


# Gesundheitsreport – Inhalte, Methoden und Datengrundlagen von interaktiven Grafiken


## Inhalt

<b>Hintergrund und Ziele</b>	<b>02</b>
<b>Inhaltlich relevante Aspekte zur Interpretation von Arbeitsunfähigkeitsstatistiken</b>	<b>02</b>
Betroffener Personenkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung	03
Besonderheiten der Meldung kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten	03
Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung – eAU	03
Methodische Unterschiede bei Arbeitsunfähigkeitsstatistiken	05
Arbeitsunfähigkeiten – wesentliche Determinanten	06
<b>Kennzahlen in Arbeitsunfähigkeitsstatistiken</b>	<b>08</b>
<b>Klassifikationssysteme und methodische Vorgehensweisen</b>	<b>09</b>
Diagnoseschlüssel – ICD-10	10
Berufe – Schulbildung – Ausbildung	12
Branchen	14
Geschlechts- und Altersstandardisierung	14
Verwendete Standardpopulation	15
<b>Datengrundlagen zum Gesundheitsreport</b>	<b>17</b>
<b>Literatur</b>	<b>19</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis – Glossar</b>	<b>20</b>
<b>Impressum</b>	<b>22</b>

## Hintergrund und Ziele

Der Gesundheitsreport der BARMER befasst sich mit der Gesundheit von Erwerbspersonen. Analysiert werden hierzu routinemäßig Daten zu Arbeitsunfähigkeiten (AU) mit Diagnoseangaben sowie Informationen zur Berufstätigkeit. Entsprechende Daten liefern nicht zwangsläufig Auskunft zu allen Erkrankungen. Erfasst sind jedoch Diagnosen von Erkrankungen, die so gravierend sind, dass sie bei Betroffenen eine Fortsetzung der sonst ausgeübten Arbeitstätigkeit verhindern. Damit liegen Hinweise auf Einschränkungen durch Erkrankungen vor, die bei anderen Diagnoseangaben in Routedaten oftmals fehlen. Über Angaben zu Beginn und Dauer der Arbeitsunfähigkeit lassen sich die Erkrankungen zeitlich exakt zuordnen und weiter differenzieren, was bei anderen Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nicht möglich ist. Da Arbeitsunfähigkeiten von Ärztinnen und Ärzten zwischenzeitlich in elektronischer Form übermittelt werden müssen, stehen die Daten zudem vergleichsweise zeitnah für Analysen zur Verfügung. Die Daten bilden damit, bezogen auf Erwerbspersonen, einen ausgesprochen relevanten Baustein der Gesundheitsberichterstattung.

Im vorliegenden ePaper sollen inhaltlich relevante Aspekte sowie Methoden und Datengrundlagen der zum Gesundheitsreport routinemäßig erstellten und jährlich aktualisierten interaktiven Grafiken dargestellt werden, die im Internet unter [www.bifg.de/publikationen/reporte/gesundheitsreport](http://www.bifg.de/publikationen/reporte/gesundheitsreport)  zugänglich sind.

Ergänzend zu den inhaltlichen und methodischen Erläuterungen beinhaltet das zusätzlich [bereitgestellte Merkblatt](#)  eine Auflistung der verfügbaren interaktiven Grafiken mit einer Aufzählung von Darstellungsmöglichkeiten sowie eine beispielhafte Darstellung von Ergebnissen mit Hinweisen zu den Darstellungs- und Download-Möglichkeiten.

Das ePaper ist wie folgt gegliedert.

- Inhaltlich relevante Aspekte zur Interpretation von Arbeitsunfähigkeitsstatistiken
- Kennzahlen in Arbeitsunfähigkeitsstatistiken
- Klassifikationssysteme und methodische Vorgehensweisen
- Datengrundlagen zum Gesundheitsreport

## Inhaltlich relevante Aspekte zur Interpretation von Arbeitsunfähigkeitsstatistiken

Der folgende Abschnitt liefert allgemeine Hintergrundinformationen, die für das Verständnis von Statistiken der Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeiten relevant erscheinen. Statistiken und Berichte gesetzlicher Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeiten haben in Deutschland eine lange Tradition. Verpflichtungen von Beschäftigten zur Meldung einer Arbeitsunfähigkeit nicht im Betrieb, sondern auch bei der für sie zuständigen Krankenkasse resultiert aus dem Anspruch auf Krankengeldzahlungen. Während Beschäftigte innerhalb der ersten sechs Wochen einer erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeit typischerweise Anrecht auf eine Gehaltsfortzahlung seitens des Arbeitgebers haben, ist bei länger andauernder Arbeitsunfähigkeit die Krankenkasse für Entgeltersatzleistungen zur finanziellen Absicherung des Lebensunterhalts in Form von Krankengeldzahlungen direkt an Beschäftigte sowie für Beitragszahlungen an andere Sozialversicherungsträger zuständig. Primär um genau diese Ansprüche erkennen und prüfen zu können, benötigen Krankenkassen Informationen zu Arbeitsunfähigkeiten.

## **Betroffener Personenkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Entsprechend der zuvor genannten Begründung existieren bei Krankenkassen regelmäßig nur Daten zu Arbeitsunfähigkeiten bei denjenigen Versicherten, die gegebenenfalls auch einen Anspruch auf Krankengeldzahlungen haben. Hierzu zählt neben den meisten versicherungspflichtig beschäftigten Mitgliedern einer Krankenkasse auch ein Teil der Arbeitslosengeld(ALG)-Beziehenden, nämlich ALG-I-Beziehende, nicht jedoch ALG-II-Beziehende oder beispielsweise berufstätige Altersrentnerinnen und -rentner. Seit Einführung des Bürgergelds im Jahr 2023 ist die Gruppe der ALG-I-Beziehenden korrekt mit dem Begriff Arbeitslosengeld-Beziehende bezeichnet, aus ALG-II-Beziehenden sind Bürgergeld-Beziehende geworden.

Daten zu Arbeitsunfähigkeiten existieren in Krankenkassen also grundsätzlich nur zu einem umschriebenen Personenkreis, was auch bei der Aufbereitung der Daten für statistische Auswertungen zu beachten ist. Arbeitssuchende und Berufstätige bilden dabei nach allgemeiner Sprachregelung gemeinsam die Gruppe der Erwerbspersonen, wobei sich Auswertungen im Gesundheitsreport grundsätzlich auf die zuvor beschriebene Gruppe von Erwerbspersonen mit Krankengeldanspruch beschränken.

## **Besonderheiten der Meldung kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten**

Regelmäßig bei Betrieben zu melden sind Arbeitsunfähigkeiten erst, wenn sie länger als drei Tage dauern. Eine Bescheinigung ist dann auch umgehend bei der Krankenkasse einzureichen. Vor diesem Hintergrund sind die Daten der Krankenkassen zu kurzen Arbeitsunfähigkeiten nicht unbedingt vollständig. Dennoch enthalten die Daten von Krankenkassen regelmäßig auch viele Meldungen zu kurz dauernden Arbeitsunfähigkeiten, die zum Beispiel aus tarifvertraglich festgelegten Verpflichtungen zur frühzeitigeren Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder auch aus persönlicher Überzeugung des Beschäftigten, sich Fehlzeiten besser ärztlich bescheinigen zu lassen, resultieren können. Die Aussagekraft der erkrankungsbedingten Gesamtfehlzeiten in Krankenkassendaten, die maßgeblich von längeren Erkrankungsfällen abhängen, dürfte durch das Fehlen von Angaben zu einem Teil kurz dauernder Fälle nur in geringem Maße beeinflusst werden.

## **Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung – eAU**

Traditionell erhielten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Falle einer Krankschreibung in Deutschland papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Eine Ausfertigung dieser Bescheinigung ohne Diagnoseangabe mussten sie bei der Arbeitgeberin oder beim Arbeitgeber abgeben, eine weitere Ausfertigung mit Diagnoseangabe musste an die Krankenkasse weitergeleitet werden, wurde dort erfasst und bildete so die Grundlage für Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten. Seit dem Jahr 2021 wurde die papiergebundene Übermittlung bei GKV-Versicherten schrittweise durch die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung abgelöst.

