. URL: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1> [abgerufen am 14. Juni 2022]
15. Hülsken-Giesler M, Kreutzer S, Düttthorn N. Neue Technologien für die Pflege: Eine Einleitung in die Diskussion. In: Hülsken-Giesler M, Kreutzer S, Düttthorn N (Hrsg.) Neue Technologien für die Pflege. Grundlegende Reflexionen und pragmatische Befunde. Göttingen: V&R unipress, 2021: 11–32
16. Endter C. How Older People Matter – Nutzer- und Nutzerinnenbeteiligung in AAL-Projekten. In: Künemund H, Fachinger U (Hrsg.) Alter und Technik. Sozialwissenschaftliche Befunde und Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS, 2018: 207–225
17. Endter C. Assistierte Altern. Die Entwicklung digitaler Technologien für und mit älteren Menschen. Reihe Altern und Gesellschaft, Wiesbaden: Springer VS, 2021
18. CNA – Canadian Nurses Association. E-Nursing Strategy for Canada. Ottawa: CNA, 2006, URL: [https://cna.ca/resources/Documents/CNA\\_e-nursing-strategy-for-canada\\_2006.pdf](https://cna.ca/resources/Documents/CNA_e-nursing-strategy-for-canada_2006.pdf) [abgerufen am 14. Juni 2022]
19. V&VN – Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Verpleegkundige Zorg – en Informatie technologie. Utrecht, 2022, URL: <https://www.venvn.nl/afdelingen/verpleegkundige-zorg-en-informatie-technologie/> [abgerufen am 16. August 2022]
20. Hülsken-Giesler M, Remmers H (Hrsg.) Robotische Systeme für die Pflege. Potenziale und Grenzen autonomer Assistenzsysteme aus pflegewissenschaftlicher Sicht. Göttingen: V&R unipress, 2020
21. ICN – International Council of Nurses. Nursing Care Continuum Framework and Competencies. Genf: ICN, 2008, URL: [https://sigafsia.ch/files/user\\_upload/07\\_ICN\\_Nursing\\_Care\\_Continuum\\_Framework\\_and\\_Competencies.pdf](https://sigafsia.ch/files/user_upload/07_ICN_Nursing_Care_Continuum_Framework_and_Competencies.pdf) [abgerufen am 14. Juni 2022]
22. Stiftungsallianz. Pflege kann mehr! Positionspapier der Stiftungsallianz für eine neue Rolle der professionellen Pflege im Gesundheitswesen. Pflege & Gesellschaft 2020, 25 (1): 78–85
23. Burgi M, Igl G. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Baden-Baden: Nomos, 2021
24. Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats. HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update. Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung (Studienbericht). Köln, 2022. DOI: 10.57674/v8gx-db45
25. Klapper B, Cichon I (Hrsg.) Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitssystems. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2021





**Univ.-Prof. Dr. Michael Ewers, PH, MPH**

Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin; Pflege- und Versorgungsforschung u. a. zur häuslichen und gemeindebasierten Versorgung (High-Tech Home Care, Palliative Care); Bildungsforschung zu Fragen der interprofessionellen Bildung, Professionalisierung und Akademisierung der Pflege- und Therapieberufe.



**Priv. Doz. Dr. rer. medic. Yvonne Lehmann**

Krankenschwester, Diplom Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin, seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Arbeitsschwerpunkte: technik- und pflegeintensive Versorgung im häuslichen Umfeld, pflegerische Versorgungsforschung, Berufsbildungsforschung in Pflege- und anderen Gesundheitsberufen.

# Geld pflegt (noch immer) nicht! Wie lassen sich *Young Professionals* für die Pflege gewinnen?

Raphael Taufer und Daniel Fuchs

## Aktueller Stand und zukünftige Herausforderungen

Eines der zentralen Themen im Kontext der sozialen Sicherungssysteme und der Daseinsvorsorge wird uns auch in den kommenden Jahren fordern: die Deckung des stetig steigenden Pflegebedarfs – insbesondere in der stationären und ambulanten Langzeit- bzw. Altenpflege. Für das Pflegepersonal in Krankenhäusern kann zumindest theoretisch ein grundsätzliches Verdichtungspotenzial angenommen werden, wonach mit versorgungspolitisch initiiert ‚weniger‘ und dabei spezialisierteren Kliniken – zumindest mathematisch gesehen – eine effizientere Verteilung des vorhandenen Pflegepersonals möglich wäre. Durch eine solche Konsolidierung würden potenzielle Pflegepersonalkapazitäten auch für andere Pflegesettings möglich. Ein solches Verdichtungspotenzial liegt in der ambulanten und stationären Langzeit- bzw. Altenpflege allerdings mitnichten vor. Auch wenn parallel große Hoffnungen in die Digitalisierung als Effizienzreserve gesetzt werden, steht der Nachweis von tatsächlichem pflegerischen Nutzen und Wirksamkeit, zumindest gemessen an den Verheißungen vieler Protagonisten, noch aus [1].

» Deshalb muss – besser heute als morgen – und damit in aller Dringlichkeit die Frage gestellt werden, mit welchen Konzepten der Sozialstaat angemessen qualitativ und quantitativ einem Pflegepersonalmangel bei stetig steigenden Pflegebedarfen begegnen will.

Paradox erscheint dabei, dass gesetzgeberische und untergesetzliche Untätigkeit an dieser Stelle keinesfalls unterstellt werden kann. Im Gegenteil: Angesichts des aktuellen Fachkräftemangels in der Pflege und den daraus resultierenden gesellschafts- und versorgungspolitischen Herausforderungen hat die Bundesregierung in der 19. Wahlperiode die *Konzertierte Aktion Pflege (KAP)* [2] initiiert. Mit dieser wurde unter

der Federführung dreier Bundesministerien (BMG, BMFSFJ und BMAS) ressortübergreifend das Ziel verfolgt, im Schulterschluss verschiedenster Akteure den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften zu verbessern, die Pflegekräfte zu entlasten und die Ausbildung in der Pflege zu stärken. Gesetzgeberisch wurde mit § 113c SGB XI die Umsetzung eines – bisher nie dagewesenen – Personalbemessungsinstruments auf der Grundlage des PeBeM-Projekts [3] auf den Weg gebracht und vorab Förderprogramme für Pflegefachkräfte (§ 8 Abs. 6 SGB XI) und Zuschläge für zusätzliche Pflegehilfskräfte (§ 84 Abs. 9 SGB XI) initiiert. Letztere wohl nicht mit dem erhofften Erfolg. Last but not least implementierte der Gesetzgeber in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sogenannte Tariftreue-Regelungen dergestalt, dass ab dem 1. September 2022 nur noch Pflegeeinrichtungen zur Versorgung im Sinne des SGB XI zugelassen werden, die ihr Pflege- und Betreuungspersonal nach Tarif oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bezahlen oder mindestens in Höhe eines Tarifvertrags oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung bzw. in Höhe des regional üblichen Entgelts entlohnen (§ 72 Abs. 3a bis 3e SGB XI). So sind in den letzten Jahren massiv zusätzliche Mittel der SPV investiert worden bzw. werden absehbar einzusetzen sein – so massiv, dass sich eine akut prekäre Situation des Ausgleichsfonds der SPV abzeichnet. Aber selbst eine auskömmliche (Re-)Finanzierung mit einer in Deutschland im Umfang einzigartigen Garantie einer tarifvertraglichen (bzw. an diesen angelehnte) Entlohnung als Zulassungskriterium für Pflegeeinrichtungen, in Kombination mit den erfolgten und weiterhin zu erwartenden Steigerungen der Bruttoverdienste (38,6% bei Pflegefachkräften in der stationären Altenpflege zwischen 2010 und 2020) [4], ändern nichts an dem schon fast legendär gewordenen Satz des früheren Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege, Karl-Josef Laumann, ‚Geld alleine pflegt nicht‘ und man möchte ergänzen: ‚Nur Menschen pflegen Menschen‘ [5].

Diese Perspektive ist der Kern des vorliegenden Beitrags – der als Ausgangspunkt insbesondere die (potenziell) beruflich Pfllegenden selbst bzw. die Alterskohorte der *Young Professionals* (Generation Y 1980–1995 und Generation Z ab 1996) im Blick hat. In einem ersten Schritt werden die Werte und Vorstellungen dieser Kohorte in Bezug auf Arbeit und Karriere in den Blick genommen, in einem zweiten Schritt konzeptionell eine attraktive berufliche Perspektive (*Advanced Nursing Practice*) in der Pflege eröffnet, die zum einen mit den Werten dieser Generation korreliert und zum anderen aktuelle und konkrete Versorgungsprobleme in den Blick nimmt. In einem dritten Schritt werden konkrete politische bzw. gesetzgeberische Schritte skizziert, die zur Umsetzung notwendig sind.

### Die Young Professionals

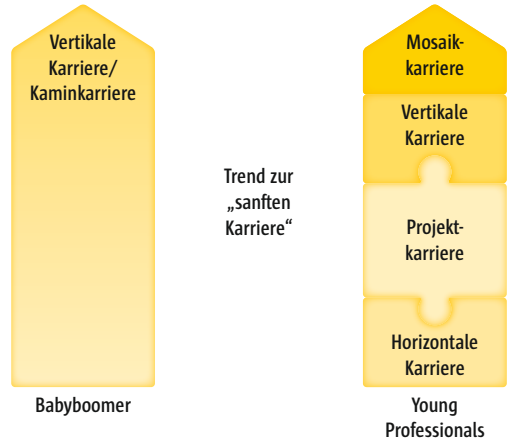
Pauschalierte Urteile über die *Young Professionals*, mit Attributen wie ‚gierig‘, ‚überfordert‘, ‚selbst überschätzt‘ existieren zur Genüge [6]. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich jedoch auch die höchste (jemals gemessene) Leistungsorientierung einer Generation – wenn die Arbeit Spaß macht, eine Perspektive hat und sinnvoll erscheint [7]. Insofern unterscheiden sich die Erwartungen der *Young Professionals* an Arbeit und Arbeitgeber z. T. deutlich von denen der Generation X oder gar der Babyboomer. Beispielhaft zeigt sich dies an den Vorstellungen dazu, wie sich eine ‚gute‘ Karriere darstellen sollte.

Berufliche Karrieren von *Young Professionals* sind also eher als eine Art ‚Kletterwand‘ (s. **Abb. 1**) zu sehen, die flexibel Projektkarriere, Fachkarriere und Führungskarriere umfasst [7]. Auch vor dem Hintergrund, dass die *Young Professionals* durchaus eine heterogene Gruppe darstellen [8], lassen sich holzschnittartig und aggregiert folgende Attribute beschreiben:

- Hohes Commitment, wenn die Tätigkeit Freude macht, als sinnvoll angesehen wird und eine Perspektive bietet,
- Forderung von Partizipation und aktiver Mitgestaltung,
- Wunsch nach Handlungsspielräumen und Autonomie,
- Abkehr von der (systemimmanenten) Akzeptanz von Hierarchien – Hinterfragen der Legitimation von Hierarchien und Trend zu delegativer Führung,
- Hohe Leistungsorientierung, ohne die Lebensqualität aus dem Auge zu verlieren,

**Abbildung 1** Wie Arbeitgeber Young Professionals für ihre Unternehmen gewinnen können [7]

Vorstellung über einen „guten“ Werdegang



- Trend zur „sanften Karriere“ – Wunsch nach Werdegängen unter Berücksichtigung der Verlängerung der Lebensarbeitszeit sowie Lebensphasenorientierung,
- Aktiver Umgang mit Wahlmöglichkeiten und Ausschöpfung von vorhandenen Optionen mit der möglichen Konsequenz von geringen Verweildauern [7].

Bemerkenswert ist, dass diese Aspekte parallel sowohl bei den *Young Professionals* der Pflegekräfte als auch bei den Ärztinnen und Ärzten eine hohe Bedeutung haben. So arbeiten – faktisch traditionell – aktuell 62% der Frauen und 40% der Männer in der Pflege in Teilzeit [9]. Hier ist die Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf ein wichtiges Thema – auch in Zusammenhang mit einem vorzeitigen Berufsausstieg [10]. Aber auch der oben genannte Wunsch nach mehr Autonomie bzw. fachlichem und beruflichem Handlungsspielraum spielt insbesondere bei den erfahrenen Pflegefachkräften eine Rolle [11]. Die Arbeit in einem Team, gemeinsam mit Kollegen, wird von vielen Pflegekräften als wichtige Ressource eingeschätzt [12].

Auch aus Sicht von vielen Medizinstudierenden (90%) sind bspw. geregelte Arbeitszeiten (und damit wenig Überstunden) ein wichtiger Parameter. Daneben sind Arbeitsklima, Teamarbeit und ein partizipativer Führungsstil wichtige Faktoren [13]. Dies schlägt sich schon heute direkt in der Versorgungspraxis nieder: Laut Ärztestatistik hat sich die Anzahl

der im ambulanten Bereich angestellten Ärztinnen und Ärzte von 2006 bis 2021 mehr als verfünffacht(!) [14]. Gleichzeitig arbeitet bereits jetzt jede zweite angestellte Hausärztin in Teilzeit; bei deren männlichen Kollegen sind es zwar ‚nur‘ 27%, jedoch können sich zwei Drittel der Ärzte ebenfalls flexible Arbeitszeiten vorstellen [15]. Hinzu kommt, dass 36,1% der Hausärztinnen und -ärzte über 60 Jahre alt sind [16]. Es braucht in diesem Kontext also neue Strukturen, denn das Modell des ‚Einzelkämpfers‘ in einer einzelnen Hausarztpraxis geht – im wahrsten Sinne des Wortes – in den ‚Ruhestand‘. Selbst wenn – wie bereits in vielen Bundesländern [17] praktiziert – versucht wird, mit einer ‚Landarztquote‘ [18] entgegenzusteuern, tragen die Ärztinnen und Ärzte die o. g. Werte und Vorstellungen bezüglich ihrer Lebens- und Berufsgestaltung in die Versorgungsrealität.

Bisher noch kaum einschätzbar sind die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie, der aktuellen geopolitischen Verwerfungen und die wirtschaftlichen Folgewirkungen auf die *Young Professionals* – denn kohortenspezifisches Verhalten scheint grundsätzlich stärker von der Arbeitsmarktsituation geprägt zu sein als von der Zugehörigkeit zu einer Generation [9] als solches. Insofern bleibt es eine spannende Frage, wie sich eine veränderte Arbeitsmarktsituation z. B. auf die Werte der *Young Professionals* auswirkt.

### Das „Kommunale pflegerische Versorgungszentrum“ (KpVZ)

Benötigt werden also neue Ideen und Konzepte, die sowohl die aktuellen (sozial-)politischen Entwicklungen, die konkreten Versorgungsbedarfe und die Bedürfnisse der *Young Professionals* in den Blick nehmen. Das Konzept für „Kommunale pflegerische Versorgungszentren“ (KpVZ) [19] antizipiert u. a. diese Anforderungen in dreifacher Hinsicht:

1. **Anforderungen der Pflegenden und Ärzte/Ärztinnen:** Insbesondere erfahrene Pflegenden wünschen sich mehr berufliche Handlungsspielräume und Autonomie. Um die besten ‚Köpfe‘ am Bett zu halten, braucht es attraktive Perspektiven. Aber auch junge Medizinerinnen und Mediziner wünschen oft eine Anstellung mit geregelten Arbeitszeiten in einem Team mit flachen Hierarchien.
2. **Anforderungen an die Versorgung:** Das Krankheitspanorama entwickelt sich immer stärker hin zu chronischen Erkrankungen, welches ein Mehr an (akademischer) Pflegefachlichkeit erfordert [20].

3. **Politische Entwicklungen:** Beispielsweise im Rahmen der konzertierten Aktion Pflege (KAP) und konkret im Rahmen des Modellparagrafen § 64d SGB V werden (in engem Rahmen) vorsichtig erweiterte Aufgaben- und Kompetenzprofile in der Pflege erprobt. International ist man hier schon deutlich weiter und hat *Advanced Nursing Practice* (APN) – teilweise bereits seit geraumer Zeit – auch in Europa fest etabliert. D. h. hier findet in einem fest umrissenen Rahmen eine gesundheitliche Primärversorgung durch beruflich Pflegenden mit einem 5-jährigen klinischen Masterstudium statt.

Innerhalb der Pflegeberufe könnten so insbesondere die ‚High Potentials‘ mit einer attraktiven Perspektive in der direkten Versorgung angesprochen werden. Diese qualifizieren sich unter den aktuellen Bedingungen oft jenseits der direkten Versorgung weiter – z. B. in Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik oder Pflegemanagement und stehen in der direkten Versorgung als maßgebliche Leistungsträger nicht mehr zur Verfügung.

### Auftrag und Struktur eines KpVZ

Das KpVZ ist als flexible pflegefachliche Brücke zur medizinisch/pflegerischen Versorgung einer Stadt oder einer Region zu verstehen, das insbesondere von Krankheit und Pflegebedürftigkeit bedrohte oder betroffene Versicherte im Blick hat.

Insbesondere durch den Einsatz hochqualifizierter Pflegenden (APN)<sup>1</sup> sollen bestehende oder zukünftig entstehende Versorgungsbrüche bzw. -lücken geschlossen werden. Doppelstrukturen zu bereits

1 „Eine Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) ist eine Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung.“ (DBfK, ÖGKV, SBK: *Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz*, 2013.) URL: [https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/ANP-DBfK-OeGKV-SBK\\_2013.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/ANP-DBfK-OeGKV-SBK_2013.pdf) [abgerufen am 15. Juni 2022]. Im internationalen Kontext können zwischen 67% und 93% aller typischen Tätigkeiten in der Primärversorgung von APN mit mindestens gleicher Qualität wie durch Ärztinnen und Ärzte abgedeckt werden.

bestehenden Leistungserbringerstrukturen soll es ausdrücklich nicht geben.

Operativ bedeutet dies:

- Versorgung im Sinne eines Case-Managements durch hochqualifizierte Pflegefachkräfte
- Im Bedarfsfall Hinzuziehung notwendiger ärztlicher und nicht-ärztlicher Professionen
- Beratung, Schulung und Anleitung zum Selbstmanagement
- Diagnostische und therapeutische Entscheidungen bei Bagatelverletzungen und -erkrankungen sowie stabilen chronischen Erkrankungen entlang der interprofessionell abgestimmten Therapieziele
- Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung unter Einbeziehung und Vernetzung der regional ansässigen Gesundheitsprofessionen

Allerdings ist die spezifische Ausgestaltung des KpVZ keinesfalls statisch angelegt, sondern antizipiert die konkreten Versorgungsbedarfe und Leistungserbringerstrukturen in der Region/Kommune und kann neben der APN im Ergebnis eine hochindividuelle Komposition von verschiedenen Akteuren unter einem Dach versammeln. Diese können dadurch exakt den Bedarfen vor Ort Rechnung tragen und einen definierten Versorgungsauftrag ausfüllen.

### Konkrete politische und gesetzgeberische Schritte

Die Gelegenheit ist günstig und die Weichen, auf welcher der Zug zu einer höher qualifizierten und versorgungsrelevanten und damit attraktiven Pflege ins Rollen kommen kann, wurden bereits im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zur 20. Wahlperiode des Deutschen Bundestages mit folgenden Worten gestellt:

*„Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen u. a. das neue Berufsbild der ‚Community Health Nurse‘. Wir bringen ein allgemeines Heilberufegesetz auf den Weg [...]“.* [21]

So ist es der Wille der Koalitionäre, eine Berufsgesetzgebung für *Community Health Nursing* noch im Jahr 2022 anzustoßen. Dies kann ohne Probleme auch als gesetzliche Grundlage für die APN genutzt werden. So könnten die *Community Health Nurses* Tätigkeiten im Sinne einer APN erbringen. Entscheidend in diesem Zusammenhang ist, die künftige (Heil-)Berufsgesetzgebung nicht (ausschließlich) an den Curricula

[22] der aktuell laufenden Modellprojekte (zu *Community Health Nursing*) der Robert-Bosch-Stiftung [23] zu orientieren. Denn diese berücksichtigen die erweiterten klinischen Tätigkeiten der APN nachvollziehbarerweise kaum, da sie auf Grundlage der aktuellen gesetzlichen Regelungen stattfinden. Sie ermöglichen klinisch/praktische Tätigkeiten also nur im Rahmen der Kompetenzen nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) – also auf dem Niveau einer 3-jährigen Pflegeausbildung. So muss mit einer entsprechenden APN-spezifischen Berufsgesetzgebung ermöglicht werden, dass im Rahmen von interprofessionellen Standards und Behandlungspfaden die APN innerhalb eines KpVZ als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem z. B. berechtigt sind,

- bestimmte Diagnosen zu stellen,
- Medikamente im Sinne einer „Whitelist“ erst- und folgeverordnen zu können,
- im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung zu beraten,
- bestimmte Assessments/Untersuchungen durchzuführen,
- Einweisungen und Überweisungen vorzunehmen,
- häusliche Krankenpflege verordnen zu dürfen.

Insofern sind hierfür bspw. auch die Modellprojekte nach § 64d SGB V nicht zielführend, da sie nur in engem Rahmen und z. T. auf Einzelverrichtungen beschränkt, eine erweiterte pflegerische Praxis ermöglichen.

Entscheidend bei der gesetzgeberischen Etablierung von *Community Health Nursing* wird es auch sein, in welchem Rahmen und Kontext *Community Health Nurses* letztlich wirken können und wie sich hierbei ein effektiver und effizienter versorgungspolitischer Mehrwert generieren lässt. Für mehrdimensionale Effekte benötigt es eine institutionelle Anbindung – an dieser Stelle kommt das oben genannte KpVZ ins Spiel.

Die standespolitischen Grabenkämpfe bzgl. der Übertragung von Tätigkeiten, welche im nationalen Kontext der Heilkunde zugeordnet werden, scheinen zumindest etwas abgeflacht zu sein. Diese könnten jedoch im Rahmen einer entsprechenden Gesetzgebung erneut aufflammen. Beispiele guter Praxis aus den Niederlanden oder Finnland [24] weisen – evidenzbasiert – auf die Wichtigkeit eines gemeinsamen Prozesses aller Beteiligten hin und zeigen im Ergebnis oft Hybridformen der gemeinsamen Verantwortung von APN und von Ärztinnen und Ärzten. So würde diese Diskussion auch eher im Sinne eines praktischen Ansatzes gelöst, nach welchem

bestimmte heilkundliche Tätigkeiten nicht an eine bestimmte Berufsgruppe, sondern an ein entsprechendes Kompetenzniveau der Ausführenden gebunden sind.

Entscheidend für die Bildung einer ‚Kultur‘ der teambasierten Versorgung sind auch verbindliche Regelungen für gemeinsame Ausbildungs- bzw. Studienabschnitte von APN und angehenden Ärztinnen und Ärzten. Ein Anknüpfungspunkt wäre bspw. der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu einer ‚Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung‘ [25]. Hier wäre verbindlich zu regeln, dass medizinische Fakultäten und Hochschulen, an denen APN ausgebildet werden, bzgl. definierter Studieninhalte gemeinsam ausbilden (müssen).

Wichtig für die praktische Etablierung einer APN ist insbesondere für erfahrene beruflich Pflegenden, welche aufgrund ihrer langjährigen klinischen Erfahrung und entsprechenden Spezialisierungen primäre Adressaten einer solchen beruflichen Perspektive wären, die Möglichkeit, berufsbegleitend ein entsprechendes Studium absolvieren zu können. Ebenso wäre für diese Gruppe eine vereinfachte Hochschulzugangsberechtigung (z. B. durch die Anrechnung von Fachweiterbildungen) notwendig. Um einen zügigen Start der ersten KpVZ zu ermöglichen, wäre ein Förderprogramm des Bundes für die ersten 60 KpVZ sinnvoll. Fokus dabei sollte der Aufbau entsprechender Strukturen vor Ort (auch im Hinblick auf z. B. hochschulische Kapazitäten) sein, womit klar wird, dass die Bundesländer zwingend in eine entsprechende Gesetzgebung einbezogen werden müssen, um u. a. eine entsprechende Parallelgesetzgebung auf Landesebene zu gewährleisten. Im Gegenzug müssen die Länder (bzw. Kommunen) bestimmte standardisierte Gesundheitsdaten regelhaft erheben. Die Kommunen sind zudem dazu zu verpflichten, Gesundheitsziele anhand epidemiologischer Daten zu formulieren, umzusetzen, fortlaufend zu evaluieren und die Versorgungsstrukturen anzupassen. Adressiert sind hier insbesondere Kommunen in Flächenländern, in den sogenannten neuen Bundesländern, solche mit niedriger Bevölkerungsdichte, mit einer hohen Anzahl an Pflegebedürftigen sowie Kommunen, die von der heutigen gesundheitlichen Primärversorgung schlecht erreicht werden. Bezugspunkt kann hier die Demografie-Typisierung des Wegweiser Kommune [26] sein. Sinnvolle Zielgrößen für den Anteil von APN an der Grundgesamtheit der beruflich Pflegenden liegen nach einschlägigen Erfahrungen zwischen ein und fünf Prozent [27].

## Fazit

Ausgehend von den Werten der *Young Professionals* bzgl. ihrer Lebens- und Berufsgestaltung wurde mit dem KpVZ-Konzept im vorliegenden Beitrag ein mögliches ‚Puzzlestück‘ beschrieben, welches sowohl den Bedarfen der zukünftigen Generation der beruflich Pflegenden als auch den gesundheitlichen Versorgungsbedarfen der Zukunft gerecht werden würde. Im Sinne einer zügigen gesetzgeberischen Umsetzung wurden zudem konkrete Schritte beschrieben, die für eine Etablierung in der Fläche notwendig sind.

Die Optionen und Erkenntnisse liegen auf dem Tisch! Es bleibt zu hoffen, dass mutige und langfristige Politik die genannten Gedanken aufgreift, die vielfach vorhandene (internationale) Evidenz zur Kenntnis nimmt und damit Pflegekräften und gleichwohl der Ärzteschaft eine hochattraktive Berufsperspektive bietet.

Der Mehrwert, welcher auf diesem Weg generiert werden könnte, speist sich dabei aus dem Effekt, dass gleichzeitig bereits heute vorhandene und sich verstärkende Versorgungsprobleme konstruktiv und innovativ angegangen werden und dabei insbesondere generationenspezifische Aspekte beim ‚Kampf‘ der verschiedensten Branchen um die zukünftigen Fachkräfte berücksichtigt werden.

## Literatur

1. GKV-Spitzenverband: Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, 2019. URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe\\_Pflege\\_Band\\_15.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_15.pdf) [abgerufen am 15. Juni 2022]
2. Bundesministerium für Gesundheit: Konzertierte Aktion Pflege, 2022. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html> [abgerufen am 15. Juni 2022]
3. SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Institut für Public Health und Pflegeforschung; Institut für Arbeit und Wirtschaft; Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen: Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM), 2020. URL: [https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht\\_PeBeM.pdf](https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf) [abgerufen am 15. Juni 2022]
4. Statistisches Bundesamt: Löhne in der Pflege: Bruttoverdiens-te von Fachkräften in Krankenhäusern und Heimen 2020 rund ein Drittel höher als 2010, 2021. URL: <https://www.destatis.de/>

- DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/05/PD21\_N032\_622.html [abgerufen am 15. Juni 2022]
5. Ärztezeitung: „Geld alleine pflegt nicht“, 2022. URL: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Geld-alleine-pflegt-nicht-303446.html> [abgerufen am 15. Juni 2022]
  6. Manager Magazin: Gute Nacht, Millennials!, 2017. URL: <https://www.manager-magazin.de/unternehmen/karriere/generation-y-millennials-sind-ueberfordert-und-ueberschaetzt-a-1166054.html> [abgerufen am 15. Juni 2022].
  7. Rump J. Wie Arbeitgeber Young Professionals für ihre Unternehmen gewinnen können Forum: Zeitschrift des Bundes der Öffentlich bestellten Vermessungsingenieure e. V. 2020: 46(2):33–37. URL: [https://www.ibe-ludwigshafen.de/wp-content/uploads/2020/07/Forum-Beitrag\\_Perspektivwechsel.pdf](https://www.ibe-ludwigshafen.de/wp-content/uploads/2020/07/Forum-Beitrag_Perspektivwechsel.pdf) [abgerufen am 15. Juni 2022]
  8. Klös HP; Rump J; Zibrowius M: Die neue Generation: Werte, Arbeitseinstellungen und unternehmerische Anforderungen, 2016. URL: <https://www.iwkoeln.de/studien/hans-peter-kloes-werte-arbeitseinstellungen-und-unternehmerische-anforderungen.html> [abgerufen am 15. Juni 2022]
  9. Bundesagentur für Arbeit: Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, 2022. URL: [https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?\\_\\_blob=publication-file](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publication-file) [abgerufen am 15. Juni 2022]
  10. Janson P; Rathmann K: Berufliche Belastungen, psychische Beanspruchung und Gesundheitskompetenz bei Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege: Eine quantitative Online-Befragung in ausgewählten bayrischen Großstädten, 2021. URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11553-020-00826-5.pdf> [abgerufen am 15. Juni 2022]
  11. Schmedes C: Emotionsarbeit in der Pflege Beitrag zur Diskussion über die psychische Gesundheit Pflegenden in der stationären Altenhilfe. Dissertation an der Universität Vechta. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2021
  12. Dürr L; Forster A; Bartsch CE.; Koob C: Anforderungen Ressourcen und Arbeitsengagement Pflegenden während der zweiten Welle der COVID-10-Pandemie Eine Querschnittsstudie. Pflege Jhrg. 35, Heft 1. Bern: Hogrefe AG, 2021
  13. Waeschle RM.; Schmidt C; Mörstedt AB: Die Generation Y und Z – Neue Herausforderungen für Führungskräfte im Krankenhaus, 2021. URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00101-021-01026-2.pdf> [abgerufen am 15. Juni 2022]
  14. Bundesärztekammer: Ärztestatistik zum 31. Dezember 2021, 2022. URL: [https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Ueber\\_uns/Statistik/Statistik\\_2021/2021\\_Statistik.pdf](https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/Statistik_2021/2021_Statistik.pdf) [abgerufen am 15. Juni 2022]
  15. Ärzteblatt: Fast 50.000 angestellte Ärztinnen und Ärzte in Arztpraxen, 2021. URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/127404/Fast-50-000-angestellte-Aerztinnen-und-Aerzte-in-Arztpraxen> [abgerufen am 15. Juni 2022]
  16. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden immer älter, 2021. URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php> [abgerufen am 15. Juni 2022]
  17. Hartmannbund: Die Landarztquote in einzelnen Bundesländern, 2021. URL: <https://www.hartmannbund.de/berufspolitik/themen-und-aktionen/versorgungsstrukturen/in-diesem-landern-steht-sie-uns-voraussichtlich-bald-ins-haus/> [abgerufen am 15. Juni 2022]
  18. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern: Landarztquote Mecklenburg-Vorpommern. URL: <https://www.kvmv.de/nachwuchs/Landarztquote/informationsseite/> [abgerufen am 15. Juni 2022]
  19. BKK Dachverband: Kommunale pflegerische Versorgungszentren (KpVZ) für eine bedarfsgerechte Versorgung, 2019. URL: [https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/Kommunale\\_pflegerische\\_Versorgungszentren\\_KpVZ\\_002\\_pdf](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/Kommunale_pflegerische_Versorgungszentren_KpVZ_002_pdf) [abgerufen am 15. Juni 2022]
  20. Taufer R; Fuchs D; Focke K: Pflege: Next Generation Warum eine erweiterte pflegerische Praxis die Versorgungsqualität verbessert, 2018. URL: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2018-4-5-85/pflege-next-generation-jahrgang-72-2018-heft-4-5?page=1> [abgerufen am 15. Juni 2022]
  21. SPD; BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN; FDP: Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten, 2021
  22. Katholische Stiftungsfachhochschule München: Community Health Nursing CHN (M.Sc.) Modulplan, 2019. URL: [https://www.ksh-muenchen.de/fileadmin/user\\_upload/Modulplan\\_CHN\\_2020.pdf](https://www.ksh-muenchen.de/fileadmin/user_upload/Modulplan_CHN_2020.pdf) [abgerufen am 15. Juni 2022]
  23. Robert Bosch Stiftung: Community Health Nursing, 2022. URL: <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/community-health-nursing> [abgerufen am 15. Juni 2022]
  24. Advanced Nursing Practice – eine Zukunftsperspektive für die Versorgung Ansätze für eine Transformation der pflegerischen Praxis in Deutschland, 2018. URL: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2018-6-30/advanced-nursing-practice-eine-zukunftsperspektive-fuer-die-versorgung-jahrgang-72-2018-heft-6?page=1> [abgerufen am 15. Juni 2022]
  25. Bundesministerium für Gesundheit: Referentenentwurf Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung, 2021. URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/A/Referentenentwurf\\_AEApprO.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/Referentenentwurf_AEApprO.pdf) [abgerufen am 15. Juni 2022]
  26. Wegweiser Kommune: Typisierung, 2022. URL: <https://www.wegweiser-kommune.de/demografietypen> [abgerufen am 15. Juni 2022]
  27. Maier CB.; Barnes H; Aiken LH.; Busse R: Descriptive, cross-country analysis of the nurse practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential, 2016. URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/9/e011901.full.pdf> [abgerufen am 15. Juni 2022]



**Raphael Tauber**

Raphael Tauber betreut beim BKK Dachverband Themen der Pflegeversicherung (SGB XI) und schwerpunktmäßig die pflegespezifischen Themen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V). Raphael Tauber ist Pflegewissenschaftler, Pflegepädagoge und Krankenpfleger. Er verfügt über besondere Expertise zu pflegefachlichen Fragen, im Qualitätsmanagement und zur interprofessionellen Zusammenarbeit von Pflege und Medizin.



**Daniel Fuchs**

Daniel Fuchs ist beim BKK Dachverband mit allen Themen rund um die Pflegeversicherung (SGB XI) und den pflegenahen Themen des SGB V befasst. Der gelernte Krankenpfleger und studierte Diplom-Pflegewirt war nach seinem Studium als wissenschaftlicher Mitarbeiter einer Bundestagsabgeordneten im Bereich Pflege- und Gesundheitspolitik tätig.



# Für eine Zukunft der Pflegeberufe: Herausforderungen und Chancen

Bernadette Klapper und Peter Tackenberg  
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK e. V.

Oft und Vieles ist in den letzten Jahren zur Lage der Pflegeberufe geschrieben worden. Anlass dazu gaben weniger potenzielle Berichte über eine prosperierende Berufsgruppe – diese wären ja angesichts der Bedarfe in der Gesundheitsversorgung und der Systemrelevanz von Pflegearbeit ein durchaus denkbares Szenario –, sondern die andauernde Unzufriedenheit und Frustration der Pflegenden in der Praxis. Entsprechend haben sich etliche Studien Aspekten der Zufriedenheit bzw. der Unzufriedenheit in dieser Berufsgruppe gewidmet. Seit der Corona-Pandemie ist auch verstärkt die Frage nach Ausmaß und Gründen für die Berufsflucht aufgekommen. Lässt sich die faktische Zahl der Berufsaussteiger nicht eindeutig ermitteln, so kann als gesichert gelten, dass die überwiegende Zahl der beruflich Pflegenden mit dem Gedanken spielt, den Beruf zu verlassen [1]. Dass offenbar trotz zahlreicher Berichte zur (Un-)Zufriedenheit der Pflegeberufe nicht wirksam gegengesteuert wurde und die Unzufriedenheit nun am Vorabend demografischer Veränderungen, die noch deutlich höhere Pflege- und Versorgungsbedarfe mit sich bringen, solche erheblichen Ausmaße annimmt, ist mehr als besorgniserregend. Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll und notwendig, erneut auf die Lage der professionellen Pflege und die Unzufriedenheit ihrer Berufsangehörigen aufmerksam zu machen. Denn die Situation hat Sprengkraft für den Zusammenhalt in unserer Gesellschaft, wenn der Zugang zu guter Pflege nur noch wenigen (Wohlhabenden) zur Verfügung steht und so die Solidarität mit den Schwächeren ausgehöhlt wird, viele in ihrer Not mit zu pflegenden Angehörigen allein bleiben und Menschen ihr Lebensende in gehetzter Versorgung oder bitterer Einsamkeit erfahren müssen.

Nach wiederholtem und sattem Ansprechen und Aufzeigen der Unzufriedenheit müssen daher jetzt tragfähige Lösungen folgen. Es wird ein ganzes Bündel an Maßnahmen gebraucht. „Machbare“ Veränderungen hie und da, die bereits auf den Weg gebracht wurden, werden nicht ausreichen, um die

Situation in den Griff zu bekommen. Vielmehr müssen einige Grundproblematiken angegangen werden und dazu ist der Willen aller Beteiligten erforderlich, in der Politik und Selbstverwaltung sowie in der Versorgungspraxis.

## Was sind Gründe für die Unzufriedenheit von beruflich Pflegenden und was kann sogar zur vollständigen Aufgabe des Berufs führen?

Eine Vielzahl von Gründen für die Unzufriedenheit von beruflich Pflegenden sind bereits beschrieben worden. Sie lassen sich drei großen Ursachengruppen zuordnen, die im Einzelnen miteinander verbunden sind und sich gegenseitig verstärken dürften.

**Ursache Personalmangel:** Schätzungsweise 36.000 Stellen sind derzeit offiziell in der beruflichen Pflege nicht besetzt [2]. Der Krankenstand ist mit 25,7 Fehltagen in der Krankenpflege und 33,2 Fehltagen in der Altenpflege in 2021 überdurchschnittlich hoch, der allgemeine Durchschnitt liegt bei 18,2 Fehltagen [3]. Das hat in der Praxis die Konsequenz, dass Arbeitszeiten nicht sicher sind und sich täglich unvorhergesehen ändern können. Ganz konkret bedeutet es häufiges Einspringen für ausgefallene Kolleg:innen, am Wochenende und im Nachtdienst, sowie kurzfristige Wechsel der geplanten Schichten. Die Vereinbarkeit mit dem Privat- und Familienleben steht damit dauernd zur Disposition. Die mit dem Personalmangel und allgemeiner Arbeitsverdichtung steigende Arbeitsbelastung wird wiederholt als einer der wichtigsten Gründe der Unzufriedenheit benannt [4]. Das Gefühl von Hetze und Stress scheinen nicht die Ausnahme, sondern das Dauergefühl für viele in den Pflegeberufen zu sein. Stellt andauernder Stress schon in sich ein Dauerproblem dar, so wird er in der Pflegearbeit noch dadurch potenziert, dass sich daraus innere ethische Konflikte entwickeln. Pflegende können ihre Gepflegten

vielfach nicht so betreuen, wie sie es fachlich gelernt haben und müssen sich von Vertröstung zu Vertröstung hangeln [5]. Der eigene humanitäre Anspruch, der zur DNA des Pflegeberufes gehört, scheitert täglich an der Versorgungsrealität und erzeugt zusätzlich moralischen Druck.

Ist einmal die Negativspirale der Berufsfucht im Gange, heißt das nicht, dass Sofort-Maßnahmen auch sofort einen positiven Einfluss haben und die Zufriedenheit ansteigen lassen. Zunächst steigt die Fluktuation in den Pflgeteams, was den Bedarf an Einarbeitung erhöht. Auch der vermehrte Einsatz von Leiharbeitskräften bedeutet für die Verbliebenen mehr Kommunikationsaufwand, und die Zusammenarbeit so zusammengesetzter Teams dürfte unter der Effizienz eingespielter Teams bleiben. Sofort-Maßnahmen müssen also mit entsprechendem Erwartungsmanagement begleitet und in jedem Fall mit Maßnahmen verknüpft werden, die nachhaltig die Mitarbeiterbindung begünstigen.

**Ursache mangelnde Wertschätzung:** Die mangelnde Wertschätzung ist ebenfalls ein anhaltendes Thema für die pflegerische Berufszufriedenheit. Dabei geht es kaum um oberflächliches Lob und Schulterklopfen, zumal Rückmeldungen im Freundes- und Bekanntenkreis der Pflegenden häufig ambivalent ausfallen, wenn beispielsweise gesagt wird „Toll, dass Du das machst, ich könnte das ja nicht!“. Die angemessene Vergütung bildet die Grundlage jeder beruflichen Wertschätzung. Die Vergütung von Pflegefachpersonen folgt jedoch nur bedingt dem Niveau von Fachberufen und ist zudem über die Bundesländer und verschiedenen Einsatzfelder ungleich verteilt [6]. Der Kampf um Tarifverträge und kleinere Lohnverbesserungen erweist sich als zäh. Vielfach entsteht bei Pflegenden der Eindruck, ausgebeutet zu werden. Schwerer scheint aber derzeit die Wahrnehmung zu wiegen, von der Politik nicht ernstgenommen zu werden. Zu klein, vordergründig und langwierig sind die Veränderungen, die beschlossen werden, sodass von ihnen nicht die Botschaft ausgeht, dass der Wert von professioneller Pflege für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung erkannt worden ist und es nun konsequent in die Richtung spürbarer und tragfähiger Maßnahmen geht.

Die Vorstellung von Pflegearbeit, die in gesundheitspolitischen Diskursen aufscheint und durch das SGB XI unterfüttert wird, ist anhaltend so begrenzt, dass der Eindruck entsteht, sie würde bewusst in der Engführung „satt und sauber“ aufrechterhalten. Hartnäckig hält sich das Bild von „Pflege kann jede:r“, wenn vorgeschlagen wird, nicht qualifizierte

Arbeitskräfte in der Pflege anzusiedeln. Dabei ist unstrittig, dass professionelle Pflege sehr gut von Pflegeassistenten unterstützt werden kann. Jedoch benötigen Hilfskräfte Einarbeitung, Begleitung und Steuerung, deren Aufwand häufig unterschätzt und in den Diskussionen als Rahmenbedingung nicht mitgedacht wird. Das Absenken der Bildungsstandards [7] vermittelt den im Beruf stehenden Pflegefachpersonen ebenfalls den Eindruck, dass ihre Rolle und Kompetenzen nicht voraussetzungsvoll sind und damit wenig Wert beinhalten. Diese mangelnde Wertschätzung der Kompetenzen beruflich Pflegenden zeigt sich ebenfalls in den vielfach wiederholten Argumenten gegen eine beherztere Akademisierung. Statt Förderung und Weiterentwicklung zugunsten einer besseren Gesundheitsversorgung sehen wir in den letzten beiden Jahrzehnten Dequalifizierung und damit eine tatsächliche Abwertung beruflicher Pflege. Unterstrichen wird diese Entwicklung durch die neusten Ergebnisse des Wissenschaftsrats zur Akademisierung in den Gesundheitsberufen [8] sowie durch die Bestrebungen, die vorgeschriebene Fachkraftquote in der Altenpflege zu senken [9].

**Ursache Fremdbestimmung:** Die berufliche Pflege ist in vielerlei Hinsicht fremdbestimmt, was die Entfaltung eines beruflichen Selbstbewusstseins, das sich als gestaltende Kraft wahrnimmt, behindert. Insbesondere in Deutschland liegt die Definitionsmacht zu allen Fragen der Gesundheit wesentlich bei der medizinischen Profession. Damit wird ausgeblendet, dass die professionelle Pflege einen eigenen Zugang zur Unterstützung der Menschen bei Krankheit und in ihrer Gesunderhaltung hat, die sich zum Beispiel in den USA in einer rund 100-jährigen Tradition der Pflegewissenschaft ausdrückt. Entsprechend verfügen die Pflegeberufe in Deutschland nur über eine geringe berufliche Autonomie. Erst das Pflegeberufegesetz von 2017 erkennt Vorbehaltsaufgaben für die Pflege an, die in ihrem Steuerungsgehalt jedoch noch entfaltet werden müssen [10].

Die Fremdbestimmung setzt sich fort durch die ordnungspolitische Rahmung der Sozialgesetzbücher, die der Pflege entgegen ihrer Fassung im Pflegeberufegesetz eine Verrichtungsorientierung unterlegt und der Ausübung der beruflichen Praxis wenig Freiheitsgrade lässt. Ihre Einordnung in die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) und soziale Pflegeversicherung (SGB XI) erschwert es zusätzlich, Pflege als gleichartige professionelle Kompetenz über die Sektoren hinweg zu realisieren. Selbstorganisierte Arbeitsformen wie das niederländische Buurtzorg-Modell [11] können nicht umgesetzt

werden. Es beinhaltet auch, dass nicht – in Analogie zur ärztlichen Diagnose – die Fachpflege des ambulanten Pflegedienstes oder der Pflegeeinrichtung feststellt, ob und wie sehr eine Person pflegebedürftig ist, sondern der Medizinische Dienst. Dieser kontrolliert auch im weiteren Verlauf sehr engmaschig die Pflegequalität, wobei kritisiert wird, dass dies häufig an der eigentlichen Qualität vorbeigeht [12]. Die Fremdbestimmung zeigt sich schließlich auch auf höchster Ebene des selbstverwalteten Gesundheitssystems. Die professionelle Pflege besetzt keine Bank im Gemeinsamen Bundesausschuss und verfügt über kein Stimmrecht.

### Wie kann das Berufsbild der professionell Pflegenden inhaltlich aufgewertet werden?

Für eine inhaltliche Aufwertung der Pflegeberufe steht eine Vielzahl von Maßnahmen zur Verfügung. Zur Umsetzung der Maßnahmen im Einzelnen ist allem voran wichtig, den Blick auf Pflege zu verändern, ihren Wert und ihren eigenständigen Beitrag zur Gesunderhaltung, zur Gesundheit und zur Wahrung der Selbstbestimmung anzuerkennen. Dazu sollte in der öffentlichen Kommunikation klarer gezeigt werden, dass beruflich Pflegenden über hohe fachliche Kompetenz verfügen.

Die konkrete inhaltliche Aufwertung beinhaltet das Vertrauen und wirksame Investitionen in die professionelle Kompetenz. Anstatt die berufliche Pflege in Verrichtungslogiken eng zu führen und sie unter ihren Möglichkeiten einzusetzen, sollte ihre Rolle als Profession und Partner in der Gesundheitsversorgung – sowohl an der Basis der Gesundheitsversorgung als auch in der Systemgestaltung – gestärkt und erweitert werden. Die Potenziale der Pflege liegen in ihrer Professionalisierung [7]. Dazu sind Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen notwendig:

- **Stärkung der generalistischen Pflegeausbildung**, um eine gute Basis von Kernkompetenzen in der Breite des Pflegeberufs anzulegen. Es braucht vermehrte Anstrengungen, um Praxisanleitung zu ermöglichen und neues Lehrpersonal zu gewinnen. Für die Umsetzungsprobleme nach ihrer Einführung 2020 sollten Lösungen gefunden werden, statt das Modell in Frage zu stellen.
- **Akademisierung der Pflegeberufe vorantreiben**, um eine Quote in der Versorgungspraxis zu erzielen, die in der Versorgungspraxis Wirksamkeit entfalten kann mit dem Ziel wissenschaftlich fundierter Pflegepraxis. Der Wissenschaftsrat hatte 2012 10–20% empfohlen [13], der Deutsche Berufsverband

für Pflegeberufe fordert in seinem Aktionsprogramm 2030 30% im Personalmix [14].

- **Potenziale heben** mit der Einführung neuer Rollen und der Erweiterung pflegerischer Kompetenz im Sinne des Advanced Practice Nursing. Advanced Practice Nurses verfügen über einen einschlägigen Masterabschluss und arbeiten je nach Spezialisierung in bestimmten Handlungsfeldern, zum Beispiel im klinischen Bereich, in der Pädiatrie und Psychiatrie, als Community Health Nurse in der Primärversorgung, als School Nurse in Schulen oder als geriatrische Fachkraft. Im Einzelnen sollte die Implementierung neuer Rollen mit geeigneter Gesetzgebung gefördert werden wie der Vorschrift zur hochschulischen Ausbildung oder im Fall der Community Health Nurse mit der Zuerkennung des Leistungserbringerechts [15]
- **Für Umsetzung in der Praxis sorgen**. Damit Pflegefachpersonen mit unterschiedlichem Kompetenzhintergrund und Qualifikationen gut zusammenarbeiten können, muss der Qualifikationsmix im Team gestaltet werden. Dazu gibt es Ansätze und bereits Erfahrungen in den verschiedenen Bereichen der Versorgung [16].
- **Den Berufsstand und seine Rolle in der Sicherstellung einer professionellen Pflege stärken** mit der Unterstützung der Etablierung von Pflegeberufekammern seitens der Politik. Als verkammerter Beruf hätte die Pflege Verantwortung und Stimme, die Pflege qualitativ zu sichern und nach pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen weiterzuentwickeln. So würde sie der wesentliche Akteur zu ihrer eigenen inhaltlichen Aufwertung. Die Entwicklungen der letzten Jahre zu den Pflegeberufskammern zeigen jedoch, dass solche Prozesse vorbereitet und begleitet werden müssen und nicht allein auf Befragungen der Berufsgruppe gegründet werden können.

In die Aufwertung der Pflegeberufe fließen darüber hinaus noch weitere Aspekte ein. Ihre Wertschätzung kann und sollte sich ebenfalls darin ausdrücken, dass die deutsche Gesundheitspolitik ein erkennbares Interesse zeigt, auch im Bereich professioneller Pflege international anschlussfähig und wettbewerbsfähig sein zu wollen. Das bedeutet, weiterhin zur generalistischen Ausbildung zu stehen, um den EU-Richtlinien gerecht zu werden. Mit Investitionen in die Pflegewissenschaft könnte zudem dem Wissenschaftsstandort Deutschland eine neue Facette hinzugefügt werden. Deutschland als eines der Länder mit der ausgeprägtesten demografischen

Alterung hätte guten Grund, eine Vorreiterrolle für Spitzenpflege einnehmen zu wollen.

#### Und wie hilft die Digitalisierung?

Der gesellschaftliche Megatrend Digitalisierung erfasst auch den Pflegeberuf. Die technischen Lösungen versprechen Fortschritte in der Gesundheitsversorgung. Tatsächlich ist davon auszugehen, dass digital unterstützte Prozesse helfen werden, die Pflegearbeit zu entlasten. Das ist auch bereits spürbar: immer dort, wo gute analoge Prozesse gestaltet sind, die sich digital transformieren lassen wie in der Einsatz-, Dienst- und Tourenplanung, bei Dokumentationsaufgaben, Informationsweitergabe und in der Unterstützung in Logistik und Kommunikation. Aber Digitalisierung wird nicht die Lösung schlechthin sein, die aktuellen Probleme um den Pflegeberuf zu lösen, wie es derzeit mitunter den Anschein hat, wenn gebetsmühlenartig nach der Digitalisierung gerufen wird. Es ist ungleich komplexer, Pflegehandeln und Pflegewissen, die auf Evidenz, Erfahrung, Empathie und Interaktion beziehen, durch digitale Prozesse zu ersetzen.

#### Wie können Interesse am Pflegeberuf geweckt und der Verbleib im Beruf begünstigt werden?

Das Interesse am Pflegeberuf wird (wieder) wachsen, wenn die genannten Ursachen für die Berufsunzufriedenheit und die Maßnahmen für die Aufwertung des Berufs ernsthaft angegangen werden. Auf Management-Ebene heißt das, für Arbeitsbedingungen zu sorgen, die es ermöglichen, den Herausforderungen des Berufs auch langfristig Stand zu halten: vor Burn-out zu bewahren und damit, die Pflegearbeit gesund zu gestalten mit Einhaltung von Ruhezeiten, verlässlichen Arbeitszeiten, ausreichenden Schutzmaterialien, Angeboten gesunder Verpflegung und von Gesundheitskursen wie Rückenschule, Möglichkeiten zur (ethischen) Reflexion der Arbeit, Anerkennung im interprofessionellen Team, Einführung smarter Robotik, Personal- und Karriereentwicklung und vieles mehr. Auf gesundheitspolitischer Ebene muss es vor allem um die systemische Aufwertung wie oben skizziert gehen, um die Anpassung der Vergütung, um Investitionen in Bildung und um ein wirklich spürbares und erkennbares Interesse, die Pflege als Profession und Berufsstand zu stärken. Ob in der direkten Praxis, in der Landes- oder Bundespolitik, der Schlüssel für den Erfolg auf allen Ebenen ist die Anerkennung und Wertschätzung professioneller Pflege in ihrem Beitrag für eine qualitativ

hochwertige Gesundheitsversorgung. Vorschläge zur Umsetzung liegen vor.

#### Literatur

1. Gräse J, Forbrig TA, Koppe L, Urban S, Neumann F, Boguth K. Gratifikationskrisen, Arbeitsfähigkeit und Wunsch nach beruflichen Veränderungen – eine Querschnittsstudie bei Pflegepersonen [Effort-Reward Imbalance, Ability to Work and the Desire for Career Exits: a Cross-sectional Study of Nurses]. Gesundheitswesen. 2021 Dec 23. German. DOI: 10.1055/a-1706-0629. Epub ahead of print. PMID: 34942664 [abgerufen am 20. Juni 2022]
2. Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2022. [https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=13](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=13) [abgerufen am 20. Juni 2022]
3. Rennert D, Richter M, Kliner K. Arbeitsunfähigkeit. In: Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2022. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2022
4. Pottkämper K. Unzufriedenheit und kurze Verweildauer in Pflegeberufen: Ursachen. In: Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften (Hrsg.) Denkanstoß „Zukunft der Pflege“. Berlin, i. E.
5. pwc. Fachkräftemangel im Gesundheitswesen. Wenn die Pflege selbst zum Pflegefall wird. Auswege aus der drohenden Versorgungskrise. Berlin, 2022
6. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK e. V. Konkurrenzfähige Pflegelöhne – Welches Lohnniveau macht die Pflegebranche wettbewerbsfähig? Berlin, 2020
7. Positionspapier der Stiftungsallianz (Stiftung Münch, Bertelsmann Stiftung, Robert Bosch Stiftung). Pflege kann mehr. In: Pflege & Gesellschaft 25. Jg. 2020 H1, Beltz Juventa, 78–85
8. Wissenschaftsrat. Heterogene Dynamik der hochschulischen Qualifizierung für Gesundheitsfachkräfte. 2022. [https://www.wissenschaftsrat.de/download/2022/pm\\_1322.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.wissenschaftsrat.de/download/2022/pm_1322.pdf?__blob=publicationFile&v=7) [abgerufen am 20. Juni 2022]
9. Sell S. Wenn eine Mindest- zur Normal- und unter dem Druck des Fachkräftemangels zur abzusenkenden Obergrenze wird: Die Fachkraftquote von 50 Prozent in der stationären Altenpflege. Aktuelle Sozialpolitik, 30. Mai 2019. <https://aktuelle-sozialpolitik.de/2019/05/30/die-fachkraftquote-in-der-stationaeren-altenpflege-unter-druck/> [abgerufen am 17. Juni 2022]
10. Weidner F. Vorbehaltsaufgaben in der Praxis. In: Die Schwester/ Der Pfleger 12/2021, 20–25
11. <https://www.buertzorg.com/> [abgerufen am 17. Juni 2022]
12. Sell S. Die Entsorgung der Pflegenoten und ein neuer Pflege-TÜV, der keiner sein kann. Anmerkungen zu den neuen Qualitätsprüfungen in der stationären Altenpflege. Aktuelle Sozialpolitik, 2. Oktober 2019. <https://aktuelle-sozialpolitik.de/2019/10/02/die-entsorgung-der-pflegenoten/> [abgerufen am 20. Juni 2022]
13. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. 2012. [https://www.wissenschaftsrat.de/download/2012/pm\\_1322.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.wissenschaftsrat.de/download/2012/pm_1322.pdf?__blob=publicationFile&v=7) [abgerufen am 20. Juni 2022]

wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?\_\_blob=publicationFile&v=4 [abgerufen am 20. Juni 2022]

14. DBfK Aktionsprogramm 2030. 2020. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/DBfK-Aktionsprogramm-2030.pdf> [abgerufen am 20. Juni 2022]
15. Igl G, Burgi M. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Nomos, Schriften zum Sozialrecht, 61. Baden-Baden, 2021
16. Robert Bosch Stiftung. Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis. <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/360deg-pflege-qualifikationsmix-fuer-patientinnen-der-praxis/projekte> [abgerufen am 20. Juni 2022]



© Lichtklick Fotografie Kraus

#### Dr. Bernadette Klapper

Krankenschwester mit Berufserfahrung in Deutschland und Frankreich. Studium der Soziologie mit Abschlüssen der Universitäten Hamburg und Bordeaux. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Bielefelder Institut für Pflegewissenschaft. 2003 Promotion in Hamburg. Danach Projektleiterin für den Förderschwerpunkt „Leben im Alter“ der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart. Zwischen 2009 und 2012 Wechsel in die Telemedizin-sparte als Therapiemanagerin und Leiterin „Klinische Produkte und Dienstleistungen Europa“, Robert Bosch Healthcare GmbH. Anschließend erneuter Wechsel in die Robert Bosch Stiftung, von 2016 bis 2021 in der Funktion Bereichsleiterin Gesundheit. Seit Oktober 2021 Bundesgeschäftsführerin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e. V.



© privat

#### Peter Tackenberg, BScN, MScN

Ausbildung zum Krankenpfleger bis 1990, gefolgt von elf Jahren Tätigkeit in der Neurologie. In 2001 Abschluss des Masterstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke. Danach sechs Jahre als wiss. Mitarbeiter im Bereich Arbeitssicherheit/Ergonomie an der Bergischen Universität Wuppertal und u. a. an arbeitsmedizinischer und organisationspsychologischer Forschung über den Pflegeberuf beteiligt. Seit 2007 in der Geschäftsführung des DBfK Bundesverbands e. V. beschäftigt. Experte für Begriffssysteme in der Pflege und E-Health-Themen.

## Interview mit Claudia Moll



© Holger Gross

Claudia Moll  
Altenpflegefachkraft,  
Bundestagsabgeordnete und  
Pflegevollmächtigte der  
Bundesregierung

**Welche Daten oder Informationen wünschen Sie sich mit Blick auf den Mangel an professionellen Pflegekräften? Wie kann dieser Mangel konkret behoben werden?**

Der Fachkräftemangel in der Pflege begleitet uns ja schon seit vielen Jahren. Gerade in den letzten Jahren hat sich die Pflege aber – auch zuletzt im Angesicht der Corona-Pandemie – enorm weiterentwickelt. Vonseiten der Politik wurden bereits viele Maßnahmen ergriffen, um das Pflegesystem in eine sicherere Zukunft zu führen. Aber auch die Pflege selbst ist lauter geworden und wird immer mehr gehört. Beim Thema Fachkräftemangel sehe ich erste Erfolge. Die Ausbildungszahlen steigen und der Gesetzgeber hat die tarifliche Bezahlung als Zulassungskriterium für die Langzeitpflege beschlossen. Wir müssen aber insbesondere alles dafür tun, dass die vielen motivierten Menschen auch im Pflegeberuf bleiben. Und hier spielen die Arbeitsbedingungen eine entscheidende Rolle. Nur wenn es genug Kolleginnen und Kollegen und verlässliche Dienstpläne gibt, und eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch gelebt wird, werden weniger Pflegekräfte den Beruf verlassen oder einige sogar zurückkehren.

Ich unterstütze deshalb mit meinem Projekt „GAP – Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur

Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf“ die Einrichtungen ganz konkret dabei, ihre Arbeitsbedingungen kritisch unter die Lupe zu nehmen und mithilfe von geschulten Coaches zu verändern. Alle Informationen dazu gibt es unter [www.gap-pflege.de](http://www.gap-pflege.de).

