

Methodische Hinweise

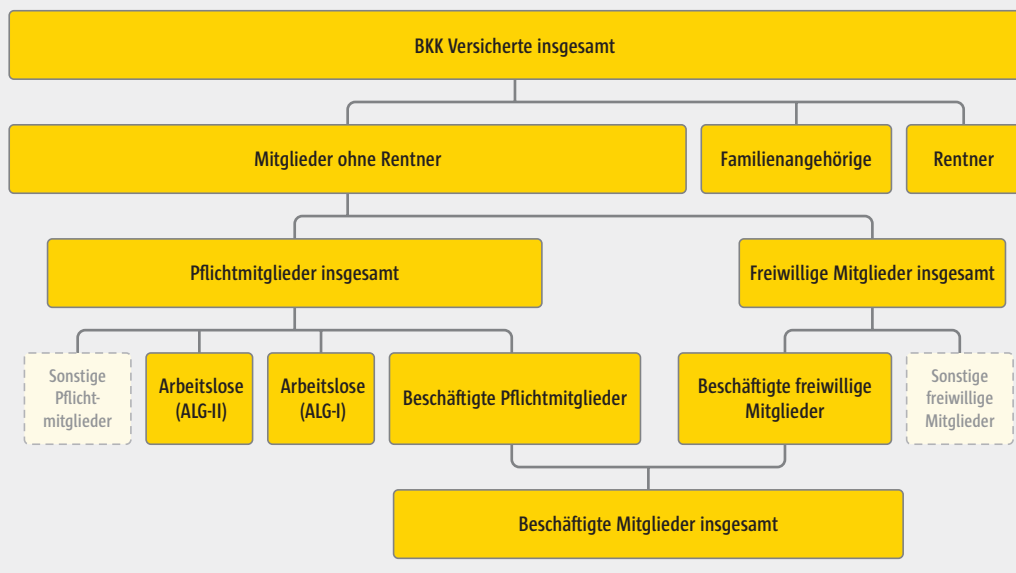
Für den diesjährigen BKK Gesundheitsreport werden ausgewählte Daten von insgesamt 8,8 Millionen BKK Versicherten einbezogen. Dies entspricht einem Anteil von rund 12% aller GKV-Versicherten in Deutschland. In den einzelnen Kapiteln des BKK Gesundheitsreports werden unterschiedliche Versichertengruppen 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.

Abbildung 1 Struktur der BKK Versicherten nach Versichertengruppen



- **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.

Versichertenstammdaten

Die für den Report verwendeten Versichertenstammdaten 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
- Arbeitgebermerkmale (v.a. Wirtschaftsgruppe und Betriebsgröße)

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 Diffe-

renz 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 solche 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 erstgenannte 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 der Monatsstatistik der beschäftigten BKK Mitglieder für die ersten beiden Quartale des aktuellen Berichtsjahres dargestellt. Diese geben, aufgrund ihrer Aktualität, erste Hinweise auf aktuelle und zukünftige Trends im AU-Geschehen, die u.a. für den Report des Folgejahres von Bedeutung sein können. Die 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.

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 zu beachten ist hier, dass nur die stationären bzw. teilstationären KH-Fälle berücksichtigt werden. KH-Tage werden bei den 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.

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 Arbeitsunfähigkeits- bzw. Krankenhausdaten, wo nur die jeweilige Haupt- bzw. Entlassungsdiagnose für die Auswertung verwendet wird, werden hier alle gesicherten Diagnosen pro Versicherten und Berichtsjahr 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 nicht kumulativ zueinander.

