



# Ein Jahr Corona- pandemie:

Wie geht es Deutschlands  
Beschäftigten?



20 Jahre Gesundheitsberichterstattung der TK

2021



# Vorwort



Das Jahr 2020 wird niemand so schnell vergessen. Die Coronapandemie hat die Menschen und Gesundheitssysteme weltweit in einen Ausnahmezustand versetzt und bestimmt nach wie vor unseren Alltag. Normalerweise widmen wir uns in unserem Gesundheitsreport einer bestimmten Gruppe von Erwerbstätigen. Im letzten Jahr waren es zum Beispiel die Zeitarbeiterinnen und Zeitarbeiter und im vorletzten ging es um die Gesundheit von Pflegekräften. Doch Corona betrifft uns alle.

Daher nehmen wir mit diesem vorliegenden Gesundheitsreport keine bestimmte Berufsgruppe in den Fokus, sondern werfen einen Blick auf die Gesundheit aller 5,4 Millionen bei der TK versicherten Erwerbstätigen. Wie gesund oder krank waren Deutschlands Beschäftigte im Coronajahr 2020? Wie haben sich die Krankenstände im Laufe des Jahres entwickelt? Welche Berufsgruppen sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, an COVID-19 zu erkranken? Und welche Auswirkungen hatte die Pandemie letztes Jahr auf die Verschreibung von Arzneimitteln?

Im zweiten Teil des Reports geht es vornehmlich um die seelische Gesundheit der Menschen während der Pandemie. Dazu hat die TU Chemnitz fast ein Jahr lang eine Onlinebefragung zur psychosozialen Belastung der Menschen mit insgesamt 2.900 Befragten durchgeführt. Ergänzt wurde die Studie noch um eine repräsentative Forsabefragung im Auftrag der TK.

Einige Ergebnisse des Reports erstaunen, andere weniger. So ist zum Beispiel der Krankenstand, trotz Corona, nach einem anfänglichen Hoch zu Beginn der Pandemie, im Vergleich zu den Vorjahren sogar gesunken. Bei fast allen Diagnosen gab es einen Rückgang, jedoch hauptsächlich bei Erkältungen und anderen Infektionserkrankungen. Auch wurden im Coronajahr 2020 so wenige Antibiotika verschrieben wie noch nie seit Beginn der Auswertungen zum Gesundheitsreport vor 20 Jahren. Ein Grund ist sicherlich, dass die AHA-L Regeln nicht nur die Verbreitung von Sars-CoV-2 reduziert haben, sondern auch die anderer Infektionskrankheiten. Möglicherweise haben Kurzarbeit und Home-Office auch dafür gesorgt, dass viele Beschäftigte sich mit einer leichteren Infektion gar nicht erst krankgemeldet haben.

Was die psychische Belastung durch die Coronapandemie angeht, zeichnet der Report allerdings ein anderes Bild. Es zeigt sich, dass die psychosoziale Belastung der Menschen über den langen Zeitraum des Lockdowns stark zugenommen hat. Vor allem durch fehlende Möglichkeiten, die "Akkus wieder aufzuladen", bei gleichzeitig anhaltendem Stress. Besonders berufstätige Eltern mit Kindern im Haushalt sind davon betroffen.

Jetzt sind wir erfreulicherweise schon einen Schritt weiter. Die Impfkampagne hat an Fahrt aufgenommen. Die Infektionszahlen fallen und die Lockdown-Maßnahmen werden Schritt für Schritt gelockert. Doch wir sollten aus den vergangenen schweren Monaten lernen. Das Virus ist noch nicht weg und Krisen jeglicher Art können immer wieder kommen. Nicht nur deswegen sollte jeder Einzelne langfristig etwas für ihre oder seine Gesundheit tun und versuchen, die Batterien - ganz unabhängig von äußeren Einflüssen - regelmäßig wieder aufzuladen. Hier unterstützen wir als TK mit vielfältigen Angeboten aus den Bereichen Stressreduktion, Bewegung oder beispielsweise auch Achtsamkeit.

Aber auch die Arbeitgeber stehen in der Verantwortung. Die Coronapandemie wird hoffentlich vorbeigehen, Home-Office bleibt aber in vielen Betrieben. Neben all den Vorteilen hat diese Arbeitsform aber auch ihre Schattenseiten. Die Grenzen zwischen Berufs- und Privatleben verschwimmen, Führungskräfte stehen vor der Herausforderung, ihr Team "remote" zu führen und auf die Entfernung eine wertschätzende Arbeitskultur zu verankern, die ein entscheidender Faktor für die Zufriedenheit und Gesundheit der Mitarbeitenden ist. Das ist auch ein "Learning" aus der Pandemie. Daher bieten wir Unternehmen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements mittlerweile viele unterstützende Maßnahmen und Beratung für ein gesundes Home-Office an. Denn hier gilt es jetzt die Weichen zu stellen, um die Gesundheit der Beschäftigten langfristig zu erhalten.

Hamburg, im Juni 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jens Baas', with a stylized flourish extending to the right.

Dr. Jens Baas  
Vorstandsvorsitzender  
der Techniker Krankenkasse

# Inhalt

## 1 Gesundheit von Erwerbspersonen – Auswertungen von Routinedaten

- 6 Hintergrund und Ziele
- 8 Arbeitsunfähigkeiten
- 12 Diagnosespezifische Krankenstände
- 19 Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnosen
- 29 Arzneiverordnungen
- 46 Zusammenfassung

## 2 Arbeitssituation und psychische Belastung nach einem Jahr Coronapandemie

- 50 Zusammenfassung
- 50 Einleitung
- 53 Teil 1: Stress und Belastung durch die  
Coronapandemie
- 53 Stichprobenbeschreibung
- 54 Methode
- 54 Ergebnisse
- 63 Teil 2: Entwicklung der Arbeitssituation und Belastung  
zu Zeiten der Coronapandemie
- 64 Methodisches Vorgehen
- 65 Studienteilnehmende
- 67 Items zu Einstellungen und Wahrnehmungen
- 68 Ergebnisse
- 80 Diskussion

## 3 Anhang

- 82 Tabellenanhang
- 96 Literaturverzeichnis
- 98 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

**Dossier 2020 – Corona 2020: Gesundheit, Belastungen, Möglichkeiten.** Herausgeber: Techniker Krankenkasse, Unternehmenszentrale, Hamburg 22291, **tk.de**; Geschäftsbereich Markt und Kunde, Team Gesundheitsmanagement, Dr. Sabine Voermans.

Autoren: Dr. Thomas G. Grobe, Sven Bessel, aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen (Kapitel 1); Prof. Dr. Bertolt Meyer, Dr. Alexander Zill, Susen Schuhmann, Technische Universität Chemnitz, Chemnitz (Kapitel 2); Planung und Konzeption: Albrecht Wehner; Redaktion und Beratung: Micaela Berger; Art Direction: Jenny Wirth, Stefan Mortz; Produktion: Andreas Volkmar.

© Techniker Krankenkasse. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung. Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir im Text auf die Unterscheidung in eine männliche und eine weibliche Form. Selbstverständlich sind hier Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen.

# 1 Gesundheit von Erwerbspersonen – Auswertungen von Routinedaten

Thomas G. Grobe, Sven Bessel

**Hintergrund und Ziele** Die Coronapandemie hat das Leben der Menschen im Jahr 2020 weltweit massiv verändert und wirkt sich auch im Jahr 2021 noch erheblich auf das Leben nahezu aller Menschen aus. Gelegentlich fällt es dabei schwer, sich ein Leben wie vor dieser Pandemie vorzustellen. Bereits im November 2020 hatten wir uns in einem Dossier

Der Schwerpunkt des Gesundheitsreports 2021 greift das Thema unter dem Titel „Ein Jahr Coronapandemie: Wie geht es Deutschlands Beschäftigten?“ erneut auf. Dabei können auch Daten aus der zweiten Jahreshälfte 2020 berücksichtigt und Ergebnisse der zweiten Welle der Pandemie berichtet werden. Das vorliegende erste Kapitel befasst sich primär mit der Gesundheit von Erwerbspersonen. In diesem Kapitel werden Ergebnisse präsentiert, die auf Auswertungen von Routinedaten der Techniker Krankenkasse zu den bei ihr versicherten Erwerbspersonen beruhen.

## Gesundheit von Erwerbspersonen

### Auswirkungen der Coronapandemie

Ziel des vorliegenden Kapitels ist es, Hinweise auf Auswirkungen der ersten und zweiten Welle der Coronapandemie auf die Gesundheit von Erwerbspersonen (im Sinne von Berufstätigen sowie ALG-I-Empfängern) zu liefern. Analysiert werden hierfür Daten zu Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen im Jahr 2020 von mehr als 5 Millionen Erwerbspersonen und damit mehr als 15 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in

unter dem Titel „Gesundheit, Belastungen, Möglichkeiten“ mit den Auswirkungen der Pandemie auf das Erwerbsleben in Deutschland befasst (TK 2020a). Die Betrachtungen im Dossier konzentrierten sich seinerzeit – zwangsläufig und bedingt durch die Verfügbarkeit entsprechender Daten – auf Veränderungen innerhalb des ersten Halbjahres 2020.



Flughafen Hannover, 9. September 2020 um 22:56 Uhr

Die Auswirkungen der Coronapandemie auf die Gesundheit lassen sich auch ein Jahr nach ihrem Beginn erst in Ausschnitten erkennen. Dies gilt insbesondere für ihre mittelbaren Folgen. Bezogen auf das erste Halbjahr 2020 waren – wie bereits im Dossier vermerkt – die in Deutschland eingeleiteten präventiven Maßnahmen und insbesondere die Verhaltensänderungen der Menschen bei der Eindämmung der Coronapandemie insgesamt sehr erfolgreich. So wurden vom Robert Koch-Instituts (RKI) für den Zeitraum bis zum 30. Juni, also zum Abschluss des ersten Halbjahres, für Deutschland insgesamt erst 194.725 nachweislich mit dem SARS-CoV-2-Virus infizierte Personen und 8.985 Todesfälle im Zusammenhang mit entsprechenden Infektionen gemeldet.

Bis zum 31. Dezember 2020 stieg die Zahl der bestätigten SARS-CoV-2-Infektionen nach den Veröffentlichungen des RKIs am Neujahrstag 2021 auf 1.742.661 Personen und die Zahl der Todesfälle auf 33.624 (RKI 2021a). Damit hat sich die Zahl der nachweislich mit dem Virus infizierten Personen im zweiten Halbjahr 2020 im Vergleich zum ersten Halbjahr nahezu um den Faktor neun erhöht, die Zahl der Todesfälle war bis zu diesem Zeitpunkt um den Faktor 3,7 gestiegen. Im hier regulär nicht betrachteten ersten Quartal 2021 stiegen beide Kennwerte dann nochmals erheblich. So wurden bis zum 31. März 2021 insgesamt 2.833.173 Infizierte und 76.543 Todesfälle im Zusammenhang mit SARS-CoV-2-Infektionen gemeldet (RKI 2021b).



Gewöhnlicher Anblick, hier am 17. September 2020 um 17:13 Uhr

Die Zahl der gemeldeten Todesfälle mit SARS-CoV-2-Infektion in Deutschland bis zum Ende des ersten Halbjahres 2020 entsprach einem Anteil von etwa zwei Prozent der üblicherweise in Deutschland innerhalb von sechs Monaten beobachteten Sterbefälle, die Todesfälle bis Jahresende 2020 einem Anteil von 3,7 Prozent der jährlich erwarteten Todesfälle. Dabei verstarb nur ein geringer Anteil der Personen im typischen Erwerbsalter. So wurden vom RKI für die Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen bis einschließlich zum 30. Juni 2020 lediglich 425 Todesfälle an oder mit COVID-19-Infektion berichtet. Bis zum Jahresende 2020 stieg diese Zahl auf 1.249, wobei in Deutschland in dieser Altersgruppe auf der Basis von Bevölkerungszahlen und Sterbewahrscheinlichkeiten aus den vorausgehenden Jahren mit insgesamt rund 87.000 Todesfällen zu rechnen war. Grob überschlägig entsprechen die beobachteten Todesfälle mit oder an COVID-19-Infektionen in dieser Altersgruppe also lediglich rund 1,4 Prozent der insgesamt für das Jahr 2020 erwarteten Todesfälle. Für die Gruppe der 15- bis 59-Jährigen wurden bis Jahresende 2020 dabei insgesamt 1.185.140 nachgewiesene SARS-CoV-2-Infektionen gemeldet, womit aus dieser Altersgruppe gut 2,4 Prozent der Bevölkerung nachweislich von einer entsprechenden Infektion betroffen waren.

Auch für das Gesamtjahr 2020 gilt demnach, dass es nur bei einem geringen Teil der Bevölkerung im typischen Erwerbsalter nachweislich zu einer COVID-19-Infektion gekommen ist. Um die Ausbreitung der Pandemie zu verlangsamen und Überlastung der Intensivstationen zu vermeiden, erfolgten in dieser Zeit allerdings erhebliche Einschnitte und Veränderungen im alltäglichen Leben wie auch im beruflichen Umfeld, bei denen mit Auswirkungen auf die Gesundheit zu rechnen ist.

### Gesundheit von Erwerbspersonen

## Coronapandemie im Jahr 2020

Im ersten Halbjahr 2020 konnte die Ausbreitung der Coronapandemie in Deutschland sehr erfolgreich begrenzt werden. Auch wenn es im zweiten Halbjahr zu erheblich höheren Infektionszahlen gekommen ist, dürften unmittelbare Folgen von COVID-19-Infektionen im Jahr 2020 nur einen kleinen Teil der Erwerbspersonen betroffen haben. Ein wesentlicher Teil der Analysen befasst sich daher auch mit der Frage nach möglichen mittelbaren Folgen der Pandemie für die Gesundheit.

Vor dem geschilderten Hintergrund verfolgt das vorliegende Kapitel des Schwerpunktes im Gesundheitsreport das Ziel, Ergebnisse zur Situation von Erwerbspersonen auf der Basis von routinemäßig verfügbaren Daten bei der TK zu präsentieren, die sowohl Hinweise auf direkte als auch indirekte Folgen der Coronapandemie liefern können. Dazu werden sowohl Daten zu gemeldeten erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeiten als auch Daten zu Arzneiverordnungen aus dem Jahr 2020 analysiert. Im Kontrast zu den Routineauswertungen zum Gesundheitsreport basieren die hier präsentierten Ergebnisse maßgeblich auf tagesbezogenen Auswertungen, die entsprechend zeitlich differenzierte Aussagen zu Veränderungen auch innerhalb von einzelnen Jahren erlauben. Grundlegende Hinweise auf das jeweilige methodische Vorgehen sind den einzelnen Abschnitten vorangestellt. Weitere Erläuterungen zur Methodik finden sich im Methodenteil zum Gesundheitsreport der TK, der im Internet online unter [firmenkunden.tk.de](https://firmenkunden.tk.de), Suchnummer 2031464 verfügbar ist (TK 2021a).

## Gesundheit von Erwerbspersonen

# Krankenstände

Als Krankenstand wird typischerweise der prozentuale Anteil von Beschäftigten angegeben, der innerhalb eines bestimmten Zeitraums arbeitsunfähig gemeldet war. Er lässt sich gleichermaßen für Jahre, Monate, Wochen oder Tage berechnen und lag nach den Ergebnissen von jahresbezogen durchgeführten Auswertungen in den Jahren 2018, 2019 und 2020 nach TK-Daten bei 4,25, 4,22 und 4,14 Prozent.

**Arbeitsunfähigkeiten** Vor dem Hintergrund möglicher Ansprüche auf Krankengeldzahlungen im Falle länger andauernder Erkrankungen sind Erwerbspersonen in der Regel verpflichtet, ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeiten auch bei ihrer Krankenkasse zu melden. Informationen zu Arbeitsunfähigkeiten beziehungsweise Daten zu Krankmeldungen zählen dabei zu den gesundheitsbezogenen Informationen, die Krankenkassen vergleichsweise rasch zur Verfügung stehen. Sie eignen sich insofern besonders gut für zeitnahe Auswertungen. Zwangsläufig können die bei der Krankenkasse verfügbaren Daten zu Arbeitsunfähigkeiten dabei allerdings nur Hinweise auf diejenigen gesundheitlichen Einschränkungen und Beschwerden geben, die auch einen ärztlich bescheinigten Anlass für eine Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise Krankmeldung bilden. Belastungen und Einschränkungen, die aus den unterschiedlichsten Gründen nicht in eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit münden, werden mit den Daten zwangsläufig nicht abgebildet.

Eine obligate Voraussetzung für die Dokumentation von spezifischen Erkrankungen in Daten im Gesundheitssystem und damit auch bei Krankenkassen ist, dass für die jeweilige Erkrankung ein ICD-10-Diagnoseschlüssel existiert. Für COVID-19-Infektionen wurde ein entsprechender und vorläufig behelfsmäßig zu verwendender Diagnoseschlüssel (U07.1!) bereits am 17. Februar 2020 bekannt gegeben (DIMDI 2020a).

Am 24. März 2020 informierte das für die ICD-10-Klassifikation in Deutschland zuständige Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI 2020b), welches im Mai 2020 mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zusammengeführt wurde, zudem über eine unverzüglich anwendbare weitere Differenzierungsmöglichkeit bei der Kodierung von COVID-19-Infektionen mit beziehungsweise ohne einen Virusnachweis durch Verwendung der beiden Schlüssel U07.1! und U07.2!. Am 11. November wurden schließlich drei weitere vorläufige Diagnoseschlüssel mit einem direkten COVID-19-Infektionsbezug eingeführt (U07.3 „COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet“, U07.4! „Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“ sowie U07.5 „Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet“). Für genau diese drei letztgenannten Diagnosen galten seit Jahresbeginn 2021 dann die Schlüssel U08.9, U09.9! sowie U10.9, was für die hier präsentierten Auswertungen allerdings noch nicht bedeutsam ist (BfArM 2020).

Grundsätzlich konnten COVID-19-Infektionen in den Daten also bereits sehr frühzeitig dokumentiert werden. Bereits an dieser Stelle sei allerdings darauf hingewiesen, dass COVID-19-Infektionen als dokumentierte Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten im gesamten Jahr 2020, gemessen an anderen Diagnosen, nur eine untergeordnete Rolle spielten und Arbeitsunfähigkeiten mit entsprechenden Diagnosen nur einen geringen Einfluss auf diagnoseübergreifende Statistiken hatten.

Eine wesentliche und häufig verwendete Kennzahl zur quantitativen Beschreibung von Arbeitsunfähigkeiten ist der Krankenstand. Er gibt bei einer Berechnung auf der Basis von Krankenkassendaten typischerweise den prozentualen Anteil derjenigen Kalendertage in einem betrachteten Zeitraum an, für den die jeweils betrachteten Erwerbspersonen arbeitsunfähig gemeldet waren. Er lässt sich dabei gleichermaßen sowohl bezogen auf Jahre, Quartale, Wochen oder auch einzelne Tage berechnen. Der Krankenstand bei Erwerbspersonen mit Versicherung bei der TK lag nach den Ergebnissen jahresbezogen durchgeführter Auswertungen innerhalb der beiden vorausgehenden Jahre 2018 und 2019 (jahresdurchschnittlich) bei 4,25 beziehungsweise 4,22 Prozent. Von jeweils 100 „durchschnittlichen“ Erwerbspersonen waren in diesen beiden Jahren an einem „durchschnittlichen Kalendertag“ also etwas mehr als vier Personen arbeitsunfähig gemeldet (TK 2020b).



**Krankenstände im Jahr 2020** Abbildung 1 zeigt Ergebnisse zum Krankenstand innerhalb des Jahres 2020. Dargestellt werden hier geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse basierend auf Daten der TK zu einzelnen Kalendertagen, die jeweils durch eine Mittelung von Ergebnissen über sieben Tage (im Sinne gleitender Mittelwerte um den bezeichneten Tag herum) berechnet wurden. Angegeben werden also Krankenstände im Wochenmittel. Da Krankenstände typischerweise an Wochenenden niedriger ausfallen und damit wochenzyklisch merklich variieren (TK 2021b), hätte eine alternativ erwägbar Darstellung der primär berechneten Tageswerte zu sehr unübersichtlichen Darstellungen geführt. Zur Vereinfachung der zeitlichen Zuordnung werden in der Abbildung Zeitspannen von Kalenderwochen (KW) des Jahres 2020 durch grau oder weiß hinterlegte Flächen gekennzeichnet. Neben geschlechterübergreifenden ermittelten Werten sind in der Abbildung auch Krankenstände für Männer und Frauen separat angegeben.

Bei Krankenständen im Jahr 2020 zeigen sich, abgesehen von einer Phase mit zu Jahresbeginn sehr niedrigen Werten, im Januar zunächst nur moderat steigende Werte. In den ersten Februarwochen bleiben die Krankenstände weitgehend konstant und sind in der achten Kalenderwoche sogar rückläufig. Ab der neunten Kalenderwoche zeigen sich dann steigende Krankenstände, wobei sich ein stark ausgeprägter Anstieg erst ab der elften Kalenderwoche abzeichnet. Der höchste Krankenstand im Wochenmittel wurde nach Auswertungen der zwischenzeitlich abschließend zum Jahr 2020 vorliegenden Daten mit 6,96 Prozent am 21. März 2020 innerhalb der zwölften Kalenderwoche erreicht. Der höchste Einzeltageswert wurde dabei am Freitag den 20. März 2020 mit 7,80 Prozent ermittelt (Ergebnis anderweitig nicht dargestellt). Nach diesen geschlechts- und altersstandardisierten Ergebnissen war an diesem Tag also etwa jede 13. Erwerbspersonen arbeitsunfähig gemeldet.

Bei den beiden genannten Werten handelt es sich um die höchsten Krankenstände, die sich auf Basis von TK-Daten seit Beginn der Verfügbarkeit der Daten ab dem Jahr 2000 jemals im Wochenmittel beziehungsweise für einen einzelnen Tag errechnen ließen. Der Krankenstand im März kann damit auch als ein historischer Höchststand bezeichnet werden.

### Gesundheit von Erwerbspersonen

## Hohe Krankenstände im März 2020

Der höchste Einzeltageswert für den Krankenstand wurde für Freitag den 20. März 2020 mit 7,80 Prozent ermittelt. Für die sieben Tage um den 21. März 2020 herum ließ sich ein Krankenstand im Wochenmittel von 6,96 Prozent ermitteln. Beide Kennzahlen markieren die jeweiligen Höchststände seit Beginn der Auswertungen von TK-Daten ab dem Jahr 2000. Nach dem Anstieg im März folgte ein fast ebenso steiler Rückgang, woraus ab Mai 2020 Krankenstände resultierten, die fast durchgängig merklich unter dem Niveau der Vorjahre lagen.

Dem raschen Anstieg des Krankenstands folgt ab der 13. Kalenderwoche ein nahezu ebenso rascher Rückgang des Krankenstands bis zum Ende der 15. Kalenderwoche, wobei sich die Krankenstände in den dann folgenden Wochen auf einem deutlich niedrigeren Niveau als im Februar desselben Jahres bewegen.

Geschlechtsspezifische Auswertungen zum Jahr 2020 zeigen – wie auch routinemäßig berechnete jahresbezogene Ergebnisse aus vergangenen Jahren – bei Frauen durchgängig höhere Krankenstände als bei Männern. Vergleichsweise stark ausgeprägte relative Unterschiede zwischen Frauen und Männern von bis zu 38 Prozent lassen sich während der extrem hohen Krankenstände um den 21. März 2020 herum errechnen. Krankschreibungen von Frauen haben demnach stärker als Krankschreibungen von Männern zu den sehr hohen Krankenständen Ende März 2020 beigetragen. Vor der 11. sowie nach der 15. Kalenderwoche überschritten Krankenstände bei Frauen diejenigen bei Männern stets um weniger als 30 Prozent.

Krankenstand 2020, auch nach Geschlecht, im Wochenmittel

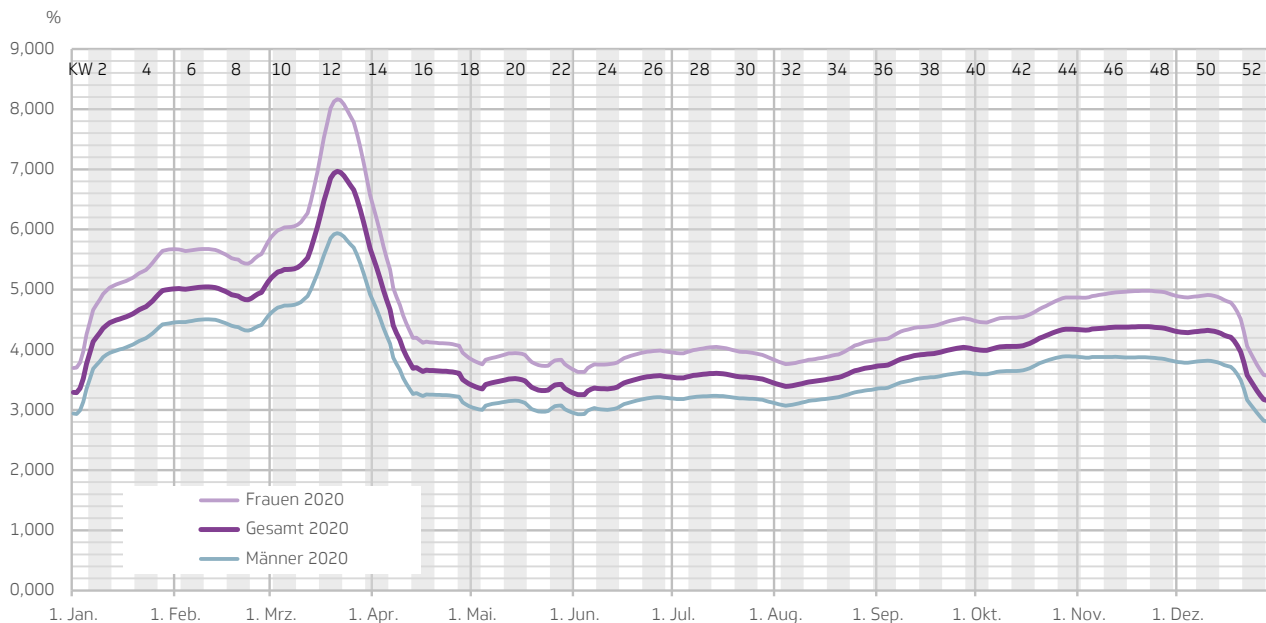


Abbildung 1 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert; KW: Zuordnung von Kalenderwochen des Jahres 2020.)

Krankenstand 2018, 2019 und 2020 im Wochenmittel

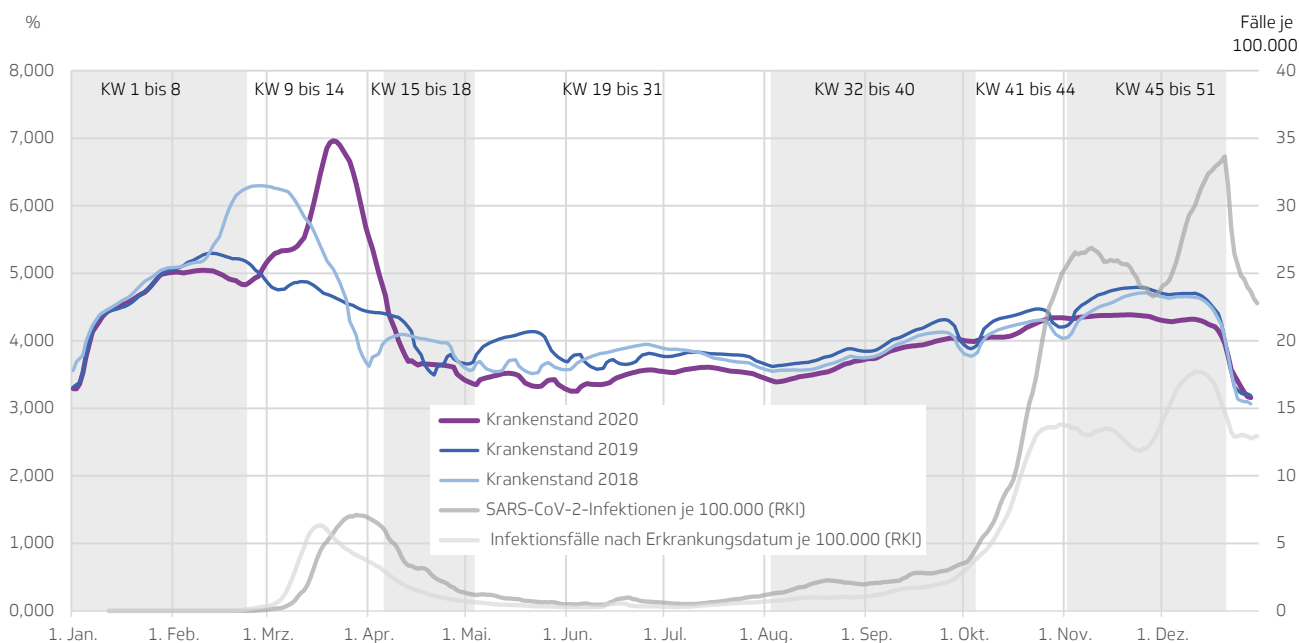


Abbildung 2 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert; gemeldete SARS-CoV-2-Infektionen in der Altersgruppe 15 bis 59 Jahre je 100.000 Einwohner, Subgruppe mit Zuordnung nach gegebenenfalls verfügbarem COVID-19-Erkrankungsdatum nach Zahlen des Robert Koch-Instituts [RKI 2021b].)

### Vergleiche von Krankenständen in den Jahren 2018, 2019 und 2020

In Abbildung 2 werden den Krankenständen im Jahr 2020 (violette Linie) entsprechend ermittelte Krankenstände aus den Jahren 2018 und 2019 gegenübergestellt (bläuliche Linien). Zugehörige Werteangaben sind der links eingezeichneten Achse zu entnehmen. Ergänzend sind in der Abbildung zudem auch bevölkerungsbezogene Häufigkeiten von SARS-CoV-2-Infektionen im Wochenmittel mit einer zeitlichen Zuordnung sowohl gemäß Meldedatum (dunkelgraue Linie) als auch mit zeitlicher Zuordnung gemäß den nur unvollständig verfügbaren Angaben zum Erkrankungsdatum (hellgraue Linien) bei 15- bis 59-Jährigen verzeichnet. Diese Ergebnisse wurden nach Angaben des Robert Koch-Instituts zu gemeldeten Infektionen (RKI 2021b) sowie Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung berechnet. Dabei werden in der Abbildung täglich gemeldete Infektionen je 100.000 Einwohner dargestellt (vergleiche rechte Achse). Es werden in der Abbildung somit unterschiedliche Kennzahlen mit unterschiedlichen Einheiten berichtet, die hier nur gemeinsam dargestellt sind, um die Veränderungen der Kennzahlen im Zeitverlauf vergleichen und in Beziehung setzen zu können.

Im Frühjahr des Vergleichsjahres 2018 war es in Deutschland zu einer außergewöhnlich stark ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle gekommen. Die Grippe- und Erkältungswelle im Folgejahr 2019 war demgegenüber nur mäßig stark ausgeprägt (RKI 2019, TK 2020b). Offensichtlich bewegten sich die Krankenstände zu Beginn des Jahres 2020, gemessen an Werten aus den zwei Vorjahren, zunächst in einem unauffälligen Bereich, wobei in der achten Kalenderwoche 2020 nicht nur Werte aus dem Jahr 2018, sondern auch die jahreszeitlich vergleichsweise niedrigen Werte aus dem Jahr 2019 noch unterschritten wurden. Demgegenüber wurde im Jahr 2020 um den 21. März herum auch der bereits außergewöhnlich hohe Krankenstand im Zuge der Grippe- und Erkältungswelle 2018 noch deutlich überschritten. Nach diesem Höchststand um den 21. März 2020 herum wurden dann allerdings noch innerhalb des Monats April zum Teil schon wieder geringere Krankenstände als in den beiden Vorjahren ermittelt. In den Monaten Mai bis August 2020 lagen die Krankenstände im Wochenmittel schließlich durchgängig niedriger als in den entsprechenden Monaten der beiden Vorjahre 2018 und 2019. Dies gilt mit wenigen Ausnahmen auch für die verbleibenden Monate. Weitgehend konstante Krankenstände Anfang sowie Ende Oktober 2020 resultierten daraus, dass 2020 sowohl der Tag der deutschen Einheit als auch der Reformationstag 2020 auf einen Samstag fiel und schon vor diesem Hintergrund nicht wie in den Vorjahren für Kurzurlaube genutzt werden konnten.

### Zeitliche Zusammenhänge

## Krankenstand und COVID-19-Infektionen

Der starke Anstieg der Krankmeldungen beziehungsweise Krankenstände im März 2020 erfolgte in einem Zeitraum, in dem für Deutschland erstmals auch stark steigende SARS-CoV-2-Neuinfektionszahlen vermeldet wurden. Demgegenüber lässt sich im Verlauf der zweiten Welle der Pandemie mit Beginn im Oktober 2020 kein außergewöhnlicher Anstieg des Krankenstands ausmachen. Im November und Dezember 2020 lag der Krankenstand insgesamt niedriger als in den Vorjahren.

### Zeitliche Zusammenhänge zwischen Krankenstand und gemeldeten COVID-19-Infektionen

Erste COVID-19-Infektionen in Deutschland wurden bereits für Ende Januar 2020 dokumentiert. In aktualisierten Daten des RKI, Stand vom 01.04.2021, war der erste Fall mit dem Meldedatum 19. Januar 2020 verzeichnet (RKI 2021b). Die Marke von 100 gemeldeten Fällen wurde nach Daten des RKI am 28. Februar überschritten, die Marke von 1.000 am 8. März 2020 und die Marke von insgesamt 10.000 nachweislich Infizierten am 17. März 2020. Eine ausgesprochen starke Zunahme des dokumentierten Krankenstandes (im Wochenmittel) zeigt sich ab der elften Kalenderwoche in den Tagen nach dem 12. März 2020, einem Datum, zu dem vom RKI altersübergreifend bereits 3.744 nachweislich infizierte Personen in Deutschland erfasst waren. Die Phase des steilen Anstiegs des Krankenstandes in Deutschland fällt damit in eine Zeit, in der in Europa und auch in Deutschland COVID-19-Infektionen in einem erheblichen Umfang und mit annähernd exponentiell ansteigenden Fallzahlen erfasst wurden.

Während der höchste (Tages-)Krankenstand bereits am 20. März 2020 erreicht wurde, wurde nach Daten des RKI und bezogen auf das erste Halbjahr 2020 die höchste Anzahl an täglich gemeldeten Neuinfektionen erst am 2. beziehungsweise 3. April 2020 mit jeweils mehr als 6.150 Fällen erreicht.<sup>1</sup> In diesen Tagen zeigte sich hinsichtlich des diagnoseübergreifend ermittelten Krankenstandes bereits eine

<sup>1</sup> Am 2. April 2020 wurden vom RKI online 73.522 Fälle und damit 6.156 mehr als am Vortag gemeldet, am 3. April 2020 wurden mit 79.696 Fällen nochmals 6.174 Fälle mehr als am Vortag vermeldet. Aus den nachfolgend stetig aktualisierten Daten des RKI (hier mit Stand vom 1. April 2021) lassen sich 6.553 Fälle mit dem Meldedatum 2. April 2020 identifizieren.

deutlich rückläufige Tendenz. Der Rückgang des Krankenstandes setzte also bereits knapp zwei Wochen vor Erreichen der maximalen Neuinfektionszahl-Meldungen in Deutschland ein. Ein Rückgang des Krankenstandes erst nach dem Rückgang der Neuinfektionszahlen lässt sich demgegenüber dann feststellen, wenn man den Ergebnissen zu Krankenständen die Zahl der Neuinfektionen nach dem Datum eines gegebenenfalls berichteten Symptombeginns der COVID-19-Infektionen gegenüberstellt (vergleiche hellgraue Linie in Abbildung 2). Entsprechende Angaben zum Datum des Symptombeginns sind erwartungsgemäß jedoch nur für einen Teil der beim RKI gemeldeten Fälle bekannt, zumal nicht alle positiv getesteten Personen überhaupt Symptome gehabt haben dürften.

Im Kontrast zu den Ergebnissen im ersten Halbjahr zeigen die Ergebnisse hinsichtlich des Krankenstandes im zweiten Halbjahr 2020 im Vergleich zu den entsprechenden Vorjahreszeiträumen keine herausragenden Besonderheiten. Insbesondere für die zweite November- sowie erste Dezemberhälfte 2020 ließen sich nur vergleichsweise niedrige Krankenstände ermitteln. Veränderungen des Krankenstandes im zeitlichen Zusammenhang mit dem Anstieg der COVID-19-Fallzahlen im Verlauf des Oktober 2020 lassen sich nur aufgrund des sonst schwankungsarmen Verlaufs des Krankenstandes andeutungsweise erkennen.

**Diagnosespezifische Krankenstände** Die Meldungen zu Arbeitsunfähigkeiten, die an die Krankenkasse weitergeleitet werden, müssen auch Angaben zu den ärztlich diagnostizierten Erkrankungen enthalten, welche die jeweils gemeldete Arbeitsunfähigkeit ursächlich begründen. Die Erkrankungen oder gesundheitlichen Beschwerden werden dabei in Form von ICD-10-Diagnoseschlüsseln auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen dokumentiert. Bezogen auf die Entwicklungen im ersten Halbjahr 2020 von besonderem Interesse erschien die Frage, welche Diagnosen für den extremen Anstieg der Krankenstände im März 2020 verantwortlich gemacht werden konnten. Bezogen auf das zweite Halbjahr 2020 lässt sich fragen, ob sich hinter der insgesamt eher unspektakulär wirkenden Entwicklung des Krankenstandes möglicherweise auch unterschiedlich gerichtete Entwicklungen verbergen.

Abbildung 3 gibt einen systematischen Überblick zu Krankenständen differenziert nach Kapiteln der ICD-10-Klassifikation, die in der ICD-10-Klassifikation eine erste Gliederungsebene von Diagnosen in übergeordnete Erkrankungsgruppen bilden. Den einzelnen Kapiteln kommt eine sehr unterschiedliche Bedeutung im Hinblick auf den Krankenstand zu. Während die Ergebnisse innerhalb der Abbildung in der Abfolge der Kapitelnummern dargestellt sind (um das Auffinden von Ergebnissen zu erleichtern), orientiert sich die Reihenfolge bei den nachfolgenden Erläuterungen an der Bedeutung der einzelnen Kapitel für den Gesamt Krankenstand im Jahr 2020. Tabelle A1 im Anhang enthält ergänzend zur Abbildung Zahlenangaben zu diagnosespezifischen Krankenständen in unterschiedlich abgegrenzten Zeiträumen. Dabei werden folgende Zeiträume differenziert, die bereits in der vorausgehenden Abbildung 2 kenntlich gemacht sind:

- 1. Januar bis 23. Februar 2020 (Ende erste bis einschließlich achte KW), Vor-Corona-Phase mit insgesamt eher unauffälligen Krankenständen
- 24. Februar bis 5. April 2020 (9. bis 14. KW), Phase mit ansteigenden gemeldeten Infektionszahlen und zwischenzeitlich sehr hohen Krankenständen
- 6. April bis 3. Mai 2020 (15. bis 18. KW) Phase mit sinkenden Infektionszahlen bei bereits weitgehend unauffälligen Gesamt Krankenständen
- 4. Mai bis 2. August 2020 (19. bis 31. KW), Phase mit niedrigen gemeldeten Infektionszahlen und insgesamt niedrigen Krankenständen
- 3. August bis 4. Oktober 2020 (32. bis 40. KW), Phase mit moderat steigenden Infektionszahlen
- 5. Oktober bis 1. November 2020 (41. bis 44. KW), Phase mit steil ansteigenden COVID-19-Infektionszahlen
- 2. November bis 20. Dezember 2020 (45. bis 51. KW), Phase mit einer sehr hohen Zahl an erfassten COVID-19-Infektionen (vor Beginn der Weihnachtstage)

Zudem werden in der Tabelle im Anhang auch die Krankenstände bezogen auf das gesamte Jahr 2020 sowie die Anteile der Fehlzeiten mit Zuordnung zu den Kapiteln an den insgesamt für das Jahr gemeldeten Fehlzeiten berichtet. Entsprechende Angaben sind in der Tabelle jeweils auch für die Jahre 2019 und 2018 aufgeführt.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Die Datumsangaben inklusive der Angaben zu Kalenderwochen beziehen sich dabei auf das Jahr 2020. Da das Jahr 2020 ein Schaltjahr war und um dennoch in den Vergleichsjahren exakt gleichlange Zeiträume zu berücksichtigen, wurden bei Berechnungen für die Jahre 2018 und 2019 die angegebenen Tagesgrenzen ab März um jeweils einen Tag nach hinten verschoben. Beispielsweise werden den Ergebnissen aus dem Zeitraum vom 24. Februar bis 5. April 2020 im Vergleich zu den beiden Vorjahren Krankenstände aus den Zeiträumen vom 24. Februar bis 6. April 2019 beziehungsweise vom 24. Februar bis 6. April 2018 gegenübergestellt. Lediglich die Angaben zu den Gesamtjahren beziehen sich immer auf den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres.

**Kapitel V** Den Diagnosen aus dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ ließen sich nach Auswertungen von TK-Daten im Jahr 2020 mit einem Anteil von 19,77 Prozent am diagnoseübergreifend ermittelten Krankenstand wie schon 2019 anteilig die meisten Fehlzeiten zuordnen. Für den Krankenstand relevant sind aus diesem Kapitel insbesondere Diagnosen von Depressionen (ICD-10: F32, F33) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen (ICD-10: F43). Frauen waren erheblich häufiger als Männer betroffen. Auffällig erscheinen die bereits Anfang des Jahres 2020 merklich höheren Krankenstände im Vergleich zu den beiden Vorjahren. Innerhalb der ersten bis achten KW lagen die Krankenstände 2020 um durchschnittlich 8,0 Prozent höher als im entsprechenden Vorjahreszeitraum. Nachfolgend zeichnet sich 2020 ein mäßig stark ausgeprägter Peak um den 25. März herum ab. In der Woche um den 25. März 2020 waren 0,92 Prozent der Erwerbspersonen aufgrund psychischer Störungen arbeitsunfähig gemeldet. Um diesen Peak herum in der 9. bis 14. KW lagen die Krankenstände durchschnittlich um 10,6 Prozent höher als im Vorjahr. Im weiteren Verlauf des Jahres 2020 wurden die Vorjahreswerte jedoch nur noch in einem geringeren Umfang überschritten. Bezogen auf das gesamte Jahr lagen die Krankenstände 2020 um 3,3 Prozent höher als im entsprechenden Vorjahreszeitraum (vergleiche auch Tabelle A1 im Anhang). Von 2018 auf 2019 waren Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen demgegenüber noch etwas deutlicher, nämlich um 4,3 Prozent, gestiegen.

Eine inhaltliche Einordnung der Ergebnisse fällt weiterhin schwer. Zweifellos haben auch die Krankschreibungen mit Diagnosen psychischer Störungen in einem gewissen Umfang zum hohen Gesamt Krankenstand im März 2020 beigetragen, wobei besondere Belastungen und eine Verunsicherung zu Beginn der Pandemie eine Rolle gespielt haben könnten. Für die vergleichsweise hohen Krankenstände mit Diagnosen psychischer Störungen zu Jahresbeginn bis zur achten KW dürfte sich allerdings kaum ein nachvollziehbarer Zusammenhang mit der Coronapandemie konstruieren lassen. Gerade vor diesem Hintergrund lassen sich die Ergebnisse im weiteren Verlauf des Jahres nicht eindeutig deuten. Objektiv bewegten sie sich im Vergleich zu den Vorjahren in einem Bereich, der ohne Coronapandemie als unauffällig einzustufen gewesen wäre. Eine außergewöhnliche Zunahme psychischer Störungen mit ärztlich bescheinigten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit im weiteren Verlauf der Coronapandemie lässt sich aus den Ergebnissen bis Ende 2020 nicht ablesen.

**Kapitel XIII** „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ waren, bezogen auf das Gesamtjahr 2020, mit einem Anteil von 17,88 Prozent – wie in den beiden Vorjahren – für den zweitgrößten Anteil an den gemeldeten Fehltagen verantwortlich zu machen. Für den Krankenstand relevant sind aus diesem Kapitel insbesondere Diagnosen von Rückenschmerzen, Bandscheibenschäden, Schulterläsionen sowie Gelenkrankheiten (ICD-10: M54, M51, M75, M25). Frauen waren marginal häufiger als Männer betroffen. Ähnlich wie bei Diagnosen psychischer Störungen zeigt sich auch bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems ein moderat ausgeprägter Peak in der Woche um den 24. März 2020 herum, in der 0,90 Prozent der Erwerbspersonen mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet waren. In der 9. bis 14. KW lagen die Krankenstände um den Peak herum durchschnittlich um 9,4 Prozent höher als im Vorjahr. Anders als bei psychischen Störungen führten Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems in den ersten Wochen des Jahres 2020 nur zu geringfügig um 0,9 Prozent höheren Krankenständen als im Vorjahr. Nach der 14. KW wurden die Vorjahreswerte zunächst unterschritten, gegen Ende des Jahres wurden ähnlich hohe Fehlzeiten wie im Vorjahr registriert. Bezogen auf das Gesamtjahr wurden 2020 nahezu identisch hohe Fehlzeiten wie 2019 erfasst – 2020 wurden die Vorjahreswerte um lediglich 0,1 Prozent unterschritten.

Der Peak bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems im März dürfte sich nur schwer auf besondere körperliche Belastungen in diesem Zeitraum zurückführen lassen. Naheliegender erscheint die hier allerdings nicht belegbare Vermutung, dass mit den Diagnosen eventuell auch Symptome einer Anspannung beziehungsweise eher psychisch verursachte Beschwerden erfasst wurden. Einer der Gründe für die im weiteren Verlauf zunächst eher unterdurchschnittlichen Krankenstände mit Muskel-Skelett-Krankheiten könnte in reduzierten körperlichen Belastungen durch Kurzarbeit gelegen haben.

**Kapitel X** „Krankheiten des Atmungssystems“ belegten hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten mit einem Anteil von 15,24 Prozent im Gesamtjahr 2020 wie schon in den Vorjahren Rang 3. Im Zuge der ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle im Jahr 2018 waren seinerzeit 16,50 Prozent aller Fehltagen unter entsprechenden Diagnosen erfasst worden. Für den Krankenstand relevant sind aus diesem Kapitel insbesondere Diagnosen von „Akuten Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (ICD-10: J06), mit der typische Erkältungserkrankungen dokumentiert werden. Frauen sind etwas häufiger als Männer betroffen. Krankheiten des Atmungssystems zeigen regelmäßig ausgeprägte saisonale Schwankungen mit typischerweise besonders hohen Werten innerhalb des ersten Quartals. Im Jahr 2020 war der Peak um

den 21. März herum besonders hoch und steil. In der Woche um diesen Tag herum waren 2,50 Prozent der Erwerbspersonen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems arbeitsunfähig gemeldet. Um diesen Peak herum in der 9. bis 14. KW lagen die Krankenstände durchschnittlich um 70,9 Prozent höher als im Vorjahr. Krankschreibungen mit Diagnosen von Atemwegserkrankungen, und dabei zumeist Diagnosen von Erkältungskrankheiten, waren damit sehr maßgeblich für die ausgesprochen hohen Krankenstände im März 2020 verantwortlich. Dazu beigetragen haben dürften die teils nur unscharfen Abgrenzungen zwischen Symptomen von einfachen Erkältungen und leichteren COVID-19-Erkrankungen. Eine Reihe der Betroffenen dürfte „sicherheitshalber“ krankgeschrieben worden sein. Im weiteren Verlauf des Jahres 2020 wurden die in Vorjahren mit entsprechenden Diagnosen erfassten Fehlzeiten zum Teil merklich unterschritten. Hierzu könnten unterschiedliche Faktoren wie geringere Kontakte mit entsprechend weniger Infektionen sowie auch eine als geringer empfundene Notwendigkeit zur Krankschreibung mit leichteren Erkältungskrankheiten bei Arbeit im Home-Office beigetragen haben. Bezogen auf das Gesamtjahr 2020 wurden – trotz des Peaks im März – 3,2 Prozent weniger Fehltage mit Krankheiten des Atmungssystems als 2019 gemeldet.

**Kapitel XIX** Auf „Verletzungen, Vergiftungen“ entfielen im Jahr 2020 mit 10,01 Prozent wie in den beiden Vorjahren die viertmeisten Fehltage. Für den Krankenstand relevant sind aus diesem Kapitel insbesondere Diagnosen von Verletzungen wie Verstauchungen, Zerrungen oder Frakturen im Bereich der Extremitäten. Krankenstände aufgrund von Verletzungen fielen im Gesamtjahr 2020 um 1,9 Prozent geringer als im Vorjahr aus. Im Jahresvergleich auffällig erscheinen vergleichsweise geringe Werte im zweiten Quartal sowie in den Monaten November und insbesondere Dezember 2020. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Einschränkungen der Mobilität sowie von bestimmten Aktivitäten in Beruf und Freizeit im Zuge der Coronapandemie zu insgesamt weniger Verletzungen geführt haben könnten.

**Kapitel XXI** „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ belegten im Jahr 2020 mit einem Anteil von 6,45 Prozent wie in den Vorjahren den Rang 5 hinsichtlich ihrer anteiligen Bedeutung für die Fehlzeiten. Für den Krankenstand relevant sind aus diesem Kapitel insbesondere Diagnosen von Behandlungsanlässen wie Zustände nach chirurgischen Eingriffen, Probleme bei der Lebensbewältigung, funktionelle Implantate, Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben, Nachbehandlungen nach chirurgischen Eingriffen und medizinische Behandlungen (ICD-10: Z98, Z73, Z96, Z56, Z48, Z51).

Abgesehen von einem nur leicht ausgeprägten Peak um den 20. März herum bewegten sich Krankenstände mit entsprechenden Diagnosen bereits zu Jahresbeginn 2020 unter dem Vorjahresniveau. Auffällig niedrige Werte zeigen sich in den Monaten April bis August sowie im Dezember 2020. Auch bezogen auf das Gesamtjahr wurden 2020 die Krankenstände des Vorjahres deutlich, nämlich um 7,6 Prozent, unterschritten. Hierzu könnte auch eine reduzierte Zahl an elektiven medizinischen Eingriffen beigetragen haben.

**Kapitel XVIII** „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde“ belegten mit einem Anteil von 6,16 Prozent an den Fehlzeiten wie in den Vorjahren Rang 6. Für den Krankenstand relevant sind aus diesem Kapitel insbesondere Diagnosen von unspezifischen Symptomen wie Unwohlsein und Ermüdung, Bauch- und Beckenschmerzen, anderenorts nicht klassifizierte Schmerzen, Kopfschmerz, Schwindel und Taumel, unbekannte Krankheitsursachen, Übelkeit und Erbrechen, Hals- und Brustschmerzen oder auch Störungen der Atmung (ICD-10: R53, R10, R52, R51, R42, R69, R11, R07, R06). Bezüglich der Krankenstände mit diesen Diagnosen zeigt sich nach zunächst unauffälligen Werten ein merklicher Peak mit einem maximalen Krankenstand von 0,36 Prozent in der Woche um den 22. März 2020 herum. Dieser wird in den Folgemonaten durch eine deutliche Unterschreitungen der Vorjahreswerte kontrastiert. Dies könnte möglicherweise auch eine Folge von geringeren Kontakt-raten zu Ärzten bei nur leichteren Beschwerden gewesen sein. Bezogen auf das Gesamtjahr lagen die Krankenstände mit entsprechenden Diagnosen 2020 um 4,1 Prozent unter dem Vorjahresniveau.

**Kapitel I** „Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten“ belegten mit einem Anteil von 4,41 Prozent an den gemeldeten Fehlzeiten im Jahr 2020 wie schon in den beiden Vorjahren den siebten Rang. Ähnlich wie bei Krankheiten des Atmungssystems weisen auch Krankenstände mit Diagnosen aus diesem Kapitel regelmäßig deutliche jahreszeitliche Schwankungen auf. Für den Krankenstand relevant sind aus diesem Kapitel insbesondere Diagnosen von Gastroenteritis und Kolitis, Viruskrankheiten nicht näher bezeichneter Lokalisation, sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten sowie Herpes Zoster (ICD-10: A09, B34, B99, B02). Auch bei Krankenständen mit infektiösen Krankheiten ist es zu einem ungewöhnlich deutlichen Peak in der Woche um den 21. März herum gekommen. In der Woche waren 0,56 Prozent aller Erwerbspersonen mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet. In der 9. bis 14. KW lagen die Krankenstände um diesen Peak herum durchschnittlich um 57,5 Prozent höher als im Vorjahr. In den Monaten ab Mai wurden die Vorjahreskrankenstände demgegenüber durchgängig unterschritten. Bezogen auf das Gesamtjahr wurden 2020 7,5 Prozent weniger Fehltage mit

infektiösen Krankheiten im Sinne des ICD-10-Kapitel I als 2019 gemeldet. Inhaltlich lassen sich die Ergebnisse ähnlich wie die zu Krankheiten des Atmungssystems interpretieren (vergleiche Abschnitt weiter oben).

**Kapitel XI** „Krankheiten des Verdauungssystems“ belegten im Jahr 2020 wie in den beiden Vorjahren mit einem Anteil an den Fehlzeiten von 4,03 Prozent Rang 8. Für den Krankenstand relevant sind aus diesem Kapitel insbesondere Diagnosen von Krankheiten der Zähne, Gastritis und Duodenitis, nichtinfektiöser Gastroenteritis und Kolitis, Hernien und Divertikulose des Darmes (ICD-10: K08, K29, K52, K40, K57). Im ersten Quartal 2020 zeigen sich deutlich höhere Krankenstände mit entsprechenden Diagnosen als in den drei Folgequartalen. Während die Krankenstände im ersten Quartal leicht über dem Vorjahresniveau liegen, bewegen sich die Krankenstände nachfolgend auf einem niedrigeren Niveau als in den Vorjahren. Die Krankenstände im März 2020 erscheinen unauffällig, ein Peak ist allenfalls andeutungsweise sichtbar. Bezogen auf das Gesamtjahr wurden 2020 5,7 Prozent weniger Fehltag mit Krankheiten des Verdauungssystems als 2019 gemeldet.

**Kapitel II** Den Diagnosen von „Neubildungen“ konnte im Jahr 2020 mit 3,57 Prozent hinsichtlich der anteiligen Bedeutung für die Fehlzeiten der Rang 9 zugeordnet werden, 2019 und 2018 war es bei insgesamt geringeren Krankenständen mit entsprechenden Diagnosen der Rang 10. Frauen sind von Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen von Neubildungen erheblich häufiger als Männer betroffen. Eine wesentliche Rolle spielen dabei typischerweise bösartige Neubildungen der Brustdrüse, also Brustkrebs. Für den Krankenstand relevant aus diesem Kapitel sind neben Brustkrebs insbesondere Diagnosen von bösartigen Neubildungen der Prostata, der Bronchien und der Lunge, des Kolons, Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhalten, bösartige Neubildungen des Rektums sowie von (gutartigen) Leiomyomen des Uterus (ICD-10: C50, C61, C34, C18, D48, C20, D25).