**Welche Rolle sollen darüber hinaus die Pflegeberufe in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Professionen einnehmen?**

Um die gesundheitliche Versorgung der Menschen, von der die Pflege ein wichtiger Teil ist, auch in Zukunft in hoher Qualität und bezahlbar sicherzustellen, müssen wir unser Gesundheits- bzw. Pflegesystem neu denken. Hier ist insbesondere ein Umdenken im Personaleinsatz wichtig – allein schon deshalb, weil sich der Fachkräftemangel so schnell nicht beheben lassen wird. Es gilt immer mehr Menschen zu versorgen und die Arbeitslast wächst weiterhin. Den Gesundheitssektor trifft das besonders hart, denn dieser ist per se personalintensiv. Viele Tätigkeiten werden trotz digitaler Innovationen auch zukünftig von Menschen ausgeführt werden. Und bereits heute fehlt es an Pflegekräften, Ärzten, Psychotherapeuten, Physio- und Ergotherapeuten, Hebammen und anderen Gesundheits- und Heilberufen. Um auch in Zukunft eine gute, flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, müssen wir deshalb die Versorgungsprozesse, Abläufe und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufen und Bereichen neu gestalten.

Nicht mit professionellen Einzelkämpfern, sondern nur mit einem guten Qualifikationsmix kann es gelingen, Versorgungsprozesse effizient zu organisieren und an den Bedürfnissen der Patienten und Pflegebedürftigen auszurichten.

Ein erster wichtiger Schritt war es deshalb, die interdisziplinäre Zusammenarbeit schon in der Ausbildung der Gesundheitsberufe zu verankern. Interdisziplinäres Denken muss jetzt zum Standard in

allen Ausbildungen der Gesundheitsberufe werden. Auch über die Ausbildung hinaus eröffnet die neue Pflegeausbildung Chancen für die Neugestaltung von Versorgungsprozessen und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufen und Bereichen. Die generalistische Ausbildung ist Teil eines Ausbildungskonzepts, das von der Assistenz bis zum Master vielfältige Differenzierungen und Spezialisierungen ermöglicht.

Daneben muss die Politik die Rahmenbedingungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit noch weiter verbessern. Pflegekräfte und Heilmittelerbringer können und müssen mehr Verantwortung in der Patientenversorgung übernehmen. Um tatsächliche Augenhöhe mit anderen Gesundheitsberufen zu erreichen, muss die Pflege sich aber auch selbst heraus weiter emanzipieren und immer mit am Tisch sitzen, wenn über „die Pflege“ entschieden wird.

**Wie können zudem pflegende Angehörige stärker unterstützt und wie kann ggf. auch die Vereinbarkeit von Pflege und beruflicher Tätigkeit verbessert werden?**

Wir haben in den letzten Jahren sehr viel für die professionelle Pflege getan, mir ist aber insbesondere auch die Unterstützung und Entlastung der pflege-

bedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen zu Hause ein großes Anliegen. Hier sind mir drei Punkte aus dem Koalitionsvertrag besonders wichtig, die wir rasch angehen müssen. Zunächst muss das Pflegegeld jetzt deutlich erhöht werden, denn wenn es als echte Unterstützung für die Pflege zu Hause gedacht ist, muss es mit den steigenden Preisen mithalten. Des Weiteren brauchen wir eine Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige. Viele Menschen können es sich schlicht nicht leisten, weniger zu arbeiten oder zu Hause zu bleiben, um Angehörige zu pflegen. Eine Lohnersatzleistung könnte hier einen Ausgleich bieten. Außerdem würden sich vermehrt auch Männer angesprochen fühlen, Sorgearbeit zu leisten. Diese Erfahrung haben wir bereits mit dem Elterngeld gemacht.

Und zuletzt müssen wir jetzt mit den Diskussionen über die Ausgestaltung eines flexibel einsetzbaren Entlastungsbudgets beginnen. Gerade auch jungen Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung hilft ein solches Budget, sich ein passendes Pflegesetting zu schaffen. Die im Koalitionsvertrag vorgesehene Zusammenfassung von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege muss daher rasch umgesetzt werden. Wir müssen aber auch prüfen, ob bzw. welche weiteren Leistungen in ein solches Entlastungsbudget einbezogen werden sollten, um die Selbstbestimmung zu stärken.

## Interview mit Erich Irlstorfer



Erich Irlstorfer  
Mitglied des Deutschen  
Bundestages, CSU

**Welche Daten oder Informationen wünschen Sie sich mit Blick auf den Mangel an professionellen Pflegekräften? Wie kann dieser Mangel konkret behoben werden?**

Nach zwei Jahren Pandemie ist das Ansehen der Profession Pflege in der Gesellschaft nochmals gestiegen und auf einem so hohen Niveau wie nie. Die Arbeits- und Rahmenbedingungen haben sich jedoch proportional dazu nicht verbessert – ganz im Gegenteil – die Pflege neigt dazu, selbst ein Pflegefall zu werden. Die derzeitige Gemengelage, bestehend aus der hohen gesamtgesellschaftlichen Sensibilität für die Leistungen der Pflege, der sich aktuell beruhigenden Pandemiesituation sowie den brennglasartig offenbaren Defiziten, bietet jedoch das Potenzial, genau jetzt gezielte politische Maßnahmen auf den Weg zu bringen. In diesem Vakuum müssen wir vor allem mit und nicht über die Pflegenden sprechen. Deshalb erachte ich aktuell besonders die Daten und Informationen als wichtig, welche die Erfahrungen und Ideen der Beschäftigten hinsichtlich des Fachkräftemangels in den Mittelpunkt stellen. Wie stellen sich Pflegekräfte die idealen Arbeitsbedingungen vor und was fehlt ihnen in ihrem Arbeitsalltag?

Fest steht: Um den Mangel an professionellen Pflegekräften zu beheben, müssen sich die Maßnah-

men zuallererst intensiv darauf konzentrieren, Personal zu halten und neu zu gewinnen. Die Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes ist hierfür substanziell und damit ist nicht ausschließlich die Höhe des Gehalts gemeint, sondern vor allem auch verträglichere Arbeitsbedingungen. Die Digitalisierung von zeitintensiven oder repetitiven Prozessen im Pflegealltag, beispielsweise durch die elektronische Pflegedokumentation, bietet hier viele Chancen. Jedoch führen Zuschussfinanzierungen und die Förderung von Modellprojekten, welche im PpSG verankert wurden, langfristig nur zu Insellösungen und nicht zu einem technologischen Wandel. Um Letzteren zu verstetigen, braucht es die Refinanzierung einer Digitalinfrastruktur als Regelleistung, und das sowohl in Bezug auf die Investitions- als auch die Betriebskosten. Klar ist jedoch ebenfalls, dass es nicht ausreicht, die notwendige Hardware mit dazugehöriger Software inflationär an die Beschäftigten zu verteilen, sondern ebenfalls sichergestellt werden muss, die Pflegenden auch mit den dazugehörigen Digital- bzw. Technikkompetenzen auszustatten. Das gehört einerseits in die Curricula der Ausbildung, aber eben auch in den Bereich der Fort- und Weiterbildung, um dem weiteren technischen Fortschritt gerecht zu werden.

Darüber hinaus müssen aber auch endlich unkonventionelle Ansätze verstärkt debattiert werden. Einen Teil der Geflüchteten aus der Ukraine mit entsprechender Qualifikation möglichst unbürokratisch und rasch in die Pflegeprofession zu integrieren, wäre ein solcher Ansatz. Analog dazu bleibt natürlich auch die breit angelegte Akquirierung von ausländischen Pflegekräften aktuell. Das Verkürzen von Visaverfahren, der Ausbau von Kapazitäten in den Konsulaten und Botschaften sowie die Vereinheitlichung der Anerkennungsprozesse von Berufsabschlüssen, sind unabdingbar für eine erfolgreiche Auslandsrekrutierung.

Weitere Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung sollten Angebote zur Motivation beziehungs-



weise Belastungsadaption umfassen. Besonders wichtig ist das aufgrund der Tatsache, dass laut Studien die Pflegefachkraft, welche heute in den Beruf startet, nach weniger als sieben Jahren wieder ausscheidet. Ein an die Berufsjahre gekoppeltes Stundenreduzierungskonzept der Arbeitszeit am Bett, ohne finanzielle Nachteile, in Kombination mit regelmäßigen Kur- und Erholungsangeboten, könnte hier zielführend sein.

### Welche Rolle sollen darüber hinaus die Pflegeberufe in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Professionen einnehmen?

Hier kann es nur eine Antwort geben: Der Pflegeberuf muss mit weiteren Kompetenzen ausgestattet werden und zunehmend auf Augenhöhe mit anderen medizinischen Professionen agieren. Das GVWG vom Juni 2021 hat durch die Kompetenzerweiterung mit Blick auf Hilfsmittel sowie der Verpflichtung zur Durchführung von Modellvorhaben hinsichtlich der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen ein wichtiges Fundament gelegt. Darauf muss weiterhin aufgebaut werden.

Eine vollständige Akademisierung der Pflege sehe ich jedoch kritisch, da man so einen Großteil des Nachwuchses ohne Hochschulzugangsberechtigung ausschließt und sich mittelfristig ins eigene Fleisch schneidet. Pflege darf nicht exklusiv sein, jeder fehlende Berufseinsteiger ist einer zu viel. Dazu kommt: Die Kernkompetenzen der Pflege sind und bleiben praktischer Natur. Die Pflegeausbildung trägt dieser Tatsache auf fachlich hohem Niveau Rechnung.

Zusätzlich braucht es neue Wege, um die Pflege von verschiedenen Seiten zu stärken. Denkbar wäre die Ausweitung des Krankenpflegepraktikums im Rahmen des Medizinstudiums auf ein Jahr. Die Studentinnen und Studenten würden demnach die fachlichen Pflegeinhalte flankierend zur Praxis im ambulanten sowie stationären Pflege- oder Reha-

Bereich erfahren. Somit könnten Personalengpässe zusätzlich ausgeglichen, Vorurteile abgebaut und die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzteschaft weiter verbessert werden.

### Wie können zudem pflegende Angehörige stärker unterstützt und wie kann ggf. auch die Vereinbarkeit von Pflege und beruflicher Tätigkeit verbessert werden?

Pflegende Angehörige sind eine tragende Säule für die Aufrechterhaltung der professionell-pflegerischen Versorgungsstrukturen. Um es deutlich zu machen: Über 80 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf werden in den eigenen vier Wänden von knapp 5 Millionen pflegenden Angehörigen gepflegt. Dem größten „Pflegedienst“ Deutschlands gebührt mehr Unterstützung, was leider auch in den vergangenen Jahren nicht die nötige Abbildung im Handeln der Großen Koalition gefunden hat.

Es braucht einen Maßnahmendreiklang, in welchem das Entlastungsbudget eine zentrale Rolle einnimmt, damit die Menschen mehr Geld bürokratiearm und flexibel abrufen können. Zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege müssen in einem weiteren Schritt Lohnersatzleistungen analog zum Elterngeld zugänglich gemacht werden. Auch wenn das Damoklesschwert der Finanzierbarkeit über den genannten Maßnahmen schwebt, sollten wir gerade in diesem Bereich Prioritäten setzen. Letztlich können pflegende Angehörige aber nur dann angemessen unterstützt werden, wenn sie Gehör finden. Mehr Partizipation, beispielsweise durch Stimmberechtigung in den Landespflegekammern oder im Kontakt mit den Landes- beziehungsweise Bundesministerien, ist von großer Bedeutung.

Viele Anpassungen finden sich auch im Koalitionsvertrag wieder, nun ist nur die Frage, wann diese wichtigen Änderungen und das Thema Pflege im Ganzen seitens des BMG aufgegriffen werden. Das Entscheidende liegt nicht im Wort, sondern in der Tat.

## Interview mit Kordula Schulz-Asche



© Kaminski

Kordula Schulz-Asche  
Mitglied des Deutschen  
Bundestages, Bündnis 90/  
Die Grünen im Bundestag

**Welche Daten oder Informationen wünschen Sie sich mit Blick auf den Mangel an professionellen Pflegekräften? Wie kann dieser Mangel konkret behoben werden?**

Mit Blick auf die prekäre Situation in der beruflichen Pflege, brauchen wir dringend eine Berichterstattung auf Länder- und Bundesebene, die durch eine Registrierung der Pflegekräfte repräsentative Aussagen über die aktuelle Personalsituation gemäß Qualifikationsniveau, Zu- und Abgänge, Strukturdaten sowie Wanderbewegungen liefern kann. Auf diese Weise ließe sich der Personalbedarf zuverlässiger planen und es wäre möglich, sowohl rechtzeitiger als auch angemessener auf gesellschaftliche und demografische Entwicklungen zu reagieren. Gleichzeitig würde es uns die Chance geben, politische Maßnahmen adäquat zu evaluieren.

Die Pflege wird einer der Schwerpunkte der Koalitionsarbeit in den nächsten Jahren sein. Wir blicken auf eine alternde Gesellschaft und vielfältige Krankheiten, die das Gesundheitssystem herausfordern. Gleichzeitig steigt der Anteil älterer Beschäftigter in der Pflege, die Zahl der Teilzeitkräfte und „Aussteiger“ ist besorgniserregend hoch und mehr Beschäftigte fallen überdurchschnittlich häufig krankheitsbedingt aus. Allein in den nächsten zehn bis zwölf

Jahren gehen schätzungsweise 500.000 Pflegekräfte in Rente. Uns rinnt also die Zeit davon, für spürbare Verbesserungen in der Pflege zu sorgen. Dabei ist die Bereitschaft grundsätzlich gegeben, in den Beruf zurückzukehren oder die wöchentliche Arbeitszeit aufzustocken, wenn die Bedingungen stimmen. Dazu gehört aus Sicht der Pflegenden mehr Zeit für eine qualitativ hochwertige Pflege, eine höhere Bezahlung und Tarifbindung, planbare Arbeitszeiten, Aufstiegsmöglichkeiten sowie eine angemessene Interessenvertretung mit Mitspracherecht. Damit ist der Auftrag an uns, die politischen Entscheidungsträgerinnen und -träger, klar formuliert. Wir brauchen einen starken Pflegeberuf mit guten Arbeitsbedingungen, eine verbindliche und wissenschaftlich fundierte Personalbemessung, die sich am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiert, eine starke akademische Pflegeausbildung, die dazu befähigt, auch heilkundliche Tätigkeiten auszuüben, sowie attraktive Berufsbilder wie die „Community Health Nurse“. Ich bin froh, dass wir diese elementaren Punkte im Koalitionsvertrag verankern konnten.

**Welche Rolle sollen darüber hinaus die Pflegeberufe in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Professionen einnehmen?**

Eine starke interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen nimmt einen immer höheren Stellenwert im Gesundheitswesen ein. Und das vollkommen zu Recht, denn eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie der pflegebedürftigen Menschen wird in Zukunft nur möglich sein, wenn Pflege, Ärzteschaft und andere Gesundheitsberufe auf Augenhöhe und eigenverantwortlich zusammenarbeiten – doch dafür müssen wir vor allem die Pflege stärken.

Pflegfachkräften muss ein größerer Entscheidungsspielraum im Rahmen der beruflichen Expertise eingeräumt werden. Die Übertragung und

eigenständige Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten ist ein wichtiger Baustein auf dem Weg der weiteren Professionalisierung. Zudem können neue oder erweiterte beruflichen Rollen, wie beispielsweise die Community Health Nurse oder die erweiterte klinische Pflege, in der Primärversorgung Koordinierungs- und Steuerungsaufgaben übernehmen. Eine ganzheitliche Betrachtung der Menschen und ihrer Bedarfe ist eine wesentliche Aufgabe von Pflegefachkräften und die Voraussetzung, um die kommunale Gesundheitsversorgung zu stärken. Der Anteil alter, chronisch und mehrfach erkrankter Menschen mit Pflegebedarf wird in den kommenden Jahren immer weiter ansteigen. Sie wollen bis ins hohe Alter selbstbestimmt in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Die Gesundheitsversorgung muss daher nicht nur in dicht besiedelten Gegenden, sondern vor allem auch im ländlichen Raum sowie in benachteiligten Quartieren gewährleistet sein. Wir sehen allerdings schon heute, dass das vielerorts nicht gut funktioniert. Wenn es den Kassenärztinnen und -ärzten immer seltener gelingt, die tatsächlichen Bedarfe bei der gesundheitlichen Primärversorgung zu erfüllen, müssen die Kommunen neue Wege für diese Versorgung finden. Darauf müssen wir den Pflegeberuf jetzt vorbereiten und sie mit den entsprechenden Kompetenzen ausstatten.

**Wie können zudem pflegende Angehörige stärker unterstützt und wie kann ggf. auch die Vereinbarkeit von Pflege und beruflicher Tätigkeit verbessert werden?**

Um pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen besser zu unterstützen, brauchen wir dringend einen Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik. Dazu gehört beispielsweise auch, die Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetze weiterzuentwickeln und pflegenden Angehörigen und Nahestehenden mehr Zeitsouveränität durch eine Lohnersatzleistung im Falle pflegebedingter Auszeiten zu ermöglichen.

Aber damit stehen wir erst am Anfang, denn Versorgungssituationen und -bedarfe sind heute mindestens so komplex und divers wie die Lebensmodelle der Menschen. Für alle, die ihre pflegebedürftigen Angehörigen versorgen können und wollen, müssen wir die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege verbessern, und für alle, die dies nicht möchten oder können, gilt es die professionellen Versorgungsstrukturen auszubauen. Vielerorts fehlen nach wie vor professionelle Angebote, die pflegende Angehörige eigentlich entlasten sollen. Deshalb ist es dringend erforderlich, dass die Kommunen mehr Möglichkeiten erhalten, das Pflegeangebot vor Ort mit ihren Bürgerinnen und Bürgern zu gestalten. Gemeinsam mit unseren Koalitionspartnern wollen wir zukünftig den Kommunen im Rahmen der Versorgungsverträge genau diese verbindlichen Mitgestaltungsmöglichkeiten einräumen und den bedarfsgerechten Ausbau der Tages- und Nachtpflege sowie der solitären Kurzzeitpflege unterstützen.

Gleichzeitig müssen wir auch die stationäre Pflege bezahlbar und planbar machen. Dabei ist das oberste Gebot, dass Verbesserungen für die professionellen Pflegekräfte nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen gehen. Aus diesem Grund wollen wir in einem ersten Schritt die Ausbildungskosten für Pflegekräfte aus den Eigenanteilen herausnehmen und versicherungsfremde Leistungen, wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und die pandemiebedingten Zusatzkosten, aus Steuermitteln finanzieren. Zudem werden wir die zum 1. Januar 2022 in Kraft tretende Regelung zu prozentualen Zuschüssen zu den Eigenanteilen genau beobachten und prüfen, wie der Eigenanteil weiter abgesenkt werden kann.

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und unverzichtbarer Teil des Gesundheitswesens. Sie gehört in die Mitte der Gesellschaft, professionell unterstützt, aufgewertet und vor Ort eingebettet. Sowohl die professionelle Pflege als auch die Pflege- und Sorgearbeit durch An- und Zugehörige muss eine zentrale Rolle in kommenden Reformen des Gesundheitswesens spielen. Ich freue mich auf die Mitgestaltung der Regierungsarbeit in diesem Sinne in den nächsten Jahren.

## Interview mit Nicole Westig



© Laurence Chaperon

Nicole Westig  
Mitglied des Deutschen  
Bundestages, FDP

**Welche Daten oder Informationen wünschen Sie sich mit Blick auf den Mangel an professionellen Pflegekräften? Wie kann dieser Mangel konkret behoben werden?**

Das grundsätzliche Problem ist, dass wir keine umfassenden Daten haben, auf die wir zurückgreifen können. Das betrifft Fragen zu der Anzahl an Pflegekräften, ihren unterschiedlichen Qualifikationen oder ihren Tätigkeitsfeldern. Auch wissen wir nicht, wie hoch die Abbrecherquote in der Ausbildung ist bzw. wer seinen Beruf verlässt. Gerade in einem von Frauen geprägten Berufsfeld wie der Pflege wären Daten zu Teilzeitbeschäftigten wichtig, die jedoch ebenfalls nicht umfassend vorhanden sind. Neben den nackten Zahlen interessieren uns natürlich auch die Beweggründe für einen Berufswechsel oder eine Teilzeitbeschäftigung. Eine deutlich bessere Datenlage haben wir durch die dortige Pflegekammer beispielsweise in Rheinland-Pfalz.

Wir wollen zielgenau entlasten, Ausbildungsangebote ausweiten und die Pflegewissenschaft sowie die Pflegeforschung stärken. Dazu benötigen wir so viele Daten so umfassend wie möglich.

**Welche Rolle sollen darüber hinaus die Pflegeberufe in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Professionen einnehmen?**

Eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht eine patientenorientierte und bedarfsgerechte Versorgung. Sie wird schon heute vielerorts praktiziert, darauf müssen wir aufbauen. Pflege muss endlich stärker auf Augenhöhe mit anderen medizinischen Professionen zusammenarbeiten. Pflegende können mehr als sie dürfen. Deshalb gilt es, eine rechtssichere Grundlage für die Ausübung ihrer Tätigkeit zu schaffen. Das wollen wir als Ampel schnell auf den Weg bringen. Dazu müssen wir neue Strukturen schaffen und Versorgungsangebote ausbauen. Im Koalitionsvertrag haben wir zum Beispiel vereinbart, das neue Berufsbild der Community Health Nurse zu etablieren. Diese hochqualifizierte und mit umfassenden Kompetenzen ausgestattete, akademisierte Pflegefachkraft kann dann im Quartier als Multiplikator für den öffentlichen Gesundheitsdienst agieren, Bedarfe in kommunale Strukturen rückmelden und die Brücke zwischen den einzelnen Sektoren und der Versorgung im Quartier schlagen. Angebote dieser Art haben sich an vielen Stellen während der Pandemie bewährt – diesen Lerneffekt müssen wir mitnehmen.

**Wie können zudem pflegende Angehörige stärker unterstützt und wie kann ggf. auch die Vereinbarkeit von Pflege und beruflicher Tätigkeit verbessert werden?**

Nach wie vor werden rund drei Viertel der Pflegebedürftigen zu Hause von Angehörigen gepflegt. Diese pflegenden Angehörigen brauchen dringend Entlastung. Im Koalitionsvertrag haben wir uns dazu auf einige Maßnahmen geeinigt. So soll die Förderung haushaltsnaher Dienstleistungen dabei helfen, eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf zu schaffen. In Kombination mit der

Weiterentwicklung der Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetze, durch die pflegende Angehörige von mehr Zeitsouveränität profitieren sollen, schaffen wir einen praxistauglichen Rahmen für die häusliche Pflege. Außerdem dynamisieren wir das Pflegegeld.

Die Tages- und Nachtpflege sowie insbesondere die solitäre Kurzzeitpflege stehen ebenso im Fokus: hier muss ein bedarfsgerechter Ausbau erfolgen. Zusammen mit dem geplanten Entlastungsbudget soll pflegenden Angehörigen ein unbürokratischer Zu-

gang zu Kurzzeit- und Verhinderungspflege ermöglicht werden. Mit dem Ausbau der Beratungsangebote wollen wir sicherstellen, dass sich pflegende Angehörige entsprechend ihrer Pflegesituation schnell und gut informieren können.

Pflegende Angehörige benötigen eine Sicherheit, dass ihre Pflegebedürftigen auch dann gut versorgt sind, wenn sie sich eine dringend notwendige Auszeit nehmen. Diese Sicherheit wollen wir ihnen mit unseren Vorhaben bieten.

## Interview mit Brigitte Bührlen



© Esther Neumann

Brigitte Bührlen  
Vorstand WIR! – Stiftung  
pflegender Angehöriger

### Wie ist die Situation pflegender Angehöriger und welche Auswirkungen hatte bzw. hat die Coronavirus-Pandemie auf diese?

Mit und ohne Corona-Pandemie ist es schwierig, Pflege, Betreuung und Begleitung von Pflegebedürftigen jeden Alters an 24 Stunden, an 7 Tagen in der Woche und an 365 Tagen im Jahr zu gewährleisten.

Dabei beginnt Pflege auch schon bei Kindern: Die Sicherstellung von Therapie, die Förderung des Lernens und die Sicherung von Erlerntem war und ist unter Coronabedingungen bei Kindern und Jugendlichen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf ausgesprochen schwierig. Begleitet war die Sorgetätigkeit von der ständigen Angst vor einer Infektion der oft immungeschwächten Kinder und Jugendlichen. Auch Geschwisterkinder waren betroffen sowohl in ihrem eigenen Leben und Lernen als auch durch die Sorge um das pflegebedürftige Kind.

Kinder und Jugendliche, die in Einrichtungen leben, konnten nicht besucht werden. Masken erschwerten die Kommunikation; nicht immer wurden diese toleriert. Notwendige Hilfsmittel wurden zum Teil nicht gewährt. Der Umgang mit Behörden, Ämtern und Bildungseinrichtungen war gerade für Eltern von Kindern mit Pflegebedarf sehr schwierig.

Wenn junge Erwachsene, die noch nicht allzu lange in Partnerschaften leben, einen Pflegebedarf aufgrund einer Erkrankung wie beispielsweise Multiple Sklerose oder eines Unfalls entwickeln, dann haben sie oft kleine Kinder und in der Regel noch keine stabile berufliche und finanzielle Grundlage. Sie sind neben der pflegerischen Unterstützung auch auf das Einkommen des gesunden Partners und auf zuverlässige Kinderbetreuung angewiesen. Das war unter Coronabedingungen schwierig zu organisieren und in Einklang zu bringen. Pflegedienste kamen nicht wie gewohnt oder wurden aus Sorge vor Infektion nicht mehr in Anspruch genommen. Kinderbetreuung war nicht mehr gewährleistet. Die Sorge vor einer Infektion war groß.

Angehörige von älteren Menschen leben teilweise in häuslicher Gemeinschaft, manchmal auch in der Nähe. Oft wohnen sie aber auch in anderen Teilen des Landes oder im Ausland. Wie sollte man unter Coronabedingungen die Pflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen? Die gewohnten Unterstützungsnetze funktionierten nicht mehr.

Altersunabhängig gab es Probleme mit der Begutachtung durch medizinische Dienste, mit dem Stellen von Hilfsmittelanträgen sowie mit Bürokratiebewältigung unter immer wieder anderen Regulationsbedingungen. Diagnostiken und Therapien wurden verzögert oder fielen ganz aus.

Die Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Haushalt, das Management des eigenen Lebenskreises und desjenigen eines Pflegebedürftigen, stellte viele Angehörige vor schier unlösbare Probleme. Ein angstbesetztes Thema war und ist: Was ist, wenn der pflegende Angehörige selbst krank wird und ausfällt?

Ein weiteres Problem war das Ausbleiben von sogenannten 24-Stunden Betreuungskräften aus dem Ausland. Die Sicherstellung von Betreuung unterstützungsbedürftiger Menschen ohne Angehörige war gefährdet. Schwierig war es auch, an Schutz-

kleidung und Masken für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu gelangen.

Angehörige von Pflegebedürftigen, die in stationären Einrichtungen lebten oder im Krankenhaus waren, hatten Probleme mit uneinheitlichen, oft ausgesprochen restriktiven Besuchsregelungen. Grundsätzlich problematisch war es, dass professionell Pflegende von Politik und Gesellschaft in den Mittelpunkt gestellt wurden, während die zivilgesellschaftliche Sorge- und Pflegeleistung nahezu keine Erwähnung fand!

Weiter war die Unsicherheit groß, wie man an Impfungen für Pflegebedürftige und ihre sie versorgenden Angehörigen kommen sollte.

**Fazit:** Pflegenden Angehörige kamen sich in der Pandemie in weiten Teilen alleingelassen und vergessen vor.

### Wie können pflegende Angehörige stärker unterstützt und wie kann ggf. auch die Vereinbarkeit von Pflege und beruflicher Tätigkeit verbessert werden?

Angehörige müssen dabei unterstützt werden, selbst (!) eine Lobby für ihre Interessen zu bilden. Sie sollten ihre Alltagsbedarfe vor Ort in Gremien einbringen und ihre Erfahrungen für die lokale Pflegeplanung nutzbar machen können. Pflegenden Angehörige müssen gleichberechtigte Partner in der Pflege sein. Wichtig sind passgenaue, bedarfsorientierte, professionelle Pflegeunterstützung und hauswirtschaftliche Hilfe. Weiter muss eine individuelle, niedrigschwellige, kurzfristig erhältliche und wohnortnahe Pflegeberatung sichergestellt werden. Wünschenswert ist auch die Einrichtung eines Krisentelefon, über das jederzeit Unterstützung angefragt werden kann: Eine Art „Pflege ADAC“.

Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf muss gewährleistet werden. Es müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine flexible und geschlechtergerechte Aufteilung der Sorgearbeit ermöglichen. Pflegenden Angehörige müssen einen finanziellen Leistungsausgleich für ihre Sorgearbeit erhalten. Es muss einen Rechtsanspruch auf planbare Plätze für Kurzzeit-, Tages-, Nacht- und

Wochenendpflege geben. Der Anspruch darf nicht nur auf dem Papier bestehen, sondern muss flächendeckend und unbürokratisch umgesetzt werden können.

Digitale, nutzerorientierte und nachhaltig finanzierte Angebote müssen gefördert werden. Vor allem sollten Angebote zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen bedarfsorientiert sein.

### Welche politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind dafür nötig?

Unter anderem aufgrund der Paragraphen 1618a und 1353 im BGB sind Angehörige verpflichtet, für Ehepartner:innen, Kinder und Eltern zu sorgen. Inwieweit diese Paragraphen rechtlich verbindlich sind, muss rechtssicher geklärt werden. Es existiert ohnehin weder eine rechtsverbindliche Definition des Begriffs „pflegende:r Angehörige:r“, noch gibt es eine Tätigkeitsbeschreibung. Es gibt nur den Begriff der „Pflegeperson“. Ihr Status ist in der Pflegeversicherung verankert.

Die Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und Pflege müssen durchlässig und flexibel gestaltet werden. Bürokratie muss abgebaut und Verwaltungstätigkeiten transparent und kundenorientiert sein. Ein finanzieller Leistungsausgleich für Pflege- und Sorgearbeit ist bislang nicht vorgesehen. Dieser Ausgleich wäre aber nicht nur wünschenswert, sondern er wird in Zukunft dringend erforderlich sein.

Ganz allgemein erscheint realitätsorientierte Thematisierung der Angehörigenpflege auf Bundes- und Länderebene, möglichst im Rahmen von Enquete-Kommissionen, angesichts der gesellschaftlichen Relevanz und Brisanz des Themas für dringend geboten. Eine Kernfrage ist: Wo befindet sich die rote Linie der Subsidiarität? Was ist Aufgabe des/der Einzelnen und was ist Aufgabe des Staates, also der Allgemeinheit?

Insgesamt ist das Thema „Angehörigenpflege“ ein Thema von nationaler Bedeutung: Bricht die Angehörigenpflege weg, dann bricht die gesamte Pflege im Land zusammen.

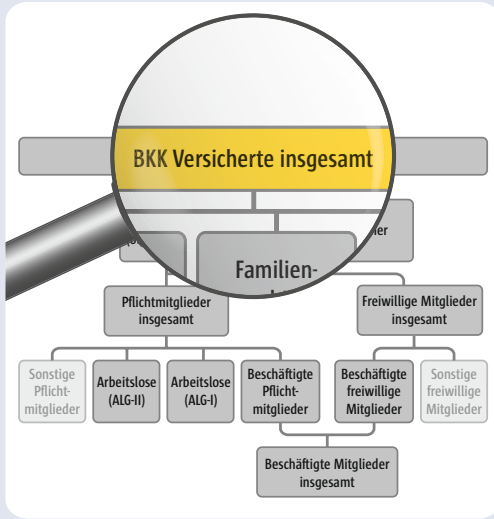
# 4

## Arzneimittelverordnungen

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter







Die Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen komplettieren die Analysen der Routinedaten und ergänzen somit das Gesamtbild zum Krankheitsgeschehen der BKK Versicherten. Neben den BKK Versicherten insgesamt steht hier ebenfalls die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder mit besonderem Fokus auf den arbeitsweltlichen Kontext im Mittelpunkt der Betrachtungen.

Die Auswertung der Arzneimittelverordnungen erfolgt anhand der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (kurz: ATC-Klassifikation). Eine Auflistung der anatomischen Hauptgruppen (Verordnungshauptgruppen) bzw. der therapeutischen Untergruppen (Verordnungsuntergruppen) ist in **»»** Tabelle B. 2 zu finden. Diese Klassifikation systematisiert Wirkstoffe anhand ihrer chemischen Eigenschaften, ihres therapeutischen Einsatzgebietes sowie ihrer anatomischen Kriterien. Deren Anwendungsgebiete sind nach Organsystemen in 14 anatomische Hauptgruppen unterteilt. Zur Einordnung und Interpretation der verwendeten Kenngrößen sei an dieser Stelle nochmals auf die **»»** Methodischen Hinweise verwiesen. Einleitend werden zudem zusätzlich die im Rahmen der Coronavirus-Pandemie gültigen und für die folgenden Analysen relevanten Sonderregelungen aufgeführt und erläutert.

## 4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

### Sonderregelungen bei Arzneimittelverordnungen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie

Seit März 2020 wurde eine Vielzahl von Corona-Sonderregelungen zur Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln eingeführt, die auch im Jahr 2021 sowie teilweise noch im Jahr 2022 Bestand haben. So können Arzneimittel weiterhin ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt fernmündlich verordnet werden. Die Zusendung des notwendigen Rezepts soll dabei bevorzugt zur Vermeidung unnötiger Kontakte auf dem postalischen Weg erfolgen. Zusätzlich darf auf Verordnungen von Arzneimitteln bei Entlassung aus dem Krankenhaus auch eine Großpackung verschrieben werden. Das Rezept hat dabei eine verlängerte Gültigkeit von sechs Tagen, um Arztpraxen zu entlasten und nicht notwendige Arzt-Patienten-Kontakte weiter zu minimieren.

Ergänzend haben Apotheken während der Coronavirus-Pandemie flexiblere Möglichkeiten zum Austausch von Arzneimitteln bekommen, wenn diese nicht vorrätig sind. Dabei dürfen sie bei der Packungsgröße, Packungszahl sowie der Wirkstärke abweichen. Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt darf sogar ein vergleichbares Arzneimittel mit einem anderen Wirkstoff abgegeben werden. Sie gelten für Apotheken bis zum 25.11.2022<sup>1</sup>. Eine zusätz-

liche Möglichkeit zur Kontaktreduktion ist die seit 2021 regelmäßig eingeführte Möglichkeit, Arzneimittel via Botendienst direkt zum Versicherten nach Hause zu liefern.

- Der Anteil der Versicherten, die mindestens ein Arzneimittel verordnet bekommen haben, ist im Jahr 2021 mit 68,9% der niedrigste Wert in den vergangenen zehn Jahren.

Insgesamt haben die ca. 9 Millionen BKK Versicherten im Jahr 2021 66,9 Millionen Einzelverordnungen (EVO) erhalten. Das entspricht einem durchschnittlichen Wert von 7,4 EVO je BKK Versicherten, die zugehörige Menge der definierten Tagesdosen (DDD) beläuft sich auf 518 DDD je BKK Versicherten. Mehr als zwei Drittel (68,9%) aller BKK Versicherten haben im Jahr 2021 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten.

In »Tabelle 4.1.1 sind die wichtigsten Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen differenziert nach Versichertengruppen dargestellt. Der größte Anteil der Versicherten (90,6%) mit mindestens einer Arzneimittelverordnung ist in der Gruppe der Rentner zu finden. Gleiches gilt auch für die Anzahl der Einzelverordnungen (18,9 EVO je Rentner) sowie für die definierten Tagesdosen (1.450 DDD je Rentner). Mit durchschnittlich 181 DDD weist dagegen

1 G-BA (2022) Befristete Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie. Arzneimittel-Richtlinie: <https://www.g-ba.de/service/sonderregelungen-corona/#arzneimittel-richtlinie> [abgerufen am: 20.06.2022].

Tabelle 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2021)

Versichertengruppen	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	4,6	314	63,0
Arbeitslose (ALG-I)	7,6	538	48,0
Arbeitslose (ALG-II)	6,9	455	57,6
Familienangehörige	3,9	181	59,7
Rentner	18,9	1.450	90,6
<b>BKK Versicherte insgesamt</b>	<b>7,4</b>	<b>518</b>	<b>68,9</b>

Tabelle 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2021)

Berichtsjahre	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
2012	7,4	434	73,7
2013	7,5	447	74,9
2014	7,5	462	74,0
2015	7,6	470	73,8
2016	7,7	486	74,0
2017	7,3	465	73,0
2018	7,5	478	73,3
2019	7,7	505	73,0
2020	7,5	515	69,8
2021	7,4	518	68,9

die Gruppe der Familienangehörigen die niedrigsten Tagesdosen im Berichtsjahr auf. Gleichzeitig liegen auch deren Einzelverordnungen (3,9 EVO je Familienversicherten) deutlich unter denen aller anderen Versichertengruppen. Begründet ist dies vor allem damit, dass in dieser Gruppe zum Großteil Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren (70,7%) zu finden sind. Da in dieser Altersgruppe eher akute Erkrankungen von kurzer Dauer dominieren, ist zwar der Verordnungsanteil mit 59,7% im Verhältnis relativ hoch, es werden aber meist nur Medikamente mit einer geringen Anwendungsdauer verschrieben, was vor allem die geringe durchschnittliche Anzahl an definierten Tagesdosen (DDD) erklärt. Hingegen hat nicht einmal die Hälfte (48,0%) der Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug eine Arzneimittelverordnung erhalten. Damit ist für diese Gruppe der niedrigste Anteil im Vergleich zu verzeichnen. Diese Versichertengruppe weist allerdings bei den Einzelverordnungen (7,6 EVO je Arbeitsloser im ALG-I-Bezug) sowie auch bei den definierten Tagesdosen (538 DDD je Arbeitsloser im ALG-I-Bezug) zusammen mit den ALG-II-Empfängern (455 DDD je Arbeitsloser im ALG-II-Bezug) die höchsten Werte nach den Rentnern auf. Weitere Detailbetrachtungen zu den Arzneimittelverordnungen nach Versichertengruppen sind im **III** Kapitel 4.3.2 zu finden.

Die Coronavirus-Pandemie hinterlässt auch in ihrem zweiten Jahr deutliche Spuren im Verordnungsgeschehen der Arzneimittel, die teilweise auf die in **III** Kapitel 4.1.1 erwähnten Sonderregelungen zurückzuführen sind. Wie in **III** Tabelle 4.1.2 zu

sehen ist, ist der Verordnungsanteil im Jahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr nochmals zurückgegangen (-0,9 Prozentpunkte) und markiert gleichzeitig den niedrigsten Wert der vergangenen zehn Jahre. Dagegen ist die Anzahl der Einzelverordnungen nur wenig verändert, während gleichzeitig die definierten Tagesdosen nochmals angestiegen sind. Letztere haben seit 2012 um +19,4% zugenommen. Diese Diskrepanz zwischen Verordnungsanteilen und -mengen (DDD) ist vor allem mit den Veränderungen im Verordnungsgeschehen in den Jahren 2020/2021 zu erklären. Welche Veränderungen dabei bezogen auf Verordnungshauptgruppen zu beobachten sind und welche Ursachen es für diese Entwicklung gibt, soll im Folgenden näher beleuchtet werden.

#### Exkurs monatliche Entwicklung der Arzneimittelverordnungen bei den BKK Versicherten

- Waren im Jahr 2019 meist am Quartalsanfang die höchsten Verordnungsanteile zu verzeichnen, so ist während der Coronavirus-Pandemie vor allem in den Phasen strenger Kontaktbeschränkungen in den Jahren 2020 und 2021 dieses Muster nicht mehr sichtbar.
- Die Verordnungsanteile der Antinfektiva sowie der Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt sind während der Coronavirus-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 aufgrund der ausgebliebenen Grippe- und Erkältungswelle besonders stark zurückgegangen.

## 4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Im Folgenden wird die aktuelle Entwicklung der monatlichen Arzneimittelverordnungen der BKK Versicherten betrachtet.

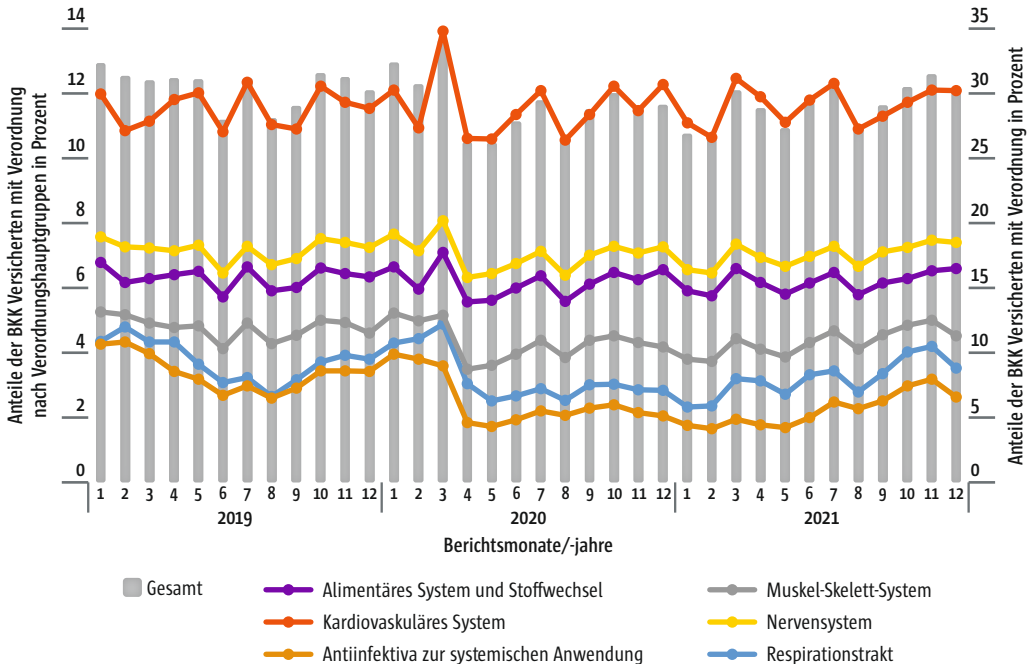
Wie im **III** Diagramm 4.1.1 gut zu erkennen ist, variieren die Verordnungsanteile der Arzneimittel zwischen den Kalendermonaten unterschiedlich stark. Innerhalb eines Jahres sind diese Schwankungen in der Regel am stärksten bei den Arzneimitteln ausgeprägt, die in Abhängigkeit von saisonal auftretenden Erkrankungen verordnet werden. Deutlich wird dies am Beispiel der Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt bzw. den Antiinfektiva, die vor allem bei den im I. und IV. Quartal gehäuft auftretenden Atemwegserkrankungen Anwendung finden und deren Verordnungsanteile innerhalb eines Kalenderjahres zwischen 1,4–2,2 Prozentpunkten schwanken. Arzneimittel, die im Zusammenhang mit Erkrankungen verordnet werden, die weniger saisonalen Effekten unterliegen, weisen entsprechend geringe Schwankungen der Verordnungsanteile auf (z.B. Sinnesorgane; 0,3–0,5 Prozentpunkte). Die Jahre 2020 und 2021 weichen hier in mehrfacher Hinsicht vom Vorjahr ab: Zum einen sind insbesondere im März 2020 mit Beginn der Coronavirus-Pandemie für fast alle Wirkstoffgruppen deutlich

erhöhte Verordnungsanteile zu verzeichnen. Vermutlich haben sich aufgrund der großen Unsicherheit zu Beginn der Pandemie viele Versicherte vorsorglich mit Medikamenten eingedeckt. Gleichzeitig ist im Verlauf der Jahre 2020 und 2021 vor allem bei den Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt bzw. den Antiinfektiva aufgrund der ausbleibenden Grippe- und Erkältungswelle ein deutlicher Einbruch der Verordnungsanteile zu beobachten.

Auffällig ist zudem, dass die Verordnungsanteile sowohl spezifisch als auch insgesamt im Jahr 2019 an den Quartalsanfängen ihren jeweiligen Höchstwert erreichen, was vermutlich mit der quartalsweisen Abrechnung der Versichertenpauschale in der ambulanten Versorgung zusammenhängen dürfte. Aufgrund der mit am Beginn des Kapitels aufgeführten Sonderregelungen, wurde dieses Muster vor allem während der Coronavirus-Pandemie mehrfach durchbrochen. Insbesondere in den Phasen mit besonders strengen Kontaktbeschränkungen (z.B. April/Mai 2020 oder Januar/Februar 2021) sind jeweils sehr niedrige Verordnungsanteile zu verzeichnen.

Ergänzend zu den Verordnungsanteilen, sind in **III** Diagramm 4.1.2 die DDD der BKK Versicherten je Kalendermonat zwischen 2019 und 2021 dargestellt.

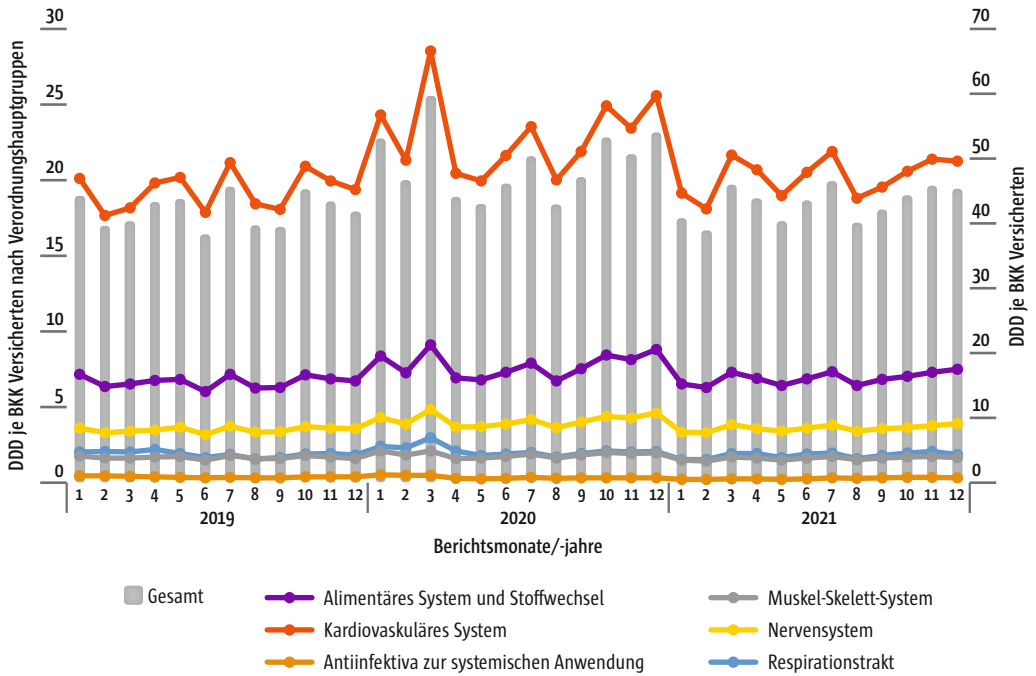
Diagramm 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)



Besonders hohe Werte kennzeichnen vor allem solche Mittel, die vorrangig bei Langzeiterkrankungen zum Einsatz kommen, wie es beispielsweise bei den Herz-Kreislauf-Mitteln der Fall ist. Insbesondere bei dieser Wirkstoffgruppe werden sowohl die jeweils zu Quartalsbeginn (bezogen auf das Jahr 2019) zu verzeichnenden Höchstwerte als auch die durch die Coronavirus-Pandemie bedingten Sondereffekte im Verordnungsgeschehen sichtbar. Personen mit meist chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck) haben in 2020 und teilweise auch in 2021 durchschnittlich pro Einzelverordnung größere Mengen bzw. Packungen als im Normalfall

erhalten, um die Arzt- und Apothekenkontakte dieser vulnerablen Versichertengruppe in Pandemiezeiten zu minimieren. Dagegen ist bei Wirkstoffen, die v.a. mit akuten Atemwegserkrankungen in Verbindung stehen, kein „Quartalseffekt“ beobachtbar, da es sich hierbei meist um kurzzeitige und saisonale Ereignisse handelt. Gleichzeitig sind die DDD dieser Wirkstoffe (v.a. Antiinfektiva und Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt) aufgrund der stark reduzierten akuten Atemwegserkrankungen in 2020 und 2021 entgegen dem allgemeinen Trend (» Diagramm 4.2.3) unverändert bzw. haben teilweise sogar abgenommen.

Diagramm 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)



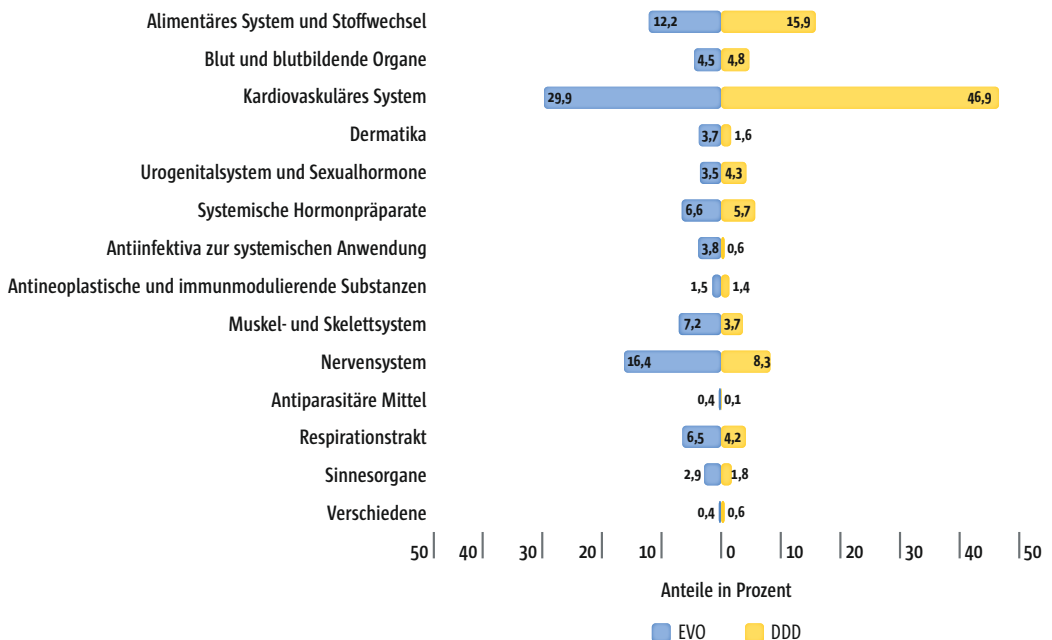
## 4.2 Die wichtigsten Verordnungshauptgruppen und -untergruppen

- Die Mehrheit aller Einzelverordnungen (58,5%) und definierten Tagesdosen (71,1%) geht bei den BKK Versicherten auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie das Nervensystem zurück.

Wie in »» Diagramm 4.2.1 für das aktuelle Berichtsjahr zu erkennen ist, werden – noch stärker als in den Vorjahren – die Anteile der Einzelverordnungen sowie der definierten Tagesdosen von den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System dominiert. Mehr als jede vierte Einzelverordnung (29,9%) sowie fast die Hälfte (46,9%) aller definierten Tagesdosen gehen allein auf diese anatomische Haupt-

gruppe zurück. Die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel bilden mit 12,2% den drittgrößten Anteil der Einzelverordnungen und mit 15,9% den zweitgrößten Anteil aller verordneten Tagesdosen. An dritter Stelle folgen die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem, die für 16,4% aller Einzelverordnungen und 8,3% aller Tagesdosen verantwortlich sind. Zusammen sind allein diese drei Wirkstoffgruppen im Jahr 2021 für die Mehrheit (58,5%) aller Einzelverordnungen und für mehr als zwei Drittel (71,1%) aller verordneten Tagesdosen bei den BKK Versicherten verantwortlich. Die Wirkstoffgruppen, die hingegen meist bei saisonalen und kurzzeitigen Erkrankungen (z.B. Atemwegs-

Diagramm 4.2.1 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



infekte) in geringen Mengen verordnet werden, spielen bei den Anteilen an den Einzelverordnungen und definierten Tagesdosen nur eine untergeordnete Rolle. Dies trifft unter anderem auf die Antiinfektiva und die Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt zu.

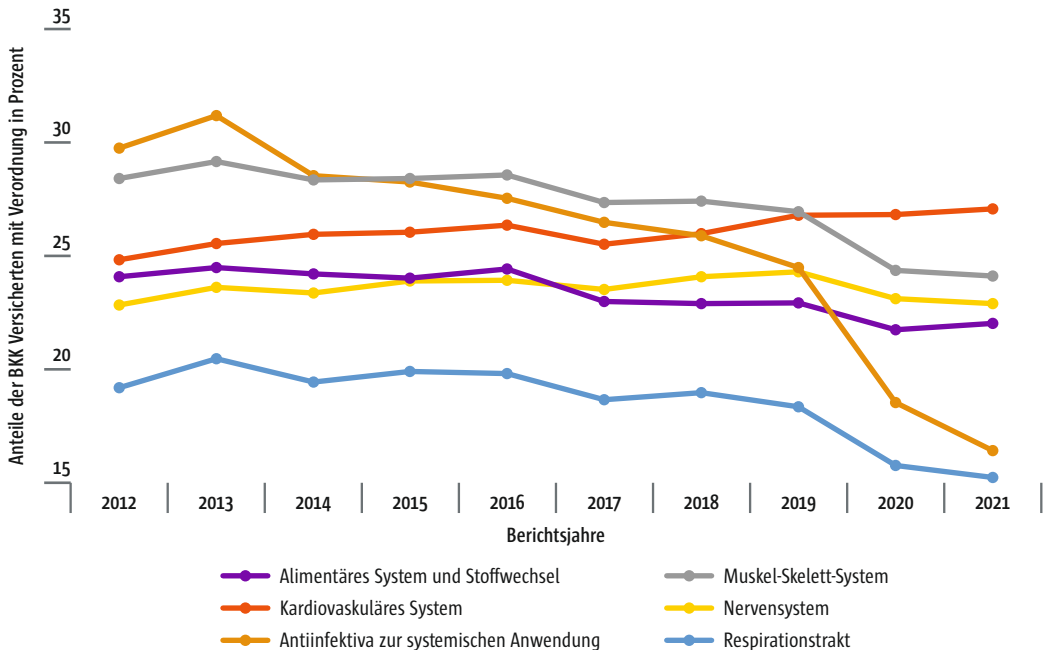
- Die Verordnungsanteile und definierten Tagesdosen von Antiinfektiva – insbesondere in der Subgruppe der Antibiotika – sind vor allem in den beiden letzten Jahren deutlich zurückgegangen.
- Dagegen sind die Verordnungsanteile und definierten Tagesdosen von Herz-Kreislauf-Medikamenten im gleichen Zeitraum tendenziell weiter angestiegen.

In **III** Diagramm 4.2.2 sind die jeweiligen Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung für ausgewählte anatomische Hauptgruppen im Zeitverlauf zwischen 2012 und 2021 dargestellt. Sowohl in der Reihung als auch in der Ausprägung der Anteile ist zwischen 2012 und 2019 für die meisten hier dargestellten Wirkstoffgruppen nur wenig Dynamik zu erkennen. Für die Jahre 2020/2021 zeigt sich allerdings eine deutlich höhere Variabilität der Kennzahlen, wobei die Gruppe der Antiinfek-

tiva zur systemischen Anwendung (-8,1 Prozentpunkte) sowie die Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt (-3,1 Prozentpunkte) die deutlichsten Rückgänge zwischen 2019 und 2021 zu verzeichnen haben. Dieser starke Rückgang bei den beiden genannten Wirkstoffgruppen korreliert mit der Tatsache, dass, wie bereits mehrfach erwähnt, in den Jahren 2020 und 2021 die sonst übliche saisonale Grippe- und Erkältungswelle nahezu komplett ausgeblieben ist<sup>2</sup>. Neben den geltenden Abstands- und Hygieneregeln hat sicher auch die erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber Erkältungssymptomen zur Vermeidung der sonst normalerweise auftretenden saisonalen Atemwegserkrankungen geführt. Der Rückgang der Verordnungsanteile um -2,8 Prozentpunkte bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System zwischen 2019 und 2021 steht ebenfalls im Zusammenhang mit den benannten Ursachen. In diese Verordnungshauptgruppe entfällt der Großteil der Verordnungen auf die Verordnungsuntergruppe der Antiphlogistika und Antirheumatika (Mo1), die unter

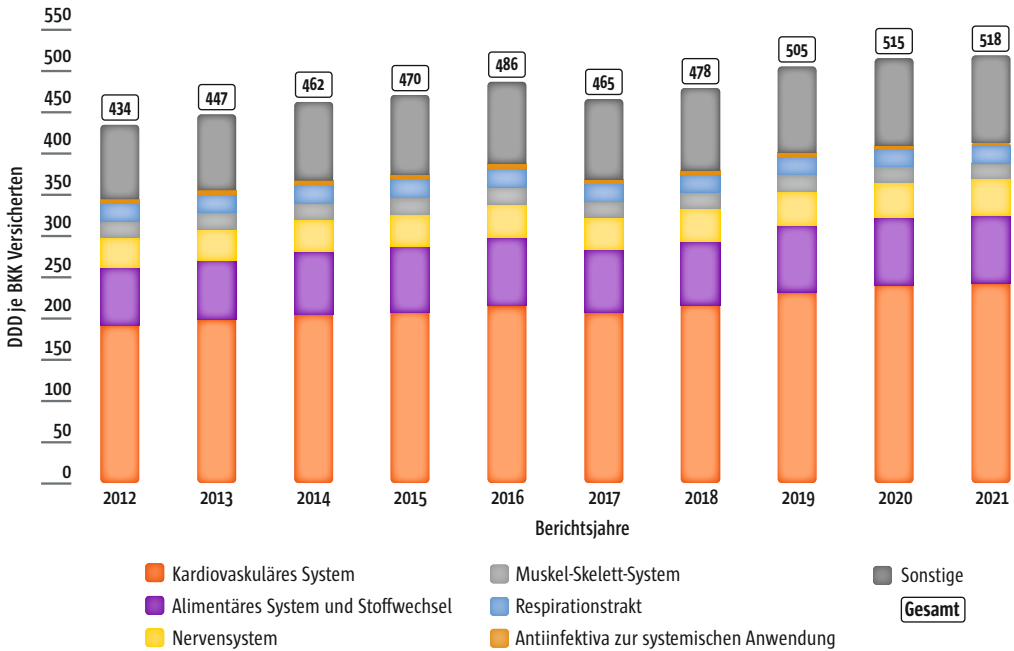
<sup>2</sup> Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2021) Influenza Wochenbericht 20/2021: [https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020\\_2021/2021-20.pdf](https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020_2021/2021-20.pdf) [abgerufen am 20.06.2022].

Diagramm 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2021)



## 4.2 Die wichtigsten Verordnungshauptgruppen und -untergruppen

Diagramm 4.2.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2021)



anderem zur Symptom- bzw. Schmerzlinderung bei grippeähnlichen Infekten Anwendung finden und die aufgrund des niedrigen Infektionsgeschehens wesentlich seltener als noch 2019 verordnet wurden. Für alle weiteren Verordnungshauptgruppen fallen die Veränderungen der Verordnungsanteile im Vergleich zum Vorjahr wesentlich geringer aus.