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 liegt. 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 ($\text{AU-Fälle je Mitglied}$).
- **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 ($\text{AU-Tage je Mitglied}$).
- **AU-Tage je Fall:** Diese Kennzahl gibt die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit pro AU-Fall wieder ($\text{AU-Dauer} = \text{AU-Tage} : \text{AU-Fälle}$).
- **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 ($\text{Krankenstand} = \text{AU-Tage} : \text{Mitgliederjahre} : \text{Kalendertage pro Jahr} \times 100$).
- **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 ($\text{KG-Fälle je Mitglied}$).
- **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 ($\text{KG-Fälle je Mitglied}$).
- **KKG-Fälle:** Diese Kennzahl gibt die Anzahl der Kinderkrankengeldfälle an. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt ($\text{KKG-Fälle je Mitglied}$).
- **KKG-Tage:** Diese Kennzahl gibt die Anzahl der Kinderkrankengeldtage an. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt ($\text{KKG-Tage je Mitglied}$).

- **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-Tag:** 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-Tag je Versicherten).
- **KH-Tag je Fall:** Diese Kennzahl gibt die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts pro KH-Fall wieder ($\text{KH-Dauer} = \text{KH-Tag} : \text{KH-Fälle}$).
- **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 Arbeitsunfähigkeitszeiten, 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.

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 (in der Regel rund 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- sowie geschlechtsstandardisierte Kenngrößen berechnet. Die Standardisierung dient dazu, das 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 werden 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 einen Vergleich der BKK Daten mit den Angaben anderer Krankenkassen, sofern sich die Methoden entsprechen.

Datenschutz und Fallzahlgrenzen

Sowohl aus statistischen (Minimierung von Ergebnisverzerrungen durch Ausreißer) als auch aus Datenschutzgründen (Schutz der 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 Summenwerten enthalten sind.

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 Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

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 2019) (III Anhang B.1)
- Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation (ATC-Klassifikation Version 2019) (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)

Das Wichtigste im Überblick

1. Allgemein

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Die krankheitsbedingten Fehltag der Erwerbstätigen haben sich 2019 mit 18,4 AU-Tagen je Beschäftigten im Vergleich zum Vorjahr (18,5 AU-Tag je Beschäftigten) kaum geändert.
- Mehr als zwei Drittel aller Beschäftigten waren im Jahr 2019 gar nicht (46,4%) oder lediglich einmal (22,2%) krankheitsbedingt arbeitsunfähig.
- Mit 6,7% ist im März 2020 der höchste Krankenstand innerhalb der letzten Dekade zu verzeichnen, gleichzeitig wird im Mai 2020 mit 3,7% einen historischen Tiefstwert erreicht. Dabei sind nicht die mit einer COVID-19-Diagnose stehenden Fehlzeiten sondern die aufgrund Atemwegserkrankungen für die großen Schwankungen zwischen den Monatswerten verantwortlich.
- Im Jahr 2019 sind Atemwegserkrankungen (28,5%), gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen (16,2%) und Infektionen (10,2%) die häufigsten Gründe für AU-Fälle.
- Die meisten AU-Tage verursachen die Muskel-Skelett-Erkrankungen (24,3%) sowie psychische Störungen (16,8%) und Atemwegserkrankungen (14,4%).
- Rückenschmerzen (M54), akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) und depressive Episoden (F32) sind nach wie vor die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen.
- Trotz ihres relativ seltenen Auftretens verursachen insbesondere Depressionen (F32, F33) überdurchschnittlich hohe Ausfallzeiten pro Fall.
- Beschäftigte Frauen weisen über alle Altersgruppen hinweg im Durchschnitt mehr AU-Fälle bzw. AU-Tage als ihre männlichen Kollegen auf.
- Im Mittel sind ältere Beschäftigte im Vergleich zu den jüngeren seltener krank, die Krankheitsdauer pro Fall liegt hingegen bei den Älteren deutlich über der jüngerer Beschäftigter.
- Fallen bei beschäftigten Frauen deutlich mehr AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen und Atemwegserkrankungen als bei den Männern an, so ist es bei den Muskel- und Skeletterkrankungen und bei den Verletzungen und Vergiftungen genau umgekehrt.
- Arbeitslose (ALG-I) weisen im Vergleich zu den Beschäftigten eine um mehr als die Hälfte niedrigere AU-Quote auf. Dagegen liegt die durchschnittliche Falldauer bei den Arbeitslosen (ALG-I) um das Dreifache über der der Beschäftigten.
- Beschäftigte freiwillige Mitglieder weisen im Zusammenhang mit ihrem hohen Sozialstatus in der Mehrheit der Fälle die geringsten krankheitsbedingten Fehlzeiten auf.