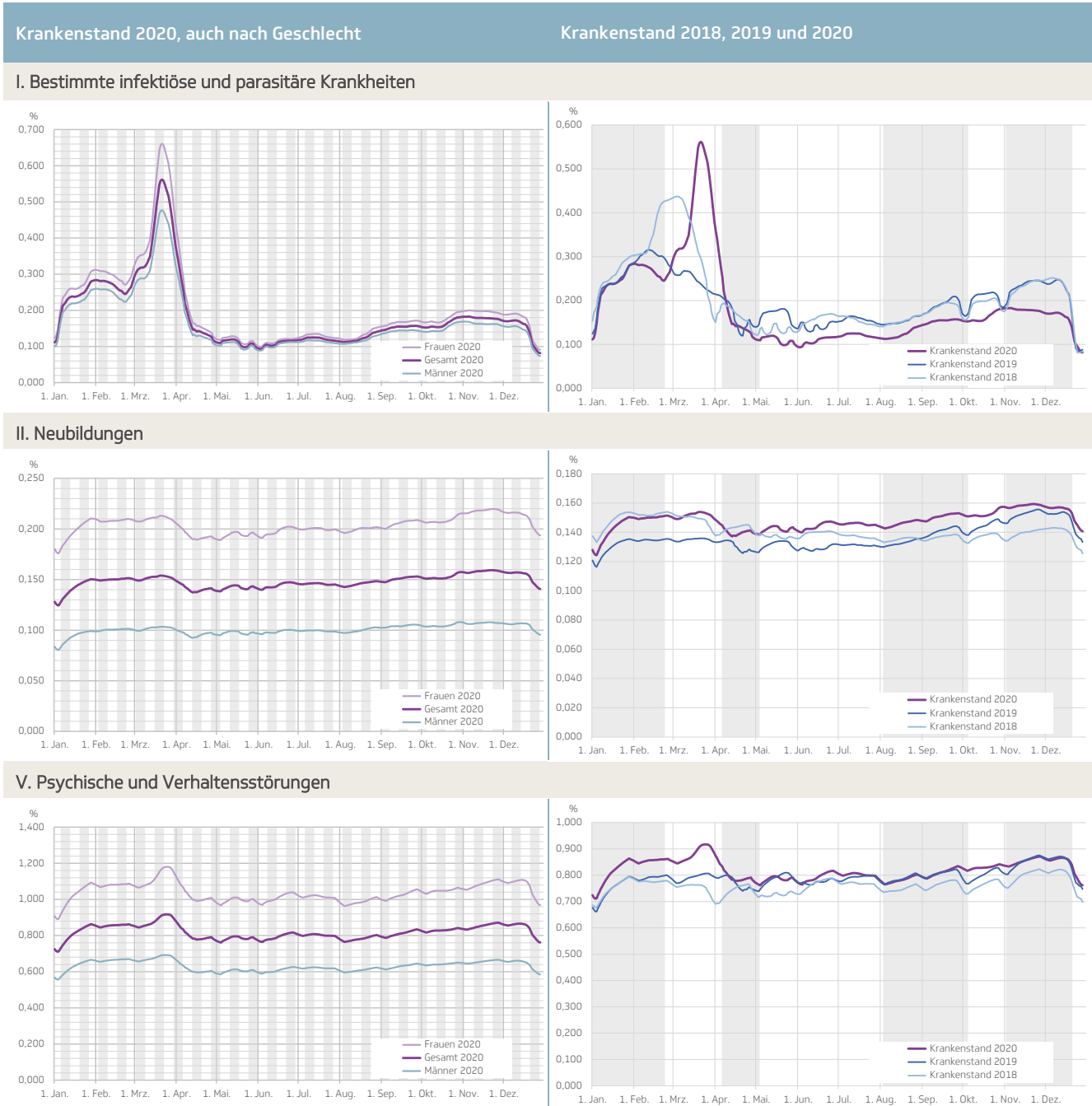
Abgesehen von dem gegenüber 2019 rund zehn Prozent höheren Niveau, welches dabei in etwa dem Niveau im Jahr 2018 entspricht, ähnelt der Krankenstand im Verlauf des ersten Halbjahres 2020 dem aus dem ersten Halbjahr 2019. In der zweiten Märzhälfte 2020 zeigen sich nur leicht erhöhte Krankenstände mit einem rechnerischen Peak um den 20. März herum, wobei sich für diesen Zeitpunkt ein diagnosespezifischer Krankenstand im Wochenmittel von 0,15 Prozent errechnen lässt. Bezogen auf das Gesamtjahr lassen sich für 2020 um 8,4 Prozent höhere Fehlzeiten mit Diagnosen von Neubildungen als für 2019 errechnen. Insgesamt erscheint diese Entwicklung bedenklich. Inwiefern dieser sich bereits Ende 2019 andeutende Trend zu höheren Fehlzeiten

aufgrund von Neubildungen sich fortsetzt und auch durch die Coronapandemie mitbeeinflusst wird, lässt sich auf Basis der hier vorgelegten Ergebnisse nicht beurteilen.

**Kapitel IX** „Krankheiten des Kreislaufsystems“ belegten im Jahr 2020 mit 3,20 Prozent den Rang 10 hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten, 2018 und 2019 war es Rang 9. Für den Krankenstand aus diesem Kapitel relevant sind insbesondere Diagnosen einer Hypertonie, die chronische ischämische Herzkrankheit, Hirninfarkte, Varizen der unteren Extremitäten, Vorhofflimmern und Vorhofflattern sowie der Myokardinfarkt (ICD-10: I10, I25, I63, I83, I48, I21). Männer sind häufiger als Frauen betroffen. Ähnlich wie Neubildungen spielen auch Krankheiten des Kreislaufsystems im Erwerbsalter eine noch vergleichsweise geringe Rolle. Auch bei Krankheiten des Kreislaufsystems zeigen sich leicht erhöhte Krankenstände mit einem diagnosespezifischen Krankenstand im Wochenmittel von 0,15 Prozent um den 20. März 2020 herum. Außerhalb der Zeiträume um diesen Peak lagen die Krankenstände 2020 sowohl vor als insbesondere auch nach dem Peak niedriger als im Vorjahr. Ein kleinerer Peak in der 33. KW um den 15. August 2020 herum könnte im Zusammenhang mit einer ausgeprägten Hitzewelle gestanden haben, die bereits auch für eine unerwartet hohe Sterblichkeit in Deutschland in genau dieser KW verantwortlich gemacht wurde (Statistisches Bundesamt 2021). Bezogen auf das Gesamtjahr lagen die gemeldeten Fehlzeiten mit Krankheiten des Kreislaufsystems 2020 um 7,9 Prozent niedriger als 2019. In welchem Umfang dazu möglicherweise seltenere Beschwerden, eine reduzierte Diagnostik oder andere Faktoren beigetragen haben, lässt sich nur schwer abschätzen.

**Kapitel VI** „Krankheiten des Nervensystems“ ließen sich 2,96 Prozent der im Jahr 2020 erfassten Fehlzeiten zuordnen, womit sie, wie in den beiden Vorjahren, Rang 11 hinsichtlich der anteiligen Bedeutung für Fehlzeiten belegten. Für den Krankenstand relevant sind aus diesem Kapitel insbesondere Diagnosen von Schlafstörungen, Migräne, Mono-neuropathien der oberen Extremität, Multiple Sklerose, Epilepsie sowie von sonstigen Kopfschmerzsyndromen (ICD-10: G47, G43, G56, G35, G40, G44). Um den 21. März 2020 herum zeigt sich bei Krankenständen mit entsprechenden Diagnosen ein relativ eindeutig identifizierbarer Peak mit einem Krankenstand von 0,14 Prozent im Wochenmittel. Während die Krankenstände sich auch im Vorfeld des Peaks über dem Vorjahresniveau bewegten, lagen sie im weiteren Verlauf des ersten Halbjahrs nach dem beschriebenen Peak zunächst insgesamt geringfügig unterhalb des Vorjahresniveaus und im weiteren Verlauf der zweiten Jahreshälfte leicht über dem Vorjahresniveau. Bezogen auf das Gesamtjahr wurden 2020 um 2,0 Prozent höhere Fehlzeiten als 2019 mit Krankheiten des Nervensystems dokumentiert.

Krankenstände 2020, auch nach Geschlecht, sowie Krankenstände 2018, 2019 und 2020 im Wochenmittel nach ICD-10-Diagnosekapiteln

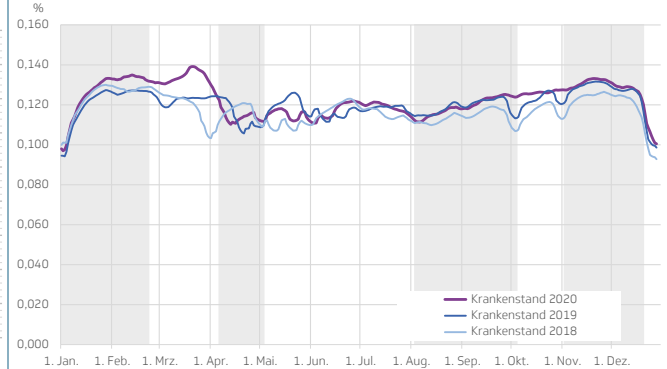
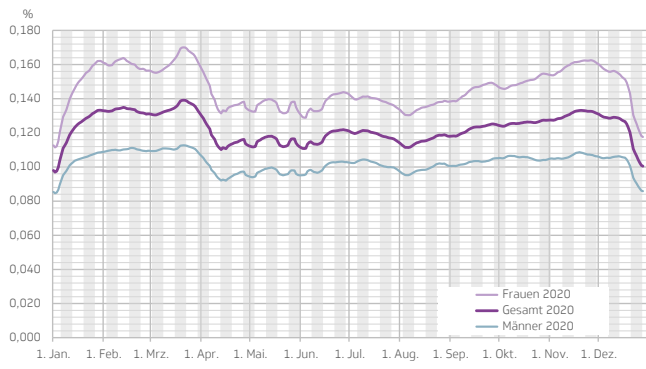




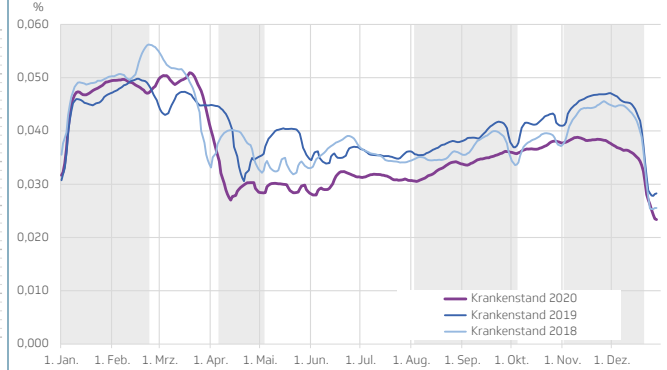
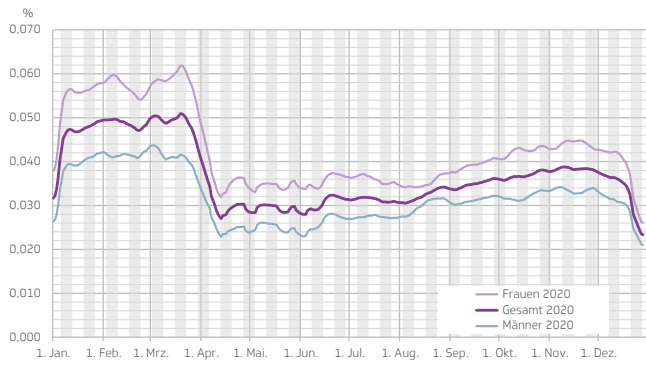
Krankenstand 2020, auch nach Geschlecht

Krankenstand 2018, 2019 und 2020

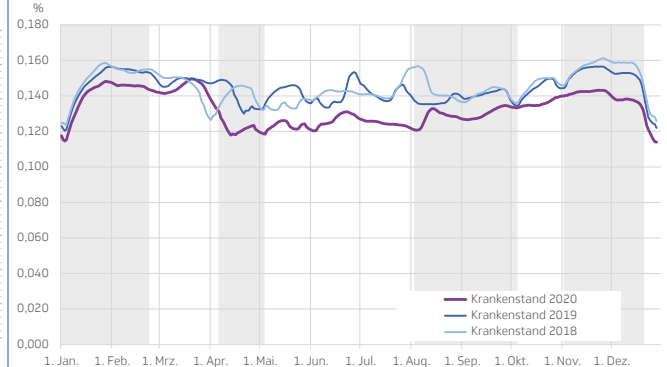
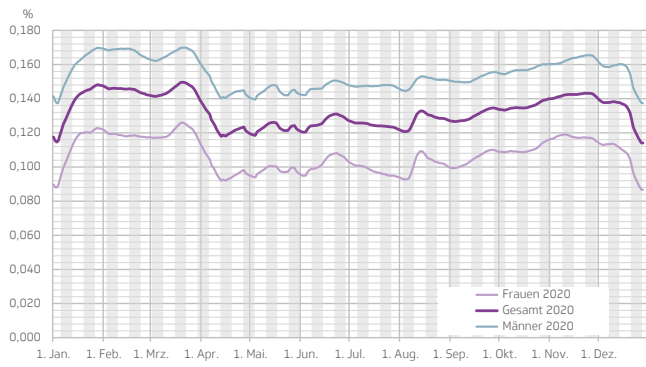
VI. Krankheiten des Nervensystems



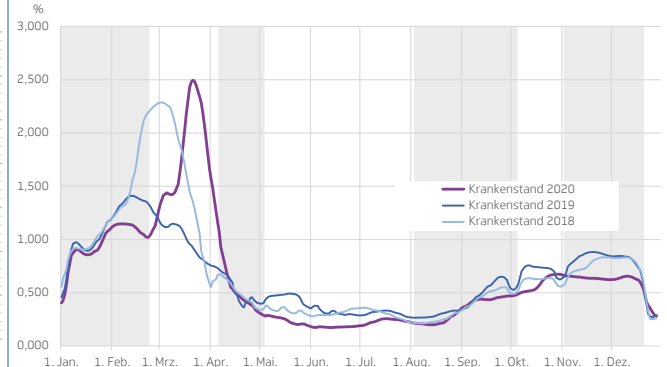
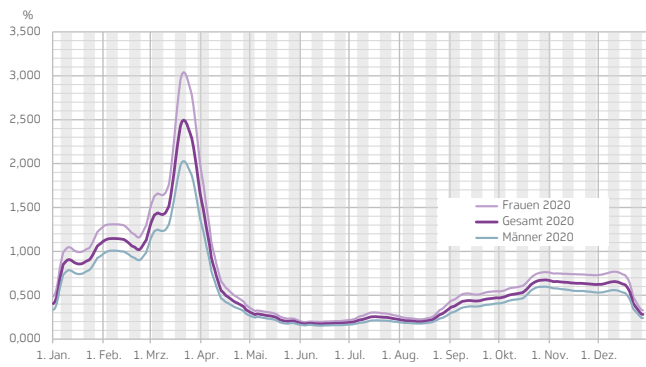
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes



IX. Krankheiten des Kreislaufsystems



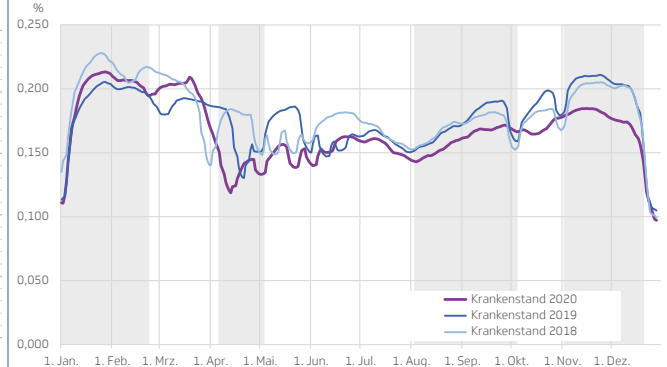
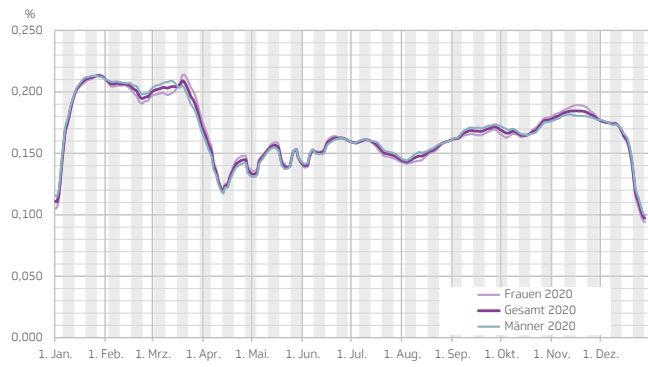
X. Krankheiten des Atmungssystems



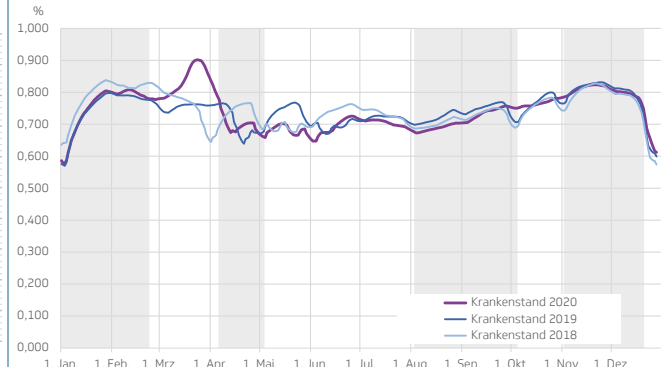
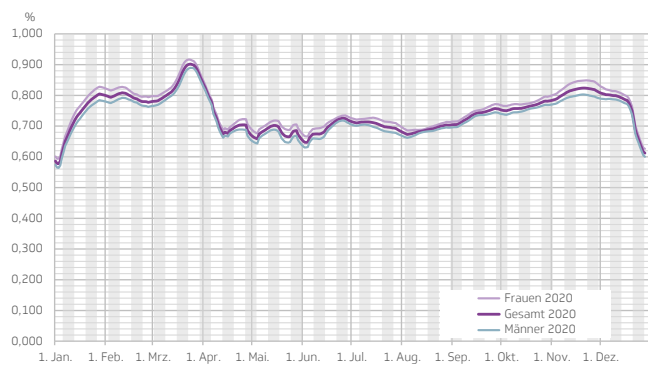
Krankenstand 2020, auch nach Geschlecht

Krankenstand 2018, 2019 und 2020

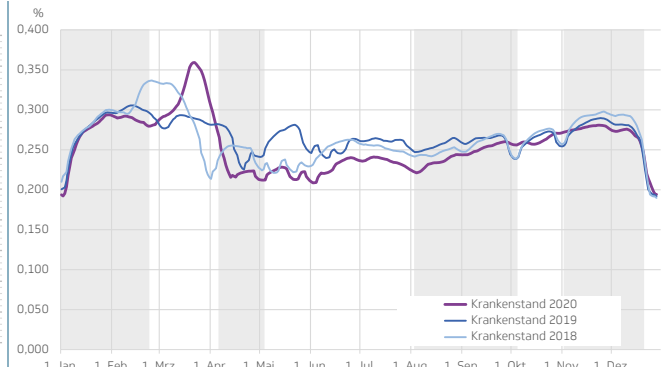
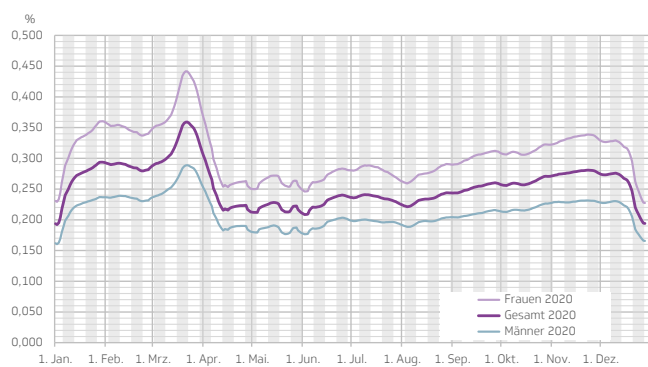
XI. Krankheiten des Verdauungssystems



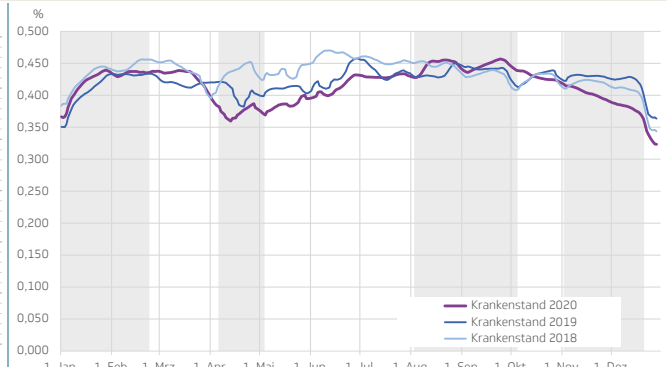
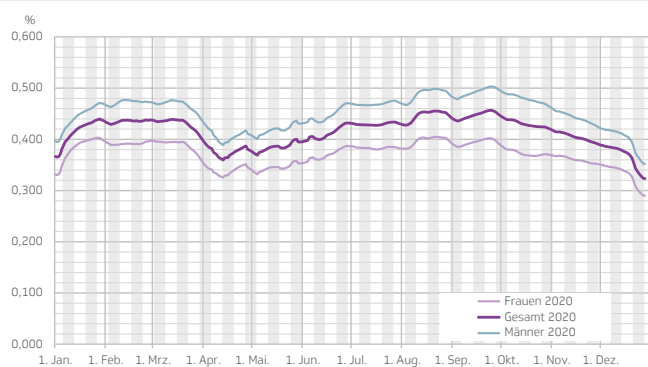
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems



XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde



XIX. Verletzungen, Vergiftungen



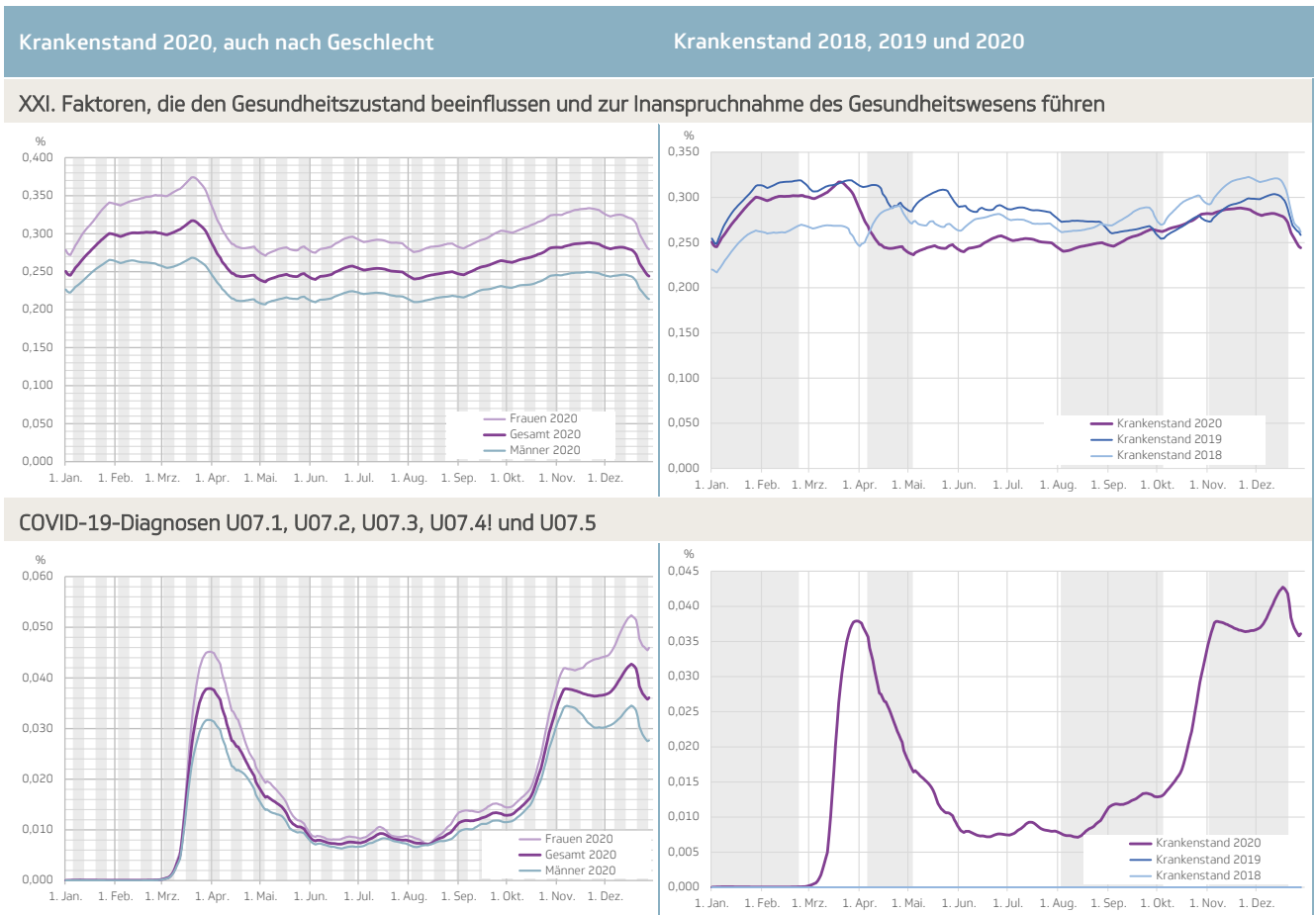


Abbildung 3 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert; Mittelung von primär berechneten Tagesergebnissen über Intervalle von sieben Tagen um das jeweils verzeichnete Datum herum.)

Alle übrigen Diagnosekapitel waren im Jahr 2020 zusammengefasst für weniger als zehn Prozent der dokumentierten Fehlzeiten verantwortlich zu machen und spielten auch speziell bei der Entstehung des Peaks in der zweiten Märzhälfte 2020 keine wesentliche Rolle. Gemessen an den Differenzen zu den jeweiligen Vorjahreswerten ließen sich 82,1 Prozent des Peaks in der Woche um den 21. März 2020 herum allein aus den beiden ungewöhnlich hohen Krankenständen mit Krankheiten des Atmungssystems (68,1 Prozent) sowie mit bestimmten infektiösen Krankheiten erklären (14,0 Prozent). 5,7 Prozent der Überschreitung von Vorjahresergebnissen resultierten zudem aus erhöhten Krankenständen mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, 4,7 Prozent aus Krankmeldungen mit Diagnosen psychischer Störungen. Differenzen bei allen übrigen Diagnosen erklären zusammen weniger als acht Prozent des Peaks.

**Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnosen** Wie bereits im vorausgehenden Text angedeutet, waren Arbeitsunfähigkeiten mit expliziter Angabe einer COVID-19-Diagnose im Jahr 2020 nur für einen sehr geringen Anteil des Krankenstandes direkt verantwortlich zu machen. Der Anteil der Fehlzeiten mit entsprechenden Diagnosen an den Gesamtfehlzeiten lag nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von TK-Daten bei 0,39 Prozent – lediglich etwa jeder 260. erkrankungsbedingte Fehltag wurde demnach 2020 mit expliziter Nennung einer COVID-19-Diagnose registriert. Der höchste Krankenstand mit COVID-19-Diagnosen im ersten Halbjahr 2020 wurde in der Woche um den 30. März herum mit 0,038 Prozent erfasst. An den Tagen dieser Woche waren demnach also durchschnittlich 38 von jeweils 100.000 Erwerbspersonen mit einer COVID-19-Diagnose arbeitsunfähig gemeldet. Im zweiten Halbjahr wurde der höchste Krankenstand im Wochenmittel mit 0,043 Prozent um den 17. Dezember 2020 herum erfasst. Bezogen auf das gesamte Jahr 2020 lag der Krankenstand mit COVID-19-Diagnose bei 0,016 Prozent (vergleiche auch die letzte

Darstellungszeile innerhalb der vorausgehenden Abbildung 3). Die Berechnungen der Krankenstände für das Jahr 2020 beruhen dabei auf Angaben zu insgesamt nur N = 27.384 AU-Fällen mit COVID-19-Diagnose bei Erwerbspersonen mit Versicherung bei der TK im Alter von 15 bis 64 Jahren. Darunter befanden sich lediglich N = 10 Fälle mit Datum vor

dem 1. März 2020. Die Verteilung dieser AU-Fälle beziehungsweise deren erstmaliger Meldung an Kalendertagen im Jahr 2020 zeigt Abbildung 4, wobei auch in dieser Abbildung stets über sieben Tage im Umfeld des jeweils genannten Datums gemittelte Werte präsentiert werden (um wochenzyklische Schwankungen auszugleichen).

**AU-Fälle mit COVID-19-Diagnose je 100.000 Erwerbspersonen sowie vom RKI erfasste Infektionsfälle je 100.000 Einwohner 2020 (im Wochenmittel)**

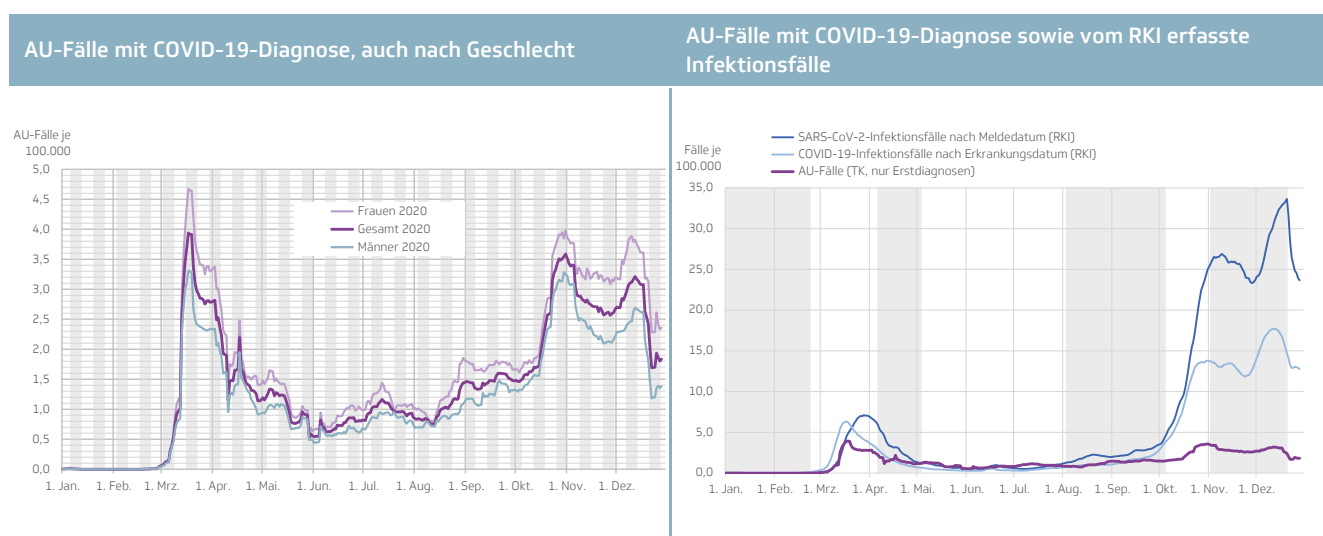


Abbildung 4 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert; ergänzend dargestellt werden SARS-CoV-2-Infektionen in der Altersgruppe 15 bis 59 Jahre je 100.000 Einwohner in Deutschland nach Meldedatum und für eine Subgruppe mit Zuordnung nach gegebenenfalls verfügbarem Erkrankungsdatum gemäß Zahlen des Robert Koch-Instituts [RKI 2021b]. Hinweis: Auch bei RKI-Angaben werden in der Abbildung Fälle je 100.000 pro Tag dargestellt. Um auf vergleichbare Werte wie bei den häufig in anderem Kontext genannten „Infektionen je 100.000 Einwohner in den letzten 7 Tagen“ zu kommen, müssen die hier dargestellten Werte mit dem Faktor 7 multipliziert werden.)

Die höchste Zahl an neu begonnenen Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnose innerhalb des ersten Halbjahres 2020 wurde nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von Daten der TK in der Woche um den 17. März 2020 herum verzeichnet. In dieser Woche wurden geschlechterübergreifend pro Tag durchschnittlich 3,94 neue AU-Fälle mit COVID-19-Diagnose je 100.000 Erwerbspersonen gemeldet. Frauen waren mit 4,67 Fällen pro Tag häufiger als Männer mit 3,31 Fällen je 100.000 Erwerbspersonen betroffen (vergleiche Abbildung 4). Im zweiten Halbjahr 2020 findet sich die höchste Zahl an AU-Fällen mit expliziter Nennung einer COVID-19-Diagnose im Wochenmittel um den 31. Oktober 2020 herum. In dieser Woche wurden täglich 3,59 AU-Fälle je 100.000 Erwerbspersonen mit COVID-19-Diagnose gemeldet. Innerhalb des gesamten Jahres 2020 waren es durchschnittlich pro Tag 1,40 AU-Fälle mit COVID-19-Diagnose je 100.000 Erwerbspersonen. Rechnerisch entspricht dies 0,51 AU-Fällen je 100 Versicherungsjahre.

In der linken Hälfte der Abbildung sind den AU-Fallzahlen Angaben zur Anzahl der beim RKI gemeldeten Neuinfektionen in der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen bezogen auf 100.000 Einwohner gegenübergestellt (RKI 2021b), die hier gleichfalls über jeweils sieben Tage gemittelt wurden. Dargestellt sind die bevölkerungsbezogenen RKI-Fallzahlen sowohl mit einer Zuordnung nach dem Meldedatum als auch mit einer zeitlichen Zuordnung nach dem bereits erwartungsgemäß nicht immer verfügbaren Erkrankungsdatum.

Augenscheinlich entspricht der Anstieg der AU-Fallzahlen in der ersten Märzhälfte noch weitgehend dem bevölkerungsbezogenen vermeldeten Anstieg der vom RKI erfassten SARS-CoV-2-Infektionen nach Meldedatum. Ab dem 16. März 2020 bis einschließlich zum 3. Mai 2020 liegen die Fallzahlen nach RKI-Angaben mit Zuordnung gemäß Meldedatum allerdings durchgängig und zum Teil erheblich über den populationsbezogen ausgewiesenen AU-Fallzahlen

nach TK-Daten. Während im Mai, Juni und Juli die basierend auf TK-Daten errechneten AU-Fallhäufigkeiten dann überwiegend auch wieder höher als die vom RKI gemeldeten Neuinfektionsraten liegen, übersteigen die vom RKI gemeldeten Infektionszahlen ab dem 26. Juli 2020 die Schätzungen basierend auf AU-Meldungen bei TK-versicherten Beschäftigten schließlich durchgehend für den Rest des Jahres. Insbesondere die im Zuge der zweiten Pandemiewelle im November und Dezember 2020 vom RKI gemeldeten Infektionszahlen übersteigen die gemeldeten AU-Fallzahlen mit COVID-19-Diagnosen erheblich (ab dem 10. Oktober um mehr als den Faktor vier, ab dem 6. November um mehr als den Faktor acht und ab dem 14. Dezember 2020 um mehr als den Faktor zehn). Würden nachgewiesene SARS-CoV-2-Infektionen regelmäßig auch zu ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeitsfällen mit entsprechenden COVID-19-Diagnoseangaben führen, dann wären recht ähnliche Häufig-

keiten bei AU-Fallzahlen und RKI-Meldungen zu Neuinfektionen zu erwarten, selbst wenn die hier in TK-Daten betrachteten Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren nicht als vollständig repräsentativ für die 15- bis 59-jährige Gesamtbevölkerung in Deutschland gelten können und gemeldete AU-Fälle kein perfekter Indikator für Neuinfektionen mit bestimmten Erkrankungen sind. Ganz offensichtlich bestehen jedoch erhebliche Diskrepanzen zwischen den vom RKI gemeldeten Neuinfektionen sowie den auf Basis von TK-Daten berechneten AU-Fallzahlen. Erklärungsbedürftig erscheint insbesondere, warum gerade in Phasen mit hohen Infektionszahlen nur vergleichsweise wenige AU-Fälle mit COVID-19-Diagnosen erfasst wurden. Unterschiedliche Erklärungsmöglichkeiten werden in den nachfolgenden Absätzen diskutiert.

#### AU-Fälle mit COVID-19-Diagnose, auch als nachrangige Diagnosen, je 100.000 Erwerbspersonen sowie vom RKI erfasste Infektionsfälle je 100.000 Einwohner 2020 (im Wochenmittel)

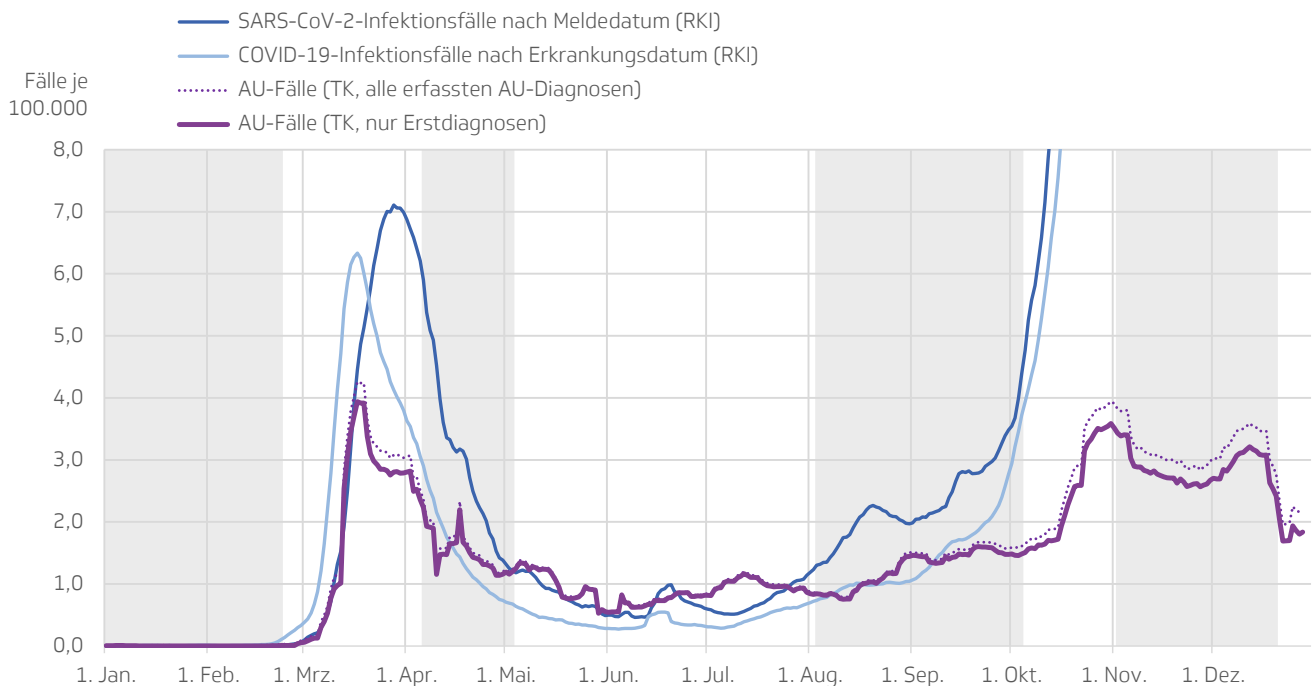


Abbildung 5 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert, sowie erfasste SARS-CoV-2-Infektionen in der Altersgruppe 15 bis 59 Jahre je 100.000 Einwohner in Deutschland nach Meldedatum und für eine Subgruppe mit Zuordnung nach gegebenenfalls verfügbarem Erkrankungsdatum gemäß Zahlen des Robert Koch-Instituts [RKI 2021b]). Hinweis: Auch bei RKI-Angaben werden in der Abbildung Fälle je 100.000 pro Tag dargestellt. Um auf vergleichbare Werte wie bei den häufig in anderem Kontext genannten „Infektionen je 100.000 Einwohner in den letzten 7 Tagen“ zu kommen, müssen die hier dargestellten Werte mit dem Faktor 7 multipliziert werden.)

**COVID-19 als nachrangige Diagnose einer AU** Im Rahmen des Gesundheitsreports wird konsequent je AU-Fall gewöhnlich nur eine Diagnose betrachtet, um damit jeden Fall genau

einer Diagnose zuzuordnen und Mehrfachzählungen einzelner Fälle zu verhindern. Ein technischer Grund für geringe AU-Fallzahlen mit COVID-19-Diagnosen könnte vor diesem

Hintergrund darin liegen, dass COVID-19-Diagnosen häufiger auch nur als nachrangige Diagnose dokumentiert sind und dann in den zuvor präsentierten Statistiken nicht berücksichtigt werden.

Bei 3,1 Prozent der insgesamt 5,2 Millionen AU-Fälle mit Beginn im Jahr 2020 waren in den Daten der TK mehr als eine und maximal elf Diagnosen dokumentiert. Um die Bedeutung nachrangig dokumentierter Diagnosen abzuschätzen, wurden ergänzend auch Berechnungen vorgenommen, bei denen alle AU-Fälle mit einer COVID-19-Diagnose an beliebiger Stelle der Dokumentation als COVID-19-AU gezählt wurden. Mit diesem Vorgehen konnten im Jahr 2020 in den TK-Daten zu 15- bis 64-jährigen Erwerbspersonen insgesamt 29.788 COVID-19-AU-Fälle (darunter 39 vor dem 1. März) identifiziert werden. Dies waren, bezogen auf die Fälle ab März 2020, lediglich 8,7 Prozent mehr als bei ausschließlicher Berücksichtigung der vorrangigen Diagnose. Der Effekt erscheint nennenswert, erklärt aber nur einen kleinen Teil der beobachteten Diskrepanzen (vergleiche Abbildung 5).

## Wenige AU-Fälle bei hohen Infektionszahlen SARS-CoV-2-Infektionen und AU-Fälle

Vom RKI werden als COVID-19-Fälle in der Regel die mittels PCR-Test verifizierten SARS-CoV-2-Infektionen vermeldet. Haben Betroffene keine gesundheitlichen Beschwerden, dürfen diese Betroffenen von den Ärzten nicht krankgeschrieben werden. Lediglich symptomatische COVID-19-Erkrankungen können auch zu entsprechenden AU-Meldungen führen, wobei aus unterschiedlichen Gründen auch in diesen Fällen noch von einer Untererfassung ausgegangen werden muss.

**COVID-19-Infektionen ohne wesentliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit** Weitere Gründe für geringe AU-Fallzahlen können aus fehlenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit resultieren. Vom RKI werden Betroffene mit einem positiven PCR-Test auf das SARS-CoV-2-Virus gemeldet. Nicht alle dieser mittels PCR positiv getesteten Personen haben jedoch auch Symptome und sind stärker gesundheitlich beeinträchtigt. Zeigt ein Patient keine Symptome, dürfen Ärzte diesen Patienten – auch bei Vorliegen eines

positiven Testergebnisses – nicht krankschreiben (KBV 2020a). Kann eine mittels PCR positiv getestete Person nur aufgrund der erforderlichen Quarantäne nicht arbeiten, wird eine Entgeltfortzahlung gegebenenfalls über eine Entschädigung nach dem Infektionsschutzgesetz gesichert – die Krankenkasse muss in diesen Fällen nicht informiert werden. Regulär sollten sich AU-Meldungen mit COVID-19-Diagnose demnach also immer nur auf Personen mit gesundheitlichen Beschwerden beziehen, Infizierte ohne Symptome werden mit den Meldungen nicht erfasst. Für welchen Anteil der beobachteten Diskrepanzen diese Regelungen verantwortlich sind, lässt sich schwer abschätzen und dürfte im Laufe der Pandemie unterschiedlich gewesen sein. Geht man sehr überschlägig davon aus, dass die von den Gesundheitsämtern mit Erkrankungsdatum gemeldeten Fälle den Anteil der symptomatischen Fälle an den nachgewiesenen COVID-19-Infektionen widerspiegeln, dürfte in etwa die Hälfte aller nachgewiesenen Infektionen asymptomatisch verlaufen und wäre dann entsprechend nicht in den AU-Meldungen zu erwarten.

Zusätzlich dürfte auch eine Reihe von leichteren COVID-19-Erkrankungen mit Symptomen nicht immer zu einer entsprechenden AU-Meldung führen. Dies dürfte insbesondere bei Erkrankungen von Erwerbspersonen gelten, die trotz leichter Symptome im Home-Office arbeiten, sowie für diejenigen, die sich zum Zeitpunkt der Erkrankung in Kurzarbeit oder Arbeitslosigkeit befinden und insofern nur seltener auf eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung angewiesen waren.

**Weitere Gründe für eingeschränkte Meldungen von COVID-19-Infektionen in Daten zu Arbeitsunfähigkeiten** Neben den zuvor erläuterten Gründen könnten weitere Aspekte zur Erfassung von vergleichsweise wenigen AU-Meldungen mit COVID-19-Diagnose beigetragen haben. So wurden im Zuge der Coronapandemie ab dem 9. März 2020 telefonische Krankschreibungen, zunächst über maximal sieben Tage und ab dem 23. März dann auch über einen Zeitraum von 14 Tagen, ermöglicht (KBV 2020b, KBV 2020c, KBV 2020d). Diese Regelungen galten jedoch nur für leichtere Erkrankungen der oberen Atemwege und ausdrücklich nicht bei Verdacht auf oder bestätigter COVID-19-Infektion, was zu weniger AU-Fällen mit expliziter Nennung einer COVID-19-Diagnose ab der zweiten Märzhälfte 2020 beigetragen haben könnte, ohne dabei die Krankschreibungen unter anderen Diagnosen zu reduzieren.

### Risikofaktoren für Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnosen

Aufgrund der hohen Versichertenzahlen ist es auch bei einer vergleichsweise geringen Zahl an gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnose mit den Daten der TK möglich, Auswertungen zu Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnosen bei Erwerbspersonen in Abhängigkeit von einer größeren Zahl an unterschiedlichen Versichertenmerkmalen durchzuführen. Bereits im Rahmen des im November 2020 veröffentlichten Dossiers „Corona 2020“ wurden dazu Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren betrachtet, die nachweislich am 1. März 2020 mit inländischem Wohnort bei der TK versichert waren und nach den seinerzeit verfügbaren Daten auch am 30. Juni 2020 noch als Erwerbsperson bei der TK versichert waren und/oder innerhalb der vier Monate von März bis Juni 2020 mindestens einmalig mit einer COVID-19-Diagnose arbeitsunfähig gemeldet waren. Vor dem 1. März 2020 waren in den Daten nur wenige COVID-19-Diagnosen erfasst und noch keine größeren Auswirkungen der Pandemie auf das Berufsleben zu erwarten, weshalb dieser Zeitraum bei der Betrachtung nicht berücksichtigt wurde. Innerhalb des genannten Zeitraums von vier Monaten waren von (mindestens) einer COVID-19-AU seinerzeit 0,162 Prozent beziehungsweise 162 je 100.000 Personen betroffen. Eine vergleichsweise kleine Subgruppe von 0,050 Prozent war dabei nach den seinerzeit verfügbaren Daten länger als 14 Tage mit einer COVID-19-Diagnose arbeitsunfähig gemeldet (TK 2020a).

Analog strukturierte Analysen wurden auch unter Rückgriff auf die zwischenzeitlich vollständig vorliegenden Daten zum Jahr 2020 durchgeführt. Anders als bei den Auswertungen zum zitierten Dossier konnten im Rahmen der jetzt durchgeführten Auswertungen auch diejenigen Arbeitsunfähigkeiten berücksichtigt werden, bei denen eine COVID-19-Diagnose lediglich als nachrangige Diagnose dokumentiert war (die im Rahmen von Routineauswertungen zum Gesundheitsreport nicht berücksichtigt werden). Im Rahmen der vorliegenden Analysen wurden drei Zeiträume betrachtet:

- 1. März bis 30. Juni 2020 (erste Welle)
- 1. Juli bis 31. Dezember 2020 (zweite Welle)
- 1. März bis 31. Dezember 2020 (Gesamtdaten)

Mit den Auswertungen zum erstgenannten Zeitraum werden die Analysen zum Dossier – hier unter Einbeziehung auch von nachrangig dokumentierten COVID-19-Diagnosen und auf der Basis finaler Datenstände – wiederholt. Im zweitgenannten Zeitraum werden AU-Fälle im Zeitraum der zweiten Pandemiewelle bis zum Jahresende 2020 fokussiert. Der drittgenannte Zeitraum umfasst schließlich das gesamte Erkrankungsgeschehen innerhalb des Jahres 2020.

Auch alle hier präsentierten Analysen beschränken sich auf Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren, die nachweislich zu Beginn des jeweiligen Beobachtungszeitraums mit inländischem Wohnort bei der TK versichert waren und auch am Ende des Beobachtungszeitraums noch als Erwerbsperson bei der TK versichert waren und/oder innerhalb der Beobachtungszeit mindestens einmalig mit einer COVID-19-Diagnose arbeitsunfähig gemeldet waren. Innerhalb der drei Zeiträume konnten jeweils mehr als fünf Millionen Erwerbspersonen in die Analysen einbezogen werden (vergleiche Tabelle 1).

Als Gruppierungsmerkmale beziehungsweise potenzielle Risikofaktoren für AUs mit COVID-19-Diagnose wurden, wie bereits bei den Analysen zum Dossier, das Geschlecht, Altersgruppen, das Bundesland des Wohnortes sowie Angaben zum ausgeübten Beruf zu Beginn des jeweiligen Beobachtungszeitraums berücksichtigt. Die ausgeübten Tätigkeiten werden von den Arbeitgebern regelmäßig unter Rückgriff auf die sogenannte „Klassifikation der Berufe 2010“ (KldB 2010) in Form fünfstelliger Schlüssel an die Krankenkasse gemeldet (TK 2021a). Eine Herausforderung bei der Ermittlung berufsbedingter Risiken bestand darin, einerseits die Tätigkeiten möglichst differenziert zu berücksichtigen, um besondere Risiken bei spezifischen Tätigkeiten erfassen zu können, und andererseits gleichzeitig in den einzelnen Berufsgruppen jeweils ausreichend viele Personen zu berücksichtigen, um relevante Abweichungen der Risiken von den in kleinen Gruppen rein zufälligen Abweichungen unterscheiden (und gegebenenfalls auch statistisch absichern) zu können. Ausreichend differenzierte Angaben zu Berufen enthält die KldB 2010 dabei vorrangig erst auf der vierstelligen Klassifikationsebene, die rund 700 Tätigkeiten unterscheidet. Um ausreichende Fallzahlen innerhalb von einzelnen Tätigkeitsgruppen gewährleisten zu können, wurde eine Differenzierung von Tätigkeiten auf diejenigen Gruppen beschränkt, denen in der jeweiligen Untersuchungspopulation mindestens 10.000 Personen zuzuordnen waren. Alle übrigen Berufstätigen wurden einer Gruppe „übrige Berufstätige“ zugeordnet. Neben dieser Restgruppe konnten bei dem hier gewählten Vorgehen in allen drei Zeiträumen mindestens 111 Gruppen mit definierten Tätigkeiten sowie davon separiert eine Gruppe mit gemeldeter Arbeitslosigkeit berücksichtigt werden. Die weitere Gruppe „Servicefachkräfte im Luftverkehr“ war nach den festgelegten Kriterien lediglich im Zeitraum von März bis Juni 2020 noch ausreichend unter Erwerbspersonen bei der TK vertreten.

Aufbauend auf dieser Auswahl an Untersuchungszeiträumen und den Abgrenzungen von Versichertengruppen wurden die Anteile der Erwerbspersonen mit COVID-19-AU für alle Zeiträume und Gruppen zunächst ohne eine weitere Adjustierung (im Sinne von „Rohwerten“) ermittelt. Dabei wurden sowohl

- Betroffenenanteile mit mindestens kurzzeitiger COVID-19-AU als auch
- Betroffenenanteile mit Krankschreibung unter einer COVID-19-Diagnose für mehr als 14 Tage ermittelt.

Ausgewählte Ergebnisse der Berechnungen sind in Tabelle 1 gelistet. Auf die Darstellung bundeslandspezifischer Ergebnisse wurde an dieser Stelle verzichtet. Zudem beschränken sich die Darstellungen bei Berufsgruppen auf besonders relevant oder interessant erscheinende Gruppen. Vollständige tabellarische Ergebnisse können jedoch bei Bedarf bei den Autoren angefordert werden. Unter den gut fünf Millionen Personen, die über den Gesamtzeitraum von März bis Dezember 2020 versichert waren, ließ sich bei 27.460

Personen (mindestens) eine Arbeitsunfähigkeit mit COVID-19-Diagnose identifizieren. Darunter befanden sich 8.015 Personen, die innerhalb des Jahres 2020 mehr als 14 Tage mit einer COVID-19-Diagnose arbeitsunfähig gemeldet waren (vergleiche dritte und sechste Ergebnisspalte in Tabelle 1). Von den Erwerbspersonen mit Versicherung bei der TK waren im Jahr 2020 demnach 0,541 Prozent mindestens kurzzeitig und 0,158 Prozent über mehr als 14 Tage mit COVID-19-Diagnose krankgeschrieben. Die entsprechend auch für die beiden Teilzeiträume ermittelten Raten liegen erwartungsgemäß und dabei insbesondere im Zeitraum von März bis Juni 2020 noch merklich niedriger. Um die in der Tabelle nachfolgend für Subgruppen berichteten Werte einfacher einschätzen zu können, wurden in allen Spalten Überschreitungen der jeweiligen Gesamtgruppenwerte ab 25 Prozent rot hinterlegt und Unterschreitungen ab 25 Prozent grün hinterlegt. Handelt es sich bei den Überschreitungen mindestens um Verdopplungen oder bei Unterschreitungen um Halbierungen der übergreifend beobachteten Risiken, sind die Hinterlegungen im Farbton jeweils kräftiger ausgeführt.

**Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnose in unterschiedlich abgegrenzten Zeiträumen und Gruppen im Jahr 2020**

	Anteil mit COVID-19-AU			Anteil mit COVID-19-AU über mehr als 14 Tage		
	01.03. bis 30.06.	01.07. bis 31.12.	01.03. bis 31.12.	01.03. bis 30.06.	01.07. bis 31.12.	01.03. bis 31.12.
<b>Gesamtpopulation</b>	5.204.054	5.176.062	5.079.371	5.204.054	5.176.062	5.079.371
Anzahl betroffen absolut	9.285	18.647	27.460	3.173	4.904	8.015
Anteil betroffen	0,178 %	0,360 %	0,541 %	0,061 %	0,095 %	0,158 %
<b>Geschlecht</b>						
Männer (Referenz)	0,151 %	0,304 %	0,458 %	0,052 %	0,079 %	0,132 %
Frauen	0,207 %	0,419 %	0,627 %	0,070 %	0,111 %	0,184 %
<b>Alter</b>						
15 bis 19 Jahre	0,256 %	0,517 %	0,787 %	0,066 %	0,047 %	0,118 %
20 bis 24 Jahre	0,194 %	0,425 %	0,632 %	0,056 %	0,065 %	0,125 %
25 bis 29 Jahre	0,165 %	0,336 %	0,506 %	0,047 %	0,063 %	0,113 %
30 bis 34 Jahre	0,145 %	0,309 %	0,456 %	0,045 %	0,058 %	0,105 %
35 bis 39 Jahre	0,155 %	0,324 %	0,480 %	0,046 %	0,068 %	0,115 %
40 bis 44 Jahre (Referenz)	0,169 %	0,366 %	0,536 %	0,054 %	0,093 %	0,149 %
45 bis 49 Jahre	0,190 %	0,376 %	0,564 %	0,066 %	0,111 %	0,177 %
50 bis 54 Jahre	0,198 %	0,376 %	0,572 %	0,074 %	0,119 %	0,194 %
55 bis 59 Jahre	0,201 %	0,391 %	0,591 %	0,079 %	0,138 %	0,219 %
60 bis 64 Jahre	0,199 %	0,379 %	0,585 %	0,085 %	0,143 %	0,232 %



Tätigkeit (vierstelliger Tätigkeitsschlüssel)	Anteil mit COVID-19-AU			Anteil mit COVID-19-AU über mehr als 14 Tage		
	01.03. bis 30.06.	01.07. bis 31.12.	01.03. bis 31.12.	01.03. bis 30.06.	01.07. bis 31.12.	01.03. bis 31.12.
Berufe im Holz-, Möbel- & Innenausbau (2234)	0,227 %	0,423 %	0,648 %	0,038 %	0,119 %	0,150 %
Berufe in der Metallbearbeitung (ohne Spezialisierung) (2420)	0,190 %	0,532 %	0,696 %	0,067 %	0,165 %	0,220 %
Berufe in der Maschinenbau- & Betriebstechnik (ohne Spezialisierung) (2510)	0,183 %	0,331 %	0,513 %	0,067 %	0,078 %	0,146 %
Maschinen- & Gerätezusammensetzer/innen (2511)	0,230 %	0,412 %	0,652 %	0,059 %	0,105 %	0,167 %
Maschinen- & Anlagenführer/innen (2512)	0,150 %	0,560 %	0,685 %	0,075 %	0,189 %	0,259 %
Technische Servicekräfte in Wartung & Instandhaltung (2513)	0,197 %	0,341 %	0,534 %	0,065 %	0,075 %	0,144 %
Berufe in der Kraftfahrzeugtechnik (2521)	0,140 %	0,373 %	0,522 %	0,040 %	0,097 %	0,143 %
Berufe im biologisch-technischen Laboratorium (4121)	0,206 %	0,411 %	0,628 %	0,059 %	0,117 %	0,179 %
Berufe in der Chemie- & Pharmatechnik (4131)	0,180 %	0,436 %	0,616 %	0,060 %	0,141 %	0,204 %
Berufe in der IT-Systemadministration (4334)	0,077 %	0,243 %	0,312 %	0,013 %	0,043 %	0,052 %
Berufe in der Softwareentwicklung (4341)	0,084 %	0,179 %	0,262 %	0,022 %	0,039 %	0,061 %
Berufe in der Lagerwirtschaft (5131)	0,189 %	0,434 %	0,608 %	0,076 %	0,133 %	0,208 %
Berufe für Post- & Zustelldienste (5132)	0,150 %	0,321 %	0,482 %	0,092 %	0,115 %	0,208 %
Bus- & Straßenbahnfahrer/innen (5213)	0,238 %	0,435 %	0,673 %	0,124 %	0,178 %	0,296 %
Berufe im Objekt-, Werte- & Personenschutz (5311)	0,252 %	0,493 %	0,734 %	0,089 %	0,184 %	0,257 %
Berufe in der Reinigung (ohne Spezialisierung) (5410)	0,169 %	0,512 %	0,672 %	0,071 %	0,162 %	0,243 %
Berufe im Verkauf (ohne Produktspezialisierung) (6210)	0,207 %	0,379 %	0,582 %	0,078 %	0,106 %	0,185 %
Berufe im Verkauf von Back- & Konditoreiwaren (6231)	0,146 %	0,199 %	0,358 %	0,046 %	0,066 %	0,104 %
Geschäftsführer/innen & Vorstände (7110)	0,094 %	0,158 %	0,254 %	0,032 %	0,045 %	0,078 %
Aufsichts- & Führungskräfte - Unternehmensorganisation & -strategie (7139)	0,107 %	0,254 %	0,360 %	0,035 %	0,083 %	0,115 %
Büro- & Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung) (7140, Referenz)	0,160 %	0,292 %	0,453 %	0,051 %	0,068 %	0,121 %
Bankkaufleute (7211)	0,183 %	0,378 %	0,565 %	0,053 %	0,097 %	0,148 %
Berufe im Controlling (7223)	0,094 %	0,190 %	0,284 %	0,027 %	0,035 %	0,072 %
Rechtsanwälte/-anwältinnen (7313)	0,047 %	0,161 %	0,212 %	0,028 %	0,009 %	0,039 %
Berufe in der öffentlichen Verwaltung (ohne Spezialisierung) (7320)	0,174 %	0,416 %	0,589 %	0,057 %	0,126 %	0,189 %
Verwaltende Berufe im Sozial- & Gesundheitswesen (7322)	0,238 %	0,450 %	0,683 %	0,070 %	0,136 %	0,209 %

	Anteil mit COVID-19-AU			Anteil mit COVID-19-AU über mehr als 14 Tage		
	01.03. bis 30.06.	01.07. bis 31.12.	01.03. bis 31.12.	01.03. bis 30.06.	01.07. bis 31.12.	01.03. bis 31.12.
Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung) (8110)	0,479 %	0,614 %	1,096 %	0,157 %	0,162 %	0,326 %
Zahnmedizinische Fachangestellte (8111)	0,325 %	0,462 %	0,778 %	0,105 %	0,099 %	0,200 %
Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium (8121)	0,240 %	0,330 %	0,575 %	0,098 %	0,108 %	0,213 %
Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung) (8130)	0,449 %	0,796 %	1,240 %	0,170 %	0,278 %	0,451 %
Berufe in der Fachkrankenpflege (8131)	0,459 %	0,796 %	1,240 %	0,264 %	0,324 %	0,595 %
Berufe im Rettungsdienst (8134)	0,329 %	0,609 %	0,916 %	0,136 %	0,132 %	0,263 %
Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung) (8140)	0,365 %	0,573 %	0,934 %	0,140 %	0,210 %	0,349 %
Berufe in der klinischen Psychologie (8162)	0,366 %	0,439 %	0,804 %	0,119 %	0,144 %	0,246 %
Berufe in der Physiotherapie (8171)	0,394 %	0,701 %	1,074 %	0,156 %	0,150 %	0,300 %
Berufe in der Ergotherapie (8172)	0,424 %	0,685 %	1,117 %	0,176 %	0,242 %	0,440 %
Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung) (8210)	0,600 %	0,761 %	1,364 %	0,239 %	0,286 %	0,521 %
Berufe im Friseurgewerbe (8231)	0,167 %	0,533 %	0,674 %	0,102 %	0,107 %	0,212 %
Berufe in der Kinderbetreuung & -erziehung (8311)	0,274 %	0,957 %	1,217 %	0,076 %	0,220 %	0,297 %
Berufe in der Sozialarbeit & Sozialpädagogik (8312)	0,260 %	0,603 %	0,865 %	0,075 %	0,151 %	0,235 %
Berufe in Heilerziehungspflege & Sonderpädagogik (8313)	0,381 %	0,652 %	1,057 %	0,102 %	0,170 %	0,291 %
Berufe in der Haus- & Familienpflege (8314)	0,411 %	0,907 %	1,312 %	0,146 %	0,193 %	0,368 %
Berufe in der Hauswirtschaft (8321)	0,210 %	0,501 %	0,721 %	0,092 %	0,175 %	0,274 %
Berufe in der Hochschullehre & -forschung (8430)	0,068 %	0,130 %	0,200 %	0,020 %	0,026 %	0,046 %
Berufe im Dialogmarketing (9212)	0,177 %	0,394 %	0,565 %	0,054 %	0,113 %	0,164 %
Arbeitslose	0,051 %	0,174 %	0,293 %	0,019 %	0,066 %	0,093 %
nicht separat berücksichtigte Berufe	0,170 %	0,334 %	0,505 %	0,060 %	0,086 %	0,147 %

Tabelle 1 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker im Alter von 15 bis 64 Jahren mit inländischem Wohnort am 1. März 2020 oder am 1. Juli 2020 sowie Erwerbspersonenstatus zu Ende des jeweiligen Beobachtungszeitraums am 30. Juni 2020 oder am 31. Dezember 2020 und/oder dokumentierter COVID-19-Arbeitsunfähigkeit im jeweils betrachteten Zeitraum; Benennungen der Tätigkeiten sind zum Teil leicht verkürzt wiedergegeben, in Klammern werden vierstellige Tätigkeitsschlüssel gemäß der KldB 2010 angegeben.)