Im **»»»** Diagramm 4.2.3 sind ergänzend zum **»»»** Diagramm 4.2.2 die definierten Tagesdosen der sechs wichtigsten anatomischen Hauptgruppen im Zeitverlauf zu sehen. Wie bereits bei den Verordnungsanteilen sind hier ebenfalls deutliche Veränderungen insbesondere in den Jahren 2020/2021 zu erkennen. Der mit Abstand größte Rückgang tritt ebenfalls bei den Antimikrobiotika zur systemischen Anwendung auf. Nicht nur im Vergleich zum Jahr 2019 (DDD: -26,9%), sondern auch für den Zeitraum zwischen 2012 und 2021 (DDD: -42,8%) sind hier die deutlichsten Abnahmen zu verzeichnen. Dies gilt in gleicher Richtung aber in geringerem Ausmaß auch bei den Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt bzw. auf das Muskel-Skelett-System. Dagegen haben sich die Verordnungskennzahlen bei den Wirkstoffen, die nicht in einem direkten Zusammenhang mit Infektionen stehen, im Vergleich zum Vorjahr

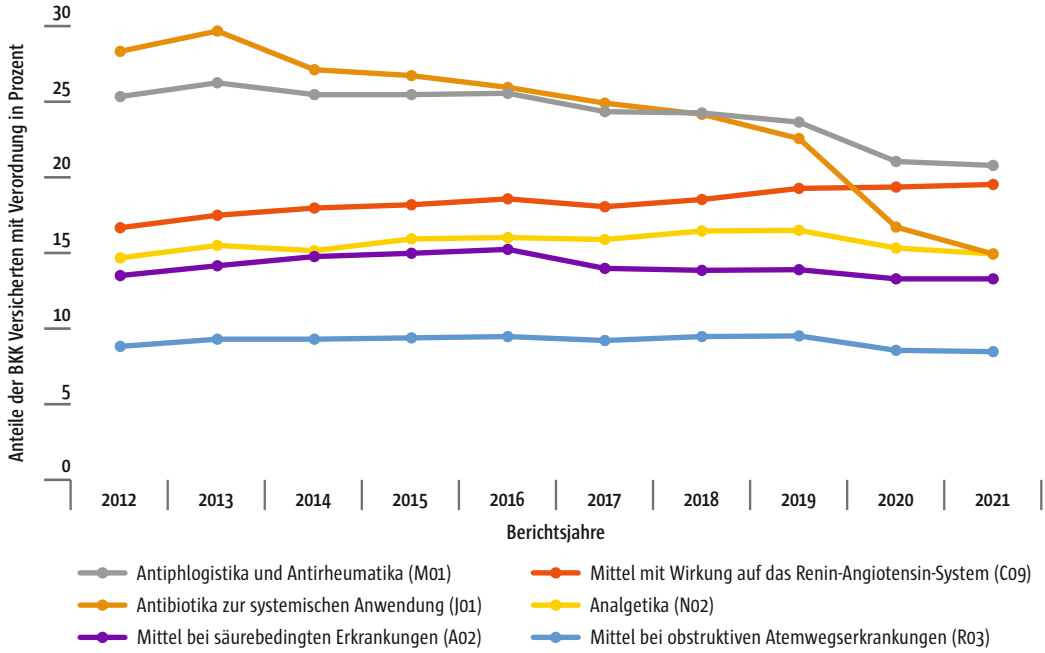
wenig verändert. Die mit +4,7% größte Zunahme ist bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zu beobachten, die vor allem von älteren und oftmals von einer chronischen Erkrankung betroffenen BKK Versicherten verwendet werden. Hier sind wiederum die Sonderregelungen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie zusätzlich wirksam, da sie dazu geführt haben, dass Betroffene vorsorglich größere Mengen ihrer regelmäßig über einen langen Zeitraum einzunehmenden Arzneimittel verordnet bekamen. Gleichzeitig hat die Möglichkeit der fernmündlichen Verordnung in dieser Personengruppe zur Vermeidung unnötiger Kontakte und somit zur Reduktion des Risikos von Infektionen geführt.

In **»»»** Diagramm 4.2.4 sind jeweils exemplarisch zu den im **»»»** Diagramm 4.2.3 dargestellten Verordnungshauptgruppen sechs ausgewählte therapeutische Untergruppen im Verlauf zwischen 2012 bis 2021 dargestellt.

Der mit -13,4 Prozentpunkten deutlichste Rückgang bei den Anteilen der BKK Versicherten mit mindestens einer Verordnung ist im Jahr 2021 bei den Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) im Vergleich zum Jahr 2012 beobachtbar. An zweiter Stelle sind mit einer Abnahme um -4,6 Prozent-



Diagramm 4.2.4 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten therapeutischen Untergruppen im Zeitverlauf (2012–2021)



punkte bei den Verordnungsanteilen im Vergleich zu 2021 die Antiphlogistika und Antirheumatika (M01) zu finden. Insbesondere der für beide Wirkstoffgruppen zu beobachtende pandemiebedingte Rückgang der Verordnungsanteile in den Jahren 2020 und 2021 korrespondiert mit der Entwicklung der entsprechenden anatomischen Hauptgruppen, wie es in **III** Diagramm 4.2.2 zu sehen ist. Gegenläufig zeigt sich die Entwicklung mit einem Zuwachs von +2,9 Prozentpunkten bei den Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09). Wenig im gesamten Beobachtungszeitraum verändert

haben sich hingegen die Anteile der Versicherten mit mindestens einer Verordnung für Analgetika (N02; +0,3 Prozentpunkte) bzw. bei Mitteln für säurebedingte Erkrankungen (A02; -0,2 Prozentpunkte). Auch hier entsprechen die Entwicklungen im Wesentlichen denen der jeweiligen Hauptgruppe. Bezogen auf die therapeutischen Untergruppen und deren Verordnungsanteile bestätigt sich insbesondere in den letzten beiden Jahren das Muster des Rückgangs der Kennzahlen bei den Wirkstoffen, die mit meist akuten, aber kurzfristigen Infektionen in Verbindung stehen.

## 4.3 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln deutlich wurde, steht die Soziodemografie der BKK Versicherten in einem engen Zusammenhang mit deren Versorgungsgeschehen bzw. deren gesundheitlicher Lage. In welchem Maß dies auch für die Arzneimittelverordnungen zutrifft, soll im folgenden Abschnitt näher beleuchtet werden. Parallel zu den bereits berichteten Leistungsbereichen werden dabei neben dem Alter und dem Geschlecht auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe sowie der höchste schulische bzw. berufliche Abschluss betrachtet.

### 4.3.1 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

- Mit einem Verordnungsanteil von insgesamt 45,7% erhalten die 10- bis 14-jährigen BKK Versicherten die wenigsten Arzneimittel verordnet.
- Der mit insgesamt 27,4 Prozentpunkten größte Geschlechtsunterschied bei den Verordnungsanteilen tritt in der Gruppe der 20- bis 24-jährigen vor allem bei den jungen Frauen aufgrund von Kontrazeptiva-Verordnungen auf.
- Ab einem Alter von 75 Jahren erhalten nicht nur über 90% der Versicherten mindestens eine Verordnung, sondern auch ein Vielfaches der Tagesdosen die jüngere Versicherte bekommen, wobei sich die Werte für Männer und Frauen zunehmend angleichen.

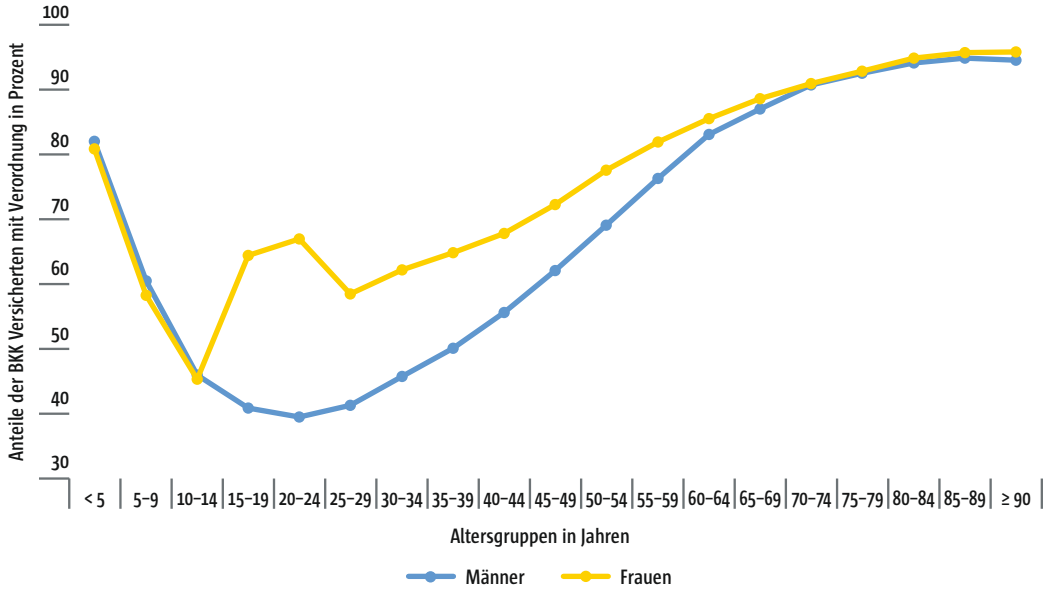
Das **»»** Diagramm 4.3.1 stellt die Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung im Jahr 2021 differenziert nach Alter und Geschlecht dar. Arzneimittelverordnungen bei Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 14 Jahren treten demnach bei beiden Geschlechtern nahezu gleich häufig auf, wobei die Anteile vom Kleinkind bis zum frühen Jugendalter deutlich abnehmen. In dieser Altersgruppe sind – analog zu den ambulan-

ten Diagnosedaten (**»»** Kapitel 2.2) – vor allem den Respirationstrakt betreffende, entzündungshemmende und fiebersenkende Arzneimittel die am häufigsten verordneten Wirkstoffe. Ein Grund für den hohen Anteil von Verordnungen bei jungen BKK Versicherten wird vermutlich auch die Erstattungsfähigkeit beispielsweise von Mund- und Rachentherapeutika sowie Erkältungsmedikamenten für Kinder bis zu zwölf Jahren sein<sup>3</sup>. Durch die Verordnung auf ein Kassenrezept werden dabei auch solche Medikamente erfasst, die für Patienten anderer Altersklassen in der Regel nicht erstattungsfähig sind und somit durch die vorliegende Statistik nicht abgebildet werden können.

Ab einem Alter von 15 Jahren unterscheiden sich die geschlechtsspezifischen Verordnungshäufigkeiten deutlich. In der Altersgruppe der 20- bis 24-jährigen ist dieser Unterschied am auffälligsten – der Verordnungsanteil liegt bei den jungen Frauen um +27,4 Prozentpunkte höher als bei den jungen Männern, was vor allem durch Verordnungen von Kontrazeptiva (Verhütungsmittel) begründet ist. Bis zum Jahr 2018 war der größte Unterschied immer in der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen beobachtbar, eine Gesetzesänderung im Jahr 2019 (§ 24a SGB V), die das Alter für eine Verordnung auf Kassenrezept vom vollendeten 20. auf das vollendete 22. Lebensjahr verlängert hat, ist primäre Ursache für diesen Wechsel. Die insbesondere bei den Frauen dann folgende deutliche Abnahme des Verordnungsanteils ist wiederum dadurch erklärbar, dass Kontrazeptiva nach dem 22. Lebensjahr in der Regel nicht mehr zulasten der GKV verordnet werden, es sei denn, deren Wirkung erstreckt sich auf weitere behandlungsrelevante Indikationen, wie z.B. verstärkter Haarwuchs (ICD-10-Code: L68) oder Menstruationsstörungen (ICD-10-Code: N92). Mit zunehmendem Alter steigt

3 G-BA (2022) Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie). <https://www.g-ba.de/richtlinien/3/> [abgerufen am: 10.06.2022].

Diagramm 4.3.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



der Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung insgesamt an, wobei gleichzeitig der Geschlechtsunterschied immer mehr abnimmt. Insbesondere ab dem 80. Lebensjahr erhält nahezu jeder BKK Versicherte mindestens ein Arzneimittel (Gesamt: 94,5-95,4%) pro Jahr verordnet.

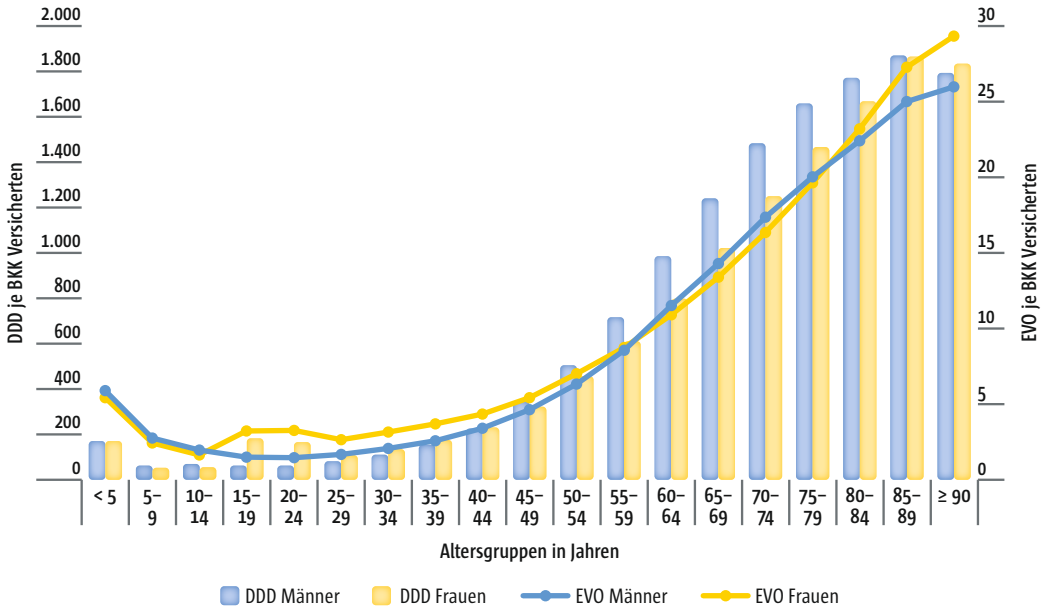
Im Vorjahresvergleich zeigt sich, zusätzlich zu den bereits deutlichen Rückgängen im vergangenen Jahr, ein weiterer Rückgang der Verordnungsanteile, der – bedingt durch die Coronavirus-Pandemie – vor allem die jüngeren Altersgruppen betrifft. So sind mit jeweils -5,9 bzw. -5,3 Prozentpunkten die größten Rückgänge der Anteile der Versicherten mit einer Verordnung bei den 5- bis 9-jährigen bzw. den 10- bis 14-jährigen zu verzeichnen. Dieser Rückgang ist wiederum durch den Wegfall eines Großteils der Verordnungen, die im Zusammenhang mit Infektionen stehen (v.a. Antibiostatika zur systemischen Anwendung bzw. Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt) verursacht, da die zugrundeliegenden Erkrankungen im Jahr 2021 ebenfalls insgesamt stark zurückgegangen bzw. nahezu ausgeblieben sind (III Kapitel 2.2). Noch deutlicher fallen die Unterschiede aus, wenn man die Daten aus 2021 mit denen vor der Coronavirus-Pandemie aus 2019 vergleicht: Dabei ist sogar ein zweistelliger Rückgang (-13,8 bzw. -13,2 Prozentpunkte) der Verordnungsanteile für die oben genannten Altersgruppen festzustellen. Mit zu-

nehmendem Alter wird die Differenz zum Vorjahr allerdings immer geringer, da hier die Arzneimittel aufgrund von chronischen Erkrankungen (z.B. Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System) zunehmend die Verordnungen dominieren. Entsprechend fällt bei den BKK Versicherten jenseits des 65. Lebensjahres auch die Veränderung im Vorjahresvergleich wesentlich geringer aus (0,0 bis -0,5 Prozentpunkte).

Bei der Betrachtung der Einzelverordnungen sowie definierten Tagesdosen der BKK Versicherten zeigt sich sowohl bezogen auf das Alter als auch auf das Geschlecht ein ähnliches Muster, wie es schon bei den Verordnungsanteilen zu erkennen ist (III Diagramm 4.3.2). Hier ist ebenfalls ein sichtbarer Geschlechtsunterschied bei den 15- bis 19-jährigen bzw. bei den 20- bis 24-jährigen für die EVO und DDD mit den deutlich höheren Werten für die Frauen – vor allem durch die Verordnung von Verhütungsmitteln begründet – zu finden. Für die Einzelverordnungen wird dieser Unterschied bei den Frauen ab dem 85. Lebensjahr nochmals sichtbar, während die Männer insbesondere zwischen dem 60. und dem 75. Lebensjahr mehr Einzelverordnungen und vor allem deutlich mehr definierte Tagesdosen erhalten. Besonders eindrucksvoll steigen beide Verordnungs-kennzahlen noch einmal ab dem 60. Lebensjahr an, was unter anderem mit dem Übergang von der

## 4.3 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.3.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



Arbeits- in die Ruhestandsphase zusammenhängen dürfte. Ein ähnliches Verlaufsmuster ist in der ambulanten (»» Kapitel 2.3) und in der stationären (»» Kapitel 3.3) Versorgung mit besonderem Bezug zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten.

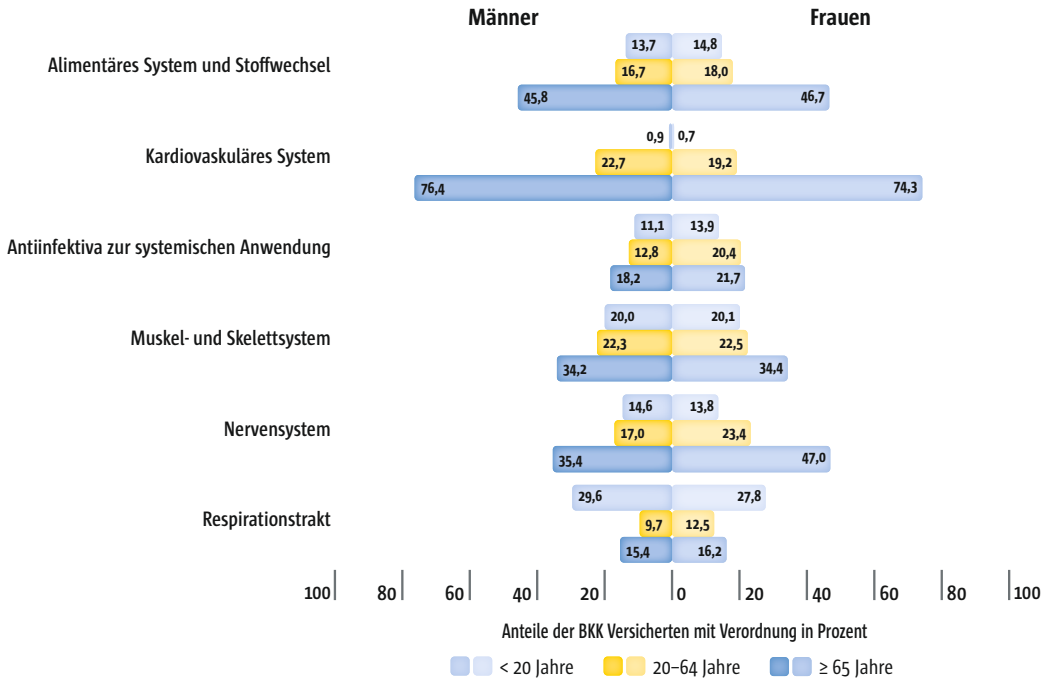
Die durch die Pandemie bedingten Veränderungen werden im Vorjahresvergleich nicht mehr ganz so deutlich sichtbar, wie dies noch 2020 der Fall war. Im Vergleich zum Jahr 2019 sind die Differenzen aber nach wie vor beachtlich: Während bei Kindern und Jugendlichen weiterhin abnehmende bzw. stagnierende DDD-Werte festzustellen sind, zeigt sich insbesondere jenseits des 65. Lebensjahres, dass die definierten Tagesdosen weiterhin auf einem überdurchschnittlichen Niveau liegen, während die Einzelverordnungen nahezu unverändert geblieben sind. Vermutlich spielen hier ebenfalls die Sonderregelungen in Bezug auf die Packungsgrößen pro Verordnung eine Rolle (»» Kapitel 4.1.1).

- Rund drei Viertel aller BKK Versicherten über 65 Jahre werden Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System verordnet.
- Bei BKK Versicherten, die jünger als 20 Jahre sind, werden am häufigsten Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt verordnet, die vor allem bei Atemwegserkrankungen zum Einsatz kommen.

Das »» Diagramm 4.3.3 zeigt die Verordnungsanteile für ausgewählte Verordnungshauptgruppen im Jahr 2021, differenziert nach Alter und Geschlecht. Wiederum deutlich vom Alter der Versicherten abhängige Verordnungsanteile sind primär für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System erkennbar, die unter anderem im Zusammenhang mit der höheren Prävalenz von Herz- und Kreislauf-Erkrankungen in der Gruppe der älteren Versicherten stehen (»» Kapitel 2.3). In der Gruppe der unter 20-jährigen werden diese Wirkstoffgruppen hingegen nur sehr selten verordnet, da die zugrundeliegenden Krankheitsbilder bei den jungen Versicherten nahezu nicht auftreten. Ein ähnliches Altersmuster ist auch für die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel zu beobachten, die häufig unterstützend bei gleichzeitiger Einnahme weiterer, potenziell magenschädigender Wirkstoffe eingesetzt werden.

Wesentlich geringere Altersunterschiede finden sich dagegen bei Arzneimitteln, die beispielsweise bei Atemwegserkrankungen verordnet werden, wie es bei den Antinfektiva bzw. den Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt der Fall ist. Insbesondere bei letztgenannten nehmen die Verordnungsanteile – entgegen dem allgemeinen Trend – mit zunehmendem Alter sogar ab.

Diagramm 4.3.3 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



Auch Geschlechtsunterschiede werden sichtbar: Während Frauen bei den Herz-Kreislauf-Mitteln in allen Altersgruppen tendenziell weniger Verordnungsanteile als die Männer aufweisen, zeigt sich bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem ab dem 20. Lebensjahr ein umgekehrtes Muster.

- Bei den über 65-jährigen BKK Versicherten geht mehr als jede zweite verordnete Tagesdosis auf Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zurück.
- Die definierten Tagesdosen für Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung unterscheiden sich hingegen im Wesentlichen weder zwischen den Altersgruppen noch zwischen Frauen und Männern.

Für die in **III** Diagramm 4.3.3 dargestellten Verordnungshauptgruppen sind in **III** Diagramm 4.3.4 ergänzend die definierten Tagesdosen nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt.

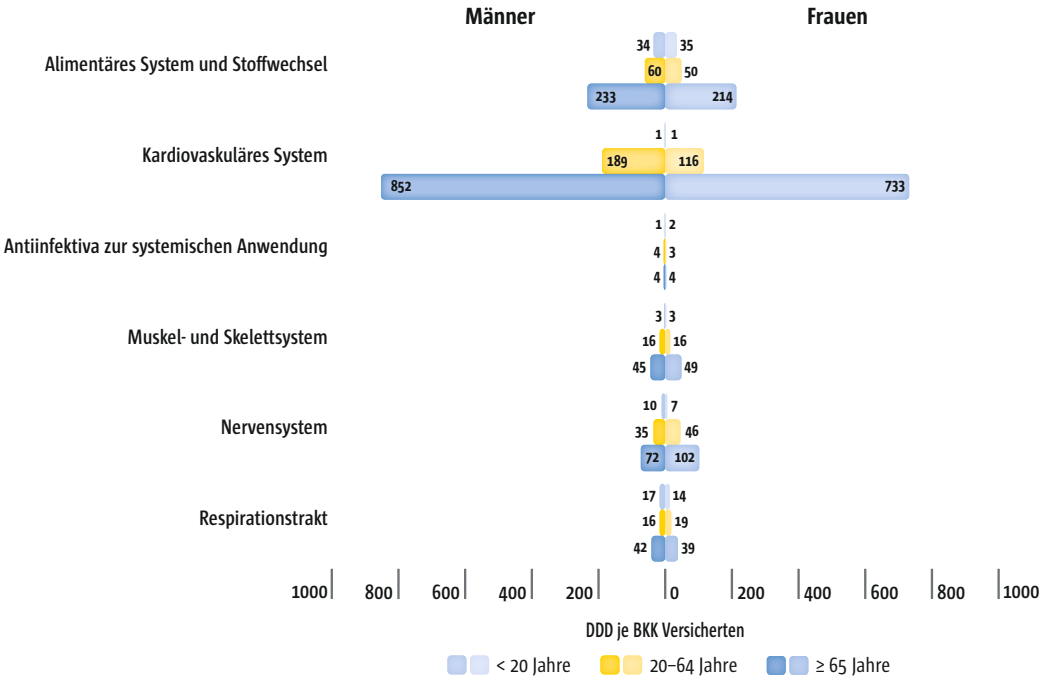
Für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System wird hier ebenfalls ein sehr deutlicher Zusammenhang mit dem Lebensalter der Versicherten

erkennbar. Die 65-Jährigen und älteren BKK Versicherten erhalten den mit Abstand größten Anteil der definierten Tagesdosen aus dieser anatomischen Hauptgruppe verordnet: Mehr als jede zweite Tagesdosis (Männer: 55,7%; Frauen: 52,9%) geht in dieser Altersgruppe allein auf diese Verordnungshauptgruppe zurück. Dabei erhalten Männer wiederum tendenziell mehr Verordnungen als Frauen, was mit den zugehörigen Kennzahlen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus der ambulanten (**III** Kapitel 2) und stationären Versorgung (**III** Kapitel 3) korrespondiert. Ein ähnlicher, allerdings etwas geringer ausgeprägter Alterseffekt, ist bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und Stoffwechsel beobachtbar.

Nahezu unabhängig von Alter und Geschlecht der BKK Versicherten stellt sich dagegen das Verordnungsgeschehen bei den Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung dar. Dies korrespondiert mit der Tatsache, dass die zugrundeliegenden Erkrankungen in allen Altersgruppen bzw. unabhängig vom Geschlecht nahezu gleich häufig auftreten.

## 4.3 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.3.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



## 4.3.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus

- Außer in der Gruppe der Rentner wird Frauen in allen anderen Versichertengruppen deutlich häufiger als Männern mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel verordnet.
- Arbeitslose erhalten zwar seltener als Beschäftigte Arzneimittel verordnet, gleichzeitig sind die definierten Tagesdosen bei den Arbeitslosen deutlich höher ausgeprägt.
- In der relativ jungen Gruppe der Familienangehörigen werden zwar häufig Arzneimittel verordnet, allerdings überwiegend nur in sehr geringen Mengen.

Wie bereits in »» Tabelle 4.1.1 zu sehen war, ist der Versichertenstatus bzw. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe ebenfalls ein mittelbarer Indikator für die Zugehörigkeit des Versicherten zu einer sozialen Schicht, die einen nicht unerheblichen Einfluss auf dessen gesundheitliche Lage ausüben kann. Dieser Zusammenhang wird in »» Tabelle 4.3.1 nochmal im Detail betrachtet.

Während der Unterschied der Verordnungsanteile in der Gruppe der Rentner zwischen Männern und Frauen am geringsten ist, sind in allen anderen Versichertengruppen wesentlich höhere Werte für die Frauen im Vergleich zu den Männern zu finden (+8,6 bis +14,7 Prozentpunkte). Ein Grund für den Geschlechtsunterschied sind Verordnungen aus der Gruppe der Sexualhormone, die sich vor allem auf die beiden Gruppen der hormonellen Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung (Go3A) sowie der Estrogene (Go3C) konzentrieren.

Nur geringe Unterschiede sind bei den Einzelverordnungen zwischen Männern und Frauen innerhalb der jeweiligen Versichertengruppen erkennbar. Anders hingegen bei den definierten Tagesdosen: Wenig überraschend stehen hier die Rentner mit einem Vielfachen des Wertes der anderen Versichertengruppen (vor allem aufgrund von Verordnungen für Herz-Kreislauf-Medikamente) an der Spitze.

Aufschlussreich ist auch der Vergleich zwischen den beiden Arbeitslosen-Gruppen und den beschäftigten Mitgliedern: Während in den beiden erstgenannten Gruppen die Verordnungsanteile im Vergleich zu den Beschäftigten deutlich niedriger sind (48,0%

Tabelle 4.3.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Versichertengruppen	Geschlecht	EVO	DDD	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
		je BKK Versicherten		
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	4,3	331	57,3
	Frauen	4,9	293	69,8
	Gesamt	4,6	314	63,0
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	7,5	581	43,7
	Frauen	7,7	488	53,3
	Gesamt	7,6	538	48,0
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	6,5	463	50,5
	Frauen	7,4	446	65,1
	Gesamt	6,9	455	57,6
Familienangehörige	Männer	3,1	109	54,7
	Frauen	4,4	233	63,3
	Gesamt	3,9	181	59,7
Rentner	Männer	18,9	1.535	89,9
	Frauen	19,0	1.373	91,3
	Gesamt	18,9	1.450	90,6
BKK Versicherte insgesamt	Männer	7,0	524	64,2
	Frauen	7,8	512	73,8
	Gesamt	7,4	518	68,9

bzw. 57,6% vs. 63,0%), werden gleichzeitig mehr definierte Tagesdosen bei den Arbeitslosen verordnet (538 bzw. 455 DDD vs. 314 DDD). Die geringeren Verordnungsanteile korrespondieren dabei mit der Erkenntnis, dass Arbeitslose zwar seltener einen niedergelassenen Arzt aufsuchen (» Kapitel 2.3), gleichzeitig aber überdurchschnittlich viele AU-Tage (» Kapitel 1.3) bzw. KH-Tage (» Kapitel 3.3) vor allem wegen Langzeiterkrankungen aufweisen. Im Folgenden soll dies anhand der Verordnungshauptgruppen näher betrachtet werden.

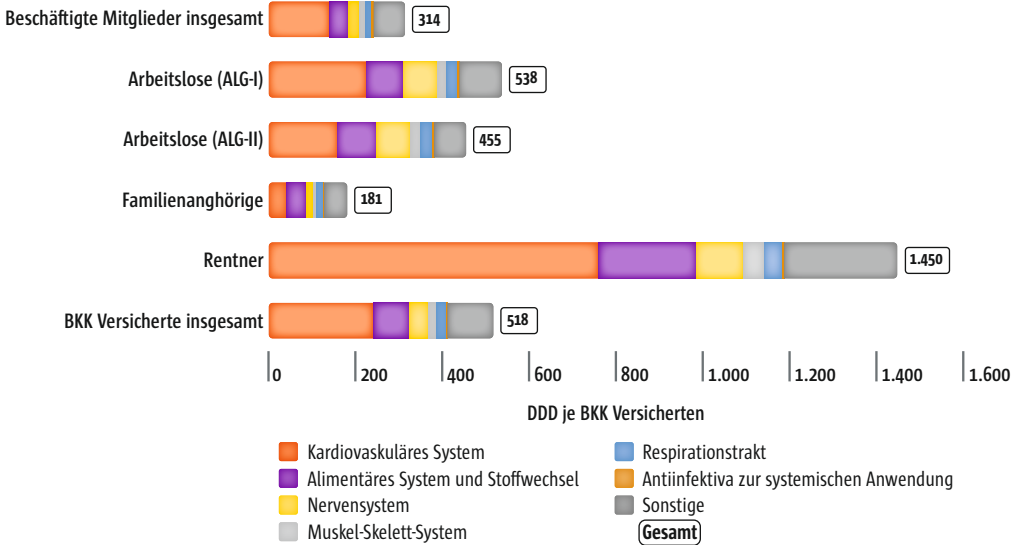
Ergänzend zur » Tabelle 4.3.1 werden in » Diagramm 4.3.5 zusätzlich die definierten Tagesdosen (DDD) der Versichertengruppen für die wichtigsten anatomischen Hauptgruppen dargestellt. Besonders auffällig ist der hohe Anteil der Tagesdosen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System mit 760 DDD je Rentner. Mehr als jede zweite verordnete Tagesdosis (52,4%) geht in dieser Versicherten-

gruppe auf das Konto eines Herz-Kreislauf-Medikaments, was in etwa dem Anteil in der Auswertung für die Altersgruppe der 65-Jährigen und älteren entspricht (» Diagramm 4.3.4). Ebenfalls sind in dieser Versichertengruppe die mit Abstand höchsten Werte bei den Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel (226 DDD je Rentner) sowie den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem (108 DDD je Rentner) zu finden.

Altersbedingt andere Schwerpunkte zeigen sich bei den Familienangehörigen, da zu dieser Gruppe zum Großteil mitversicherte Kinder und Jugendliche zählen. Hier werden zwar insgesamt häufiger als beispielweise bei den Beschäftigten Arzneimittel verordnet (» Tabelle 4.3.1), allerdings handelt es sich hierbei größtenteils um Mittel mit einer kurzen Anwendungsdauer, z.B. gegen Atemwegserkrankungen, Infektionen oder Fieber, die meist mit niedrigen Dosierungen einhergehen.

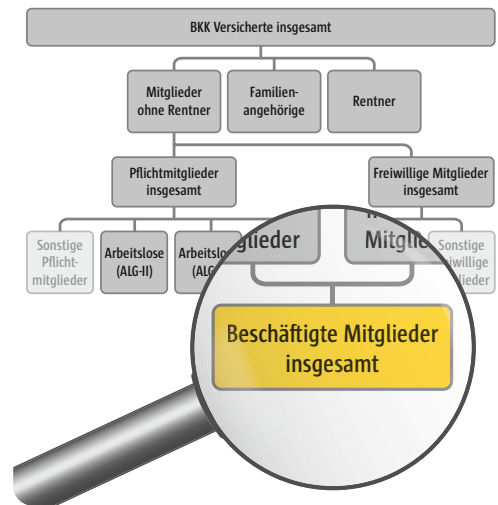
## 4.3 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.3.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



Das Verordnungsgeschehen bei Rentnern bzw. Familienangehörigen wird vor allem durch das sehr unterschiedliche Alter der jeweiligen Versichertengruppen definiert. Die Beschäftigten bzw. die Arbeitslosen ähneln sich hingegen stärker in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur (»»» Tabelle o.1.1). Hier werden Unterschiede bei den Arzneimittelverordnungen vor allem von der sozialen Lage im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Situation der jeweiligen Gruppe beeinflusst. Am Beispiel der Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem soll dieser Einfluss verdeutlicht werden: In den beiden Gruppen der Arbeitslosen werden etwas mehr als dreimal so viele DDD für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem wie bei den Beschäftigten verordnet (78 bzw. 81 DDD je Arbeitsloser ALG I bzw. ALG II vs. 25 DDD je Beschäftigter), wobei für diesen Unterschied maßgeblich die Gruppe der Psychoanaleptika (No6) verantwortlich ist, zu der unter anderen die Antidepressiva (No6A) gehören. Diese Unterschiede sind in ähnlicher Relation in der ambulanten Versorgung (»»» Kapitel 2.3.2) zu finden: Auch dort sind die Anteile der Arbeitslosen, die mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen pro Berichtsjahr aufweisen, im Vergleich zu den Beschäftigten wesentlich höher.

## 4.3.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



Wie schon in den vorherigen Kapiteln werden im Folgenden die Arzneimittelverordnungen im Zusammenhang mit dem höchsten Schul- bzw. Berufsabschluss dargestellt. Da diese Merkmale ausschließlich für die beschäftigten Mitglieder vorliegen, ist ein Vergleich der Kennzahlen in den anderen



Abschnitten dieses Kapitels nur innerhalb dieser Versichertengruppe möglich.

### Höchster Schul- bzw. Berufsabschluss

- Mit einem höheren Schul- und Berufsabschluss eines Beschäftigten gehen weniger Arzneimittelverordnungen bzw. definierte Tagesdosen einher.

Welchen Einfluss der höchste Schul- bzw. Berufsabschluss bei den beschäftigten Mitgliedern auf die Arzneimittelverordnungen ausübt, ist in **»** Tabelle 4.3.2 zu sehen. Hinsichtlich des Anteils der Beschäftigten mit mindestens einer Verordnung im Jahr 2021 zeigt sich für beide Geschlechter, dass die Berufstätigen mit niedrigerem Schul- bzw. Berufsabschluss jeweils die höchsten Anteilswerte aufweisen. Die geringsten Verordnungsanteile finden sich hingegen bei den Beschäftigten mit (Fach-)Abitur bzw. mit einem Bachelorabschluss.

Bezogen auf die Einzelverordnungen und die definierten Tagesdosen zeigt sich ebenfalls ein eindeu-

tiges Muster: Je höher der Schul- bzw. Berufsabschluss (soweit vorhanden bzw. bekannt), desto weniger EVO und DDD werden im Durchschnitt verordnet. Dabei liegen über alle Abschlusstypen hinweg die Verordnungsanteile und die EVO der Frauen deutlich über denen der Männer, während umgekehrt bei den DDD die Männer durchgehend die höheren Werte im Vergleich zu den Frauen aufweisen.

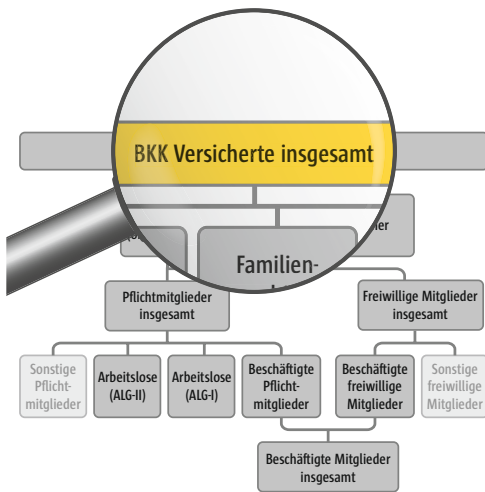
Auch wenn die Altersunterschiede zwischen den Gruppen insgesamt einen Teil der beschriebenen Zusammenhänge zwischen dem Verordnungsgeschehen und den unterschiedlichen Abschlusstypen beeinflussen, zeigt die hier nicht dargestellte Detailbetrachtung von altershomogenen Gruppen, dass die beschriebenen Unterschiede primär auf die Bildungsmerkmale und nicht auf das Alter zurückzuführen sind.

Das Verordnungsgeschehen der Beschäftigten ohne Schul- und Berufsabschluss lässt sich nur schwer einordnen, da es sich hierbei um eine sehr heterogene Gruppe (u.a. ältere Beschäftigte ohne Abschluss; Auszubildende; Beschäftigte, mit nicht anerkannten ausländischen Abschluss) handelt.

**Tabelle 4.3.2** Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten BKK Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Merkmale	Ausprägungen	Männer				Frauen			
		Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO	DDD	
				je beschäftigtes Mitglied			je beschäftigtes Mitglied		
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	44,3	54,3	5,4	427	62,3	5,6	342	
	Haupt-/Volksschulabschluss	46,0	64,2	5,5	433	74,6	6,3	396	
	Mittlere Reife oder gleichwertig	42,1	57,6	4,2	323	71,9	5,1	311	
	Abitur/Fachabitur	39,8	49,4	3,0	226	63,0	3,7	203	
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	34,5	46,2	3,5	246	67,4	5,2	312	
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	44,3	61,7	4,9	381	71,8	5,1	314	
	Meister/Techniker oder gleichwertig	46,1	60,5	4,6	363	67,9	4,5	275	
	Bachelor	34,3	41,7	2,1	136	55,1	2,8	130	
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	43,8	51,9	3,3	258	61,2	3,6	207	
	Promotion	44,4	48,4	3,0	233	58,2	3,5	194	
	<b>Gesamt</b>	<b>42,7</b>	<b>57,3</b>	<b>4,3</b>	<b>331</b>	<b>69,8</b>	<b>4,9</b>	<b>293</b>	

## 4.4 Arzneimittelverordnungen in Regionen



Für die Arzneimittelverordnungen zeigen sich im regionalen Vergleich Unterschiede, die neben den soziodemografischen Merkmalen der Versicherten ebenso von den medizinischen Versorgungsstrukturen und den sozioökonomischen Bedingungen vor Ort bestimmt werden. Im Folgenden werden hierzu entsprechende Vergleiche auf Ebene der Bundesländer bzw. der Kreise vorgenommen. Dieser Abschnitt betrachtet wiederum die Entwicklung für alle BKK Versicherten insgesamt.

- In Hamburg und Berlin wohnhafte BKK Versicherte weisen im Bundeslandvergleich die geringsten Anteile mit mindestens einer Arzneimittelverordnung auf.
- Sowohl insgesamt als auch wirkstoffspezifisch erhalten in den Ostbundesländern wohnhafte BKK Versicherte nicht nur häufiger Arzneimittel, sondern auch deutlich mehr Tagesdosen verordnet.

- Auf Kreisebene wird zwar ebenfalls das erwähnte Ost-West-Muster sichtbar, allerdings gibt es auch in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und dem Saarland zahlreiche Landkreise, in denen überdurchschnittlich viele Tagesdosen verordnet werden.

In **»** Tabelle 4.4.1 sind die Verordnungskennzahlen der BKK Versicherten im Vergleich zwischen den Bundesländern für das Jahr 2021 zu sehen. Spitzenreiter ist mit einem Verordnungsanteil von 73,8% im aktuellen Berichtsjahr Mecklenburg-Vorpommern. Dagegen finden sich in Sachsen-Anhalt mit 10,0 EVO bzw. 749 DDD je BKK Versicherten die höchsten Werte der Einzelverordnungen bzw. definierten Tagesdosen im Bundeslandvergleich. Generell werden in den meisten Ostbundesländern im Durchschnitt mehr Einzelverordnungen und definierte Tagesdosen als in den Westbundesländern verordnet. Deutlich niedrigere Anteile bzw. Kennwerte sind unter anderem in Berlin und Hamburg, sowie in Bayern und Baden-Württemberg zu finden. Dies ist zum Teil auch mit der Altersstruktur der dort wohnhaften BKK Versicherten zu begründen. So liegt das Durchschnittsalter der BKK Versicherten in Sachsen-Anhalt bei 47,4 Jahren, in Berlin und Hamburg sowie Bayern und Baden-Württemberg hingegen zwischen 41–42 Jahren (**»** Tabelle 0.1.3).

Aber auch beim Vergleich von Versicherten gleichen Alters zwischen den Bundesländern zeigt sich ein ähnliches Muster: Wenn man sich gleichaltrige Versicherte anschaut, dann sind ebenfalls die Ostbundesländer mit den höchsten Verordnungsanteilen sowie den meisten definierten Tagesdosen zu finden. Insofern ist es nicht allein das Alter, sondern zusätzlich die regionalen sozioökonomischen Bedingungen, die die gesundheitliche Lage im Kontext der Arzneimittelverordnungen der Versicherten in Abhängigkeit von ihrem Wohnort beeinflussen.

Tabelle 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)

Bundesländer	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten
Baden-Württemberg	66,1	6,3	425
Bayern	67,4	6,5	442
Berlin	64,3	6,5	485
Brandenburg	69,1	7,6	579
Bremen	69,3	7,7	543
Hamburg	62,8	6,3	428
Hessen	67,5	7,0	487
Mecklenburg-Vorpommern	73,8	8,8	658
Niedersachsen	70,4	7,9	551
Nordrhein-Westfalen	71,6	8,6	596
Rheinland-Pfalz	70,7	8,4	592
Saarland	72,2	8,7	596
Sachsen	68,9	8,3	642
Sachsen-Anhalt	73,7	10,0	749
Schleswig-Holstein	68,1	7,3	513
Thüringen	70,3	8,6	676
<b>Gesamt</b>	<b>68,9</b>	<b>7,4</b>	<b>518</b>

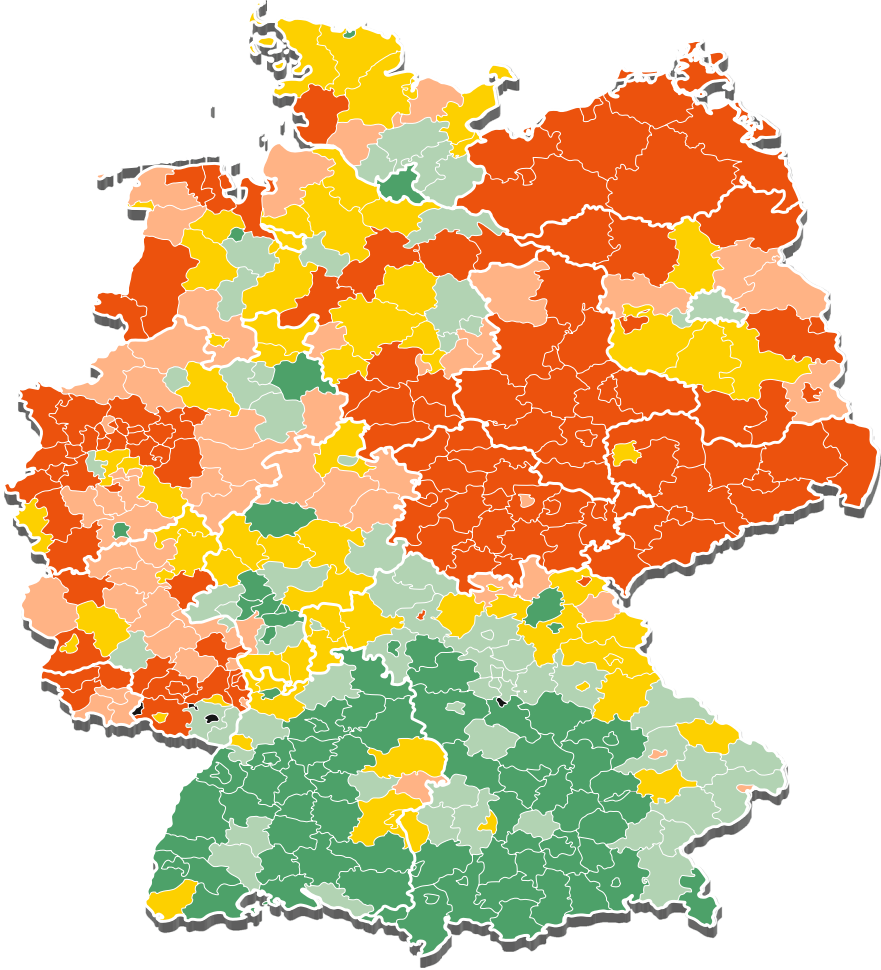
Die verordneten Tagesdosen für alle Arzneimittel der BKK Versicherten sind auf Ebene der Landkreise im **»»»** Diagramm 4.4.1 dargestellt. Zunächst zeigt sich das bereits beschriebene Muster mit den überdurchschnittlich hohen Werten vorrangig in den Ostbundesländern. Aber auch im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Nordrhein-Westfalen sowie in Niedersachsen sind für eine nicht unerhebliche Anzahl von Kreisen deutlich überdurchschnittliche Verordnungsmengen zu erkennen. Wiederum sind in Saalekreis in Sachsen-Anhalt im Durchschnitt die meisten verordneten Tagesdosen zu finden (889 DDD je BKK Versicherten). Lediglich etwa ein Drittel dieser Menge sind es dagegen im Durchschnitt in Heidelberg in Baden-Württemberg (301 DDD je BKK Versicherten), wo der niedrigste Wert auf Kreisebene zu finden ist. Wie heterogen das Verordnungsgeschehen auch innerhalb eines Bundeslandes sein kann, wird am Beispiel von Nordrhein-Westfalen deutlich:

Während Bochum mit 791 DDD je BKK Versicherten über dem Bundesdurchschnittswert (518 DDD je BKK Versicherten) liegt, sind es dagegen in Bonn nur 409 DDD je BKK Versicherten.

Ergänzend zur **»»»** Tabelle 4.4.1 sind in **»»»** Diagramm 4.4.2 die definierten Tagesdosen nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen dargestellt. Nicht nur der größte Anteil, sondern auch der größte regionale Unterschied ist für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zwischen den BKK Versicherten mit Wohnort in Sachsen-Anhalt (384 DDD je BKK Versicherten) und Hamburg (187 DDD je BKK Versicherten) zu finden. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel mit dem Höchstwert in Sachsen-Anhalt bzw. dem niedrigsten Wert in Baden-Württemberg (119 vs. 67 DDD je BKK Versicherten). Für die meisten anderen Verordnungshauptgruppen fallen die

## 4.4 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Diagramm 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2021)



Prozentuale Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (518 DDD je BKK Versicherten)

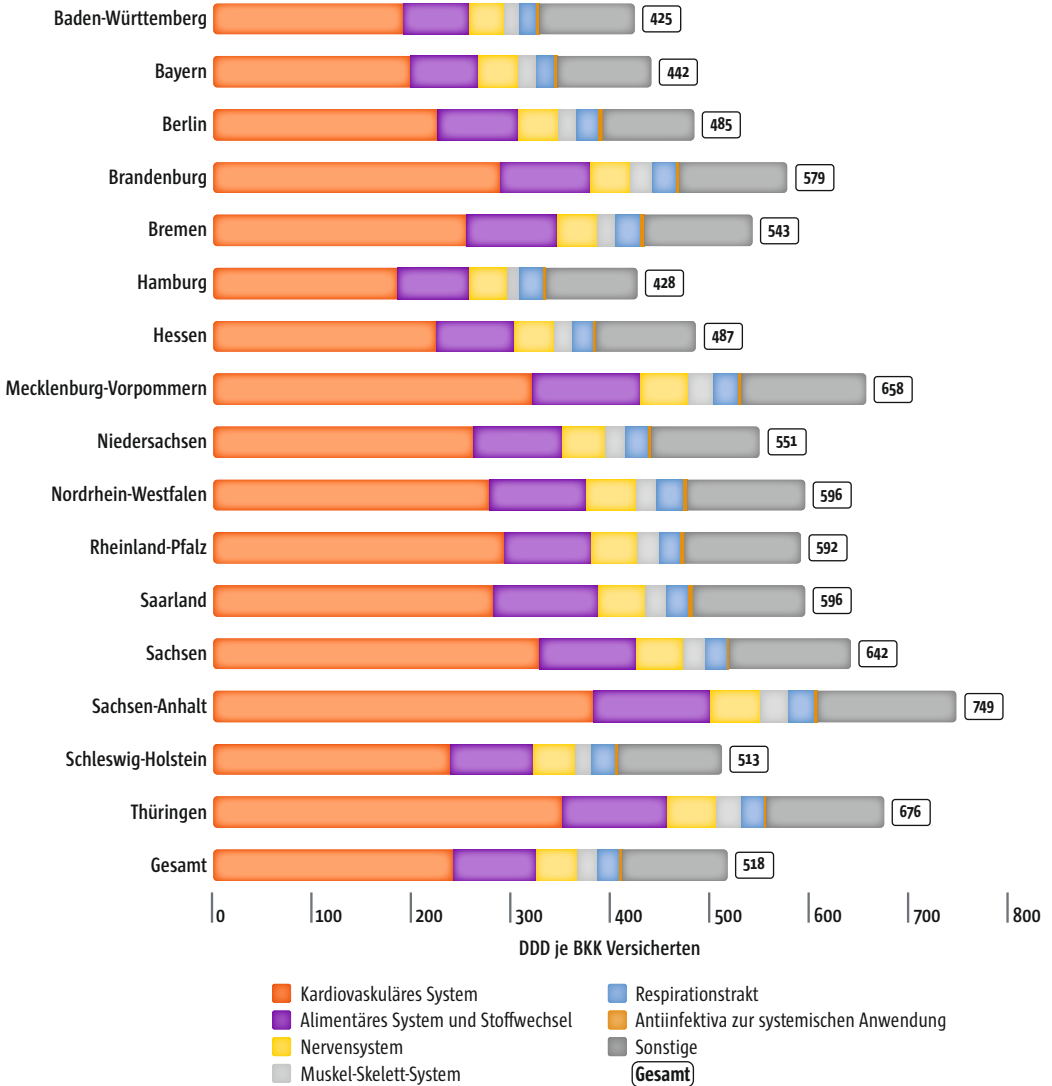
- |  |  |
|--|--|
| <span style="color: green;">■</span> mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt   | <span style="color: orange;">■</span> 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt        |
| <span style="color: lightgreen;">■</span> 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt | <span style="color: darkorange;">■</span> mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: yellow;">■</span> ± 5% um den Bundesdurchschnitt             | <span style="color: black;">■</span> keine Angaben*                                |

\* Die Landkreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

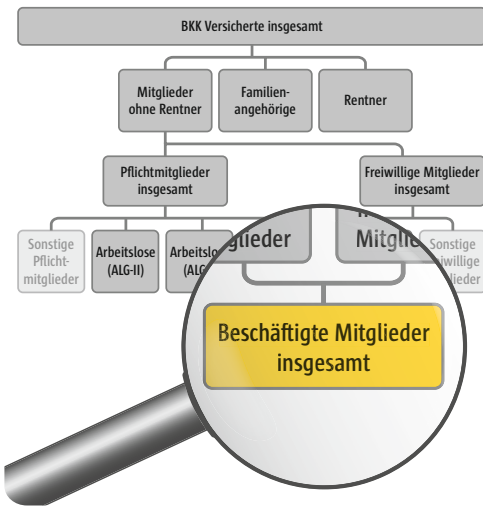
regionalen Unterschiede deutlich geringer aus. Bezogen auf die Verordnungshauptgruppen wird wiederum das beschriebene Muster sichtbar, dass die BKK Versicherten mit Wohnort in den Ost- im Vergleich zu den Westbundesländern durchweg höher

definierte Tagesdosen aufweisen. Neben den bereits erwähnten Altersunterschieden spielen hier zusätzlich wieder die regionalen Unterschiede der sozioökonomischen sowie strukturellen Faktoren eine wesentliche Rolle.

Diagramm 4.4.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



## 4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt



Die nun folgenden arbeitsweltlichen Betrachtungen beziehen sich wiederum auf die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder.

- Bei den Beschäftigten entfällt der größte Anteil der Verordnungen, entsprechend des Krankheitsgeschehens in dieser Versichertengruppe, auf Mittel mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System.
- Die meisten Tagesdosen bekommen Beschäftigte dagegen für Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System verordnet, wobei der entsprechende Wert für die Männer nahezu doppelt so hoch wie für die Frauen ausfällt.

Einleitend sollen zunächst die Kennzahlen für die wichtigsten Arzneimittelverordnungen der Beschäftigten dargestellt werden (»»» Tabelle 4.5.1). Im Gegensatz zu den BKK Versicherten, dominieren bei den Beschäftigten die Verordnungsanteile für Mittel

Tabelle 4.5.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Verordnungshauptgruppen	Männer			Frauen		
	Anteile mit Verordnung in Prozent	EVO je beschäftigtes Mitglied	DDD	Anteile mit Verordnung in Prozent	EVO je beschäftigtes Mitglied	DDD
Alimentäres System und Stoffwechsel	15,2	0,6	51	15,5	0,4	36
Kardiovaskuläres System	21,5	1,4	177	16,7	0,9	96
Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung	12,3	0,2	3	19,7	0,3	3
Muskel- und Skelettsystem	21,8	0,5	14	21,3	0,4	13
Nervensystem	14,7	0,5	21	20,5	0,7	30
Respirationstrakt	9,0	0,3	15	11,5	0,3	16
<b>Gesamt</b>	<b>57,3</b>	<b>4,3</b>	<b>331</b>	<b>69,8</b>	<b>4,9</b>	<b>293</b>

mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System: Mehr als jeder fünfte Berufstätige (21,8%) erhält mindestens einmal pro Jahr ein Arzneimittel aus dieser Gruppe verordnet. Dies korrespondiert mit den zugehörigen Kennzahlen der Muskel-Skelett-Erkrankungen im AU-Geschehen (»» Kapitel 1) bzw. der ambulanten (»» Kapitel 2) und stationären (»» Kapitel 3) Versorgung bei den Beschäftigten. Knapp dahinter rangieren mit einem Verordnungsanteil von insgesamt 19,3% die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, gefolgt von den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem (17,3%) sowie den Antiinfektiva (15,7%).

Während bei den Herz-Kreislauf-Mitteln Männer deutlich höhere Verordnungsanteile und definierte Tagesdosen als die Frauen aufweisen, ist dies bei den Antiinfektiva bzw. den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem genau umgekehrt. Die Ursachen für diesen Geschlechtsunterschied sind zum Großteil in der unterschiedlichen Betroffenheit von Männern und Frauen bei den zugrundeliegenden Krankheitsarten begründet (»» Kapitel 2).

Dass es aufgrund der Coronavirus-Pandemie einige Besonderheiten im Verordnungsgeschehen der letzten beiden Jahre gibt, wird im folgenden Exkurs

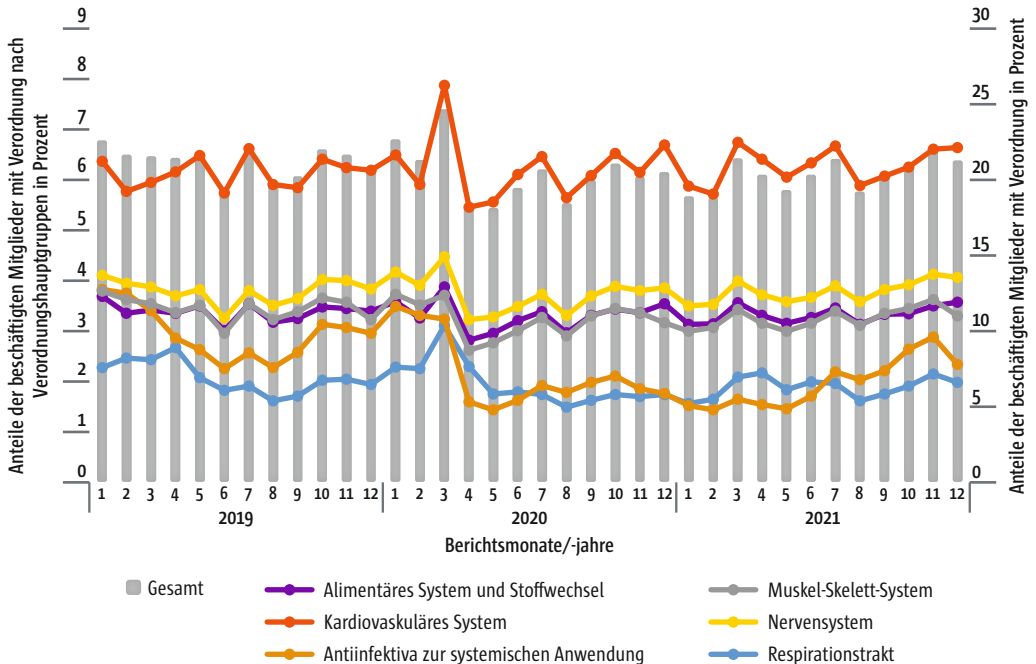
zu den monatlichen Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen deutlich.

**Exkurs monatliche Entwicklung der Arzneimittelverordnungen bei den Beschäftigten**

- Zu Beginn der Coronavirus-Pandemie im März 2020 wurden überdurchschnittlich viele Arzneimittel verordnet, insbesondere solche in Verbindung mit chronischen bzw. Langzeiterkrankungen.
- Im Jahr 2021 hat sich das Verordnungsgeschehen wieder weitgehend normalisiert, wobei gleichzeitig mit dem allgemeinen Infektionsgeschehen die Anteile mit Verordnung bei den Antiinfektiva und den Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt deutlich zurückgegangen sind.