Ambulante Versorgung

- 90,8% der BKK Versicherten waren im Jahr 2019 mindestens einmal ambulant in Behandlung. Damit ist die Inanspruchnahmequote geringfügig niedriger als im Vorjahr. Die Inanspruchnahmequote in der ambulanten Versorgung unterlag in den letzten Jahren kaum Schwankungen.
- Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (93,9%), ist dabei größer als der Anteil der Männer (87,9%).
- Üblicherweise werden die meisten Diagnosen in der ambulanten Versorgung vergeben, um Informationen über Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, zu dokumentieren zu denen u.a. auch Vorsorgemaßnahmen wie die Untersuchung auf Neubildungen (Z12) zählen.
- Ebenfalls häufiger Konsultationsgrund sind Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Krankheiten des Atmungssystems: Fast jeder zweite Versicherte war deshalb 2018 mindestens einmal beim Arzt.
- Gegenüber dem Vorjahr am stärksten abgenommen haben die Atemwegsinfektionen (J06), zugenommen haben hingegen die Impfungen gegen Viruserkrankungen (Z25).

- Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Außerdem werden die meisten Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.
- Gegenteilige Altersverteilung hingegen bei Erkrankungen des Atmungssystems und Infektionen: Die meisten Diagnosen aus dem Spektrum dieser Erkrankungsarten werden bei Kinder- und Jugendlichen gestellt.
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Z12) sind vor allem bei Frauen zwischen 20 und 64 Jahren verbreitet: Von diesen nimmt fast jede Zweite diese in Anspruch. Männer lassen sich hingegen deutlich seltener und dann meist erst im hohen Alter prophylaktisch auf Neubildungen untersuchen (zwischen 65 und 79 Jahren jeder Vierte).
- 7 von 10 Versicherten über 65 Jahren waren wegen Bluthochdrucks in ambulanter Behandlung.
- Bei den Beschäftigten ist fast jeder Zweite wenigstens einmal aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems sowie wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt gewesen.
- ALG-II-Empfänger weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an psychischen Erkrankungen auf: Bei 44% dieser Versichertengruppe wurde mindestens eine solche Diagnose dokumentiert.

Stationäre Versorgung

- In 2019 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 202 stationäre Behandlungen erfolgt, dabei waren die Versicherten im Mittel pro Behandlungsfall 8,9 Tage im Krankenhaus. Gegenüber dem Vorjahr sind damit die Kennwerte leicht gestiegen. Männer sind nur geringfügig häufiger in stationärer Behandlung als Frauen. Fast kein Unterschied besteht bei der durchschnittlichen Anzahl an Behandlungstagen.
- Mit 13,3% nimmt tatsächlich nur ein relativ kleiner Teil aller Versicherten innerhalb eines Jahres eine stationäre Behandlung in Anspruch.
- Meist ist die Verweildauer kurz: Rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3,0% dauern hingegen länger als 6 Wochen.
- Die meisten Fälle in der stationären Versorgung werden durch Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems verursacht, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Ab dem 60. Lebensjahr ist dies vor allem für Männer der häufigste Grund

einer stationären Behandlung. Ein besonderer Anstieg gegenüber dem Vorjahr zeigt sich außerdem bei der Herzinsuffizienz (I50): Mehr als 13% Steigerung bei Behandlungsfällen und -tagen.