Für die in Tabelle 1 betrachteten Populationen und Risiken wurden statistisch voneinander unabhängige Einflüsse der bereits erwähnten und nur auszugsweise in der Tabelle dargestellten Merkmale auf COVID-19-Risiken auch in logistischen Regressionsmodellen ermittelt. Entsprechende Ergebnisse sind in Tabelle A2 im Anhang dargestellt. Zu den in logistischen Regressionsmodellen betrachteten Merkmalsausprägungen wie Berufsgruppen werden Odds Ratios (deutsch: Chancenverhältnisse) berichtet. Diese lassen sich im vorliegenden Fall wie relative Risiken im Vergleich zu einer jeweils festgelegten Referenzgruppe interpretieren, wobei Werte unter 1,00 ein reduziertes und Werte über 1,00 ein erhöhtes Risiko im Vergleich zur Referenzgruppe anzeigen. Die bei diesen Modellrechnungen gewählten Referenzgruppen sind bereits auch in Tabelle 1 durch den Hinweis „Referenz“ gekennzeichnet. Die relativen Risiken aus den logistischen Regressionsmodellen geben voneinander „unabhängige“ Einflüsse an, also beispielsweise Einflüsse einer beruflichen Tätigkeit, die auch unabhängig von den Besonderheiten der Berufsgruppe hinsichtlich der Geschlechts- und Altersstruktur bestehen, oder auch Einflüsse des Geschlechts, die unabhängig von einem geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Berufsspektrum bestehen. Zur statistischen Bewertung werden für die ermittelten Odds Ratios jeweils auch 95-Prozent-Vertrauensbereiche und zu allen berücksichtigten Merkmalen zudem Wald-Chi-Quadrat-Werte angegeben. Auf diese Resultate wird ergänzend bei den folgenden Erläuterungen der deskriptiven Ergebnisse aus Tabelle 1 eingegangen.

**Geschlecht** Während die Wahrscheinlichkeiten für eine COVID-19-AU bei Männern bei allen sechs Auswertungen unter der jeweiligen Wahrscheinlichkeit in der Gesamtpopulation lagen, lassen sich für Frauen stets überdurchschnittliche Wahrscheinlichkeiten ermitteln. Nach Auswertungen zum Gesamtzeitraum waren Frauen mit Erwerbspersonenstatus rund 1,37-mal häufiger als Männer von einer Krankschreibung mit COVID-19-Diagnose betroffen und zeigten demnach ein merklich höheres Risiko für entsprechende Arbeitsunfähigkeiten als Männer. Demgegenüber waren nach den Ergebnissen aus logistischen Regressionsmodellen und unter gleichzeitiger Berücksichtigung aller anderen Risikofaktoren Frauen nur rund 1,12-mal häufiger als Männer von einer COVID-19-AU betroffen. Der merklich geringere Faktor resultiert dabei aus der gleichzeitigen Berücksichtigung von beruflichen Effekten. Ein ganz wesentlicher Grund für ein höheres Risiko von Frauen für Krankschreibungen mit COVID-19-Diagnose resultiert demnach aus dem geschlechtsspezifischen Berufsspektrum von Frauen.

**Alter** In Abhängigkeit vom Alter zeigen sich bei den einzelnen Auswertungen recht unterschiedliche Effekte. Bei Be-

rechnungen zu Risiken für gegebenenfalls auch nur kurzzeitige Krankmeldungen mit COVID-19-Diagnosen (vergleiche die ersten drei Ergebnisspalten in Tabelle 1) zeigen sich merklich erhöhte Risiken in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen (die im Vergleich zu einer Referenzgruppe der 40- bis 44-Jährigen auch in logistischen Regressionsmodellen statistisch signifikant nachweisbar waren). Demgegenüber waren bei Betrachtungen ausschließlich von längerfristigen AU-Meldungen mit COVID-19-Diagnose (vergleiche Ergebnisspalten vier bis sechs) insbesondere ältere Beschäftigte gehäuft betroffen, die insgesamt nur moderat erhöhte Risiken für COVID-19-Arbeitsunfähigkeiten aufweisen. Offensichtlich ist demnach bei älteren Beschäftigten der Anteil der länger andauernden Verläufe merklich höher als bei jüngeren Beschäftigten. Die Ergebnisse stehen in Einklang mit Erfahrungen, nach denen schwerere Erkrankungsverläufe bei COVID-19-Infektionen (wie letztendlich auch tödliche Verläufe) mit steigendem Alter zunehmend wahrscheinlicher werden.

**Tätigkeit** Das wichtigste Ziel der hier präsentierten Auswertungen bestand darin, Hinweise auf berufsabhängige Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnosen zu identifizieren und in den logistischen Regressionsmodellen gegebenenfalls auch deren Unabhängigkeit von Einflüssen des Geschlechts, Alters und des Wohnorts nachzuweisen. Als Referenzgruppe wurden dabei in logistischen Regressionsmodellen „Büro- und Sekretariatskräfte“ mit dem Tätigkeitsschlüssel 7140 gewählt, welche unter den TK-versicherten Berufstätigen die größte Berufsgruppe bilden – entsprechend wurden für andere Berufsgruppen jeweils relative Risiken im Vergleich zu genau dieser Beschäftigtengruppe ermittelt.

Maximal halb so hohe Risiken für eine beliebige Arbeitsunfähigkeit mit COVID-19-Diagnosen von März bis Dezember 2020 wie die in dieser Zeit betrachtete Gesamtgruppe von Erwerbspersonen wiesen nach einfachen, nicht adjustierten Berechnungen gemäß der Darstellungen in Tabelle 1 Angehörige von „Berufen in der Softwareentwicklung“ (4341), „Geschäftsführer/innen und Vorstände“ (7110), „Rechtsanwälte/-anwältinnen“ (7313) sowie von „Berufen in der Hochschullehre und -forschung“ (8430) auf (Angaben in Klammern benennen hier wie auch im nachfolgenden Text jeweils den Berufsgruppenschlüssel gemäß KldB 2010, nach dem die Ergebnisse in der Tabelle sortiert sind). Hinzu kommen nach Sichtung der Ergebnisse zu den 111 insgesamt bei den Auswertungen berücksichtigten Berufen hier noch „Berufe in der Landwirtschaft (ohne Spezialisierung; 1110)“. Alle diese Berufsgruppen wiesen bei Odds Ratios zwischen 0,49 und 0,65 auch im entsprechenden logistischen Regressionsmodell statistisch signifikant reduzierte Risiken für eine Arbeitsunfähigkeit mit COVID-19-Diagnosen auf.

Unter Ausnahme der letztgenannten Gruppe dürften Beschäftigte in diesen Berufen typischerweise über eine akademische Ausbildung verfügen und bei Bedarf vergleichsweise gut Abstand zu Kollegen und Mitmenschen halten können, sofern keine Tätigkeit im Home-Office möglich sein sollte. Berufe in der Landwirtschaft könnten durch eine häufige Tätigkeit im Freien vergleichsweise geringe Risiken aufweisen.

Mindestens doppelt so hohe Risiken für eine beliebige Arbeitsunfähigkeit mit COVID-19-Diagnosen von März bis Dezember 2020 wie die Gesamtgruppe wiesen „Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung; 8110)“, Angehörige von „Berufen in der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung; 8130)“, „Berufe in der Fachkrankenpflege“ (8131), „Berufe in der Ergotherapie“ (8172), „Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung; 8210)“, „Berufe in der Kinderbetreuung und -erziehung“ (8311) sowie „Berufe in der Haus- und Familienpflege“ (8314) auf. Alle genannten Berufe waren auch nach den Ergebnissen der logistischen Regression mit signifikant erhöhten Risiken assoziiert.

Massiv erhöhte Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnosen finden sich demnach weitgehend ausschließlich bei medizinisch-pflegerischen Berufen, die weitgehend zwangsläufig mit einem engen körperlichen Kontakt zu Mitmenschen beziehungsweise Patienten verbunden sind. Ein Großteil dieser Beschäftigten befand sich zudem zu keinem Zeitpunkt im Lockdown oder Home-Office und war auch insofern einem höheren Infektionsrisiko als andere Berufe ausgesetzt.

Ein enger Kontakt dürfte zudem auch bei der einzigen zuvor gelisteten nicht pflegerisch-medizinischen Berufsgruppe, nämlich den Berufen in der Kinderbetreuung und -erziehung, von vielen Beschäftigten kaum vermeidbar sein. Kinder und insbesondere Kleinkinder können sich nicht an Abstandsregeln halten. In Einklang mit den Erwartungen waren die Risiken bei dieser Berufsgruppe im Zuge der ersten Pandemiewelle noch nicht so deutlich erhöht, da im Zuge des ersten Lockdowns auch Kindergärten weitgehend geschlossen waren.

Neben den bereits genannten medizinischen Fachangestellten, (Fach-)Krankenpflegern, Physio- und Ergotherapeuten sowie Altenpflegern zeigten in allen logistischen Regressionsmodellen zudem auch „Berufe im Rettungsdienst“ (8134), „Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung; 8140)“ sowie „Berufe in Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik“ (8313) im Vergleich zu Bürokräften mehr als doppelt so hohe Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnosen (vergleiche Tabelle A2 im Anhang). Auch in diesen Berufen sind körperlich enge Kontakte zu Mitmenschen in der Regel unvermeidbar.

#### Risiken für COVID-19-Arbeitsunfähigkeiten

### Erhöhte Risiken in Berufen mit engem Kontakt zu Menschen

Bei einer Analyse zu häufig unter TK-Mitgliedern vertretenen Berufen zeigten sich stark erhöhte Risiken für Krankschreibungen mit COVID-19-Diagnosen überwiegend für Berufe aus dem medizinisch-pflegerischen Bereich. Im Rahmen der zweiten Welle der Pandemie waren jedoch auch Erzieherinnen erheblich betroffen. Hohe Risiken zeigen sich damit insbesondere bei Berufsgruppen, die weitgehend zwangsläufig einen engen Kontakt zu Mitmenschen haben.

Neben den bereits erwähnten Ergebnissen mit nachweislich deutlich unter- oder überdurchschnittlichen Risiken ließe sich auch eine Reihe an weiteren Ergebnissen ausführlicher diskutieren. Eine systematische Aufbereitung würde jedoch den Rahmen des vorliegenden Kapitels sprengen. Grundsätzlich anzumerken ist, dass aufgrund der geringen AU-Fallzahlen mit COVID-19-Diagnosen hier nur die auch häufig unter Versicherten der TK vertretenen Berufe betrachtet werden konnten – erhöhte Risiken in eher seltenen Berufen lassen sich somit durch die vorliegenden Analysen keinesfalls ausschließen.

**Arzneiverordnungen** Arzneimittel zur gezielten auch ambulanten Behandlung von COVID-19-Infektionen oder Impfstoffe gegen das SARS-Cov-2-Virus waren innerhalb des Jahres 2020 noch nicht verfügbar. Zudem war in diesem Zeitraum, wie die vorausgehend dargestellten Auswertungen zeigen, nur ein kleiner Teil der Erwerbspersonen direkt von einer diagnostizierten COVID-19-Infektion betroffen. Vor diesem Hintergrund haben die nachfolgenden Auswertungen zu Arzneiverordnungen vorrangig das Ziel, Informationen im Hinblick auf ambulante Arzneiverordnungen bei Erwerbspersonen mit ganz unterschiedlichen Indikationen zu liefern, um daraus Hinweise auf die allgemeine medizinische Versorgung und die gesundheitliche Situation von Erwerbspersonen im Jahr 2020 ableiten zu können. Die Verordnungen dürften dabei gegebenenfalls eher indirekt durch die pandemiebedingt eingeleiteten Maßnahmen sowie Verhaltensänderungen als durch das COVID-19-Infektionsgeschehen selbst beeinflusst gewesen sein.

Zur Verfügung standen vollständige Daten zu Arzneiverordnungen im Jahr 2020 mit Angaben zum Verordnungsdatum, der verordneten Wirksubstanz gemäß ATC-Klassifikation sowie zur jeweils verordneten Wirkstoffmenge in definierten Tagesdosen (englisch: Defined Daily Doses, DDD; zur ATC-Klassifikation und Methoden vergleiche auch TK 2021a). Analog zu den zuvor präsentierten Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten wurden auch die Arzneiverordnungsdaten – abhängig vom Verordnungsdatum – primär zunächst bezogen auf einzelne Kalendertage ausgewertet, wobei auch hier jeweils geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse ermittelt wurden.

Im Gegensatz zur Situation bei Arbeitsunfähigkeiten, zu denen mit dem Krankenstand eine anschauliche und etablierte Kennzahl existiert, die das Geschehen bedarfsweise auch an einzelnen Tagen verdeutlichen kann, ergeben typische Kennzahlen zu Arzneiverordnungen, wie beispielsweise Angaben zu verordneten Tagesdosen, bei einem Bezug auf einzelne Tage Werte, die nur schwer mit etablierten Kennzahlen bezogen auf ganze Kalenderjahre verglichen werden können. Schließlich wird an einem einzelnen Kalendertag durchschnittlich typischerweise nur der 365. Teil des Jahresvolumens an Arzneimitteln verordnet.

### Verordnungen im Jahr 2020

## Arzneiverordnungen

Arzneimittel zur gezielten ambulanten Behandlung von COVID-19-Infektionen waren im Jahr 2020 nicht verfügbar. Vor diesem Hintergrund verfolgten die Auswertungen zu den ambulant bei Erwerbspersonen verordneten Arzneimitteln vorrangig das Ziel, aus diesen Informationen Hinweise auf die allgemeine medizinische Versorgung sowie die gesundheitliche Situation von Erwerbspersonen abzuleiten.

Zugleich gilt bei Arzneiverordnungen, dass nur ein sehr geringer Teil der Verordnungen an Wochenenden und Feiertagen datiert ist, da Arztpraxen an diesen Tagen zumeist geschlossen sind und Verordnungen in der Regel gegebenenfalls nur im Rahmen der Notfallversorgung ausgestellt werden. Bedingt durch bewegliche Feiertage wie Ostern und Pfingsten variiert dabei die Zahl der Arbeitstage in bestimmten Kalenderwochen von Jahr zu Jahr. Dies führt bei den Auswertungen und dabei auch bei Darstellungen von Kennzahlen im Wochenmittel noch zu merklichen Einbrüchen der Verordnungszahlen, die von Jahr zu Jahr zu unterschiedlichen Zeitpunkten innerhalb des Jahres lokalisiert sind. In der Folge resultieren bei zeitlich differenzierten Auswertungen und Gegenüberstellungen von Ergebnissen aus unterschiedlichen Jahren Darstellungen, die inhaltlich zwar korrekt sind, jedoch aufgrund sprunghafter Schwankungen zum Teil reale Unterschiede zwischen den Jahren eher verdecken als verdeutlichen.

Um die in den beiden vorausgehenden Absätzen geschilderten Schwierigkeiten zu umgehen, wurden für die nachfolgenden Ergebnisdarstellungen zu definierten Tagesdosen (DDD) folgende Vorgehensweisen gewählt:

- Statt verordnete DDD pro Tag (pro Kopf) anzugeben, werden DDD pro 365 Tage berichtet (wozu die ursprünglich berechneten Tageswerte lediglich mit 365 multipliziert werden müssen). Sinngemäß handelt es sich dann um eine Arzneimittelmenge, die an einem Tag durchschnittlich bei 365 Versicherten verordnet wurde, oder – anders ausgedrückt – um diejenige Menge, die über das gesamte Kalenderjahr resultieren würde, wenn bei einer Person dieselbe Menge an allen Tagen des Jahres verordnet würde. Der Vorteil des Bezuges auf 365 Tage beziehungsweise ein Versicherungsjahr liegt darin, dass die Angaben direkt mit den auch gewöhnlich kalenderjährlich je Versicherungsjahr berichteten Zahlen verglichen werden können.
- Um sehr starke Schwankungen von Verordnungskennzahlen (ausschließlich in den grafischen Darstellungen mit Jahresvergleichen) bei einer unterschiedlichen Zahl an Arbeitstagen in einzelnen Sieben-Tage-Zeiträumen auszugleichen, wurden bei der Mittelung über sieben Kalendertage in einem ersten Schritt ausschließlich Ergebnisse zu den jeweils im Zeitraum enthaltenen Arbeitstagen berücksichtigt<sup>3</sup>. Bei diesem Vorgehen resultieren erwartungsgemäß merklich höhere Kennwerte als bei einer Berücksichtigung aller Kalendertage. Um anschließend wieder einfach mit typischen Jahresergebnissen vergleichbare Kennzahlen zu erhalten, wurden die Ergebnisse auf Basis der Arbeitstage in einem zweiten Schritt dann mit dem Quotienten aus der Summe der Kalendertagwerte  $S_{KT}$  und der Summe der Arbeitstagwerte  $S_{AT}$  innerhalb des jeweils betrachteten Gesamthalbjahres, also mit dem Quotienten  $S_{KT}/S_{AT}$ , multipliziert. Mit dieser Adjustierung konnte gewährleistet werden, dass die Flächen unter den Kurven (als Maß für das Gesamtverordnungsvolumen) bei Berechnung nach Arbeitstag- oder Kalendertagergebnissen weitgehend identisch sind und so, zumindest in der Summe über das jeweils betrachtete Halbjahr, übereinstimmende und vergleichbare Ergebnisse dargestellt werden.

In den beiden vorausgehenden Jahren 2018 und 2019 wurden nach Auswertungen zum Gesundheitsreport 2020 der Techniker pro Erwerbsperson durchschnittlich 247 beziehungsweise 253 DDD an Arzneimitteln je Versicherungsjahr verordnet (TK2020 b). Im Durchschnitt erhielt demnach jede Erwerbsperson Arzneiverordnungen in einem Umfang, der für die Behandlung mit genau einem Arzneimittel in typischer Dosierung an rund zwei Dritteln aller betrachteten (Versicherungs-)Tage ausgereicht hätte. Wie bereits im Arzneimittelabschnitt zum diesjährigen Gesundheitsreport dargestellt, wurden 2020 mit 256 DDD je Versicherungsjahr insgesamt geringfügig mehr Tagesdosen an Arzneimitteln als in den Vorjahren verordnet (TK 2021c).

**Arzneiverordnungsvolumen im Jahr 2020** Abbildung 6 zeigt Ergebnisse zum Arzneiverordnungsvolumen innerhalb des Jahres 2020. Wie bei Krankenständen werden auch hier geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse basierend auf Daten der TK zu einzelnen Kalendertagen dargestellt, die jeweils durch eine Mittelung von Ergebnissen über sieben Tage (im Sinne gleitender Mittelwerte um den bezeichneten Tag herum) berechnet wurden, wobei bei dieser Darstellung keine Adjustierung für Arbeitstage erfolgte. Neben geschlechterübergreifend ermittelten Werten sind auch in dieser Abbildung Verordnungsvolumen für Männer und Frauen separat angegeben, die sich bei der substanzübergreifenden Betrachtung jedoch kaum unterscheiden.

Auffällig erscheinen zunächst die ausgesprochen geringen Verordnungsvolumen im Wochenmittel zu Jahresbeginn sowie, in weniger deutlich ausgeprägter Form, auch in unterschiedlichen nachfolgenden Zeitintervallen. Die phasenweise geringen Verordnungen dürften dabei 2020 wie auch in anderen Jahren in erster Linie aus der reduzierten Erreichbarkeit von niedergelassenen Ärzten innerhalb der betroffenen Zeiträume resultieren. So haben Arztpraxen „zwischen den Jahren“ von Weihnachten bis Neujahr oftmals geschlossen. Und in einzelnen Wochen mit gesetzlichen Feiertagen, die nicht auf das Wochenende fallen, reduzieren sich mit den regulären Arbeitstagen typischerweise auch die Öffnungszeiten der Praxen (vergleiche auch die Kennzeichnungen entsprechender Feiertage in der Abbildung). Ergänzend sei in diesem Kontext noch auf den Rosenmontag verwiesen, der zwar in keinem Bundesland gesetzlicher Feiertag ist, aber dennoch regelmäßig mit reduzierten Verordnungen assoziiert ist.

<sup>3</sup> Generell nicht berücksichtigt wurden Samstage und Sonntage sowie alle bundesweiten Feiertage. Bei bundeslandspezifischen Feiertagen wurden lediglich Beobachtungen aus den betroffenen Bundesländern ausgeschlossen. Spezielle Feiertage in kleineren Regionen sowie der Rosenmontag, welcher in keinem Bundesland ein amtlicher Feiertag ist, wurden bei der Ergebnisermittlung nicht im Sinne arbeitsfreier Tage ausgeschlossen.

Bei der weiteren Betrachtung der Abbildung fällt im Zeitverlauf ein erster Anstieg des Verordnungsvolumens auf, der bereits in der neunten Kalenderwoche (in der Woche mit Rosenmontag am 24. Februar) beginnt und bei Ergebnissen im Wochenmittel am 1. März 2020 einen vorläufigen Gipfel mit 331 DDD je Versicherungsjahr erreicht. Bei tagesbezogenen Ergebnissen lässt sich in dieser Phase ein erster besonders hoher Wert am Montag dem 2. März 2020 mit 662 DDD je Versicherungsjahr ausmachen (nicht in der Abbildung dargestellt). Allein an diesem Tag wurden bei TK-versicherten Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren Arzneimittel mit insgesamt 10,46 Millionen Tagesdosen verordnet. Ein vergleichbar hohes Verordnungsvolumen ließ sich nach Auswertungen beginnend ab 2004 nur am 16. Dezember 2019 identifizieren, was zu diesem Zeitpunkt auf eine gewisse Bevorratung mit Arzneimitteln für die Weihnachtstage hingedeutet haben dürfte (gleichfalls verfügbare Daten zu den Jahren 2000 bis 2003 wurden hier nicht berücksichtigt, weil in diesen Jahren auch rezeptfrei erhältliche Arzneimittel noch von Kassen erstattet wurden und in den Daten erfasst waren, weshalb Ergebnisse nicht direkt mit aktuellen Zahlen vergleichbar wären (TK 2021c). Bereits Anfang März 2020 lassen sich also bei Erwerbspersonen außergewöhnlich hohe Arzneiverordnungen nachweisen.

Ein zweiter und noch deutlich höherer Verordnungspiek zeigt sich bei den geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen schließlich mit einem Schwerpunkt in der zwölften Kalenderwoche um den 16. März 2020 herum. In den sieben Tagen um den 16. März wurden durchschnittlich 430 Tagesdosen je Versicherungsjahr verordnet und damit rund 70 Prozent mehr als in einer durchschnittlichen Woche des Jahres 2019. Am genannten Tag selbst waren es sogar 957 DDD je Versicherungsjahr (Tageswerte nicht dargestellt). Beide Werte markieren jeweils Höchstwerte entsprechender Auswertungen von Daten zu Erwerbspersonen mit Versicherung bei der TK ab 2004. Für die im Rahmen der Auswertungen berücksichtigten rund 5,3 Millionen TK-versicherten Erwerbspersonen wurden dabei allein am 16. März 2020 Arzneimittel im Umfang von 15,03 Millionen Tagesdosen verordnet. In der genannten Woche um den 16. März herum waren es bei den 15- bis 64-Jährigen insgesamt 47,25 Millionen Tagesdosen.

### Arzneiverordnungsvolumen im Jahr 2020, auch nach Geschlecht (im Wochenmittel)

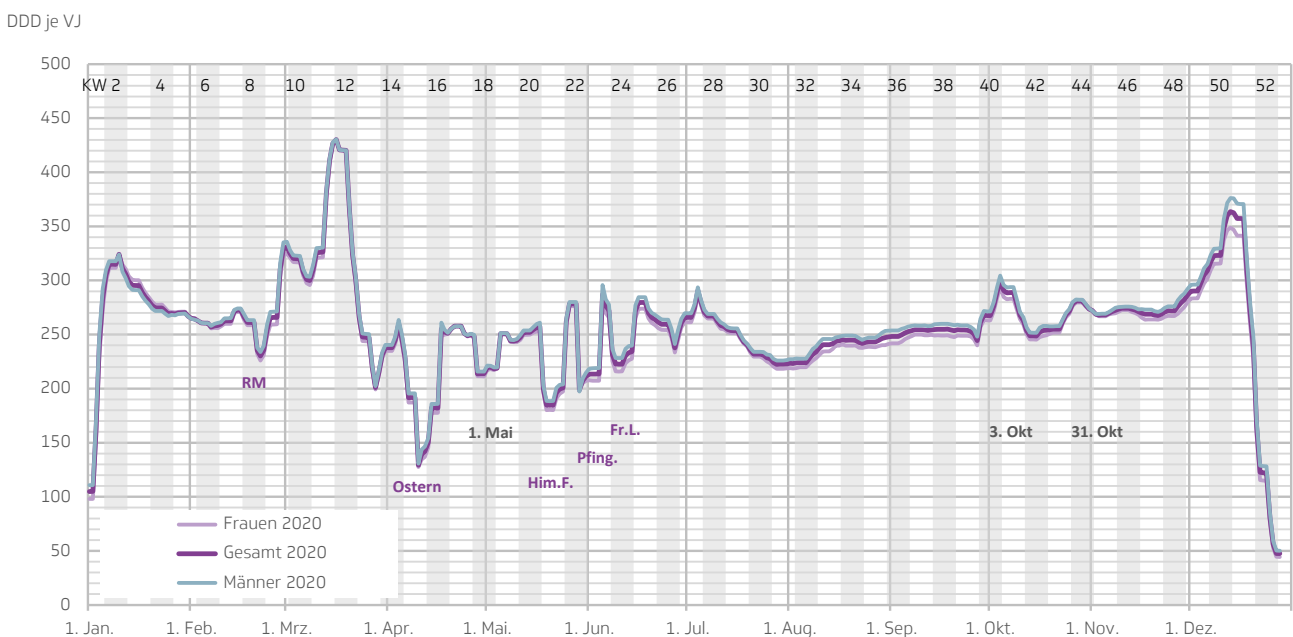


Abbildung 6 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, Angaben zu DDD je Versicherungsjahr im Wochenmittel, standardisiert; KW: Zuordnung von Kalenderwochen des Jahres 2020; RM: Rosenmontag; Him.F.: Himmelfahrt; Pfling.: Pfingsten; Fr.L.: Fronleichnam.)

### Arzneiverordnungen im zeitlichen Verlauf

## Erhöhte Verordnungen im März 2020

Im Jahr 2020 zeigten sich bereits in der Woche um den 1. März herum deutlich erhöhte Verordnungsvolumen, die auf eine frühzeitige Bevorratung mit langfristig zu verabreichenden Arzneimitteln hindeuten. Um den 16. März 2020 herum wurden bei Erwerbspersonen mehr Tagesdosen als in jeder anderen Woche ab dem Jahr 2004 verordnet.

### Vergleiche von Arzneiverordnungsvolumen in den Jahren 2018, 2019 und 2020

In Abbildung 7 werden Arzneiverordnungsvolumen im Jahr 2020 (violette Linie) entsprechend ermittelten Verordnungsvolumen aus den Jahren 2018 und 2019 gegenübergestellt (bläuliche Linien). Dabei werden im oberen Teil der Abbildung gewöhnlich unter Einbezug aller Kalendertage berechnete Verordnungsvolumen im Wochenmittel dargestellt. Im unteren Teil werden demgegenüber adjustierte Ergebnisse basierend auf der Auswertung zu Verordnungen an Arbeitstagen dargestellt, bei denen Schwankungen aufgrund von Feiertagen merklich reduziert werden konnten und Vergleiche zwischen den Jahren insofern etwas erleichtert werden. Ergänzend sind auch bei diesen Abbildungen bevölkerungsbezogene Häufigkeiten von COVID-19-Infektionen im Wochenmittel mit zeitlicher Zuordnung gemäß Meldedatum (dunkelgraue Linie) sowie mit zeitlicher Zuordnung gemäß den gegebenenfalls vorhandenen Angaben zum Erkrankungsdatum (hellgraue Linien) bei 15- bis 59-Jährigen nach Daten des RKI verzeichnet (RKI 2021b).

Offensichtlich wurden in den ersten Wochen des Jahres 2020 durchgängig etwas höhere Arzneimittelmengen als in den beiden Vorjahren verordnet, ansonsten zeigen sich in den drei Jahren zunächst sehr ähnliche Verläufe hinsichtlich des Verordnungsvolumens. Größere Abweichungen ergeben sich erst durch die kalendarisch unterschiedliche Lage des Rosenmontags, wobei das Ordnungstief um den Rosenmontag 2020 herum vergleichsweise kurz ausfällt, um noch in der neunten Kalenderwoche in einen Anstieg zum bereits erläuterten ersten Ordnungstief zu übergehen.

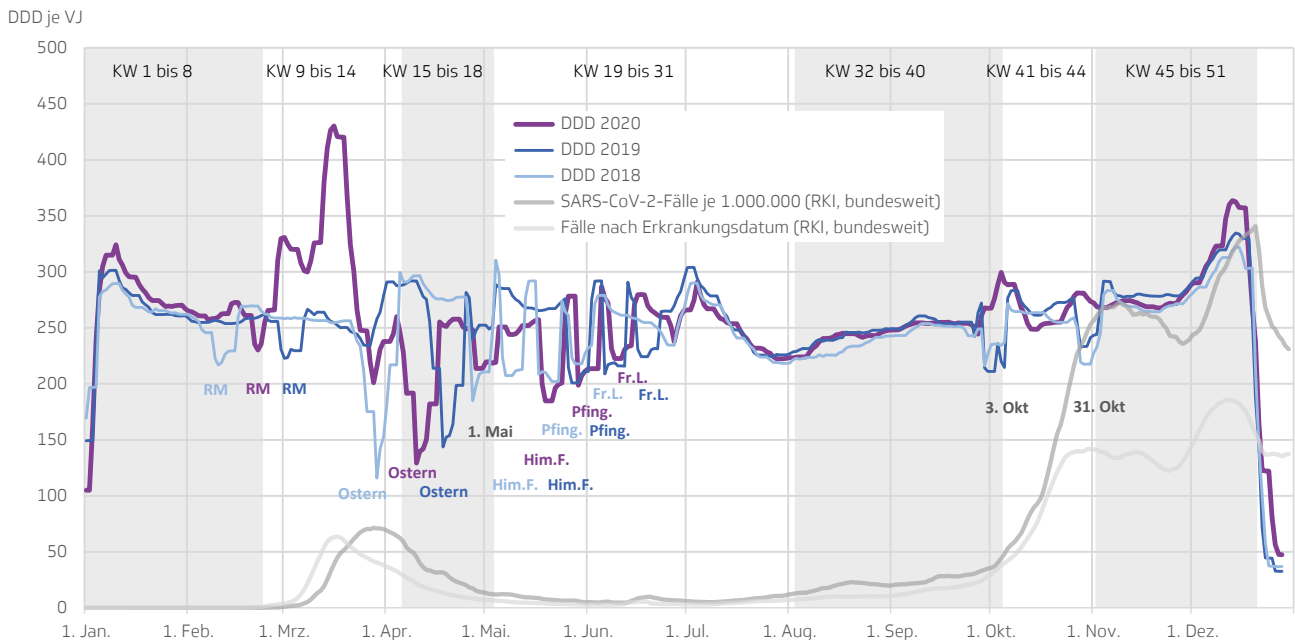
Im Vergleich zu den Ergebnissen aus den beiden Vorjahren erscheint das zweipipflige Ordnungshoch im März 2020 dann sehr ungewöhnlich. Dabei ist hervorzuheben, dass es im Februar und März des hier gleichfalls betrachteten Jahres 2018 in Deutschland zu einer vergleichsweise sehr stark ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle gekommen war, die auch deutliche Auswirkungen auf Krankenstände insbesondere mit Diagnosen von Erkältungskrankheiten gezeigt hatte. Offensichtlich beeinflusste diese Grippe- und Erkältungswelle 2018 aber das hier betrachtete Gesamtverordnungsvolumen an Arzneimitteln in den genannten Monaten nicht nennenswert, was die Besonderheit des im März des Jahres 2020 beobachteten Peaks nochmals unterstreicht. In den Monaten April und Mai lagen die Verordnungsvolumen im Jahr 2020 – im Gegensatz zu den Verordnungen zu Jahresbeginn – dann tendenziell niedriger als in den beiden Vorjahren 2018 und 2019, wobei dieser Sachverhalt eher aus der unteren Darstellung in Abbildung 7 deutlich wird.

Im zweiten Halbjahr 2020 bewegt sich das Verordnungsvolumen demgegenüber auf einem sehr ähnlichen Niveau wie im entsprechenden Vorjahreszeitraum 2019. Offensichtliche Abweichungen zeigen sich lediglich Anfang und Ende Oktober sowie Mitte Dezember. Die vergleichsweise geringen Verordnungen im Oktober 2019 dürften dabei maßgeblich aus einer günstigen Lage des Tags der deutschen Einheit am 3. Oktober sowie des Reformationstags am 31. Oktober resultieren, die 2019 beide auf einen Donnerstag fielen. Auch Arztpraxen dürften diese Lage häufig als Anlass für einen Brückentag genutzt haben. Im Jahr 2020 fielen beide Feiertage demgegenüber auf einen Samstag und führten insofern zu keinen zusätzlichen arbeitsfreien Tagen. Die relativ hohen Verordnungsvolumen Mitte Dezember 2020 dürften vor dem Hintergrund des seinerzeit bereits drohenden zweiten Lockdowns erneut Folge einer gewissen Bevorratung mit regelmäßig verordneten Medikamenten gewesen sein. Abgesehen von diesen Besonderheiten bewegten sich die Gesamtverordnungsvolumen an Arzneimitteln im zweiten Halbjahr 2020 auf einem fast schon erstaunlich ähnlichen Niveau wie im Vorjahr.



## Arzneiverordnungsvolumen in den Jahren 2018, 2019 und 2020 (im Wochenmittel)

### ohne Verlaufskorrektur



### mit Verlaufskorrektur, adjustierte Werte basierend auf Auswertungen zu regulären Arbeitstagen

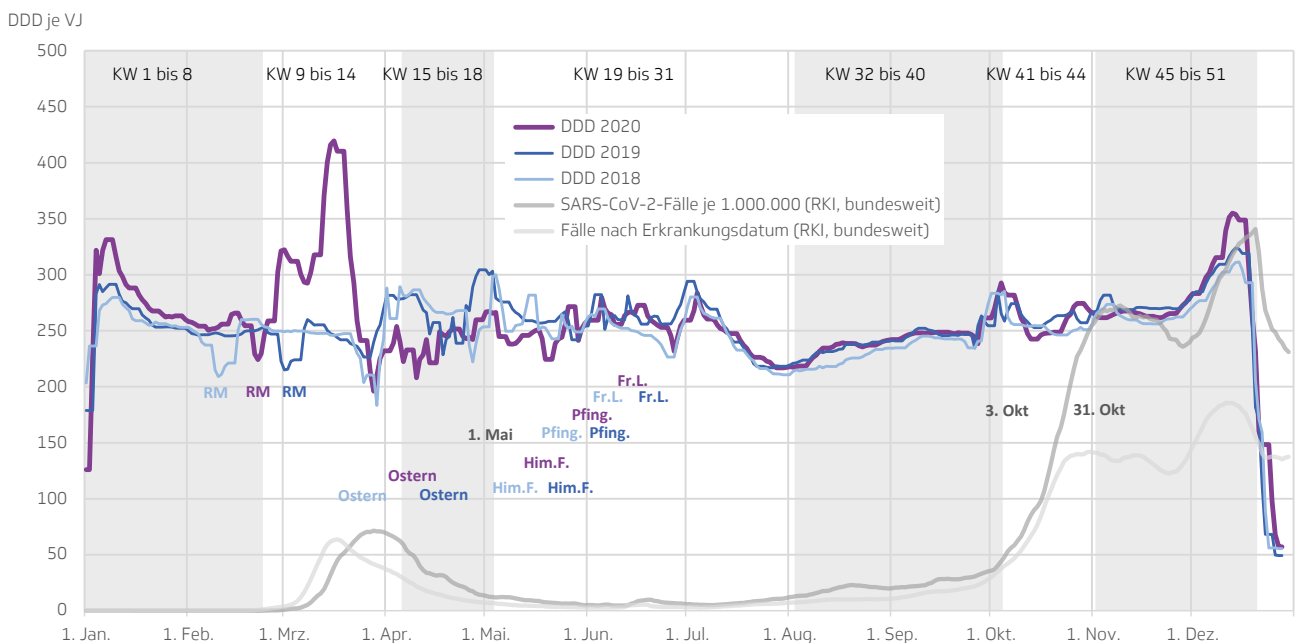


Abbildung 7 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, Angaben zu DDD je Versicherungsjahr im Wochenmittel, standardisiert; KW: Kalenderwochen; RM: Rosenmontag; Him.F.: Himmelfahrt; Pfing.: Pfingsten; Fr.L.: Fronleichnam; gemeldete SARS-CoV-2-Infektionen in der Altersgruppe 15 bis 59 Jahre je 1.000.000 Einwohner in Deutschland nach Meldedatum sowie für eine Subgruppe mit Zuordnung nach Erkrankungsdatum [RKI 2021b].)

Die in Abbildung 7 nur angedeutete Gegenüberstellung der Entwicklung der vom RKI gemeldeten COVID-19-Neuinfektionen verdeutlicht, dass es bereits merklich vor einer größeren Ausbreitung der Coronapandemie in Deutschland bei Erwerbspersonen zu deutlichen Anstiegen des Verordnungsvolumens gekommen ist. Dies könnte die Folge eines vorausschauenden Verhaltens insbesondere von Menschen mit einer langfristig verabreichten Dauermedikation gewesen sein, welche dann anscheinend die mittelfristige Verfügbarkeit ihrer Medikamente zum Teil bereits sehr zeitig, nämlich beginnend Ende Februar 2020, sicherstellten.

**Verordnungen von Medikamenten aus bestimmten Arzneimittelgruppen** Nachfolgend sollen Verordnungen von Arzneimitteln in bestimmten Arzneimittelgruppen in den Jahren 2018 bis 2020 im zeitlichen Verlauf verglichen werden. Dabei geht es unter anderem um die Frage, welche Arzneiverordnungen für den außergewöhnlichen zweigipfligen Anstieg Ende Februar und im März 2020 verantwortlich gemacht werden können. Aber auch hinter dem zunächst eher unauffälligen Verlauf des Gesamtverordnungsvolumens könnten sich noch recht unterschiedliche Entwicklungen bei einzelnen Arzneiverordnungen verbergen.

Wie für Diagnosen existiert auch für Arzneiverordnungen ein hierarchisches Klassifikationssystem, mit dem Arzneimittel bestimmten Gruppen zugeordnet werden können. Bei Arzneimitteln ist dies die international gebräuchliche ATC-Klassifikation, wobei das Kürzel ATC für Anatomisch-Therapeutisch-Chemische (Klassifikation) steht. Anatomisch meint dabei, dass alle Arzneimittel auf einer obersten Klassifikationsebene einem Organsystem zugeordnet werden, für dessen Therapie sie im Erkrankungsfall (vorrangig) eingesetzt werden, wobei auf dieser ersten Ebene 14 Gruppen von Arzneimitteln differenziert werden, die jeweils mit einem Buchstaben gekennzeichnet sind (vergleiche auch Erläuterungen und Hinweise in TK 2021a).

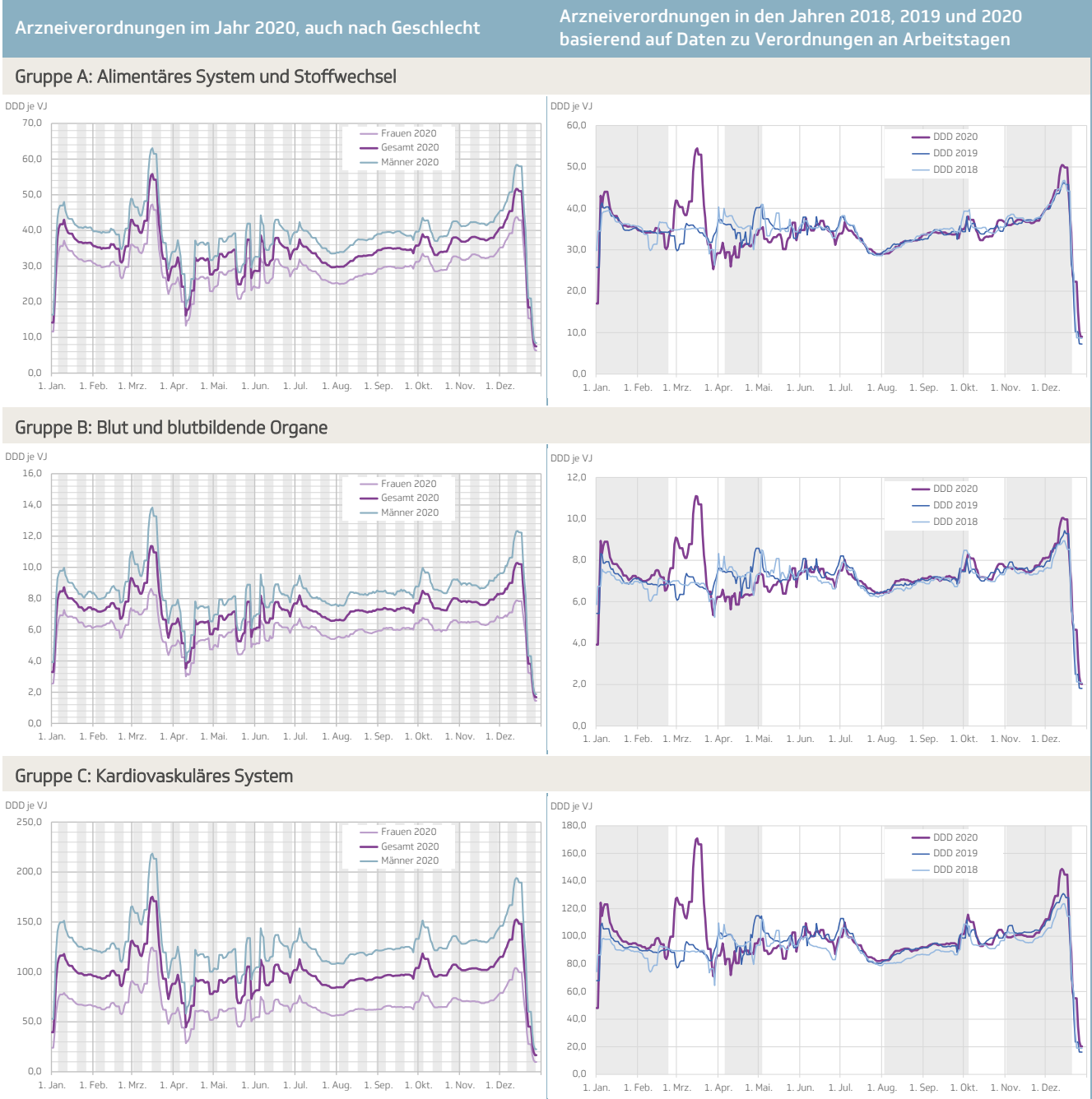
Abbildung 8 gibt einen Überblick über die verordneten Arzneimittelmengen in anatomischen Gruppen der ATC-Klassifikation gemessen in definierten Tagesdosen je Versicherungsjahr. Einzelne anatomische Gruppen haben eine sehr unterschiedliche Bedeutung im Hinblick auf das Verordnungsvolumen. Während die Ergebnisse innerhalb der Abbildung sowie in der weiter unten beschriebenen Tabelle in alphabetischer Abfolge der Buchstabenkennung der anatomischen Gruppen dargestellt werden (um das Auffinden von Ergebnissen zu erleichtern), orientiert sich die

Reihenfolge bei den nachfolgenden textlichen Erläuterungen an der Bedeutung der einzelnen Gruppen für das Gesamtverordnungsvolumen im Jahr 2020. Tabelle A3 im Anhang enthält ergänzend zu den Abbildungen dabei Zahlenangaben zu Verordnungsvolumen in unterschiedlich abgegrenzten Zeiträumen, die mit identischen Datumsgrenzen bereits bei Auswertungen zu Krankenständen genutzt wurden (vergleiche Erläuterungen zu Zeiträumen auf Seite 12).

**Gruppe C** Den Arzneiverordnungen aus der Gruppe „Kardiovaskuläres System“ ließ sich nach Auswertungen von TK-Daten im Jahr 2020 bei Erwerbspersonen mit einem Anteil von 38,0 Prozent am Gesamtverordnungsvolumen wie bereits in den Jahren 2018 und 2019 gemessen in DDD das anteilig mit Abstand größte Verordnungsvolumen zuordnen. Das Verordnungsvolumen in dieser Gruppe resultiert bei Erwerbspersonen weit überwiegend aus den Verordnungen von Arzneimitteln mit blutdrucksenkender Wirkung, also sogenannten Antihypertensiva, sowie zu einem geringeren Teil unter anderem auch aus Verordnungen von Lipidsenkern. Männer, bei denen kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen sowie deren Folgeerkrankungen wie Herzinfarkte häufiger als bei Frauen vorkommen, erhalten entsprechende Arzneimittel in erheblich größerem Umfang als Frauen.

Anfang des Jahres 2020 zeigen sich bei dieser Arzneimittelgruppe geringfügig höhere Verordnungsvolumen als in den beiden Vorjahren. Von der ersten bis achten KW lag das Verordnungsvolumen 2020 um durchschnittlich 1,0 Prozent höher als im entsprechenden Vorjahreszeitraum. Nachfolgend zeichnet sich zwischen Ende Februar und März 2020 ein deutlicher Peak mit einem Höchststand um den 16. März herum ab, der vom Verlauf her dem des Gesamtverordnungsvolumens entspricht. In der Woche um den 16. März 2020 herum wurden bei Erwerbspersonen 175,3 DDD je VJ an Arzneimitteln aus der Gruppe C verordnet. In der 9. bis 14. KW lag das Verordnungsvolumen um den Peak herum um durchschnittlich 27,4 Prozent höher als im Vorjahr. In der 15. bis 18. Kalenderwoche sowie in einer Phase bis Anfang August (19. bis 31. KW) wurden die Vorjahreswerte demgegenüber um 12,7 beziehungsweise um 3,2 Prozent unterschritten. Im verbleibenden Jahr lag das Verordnungsvolumen leicht höher als im Vorjahr. Bezogen auf das gesamte Jahr wurde 2020 das Verordnungsvolumen des Vorjahres um 2,8 Prozent überschritten (vergleiche auch Tabelle A3 im Anhang).