Wie bereits bei den Auswertungen für die BKK Versicherten insgesamt (»» Diagramm 4.1.1) deutlich wurde, sind auch bei den Beschäftigten im März 2020 zu Beginn der Coronavirus-Pandemie überdurchschnittlich hohe Verordnungsanteile für nahezu alle Wirkstoffklassen zu verzeichnen, was ebenfalls mit

**Diagramm 4.5.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)**



## 4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

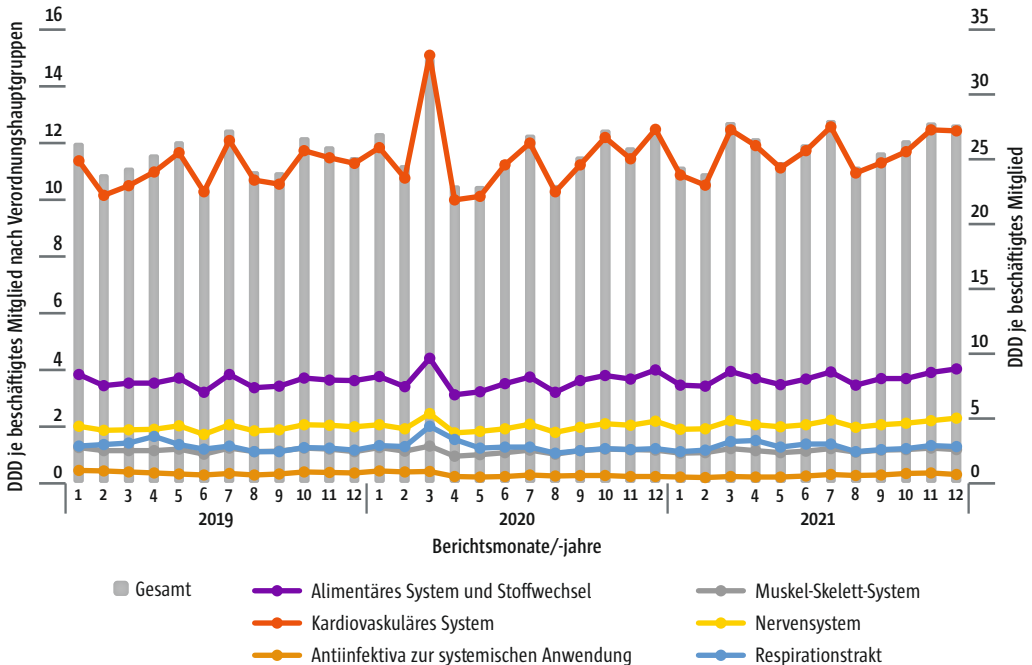
der damals vorsorglichen Bevorratung zusammenhängen dürfte (»» Diagramm 4.5.1). Besonders stark ausgeprägt ist dieser Anstieg für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System: Im Vergleich zum März 2019 beträgt die Zunahme +1,9 Prozentpunkte. Der Unterschied zwischen den Werten für März 2021 und 2019 fällt hingegen mit +0,8 Prozentpunkten wesentlich geringer aus. Darüber hinaus zeigt sich aber auch hier das der noch im Jahr 2019 zu beobachtende Effekt, dass die höchsten Verordnungsanteile jeweils auf den Quartalsbeginn fallen, in den Jahren 2020 und 2021 nicht mehr zu beobachten ist. Vielmehr wirken sich auch hier die Zeiträume mit besonders strikten Kontaktbeschränkungen (bspw. April/Mai 2020 oder Januar/Februar 2021) auf das Verordnungsgeschehen mit einem starken Rückgang der Verordnungsanteile aus. Gleichzeitig wird hier ebenfalls mit Beginn der Abstands- und Hygieneregeln ein deutlicher Einbruch der Arzneimittel sichtbar, die vor allem bei Infektionen (Antibiotika bzw. Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt) verordnet werden.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Betrachtung der definierten Tagesdosen (»» Diagramm 4.5.2). Auch hier ist eine deutliche Zunahme der Verord-

nungsmengen insbesondere im März 2020 zu erkennen. Die mit Abstand größte Abweichung tritt ebenfalls bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System auf: Im Vergleich zum März 2019 werden im März 2020 zusätzlich +4,6 definierte Tagesdosen je beschäftigtes Mitglied aus dieser Wirkstoffgruppe verordnet, während der Wert im März 2021 dagegen wieder deutlich rückläufig ist. Diese im Verhältnis zu den anderen Wirkstoffgruppen sehr großen Abweichungen sind vor allem durch deren häufigen und langfristigen Einsatz aufgrund der zugrundeliegenden meist chronischen Erkrankungen begründet. Parallel zum Muster bei den Verordnungsanteilen, zeigt sich bei den definierten Tagesdosen ebenfalls ein „Pandemieeffekt“ mit starkem Rückgang in den Zeiträumen mit den strengen Kontaktbeschränkungen.

Im Vergleich zur Betrachtung bei den BKK Versicherten insgesamt (»» Kapitel 4.1.1) sind bei den Beschäftigten zwei wesentliche Unterschiede feststellbar: Sowohl die Höhe der Anteile als auch die der Tagesdosen liegen deutlich unter denen der BKK Versicherten insgesamt. Des Weiteren ist die Variabilität, insbesondere bei den Verordnungsanteilen bezogen auf die Wirkstoffgruppen, die im Zusammenhang mit dem Infektionsgeschehen stehen (Antibiotika

Diagramm 4.5.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2019 – Dezember 2021)





und Respirationstrakt) bei den Beschäftigten deutlich höher als bei den BKK Versicherten insgesamt ausgeprägt.

#### 4.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Insbesondere männliche Beschäftigte im Bereich Verkehr und Lagerei sowie Wasserver- und Abfallentsorgung weisen überdurchschnittlich viele verordnete Tagesdosen auf.
- Bei den Verordnungsanteilen weisen die beschäftigten Frauen durchweg höhere Werte auf, was teilweise auf physiologische (z.B. Antiinfektiva) bzw. soziale (z.B. Kontrazeptiva) Ursachen zurückzuführen ist.
- Im produzierenden und verarbeitenden Gewerbe dominieren Herz-Kreislauf- bzw. Muskel-Skelett-Wirkstoffe das Verordnungsgeschehen, während es im sozialen und Gesundheitsbereich v.a. die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem sind.

In **»»** Diagramm 4.5.3 sind sowohl die Anteile mit Verordnung als auch die definierten Tagesdosen der Beschäftigten nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht dargestellt. Den niedrigsten Verordnungsanteil weisen beschäftigte Frauen und Männer im Bereich Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei auf. Im Gesundheits- und Sozialwesen ist hingegen mit 72,1% der höchste Anteil bei den Frauen zu finden, die mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel verordnet bekommen. Bei den Männern findet sich hingegen mit 63,0% der Höchstwert bei den Beschäftigten im Bereich Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung. Gleichzeitig erhalten Männer, die in dieser Branche beschäftigt sind, mit durchschnittlich 444 DDD je Beschäftigten die meisten Tagesdosen im Vergleich verordnet. Über alle Wirtschaftsgruppen hinweg zeigt sich, dass die Verordnungsanteile der Frauen zwar durchgängig über denen der Männer liegen, bei den definierten Tagesdosen ergibt sich hingegen ein nahezu komplett umgekehrtes Muster: Bis auf wenige Ausnahmen erhalten die Männer zum Teil deutlich mehr Tagesdosen als die Frauen verordnet. Das ist vor allem durch die geschlechtsspezifischen Verordnungsschwerpunkte begründet: Während Frauen deutlich häufiger Arzneimittel allerdings mit geringen Dosierungen (z.B. Antiinfektiva bzw. unterschiedliche Hormonpräparate) verordnet bekommen, sind es bei den Männern häufiger Wirkstoffe, die mit hohen Tagesdosen einhergehen (z.B. Herz-Kreislauf-Medikamente). Zum Teil hängt die Ausprägung des Geschlechtsunter-

schieds zwischen Männer und Frauen innerhalb einer Wirtschaftsgruppe auch von der konkret ausgeübten Tätigkeit ab: Je ähnlicher die konkrete Tätigkeit ist, desto geringer sind die Unterschiede bei den definierten Tagesdosen ausgeprägt.

Unabhängig davon zeigt sich auch hier ein ähnliches Muster wie in den anderen Leistungsbereichen, was als ein weiteres Indiz für den Zusammenhang zwischen der spezifischen Arbeitsbelastung und der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten zu werten ist.

In **»»** Diagramm 4.5.4 sind die Tagesdosen für ausgewählte anatomische Hauptgruppen im Wirtschaftsgruppenvergleich dargestellt. Beschäftigte in der Wasserversorgung bzw. Abwasser- und Abfallentsorgung sowie auch im Bereich Verkehr und Lagerei weisen nicht nur insgesamt, sondern auch spezifisch die höchsten Verordnungsmengen bei Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System auf. Dies gilt auch für Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie für die für das Muskel- und Skelettsystem, was mit der hohen körperlichen Arbeitsbelastung in diesem Bereich als auch mit dem überdurchschnittlichen Anteil beschäftigter Männer in diesen Branchen (78,8% bzw. 74,1%) begründet sein dürfte. Dagegen zeigen sich bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem vor allem solche Wirtschaftsgruppen mit überdurchschnittlich hohen Tagesdosen, die einen relativ großen Frauenanteil unter den Beschäftigten haben (u.a. Gesundheits- und Sozialwesen sowie öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung). Während insgesamt die größte Abweichung bei den definierten Tagesdosen zwischen den Wirtschaftsgruppen für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System besteht, zeigen sich bei den Mitteln für den Respirationstrakt bzw. den Antiinfektiva nur geringe Variationen, was mit der unterschiedlichen Verordnungshäufigkeit bzw. Einnahmedauer für beide Arzneimittelgruppen zusammenhängen dürfte.

In **»»** Tabelle 4.5.2 sind jeweils die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten bzw. wenigsten definierten Tagesdosen im Jahr 2021 aufgeführt. Auch in dieser differenzierten Betrachtung zeigt sich ein ähnliches Muster, wie bereits im vorhergehenden Abschnitt deutlich wurde: Die meisten Tagesdosen werden vor allem im Bereich des produzierenden bzw. verarbeitenden Gewerbes, der Ver- und Entsorgung sowie in der Verkehrs- und Logistikbranche verordnet. Anders verhält es sich bei den zehn Wirtschaftsgruppen mit den geringsten verordneten Tagesdosen: Hier sind vorrangig solche aus den Bereichen Information und Kommunikation sowie der

## 4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Diagramm 4.5.3 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

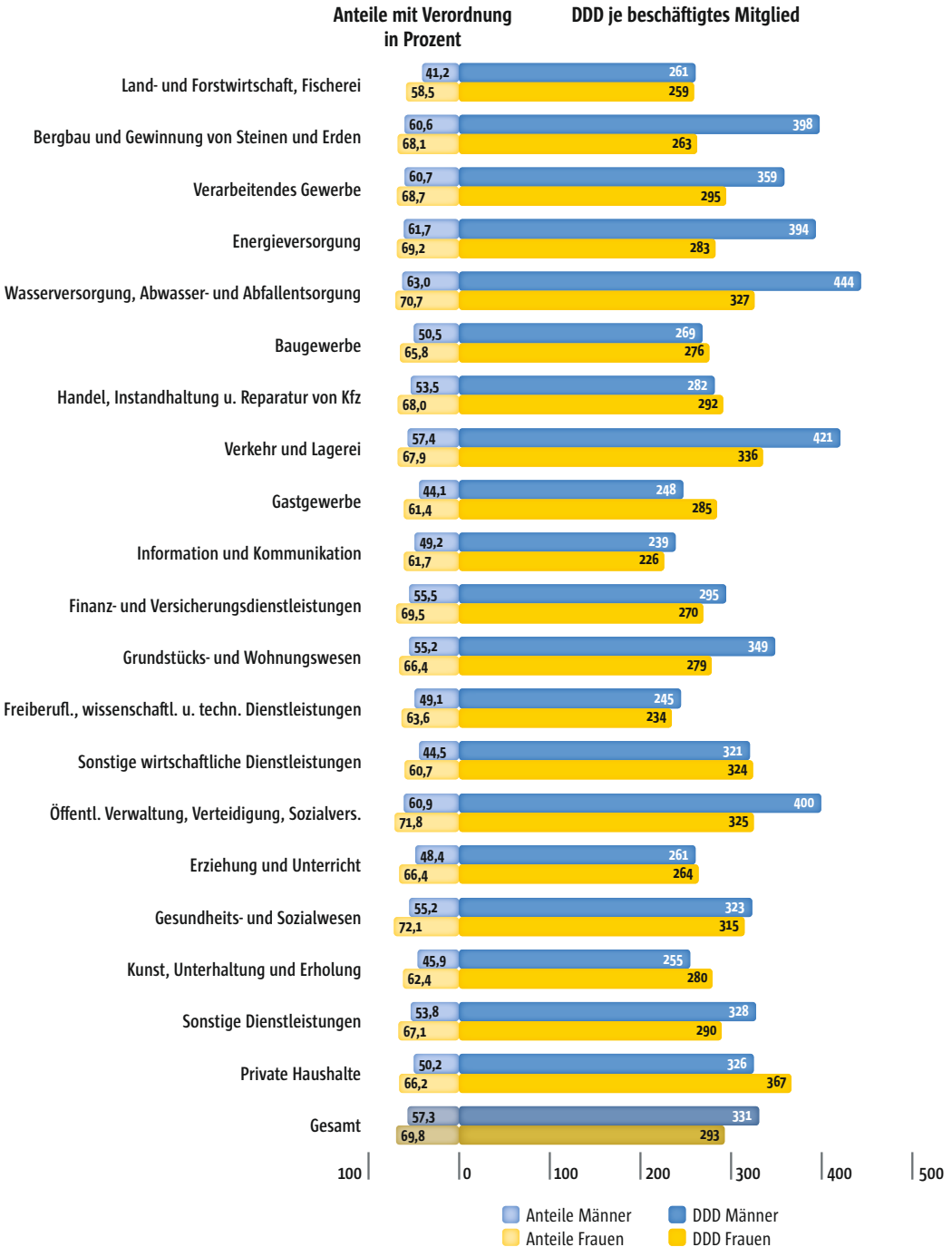
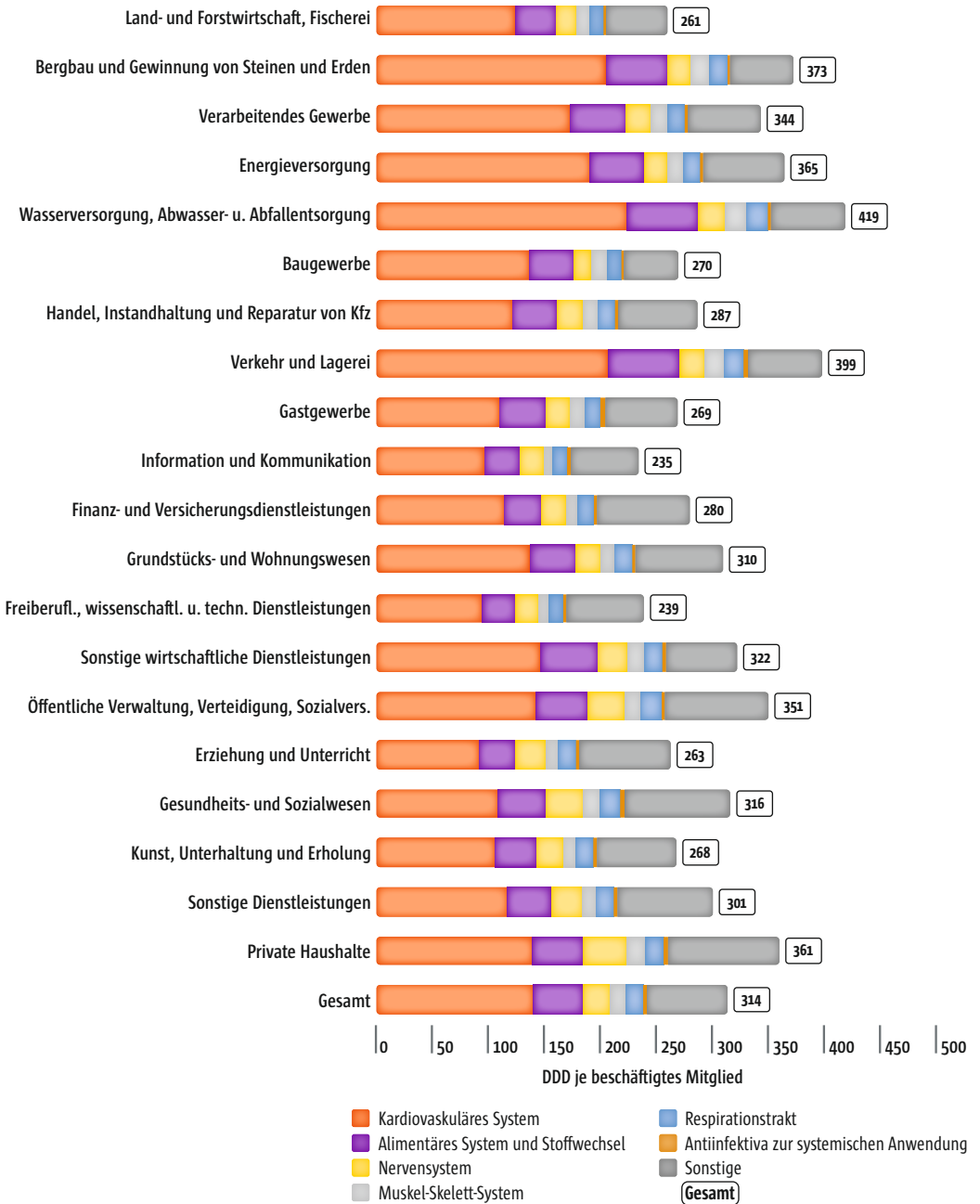


Diagramm 4.5.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



**Tabelle 4.5.2** Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten DDD insgesamt (Berichtsjahr 2021)

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	EVO	DDD	Anteile der Beschäftigten mit Verordnung in Prozent
		je beschäftigtes Mitglied		
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	6,3	494	61,7
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	6,2	486	67,7
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	5,8	464	62,8
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen, Rückgewinnung	5,6	436	64,9
8	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	5,1	398	62,7
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik	5,2	395	64,1
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	5,1	387	64,9
36	Wasserversorgung	5,0	386	64,8
13	Herstellung von Textilien	5,3	382	65,0
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr	5,0	380	59,6
<b>Gesamt</b>		<b>4,6</b>	<b>314</b>	<b>63,0</b>
71	Architektur- und Ingenieurbüros, technische, physikalische und chemische Untersuchung	3,4	233	54,0
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	3,7	231	58,8
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie	3,3	230	52,8
60	Rundfunkveranstalter	3,6	230	56,6
51	Luftfahrt	3,7	225	61,5
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	3,3	212	51,3
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	3,3	207	49,7
75	Veterinärwesen	3,6	198	63,2
73	Werbung und Marktforschung	3,2	192	53,1
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	2,8	173	44,3

Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen zu finden.

Im Gegensatz zu den anderen im Report beschriebenen Leistungsbereichen tauchen die Beschäftigten aus dem Bereich Gesundheits- und Sozialwesen hier nicht unter den Wirtschaftsgruppen mit den meisten Arzneimittelverordnungen auf. Das liegt an dem bereits beschriebenen Effekt, dass unter diesen Beschäftigten zwar ein großer Teil (69,0%) mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel verordnet bekommt, die definierten Tagesdosen mit 316 DDD je Beschäftigten hingegen nur im durchschnittlichen Bereich liegen.

#### 4.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Die meisten verordneten Tagesdosen sind bei den Beschäftigten in den Sicherheitsberufen, den Reinigungsberufen sowie den Verkehrs- und Logistikberufen zu finden.
- Beschäftigte in den Sicherheitsberufen erhalten fast dreimal so viele Tagesdosen mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System wie die Beschäftigten in den Gesundheitsberufen.

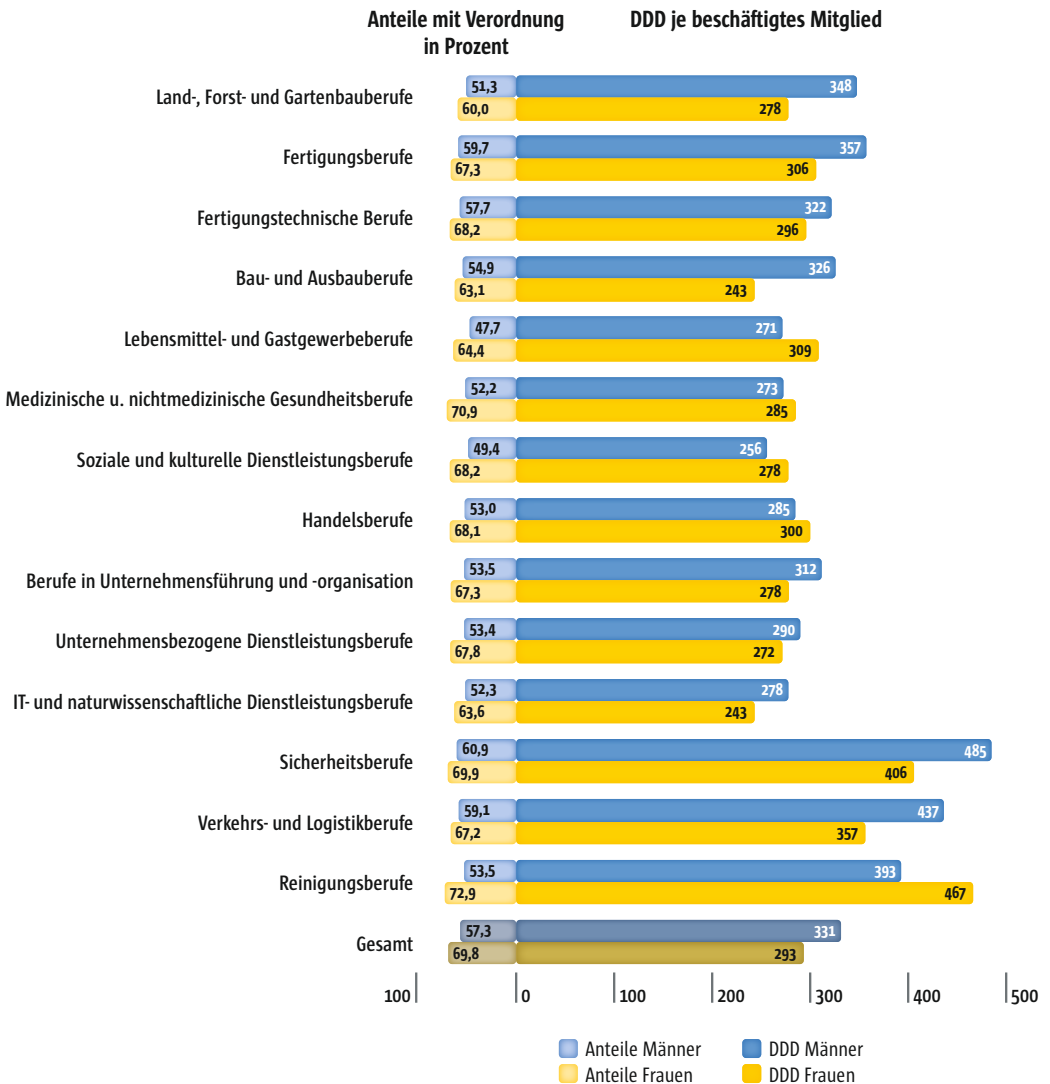
- In der Detailbetrachtung zeigt sich, dass die geringsten Tagesdosen in den personenbezogenen, kaufmännischen und unternehmensbezogenen, sowie IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen verordnet werden.

Innerhalb einer Wirtschaftsgruppe sind meist Beschäftigte verschiedener Berufe zu finden. So sind zum Beispiel in einem Krankenhaus neben den Pfl-

gekräften und ärztlichem Personal auch Personen aus dem IT-Bereich oder der Verwaltung tätig. Die genannten Berufsgruppen sind dabei sehr unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und somit auch verschiedenen Beanspruchungen und Belastungen ausgesetzt. Dass sich solche Unterschiede auch in den Arzneimittelverordnungen widerspiegeln, soll in den folgenden Betrachtungen gezeigt werden.

Das **»»** Diagramm 4.5.5 zeigt sowohl die Anteile der Beschäftigten mit mindestens einer Verordnung

Diagramm 4.5.5 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



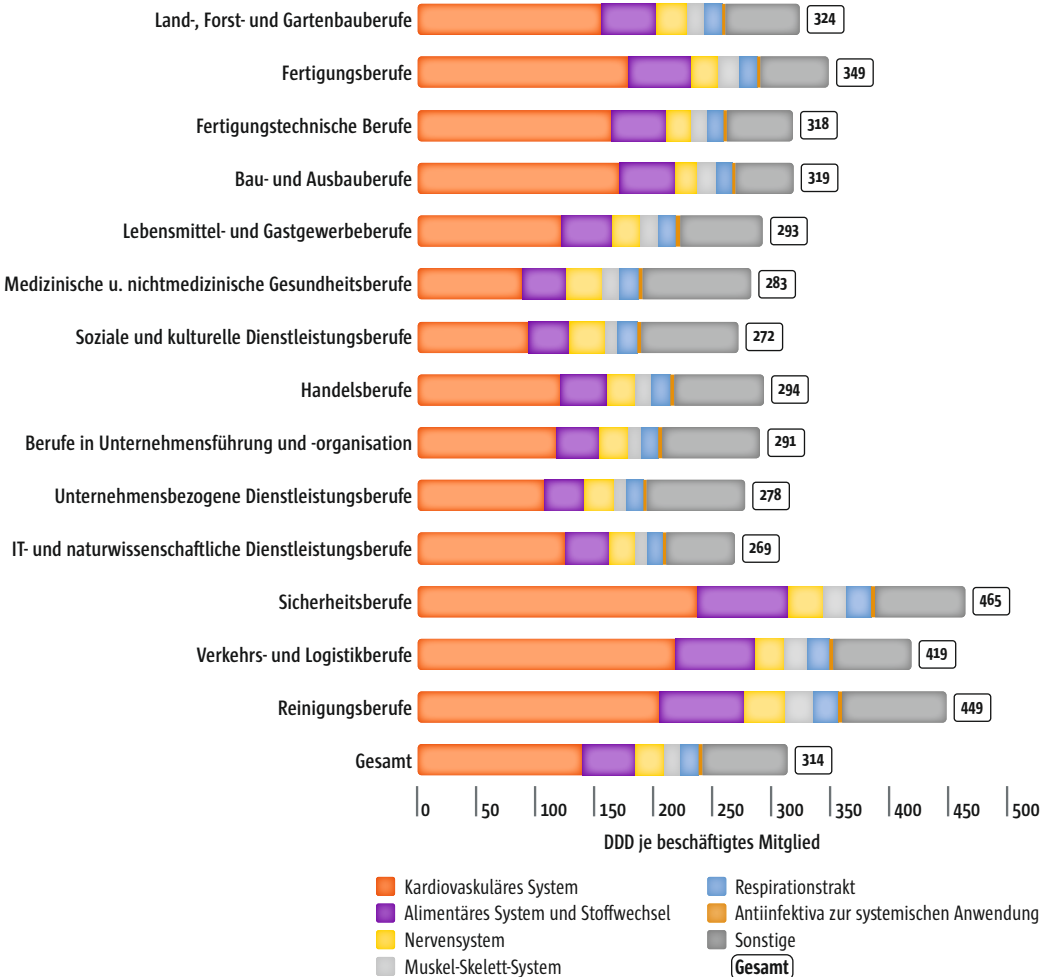
## 4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

sowie die zugehörigen definierten Tagesdosen gegliedert nach Berufssegmenten und Geschlecht im Jahr 2021. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen weisen Beschäftigte in den Sicherheits-, den Reinigungs- sowie den Verkehrs- und Logistikberufen die meisten verordneten definierten Tagesdosen auf. Deutlich niedrigere Werte finden sich hingegen beispielsweise in den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen. In der Mehrheit der Berufsgruppen liegen dabei die Werte für die Männer über denen der Frauen. Anders verhält es sich wiederum bei den Verordnungsanteilen. Diese sind durchweg mit +7,6 bis +19,4 Prozentpunkten bei den beschäftigten Frauen höher als bei ihren männlichen Kollegen. Auch hier

spielen wiederum physiologische/soziale Gründe eine Rolle. Zudem sind auch auf der Ebene der Berufe weiterhin Unterschiede in der Rolle bzw. Position bei gleicher Tätigkeit zwischen Männern und Frauen vorhanden. So haben beispielsweise männliche Beschäftigte in den Reinigungsberufen deutlich häufiger als die dort tätigen Frauen eine Führungsposition bzw. komplexere Arbeitsaufgaben inne.

Der Vergleich der verordneten Tagesdosen für ausgewählte anatomische Hauptgruppen zwischen den einzelnen Berufssegmenten ist in **»»** Diagramm 4.5.6 zu sehen. Die sechs hier ausgewählten Verordnungshauptgruppen bilden bei den Beschäftigten insgesamt 77,0% aller verordneten Tagesdosen

Diagramm 4.5.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



im Jahr 2021 ab. Für die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System sind die identischen drei Berufssegmente, wie auch schon in der Gesamtbeurteilung, an der Spitze nach Verordnungsmengen zu finden. Dabei zeigt sich eine enorme Spannweite: Die Beschäftigten der Sicherheitsberufe weisen mehr als zweieinhalbmal so viele verordnete Tagesdosen in dieser Wirkstoffgruppe wie die Beschäftigten in medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (237 DDD vs. 89 DDD je Beschäftigten) auf. Die Beschäftigten der Reinigungsberufe,

der Sicherheitsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe weisen zudem auch die höchsten Verordnungsmengen bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel, auf das Muskel-Skelett-System und auf den Respirationstrakt auf. Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem sind wiederum die Berufssegmente mit hohen Verordnungsmengen auffällig, in denen überproportional viele Frauen beschäftigt sind (z. B. Reinigungsberufe oder medizinische und nichtmedizinische Gesundheitsberufe), da die weiblichen

**Tabelle 4.5.3 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten DDD insgesamt (Berichtsjahr 2021)**

KldB 2010-Code	Berufshauptgruppen	EVO	DDD	Anteile der Beschäftigten mit Verordnung in Prozent
		je beschäftigtes Mitglied		
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	6,2	504	62,5
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	6,1	466	63,2
54	Reinigungsberufe	6,5	449	68,0
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung	5,3	398	62,6
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	5,2	382	59,5
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	4,9	379	59,9
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	4,9	371	61,4
28	Textil- und Lederberufe	5,2	356	65,9
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	4,8	355	53,7
41	Mathematik, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	4,7	344	62,4
	<b>Gesamt</b>	<b>4,6</b>	<b>314</b>	<b>63,0</b>
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	4,1	269	62,2
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	4,1	254	55,3
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	4,0	246	56,7
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	3,8	245	57,1
33	(Innen-)Ausbauberufe	3,4	241	50,5
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	3,6	232	56,2
43	Informatik, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	3,2	232	51,2
84	Lehrende und auszubildende Berufe	3,4	220	51,9
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	3,2	208	51,8
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	3,1	199	46,6

## 4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Beschäftigten entsprechend häufiger von für die Medikation ursächlichen Krankheiten (z.B. psychische Störungen) betroffen sind. Nahezu keine Unterschiede sind bei den Antinfektiva feststellbar, da diese meist nur kurzfristig und in geringen Mengen eingenommen werden müssen.

Die in III Tabelle 4.5.3 zu erkennende Reihung der zehn Berufe mit den meisten bzw. den wenigsten verordneten Tagesdosen, ähnelt in ihrer Zusammensetzung der der Wirtschaftsgruppen (III Tabelle 4.5.2). Auch hier finden sich produzierende und verarbeitende Berufe sowie solche aus dem Verkehr- und Logistikbereich an der Spitze wieder. Zusätzlich kommen die bereits in den vorhergehenden Betrachtungen genannten Berufe mit auffällig hohen Werten aus dem Sicherheits- und Reinigungsbereich hinzu. Die Berufsgruppen mit den wenigsten verordneten Tagesdosen setzen sich entsprechend aus den Bereichen personenbezogene, kaufmännische und unternehmensbezogene, sowie IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe zusammen. Auch an dieser Stelle lässt sich feststellen, dass in den Sozial- und Gesundheitsberufen zwar ein überdurchschnittlicher Teil der Beschäftigten mindestens einmal im Jahr eine Verordnung erhält, der Anteil der Kurzzeitmedikation aber überwiegt, was zu unterdurchschnittlich ausgeprägten definierten Tagesdosen führt. Als Beispiel seien hier die medizi-

nischen Gesundheitsberufe mit einem relativen hohen Verordnungsanteil von 67,4% sowie mit 274 DDD je Beschäftigten einer relativ geringen Anzahl an verordneten Tagesdosen angeführt.

### 4.5.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

#### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit sowie Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Mit steigendem Anforderungsniveau einer Tätigkeit nehmen die Arzneimittelverordnungen sowie die zugehörigen EVO und DDD sukzessive ab.
- Im Vergleich von Beschäftigten gleichen Alters zeigt sich, dass Aufsichts- und Führungskräfte weniger Anteile und Tagesdosen von Arzneimitteln verordnet bekommen, als diejenigen ohne eine solche berufliche Position.

Nicht nur die Branche oder der Beruf der Beschäftigten beeinflusst das Verordnungsgeschehen, es spielt zudem auch eine Rolle welches Anforderungsniveau die ausgeübte Tätigkeit bzw. welche Position Beschäftigte im Unternehmen haben. Wie in III Tabelle 4.5.4 gut zu erkennen ist, nehmen alle Kennzahlen der

**Tabelle 4.5.4** Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Merkmale	Ausprägungen	Männer				Frauen		
		Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je beschäftigtes Mitglied	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je beschäftigtes Mitglied	DDD
Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit	Helfer-/Anlernertätigkeiten	44,3	51,3	4,7	353	68,0	6,1	387
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	42,1	57,9	4,5	343	70,4	4,9	297
	Komplexe Spezialistentätigkeiten	43,4	55,8	4,1	325	64,1	4,2	245
	Hoch komplexe Tätigkeiten	42,9	52,0	3,5	273	60,8	3,8	217
Aufsichts- und Führungsverantwortung	Ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung	42,5	56,9	4,3	329	69,7	4,9	294
	Mit Aufsicht- und Führungsverantwortung	46,5	58,6	4,5	361	63,9	4,4	265
<b>Gesamt</b>		<b>42,7</b>	<b>57,3</b>	<b>4,3</b>	<b>331</b>	<b>69,8</b>	<b>4,9</b>	<b>293</b>



Arzneimittelverordnungen mit zunehmendem Anforderungsniveau der Tätigkeit ab, wobei dieser Effekt bei den berufstätigen Frauen deutlicher als bei den Männern zutage tritt. Beschäftigte mit Anlern- bzw. Helfertätigkeiten fallen mit ihren sehr niedrigen Verordnungsanteilen teilweise aus diesem Muster heraus. Vermutlich hängt dies mit den in dieser Gruppe deutlich niedrigerem Anteil der Beschäftigten, die mindestens einmal im Jahr einen niedergelassenen Arzt aufsuchen, zusammen (III Kapitel 2.5). Aufgrund der gleichzeitig relativ hohen DDD-Werte in dieser Gruppe ist davon auszugehen, dass diese Beschäftigten zwar seltener aber dann meist für schwerwiegende bzw. langfristige Erkrankungen Arzneimittel erhalten.

Bei den weiblichen Beschäftigten mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung zeigt sich, dass diese im Vergleich zu jenen ohne eine solche Position weniger Arzneimittel verordnet bekommen, während sich dieser Unterschied bei den Männern eher umgekehrt darstellt. Vermutlich spielt hier der geschlechtsspezifische Altersunterschied eine Rolle, der bei den Männern mit circa 5 Jahren größer als bei den Frauen mit circa 2 Jahren ausgeprägt ist. Vergleicht man an dieser Stelle altershomogene Gruppen miteinander, so zeigt sich allerdings für beide Geschlechter, dass Beschäftigte mit einer Aufsichts- und Führungsrolle weniger Arzneimittel als diejenigen ohne eine solche berufliche Position erhalten.

### Vertragsformen und Arbeitnehmerüberlassung

- Die Unterschiede bei den Arzneimittelkennzahlen für die Merkmale Vertragsformen und Arbeitnehmerüberlassung werden maßgeblich durch die großen Altersunterschiede zwischen den einzelnen Gruppen verursacht.
- So erhalten unbefristet in Vollzeit Beschäftigte aufgrund ihres hohen Durchschnittsalters die meisten Tagesdosen von allen Vertragsformen verordnet, bei Betrachtung gleichaltriger Berufstätiger sind hingegen in dieser Gruppe die niedrigsten Werte im Vergleich zu finden.
- In Leiharbeit Beschäftigte weisen unabhängig vom Alter einen durchweg deutlich niedrigeren Anteil mit mindestens einer Verordnung im Jahr auf.

Besonders niedrige Verordnungsmengen weisen die befristet in Vollzeit Beschäftigten auf. Hauptursache ist hierbei das sehr niedrige Durchschnittsalter in dieser Beschäftigtengruppe, da sich hier neben den – meist jungen – Auszubildenden auch viele Berufsanfänger in der Probezeit wiederfinden. Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern sind die unbefristet in Teilzeit Beschäftigten diejenigen, die jeweils die meisten definierten Tagesdosen verordnet bekommen, was ebenfalls mit dem (überdurchschnitt-

Tabelle 4.5.5 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Merkmale	Ausprägungen	Männer				Frauen		
		Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je beschäftigtes Mitglied	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je beschäftigtes Mitglied	DDD
Vertragsformen	Unbefristet/Vollzeit	43,6	59,2	4,5	352	67,4	4,7	281
	Unbefristet/Teilzeit	46,6	52,4	4,9	379	70,4	5,3	325
	Befristet/Vollzeit	31,1	42,0	2,6	163	61,2	3,9	210
	Befristet/Teilzeit	41,0	40,2	3,8	274	62,5	4,9	286
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	42,7	57,7	4,3	331	69,8	4,8	291
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	39,1	37,2	3,5	243	51,2	4,6	262
<b>Gesamt</b>		<b>42,7</b>	<b>57,3</b>	<b>4,3</b>	<b>331</b>	<b>69,8</b>	<b>4,9</b>	<b>293</b>

lich hohen) Durchschnittsalter in dieser Gruppe zusammenhängen dürfte. In einem ähnlichen Kontext ist der Zusammenhang zwischen dem niedrigeren Alter der Beschäftigten mit Arbeitnehmerüberlassung und entsprechend niedrigeren Verordnungskennzahlen zu sehen (■ Tabelle 4.5.5).

Vergleicht man die Vertragsformen innerhalb gleicher Altersgruppen hinsichtlich Verordnungsanteilen und Tagesdosen, so zeigt sich, dass die unbefristet in Teilzeit Beschäftigten die höchsten Anteile, allerdings gleichzeitig die niedrigsten DDD aufweisen. Maßgeblich hängt dies mit der Tatsache zusammen, dass in dieser Gruppe der Frauenanteil mit 81,8% mit Abstand am höchsten ist. Wie bereits mehrfach erwähnt, erhalten Frauen zwar sehr häufig Arzneimittel verordnet, ein Großteil dieser meist

geschlechtsspezifischen Verordnungen geht aber mit niedrigen Tagesdosen einher.

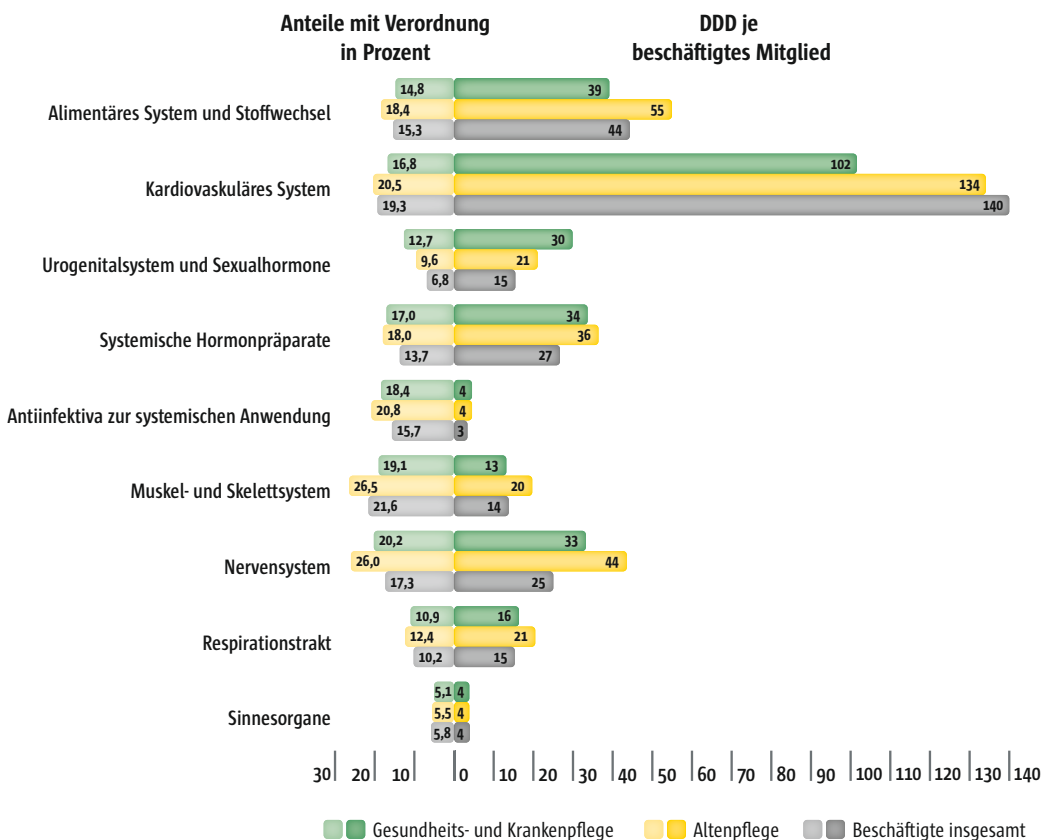
Auch bei der altersunabhängigen Betrachtung des Merkmals Arbeitnehmerüberlassung zeigt sich ein etwas differenzierteres Bild: Während die definierten Tagesdosen für Beschäftigte mit und ohne Arbeitnehmerüberlassung nahezu identisch sind, sind hier die Verordnungsanteile für diejenigen, die über Leih- bzw. Zeitarbeit angestellt sind zwischen -11,5 und -25,7 Prozentpunkte geringer als bei denen mit einer regulären Anstellung. Dies deckt sich mit der Tatsache, dass die Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung deutlich seltener in ambulanter Behandlung als die regulär angestellten Berufstätigen sind, wie in ■ Kapitel 2.5 zu sehen ist.

## 4.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Die folgenden Auswertungen schließen die Betrachtungen zum diesjährigen Schwerpunktthema ab. Anders als in den bisherigen Auswertungen ist im Arzneimittelbereich eine separate Betrachtung im Zusammenhang mit COVID-19, insbesondere im Kontext des aktuellen Impfstatus der BKK Versicher-

ten bzw. der beschäftigten BKK Mitglieder, nicht möglich. Den Betriebskrankenkassen liegen hierzu keine Informationen vor, da diese nicht in den GKV-Abrechnungsdaten dokumentiert sind. Zur Bewertung des Impfstatus sowie zum Zusammenhang mit weiteren arbeitsweltlichen bzw. gesundheitlichen

Diagramm 4.6.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



## 4.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Merkmale sei an dieser Stelle nochmal auf die Ergebnisse der diesjährigen Befragung im Kapitel **» Pflegefall Pflege? – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2022** verwiesen.

### 4.6.1 Einleitung

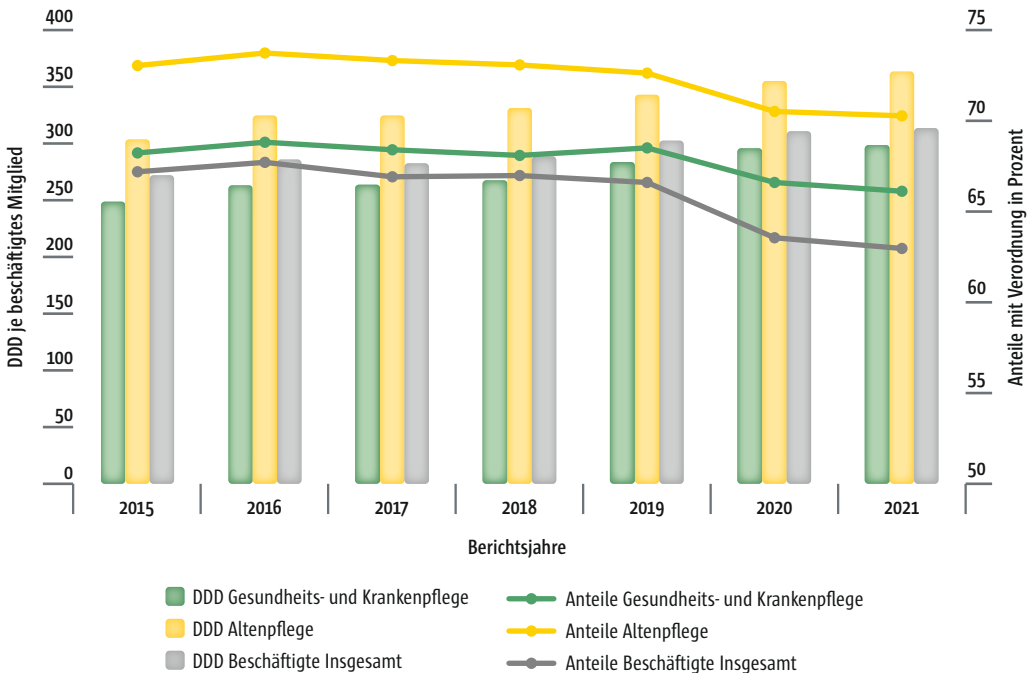
- Beschäftigte in den Pflegeberufen erhalten deutlich öfter bzw. mehr Arzneimittel mit Wirkung auf das Nervensystem als Beschäftigte insgesamt verordnet.
- Besonders auffällig sind die mehrheitlich überdurchschnittlichen Verordnungskennzahlen bei den Beschäftigten in der Altenpflege.

Im Folgenden soll der Fokus der Analysen wiederum vor allem auf den Beschäftigten in der Pflege sowie den zugehörigen Branchen bzw. Berufen, in denen Pflegekräfte mehrheitlich tätig sind, liegen. Einleitend werden zunächst die Arzneimittelverordnungen in den beiden Pflegeberufen im Überblick betrachtet.

Das **»** Diagramm 4.6.1 zeigt die Anteile der Beschäftigten mit mindestens einer Verordnung sowie die zugehörigen definierten Tagesdosen der wich-

tigsten Verordnungshauptgruppen für die Gesundheits- und Krankenpflege und die Altenpflege im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt. Beschäftigte in den Pflegeberufen weisen teilweise deutlich höhere Werte für einige Verordnungshauptgruppen auf als die Beschäftigten insgesamt. Dies wird beispielweise gut bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem sichtbar: So erhalten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mit +2,9 Prozentpunkten sowie Altenpflegekräfte mit +8,7 Prozentpunkten deutlich häufiger als der Durchschnitt aller Beschäftigten solche Mittel verordnet. Gleiches gilt für die zugehörigen Tagesdosen. Hier beträgt die Differenz +8 DDD je Gesundheits- und Krankenpflegekraft bzw. +19 DDD je Altenpflegekraft. Zu dieser Wirkstoffgruppe zählen unter anderem Psychopharmaka, was wiederum mit den auffällig hohen Werten im Bereich der Versorgung bzw. der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen korrespondiert. Auch für andere Verordnungshauptgruppen zeigt sich ein ähnliches Bild, wobei die Altenpflegekräfte in der Mehrheit der Fälle höhere Verordnungsanteile und Tagesdosen als die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte aufweisen, was auf eine höhere gesundheitliche Belastung in dieser

Diagramm 4.6.2 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen im Zeitverlauf (2015–2021)



Berufsgruppe hindeutet. Umgekehrt gibt es aber auch Wirkstoffgruppen, bei denen Pflegekräfte sogar niedrigere Werte als die Beschäftigten insgesamt aufweisen. Beispielhaft seien hier die Herz-Kreislauf-Mittel genannt, wobei der Hauptgrund für diesen Effekt vor allem im überdurchschnittlichen Frauenanteil bei den Pflegekräften liegen dürfte (vgl. **III** Diagramm 4.3.4).

Zusätzlich zum Querschnitt gibt die längsschnittliche Betrachtung der Arzneimittelverordnungen weiteren Aufschluss über die Entwicklung der gesundheitlichen Lage bei den Pflegekräften in Relation zu allen Beschäftigten insgesamt (**III** Diagramm 4.6.2). Bis zum Jahr 2019 sind bei den Anteilen mit mindestens einer Verordnung im Jahr für alle betrachteten Gruppen nur geringe Schwankungen zu verzeichnen, während bedingt durch die Coronavirus-Pandemie die Werte in den Jahren 2020 und 2021 signifikant abnehmen. Nahezu gegenläufig entwickeln sich hingegen die Tagesdosen, die in den beiden Pandemiejahren für alle Gruppen sogar noch zugelegt haben. Gründe für diesen Effekt sind in den Sonderregelungen zu finden, die im **III** Kapitel 4.1 beschrieben sind. In dieser Betrachtung zeigt sich ebenfalls, dass sowohl die Verordnungsanteile als auch die Tagesdosen der Altenpflegekräfte durchgängig überdurchschnittlich hoch ausfallen. Die Verord-

nungsanteile der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte liegen zwar auch über denen der Beschäftigten insgesamt, allerdings erhalten Erstgenannte im Durchschnitt weniger Tagesdosen verordnet. Auf welche Verordnungshauptgruppen dieser Unterschied hauptsächlich zurückgeht, wurde bereits in **III** Diagramm 4.6.1 deutlich.

Nach dieser kurzen Einleitung sollen nun nachfolgend die Arzneimittelverordnungen der Pflegekräfte im Zusammenhang mit den wichtigsten soziodemografischen und arbeitsweltlichen Merkmalen betrachtet werden.

### 4.6.2 Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen

#### Alter und Geschlecht

- Vor allem junge weibliche Pflegekräfte erhalten deutlich häufiger als ihre männlichen Kollegen bzw. die Beschäftigten insgesamt Arzneimittel verordnet.
- Bei den definierten Tagesdosen sind es ab dem mittleren Lebensalter hingegen die Männer, die hier höhere Werte im Vergleich zu den weiblichen Pflegekräften aufweisen.

Diagramm 4.6.3 Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in den Pflegeberufen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

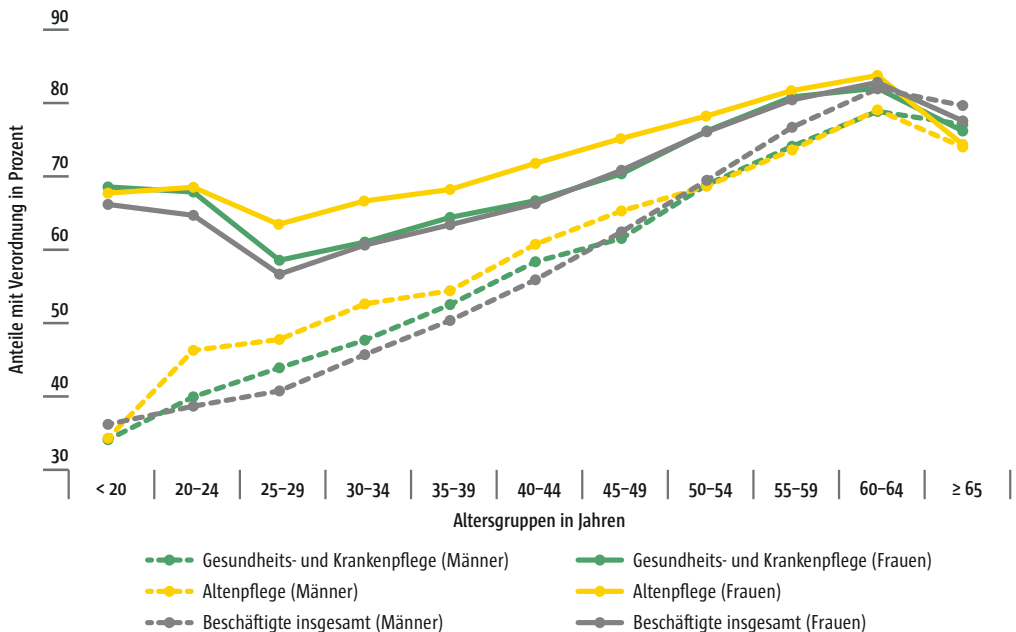
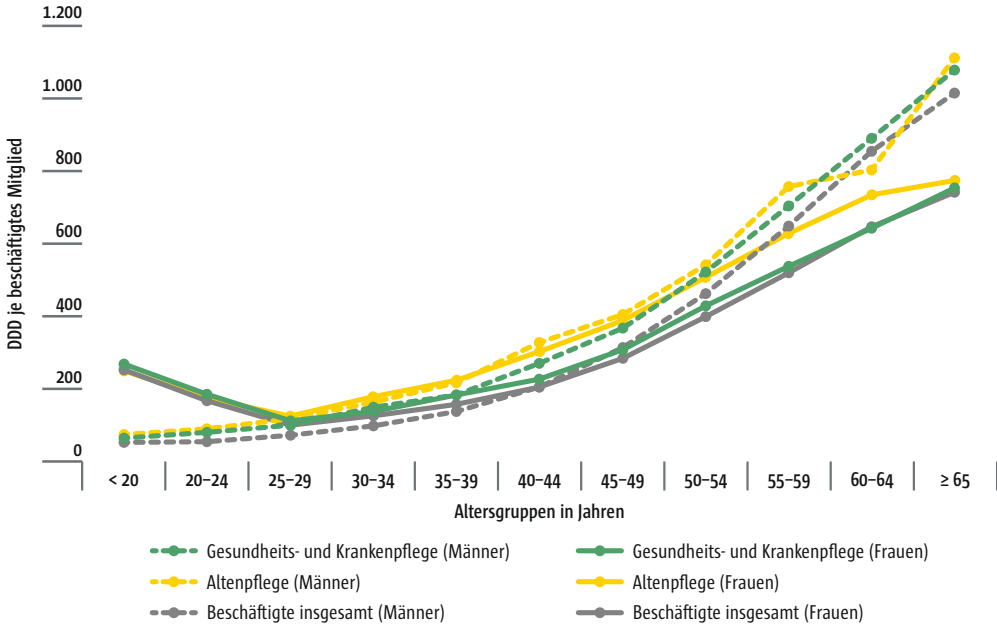


Diagramm 4.6.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



Im **III** Diagramm 4.6.3 sind die Anteile mit mindestens einer Verordnung der Beschäftigten in der Pflege im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt nach Alter und Geschlecht dargestellt. Für alle dargestellten Gruppen gilt, dass die Verordnungsanteile mit dem Lebensalter nahezu linear ansteigen. Allerdings gibt es zwei Ausnahmen: Bei den Frauen in der Altersgruppe der 25- bis 29-jährigen ist ein deutlicher Abfall der Werte zu verzeichnen, was vor allem mit der fehlenden Erstattungsfähigkeit von Kontrazeptiva ab dem 23. Lebensjahr begründbar ist. Des Weiteren ist für alle Gruppen bei den über 65-jährigen der bereits mehrfach beschriebene *healthy worker effect* beobachtbar. In Bezug auf die Pflegekräfte zeigt sich, dass insbesondere die Beschäftigten in der Altenpflege bis etwa zum 50. Lebensjahr deutlich höhere Werte als die Beschäftigten insgesamt aufweisen. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften ist dieser Effekt tendenziell bei den Männern stärker als bei den Frauen ausgeprägt.

Ergänzend zu den Anteilen im **III** Diagramm 4.6.3 sind in **III** Diagramm 4.6.4 in gleicher Systematik die zugehörigen definierten Tagesdosen dargestellt. Während sich hier bei den 25- bis 29-jährigen weiblichen Beschäftigten ebenfalls ein Rückgang der verordneten Tagesdosen zeigt, wird hier hingegen kein gleichartiger Rückgang der Verordnungsmengen bei

den über 65-jährigen sichtbar. Es werden zwar insgesamt seltener Arzneimittel in dieser Altersgruppe unter den Beschäftigten verordnet, allerdings häufiger Medikamente zu langfristigen Einnahme, wie sie vor allem bei chronischen Erkrankungen (z.B. Stoffwechsel- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen) in meist hoher Dosierung verordnet werden. Auch hier zeigt sich, dass ab dem 30. Lebensjahr die Tagesdosen in den Pflegeberufen teilweise deutlich höher als bei den Beschäftigten insgesamt ausfallen. Dieser Unterschied ist, äquivalent zu den Anteilen, bei den Beschäftigten in der Altenpflege besonders deutlich zu sehen. Zudem liegen die Werte der männlichen Beschäftigten ab dem mittleren Lebensalter bei den DDD im Vergleich zu den Anteilen über denen der weiblichen Beschäftigten.

#### Schul- und Berufsabschluss

- Ein höherer Schul- bzw. Berufsabschluss geht auch bei den Pflegekräften mit niedrigeren Kennzahlen bei den Arzneimittelverordnungen einher.
- Insbesondere bei den Altenpflegerinnen liegen die Werte teils deutlich über denen der weiblichen Beschäftigten insgesamt mit gleichem Abschluss.

**Tabelle 4.6.1** Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Merkmale	Ausprägungen	Gesundheits- und Krankenpflege		Altenpflege		Beschäftigte insgesamt	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
		DDD je beschäftigtes Mitglied					
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	614	345	233	414	427	342
	Haupt-/Volksschulabschluss	393	387	339	408	433	396
	Mittlere Reife oder gleichwertig	307	301	283	364	323	311
	Abitur/Fachabitur	215	213	272	305	226	203
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	128	259	164	332	246	312
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	346	302	340	388	381	314
	Meister/Techniker oder gleichwertig	447	384	442	483	363	275
	Bachelor	182	155	177	197	136	130
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	372	315	435	345	258	207
	Promotion	-	-	-	-	233	194
<b>Gesamt</b>		<b>301</b>	<b>299</b>	<b>302</b>	<b>376</b>	<b>331</b>	<b>293</b>

Neben Alter und Geschlecht spielen in den Pflegeberufen der Schul- und Berufsabschluss der dort Beschäftigten ebenfalls im Zusammenhang mit deren gesundheitlicher Lage im Kontext der Arzneimittelverordnungen eine Rolle (»»» Tabelle 4.6.1). Ein höherer Schul- und Berufsabschluss geht sowohl bei den Pflegeberufen als auch bei den Beschäftigten insgesamt mit jeweils niedrigeren Werten der durchschnittlich verordneten Tagesdosen einher. Dabei liegen aber vor allem die Werte der weiblichen Beschäftigten in der Altenpflege über alle Abschlussstypen hinweg teils deutlich über denen der weiblichen Beschäftigten insgesamt, während dies bei den Gesundheits- und Krankenpflegern nur punktuell der Fall ist. Die auffällig niedrigen Werte der Beschäftigten ohne Berufsabschluss bzw. mit einem Bachelor sind vor allem dem in beiden Gruppen sehr niedrigen Durchschnittsalter (Auszubildende bzw. meist junge Studienabsolventen) geschuldet.

■ Dabei zeigt sich, dass Beschäftigte in der Altenpflege im Bundeslandvergleich in allen Fällen jeweils den höchsten Wert aufweisen.