- Die weitaus meisten stationären Behandlungstage gehen hingegen auf psychische Störungen zurück. Seit 2009 ist deren Zahl um +28% gestiegen, von allen Behandlungstagen geht mehr als jeder fünfte auf die psychischen Störungen zurück. Darin wird erkennbar, dass psychische Störungen besonders langwierig sind: Ein Fall dauerte in 2019 im Durchschnitt vier Wochen. Dieser Wert steigt damit wie in den letzten Jahren weiter an.
- Die meisten stationären Fälle und daraus resultierende 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.
- Als Einzeldiagnosen stechen Depressionen (F32, F33) besonders heraus: Ohnehin gehen viele Behandlungstage auf diese zurück, zudem sind für die rezidivierende Form dieser Krankheit (F33) auch in diesem Jahr die Fallzahlen weiter gestiegen.
- Neben den Rentnern sind auch Arbeitslose deutlich öfter und länger in stationärer Behandlung als Beschäftigte oder Familienangehörige. Während bei den Rentnern allein jeder fünfte Behandlungstag auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen ist, sind bei Arbeitslosen psychische Störungen der häufigste Grund für Krankenhausaufenthalte: Mehr als die Hälfte aller Behandlungstage gehen auf diese Krankheitsart zurück.

Arzneimittelverordnungen

- Während sich die Anzahl der Einzelverordnungen sowie der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung in den vergangenen Jahren kaum verändert haben, sind die zugehörigen definierten Tagesdosen zwischen 2012 und 2019 um 16,4% angestiegen.
- Am stärksten sind seit 2012 sowohl die Anteile der Versicherten als auch die zugehörigen Einzelverordnungen und definierten Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System und das Nervensystem angestiegen.
- Die überwiegende Mehrheit aller Einzelverordnungen (55,7%) und definierten Tagesdosen (70,0%) geht auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie das Nervensystem zurück.
- Der größte Anteil der Verordnungen von Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem ist in

der Gruppe der 65-Jährigen und älteren zu finden. Dies korrespondiert mit der altersabhängigen Auftretenshäufigkeit entsprechender chronischer Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck oder anderen oft vorkommenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

- Dagegen unterscheiden sich z.B. die Verordnungsanteile bei Antibiotika zwischen den Altersgruppen bzw. Männern und Frauen nur geringfügig. Für diese Mittel ist der größte Rückgang (-5,8 Prozentpunkte) bei den Anteilen Versicherter mit mindestens einer Verordnung zu verzeichnen.
- Mehr als die Hälfte aller Einzelverordnungen (53,3%) bzw. definierten Tagesdosen (57,4%) gehen allein auf diejenigen zehn Arzneimittelgruppen zurück, die den BKK Versicherten 2019 am häufigsten verordnet wurden.
- Mit jeder fünften Einzelverordnung (19,8%) und jeder dritten Tagesdosis (34,9%) nehmen die drei Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System hierbei den Spitzenplatz ein.
- Über zwei Drittel der Rentner (71,8%) wird jährlich mindestens einmal ein Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System verschrieben. Hingegen wird weniger als einem von zehn Rentnern (8,9%) pro Jahr gar kein Arzneimittel verordnet.
- Von den ALG-I-Empfängern hat mehr als jeder Zweite (52,2%) keine Arzneimittelverordnung erhalten hat. Bei den Langzeitarbeitslosen (ALG-II) sind Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem recht verbreitet: Mehr als jeder vierte (26,7%) hat ein solches Mittel mindestens einmal im Jahr verordnet bekommen.
- Vor allem aufgrund der Erstattungsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen, ist der Anteil der Verordnungen von Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt mit 29,7% bei der Versichertengruppe der Familienangehörigen am größten.

2. Schwerpunktthema „Mobilität – Arbeit – Gesundheit“

- 44,0% der beschäftigten Mitglieder sind im Jahr 2019 der Gruppe der Pendler zuzuordnen, wobei dieser Anteil bei den Männern mit 48,0% höher als bei den Frauen (39,0%) ausfällt.
- Die mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort für alle Beschäftigten beträgt 25,9 Kilometer, für die Gruppe der Pendler ist die Pendlerentfernung mit durchschnittlich 50,6 Kilometern fast doppelt so groß.