Ursprünglich war eine Umstellung vom Gesetzgeber bereits zum 1. Januar 2021 vorgesehen, wurde jedoch mehrfach verschoben (BAS, 2022). In einem ersten Schritt sollten dann ab dem 1. Oktober 2021 alle AU-Bescheinigungen von Arztpraxen direkt auf elektronischem Weg an die Krankenkassen übermittelt werden (wohingegen eine Meldung beim Betrieb zunächst weiterhin papiergebunden erfolgte). Allerdings galt bis zum 31. Dezember 2021 noch eine Übergangsfrist, womit eine Verpflichtung zur elektronischen Meldung an die Kassen de facto erst ab dem 1. Januar 2022 bestand (Haserück, 2021). Ausnahmen waren seither nur noch bei nachweislich unverschuldetem technischem Unvermögen von Praxen möglich.

In einem zweiten Schritt wurden ab dem 1. Juli 2022 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen seitens der Krankenkassen auch den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern auf elektronischem Weg bereitgestellt, womit Beschäftigte im Betrieb Arbeitsunfähigkeiten zwar mitteilen, jedoch keine Bescheinigungen mehr einreichen brauchten. Seit dem 1. Januar 2023 gilt dann, dass papiergebundene unterschriebene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Praxen nur noch auf ausdrücklichen Wunsch von Betroffenen ausgestellt werden müssen (beispielsweise, wenn arbeitgeberseitig kein elektronischer Abruf möglich ist oder Patientinnen und Patienten eine schriftliche Bescheinigung für ihre Unterlagen erhalten möchten (BÄK, 2025)).

Bereits vor Einführung der eAU galt, dass AU-Meldungen bei Krankenkassen zu vergleichsweise zeitnah verfügbaren Informationen über Erkrankungen von Versicherten zählten, wobei sich der zeitliche Verzug mit Etablierung der eAU zweifellos verkürzt haben sollte. Zugleich lässt sich vermuten, dass mit Etablierung der eAU auch die Vollständigkeit der Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten bei Krankenkassen zugenommen hat. Dies dürfte besonders für Bescheinigungen von leichteren Erkrankungen gelten, da hier von Betroffenen zuvor kaum Nachteile durch fehlende Meldungen bei der eigenen Krankenkasse zu befürchten waren.

Die Frage nach dem Einfluss von vollständigeren AU-Meldungen auf Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten im Zuge der eAU-Einführung ist auch insofern von Interesse, als dass ab dem Jahr 2022 – also zeitgleich mit der Umsetzung des ersten und hier entscheidenden Schritts zur eAU – von den Krankenkassen deutlich höhere Fehlzeiten als zu vorausgehenden Jahren vermeldet wurden. Es bestand und besteht also die Frage, zu welchen Anteilen der für 2022 beobachtete Anstieg von Fehlzeiten auf eine vollständigere AU-Meldung im Zuge der Einführung der eAU zurückgeführt (und dann entsprechend nicht mit einem realen Anstieg der Fehlzeiten gleichgesetzt) werden kann.

Antworten auf die Frage könnten theoretisch Gegenüberstellungen von unternehmensintern erfassten AU-Statistiken liefern, die vom ersten Schritt der eAU-Einführung im Jahr 2022 vollständig unbeeinflusst geblieben sein sollten. Auch vor Einführung der eAU sollten weitgehend alle ärztlich bescheinigten AU-Meldungen von Beschäftigten auch an ihre Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber übermittelt worden sein. Insofern sollten Anstiege in betriebsinternen Statistiken von 2021 auf 2022 nur reale und keine Zunahmen durch Änderungen der Meldevollständigkeit abbilden. Zeigen sich nach Betriebsstatistiken ähnliche Anstiege der Fehlzeiten wie in Kassendaten, würde dies für ein Überwiegen realer Anstiege bei den Ergebnissen nach Kassendaten sprechen. Wären demgegenüber die Anstiege in Betriebsstatistiken deutlich kleiner, würde dies für merkbare Effekte der eAU bei der Erfassung in Kassendaten sprechen. Leider und zugleich verständlicherweise lassen sich entsprechende Gegenüberstellungen nicht einfach und mit einer ausreichend großen Auswahl an Unternehmensdaten realisieren.

Was zunächst gegen große Effekte der eAU spricht, ist die Beobachtung, dass 88 Prozent des Anstiegs der Fehlzeiten von 2021 auf 2022 um 29,6 Prozent aus Anstiegen in den drei Diagnosekapiteln I, X und XXII, und damit weit überwiegend aus Erkrankungen infektiösen Ursprungs, resultierte, wobei diese drei Kapitel im Jahr 2021 insgesamt für nur 15,1 und auch vor der Coronapandemie 2019 für nur 17,3 Prozent aller dokumentierten Fehlzeiten verantwortlich waren. Ohne die Anstiege in den drei Kapiteln hätte von 2021 auf 2022 nur ein eher gewöhnlicher Anstieg der Fehlzeiten um 3,6 Prozent festgestellt werden können. Die Beobachtungen zu Fehlzeiten im Jahr 2022 wurden vorrangig im Sinne von Effekten einer ausgeprägten Infektionswelle nach Lockerung von Coronaschutzmaßnahmen interpretiert. Wäre der Gesamtanstieg maßgeblich durch Effekte der eAU bedingt gewesen, wären stärkere Anstiege auch in anderen Diagnosekapiteln zu erwarten gewesen. Dies gilt insbesondere für das Kapitel XI „Krankheiten des Verdauungssystems“, bei denen vor der Coronapandemie 2019 mit durchschnittlich 7,0 AU-Tagen je Fall durchschnittlich ähnlich kurze AU-Fälle und dann typischerweise auch weniger gravierende AU-Fälle wie bei „Krankheiten des Atmungssystem“ des Kapitels X mit 6,5 AU-Tagen je Fall beobachtet wurden. In diesem Kapitel XI wurde jedoch von 2021 auf 2022 nur ein Anstieg um 4,0 Prozent beobachtet, wohingegen Fehlzeiten mit Diagnosen aus dem Kapitel X um 172,9 Prozent zunahmen (alle genannten Zahlen sind auch aus Angaben in interaktiven Grafiken herleitbar).

Hinweise auf Effekte der eAU auf die Vollständigkeit von AU-Meldungen bei Krankenkassen konnte das IGES-Institut im Auftrag der DAK bezogen auf ausgewählte Erkrankungen mit Gegenüberstellungen von Betroffenenanteilen mit AU-Fällen und Betroffenenanteilen mit entsprechenden Diagnosen in der ambulanten Versorgung in den Quartalen der Jahre von 2019 bis 2023 nachweisen (AUs mit den ICD-10-Codes R10, J06 (IGES, 2025)). Der Ansatz erscheint jedoch nicht geeignet, um die Effekte der eAU auch diagnoseübergreifend abzuschätzen. Zweifellos wird die Einführung der eAU einen gewissen Einfluss auf die seit 2022 mit Daten bei Krankenkassen ermittelbaren Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten gehabt haben – für welchen Anteil der deutlich höheren Fehlzeiten ab 2022 die eAU verantwortlich ist, lässt sich bislang allerdings nicht exakt beziffern.

## Methodische Unterschiede bei Arbeitsunfähigkeitsstatistiken

Zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen erscheint in Deutschland insbesondere auf Initiative einiger gesetzlicher Krankenkassen regelmäßig eine Reihe von Publikationen. Eine größere öffentliche Wahrnehmung erreichten gelegentlich auch Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum aktuellen Krankenstand, der vom BMG regelmäßig auf der Basis von Angaben gesetzlicher Krankenkassen kassenübergreifend ermittelt wird. Des Weiteren dürfte eine Vielzahl unternehmensinterner Statistiken existieren, die Außenstehenden in der Regel allerdings nicht zugänglich sind. Obwohl weder alle publizierten Auswertungen von Krankenkassen noch die internen Auswertungen von Unternehmen jeweils auf einer festgeschriebenen einheitlichen Methodik beruhen, weisen die drei genannten Quellen einige grundlegende Unterschiede auf, die bei Gegenüberstellungen, auch ohne Detailkenntnis der Quelle, zu bedenken sind.