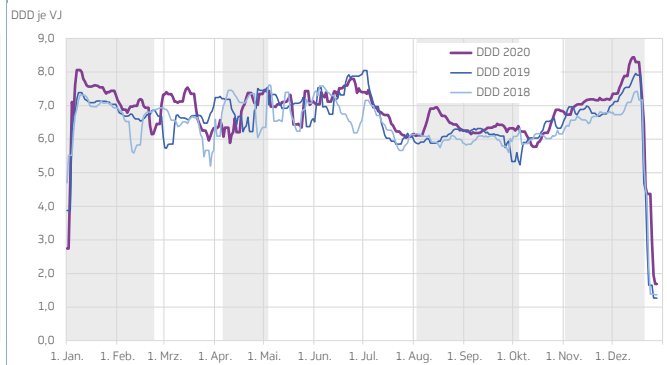
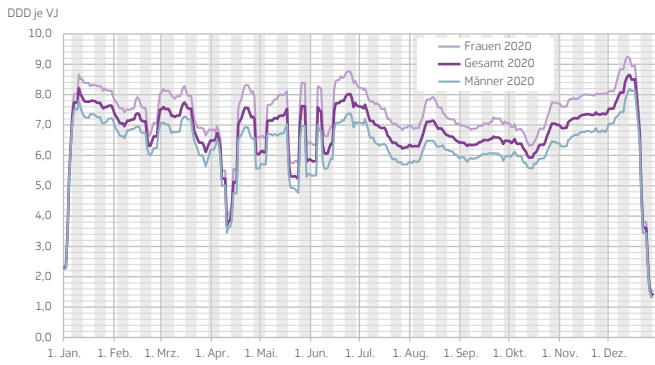
**Arzneiverordnungsvolumen im Jahr 2020, auch nach Geschlecht, sowie Verordnungsvolumen in den Jahren 2018, 2019 und 2020 mit Verlaufskorrektur (im Wochenmittel)**



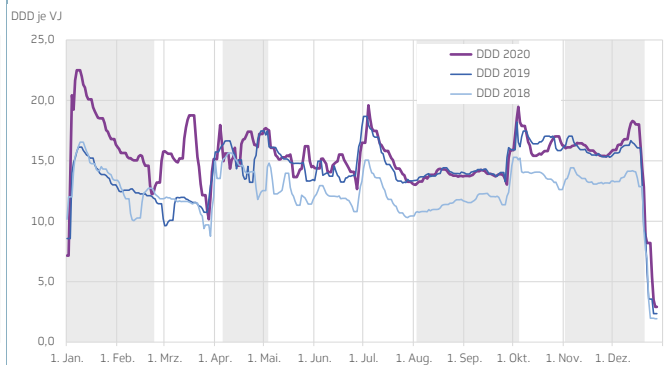
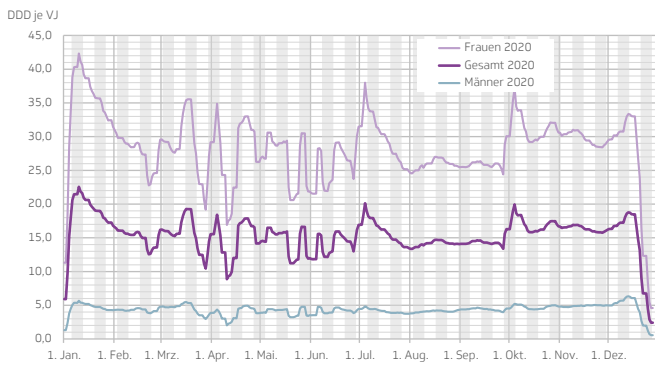
Arzneiverordnungen im Jahr 2020, auch nach Geschlecht

Arzneiverordnungen in den Jahren 2018, 2019 und 2020 basierend auf Daten zu Verordnungen an Arbeitstagen

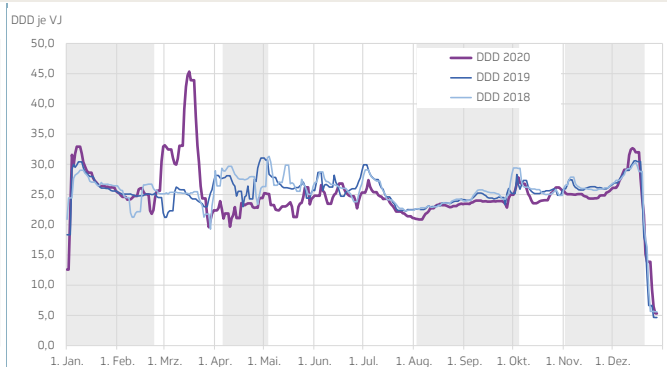
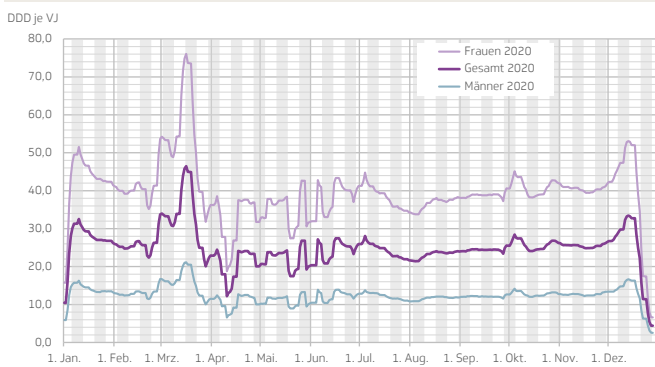
Gruppe D: Dermatika



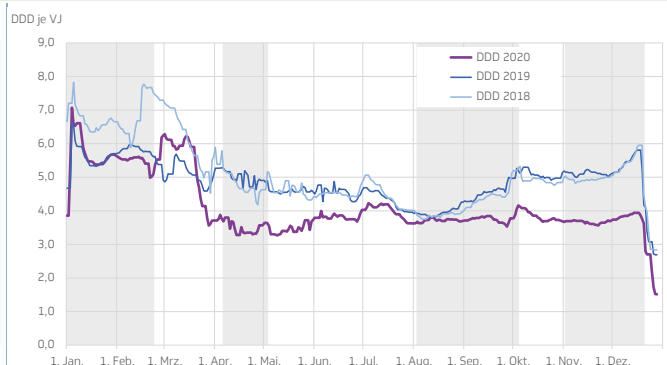
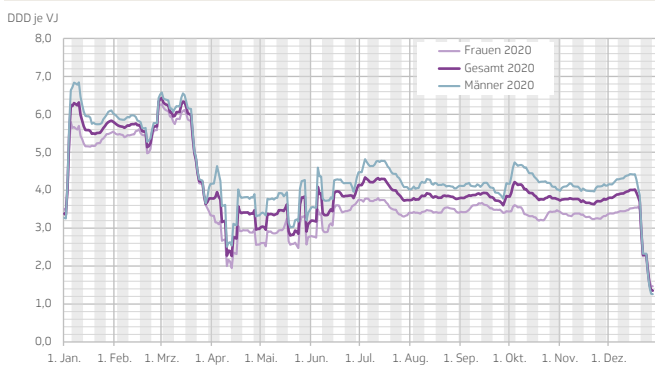
Gruppe G: Urogenitales System und Sexualhormone



Gruppe H: Systemische Hormonpräparate



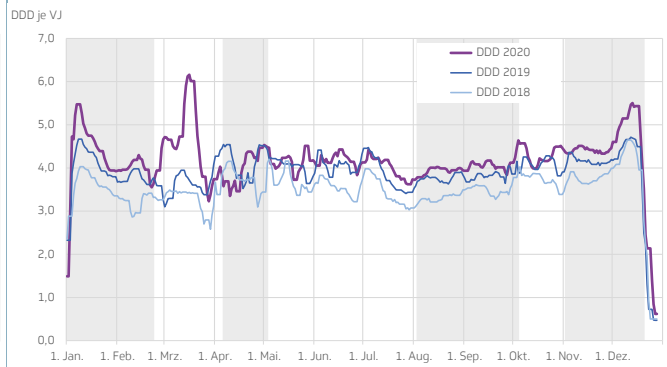
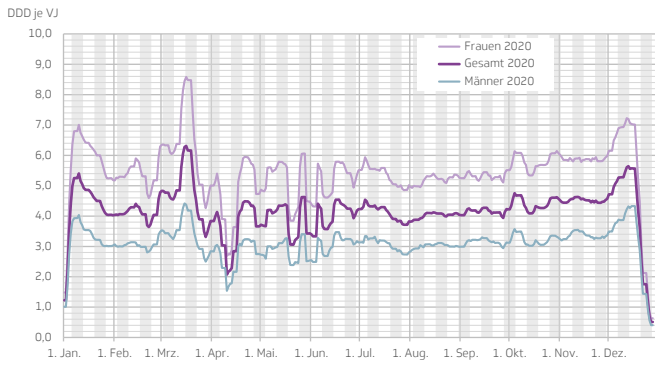
Gruppe J: Antinfektiva zur systemischen Anwendung



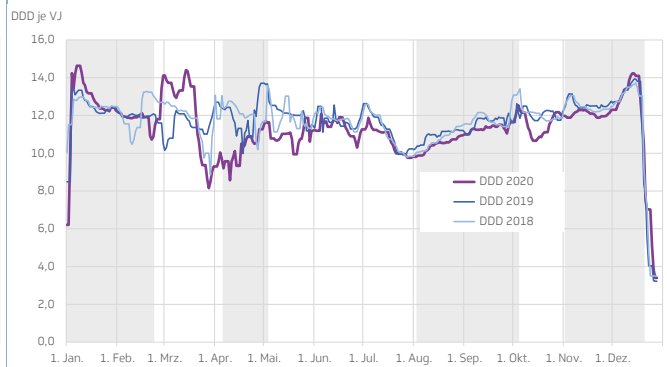
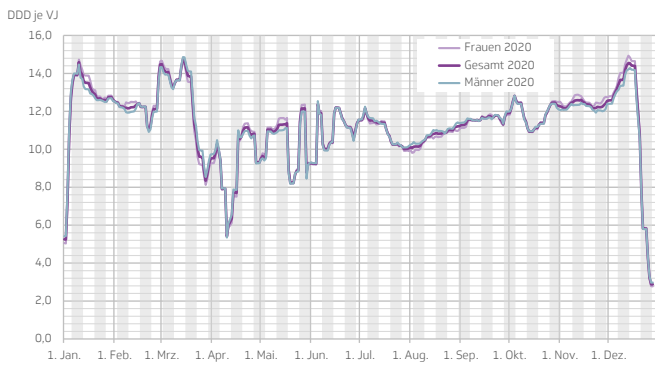
Arzneiverordnungen im Jahr 2020, auch nach Geschlecht

Arzneiverordnungen in den Jahren 2018, 2019 und 2020 basierend auf Daten zu Verordnungen an Arbeitstagen

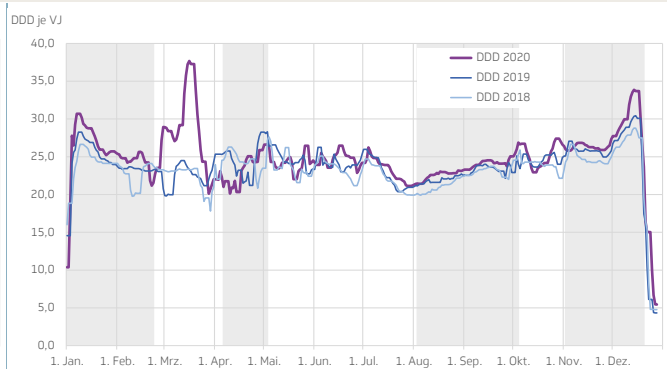
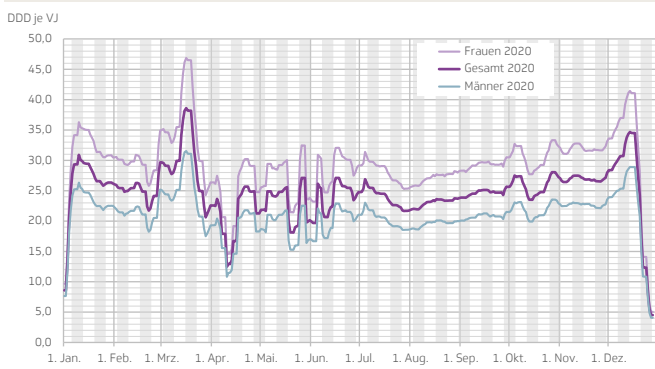
Gruppe L: Antineoplastische und immunmodulierende Mittel



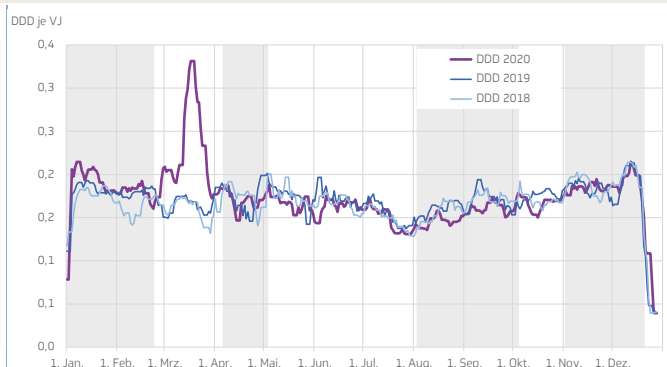
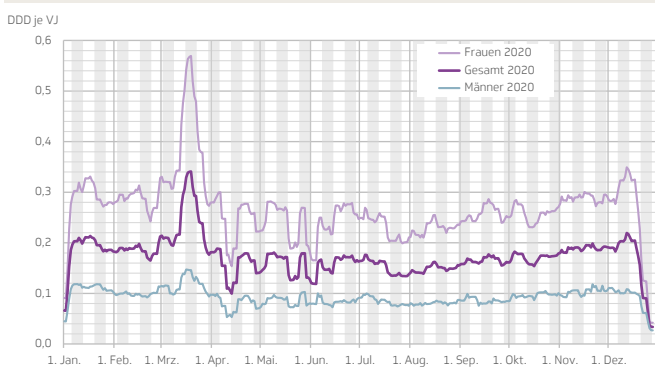
Gruppe M: Muskel- und Skelettsystem



Gruppe N: Nervensystem



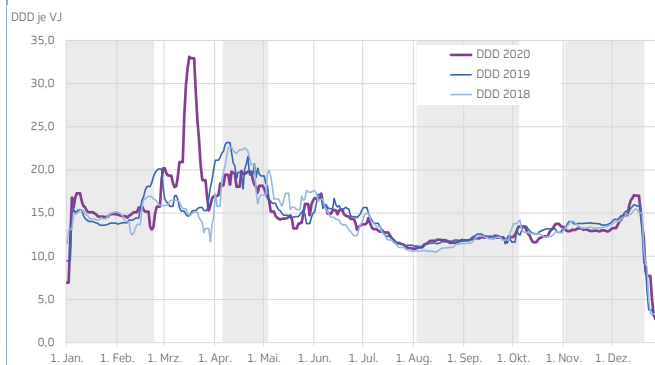
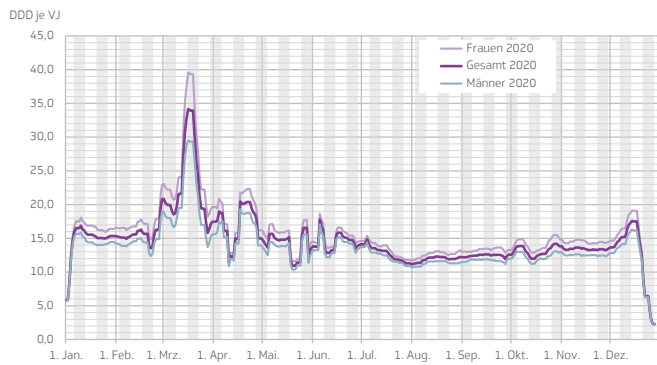
Gruppe P: Antiparasitäre Mittel



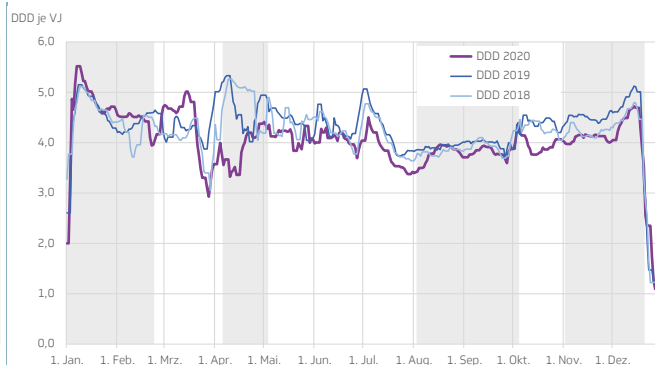
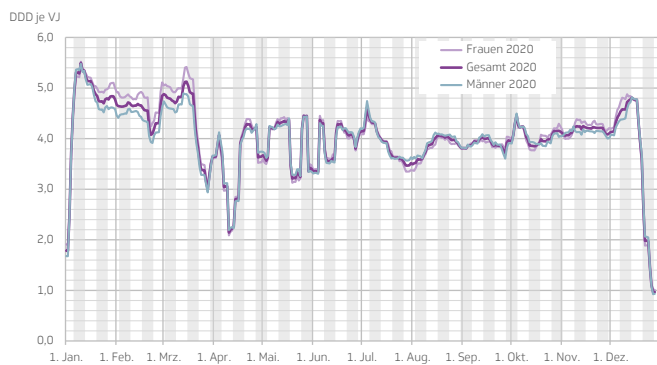
Arzneiverordnungen im Jahr 2020, auch nach Geschlecht

Arzneiverordnungen in den Jahren 2018, 2019 und 2020 basierend auf Daten zu Verordnungen an Arbeitstagen

Gruppe R: Respirationstrakt



Gruppe S: Sinnesorgane



Gruppe V: Varia

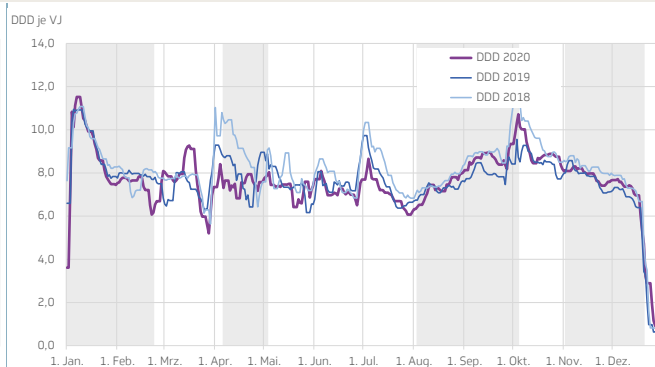
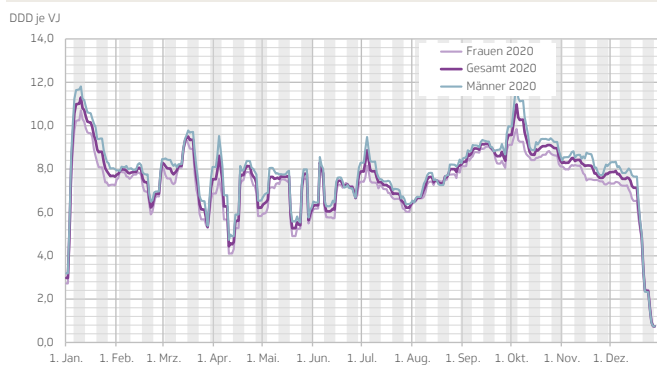


Abbildung 8 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, Angaben zu verordneten DDD je Versicherungsjahr, standardisiert; Mittelung von primär berechneten Tagesergebnissen über Intervalle von sieben Tagen um das jeweils verzeichnete Datum herum; Darstellungen auf der rechten Hälfte mit adjustierten Werten basierend auf Auswertungen zu regulären Arbeitstagen.)

**Gruppe A** Arzneimittel aus der Gruppe „Alimentäres System und Stoffwechsel“ belegten hinsichtlich des Verordnungsvolumens in allen drei Jahren Rang 2, wobei sie im Jahr 2020 für 13,4 Prozent des Verordnungsvolumens verantwortlich waren. Das Verordnungsvolumen in dieser Gruppe resultiert sehr maßgeblich aus Verordnungen von Protonenpumpenhemmern und dabei insbesondere aus Verordnungen der Substanz Pantoprazol, der mehr als die Hälfte des Verordnungsvolumens aus dieser Gruppe zuzuordnen ist. Pantoprazol wird bei Magenbeschwerden verabreicht, wurde aber in den letzten Jahren sehr häufig auch zur Prophylaxe einer Schädigung der Magenschleimhaut durch entzündungshemmende Schmerzmittel wie Ibuprofen verabreicht, welches seinerseits insbesondere bei Schmerzen im Muskel-Skelett-Bereich eingesetzt wird. Ein nicht unwesentlicher Teil an Verordnungen aus dieser Arzneimittelgruppe entfällt zudem auf Antidiabetika, also Arzneimittel, die bei erhöhten Blutzuckerwerten verordnet werden. Männer sind auch von Verordnungen aus dieser anatomischen Gruppe der ATC-Klassifikation in größerem Umfang als Frauen betroffen.

Anfang des Jahres 2020 zeigen sich bei dieser Arzneimittelgruppe etwas geringere Verordnungsvolumen als in den beiden Vorjahren. Von der ersten bis achten KW lag das Verordnungsvolumen im Jahr 2020 um durchschnittlich 3,3 Prozent niedriger als im entsprechenden Vorjahreszeitraum. Nachfolgend ist in der Zeit von Ende Februar und März 2020 auch bei Verordnungen aus dieser Gruppe ein deutlicher zweigipfliger Peak mit einem Höchststand um den 16. März herum zu erkennen. In der Woche um den 16. März 2020 herum wurden bei Erwerbspersonen 55,8 DDD je VJ an Arzneimitteln aus der Gruppe A verordnet. In der 9. bis 14. KW lag das Verordnungsvolumen um den Peak herum um durchschnittlich 12,0 Prozent höher als im Vorjahr. In der 15. bis 18. Kalenderwoche sowie nachfolgend in der 19. bis 25. Kalenderwoche wurden die Vorjahreswerte demgegenüber um 14,3 beziehungsweise 3,9 Prozent unterschritten. Im weiteren Jahresverlauf lag das Verordnungsvolumen dann geringfügig über dem Vorjahresniveau. Bezogen auf das Gesamtjahr wurde 2020 ein nahezu identisches Verordnungsvolumen wie im Vorjahr ermittelt (vergleiche auch Tabelle A3 im Anhang).

**Gruppe H** Arzneimittel aus der Gruppe „Systemische Hormonpräparate“ belegten mit einem Anteil von 9,7 Prozent wie in den Vorjahren auch 2020 Rang 3 hinsichtlich des Verordnungsvolumens. Mehr als vier Fünftel des Verordnungsvolumens aus der Gruppe entfallen auf Schilddrüsenpräparate, darunter ein überwiegender Teil auf die Substanz Levothyroxin. Eine wichtige Rolle spielen auch Corticosteroide wie Prednisolon, denen rund ein Siebtel des Verordnungsvolumens zuzuordnen ist. Frauen erhalten insbesondere die der Gruppe H zugeordneten Schilddrüsenpräparate erheblich häufiger als Männer, was die dargestellten sehr großen geschlechtsspezifischen Unterschiede zur Folge hat.

Anfang des Jahres 2020 lag das Verordnungsvolumen auch bei dieser Arzneimittelgruppe etwas geringer als in den Vorjahren. Von der ersten bis zur achten KW wurden im Jahr 2020 durchschnittlich 3,3 Prozent weniger Tagesdosen als 2019 verordnet. Auch bei diesen Arzneimitteln ist der typische Anstieg von Verordnungen ab Ende Februar und im März 2020 mit einem deutlich ausgeprägten Höchststand um den 16. März herum zu erkennen. In der Woche um den 16. März 2020 herum wurden bei Erwerbspersonen 46,5 DDD je VJ an Arzneimitteln aus der Gruppe H verordnet. In der 9. bis 14. KW lag das Verordnungsvolumen um den Peak herum um durchschnittlich 21,9 Prozent höher als im Vorjahr. In der 15. bis 18. Kalenderwoche sowie der 19. bis 31. Kalenderwoche wurden die Vorjahreswerte demgegenüber um 17,3 beziehungsweise 8,2 Prozent unterschritten. Im weiteren Jahresverlauf wurde das Verordnungsvolumen des Vorjahres nur noch leicht unterschritten. Bezogen auf das gesamte Jahr 2020 lag das Verordnungsvolumen um 1,7 Prozent niedriger als im Vorjahr (vergleiche Tabelle A3 im Anhang).

**Gruppe N** Arzneimittel aus der Gruppe „Nervensystem“ belegten wie in den Vorjahren auch 2020 mit einem Anteil von 9,6 Prozent den Rang 4 hinsichtlich des Verordnungsvolumens. In dieser Gruppe bestimmen Antidepressiva mit einem Anteil von mehr als 60 Prozent das Verordnungsvolumen. Eine deutlich geringere Rolle spielen Antiepileptika und Antipsychotika sowie weitere Medikamente. Frauen erhielten Medikamente aus dieser Gruppe in merklich größerem Umfang als Männer.

Anfang des Jahres 2020 lag das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln zur Behandlung des Nervensystems etwas höher als in den Vorjahren. Von der ersten bis zur achten KW wurden im Jahr 2020 durchschnittlich 1,5 Prozent mehr Tagesdosen als im Jahr 2019 verordnet. Auch bei diesen Arzneimitteln ist der typische Anstieg von Verordnungen ab Ende Februar und im März 2020 mit einem Höchststand um den 16. März herum nachweisbar. In der Woche um den 16. März 2020 wurden bei Erwerbspersonen 38,6 DDD je VJ an Arzneimitteln aus der Gruppe N verordnet. In der 9. bis 14. KW lag um den Peak herum das Verordnungsvolumen um

bei Erwerbspersonen verordnet. Ein ähnlicher Verlauf zeigt sich, wenn man von Arzneimitteln zur Behandlung des Nervensystems ausschließlich die Subgruppe der Antidepressiva betrachtet. Auch hier lag das Verordnungsvolumen bereits vor dem Beginn der Coronapandemie um 0,8 Prozent über dem Vorjahresniveau. In der 9. bis 14. Kalenderwoche wurden dann 18,3 Prozent mehr Tagesdosen als 2019 verordnet, in den Folgewochen bis zur 18. Kalenderwoche 6,2 Prozent weniger. Nach unauffälligen Ergebnissen in der 19. bis zur 31. Kalenderwoche lagen die Werte in den nachfolgend differenzierten drei Zeiträumen um 4,9, 5,4 und 2,7 Prozent über dem Vorjahresniveau, womit 2020 das jahresbezogene Verordnungsvolumen um 4,8 über dem des Vorjahres lag (vergleiche Tabelle A3 im Anhang).

#### Arzneiverordnungen im zeitlichen Verlauf

## Antidepressiva in zweiter Jahreshälfte 2020 leicht vermehrt verordnet

Neben deutlich erhöhten Verordnungen um den 16. März 2020 herum wurden Antidepressiva bei Erwerbspersonen auch im späteren Jahresverlauf ab August 2020 in leicht erhöhtem Umfang verordnet, was auf einen entsprechend gestiegenen Behandlungsbedarf hindeuten könnte. Die Anstiege bewegen sich jedoch in einem Rahmen, der ähnlich auch schon in anderen Jahren zu beobachten war.

durchschnittlich 19,8 Prozent höher als im Vorjahr. In der 15. bis 18. Kalenderwoche wurden die Vorjahreswerte demgegenüber um 6,1 Prozent unterschritten. Während sich das Verordnungsvolumen dann in der 19. bis 31. Kalenderwoche insgesamt etwa auf dem Vorjahresniveau bewegte, lagen die Verordnungsmengen im weiteren Jahresverlauf von der 32. bis 44. Kalenderwoche um rund fünf und in der 45. bis 51. Kalenderwoche noch um 2,6 Prozent über dem Vorjahresniveau. Im weiteren Verlauf des zweiten Halbjahres 2020 ist es demnach zu einer moderaten Zunahme an Verordnungen aus der Gruppe N gekommen. Bezogen auf das gesamte Jahr erhöhte sich das Verordnungsvolumen 2020 gegenüber dem Vorjahr in der Gruppe „Nervensystem“ um 4,4 Prozent, womit die Zunahme von 2019 auf 2020 deutlicher als die von 2018 auf 2019 ausfiel. So wurden in den drei Jahren 2018, 2019 und 2020 durchschnittlich 23,0, 23,6 und schließlich 24,7 Tagesdosen je Versicherungsjahr

**Gruppe G** Verordnungen aus der Gruppe „Urogenitales System und Sexualhormone“ belegen hinsichtlich des Verordnungsvolumens im Jahr 2020 den Rang 5. In den beiden Vorjahren lagen sie auf Rang 6. Verordnungen aus dieser Gruppe werden sehr maßgeblich durch Verordnungen weiblicher Sexualhormone bestimmt, weshalb Frauen von entsprechenden Verordnungen erheblich häufiger als Männer betroffen sind. Verordnet werden insbesondere Östrogene (beispielsweise in den Wechseljahren) und Kontrazeptiva (vorrangig die „Pille“).

Schon in den ersten Wochen des Jahres 2020 lag das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln aus der Gruppe G deutlich höher als in den entsprechenden Vorjahreszeiträumen, wobei sich, wie in den Vorjahren, insbesondere zu Jahresbeginn sehr hohe Verordnungsvolumen zeigen. Der Peak zu Jahresbeginn dürfte dabei in Zusammenhang mit typischen quartalszyklischen Verordnungen von Kontrazeptiva stehen, wobei viele Frauen offensichtlich bereits zu Quartalsbeginn ihr Rezept erhalten. Von der ersten bis zur achten KW wurden im Jahr 2020 durchschnittlich 22,9 Prozent mehr Tagesdosen als im Jahr 2019 verordnet. Nähere Betrachtungen zeigen, dass diese deutlichen Differenzen zu den Vorjahren fast ausschließlich aus der vermehrten Verordnung hormoneller Kontrazeptiva resultieren, wobei sich Verordnungen entsprechender Substanzen bereits ab Mai des Jahres 2019 auf einem höheren Niveau bewegen. Gemessen an den hohen Verordnungen zu Jahresbeginn 2020 fällt der Gipfel im März schwach aus, wobei sich dennoch auch hier der schon mehrfach beschriebene charakteristische zweigipflige Verlauf zeigt. In der 9. bis 14. KW lag das Verordnungsvolumen um den Peak herum um durchschnittlich 24,9 Prozent höher als im Vorjahr, von der 15. bis 18. KW (bis zum 3. Mai 2020) wurden die Vorjahreswerte noch um 3,1 Prozent überschritten.



Im weiteren Verlauf des Jahres 2020 lag das Verordnungsvolumen nur noch geringfügig über den bereits 2019 vergleichsweise hohen Werten. Bezogen auf das gesamte Jahr 2020 lag das Verordnungsvolumen um 7,4 Prozent höher als im Vorjahr (vergleiche Tabelle A3 im Anhang).

**Gruppe R** Arzneimittel aus der Gruppe „Respirationstrakt“ belegten im Jahr 2020 mit einem Anteil von 5,7 Prozent am Arzneiverordnungsvolumen den Rang 6. In den Vorjahren hatten sie noch Rang 5 belegt. Das Verordnungsvolumen bestimmen in dieser Gruppe maßgeblich inhalative Sympathomimetika und andere Mittel zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen wie Asthma und COPD. Eine gewisse Rolle spielen auch Antihistaminika sowie Rhinologika, die vorrangig bei allergischen Erkrankungen der Atemwege wie Heuschnupfen verordnet werden. Frauen erhalten Arzneimittel aus dieser Gruppe in etwas größerem Umfang als Männer.

Anfang 2020 lag das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln zur Behandlung des Respirationstraktes insgesamt etwas niedriger als im Vorjahr, was jedoch vorrangig an den vergleichsweise geringen Verordnungen in der achten (und neunten) KW lag. Von der ersten bis zur achten KW wurden damit im Jahr 2020 durchschnittlich 1,3 Prozent weniger Tagesdosen als im Jahr 2019 verordnet. Während der erste Anstieg des Verordnungsvolumens Ende Februar 2020 eher moderat ausfällt, zeigt sich ein sehr deutlich ausgeprägter Gipfel Mitte März 2020, wobei auch hier ein Höchststand um den 16. März herum nachweisbar war. In der Woche um den 16. März 2020 herum wurden bei Erwerbspersonen 34,2 DDD je VJ an Arzneimitteln aus der Gruppe R verordnet. In der 9. bis 14. KW lag das Verordnungsvolumen um den Peak herum um durchschnittlich 20,7 Prozent höher als im Vorjahr. Im April 2020 deutet sich – vermutlich mitbedingt durch die Lage der Ostertage – ein nur geringerer Anstieg der Verordnungen als in den Vorjahren an, der in dieser Zeit typischerweise im Zusammenhang mit Pollenallergien steht. In der 15. bis 18. Kalenderwoche sowie in der 19. bis 31. KW wurden die Vorjahreswerte um 8,9 beziehungsweise 3,2 Prozent unterschritten. Nach geringfügig erhöhten Werten in der 32. bis 44. KW wurden die Vorjahreswerte auch in der 45. bis 51. KW relativ deutlich, nämlich um 4,1 Prozent, unterschritten. Trotz des ausgeprägten Peaks Mitte März lag das Verordnungsvolumen bezogen auf das Gesamtjahr 2020 auch deshalb nur um 1,2 Prozent höher als im Vorjahr (vergleiche auch Tabelle A3 im Anhang).

**Gruppe M** Arzneimittel aus der Gruppe „Muskel- und Skelettsystem“ belegten trotz eines leicht abnehmenden Verordnungsvolumens wie in den Vorjahren auch 2020 mit einem Anteil von 4,4 Prozent Rang 7 hinsichtlich des Verordnungsvolumens. In dieser Gruppe bestimmen nichtsteroidale Antiphlogistika mit Substanzen wie Ibuprofen und Diclofenac das Verordnungsvolumen. Deutlich geringere Rollen spielen Gichtmittel, bestimmte Antirheumatika und Muskelrelaxanzien. Die Gesamtverordnungsmengen bei Männern und Frauen unterscheiden sich kaum.

Anfang des Jahres 2020 lag das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln zur Behandlung des Muskel- und Skelettsystems etwas niedriger als in den Vorjahren. Von der ersten bis zur achten KW wurden im Jahr 2020 durchschnittlich 2,4 Prozent weniger Tagesdosen als im Jahr 2019 verordnet. Auch bei diesen Arzneimitteln zeichnet sich der typische Anstieg von Verordnungen ab Ende Februar 2020 ab, wobei allerdings ein zweiter Gipfel im März 2020 mit einem Höchststand um den 14. März herum kaum höher als der erste Gipfel ausfällt. In der Woche um den 14. März 2020 herum wurden bei Erwerbspersonen 14,7 DDD je VJ an Arzneimitteln aus der Gruppe M verordnet. In der 9. bis 14. KW lag das Verordnungsvolumen um den zweigipfligen Peak herum nur um durchschnittlich 1,4 Prozent höher als im Vorjahr, wobei es zu Ende dieses Zeitraums bereits zu einem erheblichen Rückgang der Verordnungen gekommen war. Im weiteren Verlauf von der 15. bis 18. KW und von der 19. bis 31. KW wurden die Vorjahreswerte um 15,7 beziehungsweise 6,3 Prozent unterschritten. Auch in den verbleibenden Wochen des Jahres 2020 lagen die Verordnungsvolumen etwas niedriger als im Vorjahr. Im Gesamtjahr 2020 wurde das Verordnungsvolumen des Vorjahrs um 3,4 Prozent unterschritten (vergleiche auch Tabelle A3 im Anhang). Die vergleichsweise geringen Verordnungen aus dieser Gruppe im Jahr 2020 könnten zum Teil Folge effektiv geringerer körperlicher Belastungen im Zuge des Lockdowns und von Kurzarbeit gewesen sein. Eine Rolle könnte auch gespielt haben, dass eine Reihe von nichtsteroidalen Antiphlogistika auch rezeptfrei erhältlich ist und insofern auch ohne Rezept an Patienten abgegeben werden kann. Dadurch konnten Patienten potenziell ein möglicherweise befürchtetes Infektionsrisiko in einer Arztpraxis auch vermeiden, ohne auf die Arzneimittel gänzlich verzichten zu müssen.

**Gruppe V** Der Gruppe „Varia“ ließen sich im Jahr 2020 2,96 Prozent des Verordnungsvolumens zuordnen, womit sie wie in den Vorjahren Rang 8 hinsichtlich des Verordnungsvolumens belegten. Die dieser Gruppe zugeordneten Verordnungen lassen sich typischerweise nicht als Arzneimittel in einem engeren Sinne bezeichnen, obwohl sie wie die eigentlichen Arzneimittel auf Rezept von Apotheken abgegeben werden. Die Verordnungen dieser Gruppe resultieren bei Erwerbspersonen fast ausschließlich aus Verordnungen von Diabetestests und Allergenextrakten. Letztere werden zur Diagnostik und Desensibilisierung bei Allergien verwendet.

Hohe Verordnungen zu Jahresbeginn in allen drei Jahren deuten auch bei dieser Gruppe auf die Bedeutung von quartalszyklischen Verordnungen hin. Von der ersten bis zur achten KW wurden im Jahr 2020 durchschnittlich 6,9 Prozent weniger Tagesdosen als im Jahr 2019 verordnet. Gemessen an den Verordnungen zu Jahresbeginn fällt der Gipfel im März 2020 fast unkenntlich aus. In der 9. bis 14. KW lag das Verordnungsvolumen um den kaum erkennbaren Peak herum durchschnittlich um 1,0 Prozent niedriger als im Vorjahr. Im weiteren Verlauf von der 15. bis 18. KW und von der 19. bis 31. KW wurden die Vorjahreswerte um 7,6 beziehungsweise 5,1 Prozent unterschritten. Im weiteren Verlauf des Jahres 2020 wurde demgegenüber ein höheres Verordnungsvolumen als im Vorjahr erfasst, welches jedoch stets niedriger als 2018 lag. Bezogen auf das Gesamtjahr 2020 lag das Verordnungsvolumen 0,7 Prozent niedriger als 2019, also in der Summe auf einem weitgehend identischen Niveau (vergleiche Tabelle A3 im Anhang).

**Gruppe B** Der Gruppe „Blut und blutbildende Organe“ lassen sich im Jahr 2020 noch 2,82 Prozent des Verordnungsvolumens zuordnen, womit sie wie in den Vorjahren Rang 9 belegt. Verordnungsrelevant sind aus dieser Gruppe insbesondere antithrombotisch wirksame Mittel wie Acetylsalicylsäure und Heparin. Eine gewisse Bedeutung haben auch Verordnungen von Vitamin B12 und Eisenpräparate. Abgesehen von dem viel geringeren Verordnungsvolumen und etwas weniger stark ausgeprägten Variationen ähneln die Ergebnisse im zeitlichen Verlauf sowie bei der Gegenüberstellung von Vorjahresergebnissen denen der Gruppe C „Kardiovaskuläres System“. Dabei dürften die antithrombotisch wirksamen Mittel aus Gruppe B oftmals von denselben Ärzten verordnet werden, die aus Gruppe C blutdrucksenkende Mittel verordnen. Im Jahr 2020 lag das Gesamtverordnungsvolumen der Gruppe B um 1,3 Prozent über dem Vorjahr. Kennzahlen sind bei Bedarf Tabelle A3 im Anhang zu entnehmen.

**Gruppe D** Der Gruppe „Dermatika“ ließen sich 2020 noch 2,63 Prozent des Verordnungsvolumens zuordnen, womit die Gruppe wie in den Vorjahren Rang 10 belegt. Der Gruppe sind vorrangig äußerlich anzuwendende Arzneimittel (beispielsweise kortisonhaltige Salben) zur Behandlung von Hauterkrankungen wie Neurodermitis oder Schuppenflechte, aber auch zur Behandlung von Hautinfektionen oder Akne zugeordnet. Die offensichtlichsten Überschreitungen von Vorjahreswerten zeigen sich im August 2020, was möglicherweise mit der ausgeprägten Hitzewelle in diesem Monat zusammenhängen könnte. Im Jahr 2020 wurden 3,1 Prozent mehr Tagesdosen aus dieser Gruppe als 2019 verordnet. Weitere Kennzahlen können bei Bedarf Tabelle A3 im Anhang entnommen werden.

**Gruppe L** Der Gruppe „Antineoplastische und immunmodulierende Mittel“ ließen sich 2020 1,62 Prozent des Verordnungsvolumens zuordnen, womit die Gruppe bei steigender Verordnungshäufigkeit den 11. Rang belegte. In den Vorjahren nahm sie demgegenüber erst Rang 13 ein. Der Gruppe sind vorrangig Immunsuppressiva und Hormonantagonisten zugeordnet. Zu den am häufigsten ambulant verordneten Substanzen aus der Gruppe L zählen Tamoxifen (vorrangig bei Brustkrebs vor der Menopause), Adalimumab (vorrangig bei rheumatoider Arthritis und entzündlichen Darmerkrankungen), Azathioprin (vorrangig zur Vorbeugung gegen Abstoßungsreaktionen) sowie Ustekinumab (vorrangig bei bestimmten Arten der Schuppenflechte und entzündlichen Darmerkrankungen verordnet). Frauen erhalten Arzneimittel aus der Gruppe L in deutlich größerem Umfang als Männer, was maßgeblich aus Brustkrebsbehandlungen resultieren dürfte.

Anfang des Jahres 2020 lag das Verordnungsvolumen von Präparaten aus dieser Arzneimittelgruppe etwas höher als in den Vorjahren. Von der ersten bis zur achten KW wurden im Jahr 2020 durchschnittlich 4,0 Prozent mehr Tagesdosen als im Jahr 2019 verordnet. Auch bei diesen Arzneimitteln ist der typische Anstieg von Verordnungen ab Ende Februar und im März 2020 mit einem deutlich ausgeprägten Höchststand um den 16. März zu erkennen. In der Woche um den 16. März 2020 herum wurden bei Erwerbspersonen 6,3 DDD je VJ an Arzneimitteln aus der Gruppe L verordnet. In der 9. bis 14. KW lag das Verordnungsvolumen um den Peak herum um durchschnittlich 20,9 Prozent höher als im Vorjahr. Auch bei diesen Arzneimitteln dürfte es in dieser Zeit zu einer prophylaktischen Bevorratung gekommen sein. In der 15. bis 18. Kalenderwoche wurden die Vorjahreswerte nur leicht um 4,1 Prozent unterschritten und in der 19. bis 31. Kalenderwoche bereits wieder um 2,7 Prozent überschritten. In den nachfolgend differenzierten Zeiträumen lagen die Verordnungsvolumen um 7,3 bis 8,2 Prozent höher als

im Jahr 2019, was als Ausdruck einer weitgehend stetig vermehrten Verordnung entsprechender Arzneimittel bei Erwerbspersonen interpretiert werden kann. Bezogen auf das Gesamtjahr 2020 lag das Verordnungsvolumen um 7,0 Prozent höher als 2019. Dabei war das Verordnungsvolumen in dieser Gruppe bereits 2019 im Vergleich zu 2018 um 10,9 Prozent gewachsen (vergleiche auch Tabelle A3 im Anhang).

#### Verordnungen von Antibiotika

## Deutlich weniger Verordnungen von Antibiotika 2020

Ab April 2020 wurden in allen Monaten bis zum Jahresende weniger Antibiotika als in jedem anderen Monat seit Beginn der Auswertungen zum Gesundheitsreport ab dem Jahr 2000 verordnet. Das jahresbezogen ermittelte Verordnungsvolumen lag 2020 um 23,9 Prozent unter dem Vorjahresergebnis. In den Monaten April und Mai sowie ab Oktober wurden die Vorjahresergebnisse im Jahr 2020 um jeweils mehr als ein Drittel unterschritten. Im Zuge der Maßnahmen und Verhaltensänderungen zur Eindämmung der Coronapandemie dürfte es demnach auch zu einer deutlichen Reduktion der Verbreitung von anderen Infektionen gekommen sein.

**Gruppe J** „Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung“ bezeichnen Arzneimittel zur Behandlung von Infekten, die dem Körper im Sinne einer „systemischen Anwendung“ – in der Regel durch Schlucken oder Infusionen – zugeführt und entsprechend nicht an einer bestimmten betroffenen Körperstelle angewendet werden. Der Gruppe ließen sich 2020 lediglich 1,61 Prozent des Verordnungsvolumens zuordnen, womit die Gruppe 2020 im Hinblick auf das Verordnungsvolumen nur noch den Rang 12 statt Rang 11 wie in den Vorjahren belegte. Allerdings charakterisiert das Verordnungsvolumen die Bedeutung dieser Gruppe nur sehr unzureichend. Antiiinfektiva werden auch weiterhin noch vergleichsweise vielen Menschen verordnet. Dabei sind allerdings oftmals nur kurzzeitige Gaben entsprechender Medikamente ausreichend. So kann beispielsweise die einmalige

Gabe eines Antibiotikums zur Behandlung bestimmter Harnwegsinfekte genügen. Insofern kann also trotz einer vergleichsweise verbreiteten Anwendung ein nur geringes Verordnungsvolumen gemessen in Tagesdosen resultieren. Verordnungen aus der Gruppe der Antiiinfektiva bestanden 2020 zu knapp drei Vierteln aus der Gabe von Antibiotika und zu rund einem Viertel aus der Gabe antiviraler Mittel. Eine eher untergeordnete Rolle spielen demgegenüber Mittel gegen Pilzinfektionen (Antimykotika) sowie Immunsensibilisierstoffe. Impfstoffe zählen gleichfalls zur Gruppe der Antiiinfektiva, ihre Anwendung ist jedoch in den hier betrachteten Arzneverordnungsdaten nur sehr unvollständig dokumentiert. Männer erhielten im Jahr 2020 etwas größere Verordnungsmengen als Frauen.

Bei der Betrachtung der Verordnungsvolumen von Antiiinfektiva im Zeitverlauf zeigen sich bei einer Gegenüberstellung der Ergebnisse zu den ersten drei Halbjahren 2018, 2019 und 2020 mehrere Besonderheiten. Zunächst fallen außergewöhnlich hohe Verordnungen im ersten Quartal des Jahres 2018 auf. Diese dürften mit der gleichfalls außergewöhnlich stark ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle in der Grippesaison 2017/2018 mit einem Gipfel Ende Februar/Anfang März 2018 zusammenhängen. Im zweiten Quartal 2018 bewegen sich die Verordnungszahlen dann auf einem vergleichbaren Niveau wie im Jahr 2019.

Die Grippesaison 2018/2019 war demgegenüber nur schwach ausgeprägt. Hier lässt sich feststellen, dass sich Verordnungen von Antiiinfektiva zu Beginn der beiden Jahre 2019 und 2020 noch auf einem ähnlichen Niveau bewegten, wobei die Werte des Jahres 2019 dann bereits im Februar 2020 (selbst vor der Rosenmontagswoche) noch merklich unterschritten wurden. Von der ersten bis zur achten KW wurden so im Jahr 2020 durchschnittlich 5,1 Prozent weniger Tagesdosen als im Jahr 2019 verordnet. Auch bei den Antiiinfektiva zeichnet sich der typische Anstieg von Verordnungen ab Ende Februar 2020 ab, wobei allerdings der zweite Gipfel Mitte März 2020 niedriger als der erste ausfällt, der mit einem Höchststand um den 1. März herum beobachtet werden konnte. In der Woche um den 1. März 2020 herum wurden bei Erwerbspersonen 6,4 DDD je VJ an Arzneimitteln aus der Gruppe J verordnet. In der 9. bis 14. KW lag das Verordnungsvolumen um den zweigipfligen Peak herum nur um durchschnittlich 0,4 Prozent höher als im Vorjahr, wobei es allerdings auch bei den Antiiinfektiva zu Ende dieses Zeitraums bereits zu einem erheblichen Rückgang der Verordnungen gekommen war.

Das auffälligste Ergebnis der Betrachtungen bilden schließlich die ab April 2020 nahezu durchgängig erheblich geringeren Verordnungsvolumen als in den Vorjahren 2018 und 2019. Ab April bewegte sich das Verordnungsvolumen damit etwa auf einem Niveau, dass typischerweise nur im Hochsommer Anfang August zu erwarten ist. Während so Mitte August das Verordnungsniveau 2020 in etwa dem der Vorjahre entsprach, wurden von der 15. bis 18. KW sowie auch von der 45. bis zur 51. KW zu Jahresende die Vorjahreswerte um 31,0 beziehungsweise 29,7 Prozent unterschritten. Bezogen auf das Gesamtjahr 2020 lag das Verordnungsvolumen an Antiinfektiva um 15,1 Prozent niedriger als 2019.

**Subgruppe Antibiotika** Noch deutlichere relative Abweichungen zu den Vorjahren lassen sich feststellen, wenn man die Betrachtung der Antiinfektiva auf deren maßgeblichste Subgruppe, nämlich auf die Antibiotika mit der ATC-Kennung J01, beschränkt. Während 2018 noch 4,04 Tagesdosen je VJ an Antibiotika verordnet worden waren, sank das Verordnungsvolumen bereits 2019 um 7,7 Prozent auf 3,73 Tagesdosen je VJ. Von 2019 auf 2020 war dann schließlich ein jahresbezogener Rückgang um 23,9 Prozent auf nur noch 2,84 Tagesdosen je VJ feststellbar (vergleiche die gesonderte Abbildung 9 zu Antibiotika sowie auch Tabelle A3 im Anhang).

**Antibiotikaverordnungsvolumen im Jahr 2020, auch nach Geschlecht, sowie Verordnungsvolumen in den Jahren 2018, 2019 und 2020 mit Verlaufskorrektur (im Wochenmittel)**

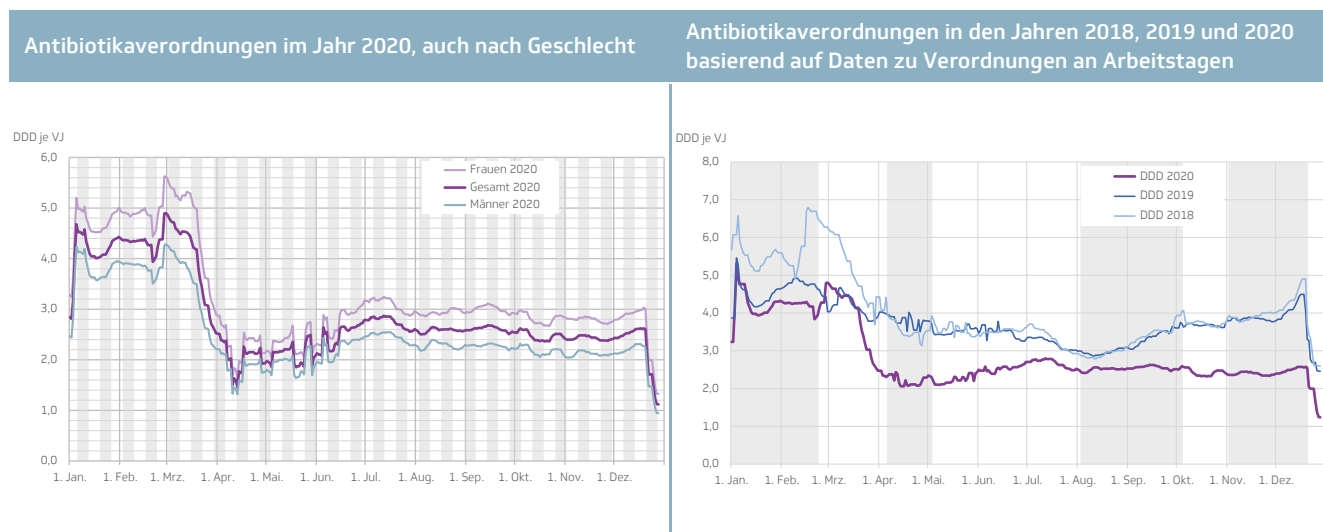


Abbildung 9 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, Angaben zu verordneten DDD je Versicherungsjahr, standardisiert; Mittelung von primär berechneten Tagesergebnissen über Intervalle von sieben Tagen um das jeweils verzeichnete Datum herum; Darstellungen auf der rechten Hälfte mit adjustierten Werten basierend auf Auswertungen zu regulären Arbeitstagen.)

Ab dem Monat April 2020 wurden bei Erwerbspersonen nur noch ausgesprochen wenig Antibiotika verordnet. Die ab diesem Zeitraum bis Ende des Jahres 2020 erfassten monatsbezogenen Werte unterschritten nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen in allen Monaten die seit dem Jahr 2000 und bis zum Beginn der Coronapandemie erfassten Verordnungsvolumen. Während bis März 2020 innerhalb eines Monats minimal 2,88 Tagesdosen je VJ (im August 2003) verordnet worden waren, wurden in den Monaten April bis Dezember nur zwischen 2,00 und 2,80 Tagesdosen je VJ verordnet (vergleiche Tabelle A4 im Anhang). Ein Teil dieser Reduktion – insbesondere zu Beginn der Pandemie – könnte auch die Folge von weniger patientenseitigen Arztbesuchen bei nur leichten bis moderaten Infekten gewesen sein. Zugleich lässt sich jedoch vermuten, dass es im zeitlichen Verlauf der Pandemie – bedingt durch

die unterschiedlichen Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie – auch effektiv zu einer geringeren Verbreitung der jahreszeitlich sonst üblichen Infektionen gekommen sein dürfte und durch die Maßnahmen auch die realen Anlässe zur Verordnung von Antiinfektiva beziehungsweise Antibiotika deutlich reduziert wurden.

**Gruppe 5** Der Gruppe „Sinnesorgane“ ließen sich im Jahr 2020 lediglich 1,57 Prozent des Verordnungsvolumens zurechnen, womit die Gruppe 2020 den Rang 13 (statt Rang 12 wie in den Vorjahren) belegte. Der Gruppe sind vorrangig Mittel zur Glaukombehandlung (Grüner Star) sowie zur Behandlung von Infektionen und Entzündungen im Bereich der Augen zuzuordnen.

Die Entwicklung der Verordnungen in den ersten Wochen des Jahres 2020 unterscheidet sich eher graduell von denen in den beiden Vorjahren. Von der ersten bis zur achten KW wurden im Jahr 2020 durchschnittlich 0,1 Prozent mehr Tagesdosen als im Jahr 2019 verordnet. Der Gipfel im März 2020 fällt fast unkenntlich aus, wobei sich im Wochenmittel ab dem 20. März steil sinkende Verordnungszahlen zeigen. Bedingt durch niedrige Werte Ende März lag das Verordnungsvolumen bereits im Zeitraum von der 9. bis 14. KW insgesamt um durchschnittlich 4,6 Prozent niedriger als im Vorjahr. Im nachfolgenden Zeitraum von der 15. bis 18. KW wurden die Vorjahreswerte um 18,4 Prozent unterschritten, in den Folgezeiträumen variierten die Unterschreitungen der entsprechenden Vorjahresergebnisse zwischen 2,0 und 9,7 Prozent. Weitere Kennzahlen sind bei Bedarf Tabelle A3 im Anhang zu entnehmen. Auch hierbei könnte ein geringeres Infektionsrisiko eine Rolle gespielt haben.

**Gruppe P** Der noch verbleibenden Gruppe „Antiparasitäre Mittel“ ließen sich im Jahr 2020 schließlich nur noch 0,07 Prozent des Verordnungsvolumens zuordnen, womit die Gruppe wie in den Vorjahren den 14. und letzten Rang hinsichtlich des zugeordneten Verordnungsvolumens belegte. Mehr als die Hälfte der Tagesdosen entfällt auf die Subgruppe der „Malariamittel“ und dabei bereits allein auf die Substanz Hydroxychloroquin. Eine deutlich geringere Rolle spielen Mittel gegen Amöbiasis und andere Protozoen (tierische Einzeller) sowie Nematodenmittel (Mittel gegen Fadenwürmer). Die vorrangig verordnete Substanz Hydroxychloroquin dürfte in Deutschland dabei nur selten zur Vorbeugung und Behandlung der Malaria tropica, sondern vorrangig zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis und des systemischen Lupus erythematodes verordnet werden.

Frauen erhalten Arzneimittel aus dieser Gruppe im Einklang mit dieser Vermutung in deutlich größerem Umfang als Männer.

Anfang des Jahres 2020 bewegte sich das Verordnungsvolumen von Präparaten aus dieser Arzneimittelgruppe im Vergleich zu Vorjahresergebnissen in einem unauffälligen Bereich. Von der ersten bis zur achten KW wurden im Jahr 2020 durchschnittlich 0,1 Prozent weniger Tagesdosen als im Jahr 2019 verordnet. Auch bei diesen Arzneimitteln ist der typische Anstieg von Verordnungen andeutungsweise ab Ende Februar und deutlicher im März 2020 mit einem ausgeprägten Höchststand, hier mit einem Maximum erst um den 19. März herum, zu erkennen. Auch in der Woche um den 19. März 2020 herum wurden bei Erwerbspersonen ambulant jedoch nur 0,34 DDD je VJ an Arzneimitteln aus der Gruppe P verordnet. Dabei dürften vermutlich die phasenweise medial diskutierten Überlegungen zur Anwendung von Hydroxychloroquin gegen SARS-CoV-2-Viren keine sehr bedeutsame Rolle gespielt haben – entsprechende Anwendungen oder Indikationsüberlegungen hätten auch bei Männern zu einem stärkeren Anstieg führen müssen. In der 9. bis 14. KW lag das Verordnungsvolumen um den Peak herum geschlechterübergreifend um durchschnittlich 32,3 Prozent höher als im Vorjahr. Auch bei diesen Arzneimitteln dürfte es in dieser Zeit zu einer prophylaktischen Bevorratung gekommen sein. In allen standardmäßig bei Auswertungen differenzierten Folgezeiträumen innerhalb des Jahres 2020 wurden die Vorjahreswerte um 0,6 bis 6,1 Prozent unterschritten. Bezogen auf das Gesamtjahr 2020 lag das Verordnungsvolumen aufgrund des ausgeprägten Peaks im März um 1,5 Prozent höher als 2019 (vergleiche Tabelle A3 im Anhang).

**Zusammenfassung** Das erste Kapitel des diesjährigen Gesundheitsreports liefert – basierend auf Routinedaten – eine Zusammenstellung von zeitlich möglichst genau differenzierten Ergebnissen zur Gesundheit von Erwerbspersonen innerhalb des Jahres 2020. Abgedeckt wird mit den Auswertungen ein Zeitraum, der die erste COVID-19-Infektionswelle und ihre erfolgreiche Eindämmung in Deutschland bis zum Sommer sowie wesentliche Teile der erheblich stärker ausgeprägten zweiten Pandemiewelle im Herbst und Winter 2020 umfasst. Zurückgegriffen werden konnte für die Auswertungen zu jedem Zeitpunkt auf Daten zu mehr als fünf Millionen Erwerbspersonen und damit auf Daten zu rund 15 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Zu dieser Population standen Informationen sowohl zu gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten als auch zu Arzneiverordnungen zur Verfügung.

Trotz der auch in Deutschland erheblich stärker ausgeprägten zweiten Pandemiewelle ab Herbst 2020 ließen sich in den TK-Daten zu den rund 5,4 Millionen 15- bis 64-jährigen Erwerbspersonen innerhalb des Jahres 2020 unter den insgesamt mehr als 5,2 Millionen AU-Fällen nur 27.384 AU-Fälle mit vorrangig dokumentierter COVID-19-Diagnose identifizieren. Auch bei einer ergänzenden Berücksichtigung von AU-Fällen, bei denen eine COVID-19-Diagnose nur als nachrangige Diagnose erfasst war, erhöhte sich ihre Zahl lediglich um 2.404 auf 29.788 Fälle. Nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen wurden damit im Jahr 2020 bezogen auf 100 durchgängig versicherte Personen (beziehungsweise je 100 VJ) nur 0,51 AU-Fälle und 5,83 AU-Tage mit expliziter (und vorrangiger) Angabe einer COVID-19-Diagnose erfasst. Die Krankschreibungen unter entsprechenden Diagnosen waren damit für lediglich 0,39 Prozent der im Jahr 2020 gemeldeten Fehltag verantwortlich zu machen, nur etwa jeder 260-zigste Fehltag wurde unter einer COVID-19-Diagnose erfasst.

Auf den ersten Blick erscheinen die genannten Zahlen erstaunlich niedrig. So waren vom RKI am 1. Januar 2021 für das Jahr 2020 insgesamt mehr als 1,7 Millionen nachweisliche Infektionen mit SARS-CoV-2 gemeldet worden, darunter rund 1.185.140 Fälle bei 15- bis 59-Jährigen. Damit waren in der genannten Altersgruppe im Jahr 2020 in Deutschland mehr als 2,4 Prozent der Bevölkerung von einer SARS-CoV-2-Infektion betroffen. Unterstellt man ein vergleichbares Infektionsrisiko unter den Erwerbspersonen mit Versicherung bei der TK, dann wäre in der im Gesundheitsreport betrachteten Population von 5,4 Millionen Personen überschlägig mit rund 130.000 Infizierten zu rechnen gewesen. Die jetzt identifizierten COVID-19-AU-Fälle entsprechen also weniger als einem Viertel der erwartbaren Zahl an Infizierten.

Allerdings existiert eine Reihe von Gründen, weshalb die Zahl der Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnose deutlich unterhalb der Zahl an gemeldeten SARS-CoV-2-Infektionen

liegen sollte. Einer der wesentlichsten Gründe dürfte darin bestehen, dass Ärzte Patienten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion nur dann krankschreiben dürfen, wenn diese auch Symptome mit Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufweisen. Kann eine PCR-positive Person nur aufgrund der erforderlichen Quarantäne nicht arbeiten, wird eine Entgeltfortzahlung gegebenenfalls über eine Entschädigung nach dem Infektionsschutzgesetz gesichert, wovon auch der sonst im Erkrankungsfall zunächst für die Entgeltfortzahlung zuständige Arbeitgeber profitiert. Die Krankenkasse wird in diesem Fall nicht informiert. Ein Teil der Beschäftigten im Home-Office dürfte zudem auch beim Vorliegen von (leichteren) Symptomen auf eine Krankmeldung verzichtet haben, zumal telefonische Krankmeldungen regulär nur bei leichten Erkältungskrankheiten und explizit nicht bei COVID-19-Diagnosen ausgestellt wurden.

Aufgrund des großen Umfangs der TK-Population war es auch bei einer anteilig geringen Zahl an AU-Meldungen mit expliziter COVID-19-Diagnose möglich, sich berufsspezifischen Risiken von COVID-19-Infektionen zu widmen. Zum einen wurden im Rahmen deskriptiver Auswertungen nicht adjustierte Risiken für unterschiedliche Zeiträume und Subgruppen von Erwerbspersonen ermittelt. Zum anderen wurden in logistischen Regressionsmodellen auch adjustierte Einflüsse auf das Risiko für Arbeitsunfähigkeiten mit einer COVID-19-Diagnose ermittelt, wobei die Merkmale Geschlecht, Alter, Wohnort und ausgeübte Tätigkeit, differenziert nach 111 Berufen mit jeweils mehr als 10.000 Versicherten, als potenzielle Einflussfaktoren in den Modellrechnungen gleichzeitig berücksichtigt wurden. Die Ergebnisse werden im Report nur auszugsweise dargestellt, können jedoch auf Anfrage vollständig bereitgestellt werden. Dabei ergaben sich im Wesentlichen folgende Ergebnisse:

- Weibliche Beschäftigte hatten 2020 ein merklich höheres Risiko für Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnosen als männliche Beschäftigte, wobei sich ein wesentlicher Teil der Differenzen auf das geschlechtsspezifisch unterschiedliche Berufsspektrum zurückführen lässt.
- Sehr junge Berufstätige aus der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre waren vergleichsweise häufig von COVID-19-Arbeitsunfähigkeiten betroffen. Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für längerfristige Krankschreibungen mit entsprechenden Diagnosen (über mehr als 14 Tage) fanden sich jedoch insbesondere bei älteren Beschäftigten, was mit einem zunehmenden Risiko für schwerwiegende Verläufe bei steigendem Alter zusammenhängen dürfte.
- Auffällig niedrige Risiken zeigten sich überwiegend in Berufen mit akademischer Ausbildung, bei deren Ausübung Home-Office oder die Einhaltung von Abstandsregeln vergleichsweise einfach sein sollte.
- Sehr deutlich erhöhte Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnose waren innerhalb des

Jahres 2020 nahezu ausschließlich für medizinisch-pflegerische sowie wenige weitere Berufe nachweisbar, bei denen ein enger Kontakt zu Mitmenschen oftmals kaum vermeidbar sein dürfte. Dabei waren Beschäftigte in der Kinderbetreuung erst in der zweiten Pandemiewelle deutlich verstärkt betroffen, was durch die weitgehenden Schließungen entsprechender Einrichtungen in der ersten Welle erklärbar erscheint.