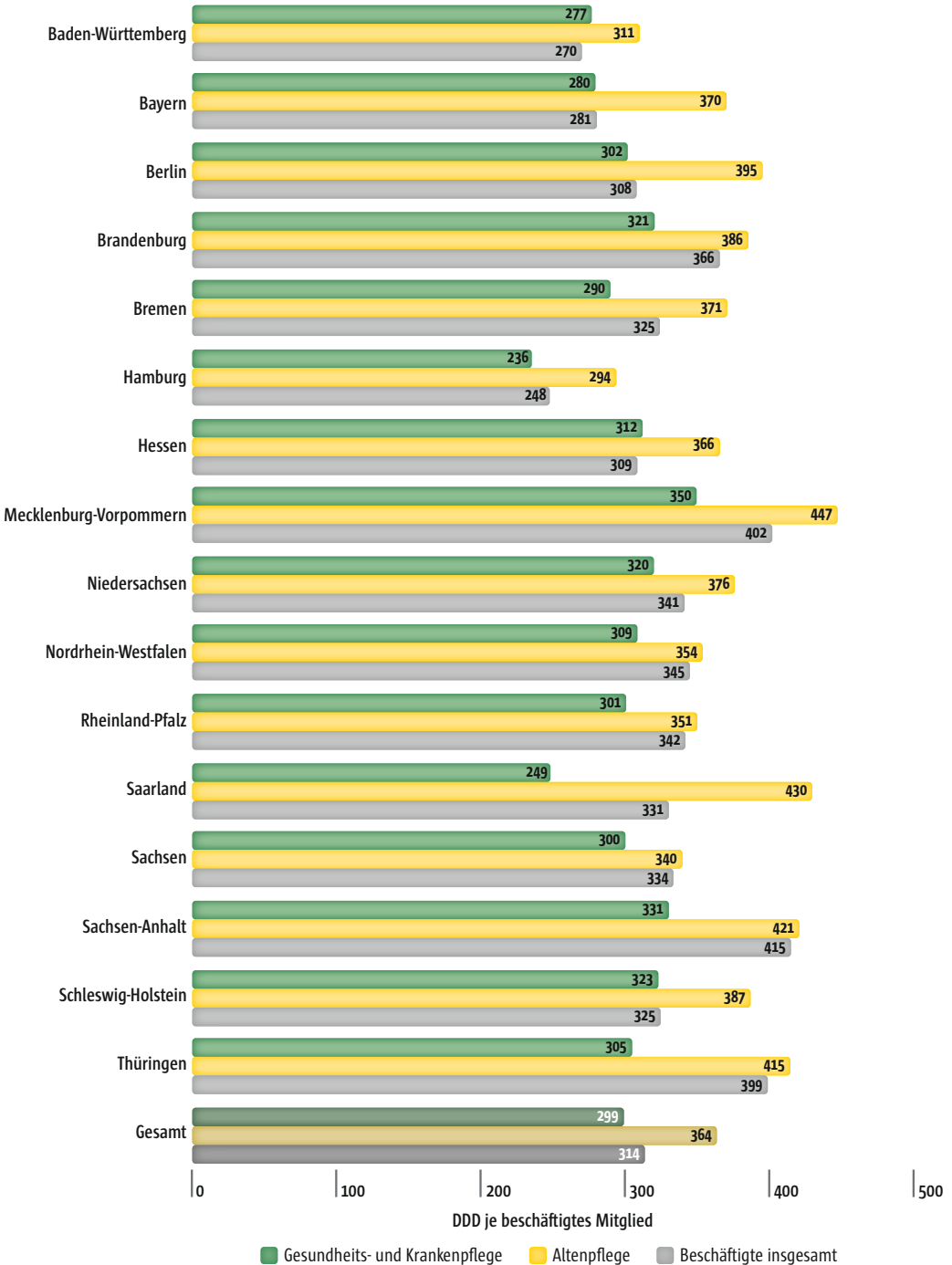
**4.6.3 Auswertungen nach Regionen**

■ Das grundsätzliche Ost-West-Muster bei den definierten Tagesdosen findet sich sowohl bei den Pflegeberufen als auch bei den Beschäftigten insgesamt.

Wie stark die regionale Variabilität der Arzneimittelverordnungen unter den Pflegeberufen ausgeprägt ist, zeigt das »»» Diagramm 4.6.5. Der jeweilige Höchstwert der verordneten Tagesdosen ist sowohl in der Gesundheits- und Krankenpflege (350 DDD je Beschäftigter) als auch der Altenpflege (447 DDD je Beschäftigter) in Mecklenburg-Vorpommern zu finden. Am geringsten sind diese Werte mit 236 bzw. 294 DDD je Beschäftigten hingegen in Hamburg ausgeprägt. Nur in Baden-Württemberg sind ebenfalls in allen betrachteten Gruppen unterdurchschnittliche Werte der Tagesdosen im Vergleich zu den jeweiligen Gesamtwerten zu finden. Generell bildet sich auch bei den Pflegeberufen das bereits im »»» Diagramm 4.4.2 zu findende Regionalmuster ab, dass mehrheitlich überdurchschnittliche Werte in den Ostbundesländern zu finden sind. Zudem wird hier ebenfalls sichtbar, dass die Werte der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege mehrheitlich unter denen der Beschäftigten insgesamt je Bundesland liegen, während die der Altenpflegekräfte im Vergleich in allen Bundesländer überdurchschnittlich hoch ausfallen.

## 4.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Diagramm 4.6.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2021)





### 4.6.4 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- In den Wirtschaftsgruppen (u.a. Pflegeheime), in denen Altenpflegekräfte am häufigsten tätig sind, treten überdurchschnittlich hohe Verordnungsanteile und -mengen auf.
- Dagegen liegen die Verordnungsanteile und Tagesdosen in der Wirtschaftsgruppe Krankenhaus, wo die Mehrheit der Gesundheits- und Krankenpfleger tätig ist, tendenziell unterhalb des Durchschnitts.
- In Krankenhäusern und Pflegeheimen werden deutlich mehr Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem als bei den Beschäftigten insgesamt verordnet.

Nachdem in diesem Abschnitt bisher vor allem die Pflegeberufe mit den Beschäftigten insgesamt verglichen wurden, soll im Folgenden der Blick auf die wichtigsten Wirtschaftsgruppen im Gesundheitswesen im Zusammenhang mit den Arzneimittelkennzahlen geworfen werden. Bezüglich der Verteilung

der Beschäftigten auf die einzelnen Branchen sei an dieser Stelle auf das »» Diagramm o. 3.1 verwiesen.

Berufstätige in Krankenhäusern – hier ist die Mehrheit der Beschäftigten aus der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte tätig – weisen im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt als auch zu den meisten anderen Branchen des Gesundheitswesens tendenziell niedrigere Verordnungsanteile und Tagesdosen auf. Anders stellt sich dies bei den Pflegeheimen dar, in denen mehr als ein Drittel der Beschäftigten aus der Gruppe der Altenpflegekräfte zu finden sind: Sowohl die Verordnungsanteile als auch die Tagesdosen liegen teils deutlich über denen der Beschäftigten insgesamt bzw. der meisten anderen Branchen im Gesundheitswesen. Ähnliches gilt für die soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter sowie für die Altenheime, Alten- und Behindertenheime in denen Beschäftigte der Altenpflege jeweils ein Fünftel bzw. ein Viertel der Belegschaft ausmachen. Insofern korrespondiert das hier zu findende Muster mit den bisherigen Auswertungen, die vor allem die überdurchschnittlich hohen

Diagramm 4.6.6 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

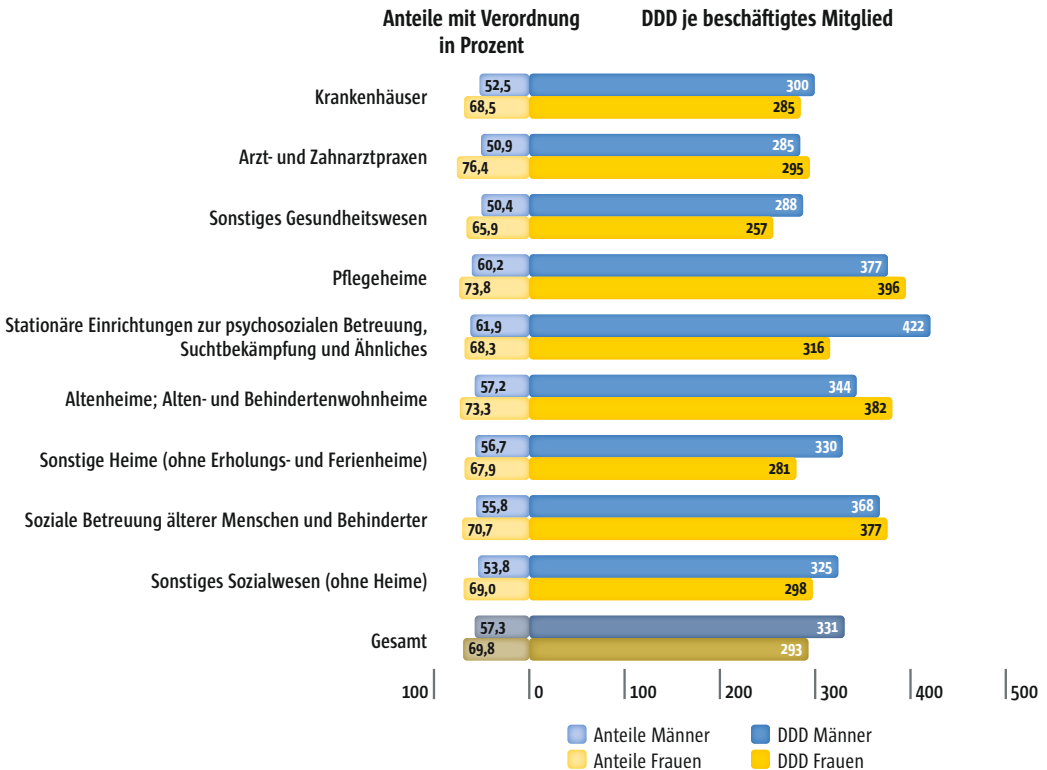
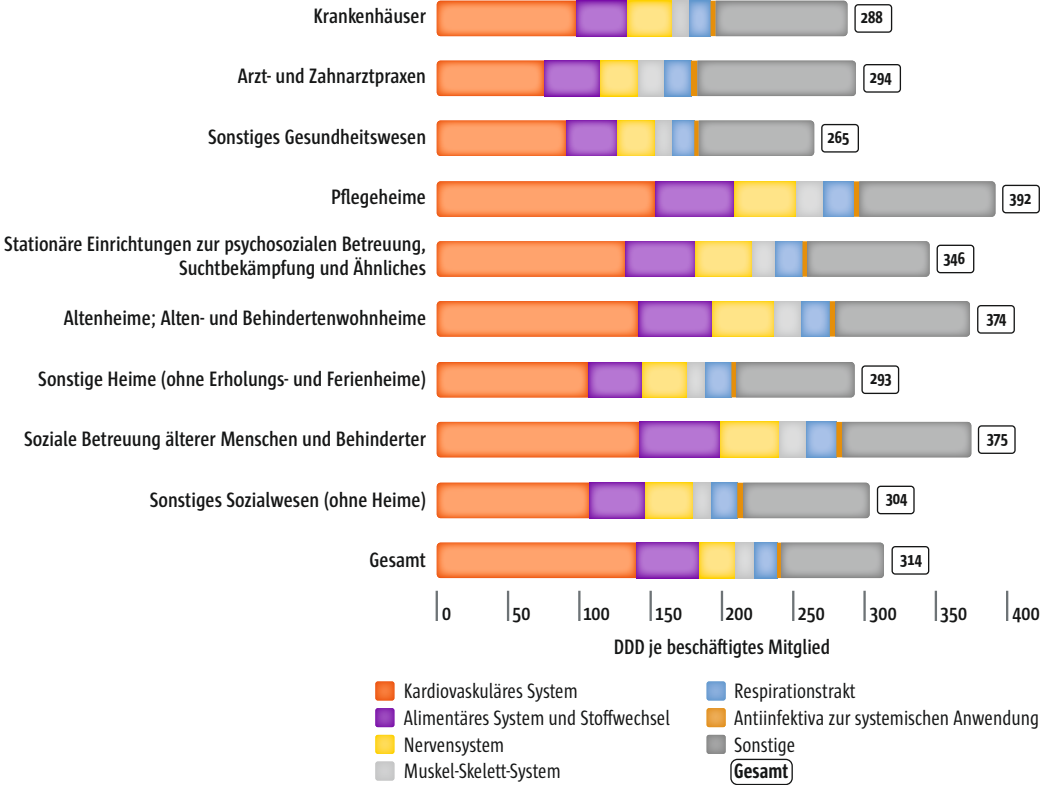


Diagramm 4.6.7 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



Arzneimittelverordnungen bei den Altenpflegekräften zeigen (»»» Diagramm 4.6.6).

In »»» Diagramm 4.6.7 sind, ergänzend zur vorhergehenden Darstellung, die definierten Tagesdosen der einzelnen Wirtschaftsgruppen des Gesundheitswesens nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen dargestellt. Hier liegen ebenfalls in der Mehrzahl der Fälle die Verordnungskennzahlen der Beschäftigten in den Krankenhäusern deutlich unter denen der meisten anderen Wirtschaftsgruppen im Gesundheitswesen bzw. den Beschäftigten insgesamt. Erwartungsgemäß zeigt sich bei den Beschäftigten in Pflegeheimen ein nahezu umgekehrtes Bild mit durchweg überdurchschnittlichen Werten je Verordnungshauptgruppe. Sowohl für die Krankenhäuser (31 DDD je Beschäftigter) als auch für die Pflegeheime (44 DDD je Beschäftigter) lässt sich aber feststellen, dass die verordneten Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem überdurchschnittlich hoch im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt (25 DDD je Beschäftigter) ausfallen. Dies

korrespondiert wiederum mit der Tatsache, dass diese Branchen in den meisten anderen Leistungsbereichen überdurchschnittliche Werte im Zusammenhang mit psychischen Störungen aufweisen.

#### 4.6.5 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Weibliche Beschäftigte in der Altenpflege weisen sowohl die höchsten Verordnungsanteile als auch die meisten definierten Tagesdosen innerhalb der Gruppe der Gesundheitsberufe auf.
- Sowohl für die Altenpflege als auch für die Gesundheits- und Krankenpflege sind wiederum überdurchschnittlich hohe verordnete Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem feststellbar.

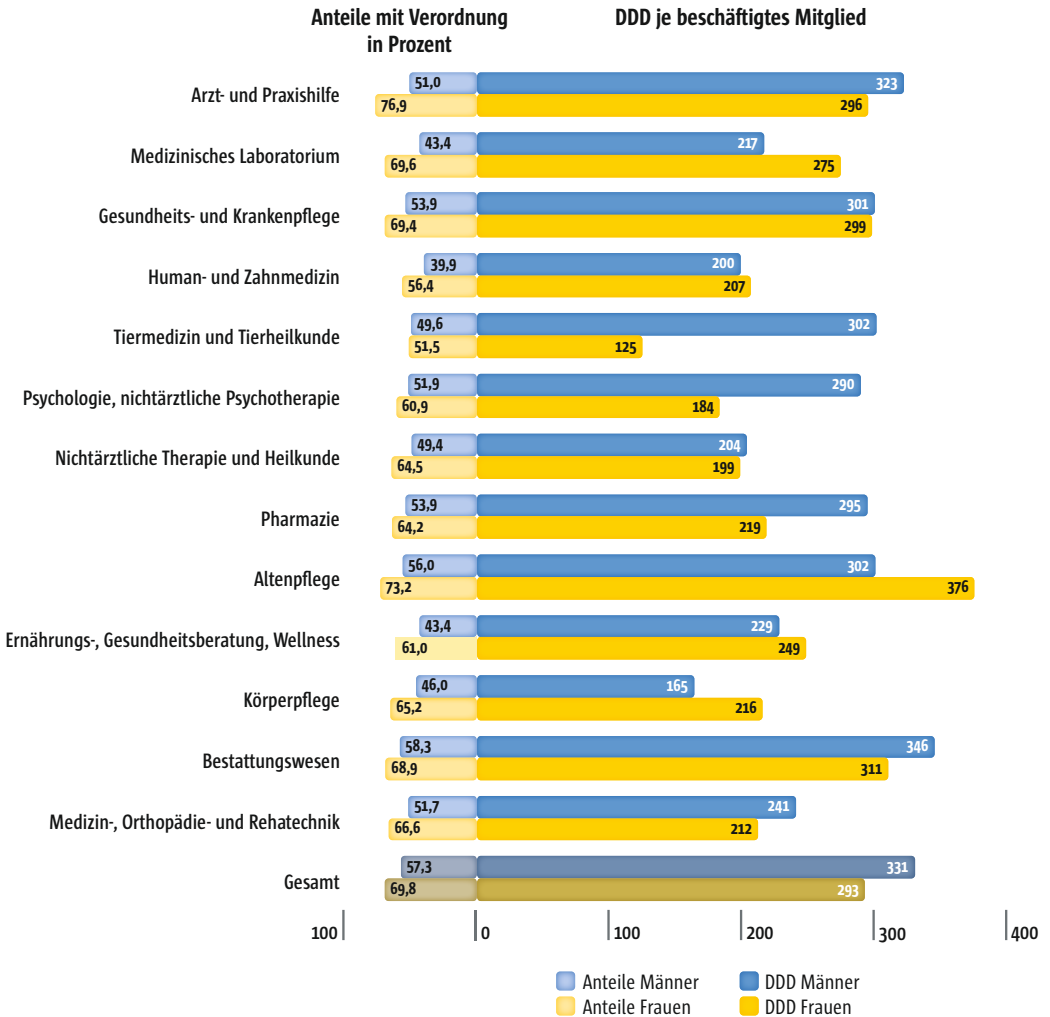
Wurden zu Beginn der Betrachtungen zum Schwerpunktthema die Pflegeberufe vor allem mit den Beschäftigten insgesamt verglichen, werden im

Folgenden die Verordnungskennzahlen weiterer Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen zum Vergleich gegenübergestellt.

Wie in **»»** Diagramm 4.6.8 zu sehen ist, differieren die Verordnungskennzahlen zwischen den einzelnen Berufsgruppen sowie auch zwischen den männlichen und weiblichen Beschäftigten zum Teil erheblich. Bei den Frauen haben die als Arzt- und Praxishilfe Tätigen mit 76,9% den größten Anteil mit mindestens einer Verordnung pro Jahr inne, die weiblichen Beschäftigten in der Altenpflege weisen hingegen mit 376 DDD je Beschäftigte die mit Abstand höchste verordnete Menge an Tagesdosen in diesem

Vergleich auf. Die Kennwerte der männlichen Beschäftigten in der Altenpflege sind hingegen etwas niedriger (56,0% bzw. 302 DDD je Beschäftigter) als der männlichen Beschäftigten insgesamt (57,3% bzw. 331 DDD je Beschäftigter). Für die weiblichen Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege liegen die Verordnungsanteile und Tagesdosen sehr nah an denen der weiblichen Beschäftigten insgesamt (69,4% vs. 69,8% sowie 299 vs. 293 DDD je Beschäftigte), während bei den männlichen Beschäftigten in dieser Berufsgruppe im Vergleich zu allen männlichen Beschäftigten niedrigere Werte auftreten (53,9% vs. 57,3% sowie 301 vs. 331 DDD je Beschäftigter).

Diagramm 4.6.8 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



## 4.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

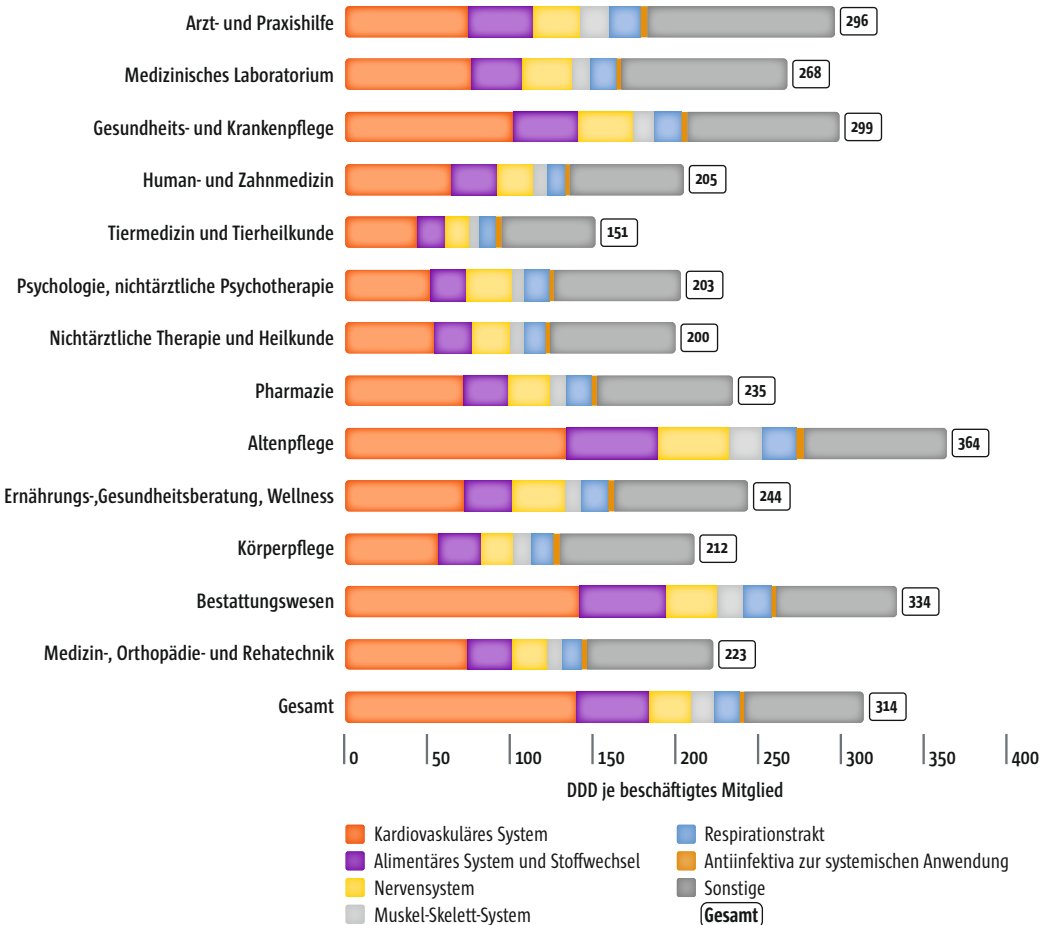
In Ergänzung zur vorhergehenden Betrachtung schlüsselt das **»»** Diagramm 4.6.9 die verordneten Tagesdosen der einzelnen Berufsgruppen nach den wichtigsten Verordnungshauptgruppen auf. Der jeweils höchste Wert der definierten Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel, das Muskel- und Skelettsystem, das Nervensystem, den Respirationstrakt sowie die Antiinfektiva zur systemischen Anwendung sind bei den Beschäftigten in der Altenpflege zu finden. Entsprechend weist diese Berufsgruppe mit insgesamt 364 DDD je Beschäftigten auch den mit Abstand höchsten Wert in dieser Betrachtung auf. Bei den Berufstätigen in der Gesundheits- und Krankenpflege ist hingegen der Gesamtwert mit 299 DDD je Beschäftigten niedriger als der der Beschäftigten insgesamt

(314 DDD je Beschäftigter). In der Einzelbetrachtung zeigt sich dagegen, dass die verordneten Tagesdosen für die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem, den Respirationstrakt sowie die Antiinfektiva zur systemischen Anwendung in der Gesundheits- und Krankenpflege ebenfalls über dem jeweiligen Durchschnitt der Beschäftigten insgesamt liegen.

#### 4.6.6 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

Neben der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Branche oder einem bestimmten Beruf lassen sich anhand weiterer Tätigkeitsmerkmale ebenfalls Zusammenhänge mit dem Arzneimittelgebrauch in den

Diagramm 4.6.9 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2021)



Pflegeberufen im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt aufzeigen.

- Weibliche Beschäftigte in der Altenpflege weisen bei allen weiteren Merkmalen der Tätigkeit durchgehend die höchsten Werte für verordnete Tagesdosen auf.
- Anders als bei den Beschäftigten insgesamt, wo mit zunehmendem Anforderungsniveau der Tätigkeit die verordneten Tagesdosen abnehmen, ist für die Pflegeberufe ein überdurchschnittlicher Anstieg erkennbar.
- In etwas abgeschwächter Form lässt sich dieser gegensätzliche Effekt zwischen Pflegekräften und Beschäftigten insgesamt auch bei Berufstätigen ohne bzw. mit Aufsichts- und Führungsverantwortung feststellen.

sen. Des Weiteren zeichnet sich ein Muster dahingehend ab, dass für beide Pflegeberufe die verordneten Tagesdosen sowohl für die Männer als auch für die Frauen mit zunehmendem Anforderungsniveau überdurchschnittlich hoch im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt ausfallen und dabei zu- statt abnehmen. Ein hoher Spezialisierungsgrad, wie beispielsweise bei den Intensiv- oder Kinderkrankenpflegekräften, führt, anders als bei den meisten anderen Berufen, nicht nur zur mehr Freiheitsgraden, sondern geht hier mit einer deutlich höheren gesundheitlichen Belastung einher, wie sich am entsprechenden überdurchschnittlichen Arzneimittelgebrauch erkennen lässt. Interessanterweise entspricht das Muster bei der Arbeitsunfähigkeit und der stationären Versorgung dagegen eher dem der Beschäftigten insgesamt mit niedrigeren Werten bei steigendem Komplexitätsgrad.

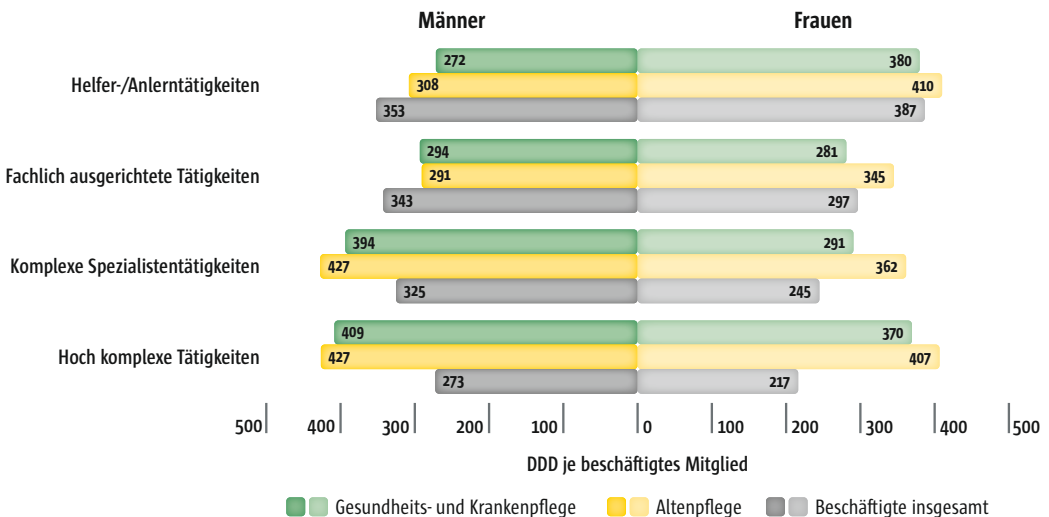
### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

Beschäftigte innerhalb einer Berufsgruppe üben ihre Tätigkeit mit unterschiedlichen Anforderungen und Komplexitätsgraden aus. Diese sind in **»»** Diagramm 4.6.10 im Zusammenhang mit den verordneten Tagesdosen für männliche und weibliche Beschäftigte aus den Pflegeberufen im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt dargestellt. Auf den ersten Blick wird sichtbar, dass weibliche Altenpflegekräfte über alle Anforderungsniveaustufen hinweg höhere Werte als die Beschäftigten insgesamt aufwei-

### Aufsichts- und Führungsverantwortung

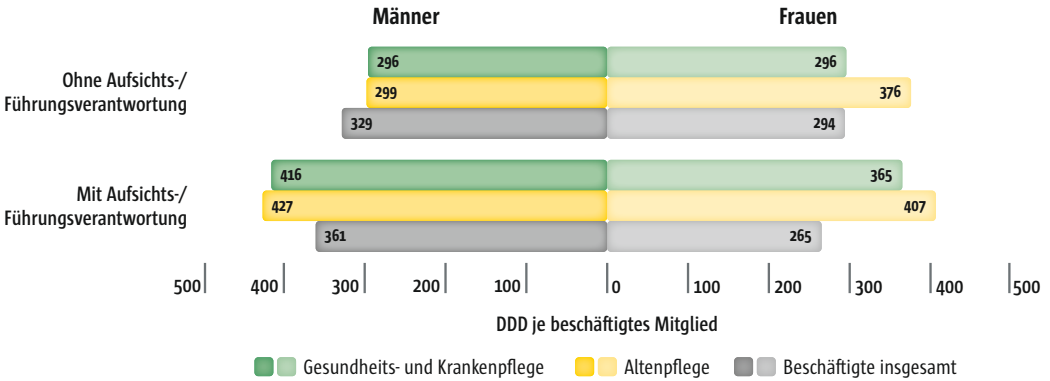
Dass Pflegedienst- und Stationsleitungen anderen beruflichen Beanspruchungen und Belastungen als Pflegekräfte ohne eine solche Position ausgesetzt sind, lässt sich ebenfalls anhand der Arzneimittelverordnungen zeigen (**»»** Diagramm 4.6.11). Sowohl männliche als auch weibliche Pflegekräfte, die in Führungspositionen tätig sind, weisen deutlichen mehr verordnete Tagesdosen auf als jene ohne eine

Diagramm 4.6.10 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Anforderungsniveau der Berufstätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



## 4.6 Schwerpunktthema Pflegefall Pflege?

Diagramm 4.6.11 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



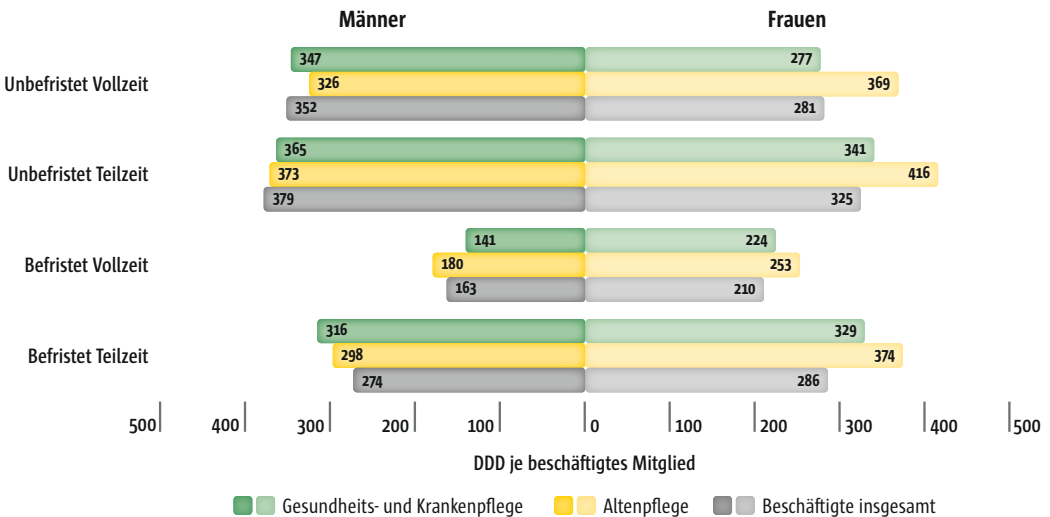
solche Position. Zudem liegen die Werte der Pflegeführungskräfte deutlich über denen der Beschäftigten insgesamt mit gleichem Status. Im Zusammenhang mit dem Komplexitätsgrad ist dies ein weiteres Indiz für die besondere gesundheitliche Belastung von Pflegekräften, die vor allem hochqualifizierte Tätigkeiten ausüben.

## Vertragsformen

Welchen Einfluss die Vertragsform auf die Arzneimittelverordnungen ausübt, zeigt das » Dia-

gramm 4.6.12. Besonders hohe Werte sind bei den unbefristet in Teilzeit beschäftigten Pflegekräften zu finden. Hintergrund ist, dass diese Vertragsform oftmals gewählt wird, weil sich die (überwiegend weiblichen) Pflegekräfte meist noch neben ihrer Tätigkeit um Kinder oder zu pflegende Angehörige kümmern und sich diese Doppelbelastung somit in allen Leistungsbereichen im Sinne einer höheren gesundheitlichen Belastung niederschlägt. Des Weiteren wird an dieser Stelle wiederum deutlich, dass vor allem die überdurchschnittlich hohen Tagesdosen bei den Altenpflegerinnen auf eine – unabhängig von der Vertragsform – durchgehend hohe

Diagramm 4.6.12 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)



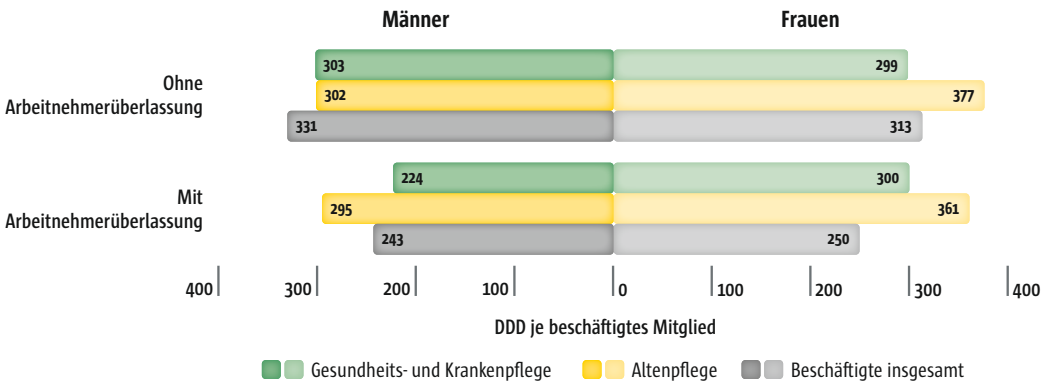
gesundheitliche Belastung in diesem spezifischen Pflegeberuf hinweisen.

**Arbeitnehmerüberlassung**

Abschließend soll noch ein Blick auf den Einfluss der Anstellungsform auf die Arzneimittelverordnungen geworfen werden (»» Diagramm 4.6.13). Hier zeigt sich, ebenso wie bei den vorhergehenden Betrachtungen, dass vor allem die Altenpflegerinnen unabhängig von der Anstellungsform über-

durchschnittlich hohe Werte der definierten Tagesdosen aufweisen. Anders als bei den Beschäftigten insgesamt, sind die Werte der verordneten Tagesdosen für die Pflegeberufe bei Beschäftigung über eine Arbeitnehmerüberlassung fast genauso hoch wie in regulärer Anstellung, mit Ausnahme der männlichen Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege. Anders als bei den Beschäftigten insgesamt, scheint sich die mit dem Beschäftigungsverhältnis verbundenen Unsicherheit also nicht in einem geringeren Ausmaß des Arzneimittelgebrauchs niederschlagen.

**Diagramm 4.6.13 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2021)**



## 4.7 Zusammenfassung und Ausblick

Auch im Jahr 2021 sind weiterhin deutliche Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie auf die Arzneimittelverordnung sichtbar: Während bei nahezu unveränderten Einzelverordnungen die durchschnittliche Anzahl der definierten Tagesdosen im Vorjahresvergleich nochmals angestiegen ist, hat der Anteil derjenigen, die mindestens ein Arzneimittel verordnet bekommen haben, den niedrigsten Wert seit mehr als einem Jahrzehnt erreicht. Hintergrund dieser gegenläufigen Entwicklung sind im Wesentlichen zwei Mechanismen: Durch die während der Coronavirus-Pandemie ausgebliebene Grippe- und Erkältungswelle sind insbesondere die sonst relativ hohen Verordnungsanteile der zugehörigen Wirkstoffe (z. B. Antiinfektiva zur systemischen Anwendung oder Respirationstrakt) deutlich gesunken. Andererseits war es ebenfalls durch pandemiebedingte Sonderregelungen möglich, zur weiteren Kontaktreduktion v. a. für Risikogruppen Großpackungen von Arzneimitteln meist für chronische Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Mittel) zu verschreiben, was im Wesentlichen zum besagten Anstieg bei den definierten Tagesdosen geführt hat. Dies wird unter anderem auch in der neuen monatlichen Betrachtung des Verordnungsgeschehens anhand der Herz-Kreislauf-Mittel sichtbar. Mit dem Auslaufen dieser Sonderregelungen bzw. dem Ende der Kontaktbeschränkungen im Jahr 2022 ist damit zu rechnen, dass sich die Verordnungskennzahlen wieder dem Niveau von 2019 annähern werden.

Das Gesamtbild im Verordnungsgeschehen bleibt dennoch größtenteils von besagten Sondereffekten nahezu unbeeinflusst. Weiterhin dominieren solche Arzneimittel das Verordnungsgeschehen, die vor allem beim Langzeit- bzw. chronischen Erkrankungen sowie im höheren Lebensalter zum Einsatz kommen. In allen Betrachtungen zeigt sich dabei, dass das Lebensalter einen deutlichen Zusammenhang mit den Verordnungskennzahlen aufweist. Allerdings wird dieser Zusammenhang durch weitere soziodemografische und arbeitsweltliche Merkmale moderiert:

Bei gleichem Lebensalter unterscheiden sich die Kennzahlen teils deutlich nach Erwerbsstatus, Wohnort, Bildungsgrad, Branche sowie ausgeübtem Beruf. In den arbeitsweltlichen Betrachtungen wird zudem deutlich, dass die unterschiedlichen tätigkeitsbezogenen Beanspruchungen und Belastungen ein gut sichtbares Muster im Zusammenhang mit den Verordnungskennzahlen erzeugen. Bei vorrangig körperlich beanspruchenden Tätigkeiten dominieren die Verordnungen der Wirkstoffe für das somatische System, während bei primär psychosozial beanspruchenden Tätigkeiten überproportional häufig Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem verordnet werden. Zudem lassen sich anhand der gefundenen Muster Zusammenhänge mit den weiteren in diesem Report analysierten Leistungsbereichen aufzeigen. Die Tätigkeiten, die mit hohen bzw. niedrigen Verordnungskennzahlen auffallen, zeigen oftmals in gleicher Richtung Auffälligkeiten im AU-Geschehen sowie der ambulanten und stationären Versorgung.

Die Auswertungen im Rahmen des diesjährigen Themenschwerpunkts Pflege bestätigten die besondere gesundheitliche Belastung in diesem Berufsfeld. Insbesondere die in der Altenpflege Beschäftigten weisen in nahezu allen Analysen mehrheitlich deutlich überdurchschnittliche Verordnungskennzahlen im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt auf. Vor allem die dort mehrheitlich beschäftigten Frauen sind besonders betroffen, was wiederum auf eine besonders hohe gesundheitliche Belastung aufgrund des Arbeitskontextes hinweist. Dass in der Gesundheits- und Krankenpflege die besonderen arbeitsbedingten Belastungen ebenfalls Auswirkungen auf die Gesundheit und somit das Verordnungsgeschehen ausüben, wird unter anderem bei den Beschäftigten deutlich, die in hochspezialisierten Bereichen der Pflege bzw. mit Führungsverantwortung tätig sind. Hier sind, entgegen dem allgemeinen Trend, sogar höhere Verordnungsmengen im Vergleich zu den Beschäftigten ohne eine solche



Position feststellbar. Insofern bestätigten die Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen in großen Teilen das Bild, was bereits in den vorangegangenen Kapiteln zu sehen war: Pflegekräfte sind in mehrfachen Hinsicht besonderen Belastungen ausgesetzt, was sich wiederum negativ auf deren ge-

sundheitliche Lage auswirkt. Die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitswelt der Pflegekräfte vor allem im Sinne der Verhältnisprävention stellt nach wie vor einen der wichtigsten Ansatzpunkte dar, wenn man deren gesundheitliche Lage positiv beeinflussen will.

# Schwerpunkt Praxis



# ZAFH care4care – Eine Plattform für die Pflege

Karin Reiber

## Ausgangslage

Die Pflegeberufe haben in den letzten Jahren eine enorme Bedeutungssteigerung erlebt und vollzogen; diese Relevanzsteigerung hat unterschiedliche Ursachen, die quantitativer und qualitativer Natur sind: Es wird zunehmend mehr pflegerische Versorgung genutzt und somit werden auch mehr Fachkräfte benötigt und gleichzeitig steigen Erwartungen und Anforderung an diese Versorgung.

Der demografische Wandel führt dazu, dass die Anzahl der älteren, alten und hoch betagten Menschen stetig zunimmt und kleiner werdenden jüngeren Kohorten gegenübersteht, die potenziell für die Übernahme pflegerischer Aufgaben infrage kommen. Gesellschaftlicher Wertewandel und veränderte Familienkonstellationen führen dazu, dass vermehrt pflegerische Dienstleistungen ergänzend oder anstelle sozialer/familialer Unterstützung genutzt werden [1]. Schließlich führt auch der mit der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einhergehende Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) zu einer zunehmenden Inanspruchnahme professioneller pflegerischer Versorgung [2].

Unter den Gesundheitsfachberufen nehmen die Pflegeberufe im Hinblick auf die Beschäftigtenzahl die Spitzenposition ein. Allein für den Versorgungssektor der Altenpflege ist ein Beschäftigtenzuwachs von 40% in den letzten beiden Dekaden zu konstatieren [3]. Nach wie vor überwiegen weibliche Mitarbeiterinnen; die Anzahl an Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten ist in der stationären und ambulanten Langzeitversorgung mit 65% deutlich höher als in anderen Wirtschaftszweigen (29%). Insofern trifft es nach wie vor zu, dass der Beschäftigungssektor Pflege zu den „Frauen- und Teilzeitdomänen“ [4:9] zählt. Weiterhin ist die Altersstruktur der Beschäftigten bemerkenswert: In der Langzeit- und ambulanten Pflege liegt der Anteil der Beschäftigten über 50 Jahre bei 39% [3]; in der akutstationären Pflege sind fast

19% älter als 55 Jahre und nur knapp 10% sind jünger als 25 Jahre [5:24].

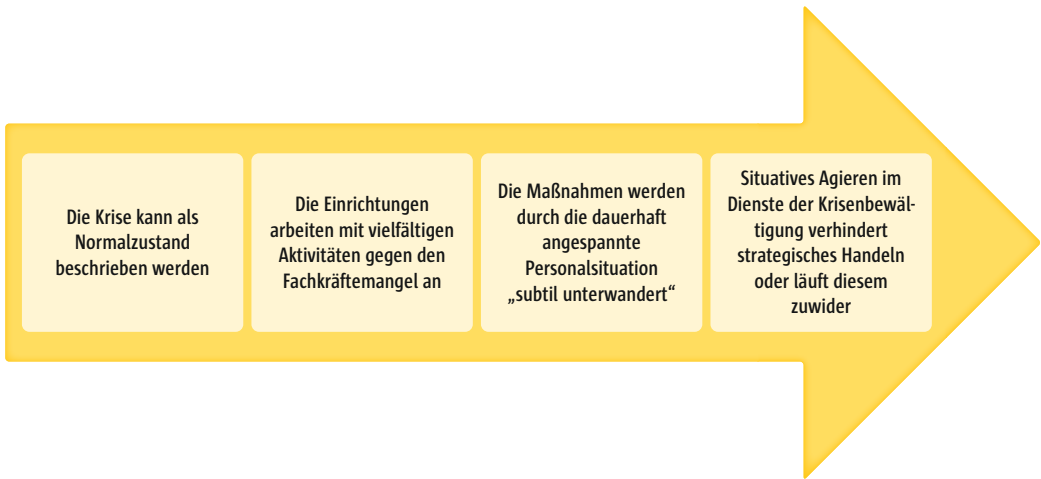
Trotz gesteigerter Ausbildungskapazitäten kann die Beschäftigungsentwicklung vor diesem Hintergrund nicht Schritt halten mit dem aktuellen Bedarf; ein manifester Fachkräftemangel liegt bereits heute vor [4] – Tendenz steigend. Dieses Problem wird nicht nur in Fachkreisen und Wissenschaft, sondern auch im öffentlichen Diskurs – nicht erst seit Corona – kontrovers diskutiert. In dieser Diskussion wird die Problematik sehr verkürzt als Frage des Geldes und der Arbeitszeiten dargestellt; anlässlich der Corona-Pandemie oszillierte die mediale Darstellung des Pflegeberufs zwischen „Heldentum“ und „schlecht bezahlter Knochenjob“ [6]. Die Problemursachen sind jedoch multifaktoriell.

Das Zentrum für angewandte Forschung an Hochschulen für angewandte Wissenschaften (ZAFH) care4care ist ein Forschungsverbund bestehend aus den Hochschulen Esslingen und Ravensburg-Weingarten sowie dem Institut für angewandte Wirtschaftsforschung (iaw) Tübingen. Der Verbund hat mit unterschiedlichen methodischen Zugängen auf beruflicher, betrieblicher, sozialer und personaler Ebene den Status Quo der Fachkräftesicherung untersucht, die dabei genutzten Maßnahmen und Strategien sowie die komplexen Wirkungszusammenhänge zwischen existierendem Fachkräftemangel und den Bestrebungen der Fachkräftesicherung analysiert [7] – mit der (nicht) überraschenden Erkenntnis: Die Krise ist inzwischen selbst das Problem!

## Die Krise als Normalzustand

Der Personalengpass ist so allgegenwärtig und langanhaltend, dass er als Normalzustand empfunden wird; Notlösungen (wie z. B. ein Ausfallmanagement oder Leasingkräfte) sind bereits fester Bestandteil der Betriebsroutinen – und werden getragen vom knappen Personalbestand. Betriebe versuchen mit

Abbildung 1 Situitives vs. strategisches Handeln im Dienst der Krisenbewältigung



diesen institutionalisierten Notlösungen aber auch mit kreativen Ansätzen und unter Bereitstellung zahlreicher zusätzlicher Ressourcen die strukturelle Krise ansatzweise zu kompensieren. Dies geht zu Lasten des (noch) vorhandenen Personals, deren Berufszufriedenheit und führt schließlich auch zu Qualitätseinschränkungen der pflegerischen Versorgung [8] (»» Abb. 1).

»» Ob der Einsatz von Leasingkräften, die Anwerbung von Pflegefachpersonen in anderen Ländern oder die Steigerung der Ausbildungsplätze – alle diese Maßnahmen sind zunächst mit einem Mehraufwand für das angestammte Personal verbunden, was meist nicht ausreichend mitberücksichtigt wird. Häufig wird bevor ein spürbarer Entlastungseffekt dieser Maßnahmen eintritt, die Belastbarkeit der Pflegefachpersonen so ausgereizt, dass es zur inneren Distanzierung gegenüber dem Beruf und/oder Arbeitgeber oder im schlimmsten Fall zum Berufsausstieg führt.

Die Ausbildung ist dabei die Achillesferse des Systems: Von ihr versprechen sich Unternehmen und die gesamte Branche einen nachhaltigen Beitrag zur Fachkräftesicherung – sie ist jedoch besonders stark vom bestehenden Fachkräftemangel betroffen. Dass geplante Praxisanleitungen ausfallen, könnte noch durch Nachholtermine kompensiert werden. Dass Auszubildende reduzierte alltägliche Lerngelegenheiten haben, weil die Pflegefachpersonen kaum noch Gelegenheit haben, ihnen beiläufig Handlungen zu erklären und im Übrigen in ihrer chronischen Zeitnot ggf. kein erstrebenswertes Vorbild abgeben

könnten, kann dazu führen, dass sich Auszubildende bereits während der Ausbildungszeit aus dem Beruf verabschieden [9]. Weiterhin kommen komplexe pflegerische Interventionen aufgrund der angespannten Personalsituation kaum noch zur Anwendung und werden somit auch nicht gezeigt und gelernt, was nicht nur zu Defiziten aufseiten der individuellen beruflichen Handlungskompetenz führt, sondern mittelfristig auch das Berufsprofil verändern kann [10] (»» Abb. 2).

Vor diesem Hintergrund ist die Antwort auf die Frage nach der Attraktivität des Pflegeberufs so schlicht wie einleuchtend: Das Interesse am Pflegeberuf korrespondiert mit dem Wunsch nach einer sinnstiftenden und fachlich anspruchsvollen Tätigkeit im Kontakt mit Menschen und mit einem Mindestmaß an Handlungsautonomie [11, 12]. Erleben (angehende) Pflegefachpersonen anhaltend ihre Berufswahlmotive eingeschränkt, hat dies weitreichende Konsequenzen für die *Berufsattraktivität*, da diese Pflegefachpersonen kaum als Multiplikator:innen und Botschafter:innen ihres Berufs wirksam werden können. Ggf. gelingt es einem Träger/einem Betrieb Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die Beschäftigung ihren Beruf unter Berücksichtigung und Verwirklichung ihrer o.g. zentralen Motive ausüben können – mit positiven Effekten auf die *Arbeitgeberattraktivität*. Diese Spielräume werden jedoch nicht allzu groß sein, da die zentralen Prämissen der Leistungserbringung für das gesamte System dieselben sind.

Der viel diskutierte Attraktivitätsfaktor „Bezahlung“ ist im Übrigen relational und kein absoluter Parameter: Ausgebildete Pflegefachpersonen setzen

Abbildung 2 Ausbildung im Zeichen des Fachkräftemangels



das erreichbare Gehalt in Beziehung zu anderen Faktoren und wägen ab. Wenn sie sich bspw. entscheiden können zwischen einem guten Team oder einem höheren Gehalt, muss auf Seite des Geldes schon sehr viel in die Waagschale gelegt werden, damit dieses ein weniger gut harmonisierendes Team kompensieren kann [13].

Fachkräftesicherung ist also deshalb so komplex, weil das situative Agieren zur Bewältigung der Krise mit dem strategischen Handeln – häufig dysfunktional – interagiert. Wirksame und Erfolg versprechende Maßnahmen treffen auf eine Situation, die bereits von einem anhaltenden Fachkräftemangel geprägt ist. Das System hat neue Routinen entwickelt, deren Logik einer anhaltenden Personalknappheit entspricht. Die Folgen für das Berufsprofil sind noch offen (s. ►► Abb. 1).

Wie lässt sich dieser dysfunktionale Kreislauf unterbrechen und wo sind Ansatzpunkte für wirkungsvolles Handeln? Das ZAFH care4care hat aus den im Forschungsverbund erhobenen Daten maßgebliche Schwerpunktthemen abgeleitet, von denen eine Hebelwirkung auf die Fachkräftesicherung ausgeht und die eine Leitfunktion haben für strategisches Handeln mit Langzeitwirkung.

### Raus aus der Endlosschleife

Es konnten fünf Schwerpunktthemen identifiziert werden, die Dreh- und Angelpunkt der Fachkräfte-

sicherung sind. Diese Auflistung hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da es sich dabei um eine Ableitung aus Ergebnissen und Daten des ZAFH care4care handelt. Gleichwohl umfassen die nachfolgenden Themen maßgebliche Handlungsoptionen der Fachkräftesicherung.

### Berufliche Bildung

Die Anbahnung einer beruflichen Identität, die wiederum Voraussetzung ist für eine adaptive Berufsbindung, beginnt bereits während der Berufsorientierung. Mit dem Einstieg in die Ausbildung beginnt die berufliche Sozialisation und Kompetenzentwicklung. Im Dienst der beruflichen Weiterentwicklung begleiten Angebote der Personalentwicklung die weitere Berufslaufbahn.

Die Ergebnisse zeigen, wie wichtig eine übergreifende Bildungsstrategie ist, die von Berufsorientierungspraktika bis hin zur beruflichen Weiterentwicklung greift. Die Ausbildung ist dabei das Kernstück beruflicher Bildung. Aber auch in den wichtigen Übergangsphasen – dem Einstieg in die Ausbildung und später den Wechsel von der Ausbildung in den Beruf – und in der weiteren beruflichen Laufbahn kommt es auf gute Unterstützung und Begleitung an [14].

Ob auf Ebene eines Trägers oder einer Einrichtung oder im Hinblick auf die gesundheits- und bildungspolitische Rahmung: Wichtig ist, dass Berufliche Bildung nicht als Aufgabe einzelner Akteure

betrachtet, sondern alle Beteiligten betrifft und alle anderen Funktionen tangiert [15].

### Entlohnung

Über den Lohn von Pflegekräften wird intensiv diskutiert. Oft wird ihm eine zentrale Rolle zugesprochen, um junge Menschen für die Pflege zu gewinnen und Fachpersonen in den Einrichtungen und im Beruf zu halten. Andere Aspekte der Arbeit in der Pflege treten demgegenüber manchmal in den Hintergrund.

Der Lohn kann einen wichtigen Beitrag zur Lösung des Fachkräftemangels in der Pflege leisten. Dieser Beitrag unterscheidet sich aber in Abhängigkeit davon, welche Entscheidung im Erwerbsleben man betrachtet: Die Berufswahl, die Wahl eines Arbeitgebers innerhalb der Pflege oder die Entscheidung, ob man im Pflegeberuf weiterarbeiten möchte [13].

Für die Berufswahl von Jugendlichen und für den Verbleib im Pflegeberuf kommt dem Lohn selbst und dem eigenen Wissen über den Lohn eine bedeutende Rolle zu [16]. Demgegenüber kommt dem Lohn aus Sicht der bereits beruflich Pflegenden als Einstellungsmerkmal für Einrichtungen keine zentrale Rolle bei. Vielmehr kommt es auf andere Arbeitsbedingungen an, darunter insbesondere „weiche“ Faktoren, wie in einem guten Team zu arbeiten oder genügend Zeit für die Patient:innen und Pflegebedürftigen zu haben.

### Organisationsentwicklung

Das Klima in einer Organisation hängt davon ab, wie Führung, Kommunikation und insbesondere Partizipation – im Sinne der o. g. Handlungsautonomie – gestaltet werden. Die Rahmenbedingungen für die Gestaltung der Organisation werden von Führungskräften maßgeblich geformt. Daher kommt diesen bei der Organisationsentwicklung eine besondere Bedeutung zu.

Dabei geht es um die Bereitstellung der Rahmenbedingungen für eine angenehme und lernförderliche Arbeitsatmosphäre, echte Wertschätzung und praktikable Wege der Mitbestimmung. Insbesondere bei Maßnahmen, die der kurz- oder mittelfristigen Entlastung dienen, ist die Einbindung des Personals wichtig für das Gelingen dieser Maßnahmen und zur Vermeidung von Reaktanz.

### Arbeitsgestaltung

Dieses Schwerpunktthema umfasst die Arbeitsorganisation und die Arbeitsprozesse. Die Arbeitsgestaltung ist komplementär zur Organisationsentwick-

lung auf die Prozesse ausgerichtet. Dazu zählen z. B. Möglichkeiten der Dienstplangestaltung, Angebote zur Förderung der Gesundheit und Work-Life-Balance sowie die Einsatzplanung von Personal mit unterschiedlichen Qualifikationsarten und Qualifikationsstufen [17].

### Interessenvertretung

Selbst Politiker:innen und große Branchenverbände fordern beruflich Pflegenden zu stärkerer politischer Mitgestaltung und Interessenvertretung auf – und dennoch nimmt diese Berufsgruppe ihre „Macht“ nur eingeschränkt wahr [9].

Damit Ideen und berechtigte Interessen von Pflegefachpersonen für eine höhere Berufsattraktivität und -zufriedenheit und im Dienste einer langfristigen Berufsbindung formuliert und gehört werden, bedarf es eines systematischen Vorgehens. Weiterhin sind Kenntnisse der Verbandsstrukturen sowie der Organe und Prozesse der Interessenvertretung erforderlich, um die eigenen Anliegen gezielt adressieren zu können.

## ZAFH care4care – Eine Plattform für die Pflege

Diese Schwerpunktthemen sind Ansatzpunkte für die Fachkräftesicherung; zu jedem Thema wurden Handlungsempfehlungen aufbereitet, die nun über die Homepage des Projekts ([www.zafh-care4care.de](http://www.zafh-care4care.de)) bereitgestellt werden.

### Die Transferplattform ZAFH care4care

#### Fachkräftebedarf in der Pflege im Zeichen von Alterung, Vielfalt und Zufriedenheit

- Zu jedem der fünf Schwerpunktthemen sind mehrere Unterthemen (Beispiel: Das Schwerpunktthema „Entlohnung“ umfasst die Unterthemen „Berufswahl“, „Berufsausübung und Berufsverbleib“ und „Monetäre Anreize“) identifiziert und umfangreich aufbereitet.
- Jedes Schwerpunkt- und Unterthema wird prägnant und praxisnah dargestellt. Zu den Unterthemen werden schließlich die zentralen Projektergebnisse zusammengefasst, Handlungsempfehlungen gegeben sowie weitere Informationen und nützliche Links bereitgestellt.
- Ergebnisse aus einer Studie zur Pflege aus Sicht älterer Menschen gibt zudem interessante Einblicke aus anderer Perspektive.
- In einer Projektdatenbank sind Beispiele guter Praxis und Forschungsprojekte zu den Schwerpunktthemen zusammengestellt.

- Präsentation und Publikationen aus diesem Projekt werden zudem für alle Interessierten gebündelt bereitgestellt.



Die Handlungsempfehlungen auf dieser Transferplattform – im Sinne eines Wissenschafts-Praxis-Transfers – zeichnen sich dadurch aus, dass sie rückgekoppelt wurden an die Zielgruppen der Praxis, an die sich die Handlungsempfehlungen richten, um ihre Umsetzbarkeit zu überprüfen. Eine weitere Besonderheit ist, dass die Plattform alle Akteursgruppen adressiert: Von der politischen über die betriebliche Ebene bis hin zu allen Pflegefachpersonen, Führungskräfte und Berufsbildungspersonal

Auch wenn einige Ursachen für die aktuelle Fachkräftesituation in den übergeordneten Rahmungen und der Tendenz zur Ökonomisierung des Sozial- und Gesundheitsbereichs liegen, hat die Transferplattform care4care die Intention, zum aktiven Handeln im Dienste der Fachkräftesicherung zu ermutigen.

## Literatur

1. Schwinger A, Klauber J, Tsiatsioti C (2019). Pflegepersonal heute und morgen. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J & Schwinger A (Hrsg.) *Pflege-Report 2019*. Berlin, Heidelberg: 4–21
2. Hower K, Şahin C, Stock S, Pfaff H (2019) Medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen in Deutschland. In: Hank K, Schulz-Nieswandt F, Wagner M, Zank S (Hrsg.) *Altenforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Baden-Baden. 285–312
3. Destatis Statistisches Bundesamt (2022) Pressemitteilung Nr. N068 vom 8. Dezember 2021. URL: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/12/PD21\\_N068\\_2313.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/12/PD21_N068_2313.html) [abgerufen am 28. Februar 2022]
4. BA Bundesagentur für Arbeit (2021) *Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*. Nürnberg
5. Blum K, Offermanns M, Steffen P (2019) *Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030*. Düsseldorf
6. Reiber K, Fischer G, Lämmel N (2021) *Lauter Beifall für stilles Heldentum – Ambivalenzen der Anerkennung für den Pflegeberuf (nicht nur in Pandemiezeiten)*. *Pflege & Gesellschaft* 26(4): 197–208
7. Reiber K, Fischer G, Winter MHJ (2017) *care4care – Fachkräftebedarf in der Pflege im Zeichen von Alterung, Vielfalt und Zufriedenheit Berufsbildung*. *Zeitschrift für Theorie-Praxis-Dialog* 71(168): 36–38
8. Mohr J, Lämmel N, Sandow B, Müller D, Fischer G, Reiber K (2018) *Raus aus der Endlosschleife?! Eine anwendungsorientierte Forschungsperspektive auf den Fachkräftebedarf*. *Pflegewissenschaft* 20(7/8): 304–310
9. Reiber K, Küpper A, Mohr J (2021) *Wunsch und Wirklichkeit in der Pflegeausbildung – eine laufbahnbezogene Perspektive auf Berufsorientierung im Kontext von Fachkräftebedarf*. In: Weyland, U, Ziegler B, Driesel-Lange K, Kruse A (Hrsg.) *Entwicklungen und Perspektiven in der Berufsorientierung*. Stand und Herausforderungen. Bonn. 179–195
10. Mohr J, Reiber K (2022) *Auszubildendengewinnung und Ausbildungsgestaltung im Pflegeberuf – eine laufbahnbezogene Perspektive auf den Lernort Praxis*. In: Bellmann L, Ertl H, Gerhards C, Sloane P (Hrsg.) *Konkurrenz um Auszubildende und Fachkräfte. Beiträge zur betrieblichen Berufsbildungsforschung*. Beiheft der Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Stuttgart. S. 97–121
11. Price, SL (2009) *Becoming a nurse: a meta-study of early professional socialization and career choice in nursing*. *Journal of Advanced Nursing* 65(1): 11–19
12. Görres S, Bomball J, Schwanke A, Stöver M, Schmitt S (2010) *Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten, Ergebnisbericht*, [online]. URL: [www.ipp.uni-bremen.de/uploads/IPPSchriften/ipp\\_schriften05.pdf](http://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/IPPSchriften/ipp_schriften05.pdf) [abgerufen am 01. September 2021]
13. Krocze M, Späth J (2022) *The attractiveness of jobs in the German care sector: results of a factorial survey*. *Eur J Health Econ*. DOI: 10.1007/s10198-022-01443-z
14. Mohr J, Schwarzer G, Hofmann N, Reiber K (2021) *Das Fundament einer gelingenden Ausbildungspraxis in der Pflegeausbildung*. *Denk-doch-Mal.de*, Heft-Nr. 1. *Beruflichkeit in den Gesundheits- und Pflegeberufen, 2021* URL: <https://denk-doch-mal.de/jutta-mohr-gabriele-schwarzer-nicola-hofmann-karin-reiber-das-fundament-einer-gelingenden-ausbildungspraxis-in-der-pflegeausbildung/> [abgerufen am 15. Juni 2022]
15. Tsarouha E, Mohr J, Reiber K. (2022) *Die neue Pflegeausbildung als Strategie zur Fachkräftesicherung? Ziele, Chancen und Risiken*. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit* 2/2022. 48–53
16. Kugler P (2022) *The role of wage beliefs in the decision to become a nurse*. In: *Health Economics* 31 (1). 94–111
17. Winter MHJ, Hofmann N, Boscher C, Reiber K (2022) *Gesund bleiben – auch in der Pflege. Gestaltung gesundheitsfördernder Arbeits- und Rahmenbedingungen im Dienste der Fachkräftesicherung*. *KU-Gesundheitsmanagement* 6/2022. 44–46



**Prof. Dr. Karin Reiber**

Prof. Dr. Karin Reiber ist Professorin für Erziehungswissenschaft mit den Schwerpunkten Berufspädagogik und Didaktik der beruflichen Bildung für Pflegeberufe an der Hochschule Esslingen. Sie war Sprecherin des Forschungsverbunds ZAFH care4care und Projektleitung am Standort Esslingen. Ihre Arbeits- und Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Beruflichen Bildung, umfassen Fragen der Professionalisierung und Fachkräftesicherung und reichen bis hin zur Qualifikation des Berufsbildungspersonals. Sie ist u. a. Mitglied des Forschungskonsortiums, das im Auftrag des BIBB die Begleitforschung zur Umsetzung des Pflegeberufegesetzes durchführt.