- Die Pendleranteile nehmen bis ins mittlere Erwachsenenalter stetig zu und bis zum Renteneintrittsalter kontinuierlich ab, während die Pendlerentfernung bis auf die jüngste und die älteste Altersgruppe nahezu unverändert bleibt. Mit zunehmendem Alter werden die Geschlechtsunterschiede größer: Beschäftigte Männer pendeln häufiger und legen dafür größere Pendlerentfernungen zurück als Frauen.
- Allgemein gilt: Je höher der Schul- bzw. Berufsabschluss eines Beschäftigten, desto größer sind der Pendleranteil und die Pendlerentfernung.
- Beschäftigte freiwillige Mitglieder pendeln häufiger und legen dafür längere Entfernungen zurück als beschäftigte Pflichtmitglieder. Das Pendelverhalten und der Sozialstatus von Beschäftigten zeigen somit einen deutlichen Zusammenhang.
- In Landkreisen, die sich im direkten Umfeld von Großstädten bzw. industriellen Ballungszentren befinden, ist die Pendlerquote der Beschäftigten am größten.
- Für die Pendlerentfernungen zeigt sich ein klassisches Ost-West-Muster, wobei gleichzeitig auch die grenznahen Regionen in Westdeutschland sowie die Großstädte überdurchschnittliche Werte aufweisen.
- Mehr als die Hälfte aller Beschäftigten in den Wirtschaftsgruppen Information und Kommunikation sowie freiberufliche wissenschaftliche und technische Dienstleistungen sind Pendler. Dagegen liegt deren Anteil im Gastgewerbe nur bei etwas mehr als einem Viertel der dort Tätigen.
- Während mehr als die Hälfte (55,5%) der in IT- und naturwissenschaftlichen Berufen Beschäftigten pendelt, sind es in den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen nur ein knappes Drittel (33,0%).
- Am häufigsten bzw. weitesten pendeln Beschäftigte, die hoch komplexe Tätigkeiten ausüben, die eine Aufsichts- bzw. Führungsrolle im Beruf innehaben oder die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind.

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Über nahezu alle Altersgruppen hinweg zeigt sich, dass Pendler tendenziell weniger AU-Tage als die Nichtpendler aufweisen. Ein ähnliches Muster wird auch bei der Betrachtung nach den wichtigsten Krankheitsarten sichtbar.
- Die Pendler unter den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern weisen im Mittel mehr AU-Tage als ihre nichtpendelnden Kollegen auf, bei den be-

schäftigten Pflichtmitgliedern stellt sich hingegen das umgekehrte Bild dar.

- Pendler mit Wohnort in ostdeutschen bzw. ländlich geprägten Kreisen weisen im Mittel mehr Fehlzeiten als die Nichtpendler im gleichen Landkreis auf.
- Während Pendler im verarbeitenden Gewerbe oder in Erziehung und Unterricht weniger AU-Tage als die Nichtpendler aufweisen, zeigt sich im Bau- und im Gastgewerbe ein umgekehrtes Bild.
- Ähnliche Muster finden sich auch beim Vergleich der Fehlzeiten zwischen Pendlern und Nichtpendlern für Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen.
- Teilweise zeigen sich innerhalb einer Branche im Zusammenhang mit dem Wohnort des Beschäftigten regionale Unterschiede in den Fehlzeiten sowohl zugunsten als auch zuungunsten der Pendler.
- Weisen die Pendler in den Sicherheitsberufen mehr AU-Tage aufgrund Muskel-Skelett-Erkrankungen als die Nichtpendler auf, so zeigt sich bei den Handelsberufen ein umgekehrtes Bild.
- Bei den psychischen Störungen sind es u. a. die Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe, bei denen die Pendler mehr Fehltag als die Nichtpendler aufweisen.
- Während in einem Bundesland Pendler deutlich weniger AU-Tage als Nichtpendler aufweisen, verhält es sich in der gleichen Berufsgruppe in einem anderen Bundesland genau umgekehrt.
- Die größten Unterschiede bei den Fehlzeiten zeigen sich zuungunsten der Pendler bei den Beschäftigten mit Arbeitnehmerüberlassung und bei solchen mit einem niedrigen Anforderungsniveau der Tätigkeit.
- Umgekehrt profitieren die Pendler im Sinne von niedrigeren Fehltagen vor allem im Zusammenhang mit anspruchsvollen Tätigkeiten, in unbefristeter bzw. Vollzeit-Anstellung sowie in der Rolle einer Aufsichts- bzw. Führungskraft.