**Krankenkassen** berücksichtigen als Arbeitsunfähigkeitszeiten alle ärztlich bescheinigten Tage einer Arbeitsunfähigkeit. Dabei wird, weitgehend zwangsläufig, nicht zwischen den Arbeitstagen einer Woche und Wochenenden oder anderweitig arbeitsfreien Tagen differenziert, da einer Kasse keine Informationen zu den regulären Arbeitszeiten einzelner Beschäftigter vorliegen. Die bescheinigten Erkrankungstage werden entsprechend typischerweise auf alle Versicherungstage eines Beschäftigten bezogen, um Maßzahlen wie beispielsweise den Krankenstand zu berechnen.

**Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber** dürften demgegenüber erkrankungsbedingte Fehlzeiten vorrangig bezogen auf die regulär vereinbarten Arbeitszeiten betrachten. Da Fehlzeiten an regulären Arbeitstagen erfahrungsgemäß höher als an überwiegend arbeitsfreien Tagen wie an Wochenenden oder Feiertagen liegen, dürften interne Statistiken von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern tendenziell etwas höhere Krankenstände ausweisen als Statistiken zu einer vergleichbaren Population auf der Basis von Daten einer Krankenkasse.

Die kassenübergreifenden **Statistiken des BMG** zu Krankenständen in Deutschland basieren auf zeitnahen Meldungen entsprechender Daten von allen gesetzlichen Krankenkassen. An das BMG gemeldet werden von den Krankenkassen allerdings innerhalb eines Jahres für die Statistik nur die Angaben zu Arbeitsunfähigkeiten an zwölf Stichtagen jeweils am Monatsersten. Da Monatserste überdurchschnittlich häufig auf Feiertage fallen, an denen im Mittel weniger Krankmeldungen vorliegen, wird der Krankenstand im Jahresmittel durch diese Stichtagsstatistik regelmäßig unterschätzt. Für die Interpretation noch problematischer ist, dass die Zahl der Stichtage an Wochenenden oder gesetzlichen Feiertagen von Jahr zu Jahr merklich variieren kann und so Ergebnisse aus einzelnen Jahren nur eingeschränkt vergleichbar sind. Während bei Auswertungen einer einzelnen Krankenkasse jeweils die Frage gestellt werden muss, ob ein bestimmtes Ergebnis so auch für Versicherte anderer Kassen und damit weitgehend allgemein für Deutschland gilt, kann nach den vorausgehenden Ausführungen auch die kassenübergreifende Statistik des BMG keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben und unterliegt bei der Interpretation von Trends oftmals eher noch gravierenderen Einschränkungen als Auswertungsergebnisse einzelner Kassen.

## **Arbeitsunfähigkeiten – wesentliche Determinanten**

Obwohl Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten bereits seit vielen Jahren von Krankenkassen veröffentlicht werden und dabei oftmals zu den ersten jahresbezogen publizierten Statistiken der Kassen gehören, ist die Interpretation der Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten keinesfalls einfach. Dies gilt insbesondere, sofern Arbeitsunfähigkeiten nicht ausschließlich wirtschaftlich bilanziert werden sollen, sondern auch Rückschlüsse auf gesundheitliche Belastungen und Defizite in unterschiedlichen Gruppen oder zu unterschiedlichen Zeitpunkten thematisiert werden. Bei der Interpretation von Ergebnissen sind viele zumindest potenziell wirksame Einflüsse zu bedenken, von denen nachfolgend einige wesentliche genannt und erläutert werden sollen.

### **Arbeitsunfähigkeit als Folge gesundheitlicher Einschränkungen**

Diese Sichtweise entspricht der primären und direkten Interpretation einer gemeldeten Arbeitsunfähigkeit als Hinweis auf den gesundheitlichen Zustand der betroffenen Personen. Ob dabei die gesundheitlichen Einschränkungen ihrerseits Folgen der Berufstätigkeit sind oder anderweitige Gründe haben, muss in der Regel offenbleiben. Relativ eindeutig sind entsprechende Zusammenhänge lediglich bei Arbeits- und Wegeunfällen, die allerdings nur eine kleine Teilmenge der erfassten Arbeitsunfähigkeiten bilden. Wichtig erscheint in diesem Kontext zudem der Hinweis, dass gesundheitliche Einschränkungen erst ab einer bestimmten Schwelle zu einer Arbeitsunfähigkeit mit Fernbleiben vom Arbeitsplatz führen. Eine Arbeiternehmerin oder ein Arbeitnehmer kann beispielsweise durchaus schon lange unter leichteren Kopfschmerzen gelitten haben, ehe sie oder er sich wegen zunehmender Beschwerden krankschreiben lässt. Geht eine Arbeiternehmerin bzw. ein Arbeitnehmer trotz einer Erkrankung und erheblicher Beschwerden weiterhin regelmäßig zur Arbeit, spricht man von Präsentismus. Auch diese Erkrankungsfälle werden in Daten zu Arbeitsunfähigkeiten nicht abgebildet.

## **Arbeitsunfähigkeiten in Abhängigkeit von tätigkeitsspezifischen Anforderungen**

Unterschiedliche Tätigkeiten sind mit unterschiedlichen mentalen und körperlichen Anforderungen verbunden. Während beispielsweise eine leichtere Fußverletzung bei ausschließlicher Bürotätigkeit am Schreibtisch weitgehend ohne Fehlzeiten verheilen kann, kann eine identische Verletzung bei körperlich belastenden Tätigkeiten, beispielsweise bei Briefträgern, zu unzweifelhaft begründeten mehrwöchigen Arbeitsausfällen führen.

## **Gesundheit als Folge tätigkeitsspezifischer Anforderungen**

Für sehr belastende oder herausgehobene und verantwortungsvolle Tätigkeiten werden oftmals überdurchschnittlich gesunde Personen ausgewählt, deren vergleichsweise gute Gesundheit und gegebenenfalls geringe Arbeitsunfähigkeit dann keinesfalls Rückschlüsse auf besonders günstige Arbeitsbedingungen erlauben. Die gute Gesundheit ist in entsprechenden Fällen eher eine Voraussetzung für den Beruf beziehungsweise die Tätigkeitsaufnahme denn die Folge der Berufstätigkeit. Entsprechende Selektionseffekte, die zu scheinbar paradoxen Ergebnissen führen können, werden in der Epidemiologie englischsprachig als „Healthy-Worker-Effekt“ bezeichnet.

## **Weitere primär erkrankungsunabhängige Einflüsse**

Eine Reihe weiterer Faktoren kann Auswirkungen auf Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten haben. Nach der Beobachtung von typischerweise gegenläufigen Zyklen von Konjunktur und Krankenständen lassen sich bei negativer konjunktureller Entwicklung mit zunehmender Arbeitsplatzunsicherheit rückläufige Krankenstände erwarten und umgekehrt.

Das Klima am Arbeitsplatz dürfte unterschiedliche Auswirkungen haben. Höhere Krankenstände können Folge eines schlechten Betriebsklimas oder allgemein hoher Belastungen am Arbeitsplatz sein. Wertet man Angst um den Erhalt des Arbeitsplatzes als einen Aspekt des Betriebsklimas, kann ein negatives Betriebsklima jedoch auch zur Vermeidung von berechtigten Fehlzeiten (im Sinne von Präsentismus) führen.

Höhere Eigenverantwortung am Arbeitsplatz ist mit eher geringeren Fehlzeiten assoziiert. Die geringen Fehlzeiten können die positive Folge einer höheren Selbstbestimmtheit und Zufriedenheit sein, negativ jedoch auch auf der individuellen Einschätzung beruhen, dass die Arbeit bei eigener Abwesenheit schlicht liegen bleibt.

Auch gesetzliche Regelungen können Kennzahlen beeinflussen. Einschränkungen von Möglichkeiten zum vorzeitigen Eintritt in die Altersrente dürften zu eher höheren Fehlzeiten geführt haben. Durch die Einführung von ALG II im Jahr 2005 wurden Arbeitsunfähigkeiten bei vielen Langzeitarbeitslosen regulär nicht mehr bei Krankenkassen gemeldet, womit diese Personengruppe mit allgemein überdurchschnittlichen gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr in Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten berücksichtigt werden kann, was zu eher reduzierten Fehlzeiten in Statistiken führte.

## Kennzahlen in Arbeitsunfähigkeitsstatistiken

Zur Beschreibung des Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehens existiert eine Reihe von Kennzahlen, deren allgemeine Bedeutung und Berechnung an dieser Stelle erläutert werden soll.

**Betroffenheitsquoten (AU-Quoten)** geben den prozentualen Anteil derjenigen Person an, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums – zumeist innerhalb eines Kalenderjahres – mindestens einen Tag von einer Arbeitsunfähigkeit betroffen war. Der verbleibende (beziehungsweise komplementäre) Anteil der Personen war innerhalb des Jahres dementsprechend von keiner Arbeitsunfähigkeitsmeldung betroffen. AU-Quoten beziehen sich bei ihrer Berechnung immer auf Personen und damit ausnahmsweise nicht auf Versicherungsjahre. Üblicherweise wurde in den Jahren vor der Coronapandemie von gut der Hälfte aller Erwerbspersonen mindestens eine Arbeitsunfähigkeit bei der Krankenkasse gemeldet. Betroffenheitsquoten werden in interaktiven Grafiken aktuell nicht berichtet.

**Versicherungsjahre (VJ)** werden aus den in Krankenkassendaten dokumentierten Versicherungstagen berechnet und bilden die Bezugsgröße für die meisten Kennzahlen. Für Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten werden dabei, aus bereits genannten Gründen, nur Versicherungszeiten zu Erwerbspersonen mit Krankengeldanspruch berücksichtigt. Ist jemand 365 Tage innerhalb eines Jahres als Erwerbsperson versichert, resultiert bei der Berechnung genau ein Versicherungsjahr, bei einer Versicherung über 182 Tage lediglich etwa 0,5 Versicherungsjahre. Ein Bezug der Arbeitsunfähigkeiten auf Versicherungsjahre berücksichtigt die Tatsache, dass innerhalb kürzerer Versicherungszeiten, zum Beispiel bei Kassenwechsel, regelmäßig auch nur kürzere Arbeitsunfähigkeitsintervalle erfasst werden, was bei Berechnungen „pro Person“ zu fälschlich reduzierten Maßzahlen führen würde. Angaben zu Versicherungsjahren entsprechen dabei Angaben zur jahresdurchschnittlichen Personenzahl. Lediglich in Schaltjahren wird die jahresdurchschnittliche Personenzahl geringfügig überschätzt, da auch für diese Jahre Kennwerte bezogen auf 365 Versicherungstage ausgewiesen werden.

**Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre (AU-Fälle je 100 VJ)** geben die Anzahl der abgrenzbaren Arbeitsunfähigkeitsfälle an, die – sinngemäß je 100 durchgängig versicherte Erwerbspersonen – innerhalb eines Jahres erfasst wurden. Durch einen Bezug auf 100 Versicherungsjahre kann die Lesbarkeit der Zahlenwerte (mit dann weniger Nachkommastellen) erhöht werden, ohne die inhaltliche Bedeutung zu ändern. Ein AU-Fall je Versicherungsjahr entspricht beispielsweise 100 AU-Fällen je 100 Versicherungsjahre. Durchschnittlich war vor der Coronapandemie bei Erwerbspersonen üblicherweise etwa mit AU-Fallzahlen in der Größenordnung des vorausgehenden Zahlenbeispiels zu rechnen, also mit etwa einem Fall pro Jahr pro Erwerbsperson beziehungsweise mit 100 Fällen je 100 Beschäftigte. Seit 2022 wurden deutlich höhere Werte erfasst.

**Arbeitsunfähigkeitstage je Fall (AU-Tage je Fall)** geben die durchschnittliche Dauer einzelner Arbeitsunfähigkeitsfälle an. Die Dauer variiert in Abhängigkeit von der Erkrankungsdiagnose erheblich. Diagnoseübergreifend lag sie durchschnittlich typischerweise bei rund zwei Wochen beziehungsweise vierzehn Tagen je Arbeitsunfähigkeitsmeldung. Im Zuge einer gestiegenen Zahl an AU-Fällen dauerten Arbeitsunfähigkeitsfälle dann ab 2022 durchschnittlich merklich kürzer. Besonders lang andauernde Arbeitsunfähigkeitsfälle werden bei Diagnosen von Neubildungen und psychischen Störungen beobachtet.

**Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre (AU-Tage je 100 VJ)** ist ein Maß für die innerhalb eines Jahres erfassten erkrankungsbedingten Fehlzeiten und damit die wohl relevanteste Maßzahl des Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehens. Pro Jahr wurden je Beschäftigten in länger zurückliegenden Jahren im Durchschnitt typischerweise bereits mehr als 15 AU-Tage erfasst, je 100 durchgängig Beschäftigte waren es entsprechend mehr als 1.500 gemeldete erkrankungsbedingte Fehltag pro Jahr. Seit 2022 bewegen sich die Werte auf einem noch merklich höheren Niveau.

Der **Krankenstand** kann auf Basis von Daten einer Krankenkasse berechnet werden, indem die erfassten AU-Tage durch die Versicherungstage geteilt werden. Das Ergebnis, zumeist als Prozentwert dargestellt, gibt den Anteil der erkrankungsbedingten Fehltag an der Gesamtzahl der Versicherungstage im gewählten Beobachtungszeitraum an. Krankenstand beschreibt inhaltlich denselben Sachverhalt wie das zuvor genannte Maß „AU-Tage je 100 VJ“. Eine Umrechnung ist jederzeit möglich:

$$\text{AU-Tage je 100 VJ} / 365 = \text{Krankenstand [\%]}$$

beziehungsweise umgekehrt

$$\text{AU-Tage je 100 VJ} = \text{Krankenstand [\%]} \times 365$$

Als Vorteil von Krankenstandsangaben kann gelten, dass sie als Angaben für beliebige Zeiträume wie beispielsweise Tage, Wochen oder Monate intuitiv verständlich sind – für jeden Zeitraum gibt der Krankenstand den durchschnittlich im Zeitraum krankgeschriebenen Anteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beziehungsweise Erwerbspersonen an. Üblicherweise fehlten an einzelnen Tagen des Jahres erkrankungsbedingt bundesweit durchschnittlich gut vier Prozent der Beschäftigten eines Betriebs, seit 2022 ließen sich auch Werte von mehr als sechs Prozent ermitteln.

## Klassifikationssysteme und methodische Vorgehensweisen

In diesem Abschnitt werden Hinweise zu Klassifikationssystemen wie Berufs-, Branchen- und Diagnoseschlüsseln sowie zur Geschlechts- und Altersstandardisierung gegeben.

Üblicherweise werden bestimmte Informationen, wie beispielsweise Erkrankungsdiagnosen, in routinemäßig erfassten Daten nicht als Freitextangaben, sondern unter Rückgriff auf sogenannte Kodierschlüssel beziehungsweise Klassifikationssysteme erfasst. Diese Klassifikationssysteme beschränken durch eine Vorgabe zulässiger Einträge die Angabemöglichkeiten, sind in der Praxis jedoch unabdingbare Voraussetzung für vergleichende statistische Auswertungen größerer Datenbestände. Bei der Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten spielen neben Diagnoseschlüsseln auch Schlüssel zur Angabe von Branchen und Berufen eine Rolle (siehe weiter unten).