# WERTGESCHÄTZT – Eine Initiative von Betriebskrankenkassen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

Carsten Stephan und Eva Lotta Stump

Mitarbeitende in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen haben stets die Gesundheit von Patient:innen und Bewohner:innen im Fokus ihrer Arbeit. Doch wie sieht es mit der Gesundheit der Mitarbeitenden selbst aus? Die BKK-Initiative WERTGESCHÄTZT, eine Kooperation von 30 Betriebskrankenkassen, in Zusammenarbeit mit der Team Gesundheit GmbH, stellt explizit die Mitarbeitergesundheit und Wertschätzung in den Fokus.

## Der Ansatz der BKK-Initiative WERTGESCHÄTZT

Im Januar 2019 haben mehrere Betriebskrankenkassen ihre Expertise in der Betrieblichen Gesundheitsförderung gebündelt und schafften auf diese Weise ein gemeinsames Angebot für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen: die BKK-Initiative WERTGESCHÄTZT wurde ins Leben gerufen. Aktuell gestalten 30 Betriebskrankenkassen die BKK-Initiative gemeinschaftlich.

Die BKK-Initiative WERTGESCHÄTZT unterstützt Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bei der nachhaltigen Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) und der Schaffung von Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde und wertschätzende Unternehmenskultur. Es wird also Betriebliche Gesundheitsförderung im Kontext von umfassenden BGM-Strukturen betrachtet, um dies in den Unternehmen grundlegend zu verankern.

Gestartet wurde 2019 mit der individuellen Betreuung von Einrichtungen. In dieser engen Betreuung befinden sich derzeit ca. 125 Einrichtungen bundesweit. Das Angebot der BKK-Initiative hat sich in den vergangenen Jahren entsprechend der aktuellen Situation und Bedarfe der Einrichtungen stetig weiterentwickelt. Mittlerweile befinden sich auch eine regelmäßig angebotene BGM-Fortbildung, ein jährliches digitales Gesundheitsangebot und ein BGM-Netzwerk unter dem Dach der BKK-Initiative. Ziel

dieser Angebotsvielfalt ist es, Einrichtungen in jeder Entwicklungsphase ihres BGMs begleiten zu können. Egal ob eine Einrichtung gerade erst beginnt und eine enge Beratung und Betreuung benötigt, oder bereits fest etablierte BGM-Strukturen aufweist. Einen weiteren Mehrwert bietet der direkte Austausch in einem Netzwerk mit anderen BGM-Verantwortlichen. Die BKK-Initiative bietet das passende Format für viele Bedürfnisse in diesem Setting. Teilnehmende Einrichtungen profitieren bei jedem Angebot von der hohen Expertise der Projektverantwortlichen und BGM-Berater:innen und der umfassenden Erfahrungen, die in den letzten Jahren gesammelt werden konnten.



## Angebote der BKK-Initiative WERTGESCHÄTZT

### 1-zu-1 Betreuung

- Individuelle Beratung von Einrichtungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement
- Persönliche Betreuung durch eine Person aus dem WERTGESCHÄTZT-Team
- Individuell angepasste Lösungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung

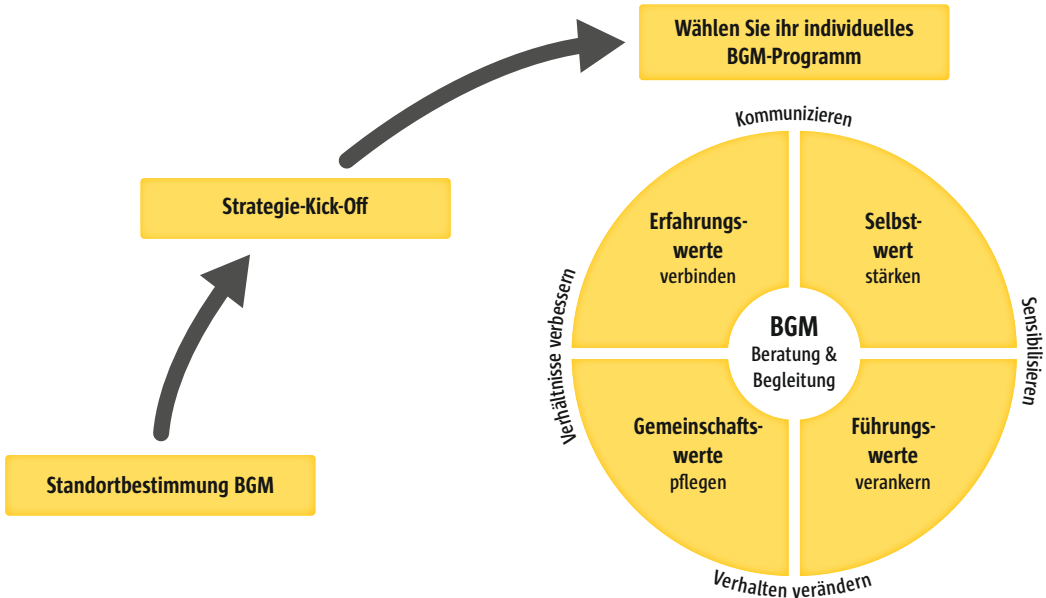
### BGM-Fortbildung

- Fortbildung für BGM-Verantwortliche in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtung
- Einstieg ohne Vorwissen oder bestimmte Strukturen möglich
- Seit 2021 rein digitale Durchführung

### Jährliches digitales Gesundheitsangebot

- Jährliches digitales Gesundheitsangebot, an dem Einrichtungen bundesweit gleichzeitig teilnehmen
- 01.–30. November 2021: Zielgruppe Pflegekräfte
- 26.–30. September 2022: Zielgruppe Azubis und Pflegegeschüler:innen

Abbildung 1 Der WERTGESCHÄTZT-Prozess



**BGM-Netzwerk**

- Netzwerk für BGM-Verantwortliche in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen
- Moderierter Austausch im Rahmen von regelmäßige Netzwerktreffen (digital und Präsenz)
- Vernetzung mit über 100 anderen Einrichtungen aus ganz Deutschland

*Individualität in der 1-zu-1 Betreuung*

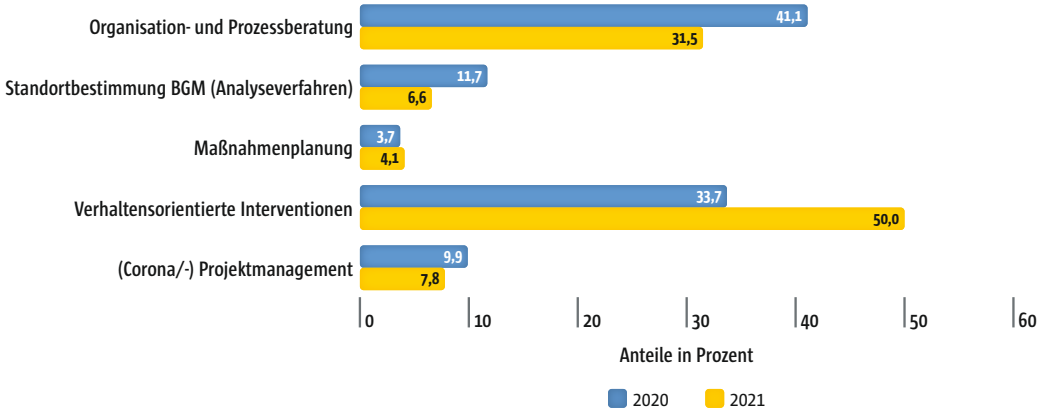
Gemeinsam mit einer persönlichen Beraterin bzw. einem persönlichen Berater der BKK-Initiative werden die teilnehmenden Einrichtungen der 1-zu-1 Betreuung zum strukturellen Aufbau des BGM beraten und bei der Umsetzung unterstützt. Im Rahmen der Zusammenarbeit werden die Einrichtungen in den Phasen der Standortbestimmung der aktuellen Strukturen, Zielsetzung, Maßnahmenableitung, -durchführung und Evaluation unterstützt (s. » Abb. 1). In der Standortbestimmung werden in den Einrichtungen Interviews und Begehungen durchgeführt sowie Checklisten zur Analyse des BGM eingesetzt. Zusätzlich werden einrichtungsbezogene Controllingdaten hinsichtlich Fehlzeiten und Altersstruktur, falls vorhanden, herangezogen. Die Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen, der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen oder Hinweise aus Gesundheitsberichten der Krankenkassen fließen ebenfalls in die Gesamtanalyse mit

ein. In jeder Einrichtung wird ein Gremium etabliert, dem die Ergebnisse der Standortbestimmung in einem Strategie-Kick-Off vorgestellt werden. Dieses Gremium ist Steuerungszentrale des BGM und definiert Handlungsfelder entsprechend der Standortbestimmung, leitet entsprechende Maßnahmen ab und koordiniert die Evaluation dieser Maßnahmen. Auf dieser Basis entsteht ein bedarfsorientiertes, individuelles Programm aus Maßnahmen: ob Führungskräfte-seminare, Fokusgruppen zu Themen wie ergonomisches Arbeiten in der Pflege oder Seminare für Mitarbeitende mit Themen wie achtsam essen, wertschätzende Teamentwicklung oder Förderung der individuellen Resilienz. Die Gremiumsmitglieder werden durch die BGM-Berater:innen der BKK-Initiative dazu befähigt, die Tätigkeiten selbstständig, ohne externe Begleitung weiterzuführen. Dadurch werden Strukturen, Prozesse und Maßnahmen nachhaltig in der Einrichtung verankert.

*Ein Blick in die Umsetzung*

2020 unterstützen die BGM-Berater:innen teilnehmende Einrichtungen insbesondere in der Organisations- und Prozessberatung. Gemeinsam wurden BGM-Strukturen aufgebaut, Handlungsfelder identifiziert, Ziele formuliert und Maßnahmen abgeleitet. 2021 zahlte sich die Vorarbeit aus: Einrichtungen setzten deutlich häufiger verhaltensorientierte

Abbildung 2 Anteil der erbrachten Leistungen im Vergleich 2020 zu 2021



Maßnahmen um und stärkten die Sichtbarkeit ihres BGMs (s. »» Abb. 2). Es wurden sowohl Maßnahmen für spezifische Zielgruppen wie Pflegekräfte, Reinigungsdienst oder Azubis umgesetzt als auch Gesundheitstage für alle Beschäftigte.

*Kommunikation, Wertschätzung, Stress und Entspannung im Fokus*

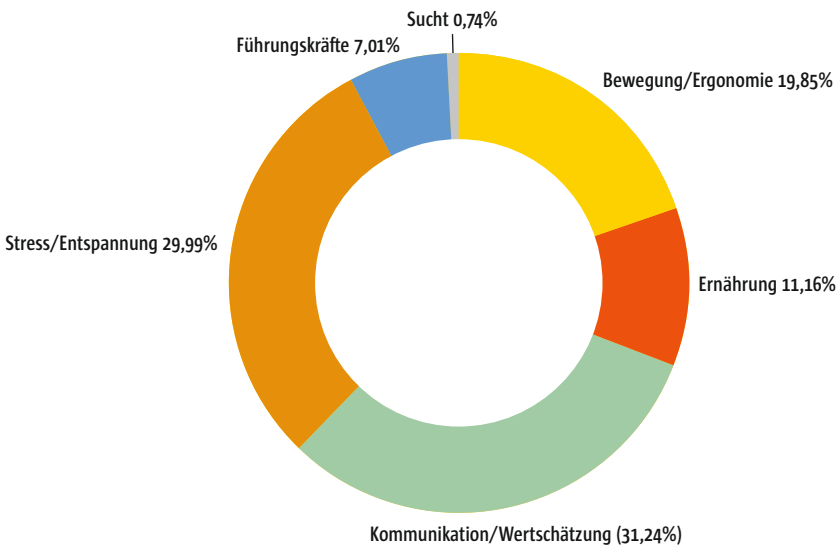
Insbesondere Maßnahmen zu den Themen Kommunikation, Wertschätzung sowie Stress und Entspannung standen 2021 auf der Agenda der Einrichtungen (s. »» Abb. 3). Vor allem die Seminare „Wertschät-

zender Umgang im Team“ und „Förderung der individuellen Resilienz“ wurden häufig durchgeführt und stießen auf positive Resonanz.

**Nachhaltige Vernetzung im BGM-Netzwerk**

In der 1-zu-1 Betreuung liegt der Fokus auf dem Aufbau von nachhaltigen BGM-Strukturen innerhalb der teilnehmenden Einrichtungen. Eine wichtige Ressource und häufig treibende Kraft sind die BGM-Verantwortlichen. Die Begleitung und Beratung

Abbildung 3 Anteil der umgesetzten Maßnahmen nach Handlungsfeld 2021



dieser nehmen bei dem nachhaltigen Aufbau des BGMs einen wichtigen Stellenwert ein. Sie haben in ihrer Einrichtung nicht selten keine weitere Person mit ähnlichem fachlichen Hintergrund, mit der Strategien und Entscheidungen auf gleicher Ebene besprochen werden könnten. Gleichzeitig müssen BGM-Verantwortliche kreative Lösungsansätze für das herausfordernde Setting, strategische Kommunikationsfähigkeiten und Durchhaltevermögen mitbringen, um das BGM nachhaltig zu etablieren.

Das Anfang 2022 ins Leben gerufene BGM-Netzwerk der BKK-Initiative zielt darauf ab, durch eine verstärkte Vernetzung von Einrichtungen Synergien zu schaffen, von denen jede einzelne Einrichtung nachhaltig profitiert und die BGM-Verantwortlichen voneinander lernen. Mithilfe dieses Netzwerkes werden neben den einrichtungsinternen Strukturen, partizipative Unterstützungssysteme außerhalb der Einrichtungen geschaffen. Im April 2022 startete das Netzwerk mit einem ersten digitalen Treffen, für dessen Teilnahme auf Anhieb 20 BGM-Verantwortliche begeistert werden konnten. Und es geht weiter: Im Jahr 2022 sind bereits zwei weitere Netzwerktreffen geplant. Ende des Jahres werden die Termine für 2023 bekannt gegeben. Das Feedback und die Rückmeldungen zeigen, das Netzwerk trifft einen Nerv und stellt einen großen Mehrwert für alle Beteiligten dar.

## Neue Wege mit digitaler Gesundheitsförderung

Besonders vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie musste die Zusammenarbeit mit teilnehmenden Einrichtungen und die Angebote selber ab März 2020 zeitweise komplett auf digitale Formate umgestellt werden. Trotz verschiedener Herausforderungen starten die Einrichtungen mutig gemeinsam mit der BKK-Initiative digitale Pilotprojekte. So werden Steuerungsgremien, einzelne Maßnahmen oder ein ganzer Gesundheitstag mittlerweile erfolgreich digital umgesetzt.

Zudem bietet die BKK-Initiative seit 2021 jährlich ein digitales Gesundheitsangebot mit verschiedenen Schwerpunkten an. Im November 2021 konnten sich bundesweit Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen kostenlos für die einrichtungübergreifenden digitalen Gesundheitstage anmelden. In einer spannungsgeladenen Veranstaltungsreihe unter dem Motto „Energie tanken – Kraft schöpfen“ wurden Wege aus dem Stress aufgezeigt und die Selbstfürsorge von Mitarbeitenden gefördert. Präsentiert wurden die digitalen Gesundheitstage über eine

ansprechend gestaltete Website, auf der sich Beschäftigte registriert und für digitale Veranstaltungen angemeldet haben und dann nachfolgend zahlreiche Games, virtuelle Parcours und Videos nutzen konnten. Insgesamt haben 1.700 Beschäftigte aus 25 verschiedenen Einrichtungen an den digitalen Gesundheitstagen teilgenommen. Das Angebot kam an: In einer Befragung der Beschäftigten gaben 95% an, das Angebot weiterzuempfehlen. Ein schöner Erfolg in der herausfordernden Pandemiezeit!

In diesem Jahr richtet sich die digitale Gesundheitswoche „Durchatmen. Durchstarten!“ an Auszubildende und Pflegeschüler:innen. Vom 26.–30. September 2022 warten hier spannende virtuelle Live-Veranstaltungen rund um die Herausforderungen im Lern- und Berufsalltag, sowie begleitendes Wissen-To-Go in Form von Videos und Podcasts. Teilnehmen können Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bundesweit.

In der direkten Zusammenarbeit mit den Einrichtungen ist hingegen zu erkennen, dass die Digitalisierung häufig noch in den Kinderschuhen steckt. Nicht selten stellt ein fehlendes W-LAN oder fehlende Endgeräte die Umsetzung vor Herausforderungen. Die Angebote der BKK-Initiative sind in vielen Einrichtungen ein Weg, um ohne großes Risiko oder große Eigeninvestitionen einen Schritt in die Digitalisierung und Steigerung der Medienkompetenz der Mitarbeitenden zu gehen.

### Was hat Wertschätzung mit Gesundheitsförderung zu tun?

Wertschätzung stellt ein höheres Bedürfnis des Menschen dar [1]. Wertschätzung bzw. fehlende Wertschätzung kann sich auf unterschiedliche Weise sowohl positiv als auch negativ auf die Gesundheit von Mitarbeitenden auswirken [2, 3]. Durch das Empfinden von Wertschätzung werden Hormone freigesetzt: Dopamin, für eine verbesserte Konzentrations- und Leistungsfähigkeit, Endorphine, die ein gesteigertes Wohlbefinden hervorrufen, sowie das Vertrauens- und Bindungshormon Oxytocin. Wertschätzung bzw. fehlende Wertschätzung wirkt sich dementsprechend positiv bzw. negativ auf das Depressionsrisiko, Ängste, Gratifikationskrisen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus. Insgesamt wird Wertschätzung als soziale Unterstützung, Stresspuffer und als Motivationsfaktor empfunden. Fehlende Wertschätzung hingegen gilt als Belastungsfaktor, der sich negativer auf die Psyche auswirken kann, wie etwa eine generell hohe Arbeitsbelastung. Infolgedessen kann es zu geringerer Arbeits- und Leistungsfähigkeit, höheren Fehlzeiten und innerer Kündigung kommen [3, 4]. Ein wertschätzender

Umgang miteinander sowie eine wertschätzende Führungs- und Unternehmenskultur bildet den Grundstein für eine nachhaltig wirkende Gesundheitsförderung, Prävention und somit für ein erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Im Kontext von Pflege- und Ärztemangel und demografischem Wandel sehen sich Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen besonderen Herausforderungen gegenüber. Darüber hinaus zeigt sich insbesondere bei Pflegekräften eine hohe Belastung und Unzufriedenheit aufgrund mangelnder bzw. fehlender Wertschätzung und Anerkennung allgemein [5, 6]. Vor diesem Hintergrund legt die BKK-Initiative WERTGESCHÄTZT den Fokus auf Wertschätzung und Gesundheit in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

### Wissenschaftliche Evaluation

Die Initiative WERTGESCHÄTZT wird seit Mitte 2020 durch das Institut für sozialwissenschaftliche Forschung – ISF München – wissenschaftlich evaluiert. Die Evaluation fokussiert darauf, welche Wirkungen der Prozess der BKK-Initiative auf die Leistungsfähigkeit des BGMs hat. Dabei soll die Problematik der großen Vielfalt sowohl der Ausgangsbedingungen des BGM wie auch der einrichtungsspezifischen Maßnahmen für systematische Vergleiche genutzt werden: Unter welchen Bedingungen greifen die Maßnahmen besonders gut? Inwiefern sind unterschiedliche Wege zu wählen, um Ziele zu erreichen? Welche hemmenden und fördernden Faktoren für die Weiterentwicklung des BGM lassen sich identifizieren? Zur Beantwortung dieser Fragen wurde ein Online-Fragebogen an die BGM-Verantwortlichen aller teilnehmenden Einrichtungen der 1-zu-1-Betreuung verschickt. Zusätzlich wurden in vier Einrichtungen Beobachtungen und Interviews mit Beteiligten des BGM und wichtigen Schlüsselpersonen durchgeführt, um ein tieferes Verständnis der Ergebnisse zu erhalten.

Das Forschungsdesign sah insgesamt zwei Erhebungsphasen im Abstand von mehreren Monaten vor, um die Entwicklung in den Einrichtungen zu beobachten. Im März 2021 konnten erste Zwischenergebnisse aus der ersten Erhebungsphase Oktober/November 2020 veröffentlicht werden. Diese zeigen: Erfolgsfaktoren sind die Unterstützung durch die Geschäftsführung, personelle Ressourcen für das BGM sowie der Blick von außen. Das Tagesgeschäft und fehlende personelle Ressourcen erschweren dagegen die Etablierung von BGM.

Besonders die stete Ansprechbarkeit der BGM-Berater:innen der Initiative wird von den Einrichtun-

gen als sehr hilfreich empfunden. Auch Einrichtungen, die das BGM erst aufbauen, können ideal unterstützt werden. Insbesondere die Unterstützung bei der Erarbeitung der Standortbestimmung und der Ableitung von eigenen Zielen wird hervorgehoben. Die Ergebnisse zeigen somit deutlich, die BKK-Initiative WERTGESCHÄTZT hält, was sie verspricht.

Die Ergebnisse zeigen weiter einen spannenden Einblick in die Praxis. Auffällig ist, dass die Teilnehmenden der Online-Befragung unterschiedlichste Positionen in den Einrichtungen einnehmen, das BGM-Team folglich eine hohe Diversität und Perspektivenvielfalt aufweist. Die Initiative zur Gründung eines BGM kommt häufig von ganz oben. In 60% der teilnehmenden Einrichtungen wurde der Aufbau des BGM durch die Geschäftsführung initiiert, gefolgt von dem Betriebsrat, der in knapp 40% das BGM auf den Weg gebracht hat. Mehr als 60% der Einrichtungen haben das BGM bereits im Unternehmensbild verankert oder sind in der Entwicklung bzw. Planung. Auch hier unterstützt die BKK-Initiative und treibt das BGM strukturell voran. In den Interviews mit Beteiligten zeigt sich, dass die BKK-Initiative eine große Stütze ist, um das BGM trotz der Krise aufrecht zu halten. Besonders, weil Angebote ohne weiteres digital stattfinden konnten. So werden neue Wege gefunden, die man vorher nicht gesehen hat.

Die Datenerhebung des ISF-Institutes konnte Ende 2021 abgeschlossen werden, sodass abschließende Ergebnisse und ein umfassender Bericht über die Evaluation in der zweiten Jahreshälfte 2022 veröffentlicht werden können.

### Feedback von BGM-Verantwortlichen

Die BKK-Initiative WERTGESCHÄTZT trifft einen Nerv. Dies bestätigt nicht nur die steigende Nachfrage von Einrichtungen bundesweit, sondern auch die Rückmeldungen aus teilnehmenden Einrichtungen.

Anfang 2022 wurden alle BGM-Verantwortlichen aus teilnehmenden Einrichtungen befragt „Was wollten Sie schon immer mal über die BKK-Initiative WERTGESCHÄTZT loswerden?“ Antworten waren:

- „Die Initiative WERTGESCHÄTZT hat wesentlichen Anteil daran, dass auch Unternehmen die wenig Erfahrung mit der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement haben, ein strukturiertes BGM aufbauen können. Die Unterstützung durch die Initiative ist dabei unbezahlbar!“ (Susanne Schneider, Evangelisches Klinikum Niederrhein)

- „Ich bin so froh, dass wir dieses Angebot gefunden haben und in dieses Programm einsteigen konnten! Besonders während Corona war es ein Lichtblick und eine unglaubliche Unterstützung! Ganz tolle engagierte und sehr freundliche Mitarbeiter! Vielen Dank!!“ (*Britta Opel, Alice Hospital*)
- „Mit der BKK-Initiative WERTGESCHÄTZT haben wir einen verlässlichen und starken Partner an unserer Seite, der uns bei der Umsetzung des BGM-Prozesses beratend und unterstützend zur Seite steht. Unsere Beraterin hilft uns als Expertin und Ansprechpartnerin bei der Etablierung des BGM-Prozesses, sodass es uns möglich ist, ein individuelles und professionelles BGM aufzubauen. Gemeinsam mit unserer Beraterin kann ich aufkommende Herausforderungen bewältigen, kreative Lösungsansätze erarbeiten und lerne neue Methoden, Herangehensweisen und Möglichkeiten im BGM kennen. Und all das abgestimmt auf unsere Einrichtung. An dieser Stelle möchte ich der BKK-Initiative WERTGESCHÄTZT, aber insbesondere unserer Beraterin, ein großes Dankeschön und Lob aussprechen. Unser BGM-Prozess wäre ohne Eure Unterstützung in der Form, wie wir es aktuell erleben, nicht möglich. Vielen Dank für die tolle Organisation, die Beratung und die Möglichkeit, alle Angebote seitens der Initiative individuell auf unsere Einrichtung abzustimmen. Die Zusammenarbeit ist sehr angenehm und einfach. Wir als Einrichtung haben einen festen Ansprechpartner, jede Menge Fachexpertise und tolle Angebote, aus denen wir wählen können.“ (*Janina Scholz, Johannes von Gott Haus*)
- „Die Berater sind einfach super. Mit viel Fachwissen, Kreativität und kommunikativer Kompetenz wird man da abgeholt, wo man gerade steht. Gemeinsam mit der Initiative WERTGESCHÄTZT konnten wir unser BGM voranbringen. Auf Grundlage eines bestehenden soliden Fundaments haben wir systematisch an unserer Weiterentwicklung gearbeitet. Dabei wird einem nichts übergestülpt, sondern immer gemeinsam anhand der individuellen Gegebenheiten und den daraus resultierenden Bedarfen und Bedürfnissen des Hauses entschieden, welche Maßnahmen und Aktionen sinnvoll sind.“ (*Claudia Liebetrau, Borromäus Hospital Leer*)

- „Vielen Dank für die Unterstützung. Ich als Einzelkämpfer im Unternehmen habe einen super hilfreichen Sparringpartner gewonnen! Die Zusammenarbeit hat mir enorm geholfen das Thema strategische Weiterentwicklung des BGM in Angriff zu nehmen.“ (*Kristina Dietrich, Klinikum Garmisch-Partenkirchen*)
- „Es ist großartig unterstützt zu werden!“ (*Natalie Dreier, Vitanas Senioren Centrum Am Rheinufer*)

## Ausblick

Die BKK-Initiative wird weiterhin mit vollem Einsatz und gebündelten Know-how ihren Beitrag zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen leisten. Interessierte Einrichtungen können weiterhin bundesweit an der BKK-Initiative teilnehmen und sich beraten lassen. Darüber hinaus wird durch die hohe Expertise, die sich in dem Zusammenschluss der 30 Betriebskrankenkassen (s. ►► Abb. 4) gefunden hat die Angebote der BKK-Initiative stetig weiterentwickelt und an die aktuellen Herausforderungen und Bedürfnisse der Einrichtungen angepasst.

## Literatur

1. Maslow AH (1968). *Toward a Psychology of Being*. D. Van Nostrand Company: New York
2. Hinding B, Akca S, Kastner M (2012). Wertschätzung als Prädiktor für die Leistungsfähigkeit und Gesundheit des Pflegepersonals im Krankenhaus. *Plexus. Supplement*, 20, 64–75
3. Matyssek AK (2011). *Wertschätzung im Betrieb. Impulse für eine gesündere Unternehmenskultur*. Books on Demand GmbH: Norderstedt
4. Semmer NK, Jacobshagen N, Meier LL (2006). Arbeit und (mangelnde) Wertschätzung. *Wirtschaftspsychologie*, 8 (3), 87–95.
5. Buxel H (2011). Krankenhäuser: Was Pflegekräfte unzufrieden macht. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(17), A 946–948.
6. Hellweg S, Müller K (2012). Wer schätzt denn hier den Wert? – Wertschätzung für professionelle Pflege braucht gemeinsame Qualitätskriterien. *Plexus. Supplement*, 20, 15–28.

Abbildung 4 Unterstützende Betriebskrankenkassen



Dr. Carsten Stephan

Carsten Stephan hat Pflege- und Gesundheitswissenschaften in Neubrandenburg studiert und im Bereich der Medizinwissenschaften an der Universität Duisburg-Essen promoviert. Er hat viele Jahre in der Gesundheitsförderung und dem Aufbau von Gesundheitsmanagement gearbeitet. Seit 2011 ist er als Geschäftsführer der Team Gesundheit GmbH tätig und hat in dieser Funktion gemeinsam mit Frau Stump und den Partner-Betriebskrankenkassen die Initiative WERTGESCHÄTZT aufgebaut.



Eva Lotta Stump

Eva Stump hat Health Education and Promotion (M.Sc.) an der Maastricht University studiert. Sie arbeitet seit 2017 bei der Team Gesundheit GmbH in verschiedenen Setting-Projekten in der Gesundheitsförderung. Gemeinsam mit Herr Dr. Stephan und den Partner-Betriebskrankenkassen baute sie die Initiative WERTGESCHÄTZT auf und leitet seitdem das Projekt.

# Gesund + gewaltfrei. Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in bayerischen Pflegeheimen

Thomas Klie, Claus Heislbetz, Hanna Batzoni und Hannah Nebel<sup>1</sup>

Sie sind bekannt, sie waren und sind in Zeiten der Corona-Pandemie alltäglich: Gewalterfahrungen, Erfahrung in der Einschränkung im persönlichen Aktionsradius, in der Mobilität. Wie in den einschlägigen Fachdiskursen üblich, wird auch im Folgenden ein weiter Gewaltbegriff zugrunde gelegt. Demzufolge sind regelmäßig als demütigend erlebte Handlungen und Unterlassungen zu thematisieren, die in fünf Formen zu betrachten sind: körperliche Gewalt, psychische Gewalt, Vernachlässigung, finanzielle Ausnutzung und intime Übergriffe/sexuelle Gewalt.

Das Thema Gewalt in stationären Versorgungssettings ist ein auch in der Gesellschaft aufmerksam wahrgenommenes, das nicht zuletzt das Image von Heimen beeinflusst. Gewalt in Heimen kann aber auch empirisch nicht als Randerscheinung pflegerischer Praxis bezeichnet werden. Die Zahlen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, die Daten über den Einsatz von Psychopharmaka jenseits fachlicher Indikation, sie sprechen ihre eigene Sprache. So werden für Menschen mit Demenz u. a. Medikamente zur „Ruhigstellung“ verordnet, obwohl diese nicht indiziert sind, was zu einer kognitiven Verschlechterung des Krankheitsbildes führen kann [1]. Bewegungseinschränkende Maßnahmen, wie Bettgitter oder Fixiergurte, werden in deutschen Pflegeheimen weiterhin eingesetzt und bereits vor der Pandemie 2019 wurde von 350.000 Betroffenen täglich ausgegangen [2].

## Gewalt: Belastung und Stress für beide Seiten

Gewalt in der Pflege führt nicht nur bei den Bewohner:innen zu massiven Belastungen, sondern löst auch bei den Pflegenden enormen Stress aus. In angespannten, herausfordernden Situationen des Pflege- und Betreuungsalltags kann es schnell zu Gewalthandlungen kommen. Dies gilt gegenüber

den Bewohner:innen, aber auch Pflege- und Betreuungskräfte sind Opfer von Gewalthandlungen im Pflegeheim. Dieser Befund war und ist Ausgangspunkt für das in mancher Hinsicht einzigartige Gewaltpräventionsprojekt der Pflege- und Krankenkassen in Bayern. Nirgendwo anders in Deutschland ist es bislang gelungen, das wichtige Thema Gewaltprävention auf eine so breite Grundlage zu stellen: finanziell, aber auch pflegepolitisch. Damit wird in dem auf drei Jahre angelegten Projekt der Einschätzung von Weidner Rechnung getragen, dass Maßnahmen zur Prävention von Gewalthandlungen sowohl menschenrechtlich, wie auch pflegepolitisch zu den bedeutsamsten in der Pflegepolitik gehören. Dabei verfolgt das Projekt zwei Perspektiven (s. » Abb. 1): Es nimmt zum einen Gewalt gegen Bewohner:innen in den Blick, durch Pflegenden, aber auch andere, untereinander und hinsichtlich dessen, was als strukturelle Gewalt verstanden wird. Es macht zum anderen Gewalt gegen Pflegenden zum Gegenstand von Präventionsmaßnahmen. Pflegenden sind in ähnlicher Weise von Gewalt betroffen, sei es durch Bewohner:innen, im Team durch Kolleg:innen, aber auch durch die strukturellen Bedingungen, unter denen sie zu arbeiten haben.

Abbildung 1 Zwei Perspektiven in einem Projekt (projekteigene Darstellung)



1 Unter Mitarbeit von Vanadis Götz, Pablo Rischard und Markus Witzmann.



## Sensibilisieren für alltägliche Gewalt in der Pflege

Zu den Anliegen des Projektes gehört es, bei all den in der stationären Pflege tätigen Arbeitskräften ein Bewusstsein für die unterschiedlichen Dimensionen und Formen von Gewalt in der Pflege zu wecken und zu fördern. Darauf aufbauend sollen Kompetenzen vermittelt und Deeskalationsstrategien in den betrieblichen Alltag integriert werden, die dauerhaft dazu beitragen, Gewalthandlungen und entwürdigende Verhaltensweisen in ihren sehr unterschiedlichen Ausprägungen vorzubeugen. Wie schon aus den Forschungen zur Reduzierung körpernaher Fixierungen (z. B. Projekt ReduFix) bekannt, ist Voraussetzung für den Verzicht auf Gewalthandlungen respektive das Erkennen von Gewaltdimensionen im pflegerischen Alltag, die Sensibilität und eine entsprechende anthropologische Grundhaltung. Insofern gehört es zu den Anliegen des Projektes, ein Bewusstsein für Gewalthandlungen und entwürdigende Verhaltensweisen zu stärken. Eine Institution der Langzeitpflege, der es um Würde ihrer Bewohner:innen geht, tut alles, um Demütigungen zu vermeiden. Dieses Anliegen kann nur erreicht werden, wenn das Thema Gewalt aus der Tabuzone herausgeholt wird. Es soll und muss darüber gesprochen werden.



Insofern geht es um die Förderung der Kommunikationskultur für ein gelingendes Handeln in Belastungs- und Grenzsituationen und im Umgang mit den tabuisierten Aspekten pflegerischen Handelns. Nicht die Aufstellung neuer Standards und Reglements steht im Vordergrund, sondern die Vermittlung von Handlungskompetenz im Sinne souveräner Fachlichkeit: Sie gilt es zu fördern. Pflegefachpersonen handeln eigenständig und eigenverantwortlich; dazu sind sie qualifiziert.

## Souveräne Fachlichkeit und Infektionsschutzregime

Gerade in der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass es keineswegs selbstverständlich ist, die souveräne Fachlichkeit gegenüber den Erwartungen an einen strikten Infektionsschutz zu verteidigen. Rechtsfragen tauchen im Zusammenhang mit Gewaltphänomenen auf: Sind Heime, sind die Mitarbeiter:innen verpflichtet, bestimmte Schutzmaßnahmen zu ergreifen, auch wenn diese sich als Gewalthandlungen gegenüber den Bewohner:innen erweisen? Welche Alternativen zu Gewalthandlungen, etwa in Form freiheitsentziehender Maßnahmen,

gibt es? Hier liegen vielfältige Erfahrungen und Wissensbestände vor. Wie ist mit dem Bekanntwerden von Gewalthandlungen auch gegenüber Mitarbeiter:innen umzugehen? Gibt es Meldepflichten? Welche Konsequenzen können in rechtlicher Hinsicht Gewalthandlungen entfalten? Um diese Fragen systematisch zu bearbeiten – und dies nicht zuletzt unter den schwierigen Bedingungen der Corona-Pandemie – wird ein Rechtscoaching angeboten, das allen beteiligten Einrichtungen zur Verfügung steht. Das Projekt „Pflege in Bayern – gesund und gewaltfrei“ begann mit einer ausführlichen Literaturrecherche, in dem all das, was im deutschsprachigen Bereich, aber auch weltweit zum Thema Gewaltprävention gegenüber Mitarbeiter:innen in der Pflege und Bewohner:innen in stationären Pflegeeinrichtungen bekannt ist, zusammengetragen wurde. Auf die wertvollen Arbeiten des Zentrums für Qualität in der Pflege konnte ebenso zurückgegriffen werden, wie auf Arbeiten in internationalen Zusammenhängen. Daraus entstanden ist ein umfangreicher Methodenkoffer, der den sich an dem Projekt beteiligenden Einrichtungen zur Verfügung gestellt wird. Auf das verfügbare Wissen sollen die Mitarbeitenden und Verantwortlichen in den Einrichtungen maßgeschneidert zurückgreifen.

## Aus methodischen und ethischen Gründen: Warteschlangenintervention

40 Einrichtungen konnten in zwei Kohorten an dem Projekt teilnehmen. Aus methodischen Überlegungen und da ein Kontrollgruppendesign mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe aus ethischen Gründen nicht in Frage kam, wurde eine sogenannte Warteschlangenintervention in dem Design des Projektes verankert: Je 20 Einrichtungen begannen in 2020 respektive 2021. In drei Phasen machen sich die beteiligten Einrichtungen auf den Weg: In der Sensibilisierungs-, Interventions- und Trainingsphase sowie in der begleiteten Verstetigung. Inspiration und Beratung erhalten die Implementierungsverantwortlichen der Einrichtungen im Austausch unter den Projekteinrichtungen in regelmäßigen Regionalgruppentreffen sowie im Kontakt mit Fachreferent:innen, die ihnen als persönliche Prozessbegleiter:innen beiseite gestellt werden. Um die Implementation in den Einrichtungen breit aufzustellen, wurde in jeder Einrichtung eine fraktal zusammengesetzte Fokusgruppe mit Beteiligten der unterschiedlichen Berufsgruppen aus Hilfs-, Fach- und Führungskräften sowie extern Beteiligter gebildet,

die den Prozess der Implementierung vorantreiben. Die Sensibilisierung zum Thema Gewalt gelang mit mehreren Zugängen – auf der persönlichen Ebene im Erzählen persönlich erlebter Geschichten im Zusammenhang mit Gewalt im Laufe der Berufsbiografie in der Pflege und im Gespräch über die damit verbundenen Emotionen sowie in der kognitiven Auseinandersetzung zu unterschiedlichen Formen, Richtungen, Täter:innen und Opfer von Gewalt. Bemerkenswert schnell gelang es, einen Austausch zu Gewalt und Gewalterfahrungen in der Pflege zu initiieren, diesbezügliche Sprachfähigkeit zu fördern und so dazu beizutragen, die Auseinandersetzung mit dem Thema zu enttabuisieren.

### Breakthrough-Methode zur Unterstützung gelingender Implementierungsprozesse

Mittels eines Fragensets zur strukturierten Selbsteinschätzung wurden die Mitglieder der Fokusgruppen darin unterstützt, zunächst individuell und anschließend im Diskurs die Kernproblematiken in ihren Einrichtungen zu identifizieren. Im Sinne der Breakthrough-Methode [3] zur Unterstützung gelingender Implementierungsprozesse wurden sie anschließend ermuntert, sich zunächst den Herausforderungen zu widmen, bei denen sie am ehesten einen Erfolg erwarten, um sich anschließend auf dieser Grundlage den schwierigeren Aufgaben zu widmen. In den Regionalgruppentreffen tauschen sich die Verantwortlichen über ihre Erfolgserlebnisse und erreichte Good Practice aus und profitieren so auch gegenseitig von ihren Erfahrungen. Ziel des Präventionsprojektes ist es, gesundheitsfördernde und gewaltfreie Arbeitsbedingungen für Mitarbeitende sowie gesundheitsfördernde und gewaltfreie Lebensbedingungen für Bewohnerinnen und Bewohner in den Projekteinrichtungen zu fördern, indem diese Anliegen aus der Tabuzone geholt werden und einen festen Platz in der Kommunikation in der Einrichtung erhalten. Auch dazu erweist sich der Austausch in den Regionalgruppen als beispielgebend für den erforderlichen Entwicklungsprozess in der Kommunikationskultur.

Die Steuerung des Implementationsprozesses in den Einrichtungen liegt nicht allein in der Verantwortung der professionell Tätigen. Vielmehr wirken daran alle Beteiligten-Gruppen mit: Gewalt in die ein oder andere Richtung hat immer mit Kultur zu tun, mit organisationsethischen Fragen. Insofern ist die gesamte Einrichtung in die Thematik einzubeziehen. Die Thematisierung von Gewalt, die Re-

duzierung von Gewalthandlungen, die Sensibilisierung und die Erprobung von Deeskalationsstrategien sind eingebettet in einen Organisationsentwicklungsprozess. Besonders wichtig in dem Projekt ist es daher, dass auch An- und Zugehörige in die Fokusgruppen der Einrichtung einbezogen sind. Auch sie spielen eine wichtige Rolle für die Sensibilität, für die die Einrichtungen treffenden Erwartungshaltungen. Auch können sie Teil einer Strategie und einer Konzeption sein, Gewalthandlungen zu vermeiden.

### Methodenkoffer und institutionsbezogene Antworten

Die Einrichtungen wählen sich aus dem Methodenkoffer mithilfe ihrer Prozessbegleiterin/ihrer Prozessbegleiters die Instrumente, die Maßnahmen und Methoden aus, die sie in ihren internen Prozess in der Erreichung ihrer Ziele bezogen auf Gewaltprävention unterstützen. Insofern geht es nicht um die Erprobung von Einzelmaßnahmen, es geht vielmehr um die Suche nach institutionenspezifischen Antworten auf die Gewaltphänomene. Die mit den Prozessbegleiter:innen gefundenen Maßnahmenbündel umfassen beispielsweise Trainings zur Handlungskompetenz (z. B. Deeskalationsstrategien, Kommunikationsschulungen), Schulungen zur Haltung und zum Verständnis (z. B. in Dilemma-Situationen oder gegenüber Bewohner:innen mit Demenz) sowie organisatorische Optimierungen (z. B. in der Optimierung der Dienstplangestaltung) und Maßnahmen zur Verbesserung der Partizipation aller Berufsgruppen eines Wohnbereichs mit dem Ziel der Förderung der gegenseitigen Wertschätzung im Team.

» Ein Gewaltpräventionsprojekt unter Pandemiebedingungen durchzuführen, stellt sich als besonders herausfordernd dar. Interessant: Die Corona-Pandemie hat die Einrichtungen eher motiviert, sich an dem Projekt zu beteiligen, als ihre Beteiligungsbereitschaft zu irritieren.

### Corona-Pandemie: Fragen struktureller Gewalt im Vordergrund

Wurde doch gerade unter Corona-Pandemiebedingungen deutlich, wie gewaltgeneigt stationäre Pflege sein kann, insbesondere, wenn von Aufsichtsbehörden, von Gesundheitsämtern, aber auch von zum Teil rigide agierenden Akteuren der Verbandsebene strikte Infektionsschutzmaßnahmen gefordert und durchgesetzt wurden. Insofern kam und kommt das

Projekt Gewaltprävention in der stationären Pflege gerade recht: Zeigt sich doch gerade unter Corona-bedingungen die Kultur von Einrichtungen und die fachliche Handlungssouveränität der Profis, die in dem Projekt gestärkt werden soll. Im Verlauf der Corona-Pandemie traten Fragen struktureller Gewalt mehr in den Vordergrund, wobei die Wahrnehmung dessen, was denn nun als Gewalt zu werten sei durch staatlich und institutionell auferlegte Infektionsschutzmaßnahmen beeinflusst wurde.

Finanziert wird das Gewaltpräventionsprojekt durch die Pflege- und Krankenkassen in Bayern.<sup>2</sup> Im Projekt folgen wir dem Pflegemodell von Mike Nolan, das in gleicher Weise auf Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen angewendet werden kann, wenn es um die sechs Sinn- und Sinneserfahrungen, um die sechs Dimensionen guter Pflege geht, die sich eben nicht nur in der Pflege der Bewohner:innen zeigen, sondern auch in einem entsprechenden pflegerischen und sorgsamem Umgang mit den Mitarbeiter:innen in den Einrichtungen.

### Gewalterfahrungen: Jede/r Zweite

Die ersten Ergebnisse sind interessant: die beiden Befragungen unter den Mitarbeitenden in 2020 und 2021 heben die Relevanz des Themas Gewalt und Gesundheit in Pflegeheimen deutlich hervor. Sie zeigen, dass ein großer Teil der befragten Mitarbeitenden im Zeitraum von zwei Monaten vor der jeweiligen Befragung persönliche Erfahrungen mit Gewalt am Arbeitsplatz machte (s. » Abb. 2). Im gleichen Zeitraum wurde ebenfalls ein hohes Maß an Gewalt-handlungen und Vernachlässigungen gegenüber Bewohner:innen beobachtet (s. » Abb. 3).

Interessant ist auch der Befund, dass Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden aufs engste mit Gewaltprävention gegenüber den Bewohner:innen verschränkt ist. Präventionsmaßnahmen zugunsten

Abbildung 2 Persönliche Gewalterfahrung (projekteigene Darstellung)

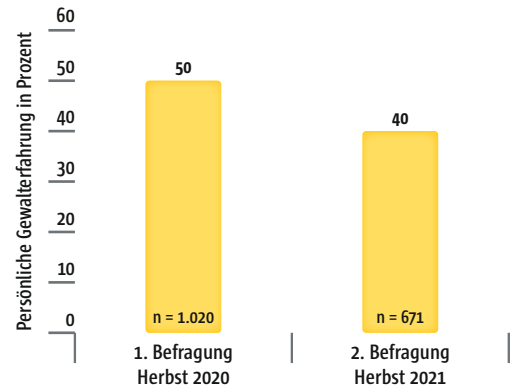
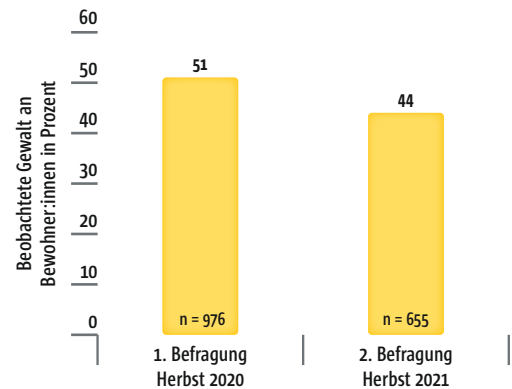


Abbildung 3 Beobachtete Gewalt an Bewohner:innen (projekteigene Darstellung)



der Beschäftigten wirken sich auch gewaltpräventiv für Bewohner:innen aus. Das Konzept des Pflege- und Krankenkassen finanzierten Projektes, zwei Präventionsperspektiven miteinander zu verbinden, scheint aufzugehen. Mitte 2023 werden die Gesamtergebnisse vorliegen und es wird ein Good-Practice-Katalog entstehen. Sie münden hoffentlich in eine neue Aufmerksamkeit der zuständigen Institutionen, bis hin in die höchsten, auch politischen Ebenen für das Thema Gewalt in der Pflege, auch und gerade unter Präventionsgesichtspunkten.

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie auf der Homepage <https://www.gesund-gewaltfrei.bayern/>

2 Das bayernweite Präventionsprojekt wird kooperativ von der AGP Sozialforschung im FIVE e. V. (AGP), der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e. V. (HWA) sowie der Hochschule München (HM) durchgeführt. Das Projekt wird gefördert durch die AOK Bayern, die Betriebskrankenkassen in Bayern, die KNAPPSCHAFT, die Techniker Krankenkasse (TK), die BARMER, die DAK-Gesundheit, die KKH Kaufmännische Krankenkasse, die Handelskrankenkasse (hkk), die HEK – Hanseatische Krankenkasse sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Pflegekasse. Die fördernden Kranken- und Pflegekassen begleiten die Durchführung des Projektes seit Beginn und stehen den Kooperationspartner:innen beratend zur Seite.

## Literatur

1. Glaeske G (2020). Demenzreport 2020. Unter Mitarbeit von E. Aksoy, D. Fuchs, F. Höfel, B. Marquardt, A. Nymbach-Dietrich, L. Richter et al. Hrsg. v. SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen. Universität Bremen; Handelskrankenkasse (hkk). Bremen. URL: [https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2020/hkk\\_Demenzreport\\_2020\\_Web.pdf](https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2020/hkk_Demenzreport_2020_Web.pdf) [abgerufen am 07. Oktober 2021]
2. Klie T (2019). Wo hört die Freiheit auf? In: *Altenheim. Lösungen fürs Management* 58 (11), S. 46–51
3. Roes M, Heislbetz C, Bäuerle D, Frommelt M (2010). Implementierung einer multiprofessionellen Versorgungsleitlinie mittels der Breakthrough-Methode am Beispiel des BUKO-Qualitätsniveau I. In: Frommelt M, Roes M, Schmidt R (Hrsg.) *Implementierung wissenschaftlicher Qualitätsniveaus*. Heidelberg: medhochzwei, S. 107–140



© EH Freiburg,  
Marc Doradzillo

### Prof. Dr. Thomas Klie

Prof. Dr. Thomas Klie, Jahrgang 1955, bis 2021 Rechts- und Verwaltungswissenschaftler an der Evangelischen Hochschule Freiburg, seitdem Gastprofessor an der Universität Graz. Er leitet das Institut AGP Sozialforschung sowie das Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung in Freiburg und Berlin. Er arbeitet als Rechtsanwalt und ist seit Jahrzehnten als Sozialexperte mit der deutschen Gesundheits- und Pflegepolitik beschäftigt und in der Politikberatung tätig.



### Dr. Claus Heislbetz

Studium der Sozialen Arbeit und Sozialwissenschaften an der Hochschule Würzburg und der Universität Erlangen-Nürnberg. 2009 Promotion zum Dr. rer. pol. an der Universität Bamberg. Seit 2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit 2015 Mitglied der Direktion/des Vorstands der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e. V. (München) mit der Verantwortung für die Implementierungs- und Forschungsprojekte sowie Hochschulkooperationen der Akademie. Projektkoordination und Projektleitung in verschiedenen Projekten zur pflegerischen Versorgung älterer Menschen im Auftrag verschiedener Landes- und Bundesministerien; Projektleitung im Teilprojekt der Hans-Weinberger-Akademie im Projekt Pflege in Bayern – gesund und gewaltfrei.



### Hanna Batzoni

Exam. Gesundheits- und Krankenpflegerin und Mitarbeiterin der klinikinternen Krisenintervention der München Klinik. Pflegewissenschaftliches Studium (B.Sc. Pflege und M.Sc. Advanced Nursing Practice) an der Hochschule München. Seit 2020 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule München und Projektkoordinatorin im Rahmen des Projektes ‚Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen‘.



### Hannah Nebel

Ausbildung zur Krankenschwester und jahrelange Erfahrung in der ambulanten Altenpflege. Studium der Sozialen Arbeit an der Alice-Salomon-Hochschule, Berlin (B.A.) und an der Fachhochschule Erfurt (M.A.). 2019 Abschluss des weiterbildenden Master of Science in Global Urban Health an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg. Seit 2020 wissenschaftliche Mitarbeiterin bei AGP Sozialforschung im FIVE Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg e. V. Projektkoordination und wissenschaftliches Arbeiten mit dem Schwerpunkt auf ambulante und häusliche Pflege, Gewalt in der Pflege und zivilgesellschaftliches Engagement.

# Alter(n)s- und lebensphasengerechte Arbeit und Berufsverläufe in der Pflege<sup>1</sup>

Alexander Frevel, Heinrich Geißler und Kerstin Thönnessen

Im Projekt HALTgeben<sup>2</sup> wurde die Hypothese geprüft, dass Veränderungen in den Arbeits- und betrieblichen Rahmenbedingungen in der Pflege zu Verbesserungen der Arbeitsfähigkeit<sup>3</sup> von Pflegekräften und dadurch zu einer höheren Zufriedenheit von Patient:innen führen.

Dieses Ziel konnte nur bedingt erreicht werden. Einerseits haben die Interventionen nicht zu statistisch nachweisbaren Veränderungen in Interventionsbereichen im Vergleich zu Kontrollgruppen geführt und die Zufriedenheit von Patient:innen hat sich auch nicht bedeutsam verändert. Andererseits ist die Zufriedenheit der Projektpartner mit den erreichten Ergebnissen durchaus positiv. Bemerkenswerten Einfluss auf die Ergebnisse hatten die Auswirkungen der Corona-Pandemie durch organisatorische Verwerfungen (Stationsschließung, Personalumsetzung) und zusätzlichen individuellen Belastungen mit Folgen für die Arbeitsfähigkeit.

Dargestellt werden das Projektdesign und die Prozesse zur Formulierung von Veränderungsvorschlägen. Beispielfaßhaft werden umgesetzte Maßnahmen und quantitative Evaluationsergebnisse beschrieben. In der selbstkritischen Beurteilung werden interne und externe Einflussfaktoren und deren Wirkungen erläutert.

## Projektdesign und Vorgehensweise

Das Vorhaben wurde vom Konsortialführer Arbeit und Zukunft e. V. mit den Projektpartnern Klinikum

Region Hannover (KRH) mit zehn Häusern, dem Evangelischen Altenzentrum Bruchsal (EAZ) mit stationärer und ambulanter Versorgung sowie dem Dachverband der Betriebskrankenkassen durchgeführt. Der Konsortialpartner Universität Ulm, Bereich Medizinische Soziologie des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, war für die wissenschaftliche Evaluation der Interventionen zuständig.

Das Studiendesign sah über einen Zeitraum von drei Jahren nach der Ersterhebung zur Feststellung der Ausgangssituation ( $t_0$ ) eine Messung während der Interventionsphase zur Feststellung erster Veränderungen ( $t_1$ ) und die abschließende Beurteilung ( $t_2$ ) der Interventionseffekte auf die Arbeitsfähigkeit und die Patient:innen-Zufriedenheit vor.

An der ersten schriftlichen Befragung der Universität Ulm ( $t_0$ ) beteiligten sich Mitte 2019 von etwa 2.900 (N) Pflegekräften 469 (n). Aus dieser Basis wurden für eine kontrollierte cluster-randomisierte Studie per Zufallsprinzip Stationen bzw. Wohnbereiche einer Interventions- oder einer Kontrollgruppe zugewiesen.

In 22 Interventionsbereichen wurden durch Arbeit und Zukunft gut 230 einstündige Leitfadengestützte Gespräche mit Pflegekräften und operativen Leitungspersonen aus unterschiedlichen Altersgruppen geführt. Die Themen behandelten die besonders guten Seiten der Arbeit ebenso wie belastende Bedingungen unter Beachtung verschiedener Lebensphasen und -situationen. Basis für die Befragung war das Konzept der Arbeitsfähigkeit [3, 4] mit den Einfluss- und Handlungsfeldern

- Gesundheit, Leistungsfähigkeit
- Kompetenz, Erfahrung, Lernen
- Werte, Einstellungen, Motivation
- Arbeit – Arbeitsbedingungen, Arbeitsorganisation, Führung
- Familie, soziales Umfeld.

Bezogen auf die Berufsverläufe wurde erkundet, wie die Einarbeitung erfolgt, welche beruflichen Ent-

- 1 Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF18006 in der Laufzeit vom 01.02.2019 bis 30.04.2022 gefördert.
- 2 Hohe Patient\*innen-Zufriedenheit durch alter(n)s- und lebensphasengerechte Arbeitsgestaltung und Berufsverlaufsmodelle in der Pflege (HALTgeben)
- 3 Arbeits(bewältigungs)fähigkeit (Work Ability) beschreibt das Potenzial eines Menschen, eine Anforderung zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen. Dabei müssen die individuellen funktionellen Kapazitäten ins Verhältnis gesetzt werden zu den Arbeitsanforderungen. (Ilmarinen 2006 [1], Tempel/Ilmarinen 2013 [2])

wicklungsmöglichkeiten bestehen und welche Entlastungsmöglichkeiten gegeben bzw. gewünscht sind.

Die befragten Personen haben Themen oder Maßnahmen zur Optimierung vorhandener guter Lösungen wie auch zur Vermeidung bzw. Verringerung unzuträglicher Belastungen formuliert. In jedem Interventionsbereich wurde (mindestens) ein Workshop mit den Gesprächsteilnehmenden durchgeführt, um sich auf ein gemeinsames Bild der Situation in der Station bzw. im Wohnbereich (Verdichtung) und auf Maßnahmenvorschläge zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu verständigen (Strukturierung).

Die Themen und Empfehlungen wurden in Initiativkreisen der KRH-Kliniken und des EAZ vorgestellt und im Hinblick auf Handlungsbedarfe und Handlungsmöglichkeiten beurteilt. Diesen Kreisen gehörten die/der jeweilige Pflegedirektor:in, Pflegedienst-, Bereichs- und Stationsleitungen, Pflegekräfte, Personen der betrieblichen Interessenvertretung sowie teilweise aus dem Personalmanagement und Qualitätsmanagement an. In der KRH wurde darüber hinaus für Klinik übergreifende Themen wie auch für die Steuerung des Gesamtprojekts ein Initiativkreis des Klinikverbundes (Geschäftsführung, Bereichsleitungen zentraler Dienste, Konzernbetriebsrat sowie Pflegedirektor, Stationsleitung, Pflegekräfte) installiert.

Die als umsetzbar eingeschätzten Hinweise wurden auf drei Handlungsebenen formuliert:

- Was kann und will die Station selbst realisieren?
- Was bedarf der Regelung auf der Ebene des Krankenhauses bzw. der Altenpflegeeinrichtung?
- Was betrifft das Gesamtunternehmen und muss im da angesiedelten Initiativkreis vereinbart werden?