Grundsätzlich ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu bedenken, dass aufgrund der geringen AU-Fallzahlen mit COVID-19-Diagnosen jetzt nur häufige Berufe betrachtet werden konnten – erhöhte Risiken in eher seltenen Berufen lassen sich somit durch die vorliegenden Analysen keinesfalls ausschließen.

**Krankenstände** Ein breiter Abschnitt des Kapitels widmet sich den Krankenständen im zeitlichen Verlauf des Jahres 2020. Sehr eindrücklich zeigen sich dabei kurzzeitige „Rekordkrankenstände“ mit einem Peak im Wochenmittel von 6,96 Prozent um den 21. März herum, die allerdings bereits ab etwa Mitte April 2020 wieder von eher niedrigen Krankenständen abgelöst wurden. Zudem fiel 2020 der regelmäßig gegen Jahresende beobachtete Anstieg des Krankenstandes deutlich schwächer als in den Vorjahren aus. Bezogen auf das Gesamtjahr 2020 wurden damit – trotz der Rekordwerte im März – Fehlzeiten ermittelt, die um 1,9 Prozent unter dem Vorjahresergebnis lagen. Dabei könnten allerdings neben der gesundheitlichen Situation auch andere Einflüsse wie Kurzarbeit und Home-Office eine Rolle gespielt haben. Zu den beiden Faktoren geben Daten bei Krankenkassen keine Auskunft.

Bezogen auf die Entwicklungen im ersten Halbjahr 2020 von besonderem Interesse erschien die Frage, welche Diagnosen für den extremen Anstieg der Krankenstände im März 2020 verantwortlich gemacht werden konnten. Mit dieser Frage beschäftigte sich bereits auch das im November 2020 erschienene Dossier „Corona 2020“. Bezogen auf das zweite Halbjahr 2020 lässt sich fragen, ob sich hinter der insgesamt zunächst eher unspektakulär wirkenden Entwicklung des Krankenstandes möglicherweise auch unterschiedlich gerichtete Entwicklungen verbergen. Vor diesem Hintergrund wurden zeitlich differenzierte Ergebnisse auch zur Entwicklung von diagnosespezifischen Krankenständen mit einer Differenzierung nach Kapiteln der ICD-10-Klassifikation ermittelt.

Die außergewöhnlich hohen Krankenstände in der Woche um den 21. März 2020 herum resultierten zu rund zwei Dritteln aus vermehrten Krankmeldungen mit Krankheiten des Atmungssystems und zu rund 14 Prozent aus Krankmeldungen mit bestimmten infektiösen Krankheiten. Differenzen zum Vorjahr hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeiten mit anderen Diagnosen erklärten zusammen weniger als ein Fünftel

des außergewöhnlichen Anstiegs. Im zeitlichen Rahmen der ersten Pandemiewelle wurden Beschäftigte demnach also besonders häufig mit einer Nennung jahreszeitlich typischer Erkrankungen arbeitsunfähig gemeldet, die oftmals kaum andere Symptome als leichte COVID-19-Erkrankungen aufweisen. Dabei lässt sich vermuten, dass eine zunächst bestehende allgemeine Verunsicherung sowie ein ausgesprochen vorsichtiges Verhalten im Verlauf der ersten Pandemiewochen in Deutschland maßgeblich zu den extrem hohen Krankenständen in der zweiten Märzhälfte 2020 beigetragen hat und viele Menschen auch bei nur leichten Erkältungssymptomen „sicherheitshalber“ krankgeschrieben wurden. Zweifellos waren in dieser Zeit reale COVID-19-Infektionen – selbst unter hypothetischer Annahme einer höheren Dunkelziffer – nicht für den starken Anstieg der Krankmeldungen verantwortlich zu machen. Zugleich existieren auch keine Hinweise darauf, dass anderweitige Erreger von Atemwegserkrankungen zu dieser Zeit in Deutschland zu außergewöhnlichen Krankenständen geführt haben könnten.

Ein gewisser Anteil am Anstieg könnte zudem der ab dem 9. März 2020 möglichen Krankschreibung per Telefon zugeschrieben werden. Als direkter Anlass zur Krankschreibung dürfte sie allerdings kaum eine Rolle gespielt haben – in diesem Fall wäre mit länger anhaltend hohen Krankenständen zu rechnen gewesen. In begrenztem Umfang könnten auch die bei berufstätigen Eltern im Zuge der Schul- und Kitaschließungen ab dem 16. März 2020 zum Teil nur schwer kurzfristig schließbaren Lücken bei der Kinderbetreuung zu mehr Krankmeldungen beigetragen haben, wobei hierdurch zugleich das Risiko für Infektionskrankheiten und entsprechende eigene Erkrankungen reduziert wurde.

Der steile Rückgang des Krankenstandes im April 2020 sowie die insgesamt eher geringen Krankenstände im weiteren Verlauf des Jahres dürften von mehreren und dabei recht unterschiedlichen Faktoren beeinflusst gewesen sein. Lockdown mit Kurzarbeit und Home-Office dürften bei leichteren Erkrankungen die Notwendigkeit zur Krankmeldung reduziert haben, zumal bei einer fortgeführten Arbeit im Home-Office auch Kollegen nicht mehr durch eigene Infekte gefährdet wurden. Durch weniger direkte Kontakte sowie den Wegfall von Arbeitswegen und durch bestimmte Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie dürfte sich zudem auch das Risiko für unterschiedliche Infektionen und damit die Infektionshäufigkeit reduziert haben, was die merklich reduzierten Fehlzeiten mit Krankheiten des Atmungssystems sowie mit anderen Infektionen im weiteren Verlauf des Jahres 2020 erklären könnte.

Verschiebungen von Untersuchungen und elektiven Operationen könnten nach den vorliegenden Zahlen gleichfalls in gewissem Umfang zu vorläufig geringeren Krankenständen geführt haben, worauf reduzierte Fehlzeiten aus dem

Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ hindeuten. Leicht reduzierte Fehlzeiten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie bei Verletzungen könnten durch weniger starke körperliche Belastungen und Unfallrisiken insbesondere bei Kurzarbeit und auch im Freizeitbereich bedingt sein. Ganz allgemein muss bei rückläufigen Fehlzeiten zudem auch immer die Vermeidung von Krankschreibungen bei erhöhtem Risiko eines Arbeitsplatzverlustes als eine mögliche Ursache erwogen werden, deren Bedeutung sich jedoch hier nur schwer abgrenzen lässt.

Relativ schwierig erscheint die Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die Verläufe bei Krankmeldungen unter einer Diagnose psychischer Störungen. Nach den in den ersten Wochen des Jahres im Vergleich zum Vorjahr um 8,0 Prozent höheren Werten und einem nur moderat ausgeprägten Peak im März 2020 lagen die Krankenstände mit entsprechenden Diagnosen bis zum Ende des Jahres 2020 insgesamt nur leicht über dem Vorjahresniveau. Bezogen auf das gesamte Jahr 2020 wurden die Vorjahreswerte um 3,3 Prozent überschritten. Hieraus einen Effekt der Pandemie oder von Pandemie-Maßnahmen im Sinne einer Zunahme psychischer Störungen abzuleiten, erscheint vor dem Hintergrund der auch vor Ausbruch der Pandemie schon erhöhten Werte nicht statthaft. Festhalten lässt sich, dass die Daten zu Arbeitsunfähigkeiten keinen stichhaltigen Anlass für die Annahme einer gravierenden Zunahme psychischer Störungen im engeren Sinne von Erkrankungen liefern. Dass bestimmte Gruppen von Berufstätigen durch die pandemiebedingten Umstände psychisch belastet waren, wird damit allerdings keinesfalls infrage gestellt.

Auch mit den im Erwerbsalter noch vergleichsweise seltenen Diagnosen von Neubildungen wurden 2020 mehr Fehltag als im Vorjahr erfasst, wobei der relative Anstieg mit 8,4 Prozent vergleichsweise deutlich ausfiel und insofern bedenklich erscheint. Da sich ein Anstieg der Fehlzeiten hier jedoch bereits Ende 2019 andeutet, lässt sich auch bei diesen Diagnosen kein Zusammenhang mit der Pandemie oder mit Pandemiebedingten Maßnahmen oder Veränderungen festmachen.

**Arzneiverordnungen** Der zweite wesentliche Abschnitt des Kapitels befasst sich mit Arzneiverordnungen bei Erwerbspersonen. Arzneimittel zur gezielten ambulanten Behandlung von COVID-19-Infektionen waren bis Ende 2020 nicht verfügbar. Vor diesem Hintergrund verfolgten die Auswertungen vorrangig das Ziel, aus Verordnungsdaten Hinweise auf die medizinische Versorgung sowie die allgemeine gesundheitliche Situation von Erwerbspersonen abzuleiten. Berichtet werden Kennzahlen zum Arzneiverordnungsvolumen gemessen in Tagesdosen je Versicherungsjahr, wobei dieses Maß gleichermaßen auch für Verordnungen innerhalb von kürzeren Zeiträumen verwendet werden kann (und dann die Verordnungsmenge benennt, die bei

einem entsprechenden konstanten Verordnungsvolumen über ein gesamtes Jahr resultieren würde).

Im ersten Halbjahr 2020 zeigte sich im Vergleich zu den zwei Vorjahren bereits in der Woche um den 1. März herum, und damit merklich vor einer größeren Ausbreitung der Coronapandemie in Deutschland, ein deutlich erhöhtes Verordnungsvolumen. Dies dürfte auf eine beginnende Bevorratung mit langfristig zu verabreichenden Arzneimitteln bereits zu einem relativ frühen Zeitpunkt hindeuten. Nach diesem ersten Verordnungshoch war dann um den 16. März 2020 herum ein weiterer, noch deutlich höherer Peak nachweisbar. In dieser Woche wurden bei Erwerbspersonen mehr Tagesdosen pro Person als in jeder anderen Woche ab dem Jahr 2004 verordnet (Gesamtverordnungsvolumen aus den Jahren vor 2004 konnten an dieser Stelle nicht sinnvoll verglichen werden, da sie vor 2004 auch noch Verordnungen von rezeptfrei erhältlichen Arzneimitteln umfassten).

Der beschriebene zweigipflige Peak des Verordnungsvolumens lässt sich mit gewissen Variationen bei einer Reihe von ganz unterschiedlichen Arzneimittelgruppen nachweisen. Sehr maßgeblich trugen zu diesem besonderen Verlauf der Verordnungszahlen insbesondere Verordnungen von Arzneimitteln aus der Gruppe „Kardiovaskuläres System“ bei, aus der überwiegend blutdrucksenkende Medikamente verordnet werden. Ähnliche Verläufe finden sich auch bei den Gruppen „Alimentäres System und Stoffwechsel“ (vorrangig Protonenpumpenhemmer wie Pantoprazol und Antidiabetika), „Systemische Hormonpräparate“ (insbesondere Schilddrüsenmedikamente), „Nervensystem“ (vorrangig Antidepressiva) sowie bei der kleineren Gruppe „Blut und blutbildende Organe“ (insbesondere antithrombotisch wirksame Mittel wie Acetylsalicylsäure und Heparin). Die meisten dieser Arzneimittel werden langfristig verordnet, was für die Interpretation der Verordnungspeaks als Hinweise auf eher prophylaktische Bevorratungsbestrebungen spricht, die durch reduzierte Verordnungen im weiteren Verlauf des ersten Halbjahrs zum Teil wieder ausgeglichen wurden. Auch Verordnungen aus der Gruppe „Nervensystem“ erfolgten nach dem zweigipfligen Peak gemessen an Vorjahreswerten in leicht reduziertem Umfang.

Abgesehen von zwei feiertagsbedingten Besonderheiten im Oktober bewegten sich die Gesamtverordnungsvolumen an Arzneimitteln im zweiten Halbjahr 2020 auf einem fast schon erstaunlich ähnlichen Niveau wie im Vorjahr, wobei diese Aussage auch für den überwiegenden Teil der separat betrachteten Arzneimittelgruppen gilt.

Ein besonderer und abweichender Verlauf zeigte sich hinsichtlich der Verordnungen von „Antinfektiva zur systemischen Anwendung“ und dabei insbesondere auch in der dabei maßgeblichsten Subgruppe der Antibiotikaverordnungen. Das auffälligste Ergebnis der Betrachtungen bilden die



ab April 2020 und dann bis Jahresende nahezu durchgängig erheblich geringeren Verordnungsvolumen als in den Jahren 2018 und 2019. Besonders deutliche relative Abweichungen zu Vorjahreswerten zeigten sich in den Monaten April und Mai sowie im November und Dezember. Ein Teil der Reduktion zu Beginn der Pandemie könnte zunächst auch die Folge von weniger patientenseitigen Arztbesuchen gewesen sein. Zugleich lässt sich jedoch vermuten, dass es im zeitlichen Verlauf der Pandemie – bedingt durch die unterschiedlichen Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie und individuelle Verhaltensänderungen – auch effektiv zu einer geringeren Verbreitung der jahreszeitlich sonst üblichen Infektionen gekommen sein dürfte und somit durch die Corona-Maßnahmen auch die realen Anlässe zur Verordnung von Antiinfektiva beziehungsweise Antibiotika, also letztendlich die Infektionszahlen, deutlich reduziert wurden. Im Vergleich zum Jahr 2019 reduzierte sich das Verordnungsvolumen von Antibiotika bei Erwerbspersonen im Jahr 2020 so um 23,9 Prozent. Auch der noch vergleichsweise deutliche Rückgang von Verordnungen aus der Arzneimittelgruppe „Sinnesorgane“ um 6,2 Prozent dürfte überwiegend eine Folge von gesunkenen Infektionszahlen sein.

Anstiege des Verordnungsvolumens zeigten sich im Vergleich zum Vorjahr 2020 demgegenüber unter anderem bei Verordnungen aus der Gruppe „Antineoplastische und immunmodulierende Mittel“ sowie aus der Gruppe „Nervensystem“. Bezogen auf das Gesamtjahr 2020 lag das Verordnungsvolumen bei antineoplastischen Mitteln um 7,0 Prozent höher als 2019. Dabei war das Verordnungsvolumen in dieser Gruppe bereits 2019 im Vergleich zu 2018 um 10,9 Prozent gewachsen, weshalb der weitere Anstieg 2020 auch als Fortsetzung des Trends aus dem Vorjahr interpretiert werden kann. Demgegenüber erhöhte sich das Verordnungsvolumen 2020 gegenüber dem Vorjahr in der Gruppe „Nervensystem“ um 4,4 Prozent, womit die Zunahme von 2019 auf 2020 etwas deutlicher als die von 2018 auf 2019 ausfiel und sich leicht steigende Verordnungsvolumen im zweiten Halbjahr 2020 andeuten.

Insgesamt zeigen die hier dargelegten Ergebnisse zum Jahr 2020 mit einer Betrachtung von Arbeitsunfähigkeiten und Arzneverordnungen einige herausragende Besonderheiten im Vergleich zu vorausgehenden Jahren. Eindeutige Hinweise auf gravierende generelle Verschlechterungen der gesundheitlichen Situation von Erwerbspersonen, die eher im Sinne von Folgen der Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie hätten erwartet werden können, konnten auch in den jetzt verfügbaren Daten zum Gesamtjahr 2020 nicht identifiziert werden. Inwieweit sich dies mittelfristig noch verändern wird, bleibt weiterhin abzuwarten. Ganz offensichtlich scheinen die im Zuge der Coronapandemie eingeleiteten Maßnahmen und Verhaltensänderungen zumindest bei den hier betrachteten Erwerbspersonen zu einer merklichen Reduktion der allgemeinen Häufigkeit von Infektionskrankheiten und deren antibiotischer Behandlung geführt zu haben. Auch unabhängig von ihren Wirkungen bei der Eindämmung der Coronapandemie scheinen die Maßnahmen und Verhaltensänderungen demnach geeignet, die Ausbreitung von Infektionen zumindest innerhalb von begrenzten Zeiträumen zu reduzieren. Inwieweit daraus mittelfristig auch negative Folgen im Hinblick auf das Infektionsgeschehen selbst resultieren können, beispielsweise durch eine zukünftig erhöhte Vulnerabilität im Zuge einer kommenden Grippewelle, bleibt abzuwarten.

Unabhängig davon gilt, dass zumindest direkte körperliche Kontakte und Nähe immer mit einem Infektionsrisiko verbunden sind. Gleichzeitig ist ein (Über-)Leben ohne diese Kontakte und eine entsprechende Nähe mittelfristig nicht vorstellbar und möglich. Insofern sind Maßnahmen zur Infektionsvermeidung stets abzuwägen. Selbst wenn ein allgemein reduziertes Infektionsrisiko mit geringem Antibiotikaverbrauch zunächst sehr erfreulich erscheint, erscheint ein dauerhaft „keimfreies“ Leben auch über die Coronapandemie hinaus schon aufgrund der damit verbundenen Einschränkungen weder als realistische noch als erstrebenswerte Perspektive. Insofern werden uns Infektionen sowohl individuell als auch global auch weiterhin begleiten, wobei es sicherlich auch nach mehr als einem Pandemie-Jahr noch viel zu lernen gibt.

## 2 Arbeitssituation und psychische Belastung nach einem Jahr Coronapandemie

Bertolt Meyer, Alexander Zill, Susen Schuhmann

**Zusammenfassung** Im ersten Teil des Kapitels wird die aktuelle psychosoziale Belastung der deutschen Bevölkerung anhand einer repräsentativen Stichprobe aus dem März 2021 dargestellt: Zwei Drittel der Deutschen haben eine Infektion mit dem Virus im persönlichen Umfeld erlebt; 42 Prozent fühlen sich stark oder sehr stark durch die Coronasituation belastet. Die Menschen vermissen vor allem Treffen mit Freunden und Verwandten, sind von Kita- und Schulschließungen betroffen, haben Angst davor, dass sich Freunde und Verwandte anstecken, beklagen mehr Stress am Arbeitsplatz und sorgen sich um die Wirtschaft. Ältere Menschen berichteten im Durchschnitt mehr Einsamkeit. Zwei Drittel der Befragten haben schon einmal Konflikte wegen unterschiedlicher Haltungen zum Umgang mit der Coronapandemie erlebt. Im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie nutzen die Deutschen viel mehr Videotelefonie, gehen häufiger spazieren und konsumieren mehr Medien. Zwei Drittel der Befragten empfinden aber auch etwas Positives: Ihrer Meinung nach hat die Pandemie eine gegebenenfalls vorhandene Partnerschaft gestärkt.

Im zweiten Teil des Kapitels führen wir unsere längsschnittliche Untersuchung von emotionaler Erschöpfung, Belastungen und Ressourcen fort und vergleichen die Entwicklungen in der zweiten Welle (drei Erhebungen im Zeitraum November 2020 – Januar 2021) mit den drei Erhebungen im Zeitraum April – Juni 2020. Im Winter 2020/2021 waren die befragten Personen deutlich stärker emotional erschöpft als während der ersten Welle. Erneut waren die Belastungen für berufstätige Frauen im Home-Office in Haushalten mit Kindern am höchsten; Frauen waren durchweg stärker belastet als Männer. Die Menschen empfanden während der zweiten Welle auch deutlich mehr Einsamkeit als während der ersten Welle; die Einsamkeit hing stark mit der emotionalen Erschöpfung zusammen. Lediglich die soziale Unterstützung durch eine gegebenenfalls vorhandene Partnerschaft konnte etwas vor emotionaler Erschöpfung schützen.

Generell zeigt sich, dass die psychischen Ressourcen vieler Menschen in der zweiten Coronawelle stark erschöpft sind, mutmaßlich auch deshalb, weil die Kontaktbeschränkungen weiterhin Arbeit uneingeschränkt zulassen, aber eine Erholung von der Arbeit, beispielsweise durch Treffen mit Freunden, erschweren.

**Einleitung** Seit über einem Jahr ist die Welt aufgrund der Coronapandemie im Ausnahmezustand. Während im Sommer 2020 vielerorts noch die Hoffnung bestand, die Pandemie in Deutschland nach der ersten Welle im Frühjahr unter Kontrolle halten zu können, stieg die Zahl der Neuinfektionen im Herbst wieder an. Nach einer kurzen Entspannung im Februar 2021 befinden wir uns im April 2021 mitten in der dritten Welle der Pandemie. Kontaktbeschränkungen begrenzen Treffen im privaten Umfeld in vielen Regionen auf drei Personen. Viele Menschen arbeiten im Home-Office, andere haben wegen der Coronapandemie ihren Arbeitsplatz verloren oder sind in Kurzarbeit, beispielsweise in der Gastronomie- oder Veranstaltungsbranche. Menschen, deren Berufe Home-Office nicht zulassen (zum Beispiel Paketboten, Supermarktkassierer, Pflegepersonal in Krankenhäusern und Pflegeheimen), sehen sich weiterhin einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Das öffentliche Leben ist in vielen Bereichen zum Erliegen gekommen; in vielen Städten und Kommunen gelten nächtliche Ausgangsbeschränkungen; Schulen und Kitas sind vielerorts geschlossen. Alles in allem ist aufgrund dieser Entwicklungen zu befürchten, dass die psychosozialen Belastungen durch Corona im Vergleich zur ersten Welle nicht abgenommen, sondern zugenommen haben.

Aus den Erkenntnissen der ersten Welle der Coronapandemie haben Politik und Unternehmen Maßnahmen und Entscheidungen abgeleitet, Bedingungen für Beschäftigte so zu gestalten, um ein hohes Maß an körperlicher und psychischer Gesundheit ermöglichen zu können. So wurden beispielsweise in Unternehmen Hygienekonzepte verfeinert oder technische Ausstattung für die Arbeit im Home-Office angeschafft. Da in der ersten Welle vor allem Familien durch unfreiwilliges Arbeiten im Home-Office bei gleichzeitiger Kinderbetreuung und Beschulung belastet waren (Meyer et al., 2020; 2021), wurde seitens der Politik die Offenhaltung von Schulen und Kindertagesstätten als wichtiges Ziel ausgegeben. Als jedoch die Infektionszahlen im November und Dezember wieder deutlich anstiegen und die Überlastung des Gesundheitssystems kurz bevorstand, mussten Teile der Wirtschaft, Kultur- und Freizeiteinrichtungen sowie Schulen und Kindertageseinrichtungen erneut schließen. Wie im Frühjahr 2020 wurden die Menschen wieder mit den gleichen arbeitsbezogenen und privaten Herausforderungen konfrontiert: drohender Verlust des Arbeitsplatzes, Kurzarbeit, zunehmende Verlagerung von Arbeitstätigkeiten ins Home-Office, Homeschooling und Kinderbetreuung. Gleichwohl hat sich die Situation im Gegensatz zur ersten Welle der Pandemie verändert. Der Umgang mit der Coronapandemie polarisiert die Menschen immer stärker: Während einige die Corona-Maßnahmen der Politik ablehnen, befürworten andere deutlich härtere Maßnahmen. Dieser Umstand spiegelt sich zum Teil in Verordnungen wider, die beispielsweise für Betriebe ganz anders ausfallen als für Schulen, Kitas und Geschäfte. In Schulen gilt zwar vielerorts eine Testpflicht, diese kann jedoch in einigen Bundesländern durch eine Bestätigung seitens des Elternhauses ersetzt werden. In der Privatwirtschaft schwankt die Umsetzung spezifischer Empfehlungen seitens der Politik ebenfalls. Dies führt unter anderem zu unterschiedlichen Auslegungen von Verordnungen und Empfehlungen durch die Arbeitgeber und somit auch zu unterschiedlichen Verhaltensweisen seitens der und Arbeitnehmer. Der daraus resultierende Konflikt hat das Potenzial, sich zu einem weiteren Belastungsfaktor im Privaten als auch im Arbeitsleben für die Menschen zu entwickeln. Die unterschiedlichen Positionen zu Corona haben in den letzten Monaten auch das Handeln der Politik geprägt. Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Krisenmanagement der Regierung nimmt Anfang 2021 ab und wirkt sich zusätzlich auf das körperliche und psychische Wohlbefinden aus.

Aktivitäten, die der Erholung dienen, können auch die psychosozialen Belastungen durch die Coronapandemie mildern. Seit Anfang November 2020 sind viele solcher Aktivitäten jedoch kaum noch durchführbar, da viele Freizeiteinrichtungen wie Fitnesscenter, Vereinssporteinrichtungen, Theater, Museen, Kinos, Konzert- und Veranstaltungshäuser, Stadien, Gastronomiebetriebe, Clubs, Wellnessrichtungen und Schwimmbäder geschlossen sind. Somit haben diese Schließungen weitreichende Konsequenzen für einen Großteil der Gesellschaft. Die psychologische Forschung der letzten Jahrzehnte zeigt, wie wichtig Möglichkeiten zur Erholung für das psychische Wohlbefinden von Menschen sind. Dabei kann Erholung auf ganz unterschiedliche Art und Weise erfolgen: gedankliches Abschalten, Entspannung, Selbstbestimmtheit sowie das Erleben und Meistern neuer Herausforderungen.

Zwei Theorien erlauben Vorhersagen zu den Zusammenhängen zwischen Coronabedingten Belastungen und der psychischen Gesundheit: die Theorie der Ressourcenerhaltung (Hobfoll, 2001) und das Job Demands-Resources Modell (zum Beispiel Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2014). Beide implizieren einen Einfluss von Coronabedingten Belastungen auf die emotionale Erschöpfung von Menschen. Neben der sogenannten Depersonalisierung – der Entfremdung von der eigenen Person - und dem Gefühl reduzierter Leistungsfähigkeit ist emotionale Erschöpfung ein Kernaspekt von Burn-out, der besonders mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Verbindung steht. Die Betroffenen fühlen sich körperlich und emotional ausgelaugt, was mit andauernder Müdigkeit, Niedergeschlagenheit und Anspannungszuständen einhergeht. Dies hat Konsequenzen für die betroffene Person (zum Beispiel reduzierte Lebensqualität), deren Arbeitgeber (zum Beispiel verringerte Arbeitsleistung) und letztendlich auch für die Gesellschaft (zum Beispiel steigende Kosten für das Gesundheitssystem, reduzierte Wirtschaftskraft). Darüber hinaus werden Möglichkeiten zur Erholung direkt durch Belastungen und Ressourcen beeinflusst. Während ein hohes Ausmaß an arbeitsbezogenen und privaten Belastungen die Möglichkeiten zur Erholung reduziert, können Ressourcen das Gegenteil bewirken.

Jedoch bedroht die Coronapandemie die psychologischen Ressourcen von Menschen (zum Beispiel soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeit, Erholungsfähigkeit, materielle Ressourcen etc.) auf vielfältige Art und Weise. Um Ressourcen erhalten oder wiederauffrischen zu können, müssen Menschen wiederum Ressourcen investieren. Soziale Unterstützung durch Kollegen erfordert beispielsweise die Ressource Zeit; Selbstwirksamkeit basiert auf den eigenen Kompetenzen, deren Aneignung ebenfalls Zeit und gegebenenfalls Geld (beispielsweise für Weiterbildungen) erfordern. Selbstwirksamkeit erfordert außerdem Motivation, diese erfordert wiederum ausreichend Schlaf etc. Erholung erfordert beispielsweise Zeit ohne Kinderbetreuungspflichten und Möglichkeiten zur Ablenkung oder Betätigung (zum Beispiel einen geöffneten Sportverein). Zusammenfassend postuliert die Theorie der Ressourcenerhaltung, dass Menschen, denen ein reichhaltiger Pool an Ressourcen zur Verfügung steht, auf kritische Lebensereignisse wie die Coronapandemie besser reagieren können als Menschen mit wenigen Ressourcen, da ihnen mehr Möglichkeiten zur Erholung gegeben sind. Das bedeutet aber auch, dass die Erhaltung und Wiederauffüllung von Ressourcen immer schwieriger wird, je weniger Ressourcen zur Verfügung stehen. Wenn durch die Pandemie beispielsweise alle Sport- und Freizeiteinrichtungen geschlossen sind, erschwert die Pandemie so die Wiederauffüllung von Ressourcen.

Mit einem längeren Andauern der Pandemie impliziert die Theorie damit eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit, weil es zunehmend schwieriger wird, die Belastungen wieder auszugleichen, beziehungsweise weil zunehmend weniger Ressourcen zur Verfügung stehen, um Ressourcen wieder auszugleichen.

Mit der vorliegenden Studie verfolgen wir zwei Ziele: Erstens wollen wir eine Aussage darüber treffen, wie die Menschen ihre aktuelle Belastung durch Corona wahrnehmen. Dazu liegen Daten aus einer repräsentativen Befragung vor, die wir zuerst wiedergeben. Zweitens wollen wir eine Aussage über die längerfristige Entwicklung der psychischen Gesundheit im Kontext der Coronapandemie treffen. Dazu haben wir die Chemnitzer Studie zur Arbeitssituation und Belastung zu Zeiten der Coronapandemie (Meyer et al., 2020; 2021) fortgeführt und vergleichen im zweiten Teil dieses Kapitels Daten zur psychischen Gesundheit aus dem Zeitraum November 2020 – Januar 2021 mit den Daten aus der ersten Coronawelle im Frühling 2020. Dieser zweite Teil des Kapitels ist demnach eine Fortführung unserer Studie aus dem Frühjahr 2020 und liefert Erkenntnisse darüber, wie sich das psychische Wohlbefinden von Arbeitnehmern in Deutschland in der zweiten Welle der Coronapandemie in Abhängigkeit von Belastungen, Ressourcen und Möglichkeiten zur Erholung entwickelt.

**Teil 1: Stress und Belastung durch die Coronapandemie** Zur Ermittlung von Stress und Belastung durch die Coronapandemie wurden im März 2021 1.000 repräsentativ ausgewählte Personen im Alter ab 18 Jahren im Auftrag der TK durch das Umfrage-Institut Forsa telefonisch befragt. Eventuelle Abweichungen von der deutschen Bevölkerungszusammensetzung wurden durch eine entsprechende Gewichtung von Fällen korrigiert, die in den nachfolgenden Analysen und Grafiken berücksichtigt werden.

**Stichprobenbeschreibung** In der Stichprobe gab es ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen weiblichen (50,40 Prozent) und männlichen Teilnehmenden (49,60 Prozent). Die meisten Befragten waren zwischen 50 und 59 Jahre alt (19,60 Prozent) oder 70 Jahre und älter (19,30 Prozent; 18-29 Jahre = 16,10 Prozent; 30-39 Jahre = 14,70 Prozent; 40-49 Jahre = 15,30 Prozent; 60-69 Jahre = 15,00 Prozent). Bezüglich des Wohnortes gab der Großteil der Teilnehmenden an, aus einem eher urbanen Gebiet zu kommen (88,60 Prozent; eher ländlich = 11,40 Prozent) und aus Städten oder Gemeinden mit einer Einwohnerzahl von bis zu 20.000 Einwohnern (40,30 Prozent), bis zu 100.000 Einwohnern (26,50 Prozent), bis zu 500.000 Einwohnern (15,90 Prozent) oder über 500.000 Einwohnern (17,30 Prozent) zu stammen. Dabei führten 84,60 % der Befragten an, in westlichen Gebieten (inklusive Berlin) von Deutschland zu leben (östliche Gebiete = 15,40 Prozent). Genauer betrachtet kamen die Teilnehmenden aus Nordrhein-Westfalen (20,70 Prozent), Hamburg/Niedersachsen/Bremen/Schleswig-Holstein/Mecklenburg-Vorpommern (18,70 Prozent), Bayern (15,90 Prozent), Hessen/Rheinland-Pfalz/Saarland (13,90 Prozent), Baden-Württemberg (12,70 Prozent), Sachsen/Sachsen-Anhalt/Thüringen (10,20 Prozent) und Brandenburg/Berlin (7,90 Prozent).

**Arbeitssituation** Die Befragten gaben mehrheitlich an, erwerbstätig zu sein (54,80 Prozent; nicht erwerbstätig = 45,20 Prozent). Ausführlicher wurden Personen nach ihrer beruflichen Situation gefragt, wenn diese angaben, teilzeitbeschäftigt, geringfügig erwerbstätig, gelegentlich oder unregelmäßig erwerbstätig, in Umschulung oder nicht erwerbstätig zu sein. Der Großteil dieser Befragten (Teilstichprobe von n = 566 Personen) waren Rentner, Pensionäre oder im Vorruhestand (49,12 Prozent).

Zudem gehörten zu dieser Teilstichprobe Studierende (8,66 Prozent), Hausmänner oder Hausfrauen (8,48 Prozent), Schüler (5,65 Prozent) und drei weitere Gruppen (7,77 Prozent); für 20,32 Prozent traf keine der vorgegebenen Gruppen zu. Viele der (gesamten) Teilnehmenden besitzen einen Abitur- oder Studienabschluss (60,80 Prozent) oder einen mittleren Abschluss (30,20 Prozent) (keine Antwort = 0,50 Prozent). Für das gesamte monatliche Haushalts-Netto-Einkommen nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen war die Spanne von 4.000 € und mehr am häufigsten (36,50 Prozent), gefolgt von den Kategorien 1.500 € bis unter 3.000 € (24,10 Prozent) und 3.000 € bis unter 4000 € (17,40 Prozent) (keine Antwort = 13,80 Prozent).

**Private Situation** Ein Großteil der Befragten gab an, in einer festen Partnerschaft (63,10 Prozent; keine Antwort = 0,10 Prozent) zu leben. Die ständige Haushaltsgröße (einschließlich der eigenen Person) wurde von den meisten Befragten mit zwei Personen angeführt (41,10 Prozent; eine Person = 21,80 Prozent; drei und mehr Personen = 37,10 Prozent), wobei 71,40 Prozent der Teilnehmenden angaben, dass keine Kinder unter 18 Jahren im Haushalt leben (keine Antwort = 1,40 Prozent).

## Betroffenheit durch Corona

## Corona im persönlichen Umfeld

Zwei Drittel der Deutschen haben bereits mindestens einen Coronafall im persönlichen Umfeld erlebt. Im Vergleich dazu gaben bei unserer letzten (nicht-repräsentativen) Befragung im März 2020 lediglich acht Prozent der Befragten an, einen Coronafall im persönlichen Umfeld zu kennen. Somit kann man sagen, dass sich das Coronavirus für die Mehrheit der Deutschen innerhalb eines Jahres von einer abstrakten Bedrohung zu einer konkreten persönlichen Erfahrung entwickelt hat.

**Methode** Die Fragen umfassen eine verkürzte und aktualisierte Auswahl von Fragen aus der ABC-Studie (Meyer et al., 2020; 2021). Konkret handelt es sich um Fragen nach der Betroffenheit durch Corona, nach Belastung durch Corona, nach Konflikten im Kontext der Coronapandemie und nach Verhaltensänderungen im Kontext der Coronapandemie. Ferner wurden zusätzlich Fragen nach dem Erleben von Konflikten im Zusammenhang mit unterschiedlichen Ansichten zur (Bekämpfung der) Coronapandemie und zu Verhaltensänderungen durch Corona aufgenommen.

**Ergebnisse** Obwohl nur wenige Menschen selbst an Corona erkrankt sind, kennen zwei Drittel der Befragten jemanden persönlich, der an Corona erkrankt ist (vergleiche Abbildung 10). Zwei Drittel der Deutschen haben bereits mindestens einen Coronafall im persönlichen Umfeld erlebt.

## Persönliche Betroffenheit durch die Coronapandemie

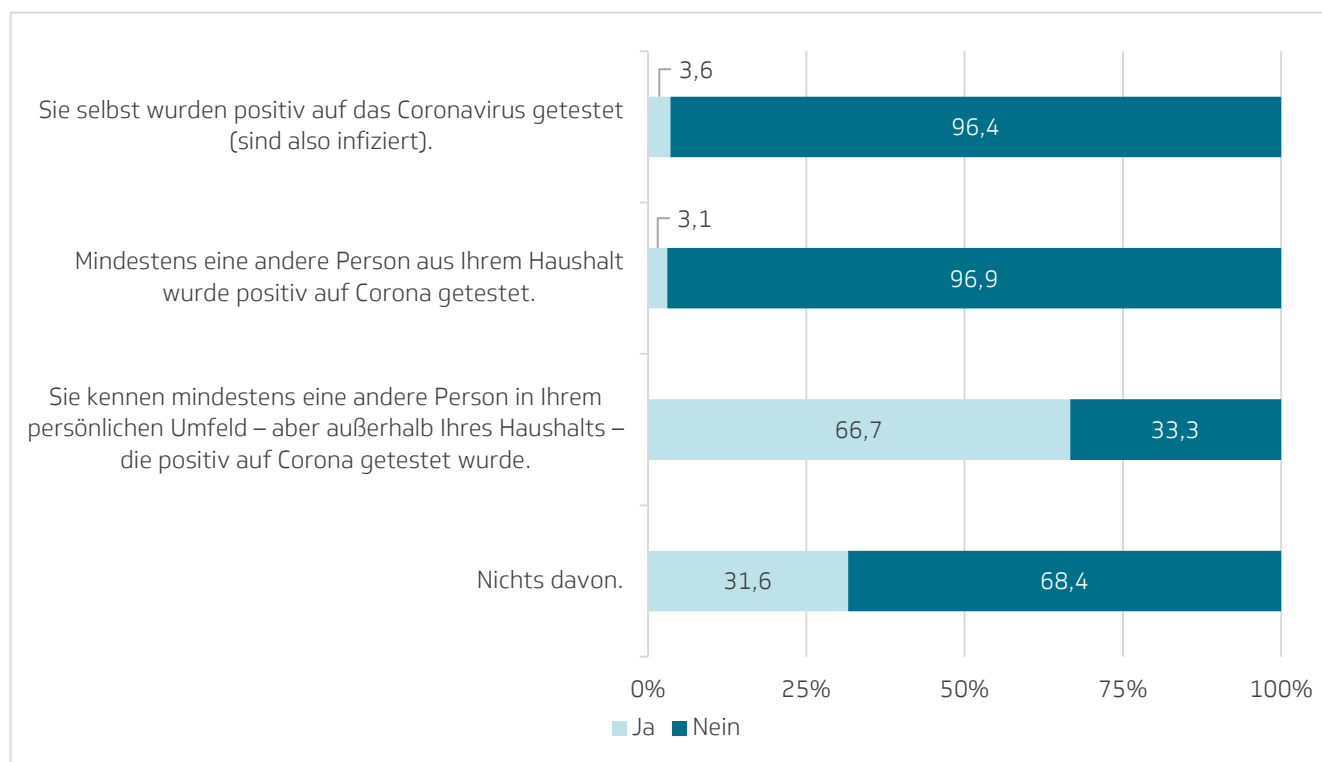


Abbildung 10 (Daten: Techniker Krankenkasse, 1.000 repräsentative Bürger ab 18 Jahre.)

Im Vergleich dazu gaben bei unserer letzten (nicht-repräsentativen) Befragung an 2.900 Personen im März 2020 lediglich acht Prozent der Befragten an, einen Coronafall im persönlichen Umfeld zu kennen. Somit kann man sagen, dass sich das Coronavirus für die Mehrheit der Deutschen innerhalb eines Jahres von einer abstrakten Bedrohung zu

einer konkreten persönlichen Erfahrung entwickelt hat. Knapp 16 Prozent derjenigen, die selbst nicht positiv auf Corona getestet wurden, vermuten, dass sie trotzdem bereits eine unentdeckte Corona-Infektion hinter sich haben (Abbildung 11).

### Vermutete Corona-Infektionen

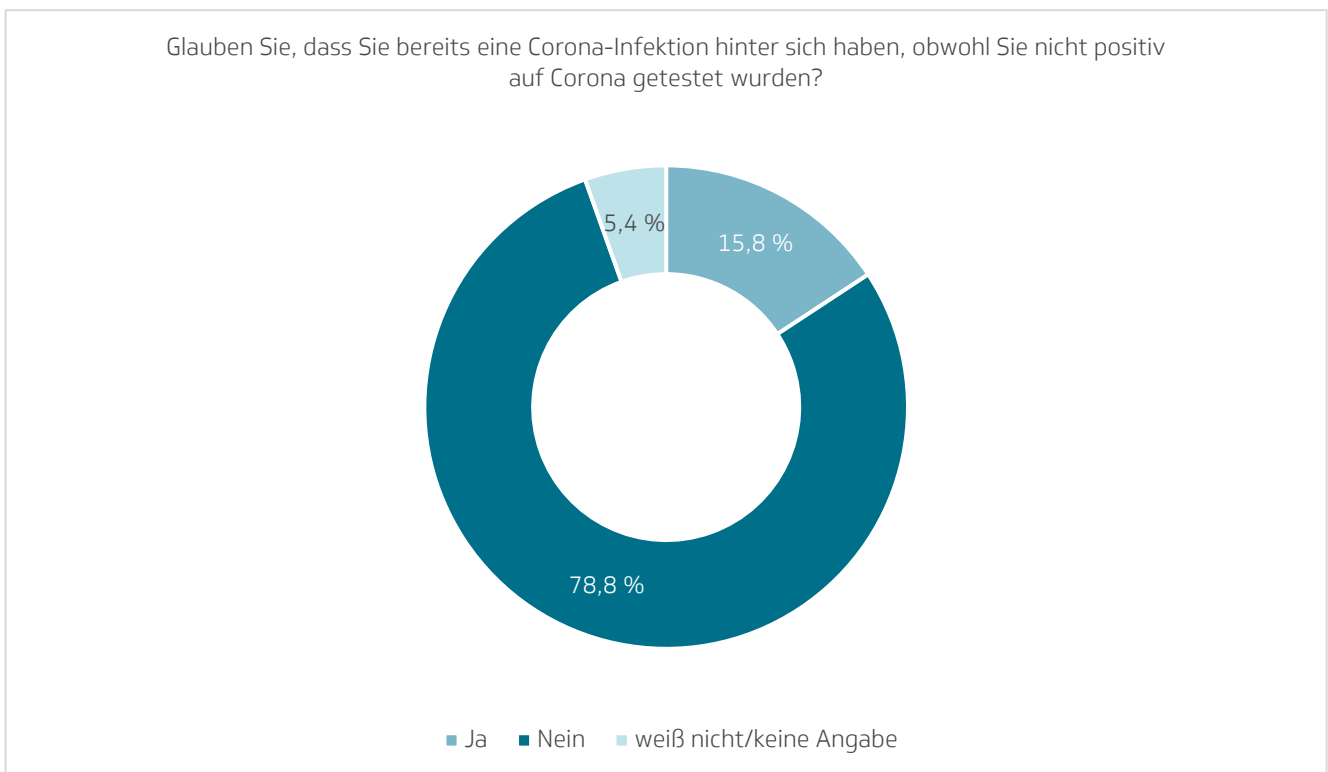


Abbildung 11 (Daten: Techniker Krankenkasse, 1.000 repräsentative Bürger ab 18 Jahre.)

Betrachtet man die Arbeitssituation der Menschen, zeigt sich, dass zwar nur circa neun Prozent der Arbeitnehmer in Kurzarbeit oder in reduzierter Arbeitszeit sind (Abbildung 12), dass allerdings circa ein Drittel der Befragten aufgrund

der Coronapandemie ausschließlich oder überwiegend im Home-Office beziehungsweise mobil arbeitet (Abbildung 13). Somit beeinflusst das Virus den Arbeitsalltag vieler Menschen in Deutschland weiterhin.

### Betroffenheit von Kurzarbeit durch Corona

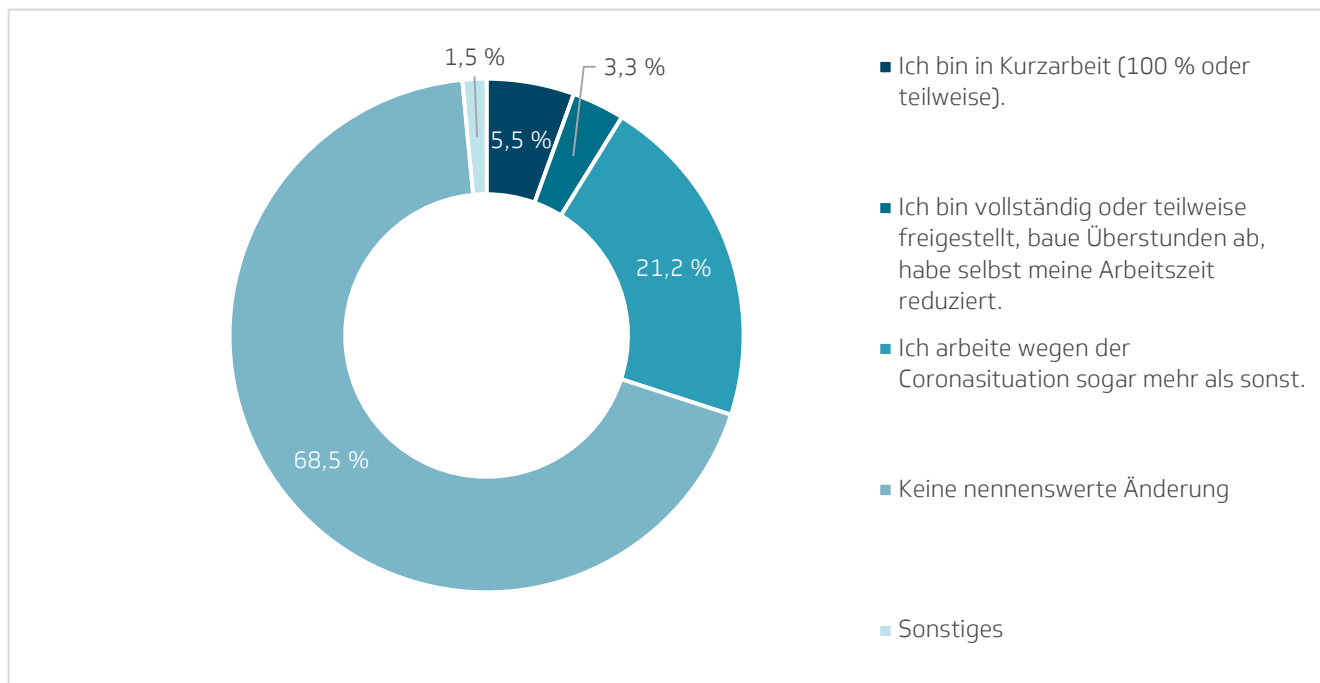


Abbildung 12 (Daten: Techniker Krankenkasse, 548 repräsentative Arbeitnehmer ab 18 Jahre.)

### Home-Office und mobile Arbeit im Kontext der Coronapandemie

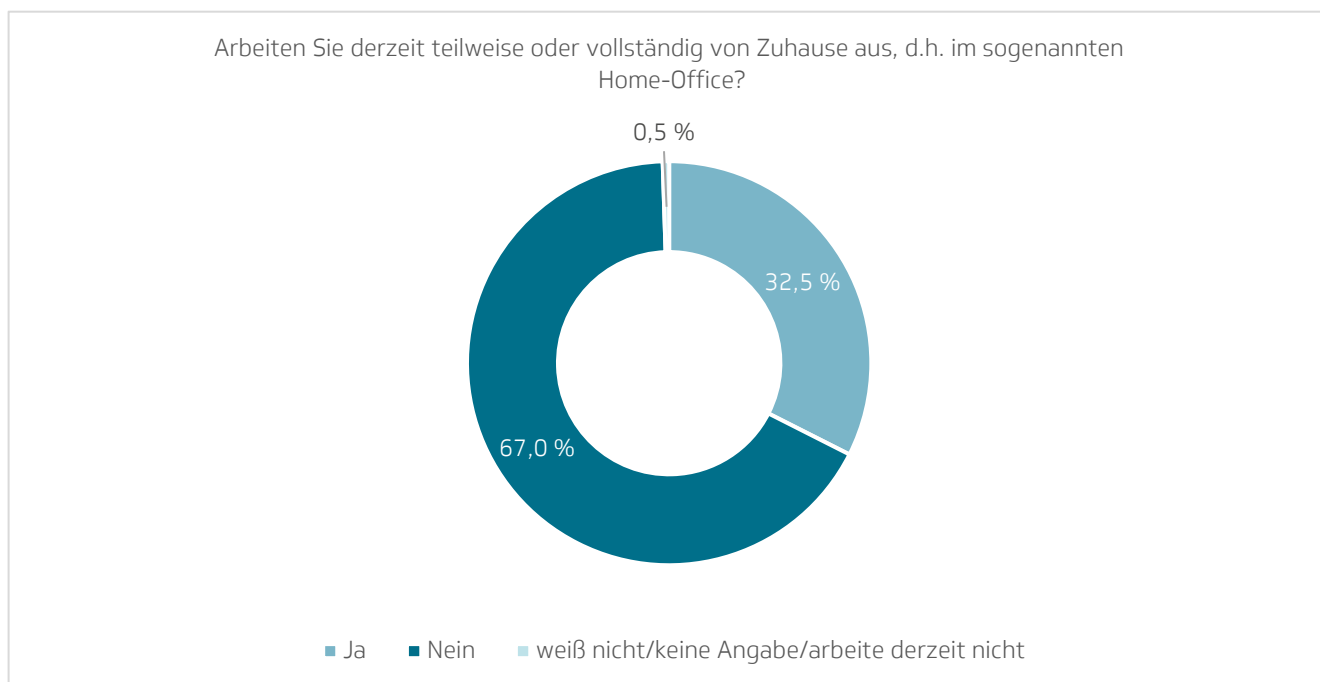


Abbildung 13 (Daten: Techniker Krankenkasse, 548 repräsentative Arbeitnehmer ab 18 Jahre.)



**Allgemeine Belastung durch Corona** Bei der allgemeinen subjektiven Belastung durch Corona zeigen sich leichte Unterschiede zwischen Männern und Frauen: 44,3 Prozent der Frauen fühlen sich aktuell stark oder sehr stark durch Corona belastet, bei den Männern sind es 40 Prozent (vergleiche Abbildung 14 und Abbildung 15). Dies deutet insgesamt auf eine eher hohe psychische Belastung in der Bevölkerung durch Corona hin.

#### Belastung durch Corona

## Hohe psychische Belastung

44,3 Prozent der Frauen fühlen sich aktuell stark oder sehr stark durch Corona belastet, bei den Männern sind es 40 Prozent (vergleiche Abbildung 13 und Abbildung 14). Dies deutet insgesamt auf eine eher hohe psychische Belastung in der Bevölkerung durch Corona hin.

#### Allgemeine subjektive Belastung durch die Coronapandemie (Frauen)

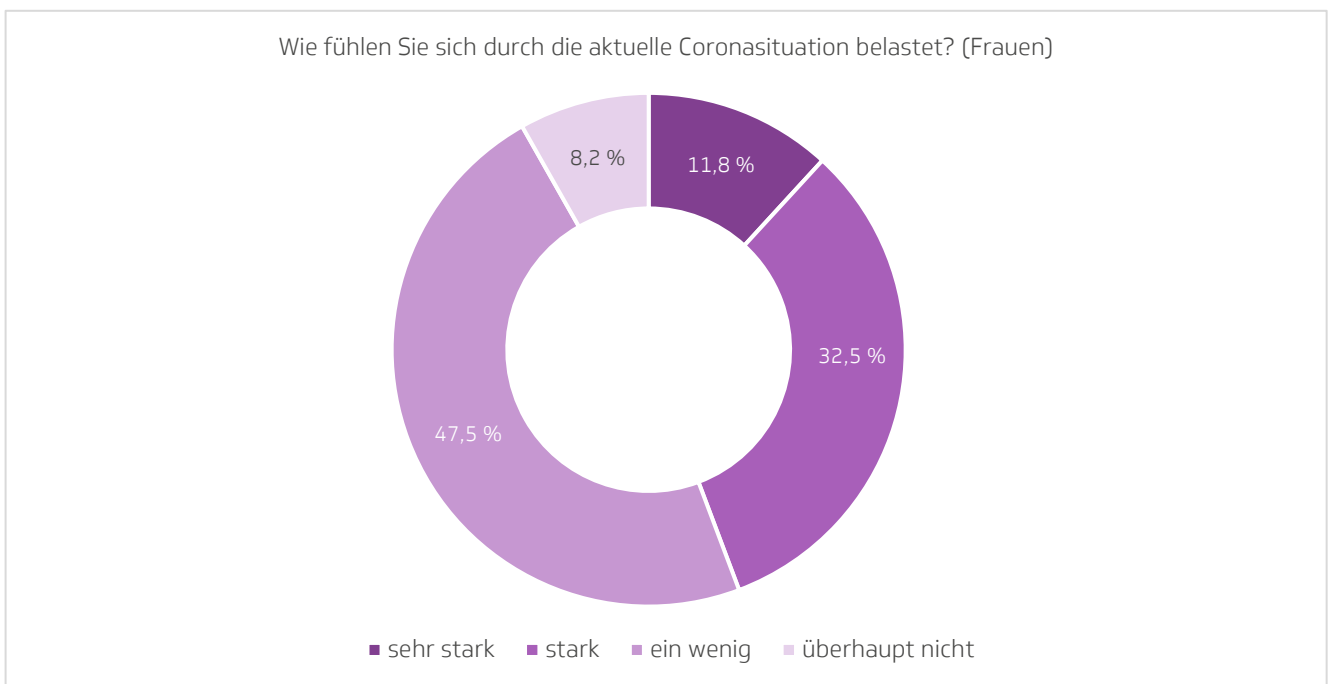


Abbildung 14 (Daten: Techniker Krankenkasse, 1.000 repräsentative Bürger ab 18 Jahre.)

## Allgemeine subjektive Belastung durch die Coronapandemie (Männer)

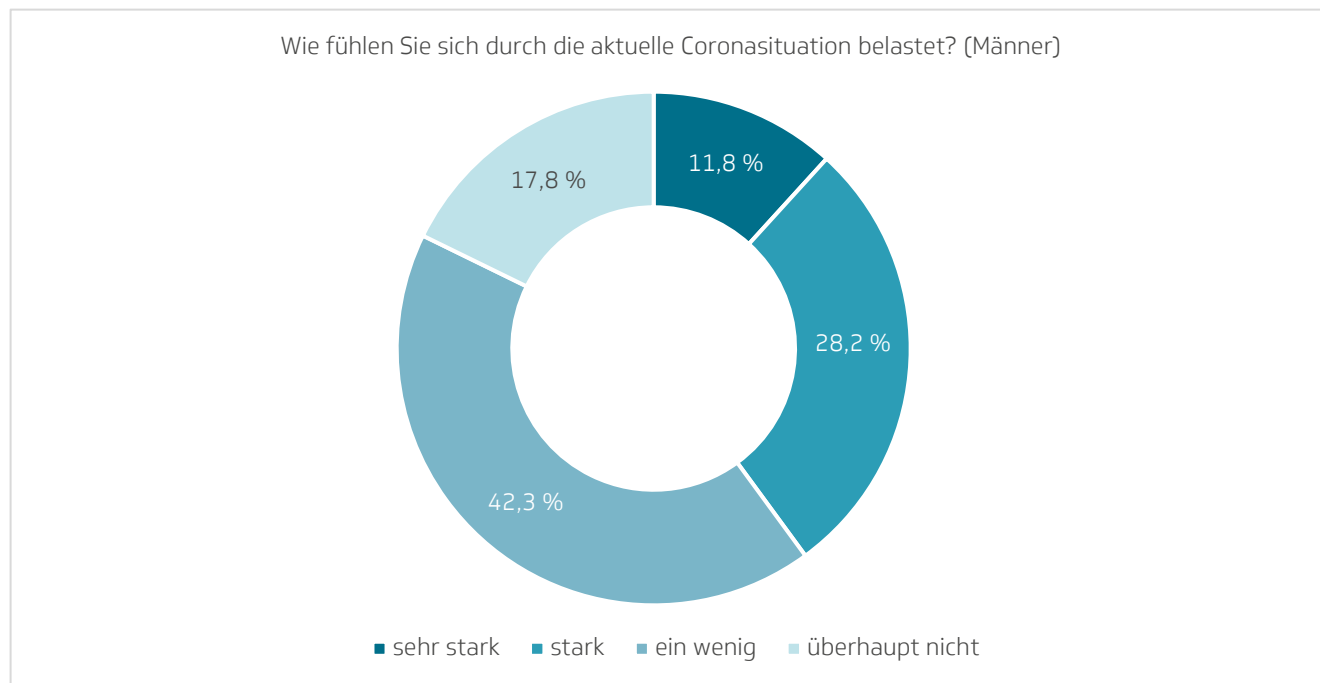


Abbildung 15 (Daten: Techniker Krankenkasse, 1.000 repräsentative Bürger ab 18 Jahre.)