## Diagnoseschlüssel – ICD-10

Zur Dokumentation von Erkrankungsdiagnosen für Statistiken wird in Deutschland seit dem Jahr 2000 nahezu ausschließlich die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ in der 10. Revision, kurz ICD-10, verwendet. Grundsätzlich handelt es sich bei der ICD um ein international gebräuchliches Klassifikationssystem. Die Pflege und die Weiterentwicklung obliegen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In Deutschland war für die Betreuung und Bereitstellung das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI zuständig, das am 26. Mai 2020 im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM, aufgegangen ist. Typischerweise werden vom BfArM jährlich aktualisierte und angepasste Versionen der ICD-10 mit dem Zusatz GM für German Modifikation bereitgestellt, deren Verwendung dann in vielen Bereichen des deutschen Gesundheitssystems obligat vorgeschrieben ist (BfArM, 2025). Im Kontext des Gesundheitsreports ist mit dem Kürzel ICD-10 stets der ICD-10-GM gemeint.

Die ICD-10 ist hierarchisch aufgebaut und umfasst auf der obersten Gliederungsebene 22 sogenannte Kapitel, wobei das Kapitel 20 beziehungsweise römisch XX regulär nahezu ausschließlich in der Todesursachenstatistik verwendet wird (vgl. auch Tabelle 2). Die nachfolgende Ebene sogenannter (Diagnose-)Gruppen umfasst mehr als 200 unterschiedliche Differenzierungen, mit der jeweils mehrere Einträge auf der Ebene dreistelliger Diagnoseschlüssel zusammengefasst werden. Diese dreistelligen Diagnosen bestehen immer aus einem Buchstaben und zwei Ziffern und differenzieren mehr als 1.600 Krankheiten und Zustände. Nähere Informationen sind auf den Internetseiten des BfArM verfügbar.

**Tabelle 1: Diagnosekapitel der ICD-10-Klassifikation**

Kapitel	Bezeichnung und Schlüssel	AU-relevante Beispiele
I (01)	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Infekte des Magen-Darm-Traktes, nicht näher benannte Virusinfekte
II (02)	Neubildungen (C00–D48)	bösartige und (seltener) gutartige Neubildungen
III (03)	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D90)	Bluterkrankungen, auch Blutarmut
IV (04)	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Diabetes, Adipositas, Schilddrüsenerkrankungen
V (05)	Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Depressionen, Reaktionen auf schwere Belastungen
VI (06)	Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Migräne, Schlafstörungen, Multiple Sklerose, Epilepsie
VII (07)	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)	Bindehautentzündungen, Netzhautablösung, Glaukom
VIII (08)	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)	Störungen des Gleichgewichtsorgans, Mittelohrentzündung
IX (09)	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Bluthochdruck, Hirn- oder Herzinfarkt

Kapitel	Bezeichnung und Schlüssel	AU-relevante Beispiele
X (10)	Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Atemwegsinfekte und Erkältungen, Grippe, Asthma
XI (11)	Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Magen- und Darmentzündungen, Leistenbruch, Gallensteine, auch Zahnerkrankungen
XII (12)	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Hautabszesse, bakterielle Bindegewebsentzündungen, Psoriasis
XIII (13)	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Rückenschmerzen, Bandscheibenschäden, Schulter- und Knieprobleme
XIV (14)	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Harnwegsinfekte, Nierensteine, Endometriose
XV (15)	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Schwangerschaftsprobleme, Fehlgeburten, vorzeitige Wehen
XVI (16)	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)	als AU-Diagnose sehr selten
XVII (17)	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)	Angeborene Fuß- und Hüftfehlstellungen, Herzfehler
XVIII (18)	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Ermüdung, Bauch- und Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Schmerzen, Fieber
XIX (19)	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)	Verstauchungen, Frakturen, oberflächliche Verletzungen
XX (20)	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01–Y84)	Selten kodiert, vorrangig bei Todesursachen verwendet
XXI (21)	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Zustände nach chirurgischen Eingriffen, Schwierigkeiten bei Lebensbewältigung und im Berufsleben
XXII (22)	Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00–U99)	in Vorjahren selten, ab 2020 Kodierungen für COVID-19 und assoziierte Erkrankungen

Quelle: BfArM 2025, eigene Darstellung

## Berufe – Schulbildung – Ausbildung

Traditionell werden bei gesetzlichen Krankenversicherungen, wie auch bei anderen Sozialversicherungsträgern, Angaben zur ausgeübten Tätigkeit, zur beruflichen Stellung sowie zur Ausbildung ihrer sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitglieder erfasst, die zuvor von den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern an die Krankenkasse übermittelt wurden. Obwohl die Aktualität und die Gültigkeit (Validität) entsprechender Angaben gelegentlich angezweifelt wurden, lassen sich bei Beschäftigten aus unterschiedlichen Tätigkeitsgruppen empirisch erheblich unterschiedliche Fehlzeiten und Erkrankungsmuster, insbesondere auch im Hinblick auf Arbeitsunfälle, beobachten (vgl. zum Beispiel Grobe et al., 2010; dort Abbildungen auf Seite 204 und 212). Trotz gelegentlicher Zweifel an der Validität lassen sich demnach für die real verfügbaren Angaben zur Tätigkeit empirisch deutliche und insgesamt plausibel erscheinende Zusammenhänge mit dem Arbeitsunfähigkeitsmeldegesehen nachweisen. Die ausgeübte Tätigkeit zählt damit zweifellos zu einer der wichtigsten Determinanten für gemeldete Fehlzeiten, was sich auf unterschiedliche Faktoren zurückführen lässt (vgl. auch vorausgehenden Abschnitt „Arbeitsunfähigkeiten – wesentliche Determinanten“).

Bis Ende November 2011 wurden Angaben zur Tätigkeit unter Verwendung einer bereits seit 1988 genutzten und im Jahr 2003 nur leicht modifizierten Systematik, der sogenannten „Klassifizierung der Berufe“ des „Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 2003“, erfasst. Diese bestand in einer fünfstelligen Angabe mit drei Stellen zur Angabe der Tätigkeit, einer zur „Stellung im Beruf“ sowie einer Stelle zur „Ausbildung“ und wurde in den vergangenen Jahren auch für die Darstellung der Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung und Beruf im Gesundheitsreport genutzt.

Seit dem 1. Dezember 2011 ist für die Meldung von Tätigkeiten an Sozialversicherungsträger gemäß § 28a Sozialgesetzbuch IV (SGB IV) das „Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 2010“ mit neunstelligen Schlüsseln maßgeblich. Mit dieser Aktualisierung des Schlüsselverzeichnisses soll den Veränderungen des Arbeitsmarkts Rechnung getragen werden.

Neben einer zeitgemäßen Auswahl von Berufen beinhaltet der neue Schlüssel auch eine Differenzierung zwischen Schulbildung und Ausbildungsabschluss, Teil- und Vollzeittätigkeiten in befristeten oder unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen sowie zwischen Leiharbeit und normalen Beschäftigungsverhältnissen.

Eine Online- sowie eine PDF-Version des neuen Schlüsselverzeichnisses sind auf den Internetseiten der Bundesagentur für Arbeit (BA) erhältlich (BA, 2025).

Die insgesamt neun Ziffern einer vollständigen Angabe gemäß Schlüsselverzeichnis 2010 dokumentieren folgende Informationen zu den Beschäftigten, ihrem Arbeitsverhältnis und der aktuell ausgeübten Tätigkeit.

- **Stellen 1–5:** Ausgeübte Tätigkeit (sogenannte „Klassifikation der Berufe 2010“ [„KldB 2010“] [↗](#))
- **Stelle 6:** Höchster allgemeinbildender Schulabschluss
- **Stelle 7:** Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss
- **Stelle 8:** Arbeitnehmerüberlassung beziehungsweise eine individuell bestehende Beschäftigung als Leiharbeiter
- **Stelle 9:** Vertragsform (es kann sowohl zwischen Voll- sowie Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen wie auch zwischen befristeten und unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen unterschieden werden)

Der fünfstellige Tätigkeitsschlüssel der KldB 2010 zur Angabe der ausgeübten Tätigkeit mit seinen mehr als 1.200 Ausprägungen lässt sich auf Basis seiner ersten Ziffer in zehn übergeordnete Gruppen, sogenannte Berufsbereiche, gliedern (zum Beispiel mit einer ersten Ziffer „2“ für „Rohstoffgewinnung, Produktion und Fertigung“). Auf Basis der ersten beiden Ziffern lassen sich 37 Gruppen, sogenannte Berufshauptgruppen, unterscheiden (zum Beispiel mit den Ziffern „22“ für „Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung“).

Die ersten drei Ziffern erlauben eine Unterscheidung von 144 Gruppen (zum Beispiel mit den Ziffern „223“ für „Holzbe- und -verarbeitung“), und auf Basis der ersten vier Ziffern lassen sich schließlich bereits 700 Gruppen einteilen (zum Beispiel mit den Ziffern „2234“ für „Berufe im Holz-, Möbel- und Innenausbau“).

Anders, als die fünf Stellen der KldB 2010 zur Tätigkeitsangabe zunächst vermuten lassen, beinhalten standardmäßige Bezeichnungen zu den neuen Tätigkeitsschlüsseln häufig keine anschaulicheren oder konkreteren Tätigkeitsangaben als der zuvor genutzte dreistellige Schlüssel. Eine wesentliche Rolle spielt dabei, dass insbesondere die fünfte Stelle des neuen Schlüssels (und teilweise auch die vierte) primär zur übergreifenden Kategorisierung von Tätigkeiten genutzt wird.

Der vierten Stelle der KldB kommt eine besondere Bedeutung zu, sofern diese durch eine 9 belegt ist. Die Ziffer 9 kennzeichnet an dieser Stelle gegebenenfalls Aufsichts- und Führungskräfte, wodurch diese von anderen Fachkräften abgegrenzt werden können.

Mit der fünften Stelle des Schlüssels wird allgemein eine Gruppierung von Tätigkeiten entsprechend einer berufsübergreifenden Dimension „Anforderungsniveau“ in insgesamt vier Gruppen von 1 bis 4 vorgenommen, wobei die Ziffer 1 für „Helfer-/Anlernertätigkeiten“, 2 für „fachlich ausgerichtete Tätigkeiten“, 3 für „komplexe Spezialistentätigkeiten“ und 4 für „hochkomplexe Tätigkeiten“ steht.

Um zur Meldung eines ausgeübten Berufs eine möglichst eindeutige und reproduzierbare Identifikation der Kodierungen des neuen Tätigkeitsschlüssels zu ermöglichen beziehungsweise zu erleichtern, wurden von der Bundesagentur für Arbeit sowohl Internetseiten zur Schlüsselsuche eingerichtet, als auch umfangreiche Berufslisten mit Zuordnungen zu geeigneten Schlüsseln bereitgestellt. Enthalten sind in dieser Liste rund 24.000 Berufsbezeichnungen, die jeweils einem der insgesamt 1.286 unterscheidbaren fünfstelligen Tätigkeitsschlüssel der KldB 2010 zugeordnet werden. In der Regel dürfte es ohne spezifisches Vorwissen erst nach Rückgriff auf entsprechende Berufslisten gelingen, eine zugehörige Kodierung beziehungsweise Tätigkeitsgruppe für einen bestimmten Beruf zu identifizieren.

Insbesondere die Stellen 6 bis 9 des neuen Schlüssels erlauben im Vergleich zum Vorgängerschlüssel deutlichere Abgrenzungen von relevanten Beschäftigtengruppen. Erst mit Nutzung der KldB 2010 wurde bei Meldungen zur Sozialversicherung klar zwischen Angaben zum allgemeinbildenden Schulabschluss und zum beruflichen Ausbildungsabschluss unterschieden sowie gegebenenfalls eine Arbeitnehmerüberlassung bei einzelnen Beschäftigten erfasst.

Gleichfalls neu ist eine Differenzierung von befristeten und unbefristeten Arbeitsverhältnissen. Zudem können Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse unabhängig von Angaben zur beruflichen Stellung beziehungsweise zum beruflichen Abschluss angegeben werden, was in dem bis 2011 verwendeten Schlüssel nicht möglich war.

## Branchen

Für eine Zuordnung und Differenzierung von Unternehmen nach Branchen wurde in Deutschland bis 2024 die „Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008“ [↗](#) (WZ 2008; Statistisches Bundesamt, 2008) verwendet. Seit dem 1. Januar 2025 wird bei Branchen-bezogenen Statistiken schrittweise auf eine Verwendung der „Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2025“ umgestellt (WZ 2025; Statistisches Bundesamt, 2025). Beide Klassifikationen sind ähnlich und hierarchisch aufgebaut. Übergeordnet ist die WZ 2025 in 22 sogenannte Abschnitte gegliedert (WZ 2008: 21), die insgesamt in einer weiteren Differenzierung 87 (WZ 2008: 88) Abteilungen und 287 (WZ 2008: 272) Gruppen, 651 (WZ 2008: 615) Klassen sowie 983 (WZ 2008: 839) Unterklassen beinhalten. Die übergeordneten 22 Abschnitte werden mit Buchstaben von A bis V (WZ 2008: 21 von A bis U) gekennzeichnet, wobei der jeweils letzte Buchstabe zur Kennzeichnung von „Exterritoriale Organisationen und Körperschaften“ reserviert ist, die in Statistiken von Krankenkassen kaum Berücksichtigung finden. Einzelne Wirtschaftszweige werden demgegenüber mit effektiv maximal fünfstelligen Ziffernfolgen zwischen 01.11.0 und 99.00.0 (auf der Ebene von Unterklassen) gekennzeichnet. Weiterführende Informationen sowie die vollständigen Angaben zur Klassifikation sind auf den Internetseiten des Statistischen Bundesamts verfügbar (Statistisches Bundesamt, 2025).

## Geschlechts- und Altersstandardisierung

Mit dem Begriff Standardisierung werden in der Epidemiologie zwei unterschiedliche Verfahren bezeichnet, die einen inhaltlich adäquaten Vergleich von Kennzahlen aus unterschiedlichen Populationen trotz bekannter Strukturunterschiede erlauben, nämlich die direkte sowie die indirekte Standardisierung. In den interaktiven Grafiken zum Gesundheitsreport werden zumeist direkt standardisierte Ergebnisse präsentiert, die indirekte Standardisierung kommt nicht zur Anwendung. Eine Standardisierung wird im epidemiologischen Kontext, genau wie im Gesundheitsreport, zumeist für die Merkmale Geschlecht und Alter vorgenommen, wobei dann auch explizit von einer Geschlechts- und Altersstandardisierung gesprochen werden kann.

Erst nach einer entsprechenden Standardisierung lassen sich beispielsweise Erkrankungsraten oder Sterbeziffern aus Stadtteilen mit hohem Kinderanteil und einer vergleichsweise jungen Bevölkerung sinnvoll als Gesundheitsindikatoren mit entsprechenden Kennzahlen aus wohl-situierten Stadtteilen mit einer älteren Bevölkerung vergleichen. Vergleiche nicht standardisierter Kennzahlen könnten selbst für soziale Brennpunkte aufgrund einer dort jungen Bevölkerung geringere Sterbeziffern als für wohl-situierte Stadtteile aufzeigen, welche dann jedoch wenig über die gesundheitlichen Lebensbedingungen, sondern mehr über die Altersstruktur der unterschiedlichen Regionen aussagen würden. Vergleichbare Probleme können grundsätzlich auch bei Gegenüberstellungen von unterschiedlichen Versichertengruppen von Krankenkassen eine Rolle spielen.

Bei einer **direkten Standardisierung** muss zunächst immer, und in gewissen Grenzen stets willkürlich, eine sogenannte Standardpopulation festgelegt werden. Anschließend werden für alle betrachteten Gruppen (zum Beispiel für Versicherte in einzelnen Bundesländern oder auch bundesweit) Ergebnisse ermittelt, die unter (fiktiver) Annahme der Geschlechts- und Altersstruktur der Standardpopulation zu erwarten wären. Hierzu müssen die gewünschten Kennzahlen in jeder betrachteten Population zunächst für alle berücksichtigten Geschlechts- und Altersgruppen (bei den Auswertungen zum Gesundheitsreport zumeist für 20 Gruppen) separat berechnet werden. Erst anschließend können die Ergebnisse, unter Annahme von Populationsanteilen in den einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen entsprechend den Anteilen in der ausgewählten Standardpopulation, wieder als standardisierte Werte zusammengefasst werden (Kahn und Sempos, 1989). Bezogen auf die beispielhaft genannten Bundesländer wird damit sinngemäß also so getan, als hätten Versichertengruppen aus allen Bundesländern eine identische (fiktive) Geschlechts- und Altersstruktur, nämlich genau die der anfangs ausgewählten Standardpopulation.

Die in interaktiven Grafiken zum Gesundheitsreport dokumentierten Unterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich im Falle standardisierter Auswertungen damit nicht mehr (oder, strenggenommen, allenfalls in geringem Umfang) mit einer unterschiedlichen Geschlechts- und Altersstruktur von Versicherten in einzelnen Bundesländern begründen, sondern weisen auf ein unterschiedliches Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen innerhalb von übereinstimmenden Geschlechts- und Altersgruppen hin.

## Verwendete Standardpopulation

Zur Standardisierung wurden bis zum Gesundheitsreport 2012 Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland im Mai 1992 verwendet (Statistisches Bundesamt, 1994). Die Auswahl der Standardpopulation entsprach den seinerzeit gültigen „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des §20 SGB V“. Seit der ersten Publikation des Gesundheitsreports wurden diese Empfehlungen bislang einmal aktualisiert, was ab dem Erscheinen des Gesundheitsreports 2013 berücksichtigt wurde. Zur Standardisierung werden seither Angaben zu Erwerbstätigen in Deutschland 2010 verwendet (vgl. Tabelle 2). Traditionell sind die Routineauswertungen im Gesundheitsreport auf Altersgruppen von 15 bis 64 Jahre begrenzt, weshalb auch die Angaben zur Standardpopulation auf diesen Altersrange begrenzt sind.

**Tabelle 2: Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010**

Altersgruppe in Jahren	Männer in Tausend	Frauen in Tausend
15–19	664	499
20–24	1.643	1.484
25–29	1.975	1.768
30–34	2.111	1.730
35–39	2.286	1.895
40–44	3.131	2.674
45–49	3.060	2.686
50–54	2.568	2.341
55–59	2.106	1.798
60–64	1.094	759

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2011

Die zuvor beschriebene direkte Standardisierung setzt voraus, dass alle Subgruppen der Standardpopulation, also typischerweise die einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen, auch in jeder betrachteten (Sub-)Population ausreichend repräsentiert sind. Die Einhaltung dieser Bedingung kann allerdings bei Analysen zu kleineren Subgruppen von Versicherten, beispielsweise bei regionalen Auswertungen auf Kreisebene, nicht immer gewährleistet werden. In entsprechenden Fällen kann auf das Verfahren der indirekten Standardisierung zurückgegriffen werden, welches auch für Vergleiche von Populationen geeignet ist, in denen nicht alle Geschlechts- und Altersgruppen ausreichend vertreten sind oder überhaupt vorkommen.

Die **indirekte Standardisierung** wird typischerweise bei Vergleichen von Ergebnissen aus Subpopulationen mit einer größeren Population eingesetzt (im Kontext des Gesundheitsreports beispielsweise Ergebnisse auf Kreisebene bei gleichzeitigem Vorliegen bundesweiter Daten). Vorausgesetzt werden detaillierte und belastbare geschlechts- und altersgruppenspezifische Ergebnisse zur größeren Population (hier: bundesweite Ergebnisse zu Erwerbspersonen in der BARMER) sowie Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur der betrachteten Subpopulationen.

Berechnet werden für alle betrachteten Subgruppen zunächst einfache, „rohe“ Kennzahlen. Den rohen Kennzahlen werden in einem zweiten Schritt dann Werte gegenübergestellt, die in den Subpopulationen mit ihrer jeweils spezifischen Geschlechts- und Altersstruktur unter Zugrundelegung von geschlechts- und altersspezifischen Ergebnissen aus der übergeordneten Population zu erwarten gewesen wären (Kahn und Sempos, 1989).

Als indirekt standardisierte Ergebnisse werden schließlich primär die relativen Abweichungen der (hier regional) beobachteten von den (regional) erwarteten Ergebnissen berichtet. Berichtet werden also lediglich relative beziehungsweise prozentuale Abweichungen. Aus bundesweit ermittelten Ergebnissen sowie den entsprechenden regional ermittelten relativen Abweichungen lassen sich bei Bedarf auch wieder anschaulichere regionale Kennzahlen berechnen. Dieses Vorgehen setzt bestimmte Annahmen voraus, die im Falle regionaler Auswertungen auf Kreisebene jedoch als methodisch weitgehend unproblematisch gelten können. Einfache Beispielrechnungen sind dem Eintrag zur Standardisierung (Epidemiologie) in Wikipedia zu entnehmen.

## Datengrundlagen zum Gesundheitsreport

Grundsätzlich beziehen sich alle Auswertungen zum Gesundheitsreport und zu interaktiven Grafiken, wie bereits mehrfach erwähnt, ausschließlich auf Personen, die im jeweils betrachteten Auswertungszeitraum als Erwerbspersonen im zuvor beschriebenen Sinn bei der BARMER versichert waren. Ergebnisse zum Gesundheitsreport basieren dabei auf taggenauen Zuordnungen von dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsintervallen und Versicherungszeiten, wobei ausschließlich AU-Tage bei einer gleichzeitig dokumentierten Versicherung mit Erwerbspersonenstatus berücksichtigt werden. Kennzahlen werden regelmäßig in Bezug auf Versicherungsjahre berichtet, die rechnerisch stets Versicherungszeiten von Personen über 365 Tage berücksichtigen und in normalen Jahren dann der jahresdurchschnittlichen Zahl der berücksichtigten Personen entsprechen. In Schaltjahren wird die reale jahresdurchschnittliche Personenzahl durch eine derartige Angabe von Versicherungsjahren (VJ) allerdings geringfügig überschätzt, was bei Bedarf nach der Formel  $VJ_{real} = VJ \times 365 / 366$  beziehungsweise durch Multiplikation der VJ mit dem Faktor 0,9973 einfach korrigiert werden kann. Der für den Gesundheitsreport gewählte einheitliche rechnerische Bezug auf Versicherungsjahre à 365 Tage bietet den Vorteil, dass Kennzahlen wie AU-Tage je 100 VJ unbeeinflusst von der Länge der Jahre bleiben und damit reale Veränderungen bei AU-Meldungen inhaltlich exakter wiedergeben.

**Tabelle 3: Versicherungsjahre von Erwerbspersonen in der BARMER nach Bundesländern 2025**

	Männer	Frauen	gesamt
Baden-Württemberg	159.402	172.363	331.765
Bayern	239.507	267.361	506.869
Berlin	78.300	85.797	164.096
Brandenburg	85.253	98.782	184.035
Bremen	7.370	7.266	14.637
Hamburg	36.068	38.626	74.693
Hessen	146.114	157.699	303.813
Mecklenburg-Vorpommern	54.401	57.969	112.370
Niedersachsen	150.335	156.101	306.437
Nordrhein-Westfalen	412.800	466.369	879.169
Rheinland-Pfalz	83.461	97.338	180.799
Saarland	23.232	25.155	48.387
Sachsen	51.172	53.924	105.096
Sachsen-Anhalt	42.842	50.145	92.987
Schleswig-Holstein	68.944	77.848	146.791
Thüringen	32.650	34.480	67.130
<b>bundesweit</b>	<b>1.671.852</b>	<b>1.847.224</b>	<b>3.519.076</b>

Quelle: BARMER-Daten 2025, Versicherungsjahre à 365 Tage zu den bei Auswertungen typischerweise berücksichtigte Erwerbspersonen aus den Altersgruppen von 15 bis 64 Jahre

Daten der BARMER umfassen Angaben zu einem ausgesprochen großen Personenkreis. Für die Auswertungen zum Jahr 2025 konnten im Jahresdurchschnitt Daten zu rund 3,5 Millionen Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren berücksichtigt werden (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 4 listet absolute Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen aus dem Jahr 2025, die im Rahmen der Auswertungen zum Gesundheitsreport bundesweit sowie in einzelnen Bundesländern berücksichtigt werden konnten. Bei bundesweiten Auswertungen zum Jahr 2025 wurden 6,9 Millionen AU-Fälle und rund 83,0 Millionen AU-Tage berücksichtigt.

**Tabelle 4: AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER 2025**

	Anzahl AU-Fälle	Anzahl AU-Tage
Baden-Württemberg	585.838	6.447.867
Bayern	897.819	10.423.396
Berlin	310.684	3.711.056
Brandenburg	377.683	5.030.567
Bremen	31.071	338.505
Hamburg	145.024	1.545.840
Hessen	635.805	7.146.541
Mecklenburg-Vorpommern	232.915	3.181.132
Niedersachsen	629.340	7.569.663
Nordrhein-Westfalen	1.760.607	21.272.947
Rheinland-Pfalz	355.106	4.362.219
Saarland	95.755	1.341.278
Sachsen	204.663	2.559.184
Sachsen-Anhalt	201.244	2.619.380
Schleswig-Holstein	306.295	3.591.019
Thüringen	139.653	1.828.629
<b>bundesweit</b>	<b>6.909.511</b>	<b>82.969.276</b>

Quelle: BARMER-Daten 2025, AU-Fälle und AU-Tage zu den bei Auswertungen typischerweise berücksichtigten Erwerbspersonen aus den Altersgruppen von 15 bis 64 Jahre

## Literatur

BA – Bundesagentur für Arbeit (2025). Klassifikation der Berufe (KldB 2010). Verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/Klassifikation-der-Berufe-Nav.html> [10.01.2025]

BÄK – Bundesärztekammer (2025). Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/digitale-anwendungen/telematikinfrastruktur/eau> [10.01.2025]

BAS – Bundesamt für Soziale Sicherung (2022). Digitaler Kundenservice und automatisierte Sachbearbeitung. Elektronische Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Verfügbar unter: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/digitalausschuss/digitaler-kundenservice-und-automatisierte-bearbeitung/elektronische-uebermittlung-von-arbeitsunfaehigkeitsbescheinigungen/> [10.01.2025]

BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025). ICD-10-GM Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification. Verfügbar unter: [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html) [10.01.2025]

Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW (2010). BARMER GEK Arztreport 2010. Erkrankungen und zukünftige Ausgaben. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 1. Hrsg. BARMER GEK, Schwäbisch Gmünd. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/resource/blob/1026970/0b4f90cb97f8b72206127d2b66507b89/barmer-gek-arztreport-2010-data.pdf> [10.01.2025]

Haserück A (2021). Digitalisierung: Start der eAU im Oktober mit Übergangsfrist. Dtsch Arztebl 2021; 118(40): A-1790. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/221416/Digitalisierung-Start-der-eAU-im-Oktober-mit-Uebergangsfrist> [10.01.2025]

IGES (2025). Der Rekordkrankenstand: Fakten und Mythen. Verfügbar unter: [https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2025/einflussfaktoren-beim-krankenstand/index\\_ger.html](https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2025/einflussfaktoren-beim-krankenstand/index_ger.html) [18.02.2025]

Kahn HA, Sempos CT (1989). Statistical Methods in Epidemiology. Oxford University Press, New York Oxford 1989, ISBN 0-19-505751-1

Statistisches Bundesamt (1994). Statistisches Jahrbuch 1994 für die Bundesrepublik Deutschland, 114 Verfügbar unter: [https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft\\_derivate\\_00055636/1994kpl.pdf](https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00055636/1994kpl.pdf) [10.01.2025]

Statistisches Bundesamt (2008). Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008). Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/Gueter-Wirtschaftszweige/klassifikationen/klassifikation-wz-2008.html> [10.01.2025]

Statistisches Bundesamt (2011). Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen in Deutschland 2010. Fachserie 1, Reihe 4.1.2, 10.

Statistisches Bundesamt (2025) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2025 (WZ 2025). Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/Gueter-Wirtschaftszweige/klassifikationen/klassifikation-wz-2025.html> [Zugriff am 29.04.2026]

## Abkürzungsverzeichnis – Glossar

ALG I	Arbeitslosengeld I, seit 2023 „Arbeitslosengeld“
ALG II	Arbeitslosengeld II, seit 2023 „Bürgergeld“
AU	Arbeitsunfähigkeit – hier durchgängig im Sinne einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit über einen bestimmten Zeitraum von Kalendertagen
BA	Bundesagentur für Arbeit
BÄK	Bundesärztekammer
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Diagnosegruppen	Gliederungsebene der ICD-10 mit mehr als 200 Gruppen
Diagnosekapitel	Oberste Gliederungsebene der ICD-10 mit 22 Kapiteln, in Gesundheitsreporten anderer Kassen oftmals auch als Krankheitsarten bezeichnet
Diagnosen	Hier in der Regel im Sinne von Diagnoseangaben mit Differenzierung nach dreistelligen ICD-10-Schlüsseln
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2020 im BfArM aufgegangen)
eAU	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
Erwerbspersonen	Hier sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (inklusive Beschäftigten über der Beitragsbemessungsgrenze) sowie Arbeitslosengeld-I-Beziehende
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
Krankenstand	Prozentualer Anteil der AU-Tage an allen Versicherungstagen von Erwerbspersonen
Krankheitsarten	Gleichfalls gebräuchliche Bezeichnung für Diagnosekapitel (siehe oben)
KldB 2010	Klassifikation der Berufe 2010, für Angaben zum Beruf von Beschäftigten verwendet
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – gesetzliche Krankenversicherung
Standardisierung	Statistisches Verfahren, um inhaltlich aussagekräftige Vergleiche strukturell unterschiedlicher Gruppen zu ermöglichen
VJ	Versicherungsjahr mit 365 Tagen – Bezugsgröße für die Berechnungen nahezu aller Kennzahlen bei interaktiven Grafiken zum Gesundheitsreport
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
WZ 2008	Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008, für Angaben zur Branche des Arbeitgebers verwendet
WZ 2025	Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2025, für Angaben zur Branche des Arbeitgebers ab 2025 verwendet

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b>	Diagnosekapitel der ICD-10-Klassifikation	10
<b>Tabelle 2:</b>	Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010	16
<b>Tabelle 3:</b>	Versicherungsjahre von Erwerbspersonen in der BARMER nach Bundesländern 2025	17
<b>Tabelle 4:</b>	AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER 2025	18

# Impressum

## **Herausgeber**

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg)  
10837 Berlin  
info@bifg.de

## **Autorinnen und Autoren**

Thomas G. Grobe, Dr. med., MPH,  
aQua – Institut für angewandte  
Qualitätsförderung und Forschung im  
Gesundheitswesen GmbH in Göttingen

## **Design und Realisation**

Satzweiss.com GmbH

## **Veröffentlichungstermin**

Mai 2026

## **DOI**

10.30433/gesundheit.2026.02