Insgesamt wurden mehr als 500 Maßnahmenvorschläge formuliert. Etwa 60% davon wurden in der Projektlaufzeit umgesetzt. Einige konnten nicht realisiert werden, weil gesetzliche oder tarifvertragliche Regelungen dem entgegenstanden, andere nicht, weil erforderliche sachliche oder kapazitative Voraussetzungen nicht erfüllbar waren.

## Maßnahmen und Praxisbeispiele

Die generellen Herausforderungen in der Pflege sind hinlänglich bekannt: Personalbedarf, Arbeitsbelastungen, Arbeitszeit, Ablauforganisation, Digitalisierung, wirtschaftliche Zwänge, Image ... Im Folgenden wird eine Auswahl gelungener wie auch nicht

(unmittelbar) umgesetzter Themen und Maßnahmen dargestellt.

### *Stationen und Wohnbereiche*

Sachgemäß waren Maßnahmen auf der Stations-ebene zwar kurz- bis mittelfristig umsetzbar, hatten in Bezug auf die Förderung der Arbeitsfähigkeit jedoch überwiegend eine eher niedrigere Wirkungsintensität – und damit auf die nachweisbaren Interventionseffekte. Investive Maßnahmen konnten zunächst relativ schnell realisiert werden; mit den ökonomischen Folgen der Corona-Pandemie wurden sie allerdings nicht mehr prioritär vorangetrieben.

- Zur Reduktion zeitaufwändiger Tätigkeiten wurden zusätzliche Transfer- und Mobilisierungshilfen, ergonomisches Mobiliar sowie kombinierte Blutdruck-Thermometer-Manschetten und Vitalzeichen-Rollständer angeschafft.
- Um Laufwege und -zeiten zu verringern, wurden Lagerplätze umgestaltet; mit einer weiteren Topfspüle auf einer Station mit extrem langem Flur wurden körperliche Belastungen verringert.
- Viele Pflegekräfte haben eingefordert, dass Pausen auch tatsächlich und „nicht im Zugriffsbereich von Patient:innen, Angehörigen und Kolleg:innen in einem ruhigen Raum“ eingehalten werden können. In manchen Stationen wurden interne Vertretungsregelungen vereinbart und Pausenräume ausgestattet.
- Der zusätzliche Einsatz von Teamassistenzen führte zu weniger Unterbrechungen und damit zu besserer Konzentration auf die eigentliche Pflegearbeit.
- Ein bislang offener Empfangstresen wurde umgebaut, um Diskretion (Datenschutzgemäße Ausstattung) und Schutz vor Übergriffen zu verbessern.
- Fluktuationsgründe, die ursächlich in den Arbeits- und Rahmenbedingungen liegen, sollen im Rahmen eines Offboarding-Konzepts systematisch erhoben werden, um gezielt Veränderungen zu initiieren.

### *Strukturell-organisatorische Maßnahmen*

Maßnahmen mit strategischer Orientierung auf der Ebene des KRH-Gesamtunternehmens und des EAZ hatten einen mittel- bis längerfristigen Wirkungshorizont. Sie waren für die Einrichtung neuartig und erforderten einen längeren Planungs- und Entwicklungsprozess in Abstimmung zwischen Pflege und Fachbereichen.

- Die von Pflegekräften gewünschte Wahlmöglichkeit, ab 50 Jahren keine Nachtschicht machen zu müssen, ließ sich als kollektive Regelung nicht realisieren. Individuelle Entlastung ist in Abstimmung mit dem jeweiligen Team möglich.

- Durch Vereinbarungen von verbindlichen Zeitrahmen wurde – insbesondere in multidisziplinären Stationen – die Visitenorganisation verbessert.
- Zur Verbesserung der Einarbeitung wurden mehr Praxisanleiter:innen eingesetzt; Einarbeitungsprozesse einschließlich -handbücher wurden optimiert.
- In einer interdisziplinären Station wurde auf Wunsch der Pflegekräfte eine Disziplin ausgegliedert. Die Möglichkeit, dabei den Personalbestand zu halten, hat zu spürbaren physischen und psychologischen Entlastungen geführt.
- In drei Kliniken wurde ein systematisches Rotationsmodell von Pflegekräften als Entlastungs- und Entwicklungsmöglichkeit eingeführt, um die Einsatzflexibilität zu erhöhen. Die Rotation wurde als Würdigung der Professionalität der Pflege und als positive Möglichkeit zur beruflichen Weiterentwicklung wahrgenommen.
- Im Sinne flexibler Bezugspflege wurde im EAZ ein Konzept für die Rotation von Pflegekräften in verschiedenen Wohnbereichen umgesetzt.
- Zur besseren Organisation der Wiedereingliederung nach längerer Krankheit wurde eine Zusammenstellung von Entlastungstätigkeiten begonnen.
- Bedarfe zur individuellen Anpassung der Arbeitsanforderungen entsprechend den Leistungsmöglichkeiten werden aktiv in „Entwicklungsdialogen“ mit Elementen der Konzepte ‚Anerkennender Erfahrungsaustausch‘ [5] und ‚Wertschätzende Dialoge‘ [6] thematisiert.
- Die KRH-Akademie will Aspekte altersgerechter Methodik und Didaktik sowie individueller Lernangebote insbesondere für IT-Anwendungen aufgreifen.
- Besonderes Augenmerk soll künftig verstärkt auf die Personalführung heterogener Belegschaften gelegt werden. Alle Führungskräfte sind für Aspekte von Vielfalt (Generationen, Geschlecht, Alter[n], Herkunft, Kompetenz, Lebensphase usw.) zu sensibilisieren.
- Im EAZ wurden zeitraubende Unterbrechungen der Arbeit (Telefon, Angehörige, unangemeldete Arztbesuche, fehlendes Material, unvollständige Dokumentation) in Workshops mit Beschäftigten erhoben. Veränderungsmaßnahmen sind umgesetzt.

### *Alter(n)s- und lebensphasengerechte Berufsverläufe und Arbeitsanforderungen*

Für das generelle Thema „Alter(n)s- und lebensphasengerechte Berufsverläufe und Arbeitsanforderungen“ wurden in der KRH-Arbeitsgruppe strukturelle Themen bearbeitet.

### IST-SOLL-Analyse Berufsverlaufsphasen

Als Bestandsaufnahme zur Gestaltung alters- und altersgerechter Berufsverläufe wurden vorhandene unterstützende/förderliche Angebote für die verschiedenen Berufs- und Lebensphasen analysiert:

- Gibt es sie flächendeckend oder sind es – übertragbare – Insellösungen?
- Was gibt es bislang noch nicht, ist jedoch wünschenswert/erforderlich?

Das Ergebnis ist eine „Landkarte“ zur Personalentwicklung in verschiedenen beruflichen Lebensphasen (s. »» Tab. 1).

Das Vorhaben, nach erprobtem Muster eine Berufsverlaufs-Matrix [7] zu entwickeln, konnte nicht realisiert werden.

### Lebensphasen-sensible Gefährdungsbeurteilung

Lebens- und Berufsverläufe sind nicht linear. Sie hängen von individuellen Dispositionen ab, sind durch Zufälle geprägt, beinhalten ergriffene oder nicht erfasste Chancen. Über die Zeit verändern sich Menschen in ihren physischen und mentalen Kapazitäten, erleben förderliche oder hinderliche Bedingungen, machen Erfahrungen, die zu Weggabungen führen, und die Einstellungen zu Arbeit und Privatleben wandeln sich. Mit anderen Worten: Bei aller erforderlichen Standardisierung von Arbeitsanforderungen sind individuelle Bedingungen und Möglichkeiten dergestalt zu beachten, dass eine möglichst hohe und stabile Arbeitsfähigkeit im Berufsverlauf erhalten bleibt oder hergestellt wird.

Hinweise auf kollektive und individuelle Bedingungen und Förderbedarfe kann eine entsprechend ausgerichtete Gefährdungsbeurteilung liefern. Dafür ist allerdings über den gesetzlichen Rahmen hinaus ein besonderes Augenmerk auf die Verschiedenartigkeit von Personen und deren Belastungsempfinden (Beanspruchung) zu richten.

Das Instrument einer lebensphasen- und geschlechtersensiblen Gefährdungsbeurteilung wurde in drei Pilotstationen mit alters- und geschlechtergemischten Teams erfolgreich erprobt.

### Ergebnisse der Wirkungsanalyse von Interventionen

In der wissenschaftlichen Evaluation der Interventionen durch die Universität Ulm wurden keine Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen gefunden. Auch die Zufriedenheit der

Tabelle 1 „Landkarte“ alter(n)sgerichtete Berufsverläufe

Erwerbsphase	Thema	Ziel(e)	Erläuterungen (Gestaltungsthema)	Was liegt vor? Was gibt es schon?*	Was bedarf es noch?
Ausbildung	Praktische Einsätze in der Ausbildung	Die duale Ausbildung ermöglicht einen breiten Überblick zu den Einsatzbereichen und konkreten Tätigkeitsanforderungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, sodass der „Praxis-Schock“ vermieden wird oder zumindest gering ist.	Gewährleistung eines ausreichenden Überblicks zur Bandbreite von Pflegetätigkeit (erhöht die Wahlmöglichkeiten): - x Bettenstationen - ITS/Weaning - OP, Anästhesie - Psychiatrie - Funktionsbereich(e) - ...	Flächendeckend eingeführt	Erweiterung: Angebote von Hospitation bis Praktikum
	Entwicklungsmöglichkeiten	Die Entscheidung zur Berufswahl, zur Wahl der Ausbildung/ Ausbildungsart sowie zur Festlegung des Ausbildungsschwerpunkts durch Information und Beratung über Angebote, Alternativen, weitere Entwicklungsmöglichkeiten etc. ist zielführend zu unterstützen	Überblick vermitteln, welche Entwicklungsmöglichkeiten es innerbetrieblich im Prinzip gibt (horizontale Karrieren, Fachweiterbildung, Aufstieg ...) und welche überbetrieblichen Möglichkeiten bestehen (z. B. [duales] Studium)	Inselösungen: In Ansätzen vorhanden (Assessment vor Ausbildung lediglich auf Nachfrage; soll in der „BV Ausbildung“ enthalten sein → Hr. X; In Ausbildung/ während Speeddating → Frau Y (HR Akademie)	Informationstag für Azubis a) vor der Ausbildung b) festes Element während der Ausbildung → Akademie (vor Entscheidung zur Spezialisierung); Berufsberater:innen der Fachhochschule einbinden; Peer-Group, PA's → Zusammenstellung von Möglichkeiten/ Flyer/Social-Media Projekt von Azubis mit PA [Berufemesse]

\* ■ Flächendeckend eingeführt ■ Inselösungen ■ Nichts

Bewohner:innen und Patient:innen blieb auf hohem Niveau gleich. Zu beachten ist dabei, dass eine Overall-Analyse nur bedingt aussagefähig ist, weil Effekte in einzelnen Bereichen – hier bezogen auf die Station/die Klinik – subsumiert sind und nicht eindeutig zugeordnet werden können.

In allen Befragungen wurde nachgewiesen, dass Pflegenden im Vergleich zu anderen Berufstätigen in Deutschland überdurchschnittlich hoch belastet sind und unter fehlender Anerkennung und Wertschätzung leiden. Dabei ist nicht die Belastungsmenge

ausschließlich entscheidend für die Arbeitsfähigkeit, sondern fehlende Belohnung (z. B. im Sinne von Anerkennung von Vorgesetzten und Kolleg:innen, Arbeitsplatzsicherheit, angemessene Bezahlung oder Aufstiegschancen und Qualifikationsmöglichkeiten) im Vergleich zur geleisteten Arbeit (Verausgabung).

Insgesamt verringerte sich die Arbeitsbewältigungsfähigkeit mit höherem Alter. Insbesondere in der Altersgruppe der 41- bis 55-Jährigen wurde eine signifikante Reduktion im Untersuchungszeitraum nachgewiesen.



In der Prozessevaluation zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der je Interventionsbereich vorgeschlagenen Maßnahmen und der Wirksamkeitserwartung der Teilnehmenden. Festgestellt wurde, dass die Wirksamkeitserwartung umso geringer war, je höher die Belastung durch mangelnde Belohnung angegeben wurde.

Für den fehlenden quantitativen Nachweis der Wirksamkeit der Verbesserungsmaßnahmen bezüglich Arbeitsfähigkeit in der Pflege und höherer Patient:innenzufriedenheit gibt es mögliche Gründe:

- Viele der umgesetzten Maßnahmen stehen kaum in Zusammenhang mit den angegebenen organisationalen Belastungen und Gratifikationsproblemen der Beschäftigten.
- Die Corona-Pandemie hat die Arbeit der Pflege erschwert und zusätzliche Aufwendungen zur Aufrechterhaltung des Leistungsangebots erforderlich gemacht. Die Konzentration auf das Kerngeschäft hat die Maßnahmenumsetzung häufig hintangestellt und die aktive Begleitung der Interventionscluster durch das Projekt war zeitlich und inhaltlich beeinträchtigt.
- Die nach kurzer Laufzeit erfolgte Kündigung des KRH-Tarifvertrags „Entlastungstage und Mobilitätszulagen“ durch die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände hat beim Pflegepersonal nicht zur freudvollen Wahrnehmung von Wertschätzung, sondern im Gegenteil zu eher zunehmender Resignation und Skepsis gegenüber neuen Maßnahmen geführt.

**Interne und externe Einflussfaktoren und deren Wirkungen auf den Projekterfolg – eine Auswahl von selbstkritischen Fragen**

#### *War das Projektdesign geeignet?*

Die Zufallsauswahl der Interventionsbereiche war methodisch sicherlich standardgemäß. In der Praxis hat dies jedoch zu dem Problem geführt, dass es Stationen gab, die objektiv („passt gerade nicht – zu viele Ausfälle, zu viele Einzuarbeitende“, Wechsel von Führungspersonal) oder subjektiv („Überforderung – Station kann nicht“, „Station will nicht, weil es sowieso keinen Zweck hat“ [Resignation], „Station darf nicht – PD hat’s untersagt“) kein ausgeprägtes Verlangen nach Projektarbeit und partizipativen Prozessen hatten. Folglich war in solchen Bereichen auch kein großes Interesse an der Umsetzung von Veränderungen festzustellen. Das Engagement etlicher Pflegekräfte wurde ignoriert oder gar unterbunden.

Für künftige cluster-randomisierte Studien ist zu überlegen, drei Gruppen in die Evaluation einzubeziehen:

- a. interventionsbereite Interventionsgruppen, und als Vergleichsgruppen
- b. nicht interventionsbereite Interventionsbereiche sowie
- c. weitere Vergleichsgruppen.

#### *War der partizipative Ansatz zielführend?*

Die grundsätzlich partizipative Ausrichtung an den Interessen und Bedarfen der Pflegekräfte hat einen empathischen Charakter, der allerdings nicht mit tradiertem Führungsverständnis und systemimmanenter Kostenorientierung verträglich ist. Beteiligung benötigt aktive Bereitschaft aller im Sinne einer gemeinsamen Haltung, Dialoge auf gleicher Augenhöhe führen zu wollen.

Zu beachten ist die Empfehlung der Universität Ulm, in Ergänzung zu direkter Beteiligung von Beschäftigten an der Maßnahmenentwicklung theoriegeleitete Interventionen zu initiieren, um den Stand gesicherter Erkenntnisse zu beachten.

Allerdings ist Partizipation zunächst aufwändig, weil sie Personalressourcen erfordert. Der längerfristige Ertrag ist eine höhere Bereitschaft zur Umsetzung und Akzeptanz von Veränderungsmaßnahmen. Die Investitionen lassen sich in einer Alternativkosten-/Nutzenrechnung kalkulieren, wenn z. B. nicht stattfindende Fluktuationen und geringere Ausfallzeiten in Ansatz gebracht werden. Der ökonomische Spielraum ist durch die Mittelgeber begrenzt. Insofern ist dafür wahrscheinlich ein gesundheitspolitischer Paradigmenwechsel erforderlich.

#### *Welche Folgen hatten „tektonische Verschiebungen“ in der internen und externen Kommunikation?*

Der geplante Projektablauf sah eine kontinuierliche Kommunikation der Projektgruppe mit den Interventionsbereichen sowie mit den Kliniken und dem EAZ vor. Diese Vorstellung wurde durch die Corona-Pandemie zunichtegemacht. Mit mehrmonatigen Zugangsverbots wurde die Erhebungsphase mit Gesprächen und Workshops zeitlich sehr stark gestreckt mit der Folge, dass zwischen der Formulierung von Maßnahmenvorschlägen und Vereinbarungen in Initiativkreisen mehrere Monate ohne Entscheidung und demzufolge ohne Umsetzungsaktivitäten lagen. „Kommunikative Lähmschichten“ zwischen Führungsebenen und zentralen Diensten haben die Verständigung mühsam gestaltet.

Personelle Wechsel in Führungspositionen und Veränderungen in den Pflgeteams durch Zu-/Abgänge, Versetzung (Stationsschließung, Ausleihe), Ausfälle durch Arbeitsunfähigkeit u. ä. m. haben eine kontinuierliche Arbeit insofern erschwert, als der Kommunikationsbedarf dadurch auf der einen Seite erhöht war, jedoch andererseits zugleich durch Diskontinuität und Nicht-Präsenz kaum möglich war.

#### *Hat die Corona-Pandemie ein organisationales und individuelles Fatigue-Syndrom bewirkt?*<sup>4</sup>

Die körperlichen, psychischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Belastungen der Pflegearbeit sind bekannt. Häufig werden sie vordergründig „bewältigt“ durch hohes Engagement und Motivation der Pflegekräfte in Bezug auf das Wohl der Patient:innen und aus solidarischer Kooperation mit Kolleg:innen. Die Corona-Pandemie bewirkte vielfach erhöhte Anforderungen. Krankheitsbedingte Ausfälle wurden aufgrund des Personal mangels „kompensiert“ mit der Überlastung von noch vorhandenem Personal. Der Teufelskreis der Risiken von Präsentismus und Überforderung bis hin zu Burn-out kann nur durchbrochen werden, wenn mehr Personal eingesetzt und vorhandenes entlastet wird.

Der Erschöpfungsgrad ist in der Corona-Pandemie deutlich gestiegen. Der individuelle und der organisatorische Stoffwechsel ist in Aufruhr, die Hormonproduktion zur Anregung der Verrichtung alltäglicher, standardisierter Abläufe ist gestört, das Nervensystem wird durch neue, unbekannte und beängstigende Sinnesreize überfordert. Überlastung durch Zeitdruck, Angst vor Infektion (anfangs mangelnde Schutzausrüstung), Befürchtung des Versagens (z. B. bei Wechsel in Covid-Stationen), hohe Todeszahlen, Informationsüberflutung (täglich neue Anweisungen), Probleme der Bewältigung des privaten Alltags in Lockdown-Phasen (z. B. Kinderbetreuung) u. v. a. m. führen zu einem irritierten Energiehaushalt. Individuell erhöht langanhaltender Stress das Risiko von Erkrankung bis hin zu chronischer Erschöpfung. Die organisatorischen Bewältigungsmechanismen sind nicht habitualisiert, bekannte Routinen sind außer Kraft gesetzt. Die Folge ist, dass mentale Kapazitäten für Innovationen fehlen, eine Konzentration auf das unmittelbar Existenzsichernde geschieht und nichtprioritäre Themen oder zusätzliche Aufgaben beiseitegeschoben werden.

4 Das Erschöpfungs-/Ermüdungssyndrom (chronic fatigue syndrom) wird durch Fehlfunktionen des Immun-, Hormon- oder Nervensystems ausgelöst.

#### **Erkenntnisse – Dank – und ein gesundheitspolitischer Appell**

Wie so häufig bei Veränderungsprozessen: Organisatorischer Wandel hängt vom Willen und von Fähigkeiten einzelner Personen ab. Und: Haken (Interventionen) ohne Ösen (Entscheidung und Umsetzung) bewirken gegebenenfalls Irritation bis hin zu Resignation oder gar Verweigerung, aber keine gravierenden Wirkungen. Das Projekt hat Nachdenken gefördert, manche Verbesserungen bewirkt, die durchaus als Impuls für Adaptionen dienen können, jedoch nicht den Nachweis nachhaltiger wirksamer Interventionen erbracht.

War es zu ambitioniert? – Nein, denn die Praxis zeigt die Evidenz; es fehlt „lediglich“ der wissenschaftliche Nachweis.

Oder waren die Rahmenbedingungen nicht geeignet? Ja. Die Vermutung ist, dass ohne die gravierenden Einschnitte infolge der Corona-Pandemie etliches anders verlaufen wäre.

Wie so häufig im Konjunktiv: Wirklich wissen können wir es nicht. Aber wir wissen, dass es allemal und dringend notwendig ist, die Pflegearbeit über den gesamten Berufsverlauf physisch, psychisch, mental und sozial schädigungslos, ausführbar, zumutbar, beeinträchtigungsfrei und persönlichkeitsförderlich zu gestalten.

Wir haben viele hoch engagierte, motivierte Personen erlebt. Wir sind dankbar für die offenen Gespräche, die von Leidenschaft für den Beruf und Lust auf Entwicklung geprägt waren. Allerdings kann Leidenschaft Leiden schaffen. Es gilt, die Arbeitsbedingungen menschengerecht zu gestalten. Insofern ist der notwendige Paradigmenwechsel vom Versorgungs- zu einem an Gesundheitsförderung ausgerichteten System dringlich zu bewerkstelligen. Der ökonomische Druck auf die stationären wie ambulanten Einrichtungen muss verringert werden zugunsten einer qualitativen Gesundheitspolitik, welche die pflegenden und die zu pflegenden Menschen zum Dreh- und Angelpunkt ihrer Funktion macht und die Strukturen daran ausrichtet.

#### **Literatur**

1. Ilmarinen J. Towards a Longer Worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Jyväskylä 2006
2. Tempel J, Ilmarinen J. Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. Hrsg. von Marianne Giesert. Hamburg: VSA, 2013
3. Frevel A, Fuchs D, Geißler H. Hohe Patient\*innen-Zufriedenheit durch alter(n)s- und lebensphasengerechte Arbeitsgestaltung

- und Berufsverlaufsmodelle in der Pflege. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 73. Jg., Heft 3/2019: 45–51
4. Frevel A, Fuchs D, Geißler H. Gute Arbeit in der Pflege und Patient\*innen-Zufriedenheit. In: Amelung VE et al.: Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen. Berlin: MWV, 2020: 43–56
  5. Geißler H, Bökenheide T, Geißler-Gruber B, Schlünkes H, Rinninsland G. Der Anerkennende Erfahrungsaustausch. Das neue Instrument für die Führung. Frankfurt/New York: Campus, 2003
  6. Bökenheide T, Frevel A, Geißler H. Wertschätzende Dialoge als wichtigste Führungsaufgabe. In: Laske S, Orthey A, Schmid M (Hrsg.). PersonalEntwickeln. Losebl. Nr. 6.144. Köln, 2015
  7. Frevel A, Geißler H. Altersgerechtes Berufsleben – mit-altern-de Arbeit. In: Knieps F, Pfaff H (Hrsg.): Gesundheit und Arbeit. BKK-Gesundheitsreport 2016, Berlin: MWV 2016: 359–366



**Alexander Frevel**

Abschluss des Studiums der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Universität Dortmund als Dipl. Sozialökonom. Seit 1980 in Forschung und Beratung zur menschengerechten Arbeit tätig mit den Schwerpunkten Strategische Organisations- und Personalentwicklung, Arbeitsfähigkeitsmanagement und Wertschätzende Führung. Einsatz und Qualifizierung zur Anwendung von dialogischen Beratungswerkzeugen: Arbeitsbewältigungs-Coaching®, Alter(n)s- und lebensphasengerechte Arbeit, Personen- und Betriebs-Radar (Arbeitsfähigkeit 2.0).



**Prof. em. Dr. Heinrich Geißler**

Heinrich Geißler, Jahrgang 1952, ist seit 1991 selbstständiger Berater für Betriebliche Gesundheitsförderung im deutschsprachigen Raum mit den Schwerpunkten ‚Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen‘, ‚Gesundheitsfördernde Führung‘ und ‚Generationen-Management‘. Zudem war er an verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen in Österreich, Deutschland und der Schweiz lehrend tätig. Seit 2007 hatte er regelmäßige Lehraufträge im Fachbereich Berufspädagogik, Universität Potsdam und war dort von 2011 bis 2017 Honorarprofessor. Zudem war er in verschiedenen arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Forschungsprojekten tätig und ist Autor und Mitautor zahlreicher Artikel, Buchbeiträge und Fachbücher.



**Dr.-Ing. habil. Kerstin Thönnessen**

Kerstin Thönnessen ist seit 2002 Mitglied und seit 2016 Vorstandsvorsitzende des Hamburger Arbeit und Zukunft e. V. und freiberufliche Prozessbegleiterin zur Förderung der Arbeitsfähigkeit. Nach dem Arbeitsingenieurwesen-Studium an der TU Dresden arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in Dresden und Hamburg und habilitierte 2002 zu betrieblichen Strategien bei demografischen Veränderungen. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte im Rahmen alters- und lebensphasengerechter Arbeit sind gestaltungsorientierte Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen, Arbeitsbewältigungs-Coachings® und Beratungsprozesse zur Förderung der Arbeitsfähigkeit und des Wohlbefindens mit dem Personen- und Betriebs-Radar (Arbeitsfähigkeit 2.0).

# Digitale Trainingsprogramme verbessern die Selbstständigkeit von Senioren und entlasten Pflegekräfte

Lars Jessen<sup>1</sup> und Astrid Salomon<sup>2</sup>

<sup>1</sup> DigiRehab GmbH, Hamburg

<sup>2</sup> BKK VBU, Referentin Prävention

Senioren dabei zu helfen, ihr Leben wieder selbstständiger zu gestalten und damit ihre Lebensqualität zu erhöhen ist die Mission von DigiRehab. Gleichzeitig sollen Pflegekräfte und Angehörige entlastet und digitale Potenziale konsequent ausgeschöpft werden. Das Unternehmen bietet smarte digitale Trainingsprogramme, die von Medizinern und Physiotherapeuten speziell für Ältere entwickelt wurden. Kernprodukt ist DigiCare, ein individuell anpassbares digitales Übungsprogramm, das in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen eingesetzt wird. Ziel ist es, Senioren mit leicht verständlichen, effektiven Übungen körperlich fitter zu machen, sodass sie ihren Alltag wieder unabhängiger meistern können. Das in Dänemark entwickelt und seit 2016 erfolgreich eingesetzte Programm wird seit Ende 2020 in Kooperation zwischen dem Unternehmen DigiRehab und der BKK VBU in Deutschland transferiert.

## Herausforderung: Überalterung der Gesellschaft und Pflegenotstand

Durch den demografischen Wandel steigt die Zahl an älteren und pflegebedürftigen Menschen in den nächsten Jahrzehnten immer weiter an, während die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter sukzessive zurückgeht [1]. Diese Entwicklung stellt das Gesundheitswesen und vor allem die pflegerische Versorgung vor große Herausforderungen. Schon heute kann von einer Pflegekrise gesprochen werden. Um diese zu entschärfen ist es wichtig, die Selbstständigkeit von älteren Menschen durch gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Maßnahmen so lange wie möglich zu erhalten oder sogar wiederherzustellen. Dabei spielt die Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten eine entscheidende Rolle.

## Lösung: Gezieltes Training zur Prävention von Pflegebedürftigkeit

Der natürliche Alterungsprozess führt zu einem stetigen Rückgang der körperlichen und mentalen Leistungsfähigkeit. Dieser Prozess wird durch eine zunehmende Inaktivität im Alter weiter beschleunigt. Bewegungsmangel und die damit verbundene niedrige kardiorespiratorische und muskuläre Fitness sind zentrale Risikofaktoren für die Entstehung von Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen und den Verlust an Selbstständigkeit im Alter.

Ein gezieltes Training kann Abhilfe schaffen und vor allem Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit sowie Koordinationsfähigkeit erhalten und verbessern. Selbst wenn Menschen bereits pflegebedürftig sind, verfügen sie noch über Gesundheitspotenziale, die gefördert werden können.

## Innovation aus Dänemark: Effektive digitale Trainingsprogramme

Genau hier setzt das Konzept von DigiRehab an. Ziel ist es, das Maß der Selbstbestimmung so hoch wie möglich zu halten. Durch die Stärkung der physischen Fähigkeit und die dadurch erreichte Selbstständigkeit reduziert sich der Bedarf an Hilfe – was zu einer Entlastung der Pflegekräfte führt. Seit 2016 werden die wissenschaftlich evaluierten Programme erfolgreich in Dänemark eingesetzt. Inzwischen wird das Konzept in vielen weiteren Ländern umgesetzt, neben Deutschland etwa auch in den Benelux-Staaten, Österreich, Schweden, Island und Norwegen.

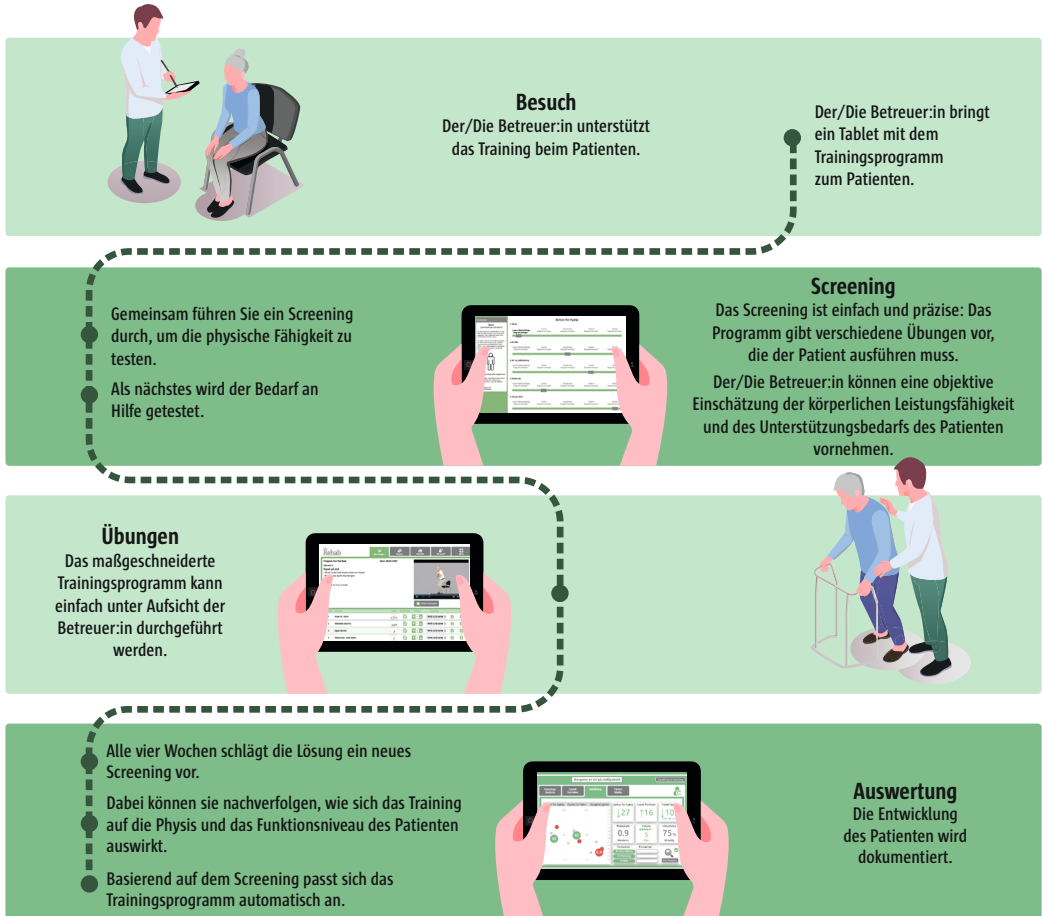
## DigiCare für den Einsatz in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen

Das digitale Übungsprogramm DigiCare kommt in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen zum Einsatz. Auf Basis regelmäßiger Screenings und mithilfe von künstlicher Intelligenz werden die Trainingspläne erstellt und laufend angepasst. Die Leistungsentwicklung wird am Tablet automatisch dokumentiert. Zudem ist die Sprache des Programms an die Vorgaben des Medizinischen Dienstes angepasst und kann beim Einschätzen des Pflegegrades genutzt werden. Nach einer Einführung kann das Programm eigenständig von Pflege- und -hilfskräften angewandt werden. Eine Begleitung durch Physiotherapeuten und Sportwissenschaftler von Digi-Rehab wird durchgehend gewährleistet.

### Die 3 Elemente des DigiCare-Trainings

- 1. Screening:** Zunächst werden beim Screening Funktionalität, Kraft und Mobilität des Teilnehmers getestet. Auf dieser Basis wird das individuelle Trainingsprogramm erstellt. Durchgeführt werden die Tests vom Pflegepersonal oder pflegenden Angehörigen. In dem zwölfwöchigen Programm sind insgesamt drei Screenings vorgesehen.
- 2. Training:** Die Teilnehmer trainieren zweimal pro Woche, eine Trainingseinheit dauert jeweils etwa 20 Minuten. Das Training erfolgt mit Pflegepersonal oder pflegenden Angehörigen und kann überall durchgeführt werden. Im Anschluss an das zwölfwöchige Programm trainieren die Teilnehmer einmal wöchentlich weiter.
- 3. Analyse:** Die Ziele, jedes Training und die Leistungsentwicklung werden in einem übersichtlichen Portal gesichert. Dabei werden die Trainingspläne automatisch und

### Die 3 Elemente des DigiCare-Trainings



fortlaufend dem neuen Leistungsstand angepasst. Im Portal können die Erfolge des Trainings genau verfolgt werden, sowohl individuell, als auch für Gruppen oder in ausgewählten Bereichen (z. B. der Selbstständigkeit, des Bedarfs an Hilfe oder Sturzgefährdung). Die Übersicht ermöglicht es auch, schnell zu erkennen, wenn ein Trainingseinatz keinen Sinn macht und beendet werden sollte.

Mit der ausführlichen Statistik- und Analysefunktion gewinnt der Nutzer (z. B. ein Pflegeheim) einen Überblick darüber, wie der präventive Ansatz in seiner Einrichtung wirkt und erhält Klarheit über folgende Daten:

- Wie viele Teilnehmer trainieren regelmäßig?
- Wie effektiv wirkt sich das Training im Verhältnis zum Bedarf an Hilfe aus?
- Wann ändert sich der Bedarf an Hilfe?
- Gibt es Teilnehmer, bei denen das Training keine Verbesserung bewirkt?
- Gibt es Betroffene, deren physische Leistungsfähigkeit sinkt und behandelt werden sollte?

### Wirksamkeit von DigiCare durch zahlreiche Analysen und Studien belegt

Um die Wirksamkeit von DigiCare nachzuweisen, hat DigiRehab bereits zahlreiche Analysen und Studien in Kooperation mit stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, Kommunen sowie weiteren Partnern durchgeführt. In Dänemark liegen insgesamt Analysen von über 35.000 Trainingsverläufen dänischer Senioren vor. Diese Studien werden eigenständig von den Kommunen durchgeführt, um die inhaltliche und wissenschaftliche Eigenständigkeit der Daten zu garantieren (z. B. Viborgstudie aus 2018/19, s. »» Text im Anschluss). Die Untersuchungen haben gezeigt, dass sechs von zehn Trainierenden durch den Einsatz von DigiCare körperlich signifikant leistungsfähiger werden. Die neu gewonnene Fitness sorgte dafür, dass die Menschen wieder viel mehr alltägliche Dinge allein erledigen konnten. Gleichzeitig sank die Pflegezeit für Senioren, die mit DigiCare trainierten, im Durchschnitt um 45 bis 60 Minuten pro Woche. Dadurch entsteht für Pflegeheime auch ein spürbarer wirtschaftlicher Mehrwert. Die positiven Resultate sind bisher in allen Einrichtungen messbar, in denen DigiCare angewendet wird. Allerdings treten die Effekte in unterschiedlicher Intensität auf.

### Evaluationsstudie mit der dänischen Stadt Viborg

Beispiel für ein größeres Projekt ist eine Evaluationsstudie, die DigiRehab vom 1. Januar 2018 bis 22. März 2019 in Kooperation mit der dänischen Stadt Viborg durchgeführt hat [2]. Dabei wurden Effekte und Trainingserfolge durch den Einsatz von DigiCare untersucht. Von den 370 Teilnehmern im Alter zwischen 65 und 80 Jahren haben 234 ihr persönliches Trainingsprogramm abgeschlossen und innerhalb von 12 Wochen mindestens 6-mal trainiert. Das entspricht einer Umsetzungsquote von 63%. Diese Quote ist in dieser Zielgruppe anhand bisheriger Erfahrungen aus vergleichbaren Studien sehr gut (Mortalität, Befähigung). Zeitgleich wurde DigiCare in der gleichen Kommune, aber in einem anderen Bezirk (Bezirk Süd) getestet. Hier wurden 169 Teilnehmer angelegt, von denen 132 das Trainingsprogramm erfolgreich durchgeführt haben (Umsetzungsquote von rund 78%) [3].

Zentrales Ergebnis der Studie ist, dass die körperliche Fitness durch das DigiCare-Programm deutlich zugenommen hat. So ist der Anteil der Senioren in guter physischer Form nach zwölf Wochen Training mit DigiCare von 25% auf 40% gestiegen. Gleichzeitig ging der Betreuungsbedarf pro Person und Woche sogar überdurchschnittlich zurück und zwar um eine ganze Stunde. Der geringere Betreuungsbedarf brachte der Stadtkasse von Viborg in einem halben Jahr Einsparungen von rund 1.350 Euro pro Person – die Kosten für DigiCare bereits eingerechnet. Dieser Einspareffekt entstand bei knapp der Hälfte der Trainingsteilnehmer.

### Präsenz in Deutschland: Kooperation mit der BKK VBU

Die BKK VBU und die DigiRehab GmbH verbindet der Anspruch, sowohl für Senioren, als auch für Mitarbeiter in der Pflege sowie pflegende Angehörige durch präventive Angebote eine Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen sowie die Pflegesituation zu entlasten.

Die Pflegekassen erbringen seit der Einführung des Präventionsgesetzes Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI [4]. Dazu gehört auch, Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Pflegebedürftigen zu machen und gesundheitsfördernde Strukturen in der Lebenswelt stationärer Pflegeeinrichtung zu schaffen. Konkret unterstützen die Kassen Pflegeeinrichtungen bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluierung von

geeigneten Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung. Dies wird sowohl durch eine fachliche Beratung, als auch durch finanzielle Unterstützung gewährleistet. Dabei spielen auch die Verbesserung der körperlichen Aktivität und Mobilität eine wichtige Rolle.

Vor diesem Hintergrund hat sich die BKK VBU zur Kooperation mit DigiRehab entschlossen. „Die innovativen digitalen Trainingsprogramme von DigiRehab haben gezeigt, dass sie die körperlichen Fähigkeiten von Pflegebedürftigen und Senioren verbessern sowie deren Unabhängigkeit und Lebensqualität steigern. Gleichzeitig werden Pflegekräfte im stationären und ambulanten Umfeld sowie betreuende Angehörige effektiv entlastet“, erklärt Astrid Salomon, Referentin Prävention bei der BKK VBU. „Die Anwendung hat sich seit Jahren erfolgreich in Dänemark und weiteren Ländern etabliert und ist nun auch in Deutschland verfügbar. Die Ergebnisse aus Dänemark und die ersten Transferprojekte in Deutschland sprechen für sich. Daher haben wir uns dafür entschieden, die Implementierung in Deutschland finanziell und personell zu unterstützen“, so Astrid Salomon.

So hat die BKK VBU die ersten Projekte in Deutschland im stationären Umfeld sowohl monetär, als auch durch inhaltliche und strategische Beratung begleitet. Dazu zählten Kooperationen und Studien mit dem Evangelischen Altersheim im niedersächsischen Bückeburg bei Stadthagen oder mit der K&S Seniorenresidenz in Buxtehude. Diese Untersuchungen konnten ähnlich positive Ergebnisse wie in Dänemark erzielen und die Wirksamkeit des DigiCare Trainingsprogramms auch in Deutschland belegen.

### DigiCare: Weitere Ziele in Deutschland

Auf dieser Basis soll das Programm weiter ausgebaut werden. Bisher wurde DigiCare in Deutschland nur in Pflegeheimen eingesetzt, demnächst wird der Einsatz auch in der häuslichen und ambulanten Pflege folgen. Zudem wird DigiCare um ein neues Screening zur Sturzprophylaxe erweitert, dass in den Tagespflegen, im betreuten Wohnen und im häuslichen Umfeld angeboten werden kann. Hier liegt der Fokus darauf, mit speziellen Übungen die Sturzgefahr zu mindern und den Senioren ein stabileres und verbessertes Gangbild zu ermöglichen. Ein wichtiges strategisches Ziel ist es, mit diesem angepassten Lösungsansatz beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Zulassung als Digitale Pflegeanwendung (DiPa) zu beantragen, sodass

DigiCare künftig per Rezept verordnet und die Kosten von den Krankenkassen übernommen werden.

### DigiHealth: Gesundheitliche Förderung der Mitarbeiter im Pflegebereich

Motiviert von den Ergebnissen der Projekte in Deutschland entwickelten die BKK VBU und DigiRehab gemeinsam die Idee, auch die Mitarbeiter im Pflegebereich gesundheitlich zu fördern. So entstand das Angebot DigiHealth, das von Anfang an gemeinsam mit Mitarbeitern aus der Pflege erstellt und konzipiert wurde (im Rahmen von Workshops und Befragungen) und an die Arbeitsbelastungen der Pflege angepasst ist. Das Tool umfasst ein Gesundheitsscreening, niedrigschwellige Trainingsangebote (Micropausen = kleine Trainingseinheiten mit 60-90 Sekunden, per Push Erinnerungen) mit kurzen Wissensimpulsen. Zukünftig wird DigiHealth auch als Kommunikationsinstrument genutzt. Ziel ist es, ein Angebot zu schaffen, das Mitarbeitende motiviert, kleine Schritte zur Gesundheitsförderung umzusetzen, egal ob im Arbeitsumfeld oder in der Freizeit. Aufgrund der kurzen Zeit bedarf es keiner Pause oder Vorbereitungen. Dabei geht es ausdrücklich nicht darum, unrealistische Angebote zu schaffen, sondern mit kleinen Schritten zu einer nachhaltigen Verhaltensveränderung zu motivieren.

### DigiPrevention: Online-Präventionskurs für Senioren im häuslichen Umfeld

Darüber hinaus gibt es ein Angebot, das gezielt Senioren im häuslichen Umfeld adressiert, die bisher noch keine Pflegebedürftigkeit aufweisen. DigiPrevention ist ein Online-Präventionskurs nach § 20 SGB V. In 8 x 45 Minuten werden Übungen demonstriert und Basiswissen zu Bewegung und Gesundheit vermittelt. Das Angebot richtet sich vor allem an körperlich eher wenig aktive Senioren, die bereits erste Probleme beim Bewältigen alltäglicher Aufgaben haben. Das Training mit DigiPrevention ist einfach in den häuslichen Alltag integrierbar. Als Ergebnis gehen die Senioren viel seltener zum Arzt und die Pflegebedürftigkeit wird deutlich herausgezögert. Das bedeutet eine große Erleichterung für Senioren und Angehörige, aber auch für Krankenkassen und Pflegekassen. Anfang April hat DigiPrevention die Zertifizierung bei der Zentralen Prüfstelle Prävention der gesetzlichen Krankenkassen erhalten. Dadurch werden die Kosten im Anschluss an die

Durchführung des Programms von allen gesetzlichen Krankenkassen bis zu 100% erstattet. Auch in diesem Zulassungsprozess wurde DigiRehab von der BKK VBU beraten.

### Fazit

Der demografische Wandel, die zunehmende Überalterung der Gesellschaft und der sich verschärfende Fachkräftemangel setzen die Gesundheitssysteme immer mehr unter Druck. Abhilfe schaffen können präventive Maßnahmen, welche die Selbstständigkeit von älteren Menschen so lange wie möglich erhalten und den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit verzögern. Bei bereits auf Pflege angewiesenen Senioren kommt es darauf an, dass der Grad der Pflegebedürftigkeit nicht weiter steigt. Digitale Trainingsprogramme können die physischen Fähigkeiten der Senioren stärken, die Selbstständigkeit erhöhen und gleichzeitig die Pflegekräfte entlasten. Um den ganzheitlichen Ansatz im Blick zu behalten,

sind die Angebote auf unterschiedliche Zielgruppen zugeschnitten: DigiCare für den Einsatz in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, DigiPrevention für Senioren im häuslichen Umfeld sowie DigiHealth zur gesundheitlichen Förderung der Mitarbeiter im Pflegebereich. Das Angebot soll sukzessive weiter ausgebaut werden.

### Literatur

1. Bertelsmann Stiftung. Themenreport Pflege 2030. Gütersloh, 2012.
2. Michael Harbo. DigiRehab Vorstellungsvideo. URL: [https://www.youtube.com/watch?v=Y\\_ile01a0a0](https://www.youtube.com/watch?v=Y_ile01a0a0) [abgerufen am 02. Juni 2022]
3. Ergebnisse der Einführung eines digitalen Präventionstrainings in Sjørup Ældrecenter. URL: <https://viborg.dk/demokrati-og-indflydelse/dagsordener-og-referater/aeldre-og-sundhedsudvalget/2017-06-20-08-00-1210/#9-evaluering-af-projekt-digirehab-digitalt-understtuet-trning-i-hjemmeplejen> [abgerufen am 02. Juni 2022]
4. GKV-Spitzenverband. Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin, 2021.



Lars Jessen

Lars Jessen ist Country Manager Deutschland bei der DigiRehab GmbH in Hamburg, einer Tochtergesellschaft des 2014 gegründeten dänischen Unternehmens DigiRehab A/S. Der gebürtige Däne und ehemalige Leistungssportler verfügt über zwölf Jahre Erfahrung in der Produktentwicklung und Implementierung von digitalen Lösungen für den Sozial- und Pflegebereich.



Astrid Salomon

Astrid Salomon ist seit 2005 bei der BKK VBU als Referentin Prävention in Berlin tätig. Die studierte Gesundheitsmanagerin verfügt über eine jahrelange Projekterfahrung bei der Begleitung und Beratung von neuen innovativen Projekten auf dem Gesundheits- und Sozialversicherungsmarkt.





# 5

## Auswege aus der Pflegefalle – Mehr Mut für unkonventionelle Lösungen







Franz Knieps  
Vorstand des BKK Dachverbands,  
Berlin

Der BKK Gesundheitsreport 2022 hinterfragt, ob die Pflege nicht längst selbst zum Pflegefall geworden ist. Das gilt ganz speziell für die Arbeit ehrenamtlich oder professionell Pflegenden. Hier machen die Autorinnen und Autoren des Reports zahlreiche Vorschläge, wie deren (Arbeits-)Bedingungen und das Umfeld für die pflegerische Versorgung verbessert werden können. Dabei können schon kleinere Veränderungen Großes bewirken. Der Verfasser kann sich diesen Vorschlägen nur anschließen. Der abschließende politische Beitrag stellt aber darüber hinausgehende grundsätzliche Fragen, wie die Herausforderungen der Kranken- und Altenpflege gemeistert werden können.

### Deutschland verpasst die Ambulantisierung – Demografie und Arbeitsmarkt

Seit Jahrzehnten beschäftigen wir uns nicht nur in Deutschland mit dem demografischen Wandel. Kluge politische Analysen, wissenschaftliche Aufbereitungen aus den unterschiedlichen Disziplinen, Sachverständigengutachten, Kommissions- und Enqueteberichte füllen ganze Bibliotheken. Praktische Konsequenzen haben die allermeisten Vorschläge nicht. Nach Einführung der Pflegeversicherung vor knapp 30 Jahren beschränkte sich die Politik jeglicher Couleur auf kosmetische Reparaturen und folgt weiterhin ohne klare Zielorientierung ausgetretenen Pfaden. Dabei wussten schon die chinesischen Weisen: „Wer das Ziel nicht kennt, für den ist jeder Weg der richtige“. Ähnlich desaströs sieht die Bilanz der Krankenhauspolitik von Bund und Ländern aus. Deutschland hat die Entwicklung zur Ambulantisierung von Medizin und Pflege ebenso verpasst wie die digitale Transformation. Wer die Zahl von Ärzten und Pflegekräften international vergleicht, wird schnell feststellen, dass bundesweit keineswegs eine geringe Zahl von Personal herrscht. Zentrales Problem ist vielmehr die Verteilung auf viel zu viele Kranken-

häuser und die Überversorgung mit stationär erbrachten Leistungen.

Gesundheits- und Sozialpolitik werden von der herrschenden Ökonomie und vielen politischen Kräften als Kostgänger der Wirtschaft angesehen und dem ideologischen Diktat der Begrenzung der Lohnnebenkosten und der Schuldenbremse im Grundgesetz unterworfen. Die Bedeutung des Sozialstaats für die Gewährleistung einer modernen Infrastruktur wird nicht erkannt. Gleiches gilt für die Beschäftigungswirkung am Arbeitsmarkt. Es gehört zum Allgemeingut jeder politischen Rede, Fachkräftemangel in allen Bereichen des Arbeitsmarkts zu beklagen, doch Anstrengungen, diesen Mangel gezielt zu bekämpfen, bleiben Stückwerk oder beschränken sich auf symbolische Politik. Beispielhaft seien die Anwerbereisen des früheren Bundesgesundheitsministers Jens Spahn in das Kosovo oder nach Mexiko genannt. Zwar etabliert sich langsam die sogenannte Gesundheitswirtschaft, die aber ihren Fokus nicht auf die größte Gruppe der Beschäftigten im Gesundheitswesen, die Pflegekräfte, richtet, sondern primär die pharmazeutische Industrie und die Medizintechnik in den Blick nimmt. Schließlich wird das Potenzial der sozialen Sicherheit als Voraussetzung und Motor des Wandels unterschätzt. Nur wer ohne Existenzangst ist, kann sich frei und ungehemmt auf Veränderungen einlassen.

### Die Geburtsfehler der Pflegeversicherung

Ohne die Verdienste des früheren Arbeitsministers Norbert Blüm und seines engsten Mitarbeiters Karl Jung für die Absicherung der Pflegebedürftigkeit als elementares Lebensrisikos schmälern zu wollen, halten Kritiker – zu denen auch der Verfasser zählt – die Grundentscheidung und die konkrete Ausgestaltung der Pflegeversicherung für falsch. Sie hätten eher – wie damals der führende Sozialpolitiker der SPD Rudolf Dreßler oder die Bundesärztekammer – auf ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz mit Bedürftigkeitsprüfung gesetzt. Damit konnten sie sich angesichts der Begeisterung der Träger über einen neuen Zweig der traditionsreichen Sozialversicherung nicht durchsetzen.

Den zweiten Geburtsfehler sehen zunehmend mehr Verantwortliche in der damals von der FDP durchgesetzten finanziellen Trennung von sozialer und privater Pflegeversicherung. Während die gesetzliche Versicherung – wie luzide vorausgesehen – nach 10 Jahren ins Defizit rutschte, konnte

die private Versicherung gigantische Rücklagen aufbauen. Denn anders als von den Konstrukteuren der Pflegeversicherung erwartet, ist das Pflegerisiko keineswegs gleich zwischen gesetzlich und privat Versicherten verteilt. Die in der Krankenversicherung zu beobachtende Risikoentmischung der Personenkreise setzt sich in der Pflegeversicherung fort. Daher verankerte die frühere Große Koalition aus Christ- und Sozialdemokraten Ende der Nuller-Jahre in ihrem Koalitionsvertrag einen Solidarbeitrag der privaten Pflegeversicherung an den Defiziten der sozialen Pflegeversicherung. Die Umsetzung dieser Vereinbarung wurde vor allem vom früheren Finanzminister Wolfgang Schäuble torpediert und fand, wie manche andere gesundheits- und sozialpolitische Vereinbarung, nicht den Weg ins Bundesgesetzblatt.

Der dritte Geburtsfehler liegt in der konkreten Ausgestaltung als Teilkostenversicherung. Wesentlich begründet wurde dies mit der Behauptung, eine Vollversicherung wirke wie ein Erbschutzprogramm. Zum einen sind solche Überlegungen der Sozialversicherung völlig fremd. Zum anderen berücksichtigt diese Begründung nicht die reale Vermögensverteilung in Deutschland, das weit von einer egalitären Gesellschaft à la Skandinavien entfernt ist. Schließlich setzt sich eine solche Begründung in Widerspruch zur erklärten Zielsetzung, pflegebedürftigen Menschen den Weg zum Sozialamt zu ersparen. Erschwerend kommt hinzu, dass der begrenzte Umfang des Sicherungsversprechens der stauenden Öffentlichkeit nicht oder nur versteckt kommuniziert wurde und wird.

Als zunehmend problematisch erweist sich die Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung. Diese wurde damals vor allem aus gesundheitsökonomischen Gründen gewählt, denn die asymmetrische Verteilung der Risiken zwischen den Kassen und Kassenarten führte – anders als in der Krankenversicherung – zu einem kompletten Ausgabenungleich. Aus dieser Trennung ergeben sich beträchtliche Steuerungsmängel und Fehlanreize. Dies lässt sich exemplarisch am Dauerstreit um die Behandlungspflege oder um Pflegehilfsmittel aufzeigen. Noch gewichtiger sind die Mängel infolge der unkoordinierten Anstrengungen zur Vermeidung oder Hinauszögerung des Versicherungsfalls. Prävention in und vor Pflege haben nie einen nennenswerten Umfang erreicht und offenbar auch keine belegbare Wirkung erzeugt.

### Hierarchie und Respektlosigkeit – Pflege ohne Autonomie und Organisationskraft

Wie kaum ein anderes Gesundheitssystem ist das deutsche arztzentriert und auf die kurative Versorgung fixiert. Sucht man Belege, schaue man sich nur die Organisation in den allermeisten Krankenhäusern an. Der ärztliche Direktor oder der Chefarzt, seltener der Verwaltungsdirektor, verdienen besser als die Pflegedienstleitung. Andere Berufe als Ärzte oder Controller haben Assistenzfunktion und führen Anordnungen und Befehle aus. Eigenständige Qualifikationen und autonome Kompetenzen sind oft nicht erkennbar. Diese Hierarchien geben durchaus das geltende Gesundheits- und Sozialrecht, speziell im SGB V, wieder. Ärzte und Ärztinnen ordnen an und tragen die juristische Verantwortung. Das gilt selbst für die Leistungen von Gesundheitsberufen, für die die Ärztinnen und Ärzte keinerlei Fachkenntnis haben. Angesichts der im internationalen Vergleich deutlich werdenden Übernutzung des Gesundheitswesens wird zwar vom Instrument der Delegation zunehmend Gebrauch gemacht, mit der Substitution tun sich die approbierten Fächer immer noch sehr schwer. Es ist nicht zu bezweifeln, dass sich im stressigen Arbeitsalltag eine wertschätzende Kooperation zwischen den Berufsgruppen entwickelt hat. In der Standespolitik ist dies jedoch nicht überall angekommen. Dort werden mit aller Härte überkommene Aufgabenzuweisungen verteidigt und Veränderungen blockiert. Das gilt selbst dann, wenn der Gesetzgeber eindeutige Vorgaben macht. Hier geht es nicht nur um den üblichen Verteilungskampf um knappe Ressourcen, sondern auch um die Bewahrung etablierter hierarchischer Strukturen und professioneller Dominanz.

Die Institutionen des Gesundheitswesens von der Arztpraxis bis zu manchem Krankenhauskonzern setzen eher auf traditionelle Formen der Arbeitsorganisation als auf moderne Arbeitsformen, wie sie sich beispielhaft in anderen Dienstleistungsbranchen oder gar in Startups oder Tech-Konzernen durchgesetzt haben. In vielen Einrichtungen wird autonomes Handeln erschwert oder unmöglich gemacht. Permanenter Stress und geringe Spielräume für Selbstorganisation beeinträchtigen die körperliche und seelische Gesundheit, führen zu überdurchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten und Burn-out, senken die Motivation und führen nicht selten zum Verlassen des erlernten Berufs. Die Empathie für die Patientinnen und Patienten wird ökonomisch ausgebeutet und erschwert die kollektive Durchsetzung von Rechten und be-

rechtigten Forderungen. Betriebliche Gesundheitsförderung steht in vielen Institutionen noch nicht einmal auf dem Papier.

### Vorzeigefeld Pflege – Fünf Schritte hin zu einer menschenwürdigen Pflege

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“ – so gebietet es Art. 1 Absatz 1 Satz 1 des Grundgesetzes als unumstrittenes oberstes Leitprinzip unserer Verfassung, das allen anderen Grundrechten, Normen und Wertvorstellungen vorangeht. Damit werden nicht nur Konsequenzen aus der Terrorherrschaft des Nationalsozialismus mit industriellen Massentötungen, Euthanasie und Menschenversuchen gezogen, sondern unverrückbare Leitplanken für eine humane Gestaltung der Gesellschaft gesetzt. Es kann kaum bezweifelt werden, dass gerade in der Pflege die Menschenwürde strapaziert und bisweilen missachtet wird. Daher besteht sowohl bei der Krankenpflege als auch bei der Altenpflege dringender Handlungsbedarf.

Mit den vielen Einzelverabredungen, die sich im Koalitionsvertrag der Ampelkoalition finden und die an dieser Stelle nicht kommentiert werden sollen, sind die skizzierten Geburtsfehler der Pflegeversicherung und Fehlentwicklungen in der ambulanten wie stationären Krankenpflege nicht zu lösen. Vielmehr bedarf es ambitionierterer Ziele und Maßnahmen, die gegebenenfalls schrittweise umzusetzen sind, denn auch der längste Weg beginnt mit dem ersten Schritt. Aus Sicht des Verfassers sollte eine ambitionierte Reform der Pflege folgende Punkte enthalten:

#### 1. Die Konzentration der stationären Versorgung

Wichtigste Voraussetzungen zur Lösung der Probleme in der Krankenpflege sind die konsequente Durchsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und die Bereinigung der Krankenhausstrukturen. Dies betrifft vor allem die Überversorgung in urbanen Ballungsgebieten. Dabei darf man sich keine Illusionen machen, wie unpopulär die Schließung oder Zusammenlegung von Einheiten ist, selbst wenn das Nachbarkrankenhaus nur einige Kilometer entfernt ist. Daher ist die Umgestaltung zu medizinischen Versorgungszentren und die Begrenzung des Versorgungsauftrags auf die Grundversorgung schnellen Schließungen vorzuziehen. Allerdings müssen Politik, Krankenkassen und weitere Stakeholder der Bevölkerung, die oft die Erhaltung von Standorten fordern, ohne diese selbst

umfassend in Anspruch zu nehmen, reinen Wein einschenken. Wichtigste Argumente sind die Steigerung der Versorgungsqualität und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärzte und Pflegekräfte. Denn anders als in anderen Branchen droht den Beschäftigten umgewidmeter Gesundheitseinrichtungen weder Arbeitslosigkeit noch schlechtere Bezahlung.

#### 2. Die vollumfängliche Absicherung der Pflegebedürftigkeit

Die heutige Teilkostenabsicherung der Pflegebedürftigkeit sollte zu einer vollumfänglichen Absicherung ausgebaut werden. Der Ausbau kann in Schritten erfolgen. Mindestniveau des ersten Schritts ist die Vermeidung der Inanspruchnahme von Leistungen anderer Sicherungssysteme, insbesondere der Grundsicherung. Sollte das Pflegerisiko über eine Sozialversicherung abgesichert bleiben, ist das systemfremde Element der Inanspruchnahme eigenen Vermögens oder von Unterhaltspflichtigen abzubauen. Eigenanteile an Unterkunft und Verpflegung sind auf das Zumutbare und sozial Adäquate zu begrenzen.