Ambulante Versorgung

- Über alle Altersgruppen hinweg weisen die Pendler tendenziell geringere Anteile mit einer Diagnose auf als die Nichtpendler.
- Die Differenz zwischen den Pendlerstatusgruppen ist bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern. So waren im Vergleich zu den Nichtpendlerinnen von den Pendlerinnen geringere Anteile aufgrund von Muskel-Skelett- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in ambulanter Behandlung.

- Auch nach Bundesländern betrachtet sind die Anteilwerte bei den Pendlern niedriger als bei den Nichtpendlern, diese Differenz ist aber teils recht groß: In Berlin beträgt der Unterschied immerhin 11 Prozentpunkte (74,5% vs. 85,5%).
- In den meisten Branchen sind die Pendler in geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung als die Nichtpendler. Dies gilt in der Regel für beide Geschlechter.
- Große Differenzen zeigen sich bei den in Erziehung und Unterricht tätigen Frauen: Diejenigen, die zur Arbeit pendeln, weisen gegenüber den Nichtpendlerinnen deutlich geringe Anteile mit einer Muskel-Skelett-Erkrankung oder einer psychischen Störung auf.
- Im Berufsgruppenvergleich zeigt sich sowohl bei Muskel-Skelett-Erkrankungen als auch bei psychischen Störungen für beide Geschlechter ein weitgehend homogenes Bild: Pendlern wird seltener als Nichtpendlern eine solche Diagnose gestellt.
- Für die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe zeigen sich die größten Differenzen in den Anteilen mit Diagnosen zwischen Pendlern und Nichtpendlern. Pendelnde Frauen genauso wie pendelnde Männer in diesen Berufen waren in geringeren Anteilen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen oder psychischen Störungen in ambulanter Behandlung.
- Erkennbar geringere Anteile mit Diagnose bei den Pendlern gegenüber den Nichtpendlern zeigen sich bei Beschäftigten, die Helfer- bzw. Anlertätigkeiten verrichten.
- Gegenläufig zum Großteil der in diesem Schwerpunktteil dargestellten Ergebnisse, sind es bei den Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung die Pendler, die gegenüber den Nichtpendlern höhere Anteilswerte aufweisen.

Stationäre Versorgung

- Pendler und Nichtpendler unterscheiden sich hinsichtlich der stationären Fallzahlen und daraus resultierender Behandlungstage nur unwesentlich.
- Differenziert nach Alter zeigt sich, dass Nichtpendler in den Altersgruppen jünger als 40 Jahre durchschnittlich mehr Tage in stationärer Behandlung waren als Pendler.
- Dieses Verhältnis kehrt sich hingegen bei den Altersgruppen ab 55 Jahren um, hier weisen die Pendler mehr Krankenhaustage als die Nichtpendler auf.

- Pendler, die in privaten Haushalten arbeiten, weisen insgesamt die meisten Krankenhaustage auf, während in Land-/Forstwirtschaft und Fischerei beschäftigte Pendler die geringste Zahl an Behandlungstagen aufweisen. Damit liegen die Kennwerte für die Pendler in diesen beiden Branchen deutlich über bzw. unter dem Mittelwert. Zu den nichtpendelnden Kollegen in der jeweiligen Branche besteht zudem eine große Differenz.
 - Bei den Berufsgruppen ergeben sich größere Differenzen zwischen Pendlern und Nichtpendlern für einzelne Erkrankungsarten. So waren die Pendler in Land-, Forst- und Gartenbauberufen sowie in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen um ein Fünftel weniger Tage als die Nichtpendler in stationärer Behandlung.
 - Drastische Unterschiede zeigen sich in den Bundesländern: In Bremen ist die Anzahl der Behandlungstage bei den Pendlern in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen nur ein Drittel so groß wie bei den Nichtpendlern. In Mecklenburg-Vorpommern hingegen weisen die Pendler der gleichen Berufsgruppe einen doppelt so hohen Wert wie die Nichtpendler auf.
 - Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung allgemein weisen ohnehin überdurchschnittliche Kennwerte auf. Bei Pendlern in einem solchen Arbeitsverhältnis sind noch darüberhinausgehend mehr KH-Tage im Vergleich zu Nichtpendlern zu verzeichnen.
 - Bei Teilzeit-Beschäftigten sind – gegenläufig zu anderen Vertragsformen – die psychischen Störungen bei Pendlern mit einer im Schnitt größeren Anzahl an stationären Behandlungstagen verbunden als bei Nichtpendlern.
 - Anders als beispielsweise im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zeigt sich in der stationären Versorgung keine besondere gesundheitliche Belastung durch das Pendeln bei Tätigkeiten mit niedrigem Anforderungsniveau.
- Arzneimittelverordnungen**
- Bei berufstätigen Penderinnen sind im Vergleich zu dem Nichtpendlerinnen durchweg weniger Arzneimittelverordnungen mit gleichzeitig geringeren definierten Tagesdosen erteilt worden, während sich das Bild bei den beschäftigten Männern genau umgekehrt darstellt. Dieses geschlechtsspezifische Muster setzt sich auch bei der Betrachtung ausgewählter anatomischer Hauptgruppen fort und tritt bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System am deutlichsten zu Tage.
 - Die größten regionalen Unterschiede treten bei den Arzneimittelverordnungen zugunsten der Pendler in den Stadtstaaten Berlin und Bremen auf. Anders bei den definierten Tagesdosen: Dort sind es – neben Hamburg – vor allem die ostdeutschen Bundesländer, in denen die Pendler höhere Werte als die Nichtpendler aufweisen.
 - Beim Wirtschaftsgruppenvergleich wird ebenfalls deutlich, dass vor allem pendelnde Männer mehr definierte Tagesdosen als ihre nichtpendelnden Kollegen erhalten.
 - Über alle Branchen hinweg zeigt sich dagegen in der Mehrheit der Fälle, dass die weiblichen Pendler durchschnittlich weniger Tagesdosen bezogen auf die betrachteten Wirkstoffgruppen als die weiblichen Nichtpendler erhalten.
 - Während im Gesundheits- und Sozialwesen in nahezu allen Bundesländern weniger verordnete Tagesdosen bei den Pendlern zu finden sind, zeigt sich z.B. im Bereich Verkehr und Lagerei ein weitaus heterogeneres Regionalmuster.
 - Bei vielen Berufen zeigt sich, dass vor allem pendelnde Männer mehr Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System bzw. das Herz-Kreislauf-System als ihre nichtpendelnden Kollegen verordnet bekommen.
 - Für die Penderinnen sind hingegen mehrheitlich weniger Tagesdosen für die betrachteten Wirkstoffgruppen im Vergleich zu den Nichtpendlerinnen in den unterschiedlichen Berufsgruppen feststellbar.
 - Zusätzlich zum Pendlerstatus schwanken die Unterschiede auch innerhalb einer Berufsgruppe in Abhängigkeit vom Wohnort der Beschäftigten, ein eindeutiges Regionalmuster ist allerdings nicht erkennbar.
 - Für die weiteren arbeitsweltlichen Merkmale werden für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System die deutlichsten Unterschiede im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus sichtbar. Insbesondere mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit und bei einer Beschäftigung über eine Arbeitnehmerüberlassung werden jeweils mehr Tagesdosen der genannten Wirkstoffgruppe bei den Pendlern im Vergleich zu den Nichtpendlern verordnet.
 - Für Mittel mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System bzw. das Nervensystem zeigen sich keine substanziellen Unterschiede im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus der Beschäftigten.