**Spezifische Belastungen durch Corona und Belastungsursachen** Betrachtet man die spezifischen psychischen Belastungen durch die Coronapandemie (vergleiche Abbildung 16), wird deutlich, dass die Menschen in Deutschland vor allem Treffen mit Freunden und Verwandten vermissen, dass sie – sofern Kinder im Haushalt leben – unter Kita- und Schulschließungen leiden, dass sie ihren Arbeitsalltag als stressiger als vor der Pandemie erleben und dass sie Angst davor haben, dass sich nahestehende Personen mit dem Coronavirus infizieren. Die Angst vor den wirtschaftlichen Folgen der Pandemie und Einsamkeit sind weitere Coronaspezifische Belastungen, die zur allgemeinen Belastung durch Corona beitragen. Die Einsamkeit hing mit dem Alter der Befragten zusammen, wie ein entsprechendes Survey-Regressionsmodell ergab,  $b = 0,06$ ,  $SE = 0,03$ ,  $t = 2,113$ ,  $p = 0,035$ .

Um den Einfluss der spezifischen Belastungen auf die allgemeine Belastung zu quantifizieren, haben wir ein statistisches Modell erstellt, das alle spezifischen Belastungsfaktoren gleichzeitig mit der allgemeinen Belastung in Zusammenhang setzt. Dieses Survey-Regressionsmodell (Lumley & Scott, 2017) ergab bei gemeinsamer Betrachtung aller spezifischen Faktoren nur fünf Zusammenhänge zwischen spezifischen Belastungen und der allgemeinen Belastung: Coronabedingte Stresszunahme im Arbeitsalltag ( $b = 0,24$ ,  $SE = 0,05$ ,  $t = 5,311$ ,  $p < 0,001$ ), die Angst vor einem wirtschaftlichen Zusammenbruch in Deutschland, ( $b = 0,19$ ,  $SE = 0,06$ ,  $t = 3,116$ ,  $p = 0,002$ ), Spannungen in der Familie ( $b = 0,14$ ,  $SE = 0,05$ ,  $t = 2,6363$ ,  $p = 0,010$ ), das Vermissen von Treffen mit Freunden und Familie ( $b = 0,17$ ,  $SE = 0,08$ ,  $t = 2,096$ ,  $p = 0,038$ ) und die Belastungen durch Kita- und Schulschließungen ( $b = 0,10$ ,  $SE = 0,05$ ,  $t = 2,060$ ,  $p = 0,041$ ).

Zu den Fragen zur spezifischen Belastung durch Corona haben wir auch zwei Fragen aufgenommen, um eventuelle positive Aspekte der Coronapandemie zu erheben: Zum einen, ob die Coronapandemie zu einem verstärkten partnerschaftlichen Miteinander in einer gegebenenfalls vorhandenen Partnerschaft führt, und zum anderen, ob die Menschen für sich persönlich auch etwas Positives aus ihren Erfahrungen mit der Pandemie ziehen können. In der Tat scheint beides der Fall zu sein, wie sich Abbildung 16 entnehmen lässt.

**Corona und Konflikte** Vor dem Hintergrund von zunehmend schärferen gesellschaftlichen und medialen Auseinandersetzungen um die Coronapandemie und den Nutzen unterschiedlicher Lockdown-Maßnahmen haben wir untersucht, in welchem Umfang die Befragten Konflikte bezüglich ihrer Haltung zu Corona erlebt haben (vergleiche Abbildung 17). Hier zeigt sich, dass die Hälfte der Befragten schon einmal in ihrem privaten Umfeld wegen unterschiedlicher Ansichten zur Coronapandemie mit anderen in Konflikt geraten sind. Ein knappes Drittel der Befragten hat solche Konflikte schon am Arbeitsplatz erlebt und ein weiteres Drittel gab an, bisher noch keine Konflikte zu Corona erlebt zu haben.

Spezielle Belastungen durch die Coronapandemie (März 2021)

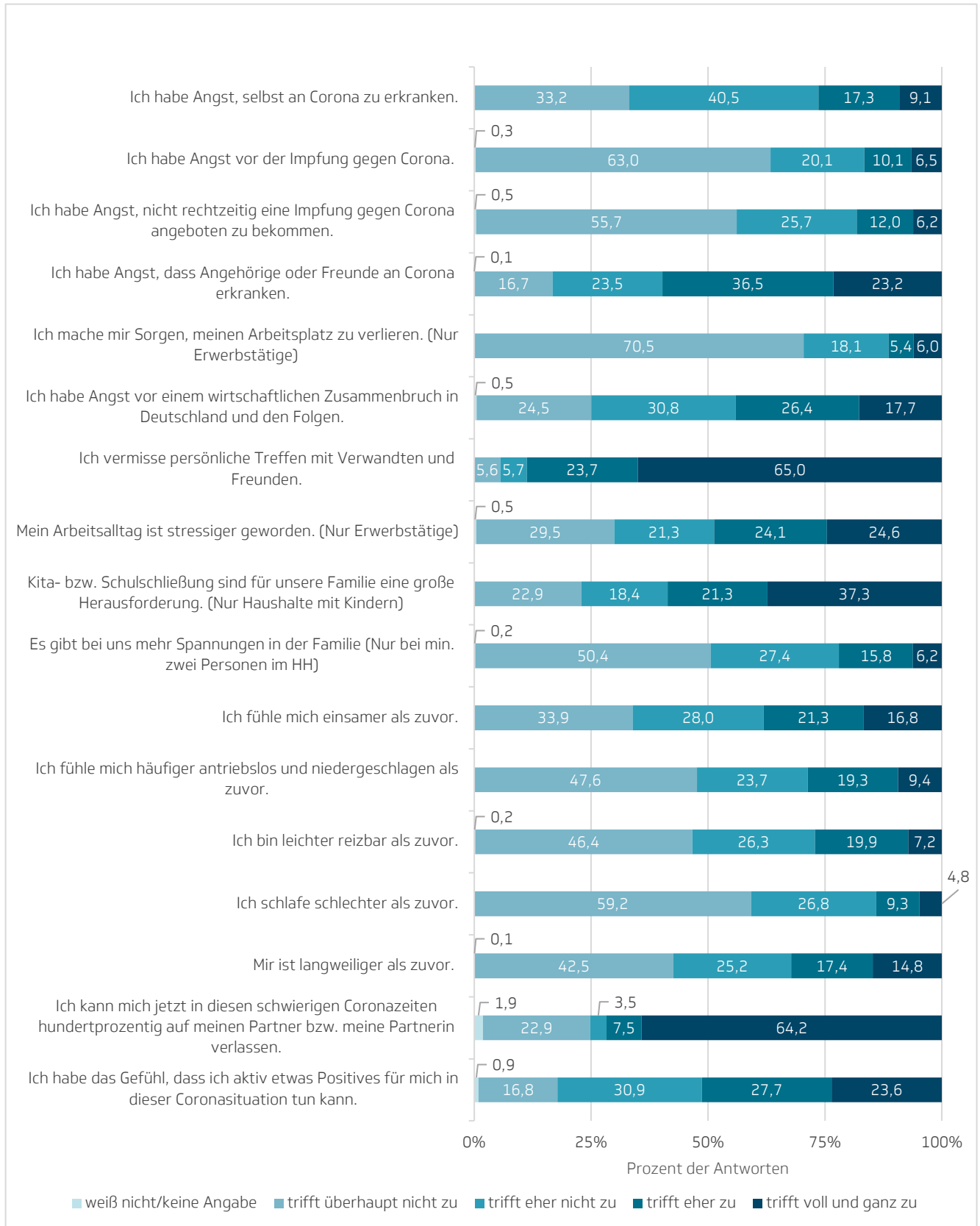


Abbildung 16 (Daten: Techniker Krankenkasse, 1.000 repräsentative Bürger ab 18 Jahre.)

## Erleben von Konflikten im Zusammenhang mit der Coronapandemie

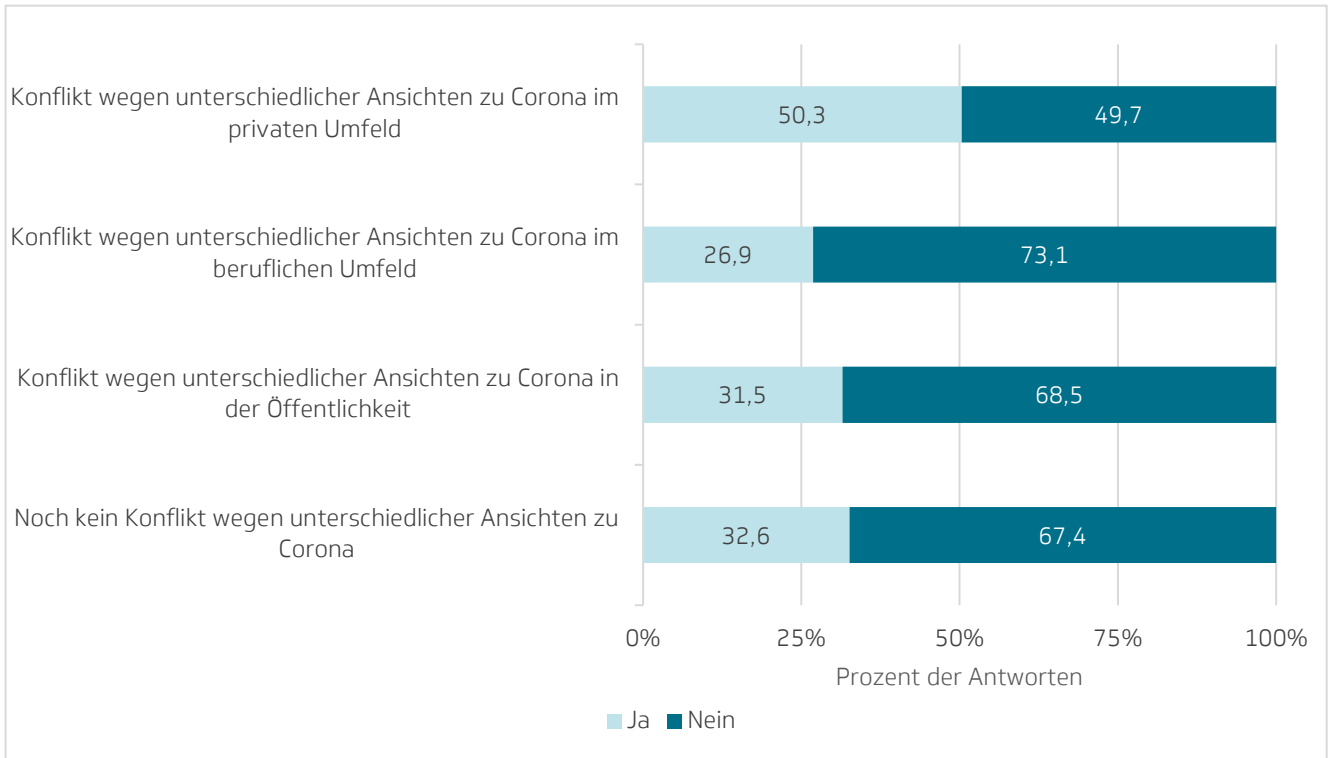


Abbildung 17 (Daten: Techniker Krankenkasse, 1.000 repräsentative Bürger ab 18 Jahre.)

Um die Relevanz dieser Konflikte zu bewerten, haben wir getestet, ob diejenigen Befragten, die schon einmal solche Konflikte erlebt haben, auch zu denjenigen gehören, die durch die Pandemie stärker belastet sind. Dies war aber nicht der Fall, ein entsprechender sogenannter Chi-Quadrat-Test war nicht signifikant.

**Verhaltensänderungen in Arbeit und Freizeit durch Corona** Die Coronapandemie und die damit einhergehenden Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie verändern den Alltag der Menschen auf vielfältige Art und Weise. Um ein detaillierteres Bild dieser Verhaltensänderungen zu erhalten, haben wir die Menschen mit Bezug auf unterschiedliche

Tätigkeiten ihres (Arbeits-) Alltags befragt, ob sie diesen Tätigkeiten im Vergleich zur Zeit vor Corona häufiger oder seltener nachgehen (vergleiche Abbildung 18).

Hier zeigt sich, dass über 60 Prozent der Deutschen häufiger über Videotelefonie mit Freunden und Verwandten Kontakt halten als vor Corona. Der Coronabedingte Digitalisierungsschub ist demnach auch in den Privathaushalten angekommen. Die Hälfte der Deutschen geht häufiger spazieren als früher; beinahe ebenso viele schauen häufiger Serien und Dokumentationen als früher.

Verhaltensänderungen in Arbeit und Freizeit im Vergleich zur Zeit vor Corona

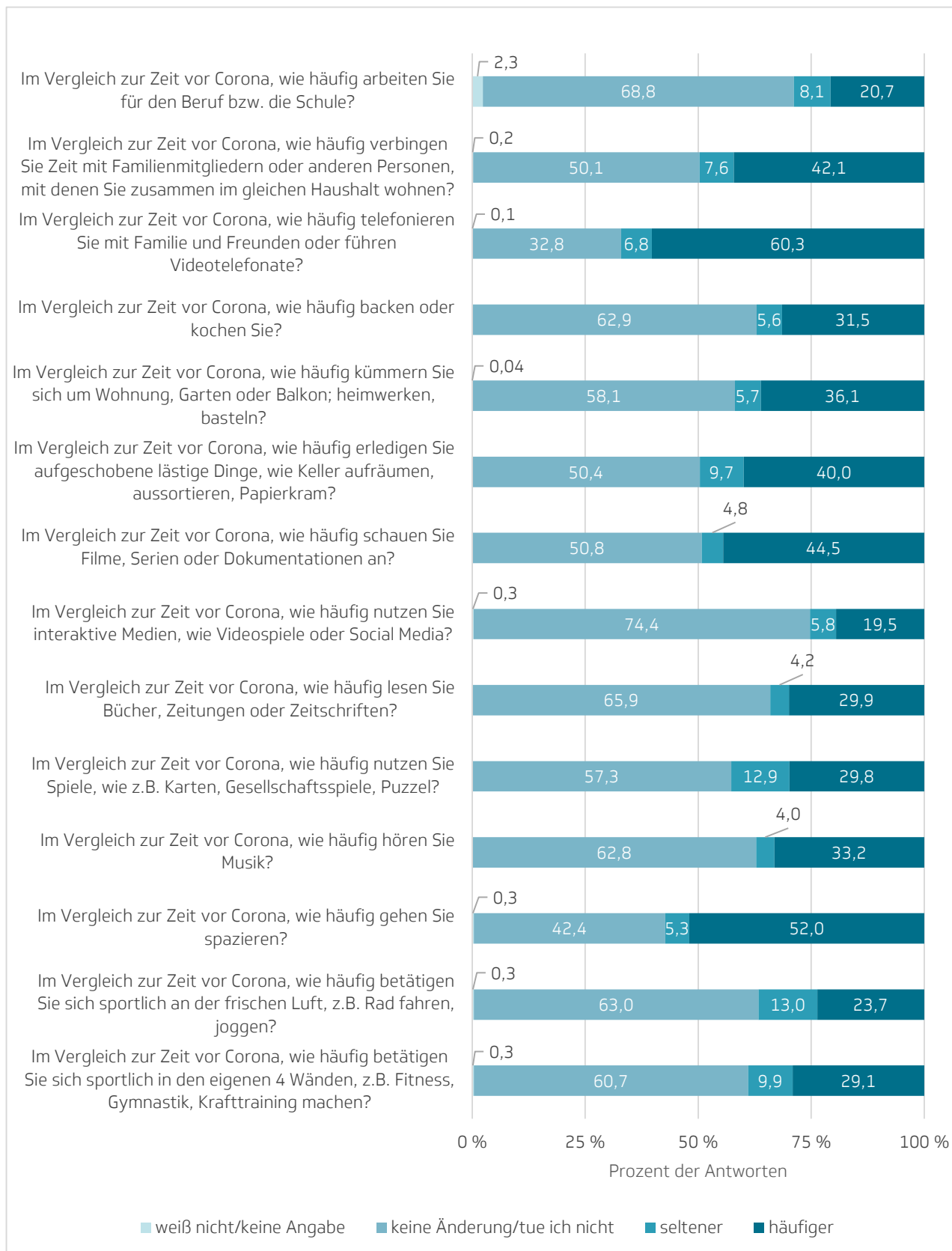


Abbildung 18 (Daten: Techniker Krankenkasse, 1.000 repräsentative Bürger ab 18 Jahre.)

Im Kontext der im März 2021 vielerorts geltenden Kontaktbeschränkungen ist es auch kaum verwunderlich, dass 42 Prozent der Deutschen mehr Zeit mit Familienangehörigen oder Personen im selben Haushalt verbringen als vor der Pandemie. Zu Hause kümmern sich 40 Prozent der Befragten häufiger um aufgeschobene lästige Dinge wie Papierkram oder den Keller aufräumen. Betrachtet man den Prozentsatz derjenigen, die angegeben haben, dass sie Dinge weniger tun, so ist dieser bei Sport an der frischen Luft am höchsten: 13 Prozent der Befragten gaben an, weniger Sport draußen zu treiben als vorher. Ebenso viele spielen weniger oft Gesellschaftsspiele als vor der Pandemie – ein Grund könnte darin liegen, dass Treffen mit den Freunden, mit denen man früher gespielt hat, eingeschränkt sind.

**Zusammenfassung** Insgesamt zeigt sich, dass die Coronapandemie den Alltag der Menschen in Deutschland weiterhin in weiten Teilen bestimmt. Zwei Drittel der Befragten kennen jemanden, der an Corona erkrankt ist. Über 40 Prozent der Menschen fühlen sich durch die Coronapandemie belastet; ein Drittel arbeitet wegen ihr ganz oder teilweise von zu Hause aus. Die Menschen vermissen vor allem persönliche Treffen mit Verwandten und Freunden, befürchten, dass nahestehende Personen an Corona erkranken, machen sich Sorgen um die Wirtschaft, leiden unter Schließungen von Schulen und Kitas und nehmen ihre Arbeit als stressiger als vor der Pandemie wahr.

Dieses Bild ist nur eine Momentaufnahme aus dem März 2021. Für ein umfassendes Verständnis des Pandemiegeschehens ist es notwendig, die zeitliche Entwicklung der psychischen Belastungen über die Dauer der gesamten Pandemie seit Ihrem Beginn 2020 zu betrachten. Dies geschieht im folgenden zweiten Teil dieses Kapitels, in dessen Rahmen wir die Fortführung der Chemnitzer Studie zur Arbeitssituation und Belastung zu Zeiten der Coronapandemie vorstellen, deren Daten zum ersten Lockdown bereits Gegenstand des letzten Dossiers der Techniker **"Corona 2020: Gesundheit, Belastungen, Möglichkeiten"** waren (Meyer et al., 2020).

### Theorie der Ressourcenerhaltung

## Emotionale Erschöpfung

Gemäß der Theorie der Ressourcenerhaltung reagieren Menschen, die für längere Zeit ihre Ressourcen nicht erhalten oder verbessern können, zunächst mit emotionaler Erschöpfung. Neben Depersonalisierung und dem Gefühl reduzierter Leistungsfähigkeit ist emotionale Erschöpfung ein Kernaspekt von Burn-out, der besonders mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Verbindung steht.

### Teil 2: Entwicklung der Arbeitssituation und Belastung zu Zeiten der Coronapandemie

Wie im ersten Teil dargelegt, führt die Coronapandemie zu neuen Belastungen (zum Beispiel unfreiwilliges Arbeiten im Home-Office bei gleichzeitiger Kinderbetreuung) und beschränkt gleichzeitig wichtige Ressourcen wie soziale Kontakte und Möglichkeiten zur Erholung. Gemäß der bereits erwähnten Theorie der Ressourcenerhaltung (Hobfoll, 2001) versuchen Menschen prinzipiell, ihre zeitlichen, sozialen und materiellen Ressourcen zu erhalten, vor allem wenn sie sich mit einer Bedrohung wie der Coronapandemie konfrontiert sehen. Die Pandemie bedroht Ressourcen auf verschiedene Art und Weise: Neben den gesundheitlichen Folgen von COVID-19 können Jobverlust, veränderte Arbeitsbedingungen oder die gleichzeitige Belastung aus Arbeit und Familie zu Ressourcenverlusten führen. Um diese Ressourcen jedoch erhalten zu können, müssen Menschen wiederum Ressourcen investieren. Menschen, die umfangreiche Ressourcen besitzen (zum Beispiel ein großes soziales Netzwerk, eine intakte Familiensituation, ein hohes sicheres Einkommen), können auf solche kritischen Lebensereignisse besser reagieren als Menschen mit wenigen Ressourcen.

## Verzahnung von Arbeits- und Privatleben Herausforderungen

Eine Besonderheit der neuen Bedrohungslage durch COVID-19 ist die enge Verzahnung von arbeitsbezogenen und privaten Herausforderungen, die sich beispielsweise für Beschäftigte im Home-Office mit gleichzeitiger Kinderbetreuung zeigt.

Gerade für Familien sind zu Zeiten des Lockdowns viele Unterstützungsmöglichkeiten weggefallen und es sind zum Teil zusätzliche Belastungen entstanden: Schließung von Bildungseinrichtungen, Kontaktverbot auch für den engsten Familienkreis. Es ist beispielsweise davon auszugehen, dass Alleinerziehende in diesem Zeitraum im Durchschnitt auf weniger Ressourcen zurückgreifen konnten als Familien mit zwei Elternteilen, die sich gegenseitig unterstützen.

Gemäß der Theorie der Ressourcenerhaltung reagieren Menschen, die für längere Zeit ihre Ressourcen nicht erhalten oder verbessern können, zunächst mit emotionaler Erschöpfung. Neben Depersonalisierung und dem Gefühl reduzierter Leistungsfähigkeit ist emotionale Erschöpfung ein Kernaspekt von Burn-out, der besonders mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Verbindung steht. Die Betroffenen fühlen sich körperlich und emotional ausgelaugt, was häufig mit andauernder Müdigkeit, Niedergeschlagenheit und Anspannungszuständen einhergeht. Aufgrund der direkten und indirekten Folgen der Coronapandemie erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen solche längerfristigen Ressourcenverluste erleben und somit auch mehr emotionale Erschöpfung. Eine Besonderheit der neuen Bedrohungslage durch COVID-19 ist die enge Verzahnung von arbeitsbezogenen und privaten Herausforderungen, die sich beispielsweise für Beschäftigte im Home-Office mit gleichzeitiger Kinderbetreuung zeigt.

Auf Grundlage dieser Überlegungen haben wir im letzten Coronadossier neben der emotionalen Erschöpfung eine Reihe von Belastungen und Ressourcen im Zusammenhang mit der Coronapandemie im zeitlichen Verlauf von April bis Juni betrachtet (Meyer et al., 2020; siehe auch Meyer et al., 2021). Dabei zeigte sich, dass die emotionale Erschöpfung der Frauen in etwa dem Pandemiegeschehen folgte und Männer etwas weniger stark belastet waren. Mit anderen Worten: Insbesondere Frauen waren stärker emotional erschöpft, wenn die Pandemie besonders stark belastete und Ressourcen einschränkte. Dazu passte auch, dass Befragte mit mehr Ressourcen wie sozialer Unterstützung und Möglichkeiten zur Selbstsorge weniger stark erschöpft waren als solche, die über wenige Ressourcen verfügen.

Es ist mit Bezug auf die eingangs erläuterte Theorie der Ressourcenerhaltung wahrscheinlich, dass die erste Coronawelle die psychischen Ressourcen der Menschen so stark vermindert hat, dass weniger Ressourcen zum Umgang mit den Belastungen der zweiten Welle zur Verfügung standen. Mit anderen Worten ist es wahrscheinlich, dass die Menschen schon belasteter in die zweite Welle gingen und deswegen in ihrem Verlauf auch stärker belastet waren. Dieser Vermutung soll im Folgenden durch die Betrachtung der emotionalen Erschöpfung und weiterer Belastungen und Ressourcen im Winter 2020/2021 nachgegangen werden. Das methodische Vorgehen orientiert sich dabei weitestgehend an dem im vergangenen Dossier erläuterten Verfahren beziehungsweise führt dieses fort.

**Methodisches Vorgehen** Nach einer ersten Erhebungswelle, die von April bis Juni 2020 durchgeführt wurde, schloss sich in weiteren drei überlappenden Befragungswellen über einen Zeitraum von fünf Monaten von November 2020 bis Anfang März 2021 ein zweiter Messzeitraum an (siehe Abbildung 19). Die vierte Messwelle (November 2020) begann kurz nach dem Start von einigen (light) Lockdown-Maßnahmen in Deutschland. Vier Wochen später (Dezember 2020), als die Lockdown-Regelungen weiter verschärft wurden, startete der fünfte Messzeitpunkt. Die sechste Messwelle wurde weitere sieben Wochen später (Februar 2021) begonnen, als die Beschränkungen langsam gelockert wurden.



## Übersicht der Datenerhebung in sechs Wellen während der Corona Pandemie 2020-2021 in Deutschland

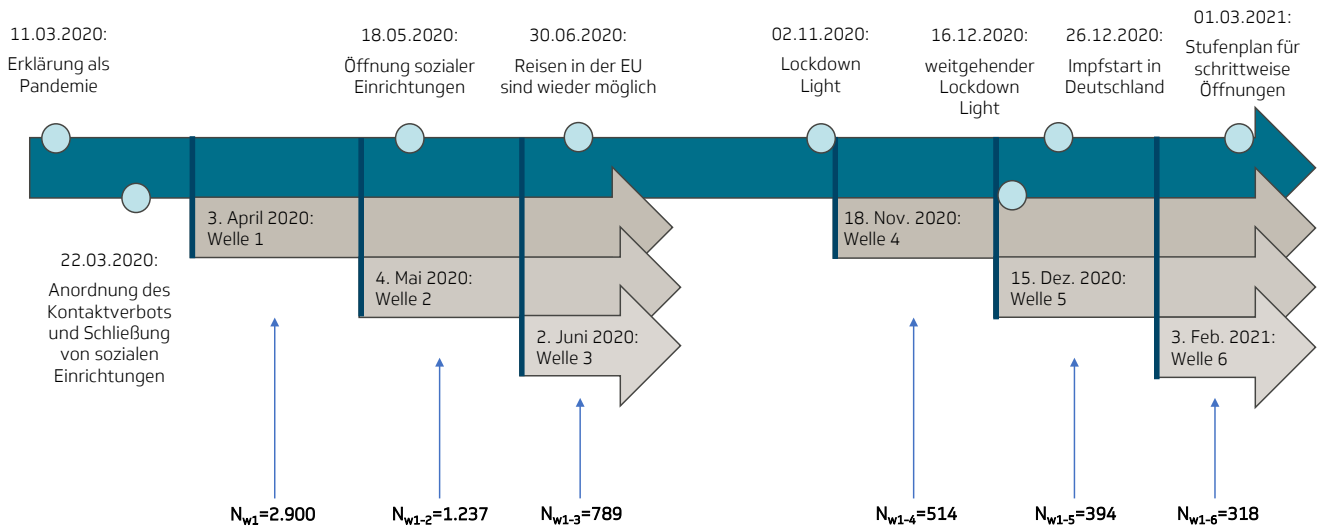


Abbildung 19 (eigene Abbildung, Eckdaten entnommen von bundesregierung.de)

**Studienteilnehmende** Insgesamt haben 3.862 Personen an der Erhebungswelle 1 teilgenommen. Davon wurde eine Teilmenge der in Deutschland lebenden, berufstätigen Befragten mit weitestgehend vollständigen Antworten für die Datenanalyse ausgewählt:  $n_{w1} = 2.900$ ,  $n_{w1-2} = 1.237$ ,  $n_{w1-3} = 789$ ,  $n_{w1-4} = 514$ ,  $n_{w1-5} = 394$ ,  $n_{w1-6} = 318$ . Die finalen Analysen beziehen sich primär auf die Personen, die zu allen sechs Messzeitpunkten teilgenommen haben ( $n_{w1-6} = 318$ ), sodass die nachfolgenden Angaben mehrheitlich ebenfalls für diese Teilstichprobe angegeben werden. Stellenweise werden nur die Messzeitpunkte 4 bis 6 ( $n_{w1-6} = 318$ ) dieses Datensatzes betrachtet und mit den Angaben aus der ersten Coronawelle verglichen (damalige Daten  $n_{w1-3} = 789$ ).

**Allgemeine Angaben** Der Großteil der Befragten war weiblich (70,53 Prozent, männlich = 28,3 Prozent, divers = 0,31 Prozent<sup>4</sup>) und durchschnittlich 43,04 Jahre (SD = 11,74) alt. Bezüglich der Einwohnerzahl des Wohnorts stammten die meisten Befragten aus Städten oder Gemeinden mit mehr als 100.000 Einwohnern (28,93 Prozent), bis 5.000 Einwohnern (17,92 Prozent), über 500.000 Einwohnern (17,30 Prozent) und über 1 Million Einwohnern (11,95 Prozent). Genauer betrachtet gaben 40,25 Prozent zum Erhebungsstart an, in Sachsen, 11,64 Prozent in Nordrhein-Westfalen und 6,29 Prozent in Bayern zu leben (28,92 Prozent in den 13 anderen Bundesländern; 12,89 Prozent fehlende Angaben).

**Arbeitssituation** Die Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt der allerersten Erhebungswelle mehrheitlich Angestellte (82,39 Prozent), außerdem Verbeamtete (9,12 Prozent), berufstätige Studierende (3,77 Prozent) und Selbstständige (2,52 Prozent). Ab Erhebungswelle 4 wurden formale Führungspositionen erfragt; 12,58 Prozent gaben an, eine solche inne zu haben (fehlende Angaben: 2,52 Prozent), meist mit einer Führungsspanne zwischen 1-30 Personen ( $w_{4-6}$ : 75,00 Prozent). Die Teilnehmenden arbeiteten zudem in unterschiedlichen Branchen, unter anderem in der öffentlichen Verwaltung (24,53 Prozent), im Gesundheits- und Sozialwesen (19,81 Prozent), an Universitäten und Forschungseinrichtungen (13,52 Prozent), in der Dienstleistungsbranche (7,55 Prozent) und in 25 weiteren Branchen (27,99 Prozent; fehlende Angaben: 6,60 Prozent). Ein Drittel (33,65 Prozent; fehlende Angaben: 5,35 Prozent) der Befragten gab an, einer systemrelevanten Arbeit (zum Beispiel Gesundheitsversorgung) nachzugehen. Die meisten arbeiteten in Vollzeit (65,72 Prozent; fehlende Angaben: 7,23 Prozent) und mussten aufgrund der Coronasituation nicht in Kurzarbeit gehen (76,42 Prozent; fehlende Angaben: 18,55 Prozent). Für das durchschnittliche monatliche Haushalts-Netto-Einkommen vor Abzug der Miete war die Spanne von 2.001-3.000 € am häufigsten (30,19 Prozent), gefolgt von den Kategorien 3.001-4.000 € (19,50 Prozent), 4.001-5.000 € (15,41 Prozent) und 5.001-6.000 € (14,15 Prozent); 16,03 Prozent hatten ein Einkommen von höchstens 2.000 € und 3,15 Prozent eines von über 6.000 €.

<sup>4</sup> Da Analysen mit nur einer Person in dieser Kategorie nicht möglich waren, wurde diese Person für weitere Berechnungen entfernt, wodurch sich die 318 Personen ergeben, die für alle anderen Angaben berichtet wurden.

Während der ersten Coronawelle ( $n_{w1-3} = 789$ ) zeigte sich eine Reduzierung der Arbeit im Home-Office über die Zeit hinweg ( $w_1$ : 39,92 Prozent,  $w_2$ : 33,97 Prozent,  $w_3$ : 20,41 Prozent), wohingegen während der zweiten Coronawelle ( $n_{w1-6} = 318$ ) ein Anstieg über die Zeit beobachtet wurde ( $w_4$ : 13,52 Prozent,  $w_5$ : 23,90 Prozent,  $w_6$ : 28,30 Prozent). Ähnliches zeigte sich bei der Kombination von Vor-Ort-Arbeit und Home-Office während der ersten Erhebungszeitpunkte ( $w_1$ : 21,17 Prozent,  $w_2$ : 18,63 Prozent beziehungsweise  $w_3$ : 17,74 Prozent), wohingegen der Anteil während der zweiten Coronawelle schwankte, aber generell auf einem höheren Niveau lag ( $w_4$ : 24,53 Prozent,  $w_5$ : 22,96 Prozent,  $w_6$ : 23,58 Prozent). Ausschließliche Arbeit vor Ort nahm während der ersten Coronawelle über die Zeit hinweg zu ( $w_1$ : 29,78 Prozent,  $w_2$ : 37,90 Prozent,  $w_3$ : 52,34 Prozent), wurde in der zweiten Coronawelle mit der Zeit dagegen seltener ( $w_4$ : 52,52 Prozent,  $w_5$ : 44,03 Prozent,  $w_6$ : 38,68 Prozent).

## Corona im persönlichen Umfeld

### Betroffenheit

Die Anzahl der Personen, bei denen nahestehende Personen mit oder an den Folgen von COVID-19 gestorben sind, war in der ersten Coronawelle noch sehr gering ( $w_1$ : 0,25 Prozent,  $w_2$ : 0,13 Prozent,  $w_3$ : 0,25 Prozent), nahm aber zum Schluss der zweiten Coronawelle prozentual zu ( $w_4$ : 1,57 Prozent,  $w_5$ : 2,83 Prozent,  $w_6$ : 6,29 Prozent).

**Private Situation** Ein Großteil der Teilnehmenden lebte zum Start der Untersuchung in einer festen Partnerschaft (72,01 Prozent), wobei 85,15 Prozent dieser Personen auch einen gemeinsamen Haushalt führten. Die Angaben zur Arbeit des Partners im Home-Office während der ersten Coronawelle schwankten über die Zeit ( $w_1$ : 42,91 Prozent,  $w_2$ : 47,56 Prozent,  $w_3$ : 39,04 Prozent); dagegen konnte in der zweiten Coronawelle ein Anstieg beobachtet werden ( $w_4$ : 43,48 Prozent,  $w_5$ : 45,85 Prozent,  $w_6$ : 51,74 Prozent). Die Haushaltsgröße wurde mit durchschnittlich 2,43 Personen (SD = 1,18) angegeben, wobei 41,82 Prozent der Teilnehmenden verneinten, dass Kinder mit im Haushalt leben (fehlende Angabe: 25,79 Prozent). Im Spezifischen gaben 59,12 Prozent an, keine Kinder im Vorschulalter zu haben (1 Kind: 7,23 Prozent, 2 Kinder: 5,97 Prozent, >2 Kinder: 1,25 Prozent).

Ähnlich dazu berichteten 52,83 Prozent der Teilnehmenden, dass sie keine schulpflichtigen Kinder (ab 6 Jahren) haben (1 Kind: 10,38 Prozent, 2 Kinder: 8,81 Prozent, >2 Kinder: 0,94 Prozent). Die Teilnehmenden mit schulpflichtigen Kindern oder Kindern im Vorschulalter berichteten während der ersten Coronawelle anfangs sehr häufig von aktuell geschlossenen Tagesbetreuungseinrichtungen und Schulen, was dann aber über die Zeit hinweg abnahm ( $w_1$ : 87,19 Prozent,  $w_2$ : 79,00 Prozent,  $w_3$ : 50,18 Prozent). In der zweiten Coronawelle wurde die Frage hierzu etwas abgeändert und bezog sich auf Schließungen in den letzten zwei Wochen vor dem jeweiligen Befragungszeitpunkt. Von einem sehr geringen Ausgangsniveau konnte hier eine deutliche Zunahme an geschlossenen Einrichtungen über die Zeit beobachtet werden ( $w_4$ : 17,17 Prozent,  $w_5$ : 52,53 Prozent,  $w_6$ : 61,62 Prozent). Einige Teilnehmende berichteten, dass sie eine zusätzliche Belastung durch die Betreuung von kranken oder älteren Angehörigen haben (8,18 Prozent; fehlende Angaben: 1,57 Prozent).

**Betroffenheit** Nur wenige Teilnehmende mussten sich während der ersten Coronawelle aufgrund eines Verdachtes auf COVID-19 (zum Beispiel Symptome) in häusliche Quarantäne begeben ( $w_1$ : 6,08 Prozent,  $w_2$ : 0,76 Prozent,  $w_3$ : 1,01 Prozent). In der zweiten Coronawelle war der Anteil etwas höher ( $w_4$ : 7,23 Prozent,  $w_5$ : 7,86 Prozent,  $w_6$ : 4,72 Prozent). Ähnliches gilt für den Anteil von nahestehenden Personen der Befragten, die sich in Quarantäne begeben mussten ( $w_1$ : 5,32 Prozent,  $w_2$ : 1,52 Prozent,  $w_3$ : 0,76 Prozent beziehungsweise  $w_4$ : 11,32 Prozent,  $w_5$ : 15,41 Prozent,  $w_6$ : 5,03 Prozent).

Wenige Befragte gaben während der ersten Coronawelle an, dass sie selbst positiv auf COVID-19 getestet wurden ( $w_1$ : 0,51 Prozent,  $w_2$ : 0,25 Prozent,  $w_3$ : 0,76 Prozent). Auch in der zweiten Coronawelle waren diese Fälle selten, aber etwas häufiger als davor ( $w_4$ : 1,57 Prozent,  $w_5$ : 2,52 Prozent,  $w_6$ : 3,77 Prozent). Ab Messung 4 wurden auch Coronaspezifische Symptome wie Geschmacks- oder Geruchsverlust abgefragt, die von allen positiv getesteten Personen bejaht wurden, auch wenn keine dieser Personen zu irgendeinem Zeitpunkt auf der Intensivstation behandelt werden musste. Während zur ersten Coronawelle noch relativ wenige Befragte nahestehende Personen hatten, die positiv getestet wurden ( $w_1$ : 7,86 Prozent,  $w_2$ : 4,82 Prozent,  $w_3$ : 3,55 Prozent), nahm dieser Anteil während der zweiten Coronawelle deutlich zu ( $w_4$ : 21,70 Prozent,  $w_5$ : 26,10 Prozent,  $w_6$ : 32,70 Prozent). Viele dieser Personen wiesen auch spezifische Symptome auf ( $w_4$ : 69,57 Prozent,  $w_5$ : 78,31 Prozent,  $w_6$ : 78,85 Prozent) und einige von ihnen mussten intensivmedizinisch behandelt werden ( $w_4$ : 14,49 Prozent,  $w_5$ : 7,23 Prozent,  $w_6$ : 10,58 Prozent).

Die Anzahl der Personen, bei denen nahestehende Personen mit oder an den Folgen von COVID-19 gestorben sind, war in der ersten Coronawelle noch sehr gering ( $w_1$ : 0,25 Prozent,  $w_2$ : 0,13 Prozent,  $w_3$ : 0,25 Prozent), nahm aber zum Schluss der zweiten Coronawelle prozentual zu ( $w_4$ : 1,57 Prozent,  $w_5$ : 2,83 Prozent,  $w_6$ : 6,29 Prozent).

Zu Messung 4 wurden die Befragten um ihre Einschätzung gebeten, wann ein Impfstoff beziehungsweise antivirale Medikamente gegen COVID-19 zur Verfügung stehen würden. Überwiegend wurden hier 4-6 Monate angegeben (37,22 Prozent), danach 1-3 Monate (23,98 Prozent), 7-9 Monate (11,99 Prozent), 10-12 Monate (13,56 Prozent) und über 12 Monate (6,33 Prozent). Weitere 5,36 Prozent der Befragten machten keine Angabe und 1,58 Prozent gingen davon aus, dass kein Impfstoff oder Medikament zur Verfügung stehen wird. Ab Messung 5 und 6 wurde die Frage angepasst, da zu dieser Zeit die generelle Verfügbarkeit eines Impfstoffs bereits klar war. Stattdessen sollten die Befragten angeben, wann eine Impfung *für sie persönlich* zur Verfügung stehen würde. Die Angaben blieben hier in einem ähnlichen Rahmen wie in der vorherigen Version der Fragen, mit 4-6 Monaten als häufigster Kategorie ( $w_5$ : 31,13 Prozent,  $w_6$ : 36,13 Prozent).

Ebenfalls ab Messung 5 aufgenommen war die Frage nach der persönlichen Impfbereitschaft: Die Mehrheit der Teilnehmenden gab an, sich gegen das Coronavirus impfen lassen zu wollen ( $w_5$ : 64,46 Prozent,  $w_6$ : 77,82 Prozent); 2,20 Prozent der Befragten waren zum sechsten Messzeitpunkt bereits geimpft (fehlende Angaben: 3,46 Prozent). Darüber hinaus sollte der Impfstart in Deutschland eingeschätzt werden, wobei sich hier eine eher negative Sicht zeigte ( $w_6$ :  $M = 30,13$ ,  $SD = 22,81$  auf einer Skala von 0/sehr schlecht bis 100/sehr gut).

**Items zu Einstellungen und Wahrnehmungen** Der eingesetzte Fragebogen enthielt eine Fülle von Items und Skalen, die über den Umfang der in diesem Report berichteten Ergebnisse hinausgehen. Eine vollständige Auflistung aller verwendeten Items und Skalen ist im **Online-Material zu Meyer et al. (2021)** verfügbar. Nachfolgend stellen wir die zentralen Variablen, Items und Fragebogenskalen dar, die bereits im vergangenen Dossier ausgewertet wurden und deren Auswertung wir für dieses Kapitel fortgesetzt haben.

### Persönliche Impfbereitschaft

## Impfstart in Deutschland

Ebenfalls ab Messung 5 aufgenommen war die Frage nach der persönlichen Impfbereitschaft: Die Mehrheit der Teilnehmenden gab an, sich gegen das Coronavirus impfen lassen zu wollen ( $w_5$ : 64,46 Prozent,  $w_6$ : 77,82 Prozent); 2,20 Prozent der Befragten waren zum sechsten Messzeitpunkt bereits geimpft (fehlende Angaben: 3,46 Prozent). Darüber hinaus sollte der Impfstart in Deutschland eingeschätzt werden, wobei sich hier eine eher negative Sicht zeigte ( $w_6$ :  $M = 30,13$ ,  $SD = 22,81$  auf einer Skala von 0/sehr schlecht bis 100/sehr gut).

**Emotionale Erschöpfung** Diese zentrale Facette des Burnouts haben wir mit den sechs Items der Teilskala „Personal Burnout“ des Copenhagen Burnout Inventory (CBI, Kristensen et al., 2005) gemessen. Wir passten die Items dabei an den Kontext der Coronapandemie an, zum Beispiel „Seit [Beginn der Coronakrise]/[der letzten Bewertung] fühle ich mich emotional erschöpft“. Die interne Konsistenz war hoch ( $\omega_{\text{total}1,2,3} = 0,95$ ).

**Wahrgenommene soziale Unterstützung** Wir haben die wahrgenommene soziale Unterstützung von Kollegen und vom Partner, soweit vorhanden, gemessen. Erstere wurde mit zwei Items gemessen, zum Beispiel „Wie oft bekommen Sie aktuell Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen\*innen im Home-Office?“ (Nübling et al., 2005). Die Antworten reichten von 1 (nie/kaum) bis 5 (immer). Wir verwendeten darüber hinaus die Partnerunterstützungs-Skala (8 Items, Straughen et al., 2013), zum Beispiel „Mein Partner versteht, wie ich mich fühle“. Die interne Validität war durchgehend hoch mit  $\omega_{\text{total}1,2} = 0,93$ ,  $\omega_{\text{total}3} = 0,92$ .

## Angst vor Ansteckung nimmt zu Die Coronasituation

Im Vergleich zum März 2020 halten sich die Befragten im Januar 2021 deutlich weniger streng an etwaige Kontaktbeschränkungen, obwohl sich die Angst davor, selbst an Corona zu erkranken, mehr als verdreifacht hat. Auch die Angst davor, dass sich Freunde oder Angehörige infizieren, hat stark zugenommen. Die Anzahl der Menschen, die im Home-Office arbeiten, ist in dieser Stichprobe im Vergleichszeitraum um 10 Prozent auf fast zwei Drittel der Befragten angestiegen. Gleichzeitig stimmen im Januar 2021 im Vergleich zum März 2020 nur noch halb so viele der Umfrageteilnehmer der Aussage zu, dass die Pandemie ihren Alltag radikal verändert hat. Wir interpretieren diese Befunde so, dass eine gewisse Gewöhnung an die Situation bei gleichzeitig nachlassender Bereitschaft zur Befolgung der Regeln festzustellen ist, obwohl die Angst vor dem Virus deutlich zugenommen hat.

**Unvereinbarkeit von Arbeit und Privatleben/Privatleben und Arbeit** Wir verwendeten Teile des Copenhagen Psychological Questionnaire (COPSOQ, Nübling et al., 2005) zur Bewertung der Unvereinbarkeit von Arbeit und Privatleben (5 Items) und Privatleben und Arbeit (5 Items, adaptiert auf die Arbeit im Home-Office und am Arbeitsplatz). Beispiel-Items sind „Die Anforderungen der Arbeit stören mein Privat- und Familienleben“ für die Unvereinbarkeit von Arbeit und Privatleben und „Die Anforderungen meines Privat- und Familienlebens stören [mich bei der Arbeit]/[mich im Home-Office]“ für die Unvereinbarkeit von Privatleben und Arbeit. Die interne Validität für alle Skalen war in allen drei Wellen hoch ( $\omega_{\text{total}} = [0,93 \text{ bis } 0,96]$ ).

**Arbeitsplatzunsicherheit** Wir entwickelten drei Items zur Bewertung der Coronaspezifischen Arbeitsplatzunsicherheit, zum Beispiel „Aufgrund der Coronapandemie ist mein Job in Gefahr“. Die interne Validität war hoch (6 Items,  $\omega_{\text{total}1,2} = 0,83$ ,  $\omega_{\text{total}3} = 0,82$ ).

**Gesundheitsverhalten/Umgang mit der eigenen Gesundheit (Self-Care)** Das eigene Gesundheitsverhalten wurde mit fünf Items (adaptiert nach Pundt & Felfe, 2017; Health-oriented leadership) erhoben, wobei zwei Items das positive Gesundheitsverhalten widerspiegeln, zum Beispiel „Ich Sorge dafür, dass ich ausreichend Entspannung und Erholung finde.“ und drei Items das negative Gesundheitsverhalten abbilden, zum Beispiel „Wenn es sehr viel zu tun gibt, lasse ich schon mal meine Pausen ausfallen.“ Die drei Items für das negative Gesundheitsverhalten wurden umkodiert und mit den beiden anderen Items zur Gesamtskala zusammengefasst ( $\omega_{\text{total}1} = 0,65$ ,  $\omega_{\text{total}2} = 0,67$ ,  $\omega_{\text{total}3} = 0,66$ ).

**Ergebnisse** Abbildung 20 vergleicht die prozentuale Zustimmung aller Teilnehmer zu den allgemeinen Items zur persönlichen Situation beziehungsweise zur Betroffenheit durch Corona zwischen der ersten Befragungswelle im März 2020 und der letzten im Januar 2021. Die zur letzten Welle verbleibenden Teilnehmer scheinen im Durchschnitt wirtschaftlich weniger stark von der Pandemie betroffen zu sein als die Befragten zur ersten Welle: Nur 1,8 Prozent gaben im Januar 2021 an, durch die Pandemie in wirtschaftliche Schwierigkeiten zu geraten; im März 2020 waren es noch 7,6 Prozent. Der Prozentsatz derjenigen, deren Arbeitgeber durch die Pandemie in Schwierigkeiten geraten ist, hat sich von 16 Prozent auf 8,3 Prozent beinahe halbiert. Wir interpretieren diese Daten so, dass vor allem die Personen in der Stichprobe verblieben sind, die zumindest in wirtschaftlicher Hinsicht eher wenig durch die Pandemie betroffen sind; die folgenden Auswertungen sind daher eher konservativ zu interpretieren, da sie auf Angaben von Personen basieren, die nicht zu den am stärksten von der Pandemie betroffenen zählen.

Im Vergleich zum März 2020 halten sich die Befragten im Januar 2021 deutlich weniger streng an etwaige Kontaktbeschränkungen, obwohl sich die Angst davor, selbst an Corona zu erkranken, mehr als verdreifacht hat. Auch die Angst davor, dass sich Freunde oder Angehörige infizieren, hat stark zugenommen. Die Anzahl der Menschen, die im Home-Office arbeiten, ist in dieser Stichprobe im Vergleichszeitraum um 10 Prozent auf fast zwei Drittel der Befragten

angestiegen. Gleichzeitig stimmen im Januar 2021 im Vergleich zum März 2020 nur noch halb so viele der Umfrageteilnehmer der Aussage zu, dass die Pandemie ihren Alltag radikal verändert hat. Wir interpretieren diese Befunde so, dass eine gewisse Gewöhnung an die Situation bei gleichzeitig nachlassender Bereitschaft zur Befolgung der Regeln festzustellen ist, obwohl gleichzeitig die Angst vor dem Virus deutlich zugenommen hat.

### Subjektive Betroffenheit durch Corona: Prozent der Befragten, die eher oder voll zustimmen

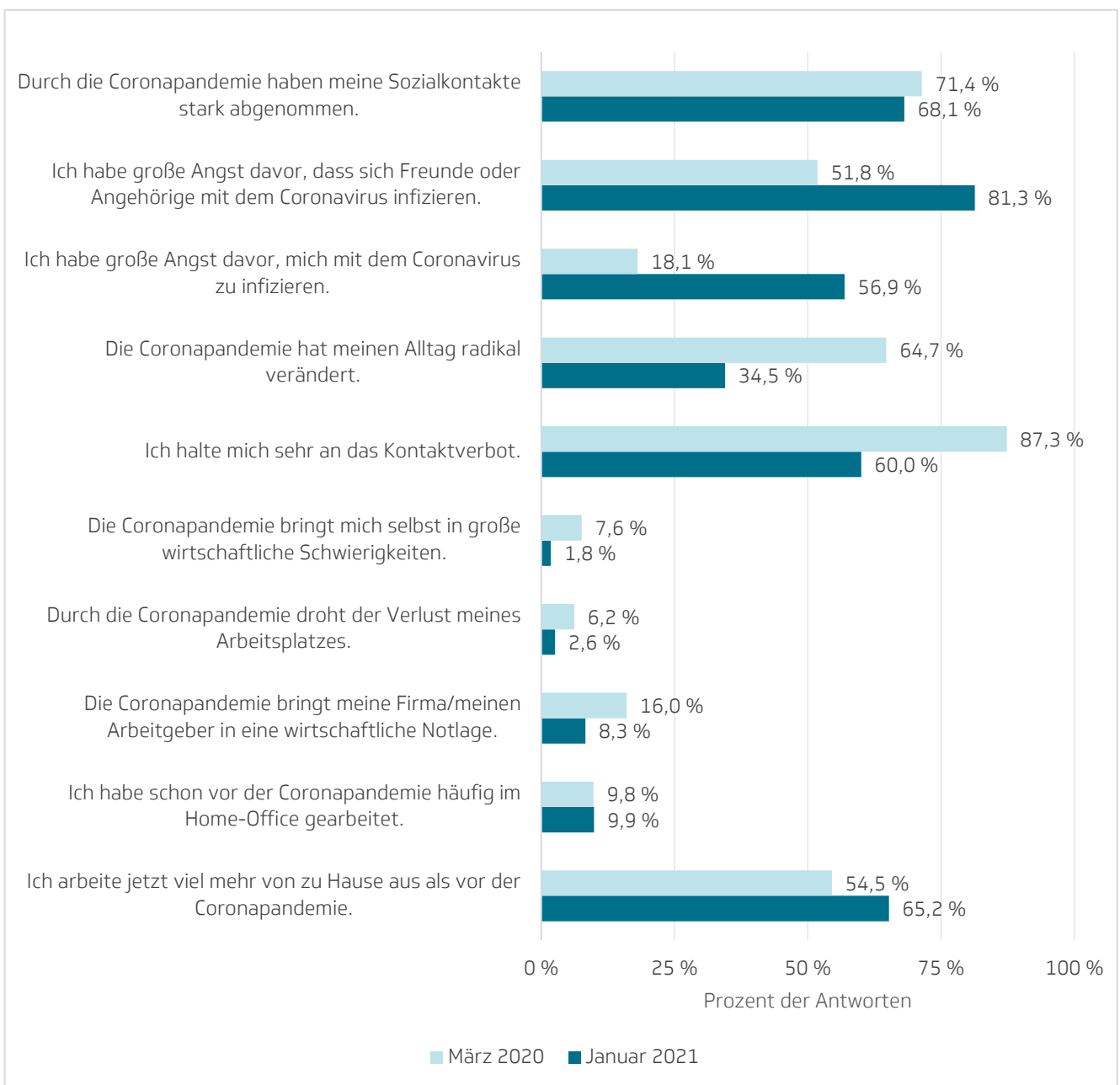


Abbildung 20 (Vergleich der subjektiven Betroffenheit durch die Coronapandemie der Umfrageteilnehmer zwischen der 1. Befragungswelle im April 2020 und der 6. Welle im Januar 2021 (N1 = 2.490; N6 = 318); Daten: Professur für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der TU Chemnitz.)

### Die zweite Coronawelle

## Psychische Belastung nimmt zu

Die emotionale Erschöpfung unter den Befragten (Abbildung 21) ist in der zweiten Welle stärker als während der ersten Welle: Im Dezember 2020 und Januar 2021 liegt sie für Frauen auf der Erschöpfungsskala von 1-5 im Mittel bei 3 und damit etwa einen halben Skaleneinheit über den Werten vom Mai und Juni 2020. Die psychische Belastung hat im Vergleich zur ersten Coronawelle deutlich zugenommen.

**Psychische Belastung** Um die psychische Belastung durch die Coronapandemie und den Einfluss verschiedener Faktoren auf deren Entwicklung abschätzen zu können, betrachten wir im Folgenden die Entwicklung verschiedener psychologischer Faktoren über die Zeit. Wie im letzten Dossier beginnen wir mit der psychischen Belastung in Form von emotionaler Erschöpfung und empfundener Unvereinbarkeit von Beruf und Familie (und andersherum). Dafür bilden wir für jede der sechs Befragungswellen einen Mittelwert über alle ausgefüllten Bögen, wobei wir teilweise noch nach unterschiedlichen Gruppen (zum Beispiel nach Geschlecht oder Arbeit im Home-Office) differenzieren. Der Mittelwert zur sechsten Befragungswelle bezieht sich demnach auf alle Personen, die auch an den vorigen fünf Wellen teilgenommen haben; der Mittelwert zur fünften Welle beinhaltet alle Personen, die auch an den vorigen vier Wellen teilgenommen haben usw.

Wir unterscheiden in allen folgenden Darstellungen zwischen den Geschlechtern, da die Forschung zur psychischen Gesundheit generell substantielle Unterschiede zwischen Männern und Frauen aufzeigt (zum Beispiel Halbesleben, 2006) und sich diese auch im letzten Dossier gezeigt haben (Meyer, 2020). Wir differenzieren ferner zwischen Personen, die ausschließlich im Home-Office arbeiten und solchen, die teilweise oder vollständig einer Arbeit außerhalb des Home-Office nachgehen. Bei den Betrachtungen der Verläufe über die Zeit richten wir ein besonderes Augenmerk auf die Unterschiede zwischen der ersten Welle (März 2020 – Juni 2020) und der zweiten (Dezember 2020 – Januar 2021). Hier muss betont werden, dass die zweite Welle im Januar 2021 noch nicht beendet war und die Zahlen dieses Monats sich auf einen Zeitraum mit andauernd hohem Infektionsgeschehen beziehen, das deutlich über dem Niveau des Infektionsgeschehens während der ersten Welle lag.

Um anschließend den Einfluss der Schutzfaktoren beziehungsweise Ressourcen soziale Unterstützung und Gesundheitsverhalten zu untersuchen, betrachten wir die Mittelwerte pro Erhebungswelle für emotionale Erschöpfung im Zeitverlauf getrennt für jeweils hohe und niedrige Ausprägungen der jeweiligen Ressourcen. In allen folgenden Abbildungen sind die Standardfehler der Mittelwerte mit Fehlerbalken kenntlich gemacht. Das bedeutet, dass bei Mittelwerten, deren Fehlerbalken sich nicht überlagern, von einem statistisch bedeutsamen Unterschied ausgegangen werden kann.