#### 3. Die Absicherung der gesamten Bevölkerung in einem einheitlichen System

Die Aufteilung des Sicherungssystems in getrennte Trägerschaften je nach Zugehörigkeit zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung schwächt die Durchsetzung des Solidarprinzips und führt zu finanziellen Verzerrungen. Da in den gesetzlichen Rahmenbedingungen außerhalb der Finanzierung identische Regelungen für die soziale und die private Pflegeversicherung geschaffen wurden, lässt sich diese Vereinigung zu einem Finanzverbund schnell und unbürokratisch gestalten. Längerfristig sollte ein einheitliches Sozialgesetzbuch Gesundheit und Pflege regulieren. Denkbar wäre es aber auch, wie in den Niederlanden die (wettbewerbliche) Krankenversicherung auf die Akutversorgung zu beschränken und die Versorgung von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität – gegebenenfalls ab einem bestimmten Alter – mit Rehabilitation und Pflege in einem Sozialgesetzbuch zu verzahnen.

#### 4. Mehr Respekt für die berufliche Pflegearbeit schaffen

Selbst wenn die empirischen Belege für einen massiven Ausstieg aus der Pflege – polemisch als Pflerexit bezeichnet – dünn bleiben, kann es keinen Zweifel geben, dass viele Pflegekräfte überlastet und ausgepowert sind. Deshalb müssen die Arbeitsbedingungen für die professionelle Pflege in

Diensten und Einrichtungen unverzüglich verbessert werden. Das gilt nicht nur für die Gewährleistung einer auskömmlichen Finanzierung und für eine den Aufgaben und der Verantwortung angemessenen Honorierung, sondern vor allem für die Ausgestaltung von Arbeitsinhalten, Arbeitsorganisation und Arbeitszeit. Dazu zählt die Stärkung der Autonomie der Pflegeberufe, speziell gegenüber den Ärzten, durch ein modernes Berufsrecht sowie die Schaffung eines verbindlichen Rechtsanspruchs auf betriebliches Gesundheitsmanagement und betriebliche Gesundheitsförderung.

### *5. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf*

Bei aller Wertschätzung für die professionelle Pflege darf nicht vergessen werden, dass die Pflege durch Familienangehörige, Nachbarn und Ehrenamtliche die breite Basis der Versorgung Pflegebedürftiger bildet. Das bestehende niederschwellige Angebot zur Unterstützung pflegender Angehöriger muss deshalb ausgeweitet und differenziert werden. Das gilt insbesondere für die bezahlte Freistellung von der Arbeit zur Pflege. Aber auch die ergänzenden Leistungen im Rahmen der ambulanten Pflege müssen noch gezielter auf die unterschiedlichen Versorgungssituationen angepasst und mit den

gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen unterschiedlicher Träger verzahnt werden.

### **Fazit: Pflegereform jetzt angehen!**

Wie in allen Politikfeldern liegt bei gesundheitspolitischen Reformen der Teufel im Detail. Aber vor der detaillierten Gesetzgebungsarbeit sollten Bund und Länder, Stakeholder und Interessenvertretungen schnell einen möglichst breiten Konsens über die Zielrichtung und die Prioritäten weiterer Reformschritte erarbeiten. Hierzu können die Beiträge dieses Gesundheitsreports wichtige Hilfestellungen liefern. Im Übrigen gilt auch in der Pflege: Deutschland hat kein Erkenntnisdefizit, sondern es fehlt an einer entschlossenen, widerspruchsfreien Umsetzung.

Der Autor ist Vorstandsvorsitzender des BKK Dachverbands. Dieser Beitrag ist aber keine abgestimmte Meinungsäußerung des BKK Dachverbands, sondern enthält nur persönliche Betrachtungen und Vorschläge des Autors.

# Anhang

A	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	_____	460
B	Systematische Verzeichnisse	_____	468







## Verzeichnis des Anhangs

### A Arbeitsunfähigkeitsgeschehen 460

A.1	AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)	460
A.1.1	Pflichtmitglieder insgesamt	460
A.1.2	Beschäftigte Pflichtmitglieder	461
A.1.3	Teilzeitbeschäftigte	462
A.1.4	Arbeitslose (ALG-I)	463
A.1.5	Freiwillige Mitglieder insgesamt	464
A.1.6	Beschäftigte freiwillige Mitglieder	465
A.1.7	Mitglieder ohne Rentner	466
A.1.8	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	467

### B Systematische Verzeichnisse 468

B.1	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision German Modification (ICD-10-GM-2021)	468
	Diagnosehauptgruppen und Diagnoseuntergruppen nach dem ICD-10-GM Schlüssel	468
B.2	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC 2021)	474
	ATC-Hauptgruppen und ATC-Untergruppen nach der ATC Klassifikation	474
B.3	Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008)	477
	Wirtschaftsabschnitte und -abteilungen nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008)	477
B.4	Klassifikation der Berufe, Ausgabe 2010 (KldB 2010)	480
	Berufssektoren, -segmente und Berufshauptgruppen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)	480

Die digitale Aufbereitung des BKK Gesundheitsreports wird mit dieser Ausgabe fortgesetzt. Die AU-Kennzahlen des **»»** Tabellenanhangs A werden in digitaler Form zur Verfügung gestellt. Eine Ausnahme bildet **»»** Tabelle A.1, die als Übersichtstabelle im Report verbleibt. Damit kommen wir den Wünschen der Nutzer entgegen, die solche Kennzahlen verwenden bzw. weiterverarbeiten wollen. Alle Dateien des Tabellenanhangs sowie weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite des BKK Dachverbandes. Wenn Sie hierzu oder zum BKK Gesundheitsreport allgemeine Fragen haben, können Sie uns diese gern über [Gesundheitsberichte@bkk-dv.de](mailto:Gesundheitsberichte@bkk-dv.de) zusenden.

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

A.1.1 Pflichtmitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	200.477	1.325.282	10,05	66,4	6,6	0,18
	Frauen	179.057	1.259.176	9,23	64,9	7,0	0,18
	Gesamt	379.534	2.584.458	9,65	65,7	6,8	0,18
Neubildungen (C00–D48)	Männer	37.626	1.191.816	1,89	59,7	31,7	0,16
	Frauen	48.511	1.988.609	2,50	102,6	41,0	0,28
	Gesamt	86.137	3.180.425	2,19	80,8	36,9	0,22
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)	Männer	12.656	240.502	0,63	12,1	19,0	0,03
	Frauen	13.303	255.466	0,69	13,2	19,2	0,04
	Gesamt	25.959	495.968	0,66	12,6	19,1	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	139.364	6.378.965	6,99	319,7	45,8	0,88
	Frauen	201.831	8.934.885	10,41	460,8	44,3	1,26
	Gesamt	341.195	15.313.850	8,67	389,3	44,9	1,07
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	57.488	998.310	2,88	50,0	17,4	0,14
	Frauen	83.430	1.132.160	4,30	58,4	13,6	0,16
	Gesamt	140.918	2.130.470	3,58	54,2	15,1	0,15
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	32.959	284.318	1,65	14,3	8,6	0,04
	Frauen	28.870	241.603	1,49	12,5	8,4	0,03
	Gesamt	61.829	525.921	1,57	13,4	8,5	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	22.598	254.389	1,13	12,8	11,3	0,03
	Frauen	26.255	311.166	1,35	16,0	11,9	0,04
	Gesamt	48.853	565.555	1,24	14,4	11,6	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	71.163	2.061.979	3,57	103,4	29,0	0,28
	Frauen	52.562	1.056.640	2,71	54,5	20,1	0,15
	Gesamt	123.725	3.118.619	3,15	79,3	25,2	0,22
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	493.246	3.935.015	24,72	197,2	8,0	0,54
	Frauen	520.111	4.056.995	26,83	209,2	7,8	0,57
	Gesamt	1.013.357	7.992.010	25,76	203,2	7,9	0,56
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	226.553	1.755.107	11,36	88,0	7,7	0,24
	Frauen	198.010	1.382.884	10,21	71,3	7,0	0,20
	Gesamt	424.563	3.137.991	10,79	79,8	7,4	0,22
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	37.137	555.081	1,86	27,8	14,9	0,08
	Frauen	25.601	333.808	1,32	17,2	13,0	0,05
	Gesamt	62.738	888.889	1,59	22,6	14,2	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	536.991	11.366.321	26,92	569,7	21,2	1,56
	Frauen	367.540	8.798.184	18,96	453,8	23,9	1,24
	Gesamt	904.531	20.164.505	22,99	512,6	22,3	1,40
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	29.906	394.920	1,50	19,8	13,2	0,05
	Frauen	80.954	775.796	4,18	40,0	9,6	0,11
	Gesamt	110.860	1.170.716	2,82	29,8	10,6	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	41.774	472.860	2,15	24,4	11,3	0,07
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	188.904	1.875.079	9,47	94,0	9,9	0,26
	Frauen	219.465	2.155.995	11,32	111,2	9,8	0,30
	Gesamt	408.369	4.031.074	10,38	102,5	9,9	0,28
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	291.914	5.290.569	14,63	265,2	18,1	0,73
	Frauen	208.434	3.600.940	10,75	185,7	17,3	0,51
	Gesamt	500.348	8.891.509	12,72	226,0	17,8	0,62
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	41.097	899.946	2,06	45,1	21,9	0,12
	Frauen	49.899	1.108.108	2,57	57,2	22,2	0,16
	Gesamt	90.996	2.008.054	2,31	51,0	22,1	0,14
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.493.520</b>	<b>39.493.774</b>	<b>124,99</b>	<b>1.979,6</b>	<b>15,8</b>	<b>5,42</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.414.589</b>	<b>38.610.942</b>	<b>124,53</b>	<b>1.991,4</b>	<b>16,0</b>	<b>5,46</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>4.908.109</b>	<b>78.104.716</b>	<b>124,76</b>	<b>1.985,4</b>	<b>15,9</b>	<b>5,44</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	78.551	1.955.461	3,94	98,0	24,9	0,27
	Frauen	39.236	961.911	2,02	49,6	24,5	0,14
	Gesamt	117.787	2.917.372	2,99	74,2	24,8	0,20
davon Refahfälle	Männer	38.088	1.303.997	1,91	65,4	34,2	0,18
	Frauen	38.675	1.287.980	1,99	66,4	33,3	0,18
	Gesamt	76.763	2.591.977	1,95	65,9	33,8	0,18

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

A.1.2 Beschäftigte Pflichtmitglieder

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	198.558	1.299.281	10,32	67,5	6,5	0,19
	Frauen	177.512	1.234.768	9,45	65,8	7,0	0,18
	Gesamt	376.070	2.534.049	9,89	66,6	6,7	0,18
Neubildungen (C00–D48)	Männer	36.349	1.121.878	1,89	58,3	30,9	0,16
	Frauen	47.033	1.884.463	2,50	100,3	40,1	0,27
	Gesamt	83.382	3.006.341	2,19	79,1	36,1	0,22
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	12.211	224.675	0,63	11,7	18,4	0,03
	Frauen	12.956	243.171	0,69	12,9	18,8	0,04
	Gesamt	25.167	467.846	0,66	12,3	18,6	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	131.691	5.646.402	6,84	293,5	42,9	0,80
	Frauen	193.959	8.155.490	10,33	434,3	42,0	1,19
	Gesamt	325.650	13.801.892	8,57	363,0	42,4	0,99
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	56.168	944.169	2,92	49,1	16,8	0,13
	Frauen	81.937	1.078.436	4,36	57,4	13,2	0,16
	Gesamt	138.105	2.022.605	3,63	53,2	14,6	0,15
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	32.498	273.230	1,69	14,2	8,4	0,04
	Frauen	28.544	233.686	1,52	12,4	8,2	0,03
	Gesamt	61.042	506.916	1,61	13,3	8,3	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	22.308	244.101	1,16	12,7	10,9	0,03
	Frauen	25.936	301.566	1,38	16,1	11,6	0,04
	Gesamt	48.244	545.667	1,27	14,4	11,3	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	68.832	1.944.470	3,58	101,1	28,2	0,28
	Frauen	51.547	1.011.144	2,74	53,8	19,6	0,15
	Gesamt	120.379	2.955.614	3,17	77,7	24,6	0,21
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	489.519	3.883.047	25,44	201,8	7,9	0,55
	Frauen	516.241	4.006.661	27,49	213,4	7,8	0,58
	Gesamt	1.005.760	7.889.708	26,45	207,5	7,8	0,57
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	223.844	1.698.231	11,63	88,3	7,6	0,24
	Frauen	195.869	1.341.460	10,43	71,4	6,8	0,20
	Gesamt	419.713	3.039.691	11,04	79,9	7,2	0,22
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	36.610	538.407	1,90	28,0	14,7	0,08
	Frauen	25.242	321.988	1,34	17,1	12,8	0,05
	Gesamt	61.852	860.395	1,63	22,6	13,9	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	528.566	10.874.519	27,47	565,2	20,6	1,55
	Frauen	360.680	8.422.177	19,21	448,5	23,4	1,23
	Gesamt	889.246	19.296.696	23,39	507,5	21,7	1,39
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	29.201	380.569	1,52	19,8	13,0	0,05
	Frauen	79.806	754.518	4,25	40,2	9,5	0,11
	Gesamt	109.007	1.135.087	2,87	29,9	10,4	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	40.828	459.407	2,17	24,5	11,3	0,07
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	186.055	1.802.837	9,67	93,7	9,7	0,26
	Frauen	216.605	2.086.381	11,53	111,1	9,6	0,30
	Gesamt	402.660	3.889.218	10,59	102,3	9,7	0,28
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	288.827	5.158.013	15,01	268,1	17,9	0,73
	Frauen	205.913	3.492.743	10,96	186,0	17,0	0,51
	Gesamt	494.740	8.650.756	13,01	227,5	17,5	0,62
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	40.272	853.755	2,09	44,4	21,2	0,12
	Frauen	48.978	1.062.601	2,61	56,6	21,7	0,16
	Gesamt	89.250	1.916.356	2,35	50,4	21,5	0,14
<b>Gesamt</b>	Männer	2.454.423	37.561.487	127,56	1.952,1	15,3	5,35
	Frauen	2.377.963	36.820.269	126,63	1.960,7	15,5	5,37
	Gesamt	4.832.386	74.381.756	127,10	1.956,4	15,4	5,36
davon Arbeitsunfälle	Männer	78.241	1.938.363	4,07	100,7	24,8	0,28
	Frauen	39.046	953.173	2,08	50,8	24,4	0,14
	Gesamt	117.287	2.891.536	3,08	76,1	24,7	0,21
davon Refahfälle	Männer	34.789	1.174.601	1,81	61,0	33,8	0,17
	Frauen	35.824	1.188.677	1,91	63,3	33,2	0,17
	Gesamt	70.613	2.363.278	1,86	62,2	33,5	0,17

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

A.1.3 Teilzeitbeschäftigte

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	15.006	109.330	7,85	57,2	7,3	0,16
	Frauen	83.994	619.259	9,41	69,4	7,4	0,19
	Gesamt	99.000	728.589	9,14	67,2	7,4	0,18
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.023	99.622	1,58	52,1	33,0	0,14
	Frauen	25.704	1.097.960	2,88	123,0	42,7	0,34
	Gesamt	28.727	1.197.582	2,65	110,5	41,7	0,30
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)	Männer	987	19.913	0,52	10,4	20,2	0,03
	Frauen	6.368	129.668	0,71	14,5	20,4	0,04
	Gesamt	7.355	149.581	0,68	13,8	20,3	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	15.154	697.877	7,93	365,0	46,1	1,00
	Frauen	100.157	4.348.524	11,22	487,3	43,4	1,34
	Gesamt	115.311	5.046.401	10,64	465,7	43,8	1,28
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.949	94.846	2,59	49,6	19,2	0,14
	Frauen	36.666	566.149	4,11	63,4	15,4	0,17
	Gesamt	41.615	660.995	3,84	61,0	15,9	0,17
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.472	27.698	1,29	14,5	11,2	0,04
	Frauen	14.072	125.051	1,58	14,0	8,9	0,04
	Gesamt	16.544	152.749	1,53	14,1	9,2	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.961	24.291	1,03	12,7	12,4	0,03
	Frauen	13.284	163.880	1,49	18,4	12,3	0,05
	Gesamt	15.245	188.171	1,41	17,4	12,3	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.839	178.919	3,05	93,6	30,6	0,26
	Frauen	27.113	578.297	3,04	64,8	21,3	0,18
	Gesamt	32.952	757.216	3,04	69,9	23,0	0,19
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	38.456	328.852	20,12	172,0	8,6	0,47
	Frauen	253.216	2.068.320	28,37	231,8	8,2	0,64
	Gesamt	291.672	2.397.172	26,92	221,2	8,2	0,61
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	16.559	145.867	8,66	76,3	8,8	0,21
	Frauen	93.932	691.496	10,53	77,5	7,4	0,21
	Gesamt	110.491	837.363	10,20	77,3	7,6	0,21
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.575	44.387	1,35	23,2	17,2	0,06
	Frauen	11.919	165.556	1,34	18,6	13,9	0,05
	Gesamt	14.494	209.943	1,34	19,4	14,5	0,05
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	39.089	865.066	20,45	452,5	22,1	1,24
	Frauen	192.838	4.801.532	21,61	538,0	24,9	1,47
	Gesamt	231.927	5.666.598	21,40	522,9	24,4	1,43
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.794	37.016	1,46	19,4	13,2	0,05
	Frauen	37.112	385.475	4,16	43,2	10,4	0,12
	Gesamt	39.906	422.491	3,68	39,0	10,6	0,11
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	15.048	177.091	1,69	19,8	11,8	0,05
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	14.718	175.541	7,70	91,8	11,9	0,25
	Frauen	99.148	1.066.420	11,11	119,5	10,8	0,33
	Gesamt	113.866	1.241.961	10,51	114,6	10,9	0,31
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	20.137	418.353	10,53	218,8	20,8	0,60
	Frauen	100.995	1.871.254	11,32	209,7	18,5	0,57
	Gesamt	121.132	2.289.607	11,18	211,3	18,9	0,58
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.394	79.082	1,78	41,4	23,3	0,11
	Frauen	24.752	564.792	2,77	63,3	22,8	0,17
	Gesamt	28.146	643.874	2,60	59,4	22,9	0,16
<b>Gesamt</b>	Männer	192.078	3.401.234	100,47	1.779,1	17,7	4,87
	Frauen	1.170.277	19.820.883	131,14	2.221,1	16,9	6,09
	Gesamt	1.362.355	23.222.117	125,73	2.143,1	17,0	5,87
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.319	149.795	2,78	78,4	28,2	0,21
	Frauen	18.309	473.228	2,05	53,0	25,8	0,15
	Gesamt	23.628	623.023	2,18	57,5	26,4	0,16
davon Rehafälle	Männer	3.053	104.547	1,60	54,7	34,2	0,15
	Frauen	18.934	632.602	2,12	70,9	33,4	0,19
	Gesamt	21.987	737.149	2,03	68,0	33,5	0,19

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

A.1.4 Arbeitslose (ALG-I)

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	1.368	22.319	2,21	36,1	16,3	0,10
	Frauen	1.160	22.132	2,20	42,0	19,1	0,12
	Gesamt	2.528	44.451	2,21	38,8	17,6	0,11
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.177	66.691	1,90	107,8	56,7	0,30
	Frauen	1.320	98.235	2,51	186,4	74,4	0,51
	Gesamt	2.497	164.926	2,18	144,0	66,0	0,39
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	403	15.509	0,65	25,1	38,5	0,07
	Frauen	319	11.683	0,61	22,2	36,6	0,06
	Gesamt	722	27.192	0,63	23,7	37,7	0,07
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	6.880	707.033	11,12	1.143,1	102,8	3,13
	Frauen	7.022	748.590	13,33	1.420,8	106,6	3,89
	Gesamt	13.902	1.455.623	12,14	1.270,8	104,7	3,48
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.050	49.398	1,70	79,9	47,0	0,22
	Frauen	1.119	51.022	2,12	96,8	45,6	0,27
	Gesamt	2.169	100.420	1,89	87,7	46,3	0,24
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	400	10.587	0,65	17,1	26,5	0,05
	Frauen	282	7.191	0,54	13,6	25,5	0,04
	Gesamt	682	17.778	0,60	15,5	26,1	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	234	9.052	0,38	14,6	38,7	0,04
	Frauen	264	8.831	0,50	16,8	33,5	0,05
	Gesamt	498	17.883	0,43	15,6	35,9	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.149	113.450	3,47	183,4	52,8	0,50
	Frauen	888	43.197	1,69	82,0	48,6	0,22
	Gesamt	3.037	156.647	2,65	136,8	51,6	0,37
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	2.799	45.430	4,53	73,4	16,2	0,20
	Frauen	3.039	43.678	5,77	82,9	14,4	0,23
	Gesamt	5.838	89.108	5,10	77,8	15,3	0,21
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.228	52.915	3,60	85,6	23,8	0,23
	Frauen	1.749	38.476	3,32	73,0	22,0	0,20
	Gesamt	3.977	91.391	3,47	79,8	23,0	0,22
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	446	14.505	0,72	23,5	32,5	0,06
	Frauen	301	11.200	0,57	21,3	37,2	0,06
	Gesamt	747	25.705	0,65	22,4	34,4	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	7.425	472.467	12,00	763,9	63,6	2,09
	Frauen	6.057	358.813	11,50	681,0	59,2	1,87
	Gesamt	13.482	831.280	11,77	725,7	61,7	1,99
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	615	13.534	0,99	21,9	22,0	0,06
	Frauen	970	20.181	1,84	38,3	20,8	0,10
	Gesamt	1.585	33.715	1,38	29,4	21,3	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	894	12.679	1,70	24,1	14,2	0,07
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.334	67.190	3,77	108,6	28,8	0,30
	Frauen	2.323	63.413	4,41	120,4	27,3	0,33
	Gesamt	4.657	130.603	4,07	114,0	28,0	0,31
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.621	127.061	4,24	205,4	48,5	0,56
	Frauen	2.079	101.583	3,95	192,8	48,9	0,53
	Gesamt	4.700	228.644	4,10	199,6	48,6	0,55
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	746	45.061	1,21	72,9	60,4	0,20
	Frauen	845	44.263	1,60	84,0	52,4	0,23
	Gesamt	1.591	89.324	1,39	78,0	56,1	0,21
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>33.287</b>	<b>1.843.608</b>	<b>53,82</b>	<b>2.980,7</b>	<b>55,4</b>	<b>8,17</b>
	<b>Frauen</b>	<b>31.125</b>	<b>1.700.511</b>	<b>59,07</b>	<b>3.227,4</b>	<b>54,6</b>	<b>8,84</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>64.412</b>	<b>3.544.119</b>	<b>56,23</b>	<b>3.094,2</b>	<b>55,0</b>	<b>8,48</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	247	15.721	0,40	25,4	63,6	0,07
	Frauen	136	7.990	0,26	15,2	58,8	0,04
	Gesamt	383	23.711	0,33	20,7	61,9	0,06
davon Refahfälle	Männer	2.757	116.813	4,46	188,9	42,4	0,52
	Frauen	2.323	87.470	4,41	166,0	37,7	0,45
	Gesamt	5.080	204.283	4,44	178,3	40,2	0,49

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

A.1.5 Freiwillige Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	21.022	150.815	3,27	23,5	7,2	0,06
	Frauen	5.246	43.825	2,22	18,6	8,4	0,05
	Gesamt	26.268	194.640	2,99	22,1	7,4	0,06
Neubildungen (C00-D48)	Männer	10.344	257.718	1,61	40,1	24,9	0,11
	Frauen	3.896	134.591	1,65	57,0	34,5	0,16
	Gesamt	14.240	392.309	1,62	44,6	27,5	0,12
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten (E00-E90)	Männer	1.963	35.346	0,31	5,5	18,0	0,02
	Frauen	721	11.147	0,31	4,7	15,5	0,01
	Gesamt	2.684	46.493	0,31	5,3	17,3	0,01
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	20.661	954.401	3,21	148,5	46,2	0,41
	Frauen	9.204	405.313	3,90	171,6	44,0	0,47
	Gesamt	29.865	1.359.714	3,40	154,7	45,5	0,42
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	7.533	138.055	1,17	21,5	18,3	0,06
	Frauen	2.917	42.850	1,23	18,1	14,7	0,05
	Gesamt	10.450	180.905	1,19	20,6	17,3	0,06
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	6.680	57.582	1,04	9,0	8,6	0,02
	Frauen	1.686	13.962	0,71	5,9	8,3	0,02
	Gesamt	8.366	71.544	0,95	8,1	8,6	0,02
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	4.721	52.585	0,73	8,2	11,1	0,02
	Frauen	1.280	15.955	0,54	6,8	12,5	0,02
	Gesamt	6.001	68.540	0,68	7,8	11,4	0,02
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	13.530	311.066	2,11	48,4	23,0	0,13
	Frauen	2.214	43.967	0,94	18,6	19,9	0,05
	Gesamt	15.744	355.033	1,79	40,4	22,6	0,11
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	66.045	509.077	10,28	79,2	7,7	0,22
	Frauen	16.728	128.957	7,08	54,6	7,7	0,15
	Gesamt	82.773	638.034	9,42	72,6	7,7	0,20
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	38.675	250.075	6,02	38,9	6,5	0,11
	Frauen	8.914	58.161	3,77	24,6	6,5	0,07
	Gesamt	47.589	308.236	5,41	35,1	6,5	0,10
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	3.775	45.782	0,59	7,1	12,1	0,02
	Frauen	928	10.322	0,39	4,4	11,1	0,01
	Gesamt	4.703	56.104	0,54	6,4	11,9	0,02
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	53.692	1.011.878	8,35	157,4	18,8	0,43
	Frauen	11.556	229.490	4,89	97,2	19,9	0,27
	Gesamt	65.248	1.241.368	7,42	141,2	19,0	0,39
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	6.377	65.544	0,99	10,2	10,3	0,03
	Frauen	3.780	32.564	1,60	13,8	8,6	0,04
	Gesamt	10.157	98.108	1,16	11,2	9,7	0,03
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	3.401	37.332	1,44	15,8	11,0	0,04
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	23.615	246.766	3,67	38,4	10,4	0,11
	Frauen	8.165	88.076	3,46	37,3	10,8	0,10
	Gesamt	31.780	334.842	3,62	38,1	10,5	0,10
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	27.404	483.869	4,26	75,3	17,7	0,21
	Frauen	6.968	133.535	2,95	56,5	19,2	0,15
	Gesamt	34.372	617.404	3,91	70,2	18,0	0,19
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	8.853	147.586	1,38	23,0	16,7	0,06
	Frauen	2.769	52.713	1,17	22,3	19,0	0,06
	Gesamt	11.622	200.299	1,32	22,8	17,2	0,06
<b>Gesamt</b>	Männer	<b>324.154</b>	<b>4.823.615</b>	<b>50,43</b>	<b>750,5</b>	<b>14,9</b>	<b>2,06</b>
	Frauen	<b>92.618</b>	<b>1.509.357</b>	<b>39,21</b>	<b>639,0</b>	<b>16,3</b>	<b>1,75</b>
	Gesamt	<b>416.772</b>	<b>6.332.972</b>	<b>47,42</b>	<b>720,5</b>	<b>15,2</b>	<b>1,97</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.707	106.907	0,58	16,6	28,8	0,05
	Frauen	941	26.947	0,40	11,4	28,6	0,03
	Gesamt	4.648	133.854	0,53	15,2	28,8	0,04
davon Rehafälle	Männer	7.222	214.358	1,12	33,4	29,7	0,09
	Frauen	1.968	60.851	0,83	25,8	30,9	0,07
	Gesamt	9.190	275.209	1,05	31,3	29,9	0,09

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

A.1.6 Beschäftigte freiwillige Mitglieder

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	20.869	149.315	4,18	29,9	7,2	0,08
	Frauen	5.076	42.758	3,83	32,3	8,4	0,09
	Gesamt	25.945	192.073	4,10	30,4	7,4	0,08
Neubildungen (C00–D48)	Männer	10.276	255.830	2,06	51,2	24,9	0,14
	Frauen	3.815	130.916	2,88	98,7	34,3	0,27
	Gesamt	14.091	386.746	2,23	61,2	27,4	0,17
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.946	34.841	0,39	7,0	17,9	0,02
	Frauen	712	10.813	0,54	8,2	15,2	0,02
	Gesamt	2.658	45.654	0,42	7,2	17,2	0,02
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	20.286	938.336	4,06	187,8	46,3	0,51
	Frauen	8.888	392.795	6,70	296,3	44,2	0,81
	Gesamt	29.174	1.331.131	4,61	210,5	45,6	0,58
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	7.462	135.957	1,49	27,2	18,2	0,07
	Frauen	2.827	41.591	2,13	31,4	14,7	0,09
	Gesamt	10.289	177.548	1,63	28,1	17,3	0,08
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	6.634	57.074	1,33	11,4	8,6	0,03
	Frauen	1.658	13.717	1,25	10,3	8,3	0,03
	Gesamt	8.292	70.791	1,31	11,2	8,5	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	4.693	52.375	0,94	10,5	11,2	0,03
	Frauen	1.251	15.822	0,94	11,9	12,6	0,03
	Gesamt	5.944	68.197	0,94	10,8	11,5	0,03
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	13.418	306.535	2,69	61,4	22,8	0,17
	Frauen	2.166	42.635	1,63	32,2	19,7	0,09
	Gesamt	15.584	349.170	2,47	55,2	22,4	0,15
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	65.617	504.891	13,13	101,1	7,7	0,28
	Frauen	16.176	125.151	12,20	94,4	7,7	0,26
	Gesamt	81.793	630.042	12,94	99,7	7,7	0,27
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	38.497	247.863	7,70	49,6	6,4	0,14
	Frauen	8.732	56.538	6,59	42,6	6,5	0,12
	Gesamt	47.229	304.401	7,47	48,1	6,4	0,13
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.733	45.274	0,75	9,1	12,1	0,02
	Frauen	903	10.027	0,68	7,6	11,1	0,02
	Gesamt	4.636	55.301	0,73	8,7	11,9	0,02
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	53.259	1.000.979	10,66	200,3	18,8	0,55
	Frauen	11.224	222.437	8,47	167,8	19,8	0,46
	Gesamt	64.483	1.223.416	10,20	193,5	19,0	0,53
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6.339	64.981	1,27	13,0	10,3	0,04
	Frauen	3.680	31.934	2,78	24,1	8,7	0,07
	Gesamt	10.019	96.915	1,58	15,3	9,7	0,04
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	3.342	36.462	2,52	27,5	10,9	0,08
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	23.432	242.907	4,69	48,6	10,4	0,13
	Frauen	7.929	84.580	5,98	63,8	10,7	0,17
	Gesamt	31.361	327.487	4,96	51,8	10,4	0,14
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	27.010	471.934	5,41	94,5	17,5	0,26
	Frauen	6.631	122.818	5,00	92,6	18,5	0,25
	Gesamt	33.641	594.752	5,32	94,1	17,7	0,26
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	8.782	145.625	1,76	29,1	16,6	0,08
	Frauen	2.708	50.935	2,04	38,4	18,8	0,11
	Gesamt	11.490	196.560	1,82	31,1	17,1	0,09
<b>Gesamt</b>	Männer	321.457	4.759.557	64,34	952,6	14,8	2,61
	Frauen	89.880	1.457.137	67,79	1.099,1	16,2	3,01
	Gesamt	411.337	6.216.694	65,06	983,3	15,1	2,69
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.562	99.023	0,71	19,8	27,8	0,05
	Frauen	823	20.444	0,62	15,4	24,8	0,04
	Gesamt	4.385	119.467	0,69	18,9	27,2	0,05
davon Refahfälle	Männer	7.164	212.462	1,43	42,5	29,7	0,12
	Frauen	1.922	59.497	1,45	44,9	31,0	0,12
	Gesamt	9.086	271.959	1,44	43,0	29,9	0,12



A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

A.1.7 Mitglieder ohne Rentner

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	221.499	1.476.097	8,40	56,0	6,7	0,15
	Frauen	184.303	1.303.001	8,47	59,9	7,1	0,16
	Gesamt	405.802	2.779.098	8,43	57,7	6,8	0,16
Neubildungen (C00-D48)	Männer	47.970	1.449.534	1,82	55,0	30,2	0,15
	Frauen	52.407	2.123.200	2,41	97,6	40,5	0,27
	Gesamt	100.377	3.572.734	2,09	74,2	35,6	0,20
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00-E90)	Männer	14.619	275.848	0,55	10,5	18,9	0,03
	Frauen	14.024	266.613	0,64	12,3	19,0	0,03
	Gesamt	28.643	542.461	0,60	11,3	18,9	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	160.025	7.333.366	6,07	278,0	45,8	0,76
	Frauen	211.035	9.340.198	9,70	429,4	44,3	1,18
	Gesamt	371.060	16.673.564	7,71	346,4	44,9	0,95
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	65.021	1.136.365	2,47	43,1	17,5	0,12
	Frauen	86.347	1.175.010	3,97	54,0	13,6	0,15
	Gesamt	151.368	2.311.375	3,15	48,0	15,3	0,13
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	39.639	341.900	1,50	13,0	8,6	0,04
	Frauen	30.556	255.565	1,40	11,7	8,4	0,03
	Gesamt	70.195	597.465	1,46	12,4	8,5	0,03
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	27.319	306.974	1,04	11,6	11,2	0,03
	Frauen	27.535	327.121	1,27	15,0	11,9	0,04
	Gesamt	54.854	634.095	1,14	13,2	11,6	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	84.693	2.373.045	3,21	90,0	28,0	0,25
	Frauen	54.776	1.100.607	2,52	50,6	20,1	0,14
	Gesamt	139.469	3.473.652	2,90	72,2	24,9	0,20
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	559.291	4.444.092	21,20	168,5	7,9	0,46
	Frauen	536.839	4.185.952	24,68	192,4	7,8	0,53
	Gesamt	1.096.130	8.630.044	22,77	179,3	7,9	0,49
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	265.228	2.005.182	10,05	76,0	7,6	0,21
	Frauen	206.924	1.441.045	9,51	66,3	7,0	0,18
	Gesamt	472.152	3.446.227	9,81	71,6	7,3	0,20
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	40.912	600.863	1,55	22,8	14,7	0,06
	Frauen	26.529	344.130	1,22	15,8	13,0	0,04
	Gesamt	67.441	944.993	1,40	19,6	14,0	0,05
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	590.683	12.378.199	22,39	469,3	21,0	1,29
	Frauen	379.096	9.027.674	17,43	415,0	23,8	1,14
	Gesamt	969.779	21.405.873	20,15	444,8	22,1	1,22
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	36.283	460.464	1,38	17,5	12,7	0,05
	Frauen	84.734	808.360	3,90	37,2	9,5	0,10
	Gesamt	121.017	1.268.824	2,51	26,4	10,5	0,07
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	45.175	510.192	2,08	23,5	11,3	0,06
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	212.519	2.121.845	8,06	80,4	10,0	0,22
	Frauen	227.630	2.244.071	10,47	103,2	9,9	0,28
	Gesamt	440.149	4.365.916	9,15	90,7	9,9	0,25
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	319.318	5.774.438	12,11	218,9	18,1	0,60
	Frauen	215.402	3.734.475	9,90	171,7	17,3	0,47
	Gesamt	534.720	9.508.913	11,11	197,6	17,8	0,54
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	49.950	1.047.532	1,89	39,7	21,0	0,11
	Frauen	52.668	1.160.821	2,42	53,4	22,0	0,15
	Gesamt	102.618	2.208.353	2,13	45,9	21,5	0,13
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.817.674</b>	<b>44.317.389</b>	<b>106,82</b>	<b>1.680,1</b>	<b>15,7</b>	<b>4,60</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.507.207</b>	<b>40.120.299</b>	<b>115,27</b>	<b>1.844,5</b>	<b>16,0</b>	<b>5,05</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.324.881</b>	<b>84.437.688</b>	<b>110,64</b>	<b>1.754,4</b>	<b>15,9</b>	<b>4,81</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	82.258	2.062.368	3,12	78,2	25,1	0,21
	Frauen	40.177	988.858	1,85	45,5	24,6	0,12
	Gesamt	122.435	3.051.226	2,54	63,4	24,9	0,17
davon Refahfälle	Männer	45.310	1.518.355	1,72	57,6	33,5	0,16
	Frauen	40.643	1.348.831	1,87	62,0	33,2	0,17
	Gesamt	85.953	2.867.186	1,79	59,6	33,4	0,16

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

A.1.8 Beschäftigte Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	219.427	1.448.596	9,05	59,8	6,6	0,16
	Frauen	182.588	1.277.526	9,08	63,5	7,0	0,17
	Gesamt	402.015	2.726.122	9,07	61,5	6,8	0,17
Neubildungen (C00–D48)	Männer	46.625	1.377.708	1,92	56,8	29,5	0,16
	Frauen	50.848	2.015.379	2,53	100,2	39,6	0,27
	Gesamt	97.473	3.393.087	2,20	76,5	34,8	0,21
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	14.157	259.516	0,58	10,7	18,3	0,03
	Frauen	13.668	253.984	0,68	12,6	18,6	0,03
	Gesamt	27.825	513.500	0,63	11,6	18,5	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	151.977	6.584.738	6,27	271,7	43,3	0,74
	Frauen	202.847	8.548.285	10,09	425,2	42,1	1,16
	Gesamt	354.824	15.133.023	8,00	341,3	42,6	0,94
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	63.630	1.080.126	2,63	44,6	17,0	0,12
	Frauen	84.764	1.120.027	4,22	55,7	13,2	0,15
	Gesamt	148.394	2.200.153	3,35	49,6	14,8	0,14
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	39.132	330.304	1,61	13,6	8,4	0,04
	Frauen	30.202	247.403	1,50	12,3	8,2	0,03
	Gesamt	69.334	577.707	1,56	13,0	8,3	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	27.001	296.476	1,11	12,2	11,0	0,03
	Frauen	27.187	317.388	1,35	15,8	11,7	0,04
	Gesamt	54.188	613.864	1,22	13,8	11,3	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	82.250	2.251.005	3,39	92,9	27,4	0,25
	Frauen	53.713	1.053.779	2,67	52,4	19,6	0,14
	Gesamt	135.963	3.304.784	3,07	74,5	24,3	0,20
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	555.136	4.387.938	22,90	181,0	7,9	0,50
	Frauen	532.417	4.131.812	26,48	205,5	7,8	0,56
	Gesamt	1.087.553	8.519.750	24,53	192,1	7,8	0,53
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	262.341	1.946.094	10,82	80,3	7,4	0,22
	Frauen	204.601	1.397.998	10,18	69,5	6,8	0,19
	Gesamt	466.942	3.344.092	10,53	75,4	7,2	0,21
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	40.343	583.681	1,66	24,1	14,5	0,07
	Frauen	26.145	332.015	1,30	16,5	12,7	0,05
	Gesamt	66.488	915.696	1,50	20,7	13,8	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	581.825	11.875.498	24,00	490,0	20,4	1,34
	Frauen	371.904	8.644.614	18,50	430,0	23,2	1,18
	Gesamt	953.729	20.520.112	21,51	462,8	21,5	1,27
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	35.540	445.550	1,47	18,4	12,5	0,05
	Frauen	83.486	786.452	4,15	39,1	9,4	0,11
	Gesamt	119.026	1.232.002	2,68	27,8	10,4	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	44.170	495.869	2,20	24,7	11,2	0,07
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	209.487	2.045.744	8,64	84,4	9,8	0,23
	Frauen	224.534	2.170.961	11,17	108,0	9,7	0,30
	Gesamt	434.021	4.216.705	9,79	95,1	9,7	0,26
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	315.837	5.629.947	13,03	232,3	17,8	0,64
	Frauen	212.544	3.615.561	10,57	179,8	17,0	0,49
	Gesamt	528.381	9.245.508	11,92	208,5	17,5	0,57
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	49.054	999.380	2,02	41,2	20,4	0,11
	Frauen	51.686	1.113.536	2,57	55,4	21,5	0,15
	Gesamt	100.740	2.112.916	2,27	47,6	21,0	0,13
<b>Gesamt</b>	Männer	2.775.880	42.321.044	114,53	1.746,1	15,2	4,78
	Frauen	2.467.843	38.277.406	122,75	1.903,9	15,5	5,22
	Gesamt	5.243.723	80.598.450	118,25	1.817,6	15,4	4,98
davon Arbeitsunfälle	Männer	81.803	2.037.386	3,38	84,1	24,9	0,23
	Frauen	39.869	973.617	1,98	48,4	24,4	0,13
	Gesamt	121.672	3.011.003	2,74	67,9	24,7	0,19
davon Refahfälle	Männer	41.953	1.387.063	1,73	57,2	33,1	0,16
	Frauen	37.746	1.248.174	1,88	62,1	33,1	0,17
	Gesamt	79.699	2.635.237	1,80	59,4	33,1	0,16

B.1 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme –  
10. Revision German Modification (ICD-10-GM-2021)

Diagnosehauptgruppen und Diagnoseuntergruppen nach dem ICD-10-GM Schlüssel

Gliederungsebene	Anzahl	ICD-10-Code
Diagnosehauptgruppen/Kapitel	21	Kapitel I-XXI (Kapitel XXII „U00-U99: Schlüsselnummern für besondere Zwecke“ wird hier nicht separat dargestellt.)
Diagnoseuntergruppen/Gruppen	234	A00-Z99

ICD-10-Code	Bezeichnung
<b>Kapitel I</b>	<b>Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)</b>
A00-A09	Infektiöse Darmkrankheiten
A15-A19	Tuberkulose
A20-A28	Bestimmte bakterielle Zoonosen
A30-A49	Sonstige bakterielle Krankheiten
A50-A64	Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden
A65-A69	Sonstige Spirochätenkrankheiten
A70-A74	Sonstige Krankheiten durch Chlamydien
A75-A79	Rickettsiosen
A80-A89	Virusinfektionen des Zentralnervensystems
A92-A99	Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber
B00-B09	Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind
B15-B19	Virushepatitis
B20-B24	HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B25-B34	Sonstige Viruskrankheiten
B35-B49	Mykosen
B50-B64	Protozoenkrankheiten
B65-B83	Helminthosen
B85-B89	Pedikulose [Läusebefall], Akarinoase [Milbenbefall] und sonstiger Parasitenbefall der Haut
B90-B94	Folgezustände von infektiösen und parasitären Krankheiten
B95-B98	Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B99-B99	Sonstige Infektionskrankheiten
<b>Kapitel II</b>	<b>Neubildungen (C00–D48)</b>
C00-C14	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
C15-C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
C30-C39	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
C40-C41	Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenknorpels
C43-C44	Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C45-C49	Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
C50-C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]
C51-C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
C60-C63	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
C64-C68	Bösartige Neubildungen der Harnorgane
C69-C72	Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
C73-C75	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
C76-C80	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C81-C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet

B.1 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme –  
10. Revision German Modification (ICD-10-GM-2021)

ICD-10-Code	Bezeichnung
C97-C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D00-D09	In-situ-Neubildungen
D10-D36	Gutartige Neubildungen
D37-D48	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens
<b>Kapitel III</b>	<b>Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D90)</b>
D50-D53	Alimentäre Anämien
D55-D59	Hämolytische Anämien
D60-D64	Aplastische und sonstige Anämien
D65-D69	Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
D70-D77	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
D80-D90	Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
<b>Kapitel IV</b>	<b>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)</b>
E00-E07	Krankheiten der Schilddrüse
E10-E14	Diabetes mellitus
E15-E16	Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas
E20-E35	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen
E40-E46	Mangelernährung
E50-E64	Sonstige alimentäre Mangelzustände
E65-E68	Adipositas und sonstige Überernährung
E70-E90	Stoffwechselstörungen
<b>Kapitel V</b>	<b>Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)</b>
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzstörung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
<b>Kapitel VI</b>	<b>Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)</b>
G00-G09	Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems
G10-G14	Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
G20-G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G30-G32	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
G35-G37	Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G40-G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
G50-G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus
G60-G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
G70-G73	Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
G80-G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
G90-G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems

B.1 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme –  
10. Revision German Modification (ICD-10-GM-2021)

ICD-10-Code	Bezeichnung
<b>Kapitel VII</b>	<b>Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)</b>
H00-H06	Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
H10-H13	Affektionen der Konjunktiva
H15-H22	Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
H25-H28	Affektionen der Linse
H30-H36	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut
H40-H42	Glaukom
H43-H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels
H46-H48	Affektionen des Nervus opticus und der Sehbahn
H49-H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
H53-H54	Sehstörungen und Blindheit
H55-H59	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde
<b>Kapitel VIII</b>	<b>Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)</b>
H60-H62	Krankheiten des äußeren Ohres
H65-H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
H80-H83	Krankheiten des Innenohres
H90-H95	Sonstige Krankheiten des Ohres
<b>Kapitel IX</b>	<b>Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)</b>
I00-I02	Akutes rheumatisches Fieber
I05-I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
I10-I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten
I26-I28	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
I70-I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
I80-I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert
I95-I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
<b>Kapitel X</b>	<b>Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)</b>
J00-J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege
J09-J18	Grippe und Pneumonie
J20-J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege
J30-J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
J40-J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
J60-J70	Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen
J80-J84	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen
J85-J86	Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege
J90-J94	Sonstige Krankheiten der Pleura
J95-J99	Sonstige Krankheiten des Atmungssystems
<b>Kapitel XI</b>	<b>Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)</b>
K00-K14	Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer
K20-K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums
K35-K38	Krankheiten der Appendix
K40-K46	Hernien

B.1 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme –  
10. Revision German Modification (ICD-10-GM-2021)

ICD-10-Code	Bezeichnung
K50-K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis
K55-K64	Sonstige Krankheiten des Darmes
K65-K67	Krankheiten des Peritoneums
K70-K77	Krankheiten der Leber
K80-K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas
K90-K93	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
<b>Kapitel XII</b>	<b>Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)</b>
L00-L08	Infektionen der Haut und der Unterhaut
L10-L14	Bullöse Dermatosen
L20-L30	Dermatitis und Ekzem
L40-L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten
L50-L54	Urtikaria und Erythem
L55-L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
L60-L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde
L80-L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut
<b>Kapitel XIII</b>	<b>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)</b>
M00-M03	Infektiöse Arthropathien
M05-M14	Entzündliche Polyarthropathien
M15-M19	Arthrose
M20-M25	Sonstige Gelenkrankheiten
M30-M36	Systemkrankheiten des Bindegewebes
M40-M43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M45-M49	Spondylopathien
M50-M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M60-M63	Krankheiten der Muskeln
M65-M68	Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
M70-M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes
M80-M85	Veränderungen der Knochendichte und -struktur
M86-M90	Sonstige Osteopathien
M91-M94	Chondropathien
M95-M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
<b>Kapitel XIV</b>	<b>Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)</b>
N00-N08	Glomeruläre Krankheiten
N10-N16	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten
N17-N19	Niereninsuffizienz
N20-N23	Urolithiasis
N25-N29	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters
N30-N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
N40-N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane
N60-N64	Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
N70-N77	Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
N80-N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
N99-N99	Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems

B.1 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme –  
10. Revision German Modification (ICD-10-GM-2021)

ICD-10-Code	Bezeichnung
<b>Kapitel XV</b>	<b>Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (000–099)</b>
000-008	Schwangerschaft mit abortivem Ausgang
009-009	Schwangerschaftsdauer
010-016	Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
020-029	Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
030-048	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Fetus und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
060-075	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
080-082	Entbindung
085-092	Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten
094-099	Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind
<b>Kapitel XVI</b>	<b>Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)</b>
P00-P04	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung
P05-P08	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum
P10-P15	Geburtstrauma
P20-P29	Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P35-P39	Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P50-P61	Hämorrhagische und hämatologische Krankheiten beim Fetus und Neugeborenen
P70-P74	Transitorische endokrine und Stoffwechselstörungen, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind
P75-P78	Krankheiten des Verdauungssystems beim Fetus und Neugeborenen
P80-P83	Krankheitszustände mit Beteiligung der Haut und der Temperaturregulation beim Fetus und Neugeborenen
P90-P96	Sonstige Störungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
<b>Kapitel XVII</b>	<b>Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)</b>
Q00-Q07	Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
Q10-Q18	Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses
Q20-Q28	Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
Q30-Q34	Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems
Q35-Q37	Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte
Q38-Q45	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems
Q50-Q56	Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane
Q60-Q64	Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems
Q65-Q79	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems
Q80-Q89	Sonstige angeborene Fehlbildungen
Q90-Q99	Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert
<b>Kapitel XVIII</b>	<b>Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)</b>
R00-R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen
R10-R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen
R20-R23	Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen
R25-R29	Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
R30-R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen
R40-R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen
R47-R49	Symptome, die die Sprache und die Stimme betreffen
R50-R69	Allgemeinsymptome
R70-R79	Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose

B.1 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme –  
10. Revision German Modification (ICD-10-GM-2021)

ICD-10-Code	Bezeichnung
R80-R82	Abnorme Urinuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
R83-R89	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei der Untersuchung anderer Körperflüssigkeiten, Substanzen und Gewebe
R90-R94	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik und Funktionsprüfungen
R95-R99	Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen
<b>Kapitel XIX</b>	<b>Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)</b>
S00-S09	Verletzungen des Kopfes
S10-S19	Verletzungen des Halses
S20-S29	Verletzungen des Thorax
S30-S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S40-S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50-S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
S60-S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70-S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80-S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
S90-S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00-T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08-T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen
T15-T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung
T20-T25	Verbrennungen oder Verätzungen der äußeren Körperoberfläche, Lokalisation bezeichnet
T26-T28	Verbrennungen oder Verätzungen, die auf das Auge und auf innere Organe begrenzt sind
T29-T32	Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer und nicht näher bezeichneter Körperregionen
T33-T35	Erfrierungen
T36-T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
T51-T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
T66-T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen
T79-T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas
T80-T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert
T89-T89	Sonstige Komplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert
T90-T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen
<b>Kapitel XX</b>	<b>Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y84)</b>
V01-X59	Unfälle
X60-X84	Vorsätzliche Selbstbeschädigung
X85-Y09	Tätlicher Angriff
Y10-Y34	Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind
Y35-Y36	Gesetzliche Maßnahmen und Kriegshandlungen
Y40-Y84	Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung
<b>Kapitel XXI</b>	<b>Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)</b>
Z00-Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen
Z20-Z29	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten
Z30-Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen
Z40-Z54	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen
Z55-Z65	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände
Z70-Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
Z80-Z99	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen



## B.2 Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC 2021)

### ATC-Hauptgruppen und ATC-Untergruppen nach der ATC Klassifikation

Gliederungsebene	Anzahl	ATC-Code
Anatomische Hauptgruppen	14	A-V
Therapeutische Untergruppen	99	A01-V90

ATC-Code	Bezeichnung
<b>A</b>	<b>Alimentäres System und Stoffwechsel</b>
A01	Stomatologika
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen
A03	Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen
A04	Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit
A05	Gallen- und Lebertherapie
A06	Mittel gegen Obstipation
A07	Antidiarrhoika und Intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva
A08	Antiadiposita, exklusive Diätetika
A09	Digestiva, inklusive Enzyme
A10	Antidiabetika
A11	Vitamine
A12	Mineralstoffe
A13	Tonika
A14	Anabolika zur systemischen Anwendung
A15	Appetit stimulierende Mittel
A16	Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel
<b>B</b>	<b>Blut und blutbildende Organe</b>
B01	Antithrombotische Mittel
B02	Antihämorrhagika
B03	Antianämika
B05	Blutersatzmittel und Perfusionslösungen
B06	Andere Hämatologika
<b>C</b>	<b>Kardiovaskuläres System</b>
C01	Herztherapie
C02	Antihypertensiva
C03	Diuretika
C04	Periphere Vasodilatoren
C05	Vasoprotektoren
C06	Andere Herz- und Kreislaufmittel
C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten
C08	Calciumkanalblocker
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen

## B.2 Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC 2021)

ATC-Code	Bezeichnung
<b>D</b>	<b>Dermatika</b>
D01	Antimykotika zur dermatologischen Anwendung
D02	Emollientia und Hautschutzmittel
D03	Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren
D04	Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc.
D05	Antipsoriatika
D06	Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung
D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen
D08	Antiseptika und Desinfektionsmittel
D09	Medizinische Verbände
D10	Aknemittel
D11	Andere Dermatika
<b>G</b>	<b>Urogenitalsystem und Sexualhormone</b>
G01	Gynäkologische Antiinfektiva und Antiseptika
G02	Andere Gynäkologika
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems
G04	Urologika
<b>H</b>	<b>Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline</b>
H01	Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung
H03	Schilddrüsentherapie
H04	Pankreashormone
H05	Calciumhomöostase
<b>J</b>	<b>Antiinfektiva zur systemischen Anwendung</b>
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung
J02	Antimykotika zur systemischen Anwendung
J04	Mittel gegen Mykobakterien
J05	Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung
J06	Immunsera und Immunglobuline
J07	Impfstoffe
<b>L</b>	<b>Antineoplastische und immunmodulierende Mittel</b>
L01	Antineoplastische Mittel
L02	Endokrine Therapie
L03	Immunstimulanzien
L04	Immunsuppressiva
<b>M</b>	<b>Muskel- und Skelettsystem</b>
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika
M02	Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen
M03	Muskelrelaxanzien
M04	Gichtmittel
M05	Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen
M09	Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems

ATC-Code	Bezeichnung
<b>N</b>	<b>Nervensystem</b>
N01	Anästhetika
N02	Analgetika
N03	Antiepileptika
N04	Antiparkinsonmittel
N05	Psycholeptika
N06	Psychoanaleptika
N07	Andere Mittel für das Nervensystem
<b>P</b>	<b>Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien</b>
P01	Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen
P02	Anthelmintika
P03	Mittel gegen Ektoparasiten, inklusive Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien
<b>R</b>	<b>Respirationstrakt</b>
R01	Rhinologika
R02	Hals- und Rachentherapeutika
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
R04	Brusteinreibungen und andere Inhalate
R05	Husten- und Erkältungsmittel
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung
R07	Andere Mittel für den Respirationstrakt
<b>S</b>	<b>Sinnesorgane</b>
S01	Ophthalmika
S02	Otologika
S03	Ophthalmologische und otologische Zubereitungen
<b>V</b>	<b>Verschiedene</b>
V01	Allergene
V03	Alle übrigen therapeutischen Mittel
V04	Diagnostika
V06	Allgemeine Diätetika
V07	Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel
V08	Kontrastmittel
V09	Radiodiagnostika
V10	Radiotherapeutika
V20	Wundverbände
V60	Homöopathika und Anthroposophika
V70	Rezepturen
V90	Sondergruppen

### B.3 Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008)

#### Wirtschaftsabschnitte und -abteilungen nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008)

Gliederungsebene	Anzahl	WZ-2008-Code
Wirtschaftsabschnitte	21	A-U
Wirtschaftsabteilungen	88	01-99

WZ-2008-Code	Bezeichnung
<b>Abschnitt A</b> Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	
01	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag
03	Fischerei und Aquakultur
<b>Abschnitt B</b> Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	
05	Kohlenbergbau
06	Gewinnung von Erdöl und Erdgas
07	Erzbergbau
08	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau
09	Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden
<b>Abschnitt C</b> Verarbeitendes Gewerbe	
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln
11	Getränkeherstellung
12	Tabakverarbeitung
13	Herstellung von Textilien
14	Herstellung von Bekleidung
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden
24	Metallerzeugung und -bearbeitung
25	Herstellung von Metallerzeugnissen
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen
28	Maschinenbau
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen
30	Sonstiger Fahrzeugbau
31	Herstellung von Möbeln
32	Herstellung von sonstigen Waren
33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen
<b>Abschnitt D</b> Energieversorgung	
35	Energieversorgung

WZ-2008-Code	Bezeichnung
<b>Abschnitt E</b>	<b>Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen</b>
36	Wasserversorgung
37	Abwasserentsorgung
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung
39	Beseitigung von Umweltverschmutzungen und sonstige Entsorgung
<b>Abschnitt F</b>	<b>Baugewerbe</b>
41	Hochbau
42	Tiefbau
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe
<b>Abschnitt G</b>	<b>Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen</b>
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
<b>Abschnitt H</b>	<b>Verkehr und Lagerei</b>
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen
50	Schifffahrt
51	Luftfahrt
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr
53	Post-, Kurier- und Expressdienste
<b>Abschnitt I</b>	<b>Gastgewerbe</b>
55	Beherbergung
56	Gastronomie
<b>Abschnitt J</b>	<b>Information und Kommunikation</b>
58	Verlagswesen
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios und Verlegen von Musik
60	Rundfunkveranstalter
61	Telekommunikation
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie
63	Informationsdienstleistungen
<b>Abschnitt K</b>	<b>Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen</b>
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten
<b>Abschnitt L</b>	<b>Grundstücks- und Wohnungswesen</b>
68	Grundstücks- und Wohnungswesen
<b>Abschnitt M</b>	<b>Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen</b>
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung
72	Forschung und Entwicklung
73	Werbung und Marktforschung
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten
75	Veterinärwesen

### B.3 Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008)

WZ-2008-Code	Bezeichnung
<b>Abschnitt N</b>	<b>Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen</b>
77	Vermietung von beweglichen Sachen
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.
<b>Abschnitt O</b>	<b>Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung</b>
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
<b>Abschnitt P</b>	<b>Erziehung und Unterricht</b>
85	Erziehung und Unterricht
<b>Abschnitt Q</b>	<b>Gesundheits- und Sozialwesen</b>
86	Gesundheitswesen
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
88	Sozialwesen (ohne Heime)
<b>Abschnitt R</b>	<b>Kunst, Unterhaltung und Erholung</b>
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung
<b>Abschnitt S</b>	<b>Erbringung von sonstigen Dienstleistungen</b>
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern
96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen
<b>Abschnitt T</b>	<b>Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt</b>
97	Private Haushalte mit Hauspersonal
98	Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
<b>Abschnitt U</b>	<b>Exterritoriale Organisationen und Körperschaften</b>
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften

## B.4 Klassifikation der Berufe, Ausgabe 2010 (KldB 2010)

### Berufssektoren, -segmente und Berufshauptgruppen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)

Gliederungsebene	Anzahl	KldB-2010-Code
Berufssektoren	5	S1-S5
Berufssegmente	14	S11-S53
Berufshauptgruppen	37	01-99

KldB-2010-Code	Bezeichnung
S1	Produktionsberufe
S11	Land-, Forst- und Gartenbauberufe
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe
12	Gartenbauberufe und Floristik
S12	Fertigungsberufe
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikerstellung und -verarbeitung
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung
23	Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe
28	Textil- und Lederberufe
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau
S13	Fertigungstechnische Berufe
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe
26	Mechatronik, Energie- und Elektroberufe
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe
S14	Bau- und Ausbauberufe
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe
32	Hoch- und Tiefbauberufe
33	(Innen-)Ausbauberufe
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe
S2	Personenbezogene Dienstleistungsberufe
S21	Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe
S22	Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe
81	Medizinische Gesundheitsberufe
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik
S23	Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie
84	Lehrende und ausbildende Berufe
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe
94	Darstellende und unterhaltende Berufe

KldB-2010-Code	Bezeichnung
S3	Kaufmännische und unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe
S31	Handelsberufe
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe
62	Verkaufsberufe
S32	Berufe in Unternehmensführung und -organisation
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation
S33	Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung
73	Berufe in Recht und Verwaltung
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe
S4	IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe
S41	IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe
41	Mathematik, Biologie-, Chemie- und Physikberufe
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe
43	Informatik, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe
S5	Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungsberufe
S51	Sicherheitsberufe
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe
01	Angehörige der regulären Streitkräfte
S52	Verkehrs- und Logistikberufe
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten
S53	Reinigungsberufe
54	Reinigungsberufe