### Burn-out (emotionale Erschöpfung) im Studienverlauf nach Geschlecht und Home-Office

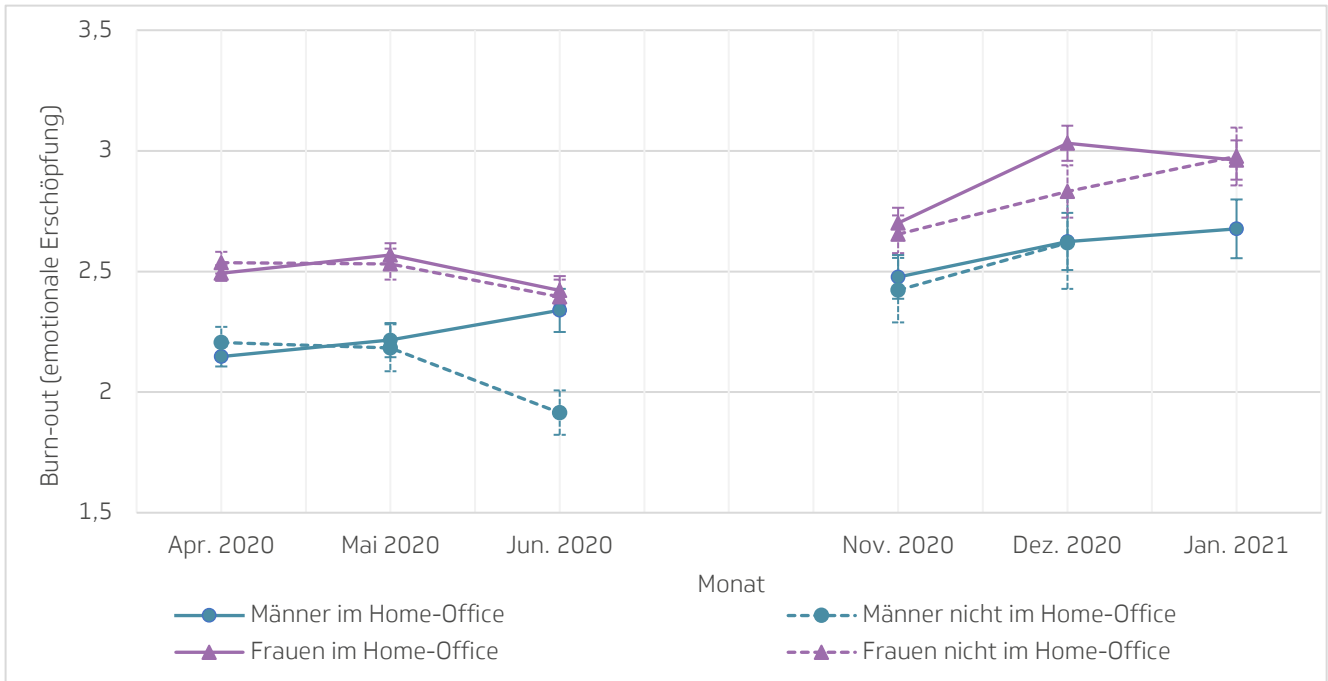


Abbildung 21 (Durchschnittswerte des Burn-outs (emotionale Erschöpfung), gemittelt über Monat, gruppiert nach Geschlecht; Daten: Professur für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der TU Chemnitz.)

Die emotionale Erschöpfung unter den Befragten (Abbildung 21) ist in der zweiten Welle stärker als während der ersten Welle: Im Dezember 2020 und Januar 2021 liegt sie für Frauen auf der Erschöpfungsskala von 1–5 im Mittel bei 3 und damit etwa einen halben Skalenpunkt über den Werten vom Mai und Juni 2020. In einer Erhebung mit Angestellten unterschiedlicher Firmen in Deutschland im Sommer 2015 mit der gleichen Skala betrug der Durchschnittswert 1,4. Die Befragten waren demnach im Durchschnitt zum Jahreswechsel mittelstark emotional erschöpft. Die psychische Belastung hat im Vergleich zur ersten Coronawelle deutlich zugenommen.

Beim Konflikt zwischen Arbeit und Privatleben zeigen sich im Studienverlauf keine relevanten beziehungsweise systematischen Muster; die Werte von Männern und Frauen schwanken unabhängig von der Arbeit im Home-Office im fast gesamten Studienzeitraum zwischen 2,0 und 2,5 (siehe Abbildung 22).

#### Emotionale Erschöpfung im Home-Office

## Frauen stärker belastet als Männer

Insgesamt zeigt sich bei der emotionalen Erschöpfung und beim Konflikt zwischen Privat- und Arbeitsleben, dass berufstätige Frauen während der Coronapandemie zumindest phasenweise stärkere Belastungen erlebten als Männer und Frauen, die nicht im Home-Office arbeiten mussten.

**Konflikt „Arbeit – Privatleben“ im Studienverlauf nach Geschlecht und Home-Office**

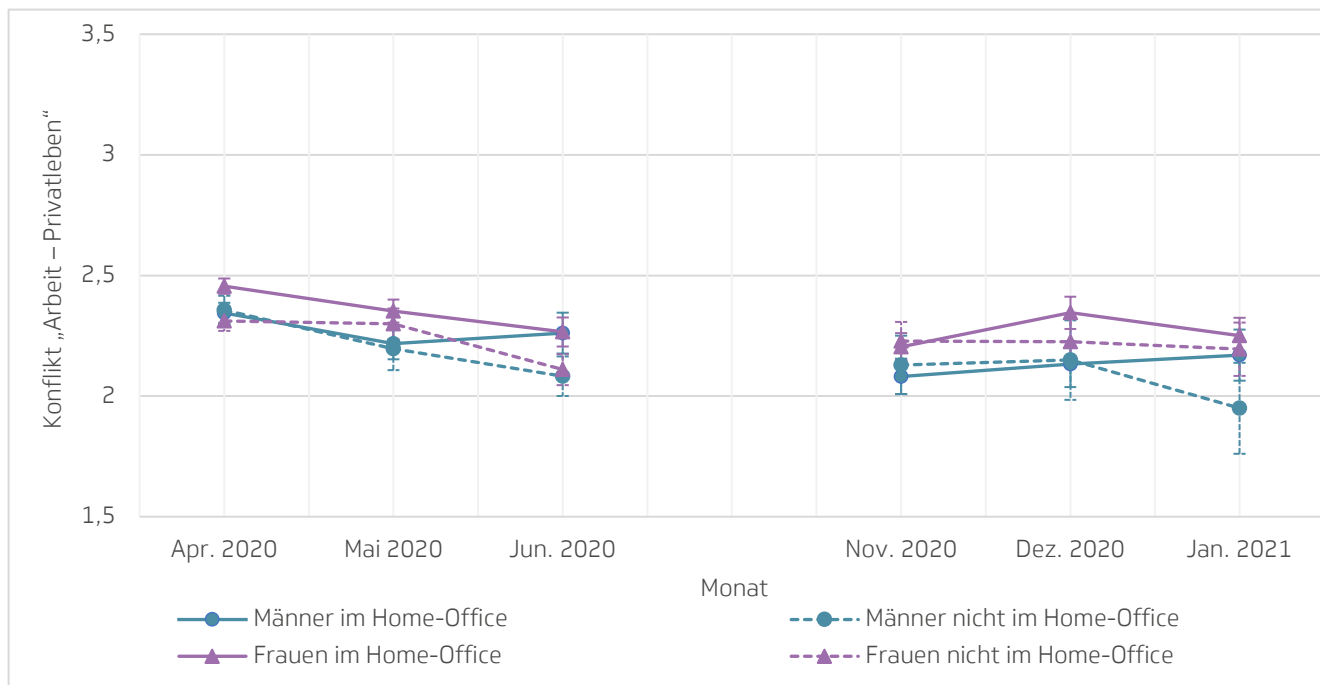


Abbildung 22 (Durchschnittswerte des Konflikts „Arbeit – Privatleben“, gemittelt über Monat, gruppiert nach Geschlecht; Daten: Professur für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der TU Chemnitz.)

**Konflikt „Privatleben – Arbeit“ im Studienverlauf nach Geschlecht und Home-Office**

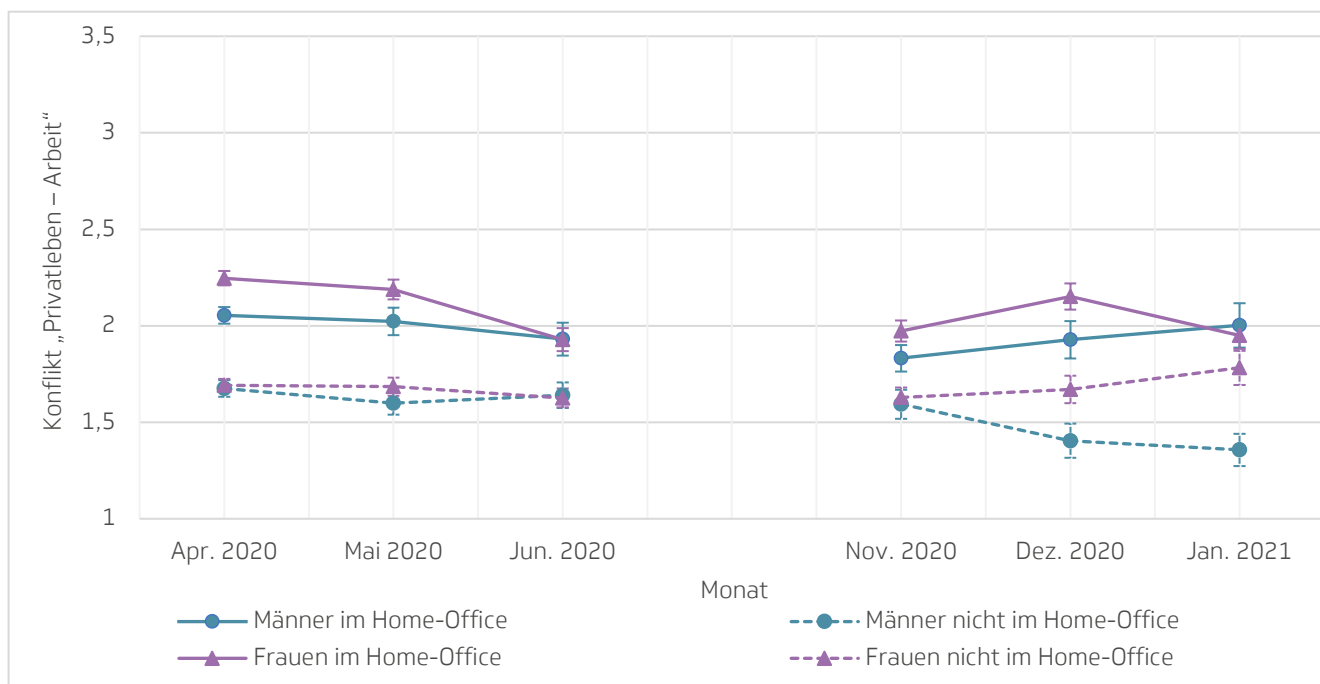


Abbildung 23 (Durchschnittswerte des Konflikts „Privatleben – Arbeit“, gemittelt über Monat, gruppiert nach Geschlecht; Daten: Professur für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der TU Chemnitz.)



Anders sah es in umgekehrter Richtung aus (siehe Abbildung 23): Die Befragten, die im Home-Office arbeiteten (arbeiten mussten), berichteten sowohl in der ersten als auch in der zweiten Welle einen signifikant stärkeren Konflikt zwischen Privat- und Arbeitsleben als diejenigen, die trotz Corona nicht oder nur teilweise im Home-Office arbeiten mussten. Für Frauen war der Konflikt zwischen Privat- und Arbeitsleben dabei noch stärker ausgeprägt und in beiden Wellen nahm der Konflikt zwischen Privatleben und Arbeitsleben im Verlauf der jeweiligen Welle wieder ab.

Insgesamt zeigt sich bei der emotionalen Erschöpfung und beim Konflikt zwischen Privat- und Arbeitsleben, dass berufstätige Frauen während der Coronapandemie zumindest phasenweise stärkere Belastungen erlebten als Männer und Frauen, die nicht im Home-Office arbeiten mussten.

Da die Ergebnisse der repräsentativen Umfrage (vergleiche Teil 1 dieses Kapitels) zeigen, dass besonders viele Menschen die Treffen mit Verwandten und Freunden vermissen, betrachten wir in dieser Auswertung auch die Entwicklung der Einsamkeit im Pandemieverlauf. Da die Vermutung nahe liegt, dass ältere Menschen stärker von Einsamkeit betroffen sein könnten als jüngere, haben wir bei der Darstellung des Verlaufs der Einsamkeit zusätzlich zum Geschlecht nach jüngeren (< 50 Jahre) und älteren Personen (50 Jahre und älter) unterschieden (siehe Abbildung 24).

### Einsamkeit während der Coronapandemie

## Stärkere Einsamkeit in der zweiten Welle

Die Einsamkeit war in der zweiten Welle stärker als während der ersten Welle. Während der ersten Welle nahm sie außerdem zum Ende der Welle ab, während sie im Verlauf der zweiten Welle im Januar 2021 analog zum Pandemiegeschehen zunahm. Die Befragten empfanden im Januar 2021 signifikant mehr Einsamkeit als im Juni 2020. Überraschenderweise empfanden die Jüngeren in dieser Stichprobe tendenziell etwas mehr Einsamkeit als die älteren Befragten.

Die Einsamkeit war in der zweiten Welle stärker als während der ersten Welle. Während der ersten Welle nahm sie außerdem zum Ende der Welle ab, während sie im Verlauf der zweiten Welle im Januar 2021 analog zum Pandemiegeschehen zunahm. Die Befragten empfanden im Januar 2021 signifikant mehr Einsamkeit als im Juni 2020. Überraschenderweise empfanden die Jüngeren in dieser Stichprobe tendenziell etwas mehr Einsamkeit als die älteren Befragten.

## Einsamkeit im Studienverlauf nach Geschlecht und Alter

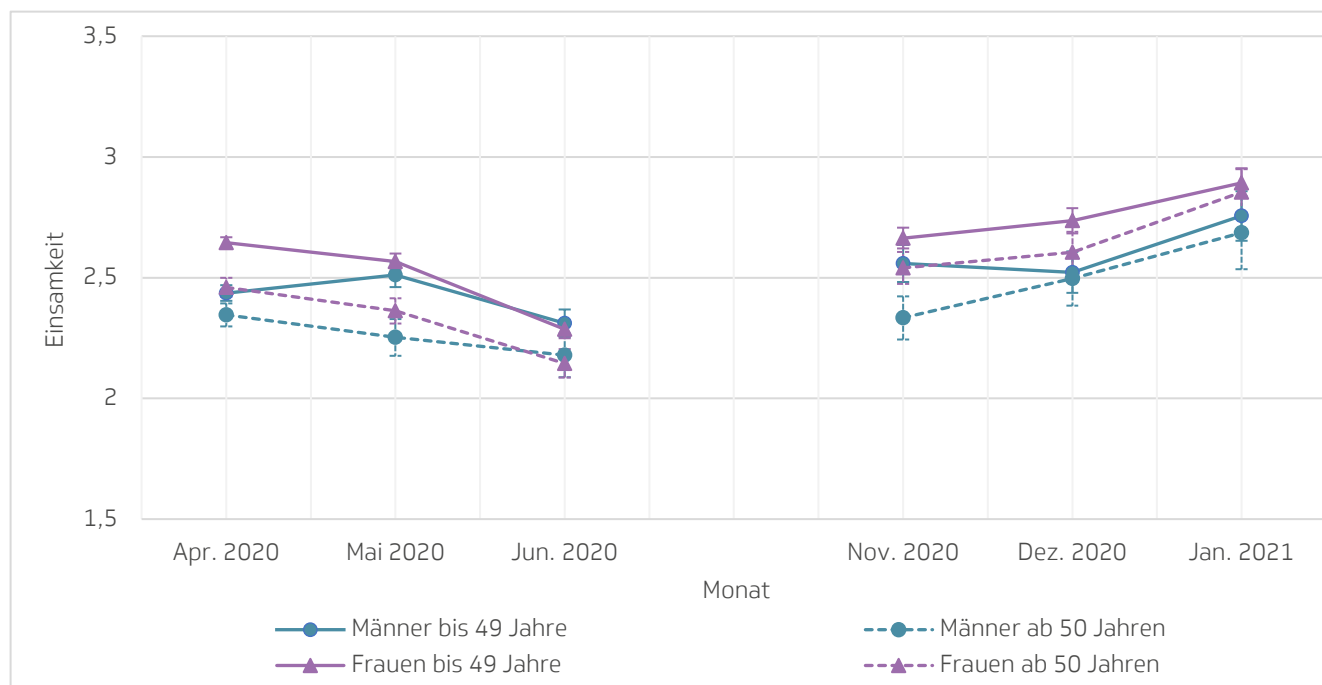


Abbildung 24 (Durchschnittswerte der Einsamkeit gemittelt über Monat, gruppiert nach Geschlecht; Daten: Professur für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der TU Chemnitz.)

### Emotionale Erschöpfung und Kinderbetreuung

## Frauen stärker belastet

Es zeigt sich, dass Frauen in Haushalten mit nicht schulpflichtigen Kindern stärker erschöpft sind als Frauen ohne Kinder im Haushalt und als Männer im Allgemeinen. Die emotionale Erschöpfung war bei den Frauen in Haushalten mit mindestens einem Kind im noch nicht schulpflichtigen Alter am höchsten ausgeprägt. Hier lag sie auch in der zweiten Welle über den höchsten Werten der ersten Welle.

**Belastungen** Wie eingangs beschrieben gehen wir davon aus, dass die Übernahme von Betreuungsverantwortung zu Zeiten geschlossener Kindergärten und Kitas eine besondere mögliche Belastung während der Coronapandemie darstellt. Um dies zu testen, betrachten wir die Mittelwerte der emotionalen Erschöpfung, aufgeschlüsselt nach Geschlecht, Arbeit im Home-Office und dem Vorhandensein von nicht schulpflichtigen Kindern im Haushalt (siehe Abbildung 25).

Es zeigt sich, dass Frauen in Haushalten mit nicht schulpflichtigen Kindern stärker erschöpft sind als Frauen ohne Kinder im Haushalt und als Männer im Allgemeinen. Die emotionale Erschöpfung war bei den Frauen in Haushalten mit mindestens einem Kind im noch nicht schulpflichtigen Alter am höchsten ausgeprägt. Hier lag sie auch in der zweiten Welle über den höchsten Werten der ersten Welle.

Wie bereits im letzten Dossier zeigten sich keine nennenswerten Veränderungen in der Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes im Pandemieverlauf (siehe Abbildung 26).

**Emotionale Erschöpfung im Studienverlauf nach Geschlecht, Home-Office und dem Vorhandensein nicht schulpflichtiger Kinder im Haushalt**

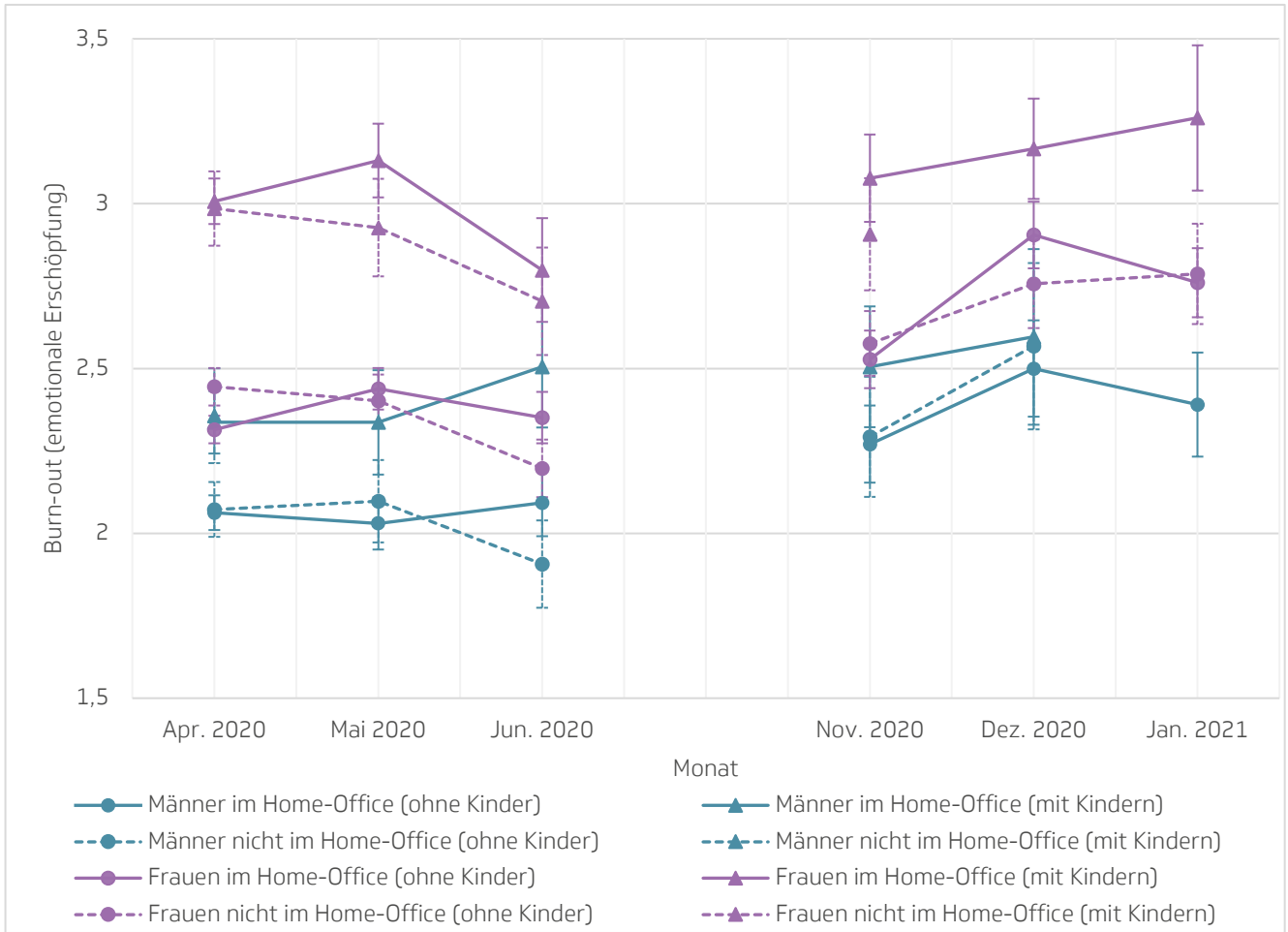


Abbildung 25 (Durchschnittswerte des Burn-outs (emotionale Erschöpfung), gemittelt über Monat, gruppiert nach Geschlecht; Daten: Professur für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der TU Chemnitz.)

## Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes im Studienverlauf nach Geschlecht und Home-Office

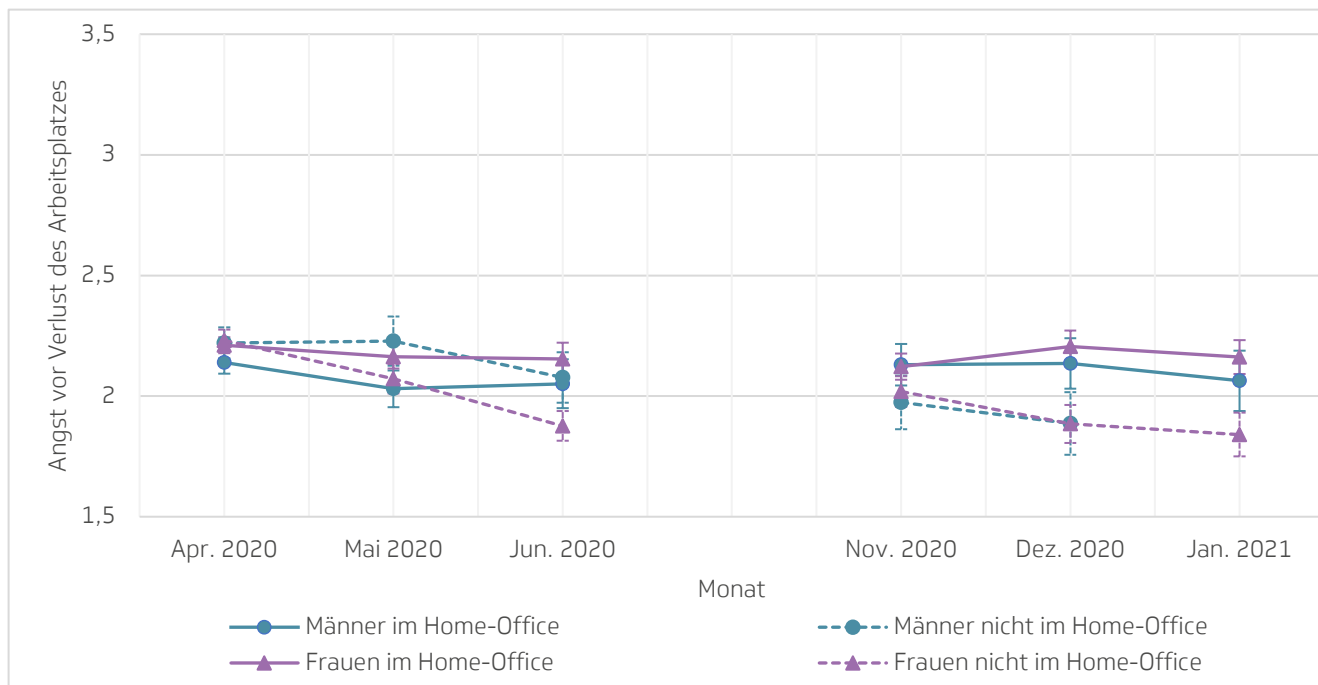


Abbildung 26 (Durchschnittswerte der Angst gemittelt über Monat, gruppiert nach Geschlecht; Daten: Professur für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der TU Chemnitz.)

## Soziale Unterstützung durch Kollegen

## Erschöpfung trotz Unterstützung

Im Gegensatz zur ersten Welle im Frühling 2020 zeigt sich, dass die soziale Unterstützung durch Kollegen Frauen während der zweiten Welle im Winter 2020/2021 nicht mehr vor emotionaler Erschöpfung schützt: Die Erschöpfungswerte der Frauen unterscheiden sich nicht mehr in Abhängigkeit von der erlebten sozialen Unterstützung und nehmen im Verlauf der zweiten Welle auch nicht mehr ab.

**Ressourcen und Schutzfaktoren** Wir untersuchen den Einfluss der Schutzfaktoren soziale Unterstützung von Kollegen und von einem gegebenenfalls vorhandenen Partner, indem wir den Verlauf der emotionalen Erschöpfung während des Studienzeitraums für unterschiedliche Ausprägungen dieser Ressourcen pro Studienwelle mittelten.

Abbildung 27 zeigt den Verlauf der emotionalen Erschöpfung für Frauen und Männer mit geringer beziehungsweise hoher empfundener sozialer Unterstützung durch Kollegen. Im Gegensatz zur ersten Welle im Frühling 2020 zeigt sich, dass die soziale Unterstützung durch Kollegen Frauen während der zweiten Welle im Winter 2020/2021 nicht mehr vor emotionaler Erschöpfung schützt: Die Erschöpfungswerte der Frauen unterscheiden sich nicht mehr in Abhängigkeit von der erlebten sozialen Unterstützung und nehmen im Verlauf der zweiten Welle auch nicht mehr ab.

Die soziale Unterstützung durch einen Partner hatte hingegen auch während der zweiten Welle einen schützenden Einfluss auf die emotionale Erschöpfung: Diejenigen Befragten, die ein hohes Ausmaß an Unterstützung wahrnahmen, berichteten gleichzeitig deutlich niedrigere Werte für ihre emotionale Erschöpfung während beider Wellen (siehe Abbildung 28).

### Emotionale Erschöpfung im Studienverlauf nach Geschlecht und sozialer Unterstützung durch Kollegen

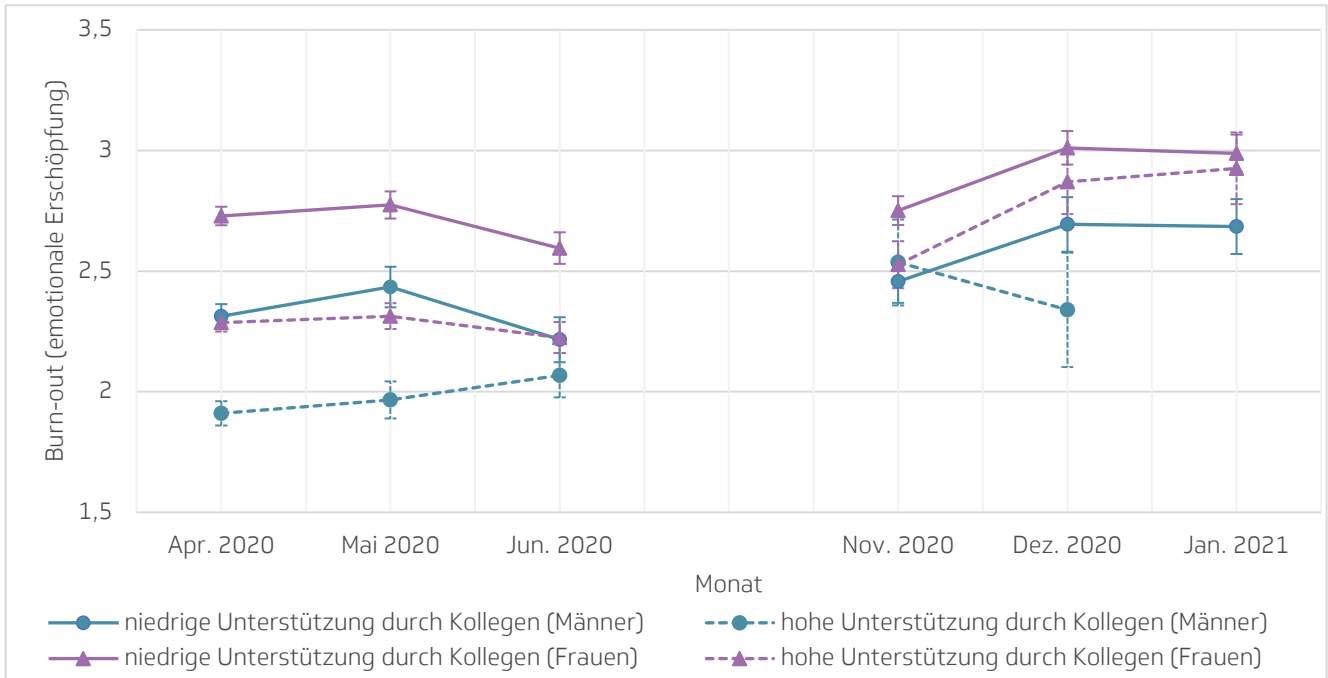


Abbildung 27 (Durchschnittswerte des Burnouts (emotionale Erschöpfung), gemittelt über Monat, gruppiert nach Geschlecht; Daten: Professur für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der TU Chemnitz.)

### Emotionale Erschöpfung im Studienverlauf nach Geschlecht und sozialer Unterstützung durch den Partner

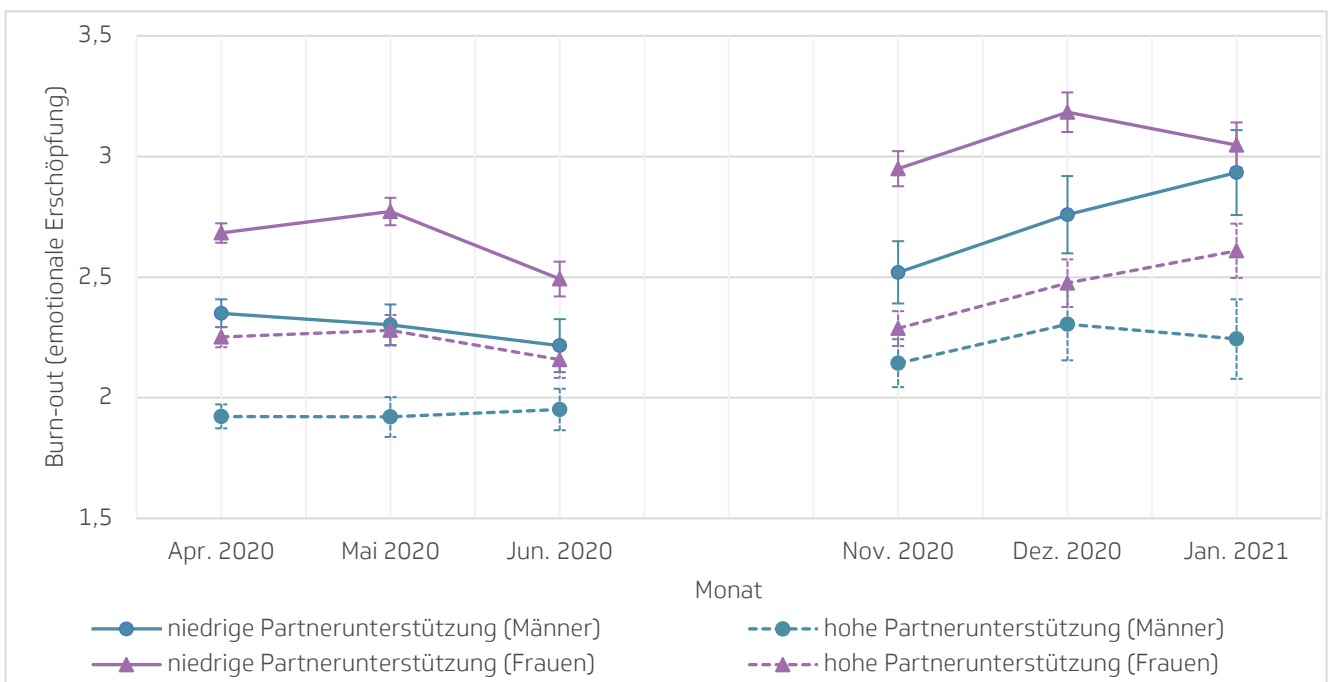


Abbildung 28 (Durchschnittswerte des Burnouts (emotionale Erschöpfung), gemittelt über Monat, gruppiert nach Geschlecht; Daten: Professur für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der TU Chemnitz.)

## Einsamkeit in der Coronapandemie

## Einflüsse

Es zeigt sich, dass die Einsamkeit am stärksten mit der emotionalen Erschöpfung zusammenhängt, gefolgt vom Konflikt zwischen Arbeit und Familie und vom Konflikt zwischen Familie und Arbeit. Soziale Unterstützung durch einen Partner kann die emotionale Erschöpfung im Vergleich zu den Risikofaktoren nur schwach abpuffern.

**Gleichzeitige Betrachtung aller Risiko- und Schutzfaktoren**

In den bisherigen Befunden zeigen sich zumindest auf deskriptiver Ebene Einflüsse mehrerer Risiko- und Schutzfaktoren auf die emotionale Erschöpfung. Das legt die Frage nahe, welche dieser Faktoren besonders starke Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben, wenn man alle Einflüsse gleichzeitig betrachtet. Zu diesem Zweck haben wir anhand der Daten der Befragten, die zu den sechs Erhebungswellen teilgenommen haben und die in allen Variablen keine fehlenden Werte aufwiesen, ein statistisches Modell zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung durch die anderen Studienvariablen erstellt. Dabei handelt es sich um ein sogenanntes gemischtes Modell (Synonym: Mehrebenenmodell), welches berücksichtigt, dass mehrere Messwerte (bis zu sechs) von derselben Person stammen. Die geschätzten Parameter des Modells können Tabelle 2 entnommen werden. Das Modell konnte circa 40 Prozent der Varianz der emotionalen Erschöpfung erklären.

**Mehrebenenmodell zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung durch die Studienvariablen**

Emotionale Erschöpfung			
Prädiktor	Schätzer	95 %-Konfidenzintervall	p
(Konstante repräsentiert eine Frau ohne Kinder im Home-Office im April 2020)	2,51	2,45 bis 2,58	
Geschlecht: männlich	-0,25	-0,32 bis -0,17	<0,001
Geschlecht: divers	-0,33	-1,05 bis 0,39	0,365
Kein Home-Office	0,13	0,06 bis 0,20	<0,001
Home-Office: Sonstiges	0,18	0,07 bis 0,30	0,002
Teilweise Home-Office	-0,03	-0,10 bis 0,03	0,331
Weitere Studienwelle	0,14	0,12 bis 0,17	<0,001
Alter	-0,03	-0,07 bis 0,01	0,100
Nicht schulpflichtige Kinder	0,04	0,00 bis 0,08	0,043
Konflikt Arbeit-Privatleben	0,26	0,23 bis 0,29	<0,001
Konflikt Privatleben-Arbeit	0,15	0,11 bis 0,18	<0,001
Soziale Unterstützung durch Kollegen	-0,02	-0,04 bis 0,01	0,148
Soziale Unterstützung durch den Partner	-0,08	-0,11 bis -0,05	<0,001
Einsamkeit	0,39	0,36 bis 0,42	<0,001
Arbeitsplatzunsicherheit	0,03	0,00 bis 0,07	0,031

Emotionale Erschöpfung			
Prädiktor	Schätzer	95 %-Konfidenzintervall	p
<b>Varianzkomponenten/Random Effects</b>			
$\sigma^2$	0,32		
$\sigma_b^2$	0,35		
ICC(1)	0,52		
N	1.708		
Messwerte	3.798		
Varianzaufklärung $Rm^2$	0,406		

Tabelle 2 (Mehrebenenmodell zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung durch die Studienvariablen, berechnet über alle sechs Befragungswellen (ohne fehlende Werte); Anmerkung: Alle psychologischen Konstrukte ab dem Konflikt Arbeit-Privatleben sind zur Vergleichbarkeit der Parameter Z-standardisiert.)

Zur Veranschaulichung des Einflusses der psychologischen Konstrukte auf die emotionale Erschöpfung haben wir die Parameter-Schätzungen der psychologischen Konstrukte „Konflikt Arbeit-Privatleben“, „Konflikt Privatleben-Arbeit“, „soziale Unterstützung durch Kollegen“, „soziale Unterstützung durch den Partner“, „Einsamkeit“ und „Arbeitsplatzunsicherheit“ aus dem Modell in einer Grafik visualisiert (siehe Abbildung 29).

Es zeigt sich, dass die Einsamkeit am stärksten mit der emotionalen Erschöpfung zusammenhängt, gefolgt vom Konflikt zwischen Arbeit und Familie und vom Konflikt zwischen Familie und Arbeit. Soziale Unterstützung durch einen Partner kann die emotionale Erschöpfung im Vergleich zu den Risikofaktoren nur schwach abpuffern.

### Einflüsse auf die emotionale Erschöpfung (N = 1.708)

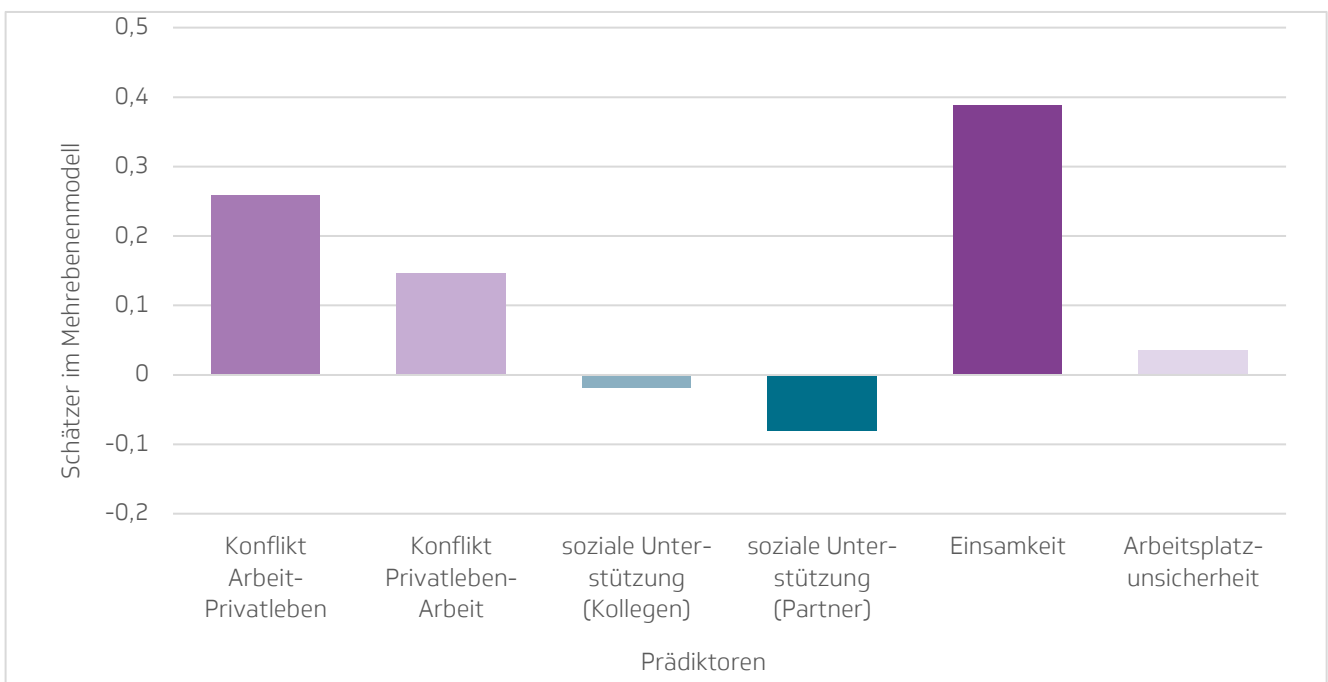


Abbildung 29 (Gleichzeitige Zusammenhänge zwischen den psychologischen Variablen und der emotionalen Erschöpfung (vergleiche Tabelle 2).)

**Diskussion** Insgesamt zeigt sich, dass die Coronapandemie die Menschen in Deutschland anhaltend psychisch belastet und dass diese Belastungen während der zweiten Welle stärker ausfallen als während der ersten Welle. Im März 2021 fühlten sich über 40 Prozent der Deutschen sehr stark oder stark durch die Pandemie belastet. Besonders fühlten sich die Menschen durch den Wegfall von Treffen mit Verwandten und Freunden, durch Kita- und Schulschließungen, durch einen Coronabedingt stressigeren Arbeitsalltag und durch die Angst vor den wirtschaftlichen Folgen der Pandemie belastet.

Betrachtet man den Zeitverlauf der psychischen Belastungen, so zeigt sich, dass die Befragten in der zweiten Welle im Winter 2020/2021 deutlich belasteter als im Frühjahr 2020 waren. Die Verläufe der emotionalen Erschöpfung, der Konflikte zwischen Privat- und Arbeitsleben und der Einsamkeit sprechen nach unserer Ansicht für die Vorhersagen der Theorie der Ressourcenerhaltung (Hobfoll, 2001): Menschen brauchen (psychische) Ressourcen, um psychische Ressourcen zu erhalten oder um verlorene psychische Ressourcen wiederzuerlangen. Zum Beispiel braucht man Zeit, um sich von Kollegen soziale Unterstützung einzuholen oder Geld, um einen Babysitter zu bezahlen, der für eine Zeit die Kinderbetreuung übernimmt (und so gegebenenfalls eine bessere Balance zwischen Arbeit und Familie ermöglicht). Wir gehen davon aus, dass die Belastungen während der ersten Welle in Deutschland die psychischen Ressourcen der Menschen in einem Ausmaß reduziert haben, das deren vollständige Wiederauffüllung im Sommer und Herbst 2020 verhindert hat. Deshalb ist es wahrscheinlich, dass zur Bewältigung der psychosozialen Folgen der zweiten und dritten Welle weniger Ressourcen zur Verfügung standen als während der ersten Welle. Das zeigt sich beispielsweise darin, dass die emotionale Erschöpfung während der zweiten Welle durchgehend höher lag als während der ersten Welle, obwohl die Befragten zu dieser Zeit angaben, dass ihr Alltag weniger radikal durch die Pandemie beeinflusst sei als im März 2020, und obwohl sich die Menschen eher weniger an das Kontaktverbot hielten als zu Beginn der Pandemie. Problematisch erscheint in diesem Zusammenhang auch die deutliche Zunahme der empfundenen Einsamkeit während der zweiten Welle, da die Einsamkeit wiederum der stärkste Prädiktor für die emotionale Erschöpfung war. Die Verhaltensänderungen der Deutschen im Kontext der Coronapandemie, zum Beispiel vermehrte Spaziergänge und mehr Videotelefonate mit Verwandten und Freunden, können die zunehmende Einsamkeit offenbar nicht verhindern. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Dinge, die Einsamkeit verhindern oder entgegenwirken können, momentan die besten Maßnahmen gegen die psychosozialen Auswirkungen der Pandemie darstellen.

Wie bereits im vergangenen Dossier zur ersten Welle zeigt sich auch in der längerfristigen Betrachtung über zwei Wellen der Coronapandemie, dass Frauen stärker als Männer psychisch belastet sind, vor allem wenn sie im Home-Office arbeiten und gleichzeitig zu Hause Kinder zu betreuen sind. Generell war das Home-Office ein Faktor, der auch während der zweiten Coronawelle eher zu mehr als zu weniger psychischen Belastungen beitrug. Hier muss erneut darauf verwiesen werden, dass dieser Befund im Widerspruch zum Forschungsstand vor der Pandemie zu freiwilligem Home-Office steht: Wenn Menschen zuvor freiwillig ins Home-Office gingen, hatte dies in der Regel positive Auswirkungen auf verschiedene Faktoren wie Arbeitszufriedenheit, Autonomie-Empfinden und Leistung und reduzierte Belastungen (Gajendran & Harrison, 2007).

Unsere Befunde mit Bezug zur zweiten Welle verstärken den Eindruck aus der ersten Welle, dass berufstätige Frauen im Haushalt in Coronazeiten stärkeren Mehrfachbelastungen wie Home-Office bei gleichzeitiger Versorgung von Kindern ausgesetzt sind als Männer. Dies könnte wie bereits im letzten Dossier spekuliert ein Anzeichen dafür sein, dass die Belastungen im Zusammenhang mit der Coronapandemie traditionelle Familienrollen bestärken, in denen die Frauen für Haushalt und Kindererziehung mehr Verantwortung übernehmen (müssen) als die Männer.

Dass intakte partnerschaftliche Beziehungen während der zweiten Welle eine wichtige soziale Ressource im Umgang mit psychischen Belastungen darstellen, überrascht nicht. Der Befund aus der ersten Welle, dass Unterstützung durch Kollegen zu Coronazeiten nicht gegen Burn-out hilft, hat sich auch in den Daten zur zweiten Welle bestätigt. Erneut zeigt sich, dass die vergangenen Forschungsbefunde zu psychischer Gesundheit und Home-Office in Coronazeiten keine Gültigkeit besitzen. Dazu gehört auch der aus unserer Sicht überraschende Befund, dass die Sorge vor einem Verlust des Arbeitsplatzes im statistischen Modell nur eine schwache Beziehung zur emotionalen Erschöpfung aufwies.

Im Vergleich zu den Befunden aus dem letzten Dossier zeigen die vorliegenden insgesamt, dass ein schwereres und dynamischeres Infektionsgeschehen auch mit höheren Belastungen und geringeren Ressourcen einhergeht. Es zeigen sich auch deutliche Anzeichen zunehmender gesellschaftlicher Konflikte durch unterschiedliche Meinungen zum Umgang mit der Pandemie. Diese Konflikte weisen aber (noch) keinen starken Zusammenhang mit der psychischen Belastung durch Corona auf.



Insgesamt muss man konstatieren, dass die Menschen in Deutschland im Januar 2021 noch einmal stärker psychisch belastet waren, als sie es zur Hochzeit der ersten Coronawelle im Frühjahr 2020 waren. In diesem Zusammenhang weisen wir noch auf das Spannungsfeld zwischen zwei Treibern der psychischen Belastung hin, die im ersten, repräsentativen Teil des Kapitels hervorgetreten sind: Einerseits gaben die Menschen an, unter mehr Stress am Arbeitsplatz zu leiden. Gleichzeitig beklagten sie unter anderem die fehlenden Treffen mit Verwandten und Freunden und die stärkere Einsamkeit. Diese Gleichzeitigkeit kann auch darauf zurückzuführen sein, dass die Lockdown-Maßnahmen soziale Zusammenkünfte in der Freizeit weitestgehend verbieten und Arbeit aber gleichzeitig erlauben. Dadurch gehen soziale Ressourcen und Möglichkeiten zur sozialen Erholung von der Arbeit verloren, wodurch die Arbeit stressiger erscheinen

kann. Wenn aber nur noch Arbeit erlaubt ist, während alle anderen sozialen Bereiche des Lebens massiv eingeschränkt sind, führt das auf Dauer zu hohen psychischen Belastungen mit noch nicht absehbaren gesellschaftlichen Auswirkungen auf die (psychische) Gesundheit.

Etwas Positives scheint die Coronapandemie aber zu haben: Zwei Drittel der Befragten in der repräsentativen Erhebung gaben an, dass die Pandemie eine gegebenenfalls vorhandene Partnerschaft gestärkt hat. Da die Unterstützung durch einen Partner eine wichtige Ressource für die psychische Gesundheit während der Pandemie ist, hat die Pandemie für einige Menschen diese Ressource sogar gestärkt.

# 3 Anhang

## Tabellenanhang

### Krankenstände nach ICD-10-Diagnosekapiteln in Zeiträumen innerhalb der Jahre 2020, 2019 sowie 2018

ICD-10-Diagnosekapitel	Krankenstand 2020, 2019 und 2018 sowie Abweichungen des Jahres 2020 zu 2019 (Angaben in Prozent)									
	Jahr	01.01. bis 23.02.	24.02. bis 05.04.	06.04. bis 03.05.	04.05. bis 02.08.	03.08. bis 04.10.	05.10. bis 01.11.	02.11. bis 20.12.	Gesamt- jahr	Anteil Kapitel an Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	2020	0,244	0,389	0,145	0,113	0,140	0,165	0,174	0,183	4,41
	2019	0,264	0,247	0,157	0,155	0,171	0,206	0,236	0,198	4,68
	2018	0,297	0,325	0,159	0,148	0,168	0,193	0,235	0,208	4,90
	2020 zu 2019	-7,3	57,5	-7,4	-27,1	-18,5	-20,1	-26,0	-7,5	
II. Neubildungen	2020	0,144	0,151	0,140	0,144	0,149	0,153	0,158	0,148	3,57
	2019	0,131	0,135	0,130	0,131	0,137	0,145	0,153	0,136	3,23
	2018	0,149	0,148	0,143	0,138	0,136	0,137	0,141	0,141	3,31
	2020 zu 2019	10,0	12,1	7,8	10,2	8,5	5,7	3,2	8,4	
III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	2020	0,007	0,009	0,008	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007	0,17
	2019	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007	0,17
	2018	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007	0,008	0,007	0,17
	2020 zu 2019	-6,5	17,4	16,0	-3,7	-10,2	-0,5	0,3	-0,6	
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2020	0,035	0,035	0,027	0,028	0,028	0,029	0,028	0,029	0,71
	2019	0,051	0,052	0,050	0,050	0,045	0,041	0,038	0,047	1,11
	2018	0,033	0,034	0,038	0,042	0,045	0,048	0,050	0,042	0,98
	2020 zu 2019	-31,9	-33,1	-46,1	-44,5	-39,0	-29,0	-27,9	-37,1	
V. Psychische und Verhaltensstörungen	2020	0,823	0,875	0,786	0,793	0,799	0,831	0,857	0,818	19,77
	2019	0,762	0,791	0,764	0,784	0,795	0,804	0,856	0,793	18,78
	2018	0,759	0,748	0,744	0,754	0,755	0,765	0,804	0,760	17,89
	2020 zu 2019	8,0	10,6	2,9	1,1	0,5	3,4	0,1	3,3	
VI. Krankheiten des Nervensystems	2020	0,126	0,133	0,113	0,117	0,119	0,126	0,130	0,122	2,96
	2019	0,121	0,123	0,113	0,118	0,119	0,122	0,128	0,120	2,84
	2018	0,124	0,119	0,116	0,115	0,114	0,117	0,123	0,117	2,76
	2020 zu 2019	4,3	8,4	0,1	-0,7	0,3	3,1	1,2	2,0	
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhängsgebilde	2020	0,032	0,033	0,025	0,026	0,026	0,027	0,029	0,028	0,68
	2019	0,032	0,032	0,030	0,029	0,029	0,030	0,034	0,030	0,72
	2018	0,034	0,031	0,032	0,029	0,027	0,028	0,032	0,030	0,71
	2020 zu 2019	-0,8	1,1	-16,9	-9,8	-9,2	-9,5	-15,2	-8,2	
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	2020	0,047	0,048	0,029	0,030	0,034	0,037	0,037	0,037	0,88
	2019	0,046	0,045	0,037	0,037	0,038	0,042	0,045	0,041	0,96
	2018	0,050	0,047	0,038	0,035	0,036	0,038	0,044	0,040	0,95
	2020 zu 2019	1,7	4,5	-20,6	-16,9	-11,4	-10,9	-17,6	-10,0	

ICD-10-Diagnosekapitel	Krankenstand 2020, 2019 und 2018 sowie Abweichungen des Jahres 2020 zu 2019 (Angaben in Prozent)									
	Jahr	01.01. bis 23.02.	24.02. bis 05.04.	06.04. bis 03.05.	04.05. bis 02.08.	03.08. bis 04.10.	05.10. bis 01.11.	02.11. bis 20.12.	Gesamt- jahr	Anteil Kapitel an Gesamt
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	2020	0,140	0,143	0,121	0,125	0,129	0,136	0,140	0,132	3,20
	2019	0,148	0,148	0,138	0,141	0,139	0,144	0,153	0,144	3,41
	2018	0,150	0,145	0,141	0,140	0,142	0,147	0,157	0,145	3,41
	2020 zu 2019	-5,1	-3,3	-12,2	-11,8	-6,7	-5,8	-8,5	-7,9	
X. Krankheiten des Atmungssystems	2020	0,959	1,714	0,504	0,217	0,344	0,589	0,638	0,631	15,24
	2019	1,109	1,003	0,498	0,356	0,417	0,708	0,824	0,651	15,43
	2018	1,240	1,569	0,484	0,312	0,373	0,613	0,775	0,701	16,50
	2020 zu 2019	-13,5	70,9	1,1	-39,1	-17,5	-16,8	-22,5	-3,2	
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	2020	0,195	0,195	0,134	0,152	0,160	0,170	0,177	0,167	4,03
	2019	0,189	0,188	0,157	0,164	0,172	0,186	0,203	0,177	4,19
	2018	0,209	0,191	0,173	0,166	0,170	0,177	0,198	0,180	4,23
	2020 zu 2019	2,8	3,8	-14,8	-6,9	-7,1	-8,6	-12,6	-5,7	
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	2020	0,047	0,049	0,040	0,040	0,041	0,042	0,041	0,042	1,02
	2019	0,047	0,048	0,044	0,045	0,045	0,044	0,047	0,045	1,07
	2018	0,049	0,047	0,045	0,045	0,045	0,045	0,047	0,046	1,08
	2020 zu 2019	-0,3	2,6	-8,0	-10,2	-7,8	-5,6	-11,8	-6,4	
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	2020	0,752	0,829	0,694	0,693	0,714	0,767	0,805	0,740	17,88
	2019	0,746	0,757	0,697	0,717	0,734	0,767	0,809	0,741	17,56
	2018	0,790	0,757	0,736	0,720	0,717	0,757	0,796	0,745	17,53
	2020 zu 2019	0,8	9,4	-0,5	-3,4	-2,7	0,0	-0,5	-0,1	
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	2020	0,066	0,066	0,048	0,054	0,059	0,064	0,065	0,059	1,43
	2019	0,065	0,064	0,058	0,059	0,062	0,066	0,071	0,063	1,48
	2018	0,067	0,063	0,058	0,057	0,060	0,063	0,068	0,062	1,45
	2020 zu 2019	0,8	3,8	-17,3	-8,6	-4,8	-3,6	-8,5	-5,2	
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2020	0,033	0,038	0,026	0,024	0,026	0,029	0,028	0,028	0,69
	2019	0,033	0,032	0,028	0,030	0,031	0,031	0,033	0,031	0,74
	2018	0,038	0,033	0,031	0,032	0,031	0,031	0,034	0,033	0,77
	2020 zu 2019	1,3	18,4	-7,4	-18,8	-14,8	-9,3	-14,9	-8,3	
XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	2020	0,273	0,313	0,223	0,228	0,244	0,263	0,275	0,255	6,16
	2019	0,281	0,286	0,251	0,260	0,258	0,263	0,279	0,266	6,30
	2018	0,289	0,292	0,246	0,245	0,252	0,266	0,288	0,264	6,22
	2020 zu 2019	-3,2	9,5	-11,2	-12,2	-5,3	0,0	-1,5	-4,1	
XIX. Verletzungen, Vergiftungen	2020	0,422	0,427	0,373	0,410	0,447	0,429	0,395	0,414	10,01
	2019	0,414	0,420	0,403	0,426	0,437	0,429	0,428	0,422	10,01
	2018	0,434	0,435	0,437	0,452	0,438	0,426	0,415	0,434	10,22
	2020 zu 2019	2,2	1,6	-7,3	-3,8	2,4	-0,1	-7,7	-1,9	
XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	2020	0,285	0,302	0,247	0,248	0,251	0,272	0,284	0,267	6,45
	2019	0,298	0,314	0,298	0,291	0,267	0,269	0,294	0,289	6,85
	2018	0,252	0,264	0,280	0,272	0,273	0,292	0,316	0,276	6,50
	2020 zu 2019	-4,2	-3,6	-17,2	-14,6	-5,9	1,1	-3,6	-7,6	

ICD-10-Diagnosekapitel	Krankenstand 2020, 2019 und 2018 sowie Abweichungen des Jahres 2020 zu 2019 (Angaben in Prozent)									
	Jahr	01.01. bis 23.02.	24.02. bis 05.04.	06.04. bis 03.05.	04.05. bis 02.08.	03.08. bis 04.10.	05.10. bis 01.11.	02.11. bis 20.12.	Gesamtjahr	Anteil Kapitel an Gesamt
Übrige Diagnosen	2020	0,014	0,032	0,036	0,021	0,023	0,038	0,058	0,030	0,72
	2019	0,022	0,023	0,021	0,021	0,017	0,015	0,015	0,019	0,45
	2018	0,012	0,013	0,017	0,020	0,020	0,021	0,022	0,018	0,42
	2020 zu 2019	-36,4	38,1	69,6	-0,5	38,0	158,9	280,3	56,2	
Arbeitsunfähigkeiten insgesamt	2020	4,644	5,781	3,719	3,471	3,740	4,173	4,327	4,139	100
	2019	4,766	4,717	3,881	3,820	3,920	4,320	4,654	4,220	100
	2018	4,982	5,269	3,925	3,730	3,809	4,172	4,553	4,248	100
	2020 zu 2019	-2,6	22,6	-4,2	-9,1	-4,6	-3,4	-7,0	-1,9	

Tabelle A1 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert.)

## Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnose – Risikofaktoren in logistischen Regressionsmodellen

Abhängige Variable:	Mindestens eine COVID-19-AU			COVID-19-AU über mehr als 14 Tage		
	01.03. bis 30.06.	01.07. bis 31.12.	01.03. bis 31.12.	01.03. bis 30.06.	01.07. bis 31.12.	01.03. bis 31.12.
<b>Gesamtpopulation</b>	5.204.054	5.176.062	5.079.371	5.204.054	5.176.062	5.079.371
Anzahl betroffen absolut	9.285	18.647	27.460	3.173	4.904	8.015
Anteil betroffen	0,178 %	0,360 %	0,541 %	0,061 %	0,095 %	0,158 %
<b>Geschlecht</b> (Wald-Chi-Quadrat)	(15,3)	(53,7)	(64,3)	(5,0)	(11,6)	(17,3)
Männer	Referenz	Referenz	Referenz	Referenz	Referenz	Referenz
Frauen	1,10 (1,05-1,16)	1,14 (1,10-1,18)	1,12 (1,09-1,16)	1,10 (1,01-1,20)	1,13 (1,05-1,20)	1,12 (1,06-1,18)
<b>Alter</b> (Wald-Chi-Quadrat)	(119,7)	(130,5)	(230,6)	(191,4)	(547,6)	(682,0)
15 bis 19 Jahre	1,28 (1,07-1,53)	1,31 (1,15-1,50)	1,34 (1,21-1,50)	1,03 (0,73-1,46)	0,46 (0,31-0,70)	0,71 (0,55-0,93)
20 bis 24 Jahre	1,00 (0,90-1,11)	1,06 (0,99-1,14)	1,06 (1,00-1,13)	0,89 (0,74-1,08)	0,64 (0,54-0,76)	0,75 (0,66-0,86)
25 bis 29 Jahre	0,93 (0,85-1,01)	0,90 (0,84-0,96)	0,91 (0,86-0,96)	0,82 (0,70-0,97)	0,66 (0,58-0,76)	0,73 (0,66-0,81)
30 bis 34 Jahre	0,86 (0,79-0,94)	0,85 (0,81-0,91)	0,86 (0,82-0,90)	0,83 (0,71-0,96)	0,62 (0,55-0,70)	0,70 (0,63-0,77)
35 bis 39 Jahre	0,93 (0,85-1,02)	0,90 (0,85-0,95)	0,91 (0,86-0,95)	0,85 (0,73-1,00)	0,73 (0,64-0,83)	0,78 (0,71-0,86)
40 bis 44 Jahre	Referenz	Referenz	Referenz	Referenz	Referenz	Referenz
45 bis 49 Jahre	1,10 (1,01-1,21)	1,01 (0,95-1,08)	1,04 (0,98-1,09)	1,22 (1,04-1,42)	1,18 (1,05-1,33)	1,18 (1,08-1,30)
50 bis 54 Jahre	1,16 (1,07-1,26)	1,02 (0,97-1,09)	1,06 (1,01-1,11)	1,38 (1,20-1,59)	1,31 (1,17-1,46)	1,32 (1,21-1,44)
55 bis 59 Jahre	1,17 (1,08-1,27)	1,06 (1,00-1,12)	1,09 (1,04-1,15)	1,47 (1,28-1,69)	1,50 (1,35-1,67)	1,48 (1,36-1,61)
60 bis 64 Jahre	1,18 (1,08-1,30)	1,04 (0,98-1,11)	1,09 (1,04-1,15)	1,60 (1,38-1,87)	1,56 (1,38-1,75)	1,58 (1,44-1,73)

Abhängige Variable:	Mindestens eine COVID-19-AU			COVID-19-AU über mehr als 14 Tage		
	01.03. bis 30.06.	01.07. bis 31.12.	01.03. bis 31.12.	01.03. bis 30.06.	01.07. bis 31.12.	01.03. bis 31.12.
<b>Tätigkeit (Wald-Chi-Quadrat)</b>	(1.921,9)	(3.041,2)	(4.302,7)	(886,0)	(1.246,2)	(1.907,5)
Berufe im Holz-, Möbel- & Innenausbau (2234)	1,55 [1,10-2,17]	1,56 [1,21-2,01]	1,54 [1,25-1,88]	0,88 [0,39-2,00]	2,28 [1,41-3,69]	1,56 [1,02-2,38]
Berufe in der Metallbearbeitung (ohne Spezialisierung) (2420)	1,27 [0,91-1,77]	2,00 [1,63-2,46]	1,67 [1,40-2,00]	1,43 [0,81-2,52]	2,88 [1,98-4,20]	2,09 [1,52-2,88]
Berufe in der Maschinenbau- & Betriebstechnik (ohne Spezialisierung) (2510)	1,21 [1,00-1,47]	1,24 [1,08-1,44]	1,22 [1,09-1,38]	1,44 [1,04-1,98]	1,39 [1,03-1,87]	1,41 [1,13-1,75]
Maschinen- & Gerätezusammen-setzer/innen (2511)	1,57 [1,09-2,26]	1,57 [1,19-2,06]	1,59 [1,28-1,97]	1,29 [0,64-2,63]	1,80 [1,05-3,09]	1,58 [1,03-2,42]
Maschinen- & Anlagenführer/innen (2512)	1,02 [0,65-1,60]	2,12 [1,67-2,69]	1,67 [1,35-2,07]	1,65 [0,87-3,13]	3,28 [2,17-4,96]	2,48 [1,75-3,53]
Technische Servicekräfte in Wartung & Instandhaltung (2513)	1,35 [1,07-1,71]	1,30 [1,09-1,55]	1,30 [1,13-1,50]	1,41 [0,94-2,12]	1,24 [0,85-1,80]	1,33 [1,01-1,75]
Berufe in der Kraftfahrzeugtechnik (2521)	0,97 [0,73-1,29]	1,37 [1,14-1,64]	1,24 [1,06-1,44]	0,95 [0,56-1,62]	1,94 [1,36-2,76]	1,53 [1,15-2,05]
Berufe im biologisch-technischen Laboratorium (4121)	1,34 [0,87-2,07]	1,43 [1,05-1,95]	1,42 [1,10-1,83]	1,25 [0,56-2,83]	1,91 [1,07-3,42]	1,62 [1,01-2,61]
Berufe in der Chemie- & Pharmatechnik (4131)	1,18 [0,86-1,62]	1,58 [1,29-1,94]	1,44 [1,21-1,71]	1,26 [0,73-2,17]	2,25 [1,56-3,24]	1,82 [1,34-2,46]
Berufe in der IT- Systemadministration (4334)	0,52 [0,33-0,83]	0,92 [0,70-1,20]	0,75 [0,59-0,95]	0,27 [0,09-0,85]	0,69 [0,36-1,29]	0,47 [0,26-0,83]
Berufe in der Softwareentwicklung (4341)	0,60 [0,46-0,77]	0,69 [0,57-0,82]	0,65 [0,56-0,75]	0,50 [0,30-0,82]	0,72 [0,49-1,04]	0,61 [0,45-0,83]
Berufe in der Lagerwirtschaft (5131)	1,24 [1,05-1,48]	1,60 [1,42-1,80]	1,43 [1,29-1,58]	1,62 [1,22-2,15]	2,28 [1,82-2,85]	1,95 [1,63-2,32]
Berufe für Post- & Zustelldienste (5132)	0,98 [0,66-1,45]	1,15 [0,88-1,51]	1,11 [0,89-1,39]	1,90 [1,14-3,17]	1,80 [1,14-2,84]	1,81 [1,28-2,56]
Bus- & Straßenbahnfahrer/innen (5213)	1,54 [1,04-2,27]	1,60 [1,20-2,13]	1,57 [1,25-1,99]	2,39 [1,39-4,14]	2,53 [1,60-4,00]	2,40 [1,68-3,43]
Berufe im Objekt-, Werte- & Personenschutz (5311)	1,69 [1,27-2,26]	1,77 [1,44-2,18]	1,71 [1,45-2,03]	1,80 [1,11-2,93]	2,56 [1,81-3,63]	2,08 [1,55-2,78]
Berufe in der Reinigung (ohne Spezialisierung) (5410)	1,01 [0,77-1,32]	1,70 [1,45-2,00]	1,43 [1,24-1,65]	1,29 [0,84-1,97]	2,19 [1,63-2,94]	1,85 [1,46-2,35]
Berufe im Verkauf (ohne Produktspezialisierung) (6210)	1,34 [1,13-1,58]	1,31 [1,16-1,49]	1,31 [1,18-1,45]	1,64 [1,25-2,16]	1,72 [1,35-2,18]	1,66 [1,38-1,98]
Berufe im Verkauf von Back- & Konditoreiwaren (6231)	0,90 [0,55-1,48]	0,66 [0,43-1,02]	0,77 [0,56-1,06]	0,90 [0,37-2,19]	1,02 [0,48-2,16]	0,88 [0,48-1,60]
Geschäftsführer/innen & Vorstände (7110)	0,61 [0,45-0,83]	0,57 [0,45-0,72]	0,59 [0,49-0,71]	0,63 [0,37-1,07]	0,63 [0,40-0,99]	0,63 [0,45-0,89]
Aufsichts- & Führungskräfte - Unternehmensorganisation & -strategie (7139)	0,71 [0,59-0,85]	0,93 [0,82-1,05]	0,84 [0,76-0,94]	0,70 [0,51-0,97]	1,25 [0,99-1,57]	0,98 [0,81-1,18]
Büro- & Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung) (7140)	Referenz	Referenz	Referenz	Referenz	Referenz	Referenz
Bankkaufleute (7211)	1,20 [0,98-1,46]	1,32 [1,14-1,51]	1,28 [1,14-1,43]	1,12 [0,78-1,62]	1,53 [1,16-2,02]	1,32 [1,06-1,66]
Berufe im Controlling (7223)	0,63 [0,40-0,97]	0,70 [0,52-0,95]	0,67 [0,52-0,86]	0,59 [0,26-1,33]	0,62 [0,31-1,25]	0,69 [0,42-1,14]
Rechtsanwälte/-anwältinnen (7313)	0,32 [0,13-0,77]	0,58 [0,36-0,94]	0,50 [0,33-0,76]	0,64 [0,21-2,02]	0,17 [0,02-1,20]	0,38 [0,14-1,02]
Berufe in der öffentlichen Verwaltung (ohne Spezialisierung) (7320)	1,14 [0,96-1,34]	1,45 [1,30-1,62]	1,34 [1,22-1,46]	1,16 [0,87-1,55]	1,82 [1,47-2,24]	1,57 [1,33-1,85]

Abhängige Variable:	Mindestens eine COVID-19-AU			COVID-19-AU über mehr als 14 Tage		
	01.03. bis 30.06.	01.07. bis 31.12.	01.03. bis 31.12.	01.03. bis 30.06.	01.07. bis 31.12.	01.03. bis 31.12.
Verwaltende Berufe im Sozial- & Gesundheitswesen (7322)	1,48 [1,09-2,01]	1,52 [1,22-1,90]	1,49 [1,24-1,79]	1,36 [0,78-2,39]	1,98 [1,31-2,99]	1,71 [1,23-2,39]
Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung) (8110)	2,96 [2,58-3,40]	2,06 [1,83-2,31]	2,38 [2,18-2,60]	3,11 [2,45-3,96]	2,48 [1,97-3,11]	2,77 [2,35-3,27]
Zahnmedizinische Fachangestellte (8111)	2,05 [1,71-2,46]	1,56 [1,34-1,81]	1,71 [1,52-1,92]	2,18 [1,58-3,01]	1,55 [1,12-2,14]	1,76 [1,40-2,21]
Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium (8121)	1,44 [1,10-1,90]	1,09 [0,86-1,38]	1,23 [1,03-1,46]	1,78 [1,15-2,75]	1,41 [0,93-2,13]	1,59 [1,18-2,13]
Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung) (8130)	2,86 [2,54-3,23]	2,73 [2,50-2,99]	2,77 [2,57-2,97]	3,54 [2,89-4,34]	4,49 [3,79-5,31]	4,04 [3,55-4,60]
Berufe in der Fachkrankenpflege (8131)	2,89 [2,14-3,89]	2,76 [2,20-3,46]	2,77 [2,31-3,33]	5,10 [3,40-7,64]	4,63 [3,22-6,67]	4,82 [3,67-6,31]
Berufe im Rettungsdienst (8134)	2,33 [1,69-3,20]	2,25 [1,78-2,86]	2,21 [1,82-2,69]	3,45 [2,09-5,70]	2,75 [1,65-4,56]	2,95 [2,04-4,26]
Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung) (8140)	2,54 [2,13-3,03]	2,13 [1,86-2,45]	2,26 [2,02-2,53]	3,34 [2,50-4,47]	4,00 [3,15-5,09]	3,62 [3,00-4,37]
Berufe in der klinischen Psychologie (8162)	2,44 [1,80-3,29]	1,56 [1,19-2,05]	1,86 [1,52-2,29]	2,62 [1,54-4,43]	2,42 [1,50-3,91]	2,30 [1,58-3,33]
Berufe in der Physiotherapie (8171)	2,59 [2,16-3,10]	2,47 [2,15-2,83]	2,46 [2,20-2,75]	3,39 [2,53-4,54]	2,52 [1,88-3,37]	2,80 [2,27-3,45]
Berufe in der Ergotherapie (8172)	2,81 [2,12-3,72]	2,40 [1,92-2,99]	2,55 [2,14-3,04]	3,93 [2,52-6,12]	4,15 [2,84-6,07]	4,19 [3,16-5,57]
Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung) (8210)	3,82 [3,32-4,38]	2,62 [2,33-2,94]	3,05 [2,78-3,33]	4,91 [3,91-6,18]	4,48 [3,65-5,50]	4,56 [3,91-5,32]
Berufe im Friseurgewerbe (8231)	1,09 [0,68-1,74]	1,81 [1,38-2,38]	1,50 [1,18-1,90]	2,26 [1,23-4,16]	1,86 [1,01-3,40]	2,03 [1,32-3,12]
Berufe in der Kinderbetreuung & -erziehung (8311)	1,77 [1,55-2,02]	3,31 [3,05-3,59]	2,74 [2,56-2,94]	1,58 [1,24-2,01]	3,47 [2,93-4,12]	2,62 [2,28-3,00]
Berufe in der Sozialarbeit & Sozialpädagogik (8312)	1,65 [1,39-1,94]	2,09 [1,86-2,34]	1,93 [1,76-2,12]	1,53 [1,13-2,07]	2,31 [1,84-2,90]	2,01 [1,68-2,41]
Berufe in Heilerziehungspflege & Sonderpädagogik (8313)	2,44 [2,01-2,97]	2,27 [1,95-2,64]	2,39 [2,12-2,69]	2,14 [1,48-3,10]	2,74 [2,04-3,69]	2,61 [2,08-3,28]
Berufe in der Haus- & Familienpflege (8314)	2,54 [1,87-3,44]	3,00 [2,43-3,71]	2,83 [2,36-3,38]	2,92 [1,75-4,87]	2,80 [1,77-4,41]	3,03 [2,16-4,24]
Berufe in der Hauswirtschaft (8321)	1,23 [0,89-1,69]	1,64 [1,33-2,03]	1,52 [1,27-1,81]	1,63 [1,00-2,64]	2,34 [1,63-3,35]	2,05 [1,53-2,73]
Berufe in der Hochschullehre & -forschung (8430)	0,50 [0,38-0,66]	0,49 [0,40-0,59]	0,49 [0,42-0,58]	0,51 [0,31-0,83]	0,48 [0,31-0,74]	0,48 [0,35-0,67]
Berufe im Dialogmarketing (9212)	1,26 [0,89-1,79]	1,45 [1,14-1,84]	1,37 [1,12-1,67]	1,26 [0,67-2,38]	1,81 [1,16-2,83]	1,52 [1,05-2,21]
Arbeitslose	0,34 [0,26-0,44]	0,62 [0,54-0,71]	0,68 [0,60-0,77]	0,40 [0,26-0,61]	1,02 [0,80-1,29]	0,80 [0,64-1,00]
Nicht separat berücksichtigte Berufe	1,13 [1,02-1,24]	1,20 [1,12-1,29]	1,17 [1,11-1,24]	1,27 [1,07-1,50]	1,37 [1,19-1,59]	1,33 [1,19-1,48]
C-Wert	0,605	0,605	0,613	0,534	0,574	0,611

Tabelle A2 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker im Alter von 15 bis 64 Jahren mit inländischem Wohnort am 1. März 2020 oder am 1. Juli 2020 sowie Erwerbspersonenstatus zu Ende des jeweiligen Beobachtungszeitraums am 30. Juni 2020 oder am 31. Dezember 2020 und/oder dokumentierter COVID-19-Arbeitsunfähigkeit im jeweils betrachteten Zeitraum; Benennungen der Tätigkeiten sind zum Teil leicht verkürzt wiedergegeben, in Klammern werden vierstellige Tätigkeitsschlüssel gemäß der KldB 2010 angegeben.)

**Arzneiverordnungsvolumen nach anatomischen Gruppen der ATC-Klassifikation  
in ausgewählten Zeiträumen innerhalb der Jahre 2020, 2019 sowie 2018**

ATC-Codes – Anatomische Gruppen		Arzneimittelverordnungsvolumen in DDD je 365 Tage 2020, 2019 und 2018 sowie Abweichungen 2020 zu 2019 in Prozent								
	Jahr	01.01. bis 23.02.	24.02. bis 05.04.	06.04. bis 03.05.	04.05. bis 02.08.	03.08. bis 04.10.	05.10. bis 01.11.	02.11. bis 20.12.	Gesamt- jahr	Anteil Gruppe an Gesamt
A: Alimentäres System und Stoffwechsel	2020	35,152	39,294	26,801	32,765	33,571	35,847	41,108	34,408	13,43
	2019	36,370	35,092	31,275	34,094	33,211	35,034	41,026	34,419	13,62
	2018	37,216	33,422	35,601	33,998	33,942	34,769	41,521	34,778	14,08
	2020 zu 2019	-3,3	12,0	-14,3	-3,9	1,1	2,3	0,2	0,0	
B: Blut und blutbil- dende Organe	2020	7,265	8,266	5,549	6,950	7,241	7,731	8,379	7,237	2,82
	2019	7,275	7,072	6,595	7,193	7,077	7,360	8,376	7,142	2,83
	2018	7,220	6,672	7,306	7,076	7,068	7,177	8,100	7,046	2,85
	2020 zu 2019	-0,1	16,9	-15,9	-3,4	2,3	5,0	0,0	1,3	
C: Kardiovaskuläres System	2020	95,918	118,06	76,154	92,617	94,532	102,99	115,44	97,342	37,98
	2019	94,952	92,645	87,205	95,711	92,375	99,380	115,44	94,714	37,48
	2018	92,997	86,053	94,576	91,602	88,838	93,137	108,79	91,077	36,86
	2020 zu 2019	1,0	27,4	-12,7	-3,2	2,3	3,6	0,0	2,8	
D: Dermatika	2020	7,015	6,985	5,989	6,870	6,582	6,427	7,565	6,736	2,63
	2019	6,930	6,802	6,079	6,872	6,111	6,193	7,362	6,535	2,59
	2018	6,953	6,219	6,978	6,636	6,060	5,986	7,025	6,401	2,59
	2020 zu 2019	1,2	2,7	-1,5	0,0	7,7	3,8	2,8	3,1	
G: Urogenitales System und Sexualhormone	2020	16,844	15,403	14,214	14,916	14,456	16,974	16,791	15,258	5,95
	2019	13,707	12,329	13,784	14,691	14,333	16,754	16,525	14,202	5,62
	2018	13,882	11,288	14,070	12,087	12,006	13,498	13,969	12,453	5,04
	2020 zu 2019	22,9	24,9	3,1	1,5	0,9	1,3	1,6	7,4	
H: Systemische Hormonpräparate	2020	25,862	31,044	19,870	23,634	23,918	25,752	27,277	24,815	9,68
	2019	26,741	25,464	24,033	25,748	24,289	25,834	28,315	25,238	9,99
	2018	27,130	24,125	27,507	25,805	24,920	25,396	28,242	25,449	10,30
	2020 zu 2019	-3,3	21,9	-17,3	-8,2	-1,5	-0,3	-3,7	-1,7	
J: Antinfektiva zur systemischen Anwendung	2020	5,523	5,329	3,079	3,711	3,826	3,906	3,805	4,118	1,61
	2019	5,821	5,308	4,459	4,457	4,326	5,063	5,414	4,850	1,92
	2018	7,055	6,044	4,706	4,498	4,239	4,838	5,326	5,090	2,06
	2020 zu 2019	-5,1	0,4	-31,0	-16,7	-11,6	-22,9	-29,7	-15,1	
J01: Antibiotika zur systemischen Anwendung	2020	4,148	3,898	1,961	2,462	2,591	2,466	2,469	2,838	1,11
	2019	4,680	4,295	3,408	3,384	3,208	3,669	4,076	3,731	1,48
	2018	5,901	5,041	3,519	3,445	3,263	3,677	4,232	4,042	1,64
	2020 zu 2019	-11,4	-9,2	-42,5	-27,2	-19,2	-32,8	-39,4	-23,9	
L: Antineoplastische und immunmodu- lierende Mittel	2020	4,167	4,592	3,505	4,029	4,105	4,411	4,799	4,141	1,62
	2019	4,005	3,797	3,653	3,925	3,826	4,108	4,437	3,871	1,53
	2018	3,572	3,193	3,724	3,505	3,463	3,670	4,105	3,492	1,41
	2020 zu 2019	4,0	20,9	-4,1	2,7	7,3	7,4	8,2	7,0	

ATC-Codes – Anatomische Gruppen		Arzneimittelverordnungsvolumen in DDD je 365 Tage 2020, 2019 und 2018 sowie Abweichungen 2020 zu 2019 in Prozent								
	Jahr	01.01. bis 23.02.	24.02. bis 05.04.	06.04. bis 03.05.	04.05. bis 02.08.	03.08. bis 04.10.	05.10. bis 01.11.	02.11. bis 20.12.	Gesamt- jahr	Anteil Gruppe an Gesamt
M: Muskel- und Skelettsystem	2020	12,153	12,135	9,017	10,773	11,201	11,802	12,853	11,270	4,40
	2019	12,455	11,964	10,691	11,493	11,424	12,088	13,335	11,669	4,62
	2018	12,833	11,555	11,971	11,395	11,522	11,881	13,174	11,709	4,74
	2020 zu 2019	-2,4	1,4	-15,7	-6,3	-1,9	-2,4	-3,6	-3,4	
N: Nervensystem	2020	25,230	28,144	20,389	23,611	23,987	25,934	28,705	24,659	9,62
	2019	24,848	23,499	21,708	23,558	22,842	24,665	27,982	23,613	9,34
	2018	24,390	21,807	24,334	22,679	22,483	23,576	26,767	22,984	9,30
	2020 zu 2019	1,5	19,8	-6,1	0,2	5,0	5,1	2,6	4,4	
N06A: Antidepressiva	2020	16,069	17,606	12,879	14,950	15,125	16,559	18,309	15,606	6,09
	2019	15,947	14,883	13,727	14,940	14,415	15,703	17,832	14,992	5,93
	2018	15,408	13,645	15,491	14,295	14,172	15,005	16,997	14,514	5,87
	2020 zu 2019	0,8	18,3	-6,2	0,1	4,9	5,4	2,7	4,1	
P: Antiparasitäre Mittel	2020	0,183	0,227	0,149	0,156	0,157	0,171	0,193	0,171	0,07
	2019	0,183	0,172	0,153	0,165	0,168	0,176	0,194	0,169	0,07
	2018	0,174	0,156	0,174	0,160	0,167	0,169	0,197	0,166	0,07
	2020 zu 2019	-0,1	32,3	-2,5	-5,3	-6,1	-2,7	-0,6	1,5	
R: Respirationstrakt	2020	14,716	21,436	16,600	13,776	12,227	13,177	14,278	14,516	5,66
	2019	14,906	17,766	18,214	14,227	12,042	13,075	14,891	14,344	5,68
	2018	15,378	14,945	20,597	14,091	11,804	12,534	14,519	14,081	5,70
	2020 zu 2019	-1,3	20,7	-8,9	-3,2	1,5	0,8	-4,1	1,2	
S: Sinnesorgane	2020	4,563	4,304	3,447	3,920	3,896	4,047	4,315	4,018	1,57
	2019	4,557	4,512	4,223	4,296	3,976	4,384	4,777	4,284	1,70
	2018	4,634	3,969	4,836	4,187	3,931	4,215	4,460	4,181	1,69
	2020 zu 2019	0,1	-4,6	-18,4	-8,7	-2,0	-7,7	-9,7	-6,2	
V: Varia	2020	8,251	7,675	6,560	7,036	8,251	9,239	7,858	7,588	2,96
	2019	8,858	7,755	7,102	7,415	7,753	8,556	7,685	7,639	3,02
	2018	9,133	7,605	8,775	7,835	8,565	9,278	8,165	8,149	3,30
	2020 zu 2019	-6,9	-1,0	-7,6	-5,1	6,4	8,0	2,3	-0,7	
Arzneiverordnungen gesamt – DDD	2020	262,84	302,90	211,32	244,77	247,95	268,41	293,37	256,28	100
	2019	261,61	254,18	239,18	253,84	243,75	262,67	295,76	252,69	100
	2018	262,57	237,05	265,15	245,55	239,01	250,12	284,37	247,06	100
	2020 zu 2019	0,5	19,2	-11,6	-3,6	1,7	2,2	-0,8	1,4	

Tabelle A3 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert.)



**Verordnungsvolumen von Antibiotika zur systemischen Anwendung  
in den Kalendermonaten der Jahre 2000 bis 2020 (ATC J01)**

Jahr	Verordnete DDD je VJ innerhalb der Kalendermonate von Januar bis Dezember											
	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
2000	6,51	5,91	4,62	3,82	3,66	3,68	3,65	3,48	3,95	4,55	4,79	4,38
2001	5,50	4,68	4,56	3,94	3,59	3,58	3,30	2,94	3,66	4,20	4,31	3,93
2002	4,86	4,75	4,59	4,23	3,68	3,35	3,72	3,27	3,73	4,46	4,30	4,48
2003	4,75	5,62	5,10	3,73	3,41	3,57	3,66	2,88	3,98	4,72	4,35	4,69
2004	4,29	4,52	5,02	3,64	3,41	3,90	3,77	3,19	3,68	4,27	4,40	4,47
2005	4,92	6,98	5,38	3,96	4,13	4,05	3,50	3,61	4,06	4,40	4,93	4,98
2006	5,32	5,33	5,40	4,01	3,98	4,23	3,66	3,75	4,21	4,37	4,81	4,41
2007	5,25	6,41	5,70	4,12	3,99	4,07	4,25	3,76	4,30	5,16	5,39	4,89
2008	6,40	6,90	5,05	5,01	3,87	4,21	4,30	3,58	4,75	5,06	4,88	5,95
2009	7,70	6,51	5,65	4,46	4,14	4,45	4,27	3,65	4,53	5,32	5,93	5,02
2010	5,31	6,34	5,84	4,60	4,76	4,53	4,06	4,11	5,69	5,27	5,39	5,68
2011	6,62	6,69	6,23	4,52	4,43	4,09	4,21	4,21	4,73	5,24	5,73	5,56
2012	5,98	6,33	5,85	4,63	4,37	4,34	4,37	3,84	4,31	5,65	5,50	5,16
2013	7,55	8,51	6,18	5,45	4,43	4,51	4,61	3,83	4,83	5,43	5,10	4,97
2014	5,67	6,18	5,90	5,04	4,25	4,35	4,50	3,60	4,91	5,40	4,95	5,34
2015	6,09	7,67	6,08	4,66	3,83	4,27	4,11	3,47	4,50	5,10	4,71	4,63
2016	5,35	6,47	5,89	4,58	4,07	4,36	4,11	3,84	4,15	4,63	5,21	5,30
2017	6,44	6,10	5,13	4,04	4,23	3,90	3,92	3,71	4,25	4,40	4,81	4,56
2018	5,72	6,10	5,11	3,57	3,31	3,55	3,51	3,07	3,30	3,82	3,97	3,63
2019	4,62	4,86	4,04	3,79	3,42	3,20	3,47	3,04	3,40	3,69	3,77	3,55
2020	4,26	4,22	3,99	2,13	2,00	2,51	2,80	2,51	2,63	2,46	2,42	2,18
Abweichungen 2020 versus 2019 in Prozent	-7,9	-13,2	-1,3	-43,8	-41,6	-21,6	-19,3	-17,6	-22,6	-33,4	-35,9	-38,5

Tabelle A4 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, Angaben zu verordneten DDD je Versicherungsjahr, standardisiert.)

Stichprobenbeschreibung für alle zur Datenanalyse einbezogenen Teilnehmenden und Variablen,  
die nur zu Welle 1 erhoben wurden (Welle 1, Welle 1 bis 2 und Welle 1 bis 3)

Variablen	Welle 1 (N <sub>w1</sub> = 2.900)		Welle 1 bis 2 (N <sub>w12</sub> = 1.237)		Welle 1 bis 3 (N <sub>w123</sub> = 789)	
	% (N)	M (SD)	% (N)	M (SD)	% (N)	M (SD)
<b>Demografische Daten</b>						
<b>Geschlecht</b>						
Weiblich	66,97 (1.942)		70,33 (870)		69,11 (546)	
Männlich	31,69 (919)		28,86 (357)		30,00 (237)	
Divers	0,31 (9)		0,24 (3)		0,13 (1) *	
FA	1,03 (30)		0,57 (7)		0,76 (6)	
Alter		41,48 (11,37)		41,82 (11,15)		41,94 (11,38)
<b>Leben in einer Stadt mit ... Einwohnern</b>						
≤ 5.000	17,59 (510)		17,54 (217)		16,73 (132)	
5.001–10.000	5,69 (165)		4,77 (59)		4,44 (35)	
10.001–20.000	7,17 (208)		6,14 (76)		6,46 (51)	
20.001–50.000	9,52 (276)		9,30 (115)		9,25 (73)	
50.001–100.000	8,45 (245)		6,87 (85)		6,34 (50)	
100.001–500.000	25,72 (746)		28,46 (352)		29,66 (234)	
500.001–1.000.000	14,62 (424)		15,93 (197)		16,22 (128)	
> 1.000.000	10,79 (313)		10,67 (132)		10,65 (84)	
FA	0,45 (13)		0,32 (4)		0,25 (2)	
<b>Bundesland</b>						
Baden-Württemberg	4,28 (124)		4,37 (54)		4,44 (35)	
Bayern	6,76 (196)		6,71 (83)		6,72 (53)	
Berlin	4,38 (127)		4,45 (55)		4,31 (34)	
Brandenburg	0,52 (15)		0,57 (7)		0,76 (6)	
Bremen	0,34 (10)		0,65 (8)		0,38 (3)	
Hamburg	3,86 (112)		3,56 (44)		3,44 (28)	
Hessen	5,28 (153)		5,50 (68)		5,32 (42)	
Niedersachsen	3,45 (100)		2,99 (37)		3,80 (30)	
Mecklenburg-Vorpommern	1,79 (52)		1,86 (23)		1,65 (13)	
Nordrhein-Westfalen	14,62 (424)		13,34 (165)		12,42 (98)	
Rheinland-Pfalz	1,52 (44)		1,86 (23)		1,90 (15)	
Saarland	0,03 (1)		0,08 (1)		0,00 (0)	
Sachsen	34,28 (994)		37,27 (461)		38,40 (303)	
Sachsen-Anhalt	0,93 (27)		0,89 (11)		1,14 (9)	
Schleswig-Holstein	0,10 (3)		0,08 (1)		0,00 (0)	
Thüringen	0,93 (27)		0,89 (11)		0,89 (7)	
FA	16,93 (491)		14,96 (185)		14,32 (113)	

Variablen	Welle 1 (N <sub>w1</sub> = 2.900)		Welle 1 bis 2 (N <sub>w12</sub> = 1.237)		Welle 1 bis 3 (N <sub>w123</sub> = 789)	
	% (N)	M (SD)	% (N)	M (SD)	% (N)	M (SD)
<b>Arbeitsbezogene Informationen</b>						
<b>Branche</b>						
Gesundheits- und Sozialwesen	21,90 (635)		21,83 (270)		20,53 (162)	
Öffentliche Verwaltung	19,62 (569)		21,10 (261)		22,94 (181)	
Universitäten und Forschungseinrichtungen	9,34 (271)		9,94 (123)		10,77 (85)	
Dienstleistungsbranche	7,97 (231)		8,16 (101)		7,73 (61)	
Finanz- und Versicherungsdienstleister	4,59 (133)		4,69 (58)		3,80 (30)	
IT-Branche	4,07 (118)		4,04 (50)		4,31 (34)	
Erziehung und Unterricht	3,41 (99)		2,99 (37)		2,92 (23)	
Automobilindustrie	2,17 (63)		2,34 (29)		2,41 (19)	
Andere	17,72 (514)		17,15 (212)		17,62 (139)	
FA	9,21 (267)		7,76 (96)		6,97 (55)	
<b>„Systemrelevante“ Tätigkeit</b>						
Ja	37,86 (1.098)		36,05 (446)		34,35 (271)	
Nein	55,03 (1596)		57,64 (713)		59,32 (468)	
FA	7,10 (206)		6,31 (78)		6,34 (50)	
<b>Vollzeittätigkeit</b>						
Ja	66,45 (1.927)		66,37 (821)		67,93 (536)	
Nein	24,72 (717)		26,19 (324)		25,22 (199)	
FA	8,83 (256)		7,44 (92)		6,84 (54)	
<b>Kurzarbeit durch Corona</b>						
Ja	7,62 (221)		7,28 (90)		6,08 (48)	
Nein	71,72 (2.080)		69,60 (861)		73,13 (577)	
FA	20,66 (599)		23,12 (286)		20,79 (164)	
<b>Monatliches Netto-Einkommen vor Abzug der Miete (in EUR)</b>						
≤ 500	1,45 (42)		1,05 (13)		1,01 (8)	
501–1.000	3,79 (110)		3,72 (46)		3,68 (29)	
1.001–2.000	16,41 (476)		15,04 (186)		14,83 (117)	
2.001–3.000	25,59 (742)		27,16 (336)		27,63 (218)	
3.001–4.000	18,79 (545)		19,73 (244)		19,39 (153)	
4.001–5.000	14,76 (428)		14,79 (183)		15,08 (119)	
5.001–6.000	10,31 (299)		11,16 (138)		11,53 (91)	
6.001–10.000	5,66 (164)		5,09 (63)		4,18 (33)	
> 10.000	0,86 (25)		0,89 (11)		1,27 (10)	
FA	2,38 (69)		1,37 (17)		1,39 (11)	

Variablen	Welle 1 (N <sub>w1</sub> = 2.900)		Welle 1 bis 2 (N <sub>w12</sub> = 1.237)		Welle 1 bis 3 (N <sub>w123</sub> = 789)	
	% (N)	M (SD)	% (N)	M (SD)	% (N)	M (SD)
<b>Situation im Haushalt</b>						
<b>Geteilter Haushalt mit Partner</b>						
Ja	86,68 (1.953)		85,49 (766)		84,25 (492)	
Nein	10,25 (231)		9,15 (82)		8,39 (49)	
FA	3,06 (69)		5,36 (48)		7,36 (43)	
Haushaltsgröße		2,61 (1,24)		2,62 (1,25)		2,51 (1,19)
<b>Vorschulkinder (Alter 1 bis 5 Jahre)</b>						
0	57,62 (1.671)		56,91 (704)		57,67 (455)	
1	13,21 (383)		12,69 (157)		10,27 (81)	
2	6,17 (179)		7,28 (90)		7,22 (57)	
≥ 3	0,58 (17)		0,73 (9)		0,89 (7)	
FA	22,41 (650)		22,39 (277)		23,95 (189)	
<b>Schulpflichtige Kinder (Alter 6+)</b>						
0	50,55 (1.466)		50,93 (630)		51,84 (409)	
1	15,66 (454)		14,55 (180)		13,56 (107)	
2	9,97 (289)		10,75 (133)		9,25 (73)	
≥ 3	1,48 (43)		1,37 (17)		1,02 (8)	
FA	22,34 (648)		22,39 (277)		24,33 (192)	
<b>Pflege von kranken oder älteren Angehörigen</b>						
Ja	7,45 (216)		6,87 (85)		6,21 (49)	
Nein	91,48 (2.653)		92,24 (1.141)		92,65 (731)	
FA	1,07 (31)		0,89 (11)		1,14 (9)	

Tabelle A5 (Stichprobenbeschreibung für alle zur Datenanalyse einbezogenen Teilnehmenden (ausgefüllte Fragebögen, deutsche Einwohner, Erwerbstätigkeit) und Variablen, die nur zu Welle 1 erhoben wurden (Welle 1, Welle 1 bis 2 und Welle 1 bis 3).)

Anmerkung: FA = fehlende Angaben.

\* Diese Person musste von späteren Analysen ausgeschlossen werden, da sie die einzige Person in dieser Kategorie war. Daher gibt es 790 Werte für das Geschlecht und 789 für alle anderen Kategorien (Welle 3).

Stichprobenbeschreibung für alle zur Datenanalyse einbezogenen Teilnehmenden und Variablen,  
die nur zu Welle 1 erhoben wurden (Welle 1 bis 4, Welle 1 bis 5 und Welle 1 bis 6)

Variablen	Welle 1 bis 4 (N <sub>w1-4</sub> = 514)		Welle 1 bis 5 (N <sub>w1-5</sub> = 394)		Welle 1 bis 6 (N <sub>w1-6</sub> = 318)	
	% (N)	M (SD)	% (N)	M (SD)	% (N)	M (SD)
<b>Demografische Daten</b>						
<b>Geschlecht</b>						
Weiblich	69,84 (359)		70,13 (277)		70,53 (225)	
Männlich	29,57 (152)		29,11 (115)		28,53 (91)	
Divers	0,19 (1)		0,25 (1)		0,31 (0) *	
FA	0,39 (2)		0,51 (2)		0,63 (2)	
Alter		42,69 (11.65)		42,69 (11.71)		43,04 (11.74)
<b>Leben in einer Stadt mit ... Einwohnern</b>						
≤ 5.000	17,51 (90)		18,73 (74)		17,92 (57)	
5.001–10.000	3,70 (19)		3,54 (14)		3,77 (12)	
10.001–20.000	7,00 (36)		6,08 (24)		6,60 (21)	
20.001–50.000	9,14 (47)		8,61 (34)		7,55 (24)	
50.001–100.000	6,42 (33)		5,82 (23)		5,97 (19)	
100.001–500.000	27,82 (143)		28,35 (112)		28,93 (92)	
500.001–1.000.000	15,95 (82)		16,20 (64)		17,30 (55)	
> 1.000.000	12,06 (62)		12,66 (50)		11,95 (38)	
FA	0,39 (2)		0,00 (0)		0,00 (0)	
<b>Bundesland</b>						
Baden-Württemberg	3,50 (18)		2,53 (10)		2,83 (9)	
Bayern	6,61 (34)		6,58 (26)		6,29 (20)	
Berlin	4,86 (25)		5,06 (20)		4,72 (15)	
Brandenburg	0,58 (3)		0,76 (3)		0,94 (3)	
Bremen	0,19 (1)		0,25 (1)		0,00 (0)	
Hamburg	4,09 (21)		4,56 (18)		3,77 (12)	
Hessen	5,06 (26)		5,57 (22)		5,97 (19)	
Niedersachsen	5,45 (28)		4,81 (19)		4,72 (15)	
Mecklenburg-Vorpommern	1,75 (9)		1,77 (7)		1,89 (6)	
Nordrhein-Westfalen	11,87 (61)		11,90 (47)		11,64 (37)	
Rheinland-Pfalz	1,36 (7)		1,52 (6)		1,57 (5)	
Saarland	0,00 (0)		0,00 (0)		0,00 (0)	
Sachsen	36,58 (188)		37,72 (149)		40,25 (128)	
Sachsen-Anhalt	0,97 (5)		1,01 (4)		0,94 (3)	
Schleswig-Holstein	0,00 (0)		0,00 (0)		0,00 (0)	
Thüringen	1,17 (6)		1,27 (5)		1,57 (5)	
FA	15,95 (82)		14,68 (58)		12,89 (41)	

Variablen	Welle 1 bis 4 (N <sub>w1-4</sub> = 514)		Welle 1 bis 5 (N <sub>w1-5</sub> = 394)		Welle 1 bis 6 (N <sub>w1-6</sub> = 318)	
	% (N)	M (SD)	% (N)	M (SD)	% (N)	M (SD)
<b>Arbeitsbezogene Informationen</b>						
<b>Branche</b>						
Gesundheits- und Sozialwesen	20,23 (104)		19,75 (78)		19,81 (63)	
Öffentliche Verwaltung	22,76 (117)		22,53 (89)		24,53 (78)	
Universitäten und Forschungseinrichtungen	10,31 (53)		12,15 (48)		13,52 (43)	
Dienstleistungsbranche	8,17 (42)		8,35 (33)		7,55 (24)	
Finanz- und Versicherungsdienstleister	3,89 (20)		4,30 (17)		4,09 (13)	
IT-Branche	3,70 (19)		3,29 (13)		3,14 (10)	
Erziehung und Unterricht	3,50 (18)		3,04 (12)		2,52 (8)	
Automobilindustrie	2,33 (12)		1,77 (7)		1,89 (6)	
Andere	17,90 (92)		16,96 (67)		16,35 (52)	
FA	7,20 (37)		7,85 (31)		6,60 (21)	
<b>„Systemrelevante“ Tätigkeit</b>						
Ja	36,19 (186)		35,44 (140)		33,65 (107)	
Nein	57,78 (297)		58,48 (231)		61,01 (194)	
FA	6,03 (31)		6,08 (24)		5,35 (17)	
<b>Vollzeittätigkeit</b>						
Ja	65,56 (337)		64,56 (255)		65,72 (209)	
Nein	27,63 (142)		27,34 (108)		27,04 (86)	
FA	6,81 (35)		8,10 (32)		7,23 (23)	
<b>Kurzarbeit durch Corona</b>						
Ja	5,45 (28)		5,57 (22)		5,03 (16)	
Nein	76,85 (395)		75,44 (298)		76,42 (243)	
FA	17,70 (91)		18,99 (75)		18,55 (59)	
<b>Monatliches Netto-Einkommen vor Abzug der Miete (in EUR)</b>						
≤ 500	0,78 (4)		0,76 (3)		0,94 (3)	
501–1.000	3,31 (17)		4,05 (16)		3,77 (12)	
1.001–2.000	12,65 (65)		12,66 (50)		11,32 (36)	
2.001–3.000	28,99 (149)		28,86 (114)		30,19 (96)	
3.001–4.000	19,46 (100)		18,99 (75)		19,50 (62)	
4.001–5.000	15,56 (80)		15,70 (62)		15,41 (49)	
5.001–6.000	12,65 (65)		13,42 (53)		14,15 (45)	
6.001–10.000	3,50 (18)		3,04 (12)		2,52 (8)	
> 10.000	1,56 (8)		1,01 (4)		0,63 (2)	
FA	1,56 (8)		1,52 (6)		1,57 (5)	

Variablen	Welle 1 bis 4 (N <sub>w1-4</sub> = 514)		Welle 1 bis 5 (N <sub>w1-5</sub> = 394)		Welle 1 bis 6 (N <sub>w1-6</sub> = 318)	
	% (N)	M (SD)	% (N)	M (SD)	% (N)	M (SD)
<b>Situation im Haushalt</b>						
<b>Geteilter Haushalt mit Partner</b>						
Ja	85,49 (330)		85,37 (245)		85,15 (195)	
Nein	10,36 (40)		10,10 (29)		9,61 (22)	
FA	4,15 (16)		4,53 (13)		5,24 (12)	
Haushaltsgröße		2,52 (1.18)		2,50 (1.18)		2,43 (1.18)
<b>Vorschulkinder (Alter 1 bis 5 Jahre)</b>						
0	58,17 (299)		58,23 (230)		59,12 (188)	
1	10,12 (52)		9,37 (37)		7,23 (23)	
2	6,81 (35)		6,08 (24)		5,97 (19)	
≥ 3	1,16 (6)		1,52 (6)		1,25 (4)	
FA	23,74 (122)		24,81 (98)		26,42 (84)	
<b>Schulpflichtige Kinder (Alter 6+)</b>						
0	53,50 (275)		52,66 (208)		52,83 (168)	
1	12,65 (65)		11,14 (44)		10,38 (33)	
2	8,75 (45)		9,62 (38)		8,81 (28)	
≥ 3	0,77 (4)		0,76 (3)		0,94 (3)	
FA	24,32 (125)		25,82 (102)		27,04 (86)	
<b>Pflege von kranken oder älteren Angehörigen</b>						
Ja	6,81 (35)		6,58 (26)		8,18 (26)	
Nein	91,83 (472)		91,90 (363)		90,25 (287)	
FA	1,36 (7)		1,52 (6)		1,57 (5)	

Tabelle A6 (Stichprobenbeschreibung für alle zur Datenanalyse einbezogenen Teilnehmenden (ausgefüllte Fragebögen, deutsche Einwohner, Erwerbstätigkeit) und Variablen, die nur zu Welle 1 erhoben wurden (Welle 1 bis 4, Welle 1 bis 5 und Welle 1 bis 6).)

Anmerkung: FA = fehlende Angaben.

\* Diese Person musste von späteren Analysen ausgeschlossen werden, da sie die einzige Person in dieser Kategorie war. Daher gibt es 319 Werte für das Geschlecht und 318 für alle anderen Kategorien (Welle 6).

## Literaturverzeichnis

- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and Work Engagement: The JD–R Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 389–411. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>.
- Bennett & Field (2017). Recovery from work: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 39, 262–275. <https://doi.org/10.1002/job.2217>.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2020). ICD-10-GM 2020: Weitere neue U-Kodes im Zusammenhang mit COVID-19 publiziert. Abgerufen von: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/das-dimdi/aktuelles/meldung/icd-10-gm-2020-weitere-neue-u-kodes-im-zusammenhang-mit-covid-19-publiziert/>.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2020a). ICD-10 (WHO und GM): U07.1 kodiert COVID-19, Coronavirus-Krankheit-2019. Abgerufen von: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/das-dimdi/aktuelles/meldung/icd-10-who-und-gm-u07.1-kodiert-covid-19-coronavirus-krankheit-2019/>.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2020b). ICD-10 (WHO und GM): U07.2 kodiert Verdacht auf COVID-19. Abgerufen von: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/das-dimdi/aktuelles/meldung/icd-10-who-und-gm-u07.2-kodiert-verdacht-auf-covid-19/>.
- Gajendran, R. S., & Harrison, D. A. (2007). The good, the bad, and the unknown about telecommuting: Meta-analysis of psychological mediators and individual consequences. *Journal of Applied Psychology*, 92(6), 1524–1541. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.6.1524>.
- Halbesleben, J. R. B. (2006). Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology*, 91(5), 1134–1145. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.91.5.1134>.
- Highhouse, S., & Gillespie, J. Z. (2009). Do samples really matter that much? In C. E. Lance & R. J. Vandenberg (Hrsg.), *Statistical and methodological myths and urban legends: Doctrine, verity and fable in the organizational and social sciences* (S. 247–265). New York: Routledge.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing Conservation of Resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50(3), 337–421. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2020a). Coronavirus: Hinweise und Erläuterungen zur Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit (Stand 03.06.2020). Abgerufen von: [https://www.kbv.de/media/sp/PraxisInfo\\_Coronavirus\\_Krankschreibung.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/PraxisInfo_Coronavirus_Krankschreibung.pdf).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2020b). Ausnahmesituation: AU-Bescheinigung per Telefon möglich. Abgerufen von: [https://www.kbv.de/html/1150\\_44759.php](https://www.kbv.de/html/1150_44759.php).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2020c). AU-Bescheinigung per Telefon von 7 auf 14 Tage ausgeweitet. Abgerufen von: [https://www.kbv.de/html/1150\\_45078.php](https://www.kbv.de/html/1150_45078.php).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2020d) Telefonische AU-Bescheinigung noch bis 31. Mai. Abgerufen von: [https://www.kbv.de/html/1150\\_46158.php#:~:text=noch%20bis%2031.,Mai,Patienten%20m%C3%BCssen%20sich%20ab%20](https://www.kbv.de/html/1150_46158.php#:~:text=noch%20bis%2031.,Mai,Patienten%20m%C3%BCssen%20sich%20ab%20).
- Meyer, B., Zill, A., & Schumann, S. (2020). Arbeitssituation und Belastung zu Zeiten der Coronapandemie. In Techniker Krankenkasse (Hrsg.): *Dossier 2020 – Corona 2020: Gesundheit, Belastungen, Möglichkeiten* (S. 46–67). Verfügbar unter <https://www.tk.de/resource/blob/2095224/ca7f3e6793109ee9bfaede39e15517f/dossier--corona-2020-data.pdf>.
- Meyer, B., Zill, A., Dilba, D., Gerlach, R., & Schumann, S. (2021). Employee psychological well-being during the COVID-19 pandemic in Germany: A longitudinal study of demands, resources, and exhaustion. *International Journal of Psychology*, Advance Online Publication. <https://doi.org/10.1002/ijop.12743>.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2019). Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland, Saison 2018/19. Abgerufen von: <https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2018.pdf>.



Robert Koch-Institut (RKI) (2021a). *COVID-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit. Fallzahlen in Deutschland*. Abgerufen am 1. Januar 2021 von: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Fallzahlen.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html). Die zugrundeliegenden Daten lassen sich mit weiteren Differenzierungsmöglichkeiten auch unter dem nachfolgend genannten Link in täglich aktualisierter Form herunterladen, bei einer Verwendung ist vom RKI folgender Quellenvermerk erwünscht: Robert Koch-Institut (RKI), dl-de/by-2-0.

[https://npgeo-corona-npgeo-de.hub.arcgis.com/datasets/dd4580c810204019a7b8eb3e0b329dd6\\_0](https://npgeo-corona-npgeo-de.hub.arcgis.com/datasets/dd4580c810204019a7b8eb3e0b329dd6_0).

Robert Koch-Institut (RKI) (2021b). *COVID-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit. Fallzahlen in Deutschland*. Abgerufen am 1. April 2021 (vergleiche vorausgehende Quellenangabe).

Statistisches Bundesamt (2021). *Sterbefallzahlen und Übersterblichkeit. Sonderauswertung die vorläufigen Sterbefallzahlen in Deutschland*. Abgerufen von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Corona/Gesellschaft/bevoelkerung-sterbefaelle.html>

Techniker Krankenkasse (TK) (2020a). *Dossier: Corona 2020: Gesundheit, Belastungen, Möglichkeiten*.

<https://www.tk.de/firmenkunden/service/gesund-arbeiten/gesundheitsberichterstattung/corona-2020-gesundheit-belastungen-moeglichkeiten-2096082>.

Techniker Krankenkasse (TK) (2020b). *Gesundheitsreport 2020: Zeitarbeit: Chance oder Risiko? - Arbeitssituation und Gesundheit von Zeitarbeitern*. <https://www.tk.de/firmenkunden/service/gesund-arbeiten/gesundheitsberichterstattung/archiv-gesundheitsreporte/gesundheitsreporte-nach-jahren-2034298>.

Techniker Krankenkasse (TK) (2021a). *Methodische Hinweise und Erläuterungen*. <https://www.tk.de/firmenkunden/service/gesund-arbeiten/gesundheitsberichterstattung/methodische-hinweise-erlaeuterungen-2033568>.

Techniker Krankenkasse (TK) (2021b). *Gesundheitsreport Arbeitsunfähigkeit 2021*. <https://www.tk.de/firmenkunden/service/gesund-arbeiten/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsreport-arbeitsunfaehigkeit-2033764>.

Techniker Krankenkasse (TK) (2021c). *Gesundheitsreport Arzneiverordnungen 2021*. <https://www.tk.de/firmenkunden/service/gesund-arbeiten/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsreport-arzneimittelverordnungen-2033766>.

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### Abbildungen

10	Krankenstand 2020, auch nach Geschlecht, im Wochenmittel
10	Krankenstand 2018, 2019 und 2020 im Wochenmittel
16	Krankenstände 2020, auch nach Geschlecht, sowie Krankenstände 2018, 2019 und 2020 im Wochenmittel nach ICD-10-Diagnosekapiteln
20	AU-Fälle mit COVID-19-Diagnose je 100.000 Erwerbspersonen sowie vom RKI erfasste Infektionsfälle je 100.000 Einwohner 2020 (im Wochenmittel)
21	AU-Fälle mit COVID-19-Diagnose, auch als nachrangige Diagnosen, je 100.000 Erwerbspersonen sowie vom RKI erfasste Infektionsfälle je 100.000 Einwohner 2020 (im Wochenmittel)
31	Arzneiverordnungsvolumen im Jahr 2020, auch nach Geschlecht (im Wochenmittel)
33	Arzneiverordnungsvolumen in den Jahren 2018, 2019 und 2020 (im Wochenmittel)
35	Arzneiverordnungsvolumen im Jahr 2020, auch nach Geschlecht, sowie Verordnungsvolumen in den Jahren 2018, 2019 und 2020 mit Verlaufskorrektur (im Wochenmittel)
44	Antibiotikaverordnungsvolumen im Jahr 2020, auch nach Geschlecht, sowie Verordnungsvolumen in den Jahren 2018, 2019 und 2020 mit Verlaufskorrektur (im Wochenmittel)
54	Persönliche Betroffenheit durch die Coronapandemie
55	Vermutete Corona-Infektionen
56	Betroffenheit von Kurzarbeit durch Corona
56	Home-Office und mobile Arbeit im Kontext der Coronapandemie
57	Allgemeine subjektive Belastung durch die Coronapandemie (Frauen)
58	Allgemeine subjektive Belastung durch die Coronapandemie (Männer)
60	Spezielle Belastungen durch die Coronapandemie (März 2021)
61	Erleben von Konflikten im Zusammenhang mit der Coronapandemie
62	Verhaltensänderungen in Arbeit und Freizeit im Vergleich zur Zeit vor Corona
65	Übersicht der Datenerhebung in sechs Wellen während der Corona Pandemie 2020-2021 in Deutschland
69	Subjektive Betroffenheit durch Corona: Prozent der Befragten, die eher oder voll zustimmen
71	Burn-out (emotionale Erschöpfung) im Studienverlauf nach Geschlecht und Home-Office
72	Konflikt „Arbeit – Privatleben“ im Studienverlauf nach Geschlecht und Home-Office
72	Konflikt „Privatleben – Arbeit“ im Studienverlauf nach Geschlecht und Home-Office
74	Einsamkeit im Studienverlauf nach Geschlecht und Alter
75	Emotionale Erschöpfung im Studienverlauf nach Geschlecht, Home-Office und dem Vorhandensein nicht schulpflichtiger Kinder im Haushalt
76	Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes im Studienverlauf nach Geschlecht und Home-Office
77	Emotionale Erschöpfung im Studienverlauf nach Geschlecht und sozialer Unterstützung durch Kollegen
77	Emotionale Erschöpfung im Studienverlauf nach Geschlecht und sozialer Unterstützung durch den Partner
79	Einflüsse auf die emotionale Erschöpfung (N = 1.708)

### Tabellen

24	Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnose in unterschiedlich abgegrenzten Zeiträumen und Gruppen im Jahr 2020
78	Mehrebenenmodell zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung durch die Studienvariablen

## Tabellen im Anhang

- 82 Krankenstände nach ICD-10-Diagnosekapiteln in Zeiträumen innerhalb der Jahre 2020, 2019 sowie 2018
- 84 Arbeitsunfähigkeiten mit COVID-19-Diagnose – Risikofaktoren in logistischen Regressionsmodellen
- 87 Arzneverordnungsvolumen nach anatomischen Gruppen der ATC-Klassifikation in ausgewählten Zeiträumen innerhalb der Jahre 2020, 2019 sowie 2018
- 89 Verordnungsvolumen von Antibiotika zur systemischen Anwendung in den Kalendermonaten der Jahre 2000 bis 2020 (ATC J01)
- 90 Stichprobenbeschreibung für alle zur Datenanalyse einbezogenen Teilnehmenden und Variablen, die nur zu Welle 1 erhoben wurden (Welle 1, Welle 1 bis 2 und Welle 1 bis 3)
- 93 Stichprobenbeschreibung für alle zur Datenanalyse einbezogenen Teilnehmenden und Variablen, die nur zu Welle 1 erhoben wurden (Welle 1 bis 4, Welle 1 bis 5 und Welle 1 bis 6)

## Hier erfahren Sie mehr

### **Betriebliche Gesundheitsförderung der TK**

Sie möchten Kontakt zu Ihrer regionalen Gesundheitsberatung aufnehmen? Nutzen Sie gern unser Kontaktformular unter **tk.de**, Suchnummer **2030698**.

Studien und Reports finden Sie im TK-Firmenkundenportal unter **firmenkunden.tk.de**, Suchnummer **2031464**.

Besuchen Sie uns auch auf:

