

Gesundheitsreport

Frauengesundheit in der Lebensmitte: zwischen Kind, Karriere und Wechseljahren

Die Techniker

2026

Vorwort



Seit Jahren führen wir in Deutschland eine Debatte über den Fachkräftemangel und wie man ihm begegnet. Dabei wird eine wichtige Beschäftigtengruppe bisher zu wenig in den Fokus gerückt: Frauen im mittleren Lebensalter zwischen 35 und 55 Jahren. Als sogenannte „Sandwich-Generation" kümmern sie sich neben dem Job auch noch überwiegend um Kindererziehung und pflegebedürftige Angehörige. Durch die vielen parallelen Herausforderungen in dieser Lebensphase ist die Belastung sehr hoch. Kommen dann noch mögliche gesundheitliche Beschwerden durch den Hormonumschwung der Wechseljahre dazu, steigt das Risiko, dass diese Frauen dauerhaft krank werden, in Teilzeit oder sogar früher in Rente gehen müssen. Ganz abgesehen von der persönlichen Belastung für jede Einzelne verliert der Arbeitsmarkt dadurch auch wertvolle Arbeits-, Fach- und Führungskräfte. Mit einem guten Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) können Arbeitgeber hier gezielt gegensteuern und Frauen dabei unterstützen, in dieser Lebensphase weiterhin gesund, zufrieden und leistungsfähig zu bleiben.

Doch was genau brauchen beschäftigte Frauen in der Lebensmitte? Wie steht es um ihre Gesundheit? Und was können Arbeitgeber konkret tun, um ihre Mitarbeiterinnen zu entlasten? Diesen Fragen gehen wir mit dem diesjährigen TK-Gesundheitsreport auf den Grund und skizzieren Lösungsansätze. Einen besonderen Fokus haben wir dabei auf das Thema Wechseljahre gelegt. Die Hormonumstellung in der Mitte des Lebens kann viele gesundheitliche Folgen haben, ist aber gesellschaftlich und am Arbeitsplatz immer noch ein großes Tabuthema.

Für den ersten Teil des Reports hat das Beratungsunternehmen DearEmployee in unserem Auftrag mehr als 1.500 Frauen zwischen 35 und 55 Jahren zu ihrer Gesundheit am Arbeitsplatz befragt. Es zeigt sich, dass sich diese Beschäftigtengruppe tatsächlich gesundheitlich belasteter fühlt als gleichaltrige Männer, besonders psychisch. Allerdings, und das ist ein Ergebnis des zweiten Teils des Reports, spiegelt sich diese Belastung nicht in den Fehlzeiten wider. Zwar weisen laut Statistik Frauen in der Lebensmitte tatsächlich mehr Fehltage auf als Männer. Allerdings gilt das für alle Altersstufen – nicht nur für die Lebensmitte. Neben Atemwegserkrankungen sind vor allem psychische Diagnosen für die meisten Fehltage von Frauen im Job verantwortlich.

Da sollten wir genauer hingucken. Denn viele Wechseljahresbeschwerden sind mentaler Natur. Dazu gehören zum Beispiel Schlafstörungen, Erschöpfung und Reizbarkeit. Aber auch Kopf- und Rückenschmerzen können auf die Hormonumstellung zurückzuführen sein. Doch was wünschen sich die betroffenen Frauen, um trotz all der Herausforderungen weiterhin gesundheitlich fit und arbeitsfähig zu bleiben? Auch das haben wir abgefragt.

Ganz vorne stehen dabei Vereinbarungen über flexible Arbeitszeitmodelle, wie zum Beispiel Wechseloptionen zwischen Voll- und Teilzeit. Aber auch schon niedrigschwellige Angebote können nach Aussagen der Frauen helfen. Dazu gehören eine offene Kommunikation über Wechseljahresbeschwerden und eine Sensibilisierung der Mitarbeitenden sowie der Führungskräfte zu dem Thema. Auch ganz praktische Dinge, wie räumliche Rückzugsmöglichkeiten bei akuten Beschwerden, können Beschäftigte in den Wechseljahren entlasten.

Wer das als Arbeitgeber erkennt und umsetzt, hat gesündere und zufriedenere Mitarbeiterinnen, die dem Betrieb auch längerfristig erhalten bleiben. Dazu gibt es mittlerweile spezielle Angebote im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Bei diesem sogenannten lebensphasenorientierten BGM werden die besonderen Bedürfnisse einzelner Altersgruppen bewusst berücksichtigt. Wir als TK unterstützen Unternehmen und Betriebe dabei gern mit unserer Expertise.

Hamburg, November 2026



Dr. Jens Baas
Vorstandsvorsitzender
der Techniker Krankenkasse

Inhalt

1 Frauengesundheit in der Lebensmitte – Befragungsergebnisse

6 Hinführung
8 Studiendesign
9 Wie steht es um die Gesundheit von Frauen in der Lebensmitte?
11 Wie beeinflussen die Wechseljahre die Frauengesundheit in der Lebensmitte?
14 Beeinflusst Care-Arbeit die Frauengesundheit in der Lebensmitte?
18 Welche Rolle spielt die Arbeit bei der Gesundheit von Frauen in der Lebensmitte?
19 Wenn alles zusammenkommt: Erwerbstätigkeit, Care-Arbeit, Wechseljahre
20 Wie wirken sich die Belastungen auf Arbeit und Karriere aus?
25 Unterstützung durch Gesundheitsangebote? Relevanz aus Arbeitgebersicht
28 Unterstützung von Frauen in der Lebensmitte? Angebot, Nutzung und Lücken
30 Allgemeine Betriebliche Gesundheitsförderung: breites Angebot, zurückhaltende Nutzung
32 Personalentwicklung: gut ausgebaut, aber nicht immer Bedarfsgerecht
35 Care-Arbeit: breites Angebot, hohe Nutzung und dennoch weiterer Bedarf im Bereich Kindererziehung und Pflege von Angehörigen
38 Wechseljahre: Vorhandene Angebote erreichen Betroffene nicht ausreichend
40 Wovon hängt es ab, ob Angebote genutzt werden?
40 Wechseljahre: zwischen Gesundheitsthema und Privatsache
42 Voraussetzungen und Wünsche: Woran es fehlt und was Arbeitgeber wünschen?
44 Was kann aus den Ergebnissen abgeleitet werden?
45 Welche praktischen Erkenntnisse können Unternehmen mitnehmen?

2 Frauengesundheit in der Lebensmitte – ein Blick in Routinedaten

47 Hintergrund und Datenbasis
48 Methoden
49 Ergebnisse – grundlegende Kennzahlen
50 Arbeitsunfähigkeiten differenziert nach Erkrankungen
56 Arzneiverordnungen differenziert nach Indikationen und Substanzen
61 Familiäre Verhältnisse – Kinder
65 Kinderkrankengeld sowie Zusammenhänge zwischen Elternschaft und regulär gemeldeten Fehlzeiten
68 Beschäftigungsverhältnisse, Ausbildung und berufliche Stellung
73 Zusammenfassung

3 Anhang

77 Stichprobenbeschreibung von Studie 1 (DearEmployee Workplace Insights)
80 Stichprobenbeschreibung der Panelstudien 2 und 3
86 Literaturverzeichnis
88 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Gesundheitsreport 2026 – Frauengesundheit in der Lebensmitte: zwischen Kind, Karriere und Wechseljahren Herausgeber: Techniker Krankenkasse, Unternehmenszentrale, Hamburg 22291, **tk.de**; Geschäftsbereich Markt und Kunde, Team Gesundheitsmanagement, Ute Erdenberger. Georg Leimbach; Autoren: Dr. Amelie U. Wiedemann, DearEmployee GmbH, Berlin (Kapitel 1); Dr. Thomas G. Grobe, Dr. Lisa Weller, Sven Bessel, aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen (Kapitel 2); Planung und Konzeption: Albrecht Wehner, Anna Kinzel; Beratung: Franziska Sonntag; Art Direction: Dennis Maibom; Produktion: Oliver Kühl; Druck: TK Hausdruckerei.

© Techniker Krankenkasse. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung.

1 Frauengesundheit in der Lebensmitte – Befragungsergebnisse

Hinführung Der Fachkräftemangel gehört seit Jahren zu den drängendsten Herausforderungen für Unternehmen in Deutschland – auch wenn die derzeit schwache Konjunktur ihn in manchen Branchen aktuell abmildert. Während die öffentliche Debatte häufig auf ältere Beschäftigte, Zuwanderung oder künstliche Intelligenz als Lösungsansätze verweist, wird eine Gruppe dagegen selten genannt: **Frauen im mittleren Lebensalter**. Dabei stellt genau diese Gruppe heute eine der größten Reserven an qualifizierten Arbeitskräften in Deutschland dar.

Frauen machen knapp die Hälfte aller Erwerbstätigen in Deutschland aus: Im Jahr 2025 waren es 47,1 Prozent. Im mittleren Lebensalter von etwa 35 bis 55 Jahren liegt die Erwerbsquote von Frauen inzwischen sogar bei über 80 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2026a). Die Frauen sind gut ausgebildet, berufserfahren und in vielen Fällen in mittleren oder höheren Positionen tätig. Kurzum: Sie gehören zum Kern der qualifizierten Erwerbsbevölkerung.

Wo Erfahrung und Qualifikation vorhanden sind, aber nur in reduziertem Umfang abgerufen werden, geht dem Arbeitsmarkt qualifizierte Arbeitszeit verloren. Dass das Potenzial der Frauen vielfach ungenutzt bleibt, hat verschiedene Gründe. So geht einerseits qualifizierte Arbeitszeit von Frauen verloren, wenn ihr Arbeitsvolumen dauerhaft ungenutzt bleibt, wie beispielsweise durch eine reduzierte Anzahl von Arbeitsstunden: Letztes Jahr hat jede zweite erwerbstätige Frau (51 Prozent) in Teilzeit gearbeitet, während es bei den Männern nur jeder Siebte war (14 Prozent). Bei Müttern mit minderjährigen Kindern lag der Anteil an Teilzeitbeschäftigten sogar bei 66 Prozent – bei den Vätern hingegen sank er auf 9 Prozent, ein Unterschied von 57 Prozentpunkten (Statistisches Bundesamt, 2026b). Um ungenutzte Potenziale freizusetzen, lohnt sich ein Blick auf die Anforderungen, die mit den unterschiedlichen Lebenswelten von Männern und Frauen in der Lebensmitte einhergehen.

Aber auch die Gesundheit kann als zentraler Faktor betrachtet werden: Frauen fehlten im vergangenen Jahr im Schnitt mehr als 20 Tage krankheitsbedingt. Im Vergleich dazu fehlten Männer durchschnittlich rund 3 Tage weniger, also etwa 17 Tage aufgrund von Krankheiten (Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse, 2026a). Hinzu kommt, dass die Leistungsfähigkeit von Beschäftigten weiter sinken kann, wenn gesundheitliche Belastungen bei der Arbeit oder im Privaten unerkannt oder ohne Gegenmaßnahmen bleiben. Weitere Folgen: eingeschränkte Produktivität bei Anwesenheit trotz Krankheit (Präsentismus) und im Extremfall der vorzeitige Ausstieg aus dem Beruf.

Das Ziel dieses Reports ist es, besser zu verstehen, was Frauen in der Lebensmitte konkret brauchen, um ihr volles Leistungspotenzial auszuschöpfen. Dafür beleuchtet er die gesundheitliche, familiäre und berufliche Belastung von Frauen in der Lebensmitte, um einen Beitrag zur Erklärung von Unterschieden im Krankheitsgeschehen und der Wahl des Arbeitszeitmodells von Frauen und Männern zu leisten. Zum einen wird der Einfluss der Care-Arbeit untersucht, also unbezahlter Arbeit im Rahmen der Fürsorge und des Kümmerns um Kinder und/oder pflegebedürftige Angehörige, weil die Kindererziehung und die Pflege von Angehörigen in Deutschland überproportional von den Frauen geleistet werden („Gender Care Gap“; Kuhlmey & Budnick, 2023). Zum anderen beginnt für viele Frauen in der Lebensmitte spürbar die perimenopausale Phase, die sogenannten Wechseljahre. Im gesellschaftlichen Bewusstsein sind die Wechseljahre häufig mit einem höheren Alter assoziiert, tatsächlich setzen aber erste Symptome bereits ab Mitte dreißig ein und erstrecken sich oft bis Mitte fünfzig – mit messbaren Auswirkungen auf Schlaf, Konzentration und Belastbarkeit (Deutsches Ärzteblatt, 2023; Schulze, 2026). Diese prägenden Umstände – die Care-Arbeit und das Erleben der Wechseljahre – treffen Frauen in einer Lebensphase der beruflichen Qualifikation, in der die Arbeitsbelastung ohnehin besonders hoch ist (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2024). Deshalb wird zusätzlich aus der Perspektive von erwerbstätigen Frauen untersucht, welche Arbeitsbedingungen sie belasten und welche eine Ressource darstellen. Während die

Belastung von Frauen in der Lebensmitte durch Kindererziehung, Pflege, Wechseljahre und Arbeit zunehmend stärker untersucht wird, bleibt bislang offen, welche Unterstützung Unternehmen speziell Frauen in dieser Lebensphase bieten und welche Unterstützung sich diese Frauen wünschen. Deshalb erfasst dieser Report ergänzend aus Arbeitgeberperspektive, welche Unterstützung Betriebe bereits leisten und welche Rahmenbedingungen sie benötigen, um frauenspezifische Gesundheitsförderung in Zukunft noch systematischer zu verankern. Aus der Sicht der Arbeitnehmerinnen wird wiederum untersucht, welche konkreten Angebote sich Frauen von ihrem Arbeitgeber wünschen und welche sie bereits in Anspruch nehmen. Ziel ist es, abzuleiten, wie die Gesundheitsförderung für Frauen im mittleren Alter von Betrieben noch gezielter gestaltet werden kann. Denn das Potenzial einer gezielten Betrieblichen Gesundheitsförderung, die auf die Anforderungen von Frauen in dieser besonderen Zeit eingeht, ist erheblich: Sie kann Fehlzeiten senken, Arbeitszeitpotenziale freisetzen und die Bindung qualifizierter Fachkräfte stärken.

Im Rahmen des diesjährigen Gesundheitsreports hat DearEmployee im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) diese Fragen aufgegriffen und mehr als 2.000 Beschäftigte im Alter von 35 bis 55 Jahren zu ihrer aktuellen Arbeits-, Lebens- und Gesundheitssituation und 700 Arbeitgeber zu betrieblichen Angeboten befragt. Der Befragung ging eine systematische Sichtung des Forschungsstands voraus.

DearEmployee begleitet seit mehr als zehn Jahren Unternehmen bei der Durchführung von Mitarbeitendenbefragungen und berät Arbeitgeber dabei, wie sie ihre Beschäftigten nachhaltig gesund, motiviert und leistungsfähig halten können. Die Handlungsempfehlungen dieses Reports stützen sich demzufolge auf eine breite Datenbasis: Neben den eigens für diesen Report erhobenen Befragungsdaten fließen auch Routinedaten der Techniker Krankenkasse sowie Erkenntnisse aus der Befragung von mehr als 11.000 Mitarbeitenden im Rahmen der psychischen Gefährdungsbeurteilung ein, die auf dem öffentlichen Dashboard „DearEmployee Workplace Insights“ verfügbar sind. Diese Kombination aus Primärerhebung, Versichertendaten und Realdaten aus dem Unternehmensalltag ermöglicht es, Bedarfe nicht nur zu beschreiben, sondern konkrete und erprobte Ansatzpunkte für die Förderung der Gesundheit von Frauen in der Lebensmitte aufzuzeigen.

Frauengesundheit

Perimenopause und Menopause

Die Menopause bezeichnet den Zeitpunkt der letzten Regelblutung. Sie wird rückblickend festgestellt, wenn zwölf Monate lang keine Blutung aufgetreten ist. Bei Frauen in Deutschland tritt die Menopause durchschnittlich im Alter von 50 bis 52 Jahren ein. (Schulze, 2026).

Die Perimenopause oder menopausale Transition, auch als Wechseljahre bezeichnet, ist die Übergangsphase, die der Menopause vorausgeht. Sie kann bereits ab dem 35. Lebensjahr beginnen und erstreckt sich in der Regel über mehrere Jahre. In dieser Phase verändert sich der Hormonspiegel deutlich: Schwankende Östrogen- und Progesteronwerte können eine Vielzahl von Symptomen auslösen, darunter Schlafstörungen, Hitzewallungen, kognitive Beeinträchtigungen und Stimmungsschwankungen.

Für den Arbeitskontext relevant: Die perimenopausale Phase betrifft Frauen mitten in ihrer Erwerbsbiografie – häufig in einer Phase hoher beruflicher Verantwortung. Und häufig ohne optimale Unterstützung, denn viele Symptome bleiben lange unerkannt, weil sie anderen Ursachen zugeschrieben werden.

Die Ergebnisse verdeutlichen: Frauengesundheit in der Lebensmitte ist kein Randthema. Sie berührt zentrale Fragen der Leistungsfähigkeit in und von Unternehmen in Deutschland. Auf Basis der vorliegenden Daten wurden konkrete Ansatzpunkte identifiziert, an denen Unternehmen wirksam ansetzen können – von der Arbeitsgestaltung über die Führungskultur bis hin zu gezielten Gesundheitsangeboten, die dieser besonderen Lebensphase von Frauen tatsächlich gerecht werden.

Studiendesign **Wie wurden die Daten erhoben? Und wie setzen sich die Stichproben zusammen?** Der vorliegende Report stützt sich auf drei Datenquellen, die sich gegenseitig ergänzen: zwei Panelstudien, die DearEmployee im Auftrag der Techniker Krankenkasse im März 2026 durchgeführt hat, eine davon für die Sicht von erwerbstätigen Frauen sowie Männern in der Lebensmitte und die andere für die Arbeitgeberperspektive. Ergänzt werden diese beiden Studien durch eine dritte Datenquelle, die „DearEmployee Workplace Insights", eine Metaanalyse von Mitarbeitendenbefragungen in vielen verschiedenen Organisationen. Die drei Studien wurden so konzipiert, dass die drei eingangs genannten Belastungsbereiche systematisch analysiert werden können: die Anforderungen des Arbeitsalltags, die Belastungen aus Care-Arbeit und das Auftreten der Wechseljahre. Damit lassen sich nicht nur Einzelherausforderungen beschreiben, sondern auch ihr Zusammenspiel analysieren.

Studie 1: DearEmployee Workplace Insights Ob die Lebensmitte tatsächlich eine gesundheitlich besonders belastete Phase darstellt, lässt sich nur im Altersvergleich beurteilen. Dafür wurden die Daten der DearEmployee Workplace Insights ausgewertet. Diese umfassen für das Jahr 2025 die im Rahmen psychischer Gefährdungsbeurteilungen erhobenen Angaben von 11.418 Beschäftigten, darunter 5.855 Frauen (51,3 Prozent) und 5.563 Männer (48,7 Prozent). Sie decken die gesamte Altersspanne von Erwerbstätigen ab. Für 4.577 Beschäftigte (40,9 Prozent) liegen Altersangaben vor. Der größte Teil dieser Substichprobe fällt in die Altersgruppe der 31- bis 50-Jährigen (2.426 Beschäftigte; 53,0 Prozent), gefolgt von den über 50-Jährigen (1.387 Beschäftigte; 30,3 Prozent) und den bis 30-Jährigen (764 Beschäftigte; 16,7 Prozent). Für etwa ein Drittel der Befragten liegen zudem Angaben zu ihrer Führungsverantwortung vor. Der Anteil von Personen in Führungspositionen lag bei 16,2 Prozent. Männer nahmen mit 21,0 Prozent signifikant häufiger Führungspositionen ein als Frauen mit 11,4 Prozent. Der Bericht setzt den Fokus auf eine Auswahl von 18 Arbeitsbedingungen und ihren Einfluss auf die psychische Gesundheit und Beschwerden als Gesundheitsindikatoren.

Studie 2: Panelbefragung von Arbeitnehmerinnen Im Mittelpunkt der zweiten Studie stehen Frauen in der Lebensmitte mit ihrer Familiensituation und ihren Erfahrungen mit den Wechseljahren sowie ihren Wünschen an eine Betriebliche Gesundheitsförderung. Die Angaben wurden mit denen von gleichaltrigen Männern verglichen. Dafür wurden Arbeitnehmende, 1.512 Frauen und 509 Männer, im Alter von 35 bis 55 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 45 Jahren über ein Online-Access-Panel befragt. Die Frauen waren häufiger im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in der öffentlichen Verwaltung tätig, die Männer eher in Industrie, Produktion und Logistik – eine Verteilung, die gemäß dem Mikrozensus etwa der bundesweiten Struktur entspricht (Statistisches Bundesamt, 2026d). Etwa zwei Drittel der Teilnehmenden arbeiteten in Vollzeit, ein Drittel in Teilzeit.

Studie 3: Panelbefragung von Arbeitgebern Welche Angebote zur Förderung von Frauengesundheit existieren bereits in Betrieben und wie wird ihre Wirksamkeit eingeschätzt? Um diese Fragen zu beantworten, wurden 700 Arbeitgeber aus Unternehmen in Deutschland befragt, davon 43,6 Prozent Geschäftsführende, 33,9 Prozent Personalverantwortliche und 22,6 Prozent BGM-Führungskräfte, mit nahezu paritätischem Verhältnis von Frauen (50,1 Prozent) und Männern (49,6 Prozent). Zwei Personen identifizierten sich als divers (0,3 Prozent). Das Durchschnittsalter lag bei 41,6 Jahren. Die Unternehmen stammen aus unterschiedlichen Branchen, mit Schwerpunkten im Gesundheits- und Sozialwesen (18,9 Prozent) und in der IT-Branche (13,9 Prozent), und decken verschiedene Betriebsgrößen ab. Zum Vergleich weist das Statistische Unternehmensregister für Deutschland ebenfalls eine breite Verteilung der Unternehmen über verschiedene Wirtschaftsbereiche und Beschäftigtengrößenklassen aus (Statistisches Bundesamt, 2026d). Weitere soziodemografische Merkmale finden sich in der Stichprobenbeschreibung im Anhang.

Mit dieser umfassenden Datenbasis lassen sich die zentralen Forschungsfragen aus zwei komplementären Perspektiven beantworten: Was berichten Frauen in der Lebensmitte über ihre Arbeits- und Lebenssituation – und wie blicken und reagieren Unternehmen auf ihre Bedarfe?

Wie wurden die Daten ausgewertet? Die Auswertung erfolgte auf zwei Ebenen. Einfache Häufigkeiten und Mittelwerte geben oft einen ersten Überblick über die Stichprobe und zentrale Befunde. Ergänzend kommen inferenzstatistische Verfahren zum Einsatz. Dabei handelt es sich um Methoden, mit denen geprüft wird, ob beobachtete Zusammenhänge oder Unterschiede statistisch signifikant sind, also nicht allein durch den Zufall zu erklären sind. Zusammenhänge zwischen Variablen, wie beispielsweise zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit, werden mittels Korrelations- oder Regressionsanalysen untersucht. Gruppenunterschiede, beispielsweise zwischen Männern und Frauen, werden durch Chi²-Tests, t-Tests oder Varianzanalysen auf Signifikanz geprüft.

Wann gilt ein Unterschied oder ein Zusammenhang als signifikant? Ein Ergebnis gilt als statistisch bedeutsam, das heißt „signifikant“, wenn die Wahrscheinlichkeit für sein zufälliges Auftreten unter einer definierten Irrtumswahrscheinlichkeit liegt. Signifikante Ergebnisse werden im Text benannt und mit einem Verweis auf die Irrtumswahrscheinlichkeit als $p < 0,05$, $p < 0,01$ oder $p < 0,001$ gekennzeichnet. Je kleiner dieser Wert, desto unwahrscheinlicher ist es, dass das Ergebnis nur zufällig zustande kam. So entspricht beispielsweise $p < 0,05$ einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 5 Prozent.

Welche Limitationen haben die Studien? Die Stichproben sind nicht im strengen Sinn repräsentativ für die deutsche Erwerbsbevölkerung. Die Größe der Stichproben erlaubt jedoch verlässliche Aussagen über die Erwerbsbevölkerung, die Zielgruppe der Frauen in der Lebensmitte und die Perspektive der Arbeitgeber. Als Lebensmitte wurde auf Basis des Literaturreviews der Altersbereich von 35 bis 55 Jahren definiert und Personen dieser Altersgruppe für Studie 2 rekrutiert. Eine Einschränkung betrifft in diesem Zusammenhang die einbezogenen Realdaten aus der betrieblichen Praxis in Studie 1: Sie umfassen Personen im Alter von 31 bis 50 Jahren und weichen somit leicht vom definierten Altersbereich der Lebensmitte ab. Zudem basieren alle drei Studien auf Selbstberichten. Das ist ein normales Kennzeichen von Befragungsstudien, bedeutet aber, dass die Ergebnisse die subjektive Wahrnehmung der Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung widerspiegeln und keine objektiven Zustandsbeschreibungen darstellen. Die abgefragten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung basieren auf einer systematischen Literaturrecherche und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Diese Limitationen sind bei der Interpretation der Befunde zu berücksichtigen.

Wie steht es um die Gesundheit von Frauen in der Lebensmitte? Eingangs wurde bereits benannt, dass Frauen höhere Fehlzeiten aufweisen als Männer (Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse, 2026a). Um zu verstehen, wo diese Fehlzeiten ihren Ursprung haben könnten, sollen in einem ersten Schritt die körperliche und psychische Gesundheit von Beschäftigten in der Lebensmitte im Vergleich zu anderen Altersgruppen untersucht werden. In einem zweiten Schritt wird der Vergleich zwischen Frauen und Männern angestellt.

Ist die Lebensmitte gesundheitlich eine besondere Phase? Im Vergleich der Altersgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede in der Gesundheit der Beschäftigten, am deutlichsten bei der psychischen Gesundheit.

Psychische Gesundheit Zunächst wurden die Daten der DearEmployee Workplace Insights (Studie 1) genutzt, um Altersunterschiede zu untersuchen. Über alle Altersgruppen hinweg schätzt die Mehrzahl der Beschäftigten (64,5 Prozent) ihre psychische Gesundheit als „gut“ oder „sehr gut“ ein. Als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ beschreiben sie 16,1 Prozent. Die übrigen Beschäftigten geben eine psychische Gesundheit im mittleren Bereich an. Im Altersvergleich zeigt sich, dass die 31- bis 50-Jährigen ihre psychische Gesundheit am geringsten einschätzen, während die über 50-Jährigen sich am gesündesten einschätzen ($p < 0,001$; $n = 4.577$). Konkret bewerten nur 59,3 Prozent der Frauen und Männer in der Lebensmitte ihre Gesundheit als „gut“ oder „sehr gut“, während es in der Gruppe der über 50-Jährigen etwa 9 Prozentpunkte mehr (68,1 Prozent) sind. Die Einschätzung der psychischen Gesundheit als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ kommt entsprechend häufiger bei Beschäftigten in der Lebensmitte (19,3 Prozent) vor als bei den über 50-Jährigen (14,6 Prozent) – mit einem Unterschied von 4,7 Prozentpunkten.

Körperliche Gesundheit Hinsichtlich der körperlichen Gesundheit zeigt sich ein homogeneres Bild: Befragt nach regelmäßig erlebten Beschwerden in den vergangenen vier Wochen, wählten die Befragten im mittleren Lebensalter aus einer Liste von zwölf Beschwerden durchschnittlich 2,4 Beschwerden aus. Die am häufigsten genannten Beschwerden sind Rücken- und Nackenschmerzen (60,9 Prozent), Müdigkeit (43,0 Prozent), Schlafprobleme (31,9 Prozent), Kopfschmerzen und Migräne (28,6 Prozent) sowie körperliche Erschöpfung (26,5 Prozent). Im Vergleich zu den anderen Altersgruppen liegt die Anzahl der Beschwerden geringfügig über der Anzahl an Beschwerden in der jüngeren und älteren Altersgruppe ($p < 0,001$).

Zusammenfassend deuten die Daten darauf hin, dass das mittlere Lebensalter eine Phase erhöhter Belastung ist, in der insbesondere die psychische Gesundheit stärker beansprucht ist als in anderen Lebensabschnitten. Dies rückt den mittleren Lebensabschnitt in den Fokus gezielter Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Die Lebensmitte: Unterscheidet sich die Gesundheit von Frauen und Männern? Für den Geschlechtervergleich wurden die Paneldaten von Studie 2 verwendet. Werden Frauen und Männer in der Lebensmitte in Bezug auf drei Dimensionen der Gesundheit, nämlich die allgemeine, körperliche und psychische Gesundheit, verglichen, so werden Unterschiede zwischen den Geschlechtern deutlich (siehe Abbildung 1). Über alle drei Dimensionen hinweg bewerten Frauen ihre Gesundheit schlechter als gleichaltrige Männer: Rund 40 Prozent der Frauen schätzen ihre Gesundheit in allen drei Dimensionen als „gut" oder „sehr gut" ein, während der Anteil bei den Männern durchschnittlich rund 13 bis 15 Prozentpunkte höher liegt (rund 53 bis 55 Prozent). Am deutlichsten fällt der Unterschied bei der psychischen Gesundheit aus: Diese wurde von 22 Prozent der Frauen gegenüber 15 Prozent der Männer als „schlecht" oder „sehr schlecht" bewertet. Dieser Abstand von 7 Prozentpunkten ist statistisch signifikant ($p < 0{,}001$; Studie 2, $n = 2.021$). Im Einklang mit den Ergebnissen zur psychischen Gesundheit berichten Frauen sowohl im Alltag als auch bei der Arbeit von mehr Stress als Männer ($p < 0{,}001$, $n = 2.021$; Studie 2). Dies bestätigt die Befunde aus aktuellen Gesundheitsberichten (zum Beispiel Techniker Krankenkasse, 2025).

Subjektive Gesundheit in der Lebensmitte im Geschlechtervergleich

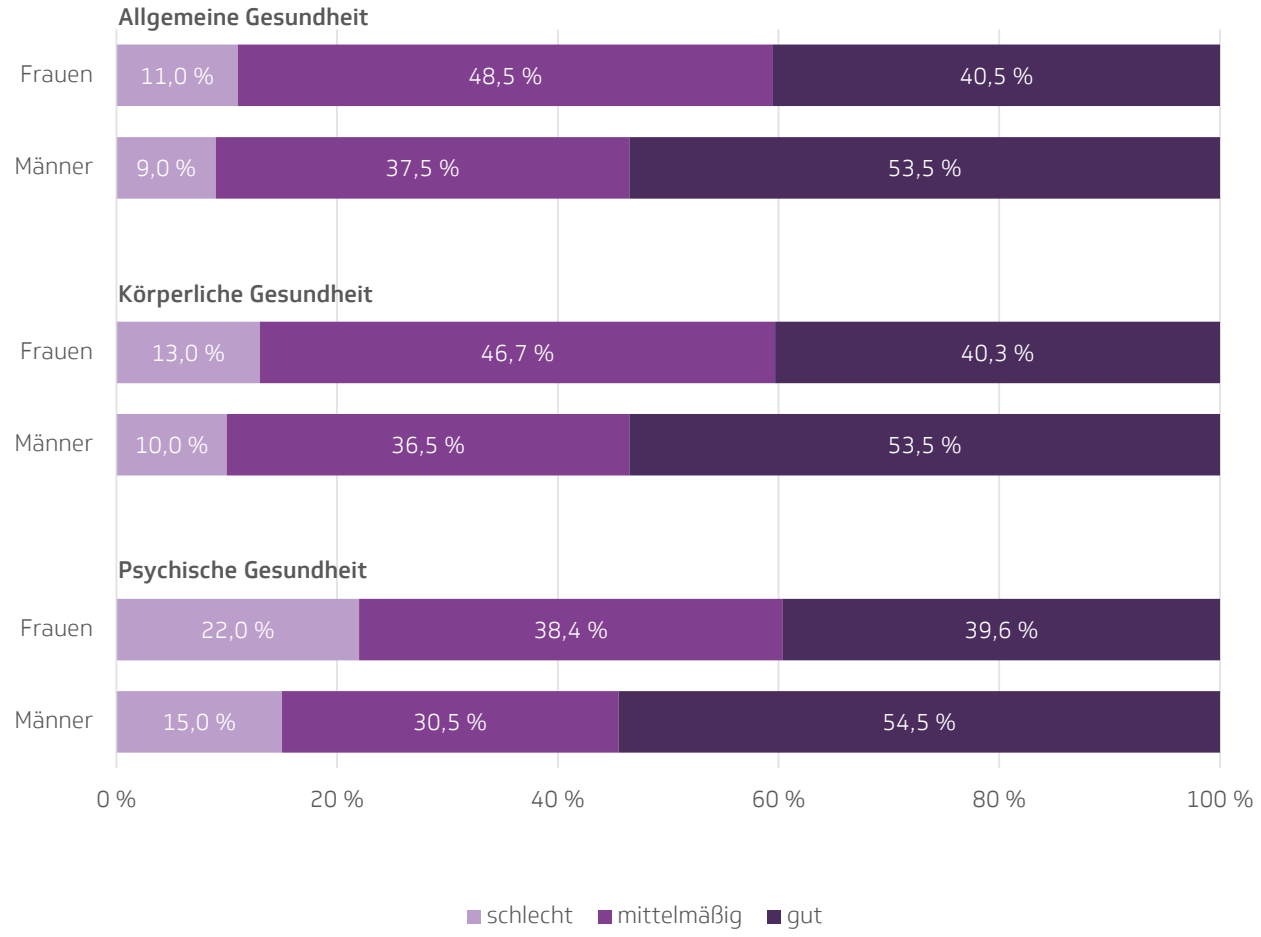

Abbildung 1 (Frage: „Wie würden Sie Ihren allgemeinen / körperlichen / psychischen Gesundheitszustand beschreiben?"; N = 2.021, Studie 2)

In Übereinstimmung mit den Geschlechterunterschieden bei der körperlichen Gesundheit berichten Frauen auch von signifikant mehr Beschwerden: Bei ihnen sind es durchschnittlich 2,8 Beschwerden im Vergleich zu 2,0 Beschwerden bei den Männern. Insbesondere berichten sie häufiger von Schmerzen, Müdigkeit und körperliche Erschöpfung ($p < 0{,}001$, Studie 1).

Zusammenfassend zeigt dieses Kapitel, dass in der Lebensmitte besonders die psychische Gesundheit stärker beansprucht ist als in anderen Altersgruppen und dass Frauen ihre Gesundheit in verschiedenen Dimensionen geringer einschätzen als Männer. Welche Belastungen den Gesundheitszustand von Frauen in der Lebensmitte erklären können und welche davon am stärksten wirken, ist Gegenstand der folgenden Abschnitte.

Wie beeinflussen die Wechseljahre die Frauengesundheit in der Lebensmitte? Für die Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter können verschiedene Faktoren eine Rolle spielen. In diesem Kapitel steht ein Faktor im Fokus, der in keinem anderen Lebensabschnitt und auch nicht bei Männern in dieser Form auftritt: Veränderungen durch die Wechseljahre. Um die Verbreitung von Wechseljahressymptomen zu untersuchen, wurden die Frauen in Studie 2 gefragt, wie häufig sie bestimmte Beschwerden in den letzten vier Monaten regelmäßig erlebt haben. Dazu verwendet wurde eine Liste von Symptomen der Menopause-Rating-Skala II (Potthoff et al., 2000), ein in der Forschung bewährtes Instrument zur Erfassung von Beschwerden, die häufig mit den Wechseljahren einhergehen. Neben Hitzewallungen als typischerweise genanntem Symptom werden darin auch unspezifischere Symptome wie Reizbarkeit oder Gelenk- und Muskelbeschwerden abgefragt, die häufig auch in anderen gesundheitlichen Kontexten auftreten.

Frauen im mittleren Lebensalter

Kernaussagen zur Gesundheit

- Frauen in der Lebensmitte schätzen ihre allgemeine Gesundheit, ihre körperliche und ihre psychische Gesundheit geringer ein als gleichaltrige Männer.
- Am größten ist dieser Unterschied bei der psychischen Gesundheit: Hier bewerten rund 7 Prozentpunkte mehr Frauen als Männer ihre Gesundheit als „schlecht“ oder „sehr schlecht“.
- Frauen berichten außerdem von mehr Alltags- und Arbeitsstress und mehr körperliche Beschwerden als Männer.

Wie verbreitet sind Symptome der Wechseljahre in der Lebensmitte? Die häufigsten Beschwerden sind Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schlafstörungen, von denen rund die Hälfte der Frauen berichtet (51,9 beziehungsweise 51,2 Prozent). Dicht dahinter folgt Erschöpfung (48,4 Prozent). Die klassischerweise mit den Wechseljahren verbundenen Hitzewallungen rangieren deutlich weiter hinten: Knapp ein Drittel der Frauen (31,2 Prozent) erlebt sie häufig, während die Hälfte sie selten oder nie verspürt (50,2 Prozent; vergleiche Abbildung 2 auf Seite 12). Auffällig, aber in Einklang mit wissenschaftlichen Studien (Weidner et al., 2012) ist dabei, dass die am häufigsten genannten Beschwerden zwar Wechseljahresbedingt sein können, aber auch andere Ursachen haben könnten, zum Beispiel chronischen Stress.

Häufigkeit einzelner Beschwerden in den letzten vier Monaten

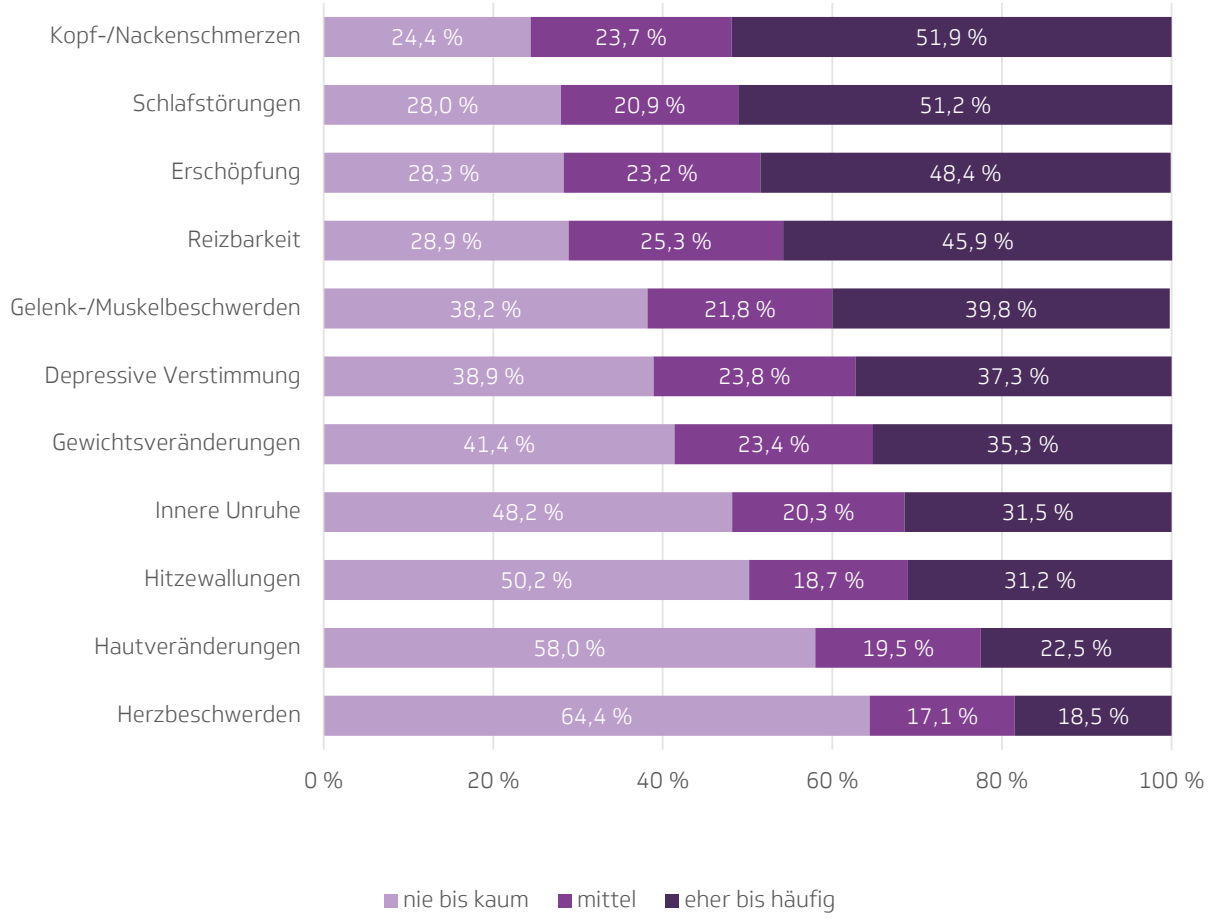

Abbildung 2 (Frage: „Wie häufig haben Sie in den letzten vier Monaten regelmäßig folgende Beschwerden erlebt?"; ausgewählte Beschwerden der Menopause-Rating-Skala II, Potthoff et al., 2000; N = 1.512, Studie 2)

Erleben Frauen ihre Beschwerden als Anzeichen der Wechseljahre? Um dies einzuschätzen, wurden Frauen mit Beschwerden danach gefragt, ob sie ihre Beschwerden als Symptome oder „Vorboten" der Wechseljahre wahrnehmen. Die Mehrheit der Frauen machte dazu keine Angabe (57,1 Prozent). Von den Frauen mit Angabe (n = 867) ordnete die Mehrheit ihre Beschwerden nicht den Wechseljahren zu, weil sie entweder noch nicht (51,3 Prozent) oder nicht mehr in den Wechseljahren sind (6,6 Prozent), und entsprechend andere Ursachen vermuteten. Insgesamt 42,1 Prozent deuteten ihre Symptome „teilweise" (13,5 Prozent) oder „definitiv" (28,6 Prozent) als Anzeichen der Wechseljahre (siehe Abbildung 3 auf Seite 13).

Einschätzung regelmäßiger körperlicher Beschwerden von Frauen in der Lebensmitte

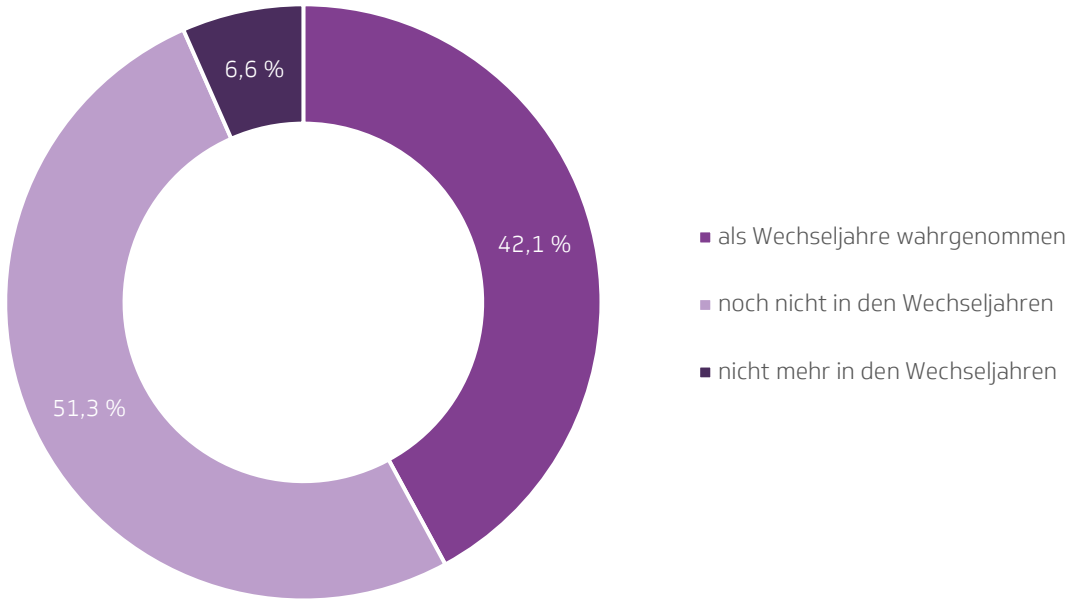

Abbildung 3 (Frage: „Haben Sie die zuvor genannten Beschwerden als Symptome oder ‚Vorboten' der Wechseljahre wahrgenommen?"; N = 867, Studie 2)

Wie erleben Frauen ihre Wechseljahre? Ob die Wechseljahre als belastend erlebt werden, lässt sich nicht allein durch die Häufigkeit von Beschwerden erklären, weil einzelne Beschwerden ganz unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Deshalb wurden Frauen, die ihre Symptome den Wechseljahren zugeschrieben haben, zu möglichen Einschränkungen durch ihre Beschwerden befragt. Die Antworten zeigen deutlich: Sechs von zehn Frauen fühlen sich durch ihre Beschwerden „mittel" bis „sehr stark" in ihrem Alltag (61,4 Prozent) und knapp jede zweite „mittel" bis „sehr stark" in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt (49,5 Prozent). Zusätzlich prägen die Wechseljahressymptome signifikant das allgemeine Gesundheitsempfinden: Je mehr Wechseljahressymptome Frauen wahrnehmen, desto gestresster fühlen sie sich im Alltag und desto negativer bewerten sie ihre allgemeine, körperliche und psychische Gesundheit (je $p < 0{,}001$).

Wie gehen Frauen in den Wechseljahren mit ihren Beschwerden um? Der Großteil der Frauen, die Beschwerden durch die Wechseljahre benennen, ist nicht in Behandlung (77,5 Prozent). Die anderen Frauen greifen in ähnlichen Anteilen auf eine ärztlich-medikamentöse Behandlung (6,0 Prozent), nicht verschreibungspflichtige Präparate (4,1 Prozent) oder eine Kombination aus beidem zurück (7,4 Prozent). Vergleichbare Daten aus der Literatur gibt es hierzu kaum. Nach ihren individuellen Bewältigungsstrategien befragt, ist weniger als die Hälfte der Frauen davon überzeugt,

Frauen im mittleren Lebensalter

Kernaussagen zu Wechseljahren

- Die Mehrheit der Frauen zwischen 35 und 55 Jahren erlebt Beschwerden, die auch den Wechseljahren zugeordnet werden können.
- Am häufigsten sind Kopf- und Nackenschmerzen, Schlafstörungen und Erschöpfung. Die klassischerweise genannten Hitzewallungen erlebt rund ein Drittel der Frauen im mittleren Lebensalter.
- Sechs von zehn Frauen in den Wechseljahren fühlen sich dadurch im Alltag belastet und knapp jede zweite Frau in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt.
- Die Mehrheit der Frauen in den Wechseljahren behandelt ihre Symptome nicht.

über ausreichende Strategien zum Umgang mit ihren Wechseljahressymptomen zu verfügen (43,3 Prozent). Jede fünfte Betroffene (20,8 Prozent) äußert, über keine ausreichenden Strategien zu verfügen. Die übrigen Frauen (35,9 Prozent) verfügen nur teilweise über Strategien.

Obwohl viele Frauen die Beschwerden durch die Wechseljahre als belastend wahrnehmen, ist die Behandlungsquote gering und die eigenen Bewältigungsstrategien sind häufig nicht ausreichend. Dies könnte darauf hindeuten, dass die bestehende Unterstützung und Versorgung noch nicht alle Bedarfe der Frauen abdecken.

Care-Arbeit in der Lebensmitte

Sandwich-Generation

Der Begriff „**Sandwich-Generation**“ bezeichnet Frauen und Männer in der Lebensmitte, die gleichzeitig Care-Arbeit für Kinder und pflegebedürftige Eltern oder andere Angehörige leisten. Sie sind also „eingeklemmt“ zwischen zwei Generationen mit Fürsorgebedarf, häufig ohne ausreichende Ressourcen und Unterstützung. Die doppelte Verantwortung für beide Generationen trifft dabei typischerweise auf die beruflich produktivste Lebensphase, das mittlere Lebensalter.

Diese doppelte Care-Arbeit zeigte sich in Studie 2: 6,2 Prozent der Frauen und 2 Prozent der Männer übernehmen gleichzeitig Verantwortung für mehrere Personengruppen (siehe Abbildung 4 auf Seite 15).

Beeinflusst Care-Arbeit die Frauengesundheit in der Lebensmitte? In diesem Abschnitt wird untersucht, wie sich Care-Arbeit, also die Fürsorge und das Kümmern um Kinder und/oder pflegebedürftige Angehörige, auf die Gesundheit von Frauen in der Lebensmitte auswirkt. Denn neben Beruf und eigenen gesundheitlichen Veränderungen leisten besonders Frauen im mittleren Alter häufig auch Care-Arbeit. Für den Vergleich zwischen Frauen und Männern wurden beide Geschlechter zur Care-Arbeit befragt (Studie 2). In dieser Befragung umfasst Care-Arbeit „**die Unterstützung, Versorgung oder Betreuung eines Menschen, der bestimmte alltägliche Aufgaben noch nicht oder nicht mehr selbstständig bewältigen kann**“ (im Fragebogen auch unter dem Gesamtbegriff „Pflege“ zusammengefasst).

Wer leistet häufiger Care-Arbeit – Frauen oder Männer? Frauen übernehmen deutlich häufiger Care-Aufgaben als Männer. Dies wird häufig als Care-Gap bezeichnet (siehe Infobox): Knapp die Hälfte der Frauen (46,0 Prozent), aber nur etwa ein Drittel der Männer (31,4 Prozent) versorgt ein Kind oder pflegt eine Person – ein signifikanter Unterschied von rund 15 Prozentpunkten ($p < 0{,}001$). Der Großteil der Versorgung entfällt dabei auf Kinder: Von den erwerbstätigen Frauen in Studie 2 leisten 27,1 Prozent Care-Arbeit für ein oder mehrere Kinder, bei den Männern sind es 21,4 Prozent (siehe Abbildung 4 auf Seite 15). Die Geschlechterunterschiede decken sich mit Befunden des Instituts für Wirtschaftsforschung (Fischer & Müller, 2020). Zur besonderen Belastung von Frauen trägt bei, dass diese häufiger als Männer die Verantwortung für die Kinder allein übernehmen: Insgesamt geben 27,5 Prozent der Befragten mit Kindern an, alleinerziehend zu sein. Bei den Frauen ist es etwa jede Dritte (31,0 Prozent), bei den Männern nur etwa jeder Achte (13,7 Prozent; $p < 0{,}001$). Doch auch wenn die Erziehung geteilt wird, übernehmen Frauen einen größeren Teil der Care-Arbeit: Sie geben im Durchschnitt an, 77,1 Prozent der Erziehungsarbeit zu übernehmen, Männer 45,1 Prozent.

Zielgruppen der Care-Arbeit im Geschlechtervergleich

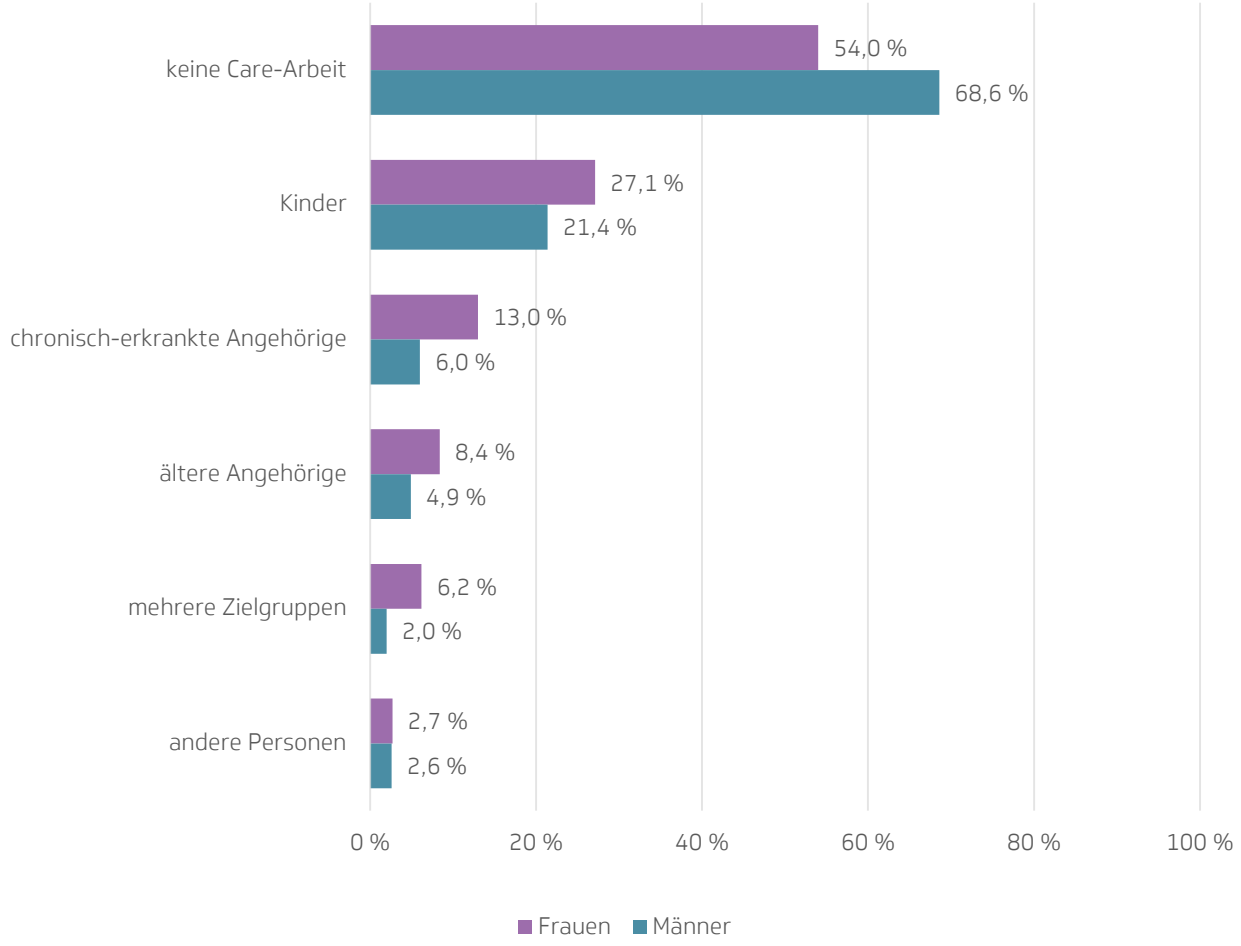

Abbildung 4 (Frage: „Übernehmen Sie aktuell Aufgaben in der Betreuung, Erziehung oder Pflege von Kindern oder anderen Personen?“, Mehrfachantworten möglich; N = 2.021, Studie 2)

Begrifflichkeiten zur Beschreibung der strukturellen Ungleichheit

Strukturelle Benachteiligung von Frauen durch Care-Arbeit

Care Gap bezeichnet die ungleiche Verteilung unbezahlter Care-Arbeit zwischen Frauen und Männern. Frauen übernehmen den Großteil der Betreuungs-, Pflege- und Haushaltsaufgaben – auch dann, wenn beide Elternteile vollzeiterwerbstätig sind. Der Care Gap ist der strukturelle Ausgangspunkt für die nachfolgenden ökonomischen Effekte.

Child Penalty beschreibt den langfristigen Einkommensverlust, der allein durch Elternschaft entsteht. Mit der Geburt eines Kindes reduzieren Frauen ihre Arbeitszeit deutlich stärker als Männer – und holen diesen finanziellen Nachteil selten wieder auf. In Deutschland ist dieser Effekt besonders ausgeprägt (Feldhoff, 2021).

Maternal Wall beschreibt die unsichtbare Barriere, die Mütter im beruflichen Aufstieg bremsen kann: Sie werden im Vergleich zu kinderlosen Frauen und Vätern seltener für Führungspositionen berücksichtigt – häufig aufgrund unbewusster Annahmen über ihre Verfügbarkeit und Leistungsbereitschaft (Correll et al., 2007). Anders als der Gender-Pay-Gap, der ökonomisch messbar ist, wirkt die Maternal Wall vor allem über informelle Entscheidungsprozesse.

Gender-Pay-Gap bezeichnet den durchschnittlichen Einkommensunterschied zwischen Frauen und Männern. Ein erheblicher Teil erklärt sich durch die kumulative Wirkung von Care Gap und Child Penalty über die gesamte Erwerbsbiografie – mit messbaren Folgen für die Rentenansprüche. Ökonominnen und Ökonomen unterscheiden zwischen dem unbereinigten Gap (Gesamtunterschied) und dem bereinigten Gap (Unterschied bei gleicher Stelle und Qualifikation).

Wie viele Stunden nimmt die Care-Arbeit ein? Da Frauen häufiger Care-Arbeit übernehmen als Männer, verbringen sie auch mehr Zeit mit der Versorgung anderer Menschen. In einer Woche leisten Frauen im Durchschnitt 97,2 Stunden und Männer 74,9 Stunden Care-Arbeit, entsprechend einem Tagesdurchschnitt von 13,9 Stunden bei Frauen und 10,7 Stunden bei Männern. Die hohen Werte erklären sich dadurch, dass die Befragten mehrere Personen gleichzeitig versorgen und ihre Care-Aufgaben über den gesamten Tag verteilt anfallen können, insbesondere wenn sie mit den zu betreuenden Personen zusammenleben. Bei Frauen teilen sich die Wochenstunden für Care-Arbeit auf in 35,6 Stunden für die Betreuung von Kindern, 29,7 Stunden für chronisch erkrankte Personen, 13,3 für ältere Angehörige und 18,6 Stunden für andere Personen. Bei Männern sind es deutlich weniger: 24,0 Stunden pro Woche für die Betreuung von Kindern, 23,8 Stunden für chronisch erkrankte Personen, 11,5 Stunden für ältere Angehörige und 15,6 Stunden für andere Personen.

Um die Pflegesituation genauer beschreiben zu können, wurde auch der Pflegegrad der zu pflegenden Personen erfasst: Knapp ein Drittel der zu pflegenden Personen (29,1 Prozent) hat einen Pflegegrad, also eine offiziell anerkannte Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches. Der Pflegegrad zeigt an, in welchem Ausmaß eine Person im Alltag auf Unterstützung angewiesen ist – von geringen (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen (Pflegegrad 5). Am häufigsten genannt wurden die Pflegegrade 2 und 3, also eine erhebliche beziehungsweise schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit.

Wie wirkt sich die Care-Arbeit von Beschäftigten auf ihre Gesundheit aus? Für über 60 Prozent (64,1 Prozent) der Frauen ist ihre Care-Arbeit „belastend“. Nur gut ein Drittel (35,9 Prozent) der Frauen empfindet sie als „wenig belastend“. Auch hinsichtlich der Gesundheitseinschätzung zeigen sich Unterschiede. Frauen mit Care-Arbeit bewerten ihre Gesundheit in allen Bereichen schlechter als Frauen ohne Care-Arbeit: Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beurteilen 12,7 Prozent als „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Bei den Frauen ohne Care-Arbeit sind es 9,7 Prozent. Bei der Einschätzung der körperlichen Gesundheit sind es 14,1 Prozent der Frauen mit Care-Arbeit gegenüber 12,4 Prozent der Frauen ohne Care-Arbeit und bei der psychischen Gesundheit 25,9 Prozent gegenüber 17,1 Prozent. Auch Stress erleben Frauen mit Care-Arbeit häufiger: 55,0 Prozent fühlen sich im Alltag „häufig“ oder „ständig“ gestresst. Bei Frauen ohne Care-Arbeit sind es 33,7 Prozent ($p < 0{,}001$).

Die Care-Arbeit steht auch in Zusammenhang mit den Fehltagen bei der Arbeit. Die Daten zeigen: Je mehr Stunden Frauen pro Woche für Care-Arbeit aufbringen, desto häufiger fehlen sie krankheitsbedingt bei der Arbeit. Gleichzeitig arbeiten Frauen auch häufiger weiter, obwohl sie eigentlich krankheitsbedingt eine Pause bräuchten. Dieses Verhalten wird als Präsentismus bezeichnet (vergleiche Infobox). Frauen in der Lebensmitte berichten im Durchschnitt von 6,8 Präsentismustagen pro Jahr, Männer im gleichen Alter von 5,6 Tagen, also von etwa einem Tag weniger. Der Unterschied ist statistisch signifikant (Studie 1). Frauen geben außerdem an, im Durchschnitt 4,4 Tage im Jahr aufgrund von Care-Aufgaben zu fehlen – und nicht, weil sie selbst krank sind.

Die Ergebnisse zeigen, dass neben den körperlichen Veränderungen durch die Wechseljahre auch die Care-Arbeit zu den Unterschieden im Krankheitsgeschehen von Frauen und Männern beitragen kann. Welche Bedeutung der Berufsalltag für die Gesundheit von erwerbstätigen Frauen haben kann, zeigt das folgende Kapitel.

Erkrankungen im Arbeitskontext

Präsentismus und Absentismus

Absentismus bezeichnet das Fernbleiben von der Arbeit aufgrund von Krankheit – also Fehlzeiten, die sich in Krankschreibungen niederschlagen und statistisch erfasst werden. Absentismus ist für Unternehmen sichtbar und gilt als klassischer Indikator für die Gesundheitsbelastung einer Belegschaft.

Präsentismus beschreibt das Gegenteil, nämlich dass Beschäftigte trotz Krankheit oder zu starker körperlicher Beanspruchung zur Arbeit gehen. An solchen Tagen leisten sie weniger und können – bei ansteckenden Erkrankungen – auch andere Beschäftigte anstecken. Präsentismus ist weniger sichtbar als krankheitsbedingte Fehlzeiten, kann aber ähnlich große oder sogar größere Folgen in seiner volkswirtschaftlichen Wirkung haben. Studien zeigen, dass die durch Präsentismus entstehenden Produktivitätsverluste häufig höher sind als die Kosten durch Fehlzeiten (Boles et al., 2004).

Frauen im mittleren Lebensalter

Kernaussagen zur Care-Arbeit

- Frauen in der Lebensmitte übernehmen deutlich mehr Care-Arbeit als gleichaltrige Männer.
- Die Care-Arbeit geht mit höherem Stresserleben und schlechterer Gesundheit einher.
- Frauen mit Care-Aufgaben berichten außerdem von mehr Fehlzeiten bei der Arbeit, um die Versorgung zu

Welche Rolle spielt die Arbeit bei der Gesundheit von Frauen in der Lebensmitte? Nach den vorherigen Kapiteln zu Wechseljahren und Care-Arbeit betrachtet dieses Kapitel abschließend den Einfluss der Arbeit auf die Gesundheit von Frauen im Alter von 35 bis 55 Jahren.

Beeinflusst die Arbeit die Gesundheit von Frauen in der Lebensmitte? Zur Beantwortung dieser Frage haben Frauen und Männer 18 Arbeitsbedingungen bewertet. Diese 18 Arbeitsbedingungen wurden dann im Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden und der psychischen Gesundheit analysiert (Regressionsanalysen; vergleiche Tabelle A7 auf Seite 85 im Anhang).

Psychische Gesundheit Mit Blick auf den Einfluss der Arbeit zeigt sich: Das Unterdrücken von Gefühlen, ein hoher Zeitdruck und eine schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben sind signifikante Belastungen für die Gesundheit. Als signifikanter Schutzfaktor für die psychische Gesundheit wirkt der Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen: Wo ausreichend Möglichkeiten zum Austausch vorhanden sind, bewerten Frauen ihre psychische Gesundheit positiver. Tabelle 1 zeigt, wie viele Frauen angegeben haben, dass diese Arbeitsbedingungen auf sie zutreffen.

Betriebliche Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter

Arbeitsbedingungen	Frauen
Belastung bei Frauen	
Hoher Zeitdruck	62,3 %
Unterdrücken von Gefühlen	34,9 %
Geringe Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben	32,3 %
Ressourcen bei Frauen	
Möglichkeiten zum Austausch	86,5 %

Tabelle 1 (Frage: „Inwieweit treffen die folgenden Aussagen zu Ihren Arbeitsbedingungen auf Sie zu?“ sowie Einzelitems pro Arbeitsbedingung aus dem DearEmployee Survey; prozentuale Angaben der Zustimmung; n = 1.297 Frauen im mittleren Lebensalter, Studie 1)

Körperliche Gesundheit Bei den körperlichen Beschwerden steht vor allem eine dauerhaft ungünstige Körperhaltung am Arbeitsplatz im signifikantem Zusammenhang mit einer schlechteren körperlichen Gesundheit ($p < 0{,}01$; Studie 1).

Zusammenfassend zeigt sich: Die Gesundheit von Frauen in der Lebensmitte wird auch durch die Arbeit beeinflusst, sodass Unterstützungsmöglichkeiten für Frauen auch in der Gestaltung von Arbeit liegen können. Damit haben die bisherigen Kapitel drei Belastungsquellen im Leben von Frauen im mittleren Alter getrennt voneinander betrachtet. In der Praxis treten sie jedoch selten isoliert auf. Das folgende Kapitel stellt zwei Fragen: Wie häufig fallen diese Belastungen gleichzeitig an – und welche davon hat den stärksten Einfluss auf die Gesundheit von Frauen?

Wenn alles zusammenkommt: Erwerbstätigkeit, Care-Arbeit, Wechseljahre Dass Frauen in der Lebensmitte allen drei Themen begegnen, also Erwerbstätigkeit, Care-Arbeit und Wechseljahressymptomen, ist keine Ausnahme: Das trifft auf jede sechste Frau zu (15,6 Prozent; Studie 2, siehe Abbildung 5). Etwa ein Viertel der Frauen übernimmt neben der Erwerbstätigkeit auch Care-Arbeit, hat aber keine Wechseljahressymptome (27,1 Prozent), während ein weiteres Viertel von Wechseljahressymptomen, aber nicht von Care-Arbeit berichtet (24,5 Prozent). Lediglich ein Drittel der Frauen (32,9 Prozent) berichtet weder von Care-Arbeit noch von Wechseljahressymptomen.

Mehrfachbelastung durch Care-Arbeit und Wechseljahre bei Arbeitnehmerinnen

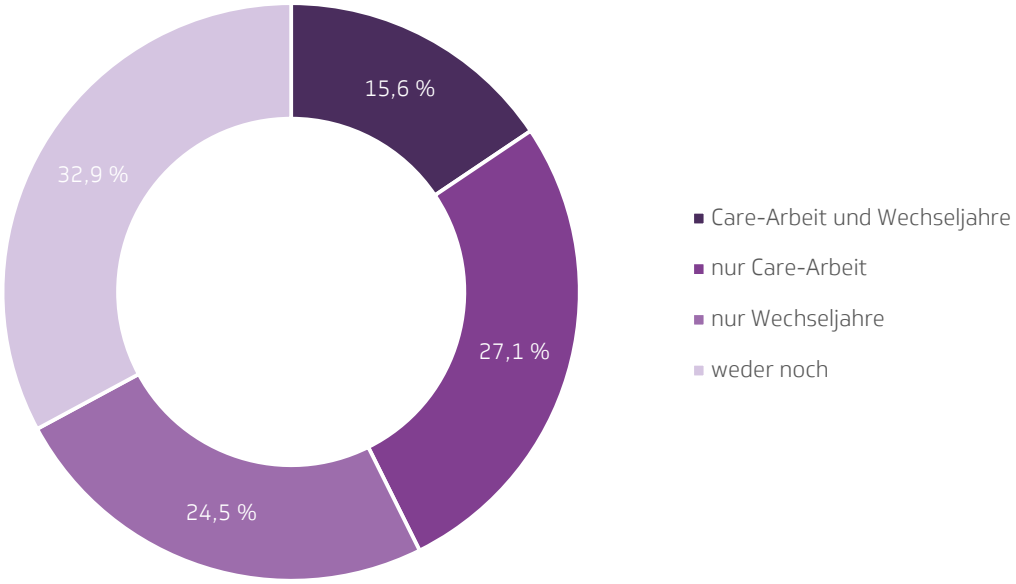

Abbildung 5 (Fragen: „Übernehmen Sie aktuell Aufgaben in der Betreuung, Erziehung oder Pflege von Kindern oder anderen Personen?"; „Haben Sie die zuvor genannten Beschwerden als Symptome oder ‚Vorboten' der Wechseljahre wahrgenommen?"; N = 912 Arbeitnehmerinnen, Studie 2)

Arbeit, Care-Arbeit, Wechseljahre – was beeinflusst die Gesundheit in der Lebensmitte am meisten? In diesem Abschnitt werden die drei Themen – Wechseljahressymptome, Care-Arbeit und Berufstätigkeit – nicht separat, sondern gleichzeitig betrachtet. So kann verglichen werden, welches Thema am stärksten mit der Gesundheit zusammenhängt. Im Ergebnis zeigt sich ein unterschiedliches Bild, je nachdem welcher Bereich der Gesundheit betrachtet wird (Regressionsanalysen; $p < 0{,}01$):

Psychische Gesundheit Eine geringe psychische Gesundheit hängt vor allem mit einer höheren Anzahl an Wechseljahressymptomen, aber auch mit der Übernahme von Care-Arbeit zusammen. Zusätzlich erklärt das Erleben von emotionalen Arbeitsinhalten im Berufsalltag, wie erwerbstätige Frauen ihre psychische Gesundheit einschätzen.

Körperliche Gesundheit Auch die körperliche Gesundheit hängt vorrangig mit der Anzahl der Wechseljahressymptome zusammen. Aber auch eine dauerhaft unangenehme Körperhaltung bei der Arbeit wirkt belastend auf die körperliche Gesundheit.

Allgemeinzustand Auf die allgemeine Gesundheitseinschätzung wirkt sich besonders die Care-Arbeit belastend aus. Guter Kontakt zu Kollegen und Kolleginnen dient dagegen als Ressource.

Mit Blick auf die eingangs beschriebene höhere Anzahl an Fehltagen von Frauen deuten die Ergebnisse dieses Kapitels darauf hin, dass eine gezielte Unterstützung bei Care-Arbeit und Wechseljahressymptomen dazu beitragen kann, Ressourcen von Frauen in der Lebensmitte besser zu erhalten und verfügbar zu machen. Ob sich Care-Arbeit und Wechseljahre auch auf Beschäftigungsumfang und Karrierewege von Frauen auswirken, untersucht der folgende Abschnitt.

Wie wirken sich die Belastungen auf Arbeit und Karriere aus? Die vorigen Abschnitte haben gezeigt, was Frauen in der Lebensmitte gesundheitlich belastet. Ob diese Belastungen auch die Erwerbsbiografie – von der Wochenarbeitszeit über die Leistungsfähigkeit und die Karriereplanung bis zum geplanten Renteneintritt – prägen, untersucht dieser Abschnitt Schritt für Schritt.

Beschäftigungsumfang von Frauen: Wie hängt er mit Care-Arbeit und Wechseljahren zusammen? Frauen in der Lebensmitte arbeiten deutlich häufiger in Teilzeit als Männer: Fast die Hälfte der Frauen (48,2 Prozent) arbeitet in Teilzeit, bei den Männern sind es nur 11,8 Prozent. Das entspricht einem Unterschied von 36,4 Prozentpunkten (Studie 2, siehe Abbildung 6).

Teilzeittätigkeit im Geschlechtervergleich

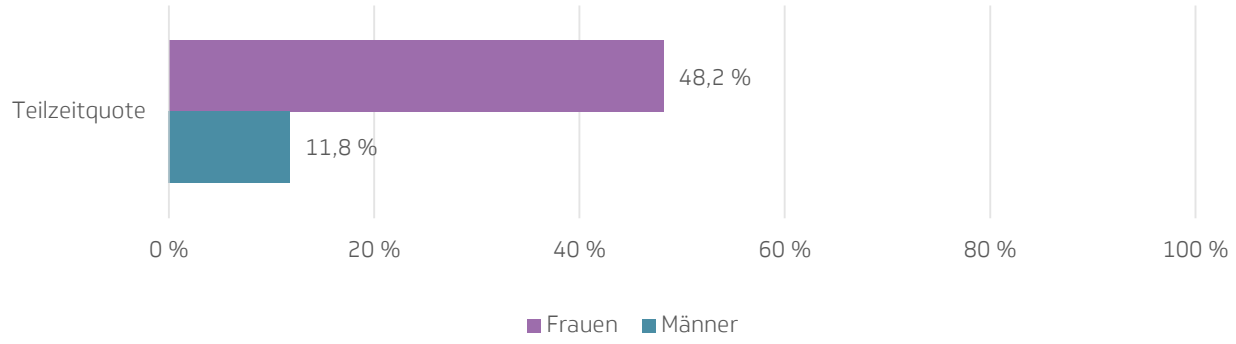

Abbildung 6 (Frage: „Wie sieht Ihr aktueller Beschäftigungsumfang aus?“; Zustimmung zu „Teilzeit“; N = 2.021, Studie 2)

Ein wichtiger Grund für die Teilzeitarbeit ist die Care-Arbeit für Kinder oder andere Personen. Mehr als die Hälfte der teilzeitbeschäftigten Frauen (55,9 Prozent) nennt Care-Arbeit als Grund für ihre reduzierte Arbeitszeit. Bei den Männern sind es mit 23,3 Prozent weniger als halb so viele. Der Unterschied beträgt 32,6 Prozentpunkte. Der Wunsch nach mehr Freizeit spielt bei Frauen und Männern dagegen eine ähnlich große Rolle. 33,6 Prozent der Frauen nennen Freizeit als Grund für ihre Teilzeitarbeit, bei den Männern sind es 36,7 Prozent – also 3,1 Prozentpunkte mehr (siehe Abbildung 7 auf Seite 21). Für Männer ist mehr Freizeit damit der häufigste Grund für Teilzeitarbeit, bei Frauen steht dieser Grund an zweiter Stelle nach der Care-Arbeit. Die eigene Gesundheit wird von Frauen seltener als Grund für Teilzeitarbeit genannt: 7,3 Prozent der Frauen geben dies an. Bei den Männern sind es mit 16,7 Prozent mehr als doppelt so viele – ein Unterschied von 9,4 Prozentpunkten.

Damit zeigt sich: Frauen arbeiten deutlich häufiger in Teilzeit, und bei ihnen hängt dies vor allem mit Care-Arbeit zusammen. Die Daten bestätigen somit die bereits im Abschnitt „Hinführung“ beschriebene strukturelle Ungleichheit: Sorge- und Pflegearbeit ist zwischen Frauen und Männern nicht gleich verteilt.

Gründe für Teilzeittätigkeit im Geschlechtervergleich

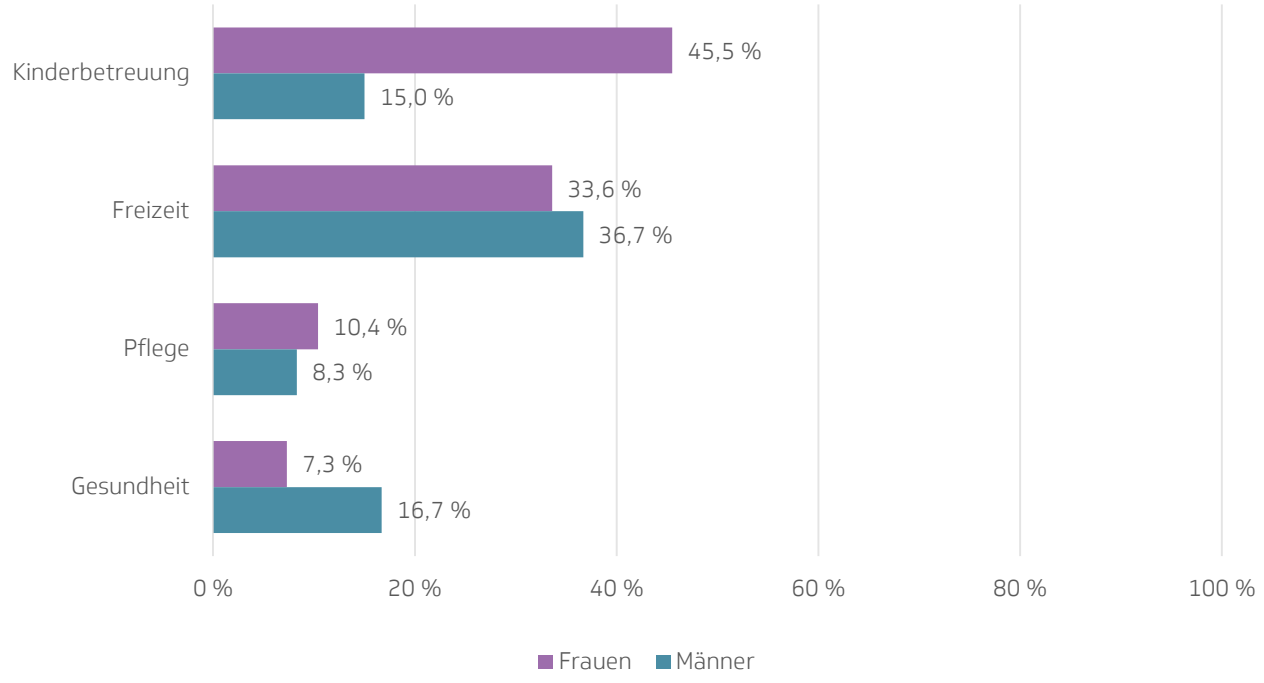

Abbildung 7 (Frage an die Teilzeitbeschäftigten: „Was sind die Gründe für Ihre Teilzeittätigkeit?"; Mehrfachantworten möglich; n = 789, Studie 2)

Wie zufrieden sind Frauen mit ihrem Beschäftigungsumfang? Die meisten Frauen und Männer sind mit ihrer vertraglichen Arbeitszeit zufrieden (71,6 beziehungsweise 74,5 Prozent). Jeweils etwa ein Fünftel würde gerne weniger arbeiten: 21,5 Prozent der Frauen und 22,2 Prozent der Männer. Interessant in Hinblick auf ungenutzte Ressourcen ist der Wunsch der Beschäftigten, mehr Stunden pro Woche zu arbeiten: 6,9 Prozent der Frauen würden gerne ihren Beschäftigungsumfang erhöhen. Bei den Männern sind es 3,3 Prozent – bei den Frauen also etwa doppelt so viele (siehe Abbildung 8 auf Seite 22). Die Ergebnisse zeigen: Ein kleiner, aber relevanter Anteil der Frauen würde gerne mehr arbeiten.

Zusammenfassend zeigt sich: Care-Arbeit ist der häufigste Grund dafür, dass Frauen in der Lebensmitte ihre Arbeitszeit reduzieren, während gesundheitliche Gründe auch, aber deutlich seltener genannt werden. Insbesondere Unterstützung bei der Pflege- und Betreuungsverantwortung, aber auch in gesundheitlichen Belangen könnte somit dazu beitragen, dass Frauen ihre beruflichen Ressourcen besser nutzen können. Ein direkter Zusammenhang zwischen Wechseljahresbeschwerden und einem geringeren Beschäftigungsumfang lässt sich aus diesen Daten jedoch nicht ableiten.

Zufriedenheit mit dem Beschäftigungsumfang im Geschlechtervergleich

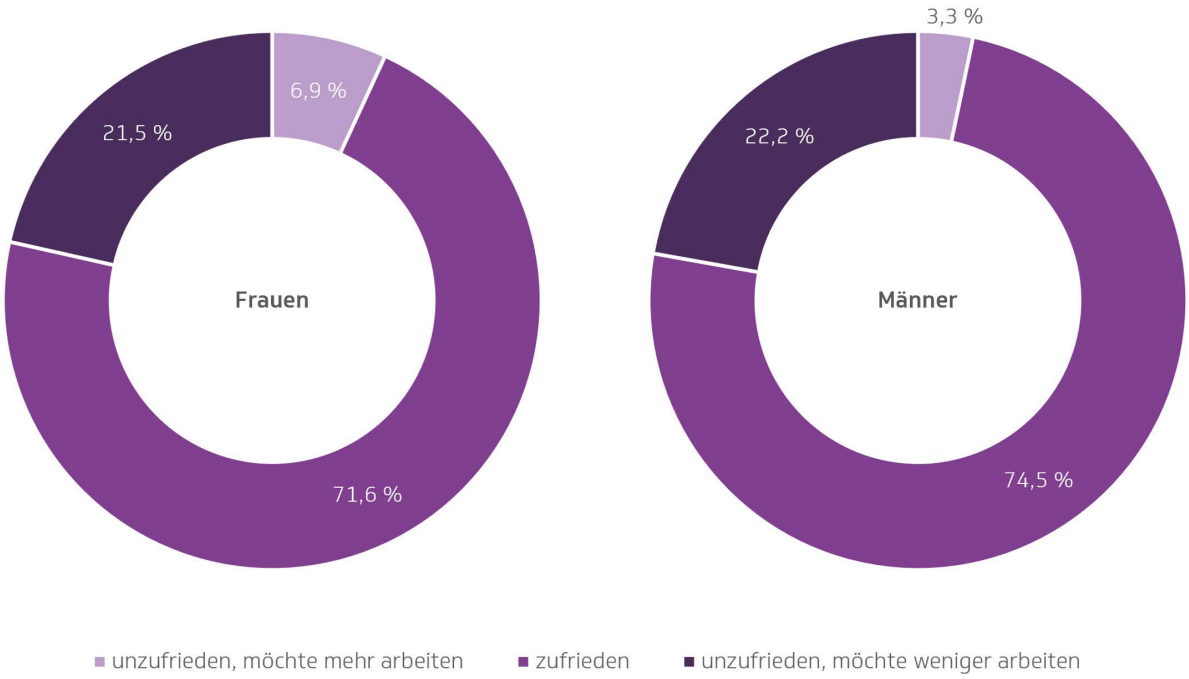

Abbildung 8 (Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen Arbeitszeit?"; N = 2.021, Studie 2)

Subjektive Leistungsfähigkeit von Frauen – Wie hängen Care-Arbeit und Wechseljahresbeschwerden damit zusammen? Sowohl Care-Arbeit als auch Wechseljahresbeschwerden können damit zusammenhängen, wie leistungsfähig sich Frauen bei der Arbeit wahrnehmen. Grundlage der folgenden Ergebnisse sind ausschließlich Beschäftigte mit Care-Arbeit (Studie 2).

Care-Arbeit Mehr als die Hälfte der Frauen mit Care-Arbeit (54,7 Prozent) fühlt sich durch die damit einhergehenden Aufgaben „mittel" bis „sehr stark" in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt, bei den Männern sind es mit 38,8 Prozent etwa 16 Prozentpunkte weniger. Umgekehrt fühlen sich 61,2 Prozent der Männer, aber nur 45,3 Prozent der Frauen „sehr gering" oder „gering" eingeschränkt (siehe Abbildung 9 auf Seite 23).

Bei Frauen gilt zudem: Je mehr Stunden Care-Arbeit sie pro Woche leisten, desto stärker fühlen sie sich in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ($p < 0{,}001$). Dies lässt sich unter anderem damit begründen, dass 41,9 Prozent der Frauen den Druck empfinden, trotz Care-Arbeit die gleiche Leistung erbringen zu müssen wie Beschäftigte ohne Care-Arbeit. Gleichzeitig muss mehr als jede zweite Frau mit Care-Arbeit (58,4 Prozent) bei der Arbeit an unerledigte Care-Aufgaben denken. Durch ihr soziales Umfeld fühlt sich etwa die Hälfte dieser Frauen (49,2 Prozent) wenig unterstützt. Im Vergleich: Männer mit Care-Arbeit denken während der Arbeit seltener an Care-Aufgaben (42,5 Prozent) und empfinden auch weniger Druck (30,7 Prozent). Jedoch fühlen sich mehr Männer als Frauen schlecht durch ihr Umfeld unterstützt (58,1 Prozent).

Einfluss der Care-Arbeit auf die eigene Leistungsfähigkeit bei der Arbeit im Geschlechtervergleich

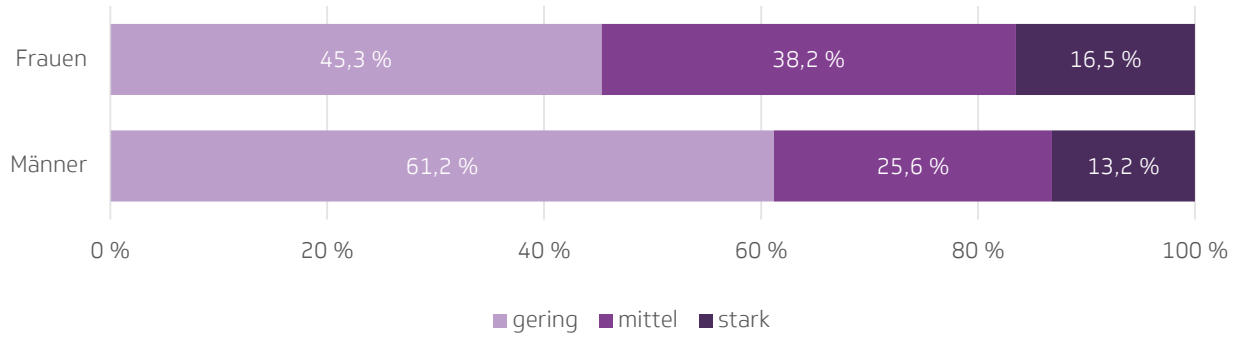

Abbildung 9 (Frage: „Wie sehr fühlen Sie sich durch die Pflege in Ihrer Leistungsfähigkeit bei der Arbeit eingeschränkt?"; N = 1.547, Studie 2)

Wechseljahre Auch Wechseljahresbeschwerden können mit der selbst wahrgenommenen Leistungsfähigkeit zusammenhängen: Etwa jede sechste betroffene Frau fühlt sich durch die Beschwerden stark beeinträchtigt in ihrer Leistungsfähigkeit im Alltag (17,0 Prozent) oder bei der Arbeit (16,5 Prozent). Fast jede vierte Betroffene (23,6 Prozent) fühlt sich dadurch bei der Arbeit unter Druck gesetzt. Im Zusammenhang mit den Wechseljahren zeigt sich zudem ein möglicher Teufelskreis aus Beschwerden, eingeschränkter Leistungsfähigkeit und Stress (siehe Abbildung 10): Je mehr Beschwerden Frauen wahrnehmen, desto stärker fühlen sie sich in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Mit der eingeschränkten Leistung wächst jedoch der Druck, trotzdem funktionieren zu müssen, was wiederum verbunden ist mit deutlich mehr Stress bei der Arbeit. Stress bei der Arbeit gilt als bekannter Einflussfaktor auf hormonelle Dysregulationen (Martelli et al., 2021), was mit einer Verstärkung der Symptome einhergehen kann – ein Mechanismus, der den Kreislauf weiter antreibt. Die Ergebnisse hier zeigen Zusammenhänge, das Design der Untersuchung erlaubt jedoch keinen Nachweis von Ursache und Wirkung.

Wechseljahres-Teufelskreis am Arbeitsplatz

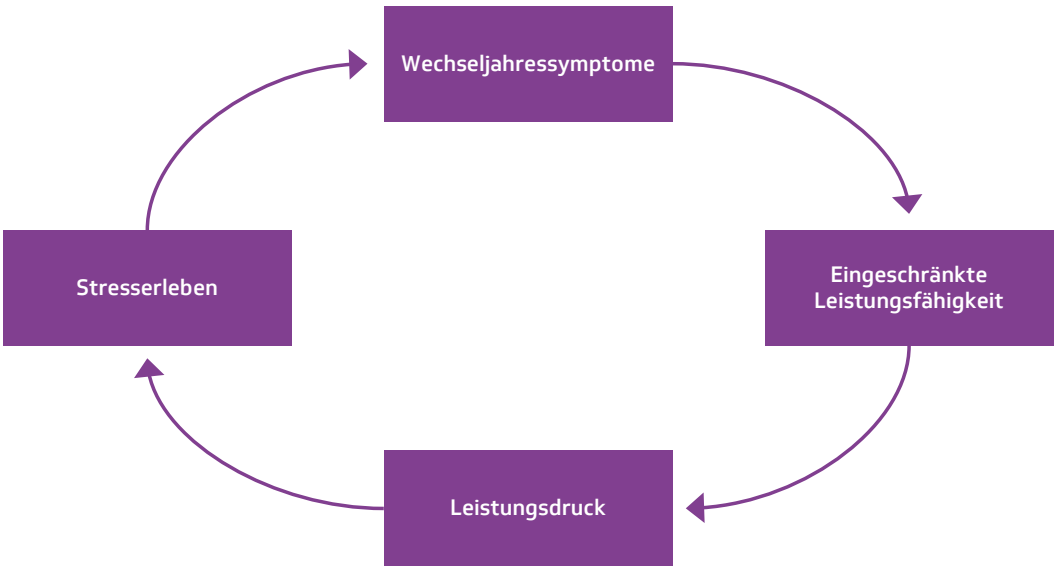

Abbildung 10 (Frage: „Wie sehr fühlen Sie sich durch die Wechseljahressymptome in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?"; „Ich empfinde häufig hohen Druck, trotz Wechseljahressymptomen bei der Arbeit gleiche Leistungen erbringen zu müssen."; „Wie häufig fühlen Sie sich bei der Arbeit gestresst?"; N = 365 Frauen mit Wechseljahressymptomen, Studie 2; alle als Pfeil dargestellte Zusammenhänge sind signifikant [p < 0,001])

Karriereentwicklung von Frauen – Welchen Einfluss haben Care-Arbeit und Wechseljahre? Ein Blick auf die subjektiven Karriereperspektiven zeigt: Care-Arbeit kann die berufliche Entwicklung von Frauen deutlich beeinflussen, Wechseljahresbeschwerden eher indirekt.

Care-Arbeit Die Mehrheit der Frauen mit Care-Arbeit (67,7 Prozent) äußert einen mittleren bis starken Karrierewunsch. Zugleich zeigt sich jedoch ein Spannungsverhältnis zwischen Care-Arbeit und Karriere: Rund zwei Drittel der Frauen empfinden, dass die Care-Arbeit ihre Karrierechancen mittel bis sehr stark beeinflusst (66,1 Prozent) und auch einen ebensolchen Einfluss auf ihre eigenen Karriereentscheidungen hat (66,9 Prozent, siehe Abbildung 11; Studie 2).

Subjektiver Einfluss der Care-Arbeit auf die Karriere aus Sicht der Arbeitnehmerinnen

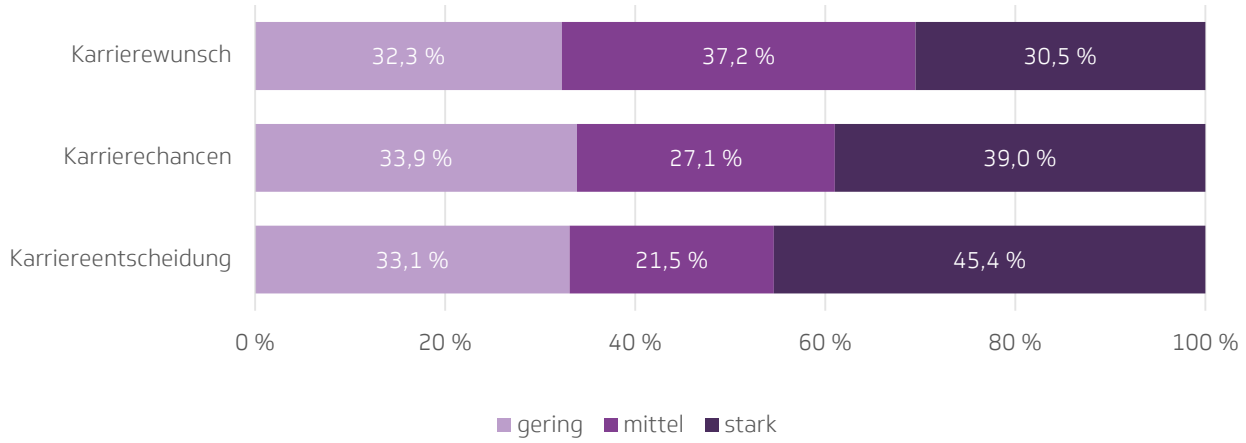

Abbildung 11 (Fragen an Arbeitnehmerinnen mit Care-Arbeit: „Wie stark ist aktuell Ihr Wunsch nach einer Karriereentwicklung?"; „Die Pflege beeinflusst meine Karrierechancen."; „Die Pflege beeinflusst meine Karriereentscheidungen."; N = 689 Arbeitnehmerinnen, Studie 2)

Wechseljahre Auch das Erleben von Wechseljahresbeschwerden kann mit der Karriere zusammenhängen, allerdings weniger direkt als die Care-Arbeit: 5,7 Prozent der Frauen mit Beschwerden sehen ihre Karrierechancen und 7,4 Prozent ihre Karriereentscheidungen durch die Beschwerden beeinflusst (siehe Abbildung 12 auf Seite 25). Mit zunehmender Zahl der wahrgenommenen Symptome wird der Zusammenhang jedoch stärker: Je mehr Beschwerden eine Frau wahrnimmt, desto stärker zweifelt sie an ihren Aufstiegschancen und desto eher beeinflussen die Beschwerden ihre eigenen Karriereentscheidungen.

Was bedeutet das im Hinblick auf ungenutzte Ressourcen für den Arbeitsmarkt? Die Ergebnisse zeigen: Care-Arbeit kann dazu führen, dass Frauen ihre beruflichen Möglichkeiten nicht vollständig ausschöpfen können – obwohl viele von ihnen einen klaren Wunsch nach beruflicher Weiterentwicklung haben. Bei den Wechseljahren betrifft dies einen deutlich kleineren Anteil der Frauen. Gleichzeitig deutet der Zusammenhang mit der Anzahl an Symptomen darauf hin, dass stärkere Beschwerden die berufliche Entwicklung stärker beeinflussen können.

Unterstützung bei der Care-Arbeit und ein guter Umgang mit Wechseljahresbeschwerden könnten daher dazu beitragen, berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und vorhandene Ressourcen von Frauen besser zu erhalten.

Subjektiver Einfluss der Wechseljahre auf die Karriere aus Sicht der Arbeitnehmerinnen

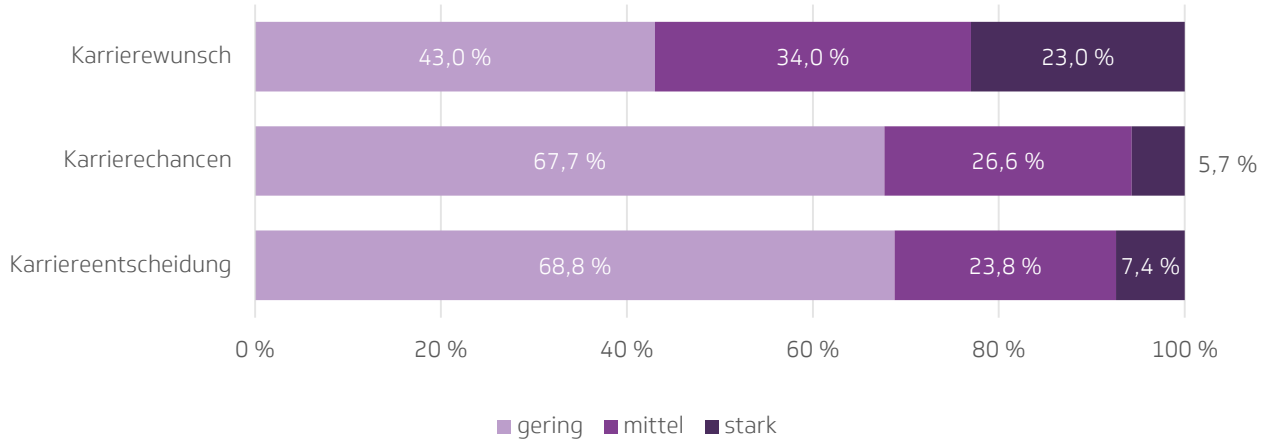

Abbildung 12 (Fragen an Arbeitnehmerinnen mit Wechseljahresbeschwerden: „Wie stark ist aktuell Ihr Wunsch nach einer Karriereentwicklung?"; „Meine Wechseljahressymptome beeinflussen meine Karrierechancen."; „Meine Wechseljahressymptome beeinflussen meine Karriereentscheidungen."; N = 365, Studie 2)

Früherer Renteneintritt: Einfluss der Care-Arbeit Care-Arbeit kann nicht nur den Arbeitsalltag, sondern auch die langfristige Erwerbsplanung beeinflussen. Nach Daten der Techniker Krankenkasse zum Fachkräftemangel (2024a) planen mehr als zwei von fünf Beschäftigten mit Care-Arbeit (44,4 Prozent) einen früheren Ruhestand. Bei Beschäftigten ohne Care-Aufgaben sind es mit 29,5 Prozent deutlich weniger. Damit deutet sich an: Care-Arbeit kann dazu beitragen, dass Beschäftigte früher aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Für Unternehmen bietet sich demzufolge durch eine bedarfsgerechte Unterstützung bei der Care-Arbeit und einen guten Umgang mit Wechseljahresbeschwerden eine Chance, die Arbeitsfähigkeit, berufliche Entwicklung und langfristige Bindung von Frauen in der Lebensmitte zu stärken und damit vorhandene Arbeitsressourcen besser zu nutzen.

Unterstützung durch Gesundheitsangebote? Relevanz aus Arbeitgebersicht Im vorherigen Abschnitt hat sich gezeigt, wie sich Care-Arbeit und Wechseljahresbeschwerden auf Arbeit und Karriere auswirken können. In diesem Abschnitt wird die Perspektive der Arbeitgeber betrachtet: Wie relevant sind diese Themen aus ihrer Sicht – sehen sie einen Bedarf für entsprechende Unterstützungsangebote?

Grundlage sind die Angaben der 700 Arbeitgeber aus Studie 3. Zunächst wurden sie gefragt, welche betrieblichen Folgen sie im Zusammenhang mit Care-Arbeit und Wechseljahren beobachten. Anschließend ging es darum, welche Wirkung sie sich von entsprechenden Angeboten versprechen. Die allgemeine Betriebliche Gesundheitsförderung und Personalentwicklung werden hier nicht betrachtet, da sie bereits etablierte Handlungsfelder sind. Im Mittelpunkt stehen Care-Arbeit und Wechseljahre.

Welche betrieblichen Folgen beobachten Arbeitgeber? Gefragt wurde nach drei möglichen Folgen, die Arbeitgeber mit Care-Arbeit und Wechseljahresbeschwerden in Verbindung bringen: zeitweise Leistungseinbußen, Krankheit und Fluktuation.

Beide Themen, Care-Arbeit und Wechseljahre, sind laut der Hälfte der Arbeitgeber mit zeitweisen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit verbunden: 53,9 Prozent nennen Leistungseinbußen im Zusammenhang mit Care-Arbeit und 54,3 Prozent im Zusammenhang mit Wechseljahresbeschwerden (siehe Abbildung 13 auf Seite 26). Auch bei den Krankheitsmustern sind die Werte ähnlich: 54,6 Prozent der Arbeitgeber sehen einen Zusammenhang mit Care-Arbeit und 53,1 Prozent mit Wechseljahren.

Größer ist der Unterschied bei der wahrgenommenen Fluktuation: 58,5 Prozent der Arbeitgeber beobachten Fluktuationsmuster im Zusammenhang mit Care-Arbeit. Bei den Wechseljahren sehen 11,9 Prozentpunkte weniger einen Zusammenhang mit Kündigungen: Mit 46,6 Prozent ist damit die Fluktuation im Zusammenhang mit Wechseljahren der einzige der sechs Zusammenhänge, den unter 50 Prozent der Arbeitgebenden beobachten.

Damit werden die Folgen von Care-Arbeit und Wechseljahren bei Leistungseinbußen und Krankheitsmustern ähnlich häufig wahrgenommen. Bei der Fluktuation sehen Arbeitgeber einen deutlicheren Zusammenhang mit der Care-Arbeit. Auffällig ist, dass Arbeitgeber die Folgen von Wechseljahresbeschwerden häufiger nicht eindeutig einordnen können. Die Antwort „weder/noch“ wurde bei den Wechseljahren häufiger gewählt als bei der Care-Arbeit – am deutlichsten sichtbar bei der Fluktuation: Hier beträgt der Unterschied 7,6 Prozentpunkte, mit 28,1 Prozent bei Wechseljahren gegenüber 20,5 Prozent bei der Care-Arbeit. Das spricht weniger dafür, dass Wechseljahre im Betrieb als unwichtig angesehen werden. Vielmehr sind ihre Auswirkungen offenbar weniger sichtbar oder schwerer einzuordnen.

Betriebliche Folgen von Care-Arbeit und Wechseljahren aus Arbeitgebersicht

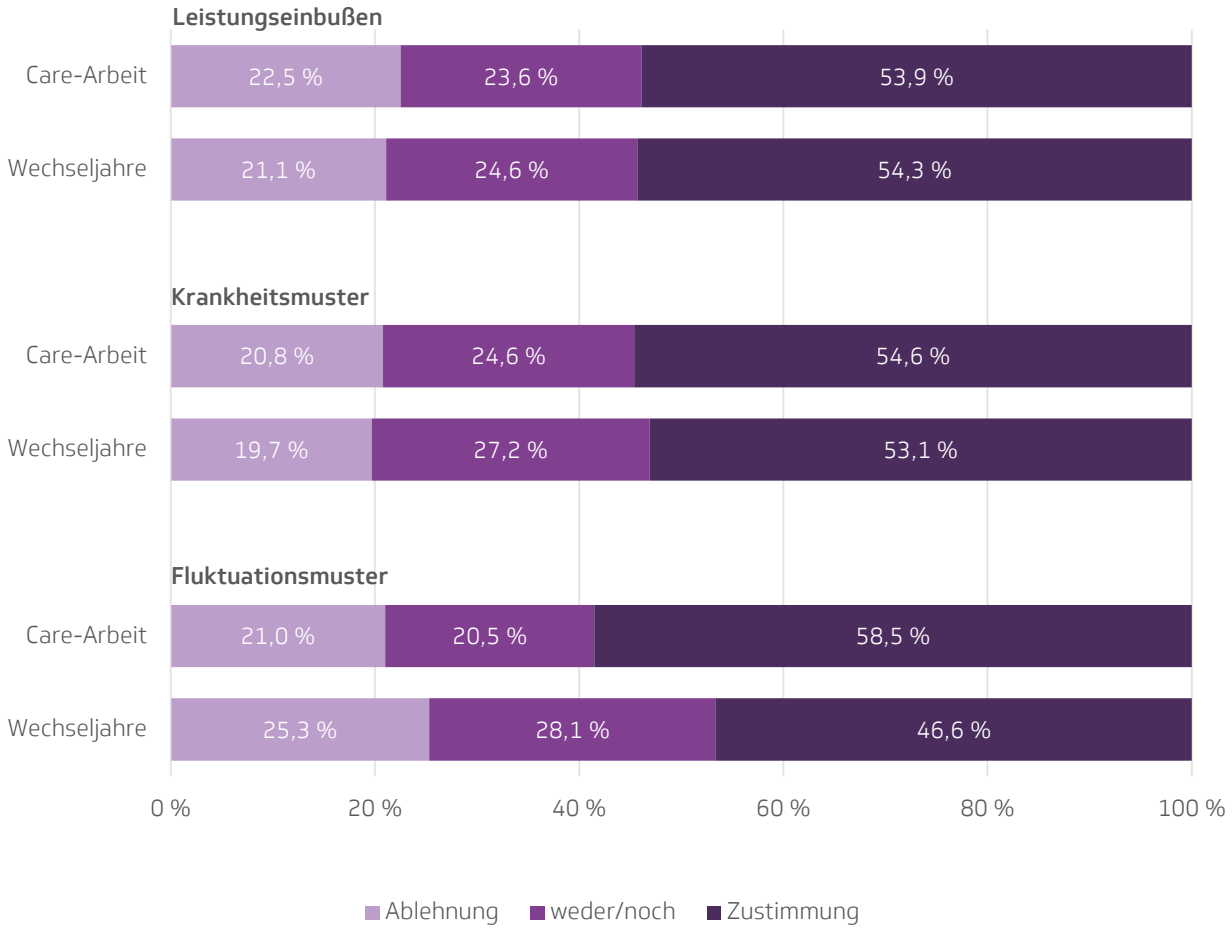

Abbildung 13 (Zustimmung der Arbeitgeber zu den Aussagen: „Die Leistungsfähigkeit von unseren Mitarbeiterinnen ist zeitweise durch Pflege/Wechseljahressymptome beeinträchtigt.“, „Bei unseren pflegenden MitarbeiterInnen gibt es Krankheitsmuster, die auf Herausforderungen durch Pflege hinweisen.“, „Es gibt Krankheitsmuster, die auf die Wechseljahre bei Mitarbeiterinnen hinweisen.“, „Bei unseren pflegenden MitarbeiterInnen gibt es Fluktuationsmuster, die auf Herausforderungen durch Pflege hinweisen.“, „Es gibt Fluktuationsmuster, die auf die Wechseljahre bei Mitarbeiterinnen hinweisen.“; N = 700 Arbeitgeber, Studie 3)

Welchen Nutzen erwarten Arbeitgeber von Unterstützungsangeboten? Die Ergebnisse zeigen: Viele Arbeitgeber sehen einen konkreten betrieblichen Nutzen von Unterstützungsangeboten für beide Themen, Care-Arbeit und Wechseljahre.

Care-Arbeit Bei Angeboten für Beschäftigte mit Care-Aufgaben erwarten rund zwei Drittel der Arbeitgeber positive Effekte auf alle fünf abgefragten Zielgrößen: Fehlzeiten, Kündigungen, Arbeitgeberattraktivität, Produktivität sowie Gleichstellung und Diversität. Die Zustimmung zum wahrgenommenen Nutzen liegt je nach Zielgröße zwischen 63,7 und 67,1 Prozent, also erwarten etwa zwei von drei Arbeitgebern einen breiten Nutzen, nicht einen einzelnen Effekt (siehe Abbildung 14).

Wechseljahre Auch Angebote zum Umgang mit Wechseljahresbeschwerden werden mehrheitlich positiv bewertet. Zwischen 54,1 und 56,9 Prozent der Arbeitgeber erwarten positive Effekte bei den fünf Zielgrößen. Damit sieht auch hier mehr als die Hälfte der Arbeitgeber einen möglichen betrieblichen Nutzen, auch wenn die Zustimmung rund 10 Prozentpunkte geringer ausfällt als bei der Care-Arbeit. Am größten ist der Unterschied zwischen den Themen Care-Arbeit und Wechseljahre bei der Arbeitgeberattraktivität: Hier erwarten deutlich mehr Arbeitgeber einen Nutzen von Angeboten für Beschäftigte mit Care-Aufgaben (11 Prozentpunkte Unterschied). Angebote zur Unterstützung von Frauen in den Wechseljahren werden also seltener mit einer höheren Arbeitgeberattraktivität verbunden. Dass Arbeitgeber bei Wechseljahresangeboten seltener positive Effekte erwarten, bedeutet nicht unbedingt, dass sie diese Angebote für weniger wirksam halten. Der Grund könnte vielmehr sein, dass sie die Auswirkungen der Wechseljahre im Betrieb schlechter einschätzen können (vergleiche Abbildung 13 auf Seite 26).

Innerhalb eines Themas gibt es in der erwarteten Wirkung auf die fünf Zielgrößen kaum Unterschiede. Die Werte pro Thema liegen jeweils weniger als 3,5 Prozentpunkte auseinander. Arbeitgeber erwarten daher keinen einzelnen Haupteffekt auf eine betriebliche Kennzahl, sondern einen breiten Nutzen für Beschäftigte und Unternehmen.

Erwarteter Nutzen von Angeboten in den Bereichen Care-Arbeit und Wechseljahre

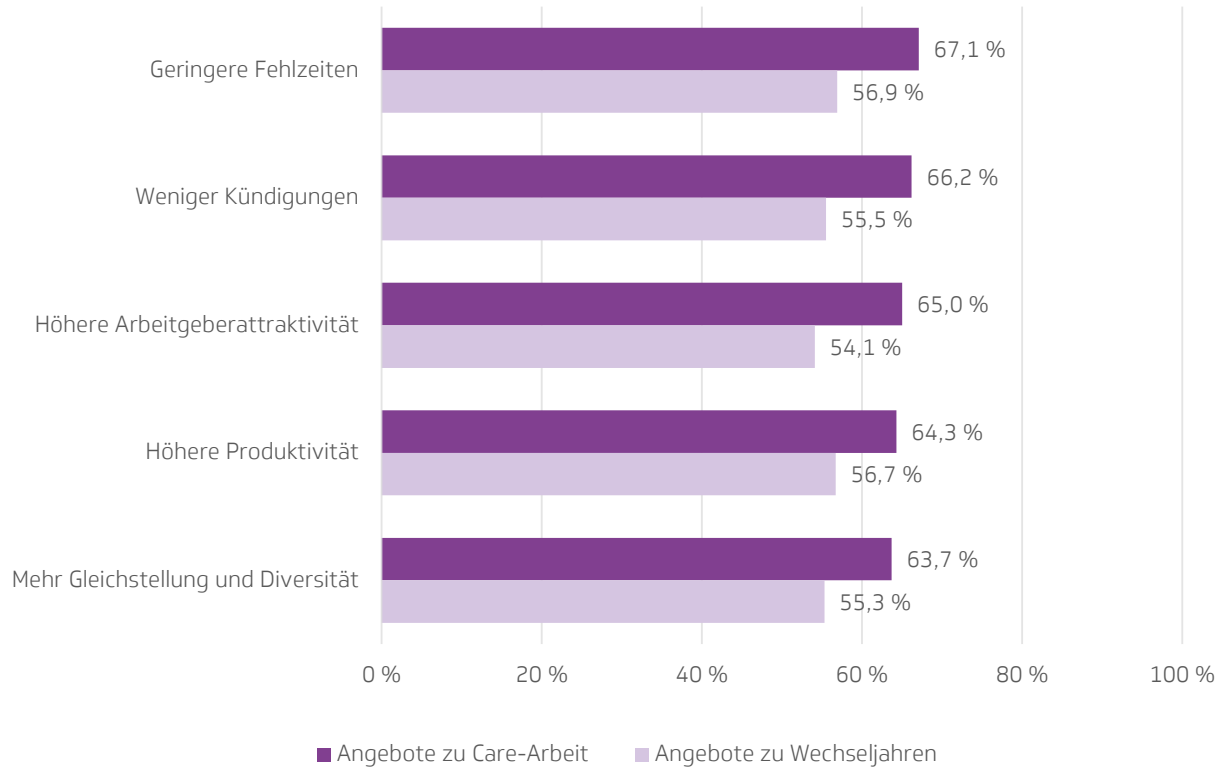

Abbildung 14 (Frage an die Arbeitgeber: „Gezielte Angebote für [...] können Fehlzeiten reduzieren, Kündigungen verhindern, die Attraktivität der Organisation erhöhen, die Produktivität steigern, Gleichstellung und Diversität fördern."; N = 700 Arbeitgeber, Studie 3)

Relevanz von Care-Arbeit und Wechseljahren als Gesundheitsthema Bei der grundsätzlichen Frage, ob Care-Arbeit und Wechseljahre ein „wichtiges Gesundheitsthema" im eigenen Unternehmen sind, zeigt sich erneut ein Unterschied:

- Rund drei von fünf Arbeitgebern (59,6 Prozent) halten Care-Arbeit für ein wichtiges Gesundheitsthema.
- Bei den Wechseljahren ist es etwas weniger als jeder Zweite (46,6 Prozent).

Der Abstand beträgt 13,0 Prozentpunkte und ist damit der größte Unterschied zwischen den beiden Themen in diesem Kapitel. Das ist bemerkenswert, weil Arbeitgeber die Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit und Krankheitsmuster bei beiden Themen ähnlich häufig wahrnehmen und auch Unterstützungsangeboten in beiden Bereichen mehrheitlich positive betriebliche Wirkungen zuschreiben. Die geringere Bedeutung, die Arbeitgeber den Wechseljahren als Gesundheitsthema beimessen, könnte daher weniger mit einem geringeren erwarteten Nutzen von Angeboten zu tun haben als mit der geringeren Sichtbarkeit des Themas im Betrieb. Care-Arbeit ist im Arbeitsalltag sowie in der gesellschaftlichen und politischen Diskussion stärker präsent als Wechseljahre.

Fazit: Sehen Arbeitgeber einen Bedarf? Die Ergebnisse zeigen insgesamt: Care-Arbeit und Wechseljahre werden von vielen Arbeitgebern als Themen mit möglichen Auswirkungen auf den Arbeitsalltag wahrgenommen. Dementsprechend erwartet auch mehr als die Hälfte der Arbeitgeber von entsprechenden Unterstützungsangeboten positive Effekte auf zentrale betriebliche Ziele. Der Bedarf wird bei Care-Arbeit bereits deutlicher erkannt als bei den Wechseljahren. Bei den Wechseljahren besteht offenbar noch mehr Unsicherheit darüber, wie relevant die Auswirkungen im Betrieb sind. Gerade deshalb kann gezielte Aufklärung dazu beitragen, das Thema stärker sichtbar zu machen und Angebote für Beschäftigte zu entwickeln.

Wie solche Angebote aktuell ausgestaltet sind und wie häufig Beschäftigte sie nutzen, zeigt das folgende Kapitel.

Unterstützung von Frauen in der Lebensmitte? Angebot, Nutzung und Lücken

Die vorangegangenen Abschnitte haben gezeigt, was Frauen in der Lebensmitte belastet, wie sich diese Belastung auf ihre Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Erwerbsbiografie auswirken kann und wie Arbeitgeber diese Themen für ihr Unternehmen einschätzen. Dieses Kapitel richtet nun den Blick auf die betriebliche Unterstützung: Welche Angebote gibt es, welche werden genutzt – und wo bestehen noch Lücken?

Datengrundlage für diesen Abschnitt sind die zwei parallel durchgeführten Befragungen von Frauen (Studie 2) und Arbeitgebern (Studie 3). Beide Gruppen erhielten vergleichbare Listen mit Maßnahmen aus vier Bereichen: Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), Personalentwicklung (PE), Unterstützung bei Care-Arbeit und Unterstützung im Umgang mit Wechseljahren. Arbeitgeber gaben an, welche Angebote in ihrem Unternehmen bestehen. Arbeitnehmerinnen berichteten, welche Angebote sie nutzen und welche zusätzlichen Angebote sie sich wünschen. Da beide Gruppen unabhängig voneinander befragt wurden, beziehen sich die Angaben zu Angebot und Nutzung nicht auf dieselben Unternehmen.

Welche Angebote gibt es – und welche werden genutzt? Werfen wir zunächst einen allgemeinen Blick auf die vier Angebotsbereiche: Betriebliche Gesundheitsförderung, Personalentwicklung, Care-Arbeit und Wechseljahre. In den folgenden Abschnitten gehen wir dann ins Detail zu einzelnen Angeboten aus den jeweiligen Bereichen.

Die Daten zeigen eine deutliche Lücke zwischen Angebot und Nutzung. In allen vier Bereichen bieten 88 bis 99 Prozent der Arbeitgeber mindestens eine Maßnahme an. Genutzt werden die Angebote jedoch unterschiedlich häufig:

- Betriebliche Gesundheitsförderung: Nur knapp ein Drittel der Frauen nutzt mindestens ein Angebot (31,5 Prozent).
- Personalentwicklung: Gut die Hälfte nutzt mindestens ein Angebot (54,8 Prozent).
- Care-Arbeit: 78,2 Prozent der Frauen mit Care-Aufgaben nutzen mindestens ein Angebot in diesem Bereich.
- Wechseljahre: Rund ein Drittel der Frauen, die ihre Beschwerden den Wechseljahren zuschreiben, nutzt mindestens ein Angebot zur Unterstützung bei Wechseljahresbeschwerden (32,6 Prozent).

Die Nutzung von Angeboten zum Umgang mit den Wechseljahren steigt auch dann nicht, wenn Frauen eine höhere Anzahl an Wechseljahressymptomen wahrnehmen. Anders sieht es bei der Care-Arbeit aus: Hier werden die Angebote insgesamt besser angenommen: Nur etwa jede fünfte Frau mit Care-Aufgaben (21,8 Prozent) nutzt kein Angebot.

Angebot und Nutzung von Maßnahmen

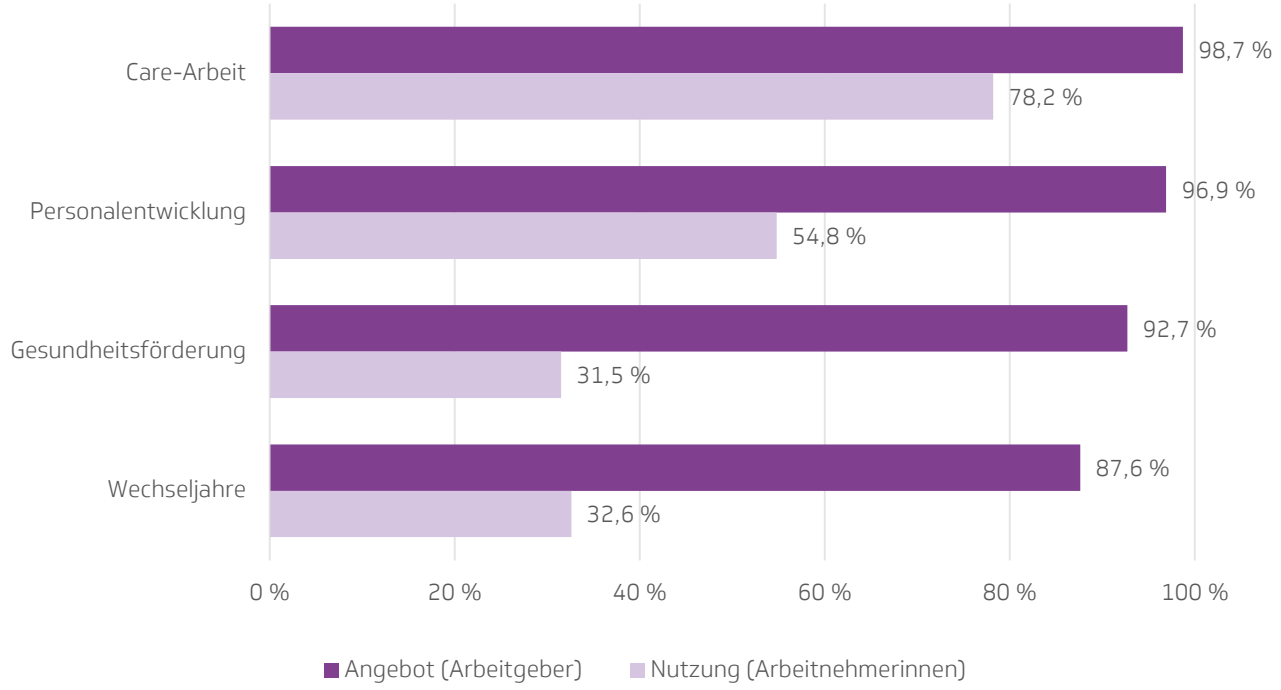

Abbildung 15 (Frage an die Arbeitgeber: „Welche Angebote [rund um das Thema Pflege / zum Thema Wechseljahre] gibt es bereits bei Ihnen?"; N = 700, Studie 3; Frage an die Arbeitnehmerinnen: „Welche Angebote [rund um das Thema Pflege / zum Thema Wechseljahre] nutzen Sie bereits?"; Mehrfachantworten möglich; N = 1.512, davon 689 mit Care-Arbeit und 365 Frauen mit Wechseljahresbeschwerden, Studie 2; Angebot = mindestens ein Angebot vorhanden, Nutzung = mindestens ein Angebot wird genutzt; Antworten stammen aus unterschiedlichen Betrieben und sind damit nicht direkt vergleichbar)

Die Prozentwerte im vorigen Abschnitt (siehe Abbildung 15) spiegeln die Reichweite der Angebote wider, also wie viele Frauen die Angebote überhaupt erreichen. Mittelwerte zu Angebot und Nutzung zeigen dagegen den Umfang, also wie viele Maßnahmen im Durchschnitt seitens der Arbeitgeber angeboten beziehungsweise von den Arbeitnehmerinnen genutzt werden (siehe Abbildung 16 auf Seite 30). Diese Betrachtung zeigt, dass die Lücke in der Personalentwicklung am größten ist, weil auch das Angebot größer ist: Im Durchschnitt nutzen Arbeitnehmerinnen jeweils etwa ein Angebot aus den Bereichen Personalentwicklung, Betriebliche Gesundheitsförderung und Wechseljahre. Angeboten werden jedoch rund sieben Angebote für die Personalentwicklung gegenüber rund fünf Angeboten aus den Bereichen der allgemeinen Betrieblichen Gesundheitsförderung und Wechseljahre. Am dichtesten beieinander liegen Angebot und Nutzung im Bereich der Care-Arbeit – hier gibt es mit acht Angeboten die umfangreichsten Maßnahmen und Frauen mit Care-Aufgaben nutzen davon im Schnitt drei.

Durchschnittliche Anzahl angebotener und genutzter Maßnahmen

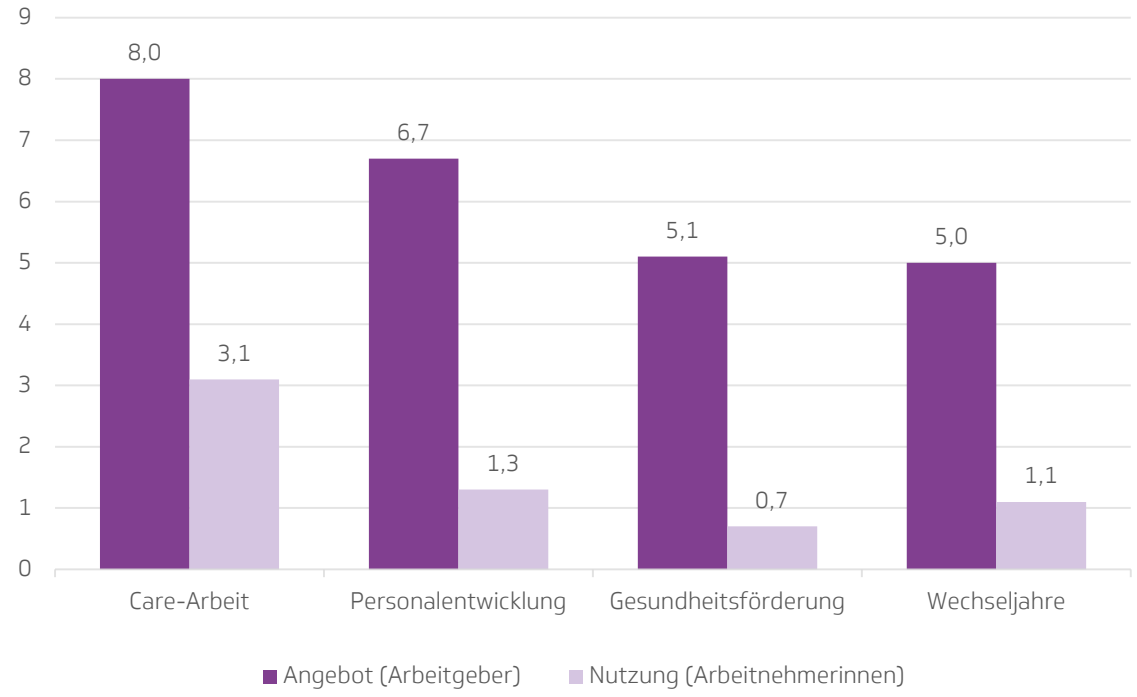

Abbildung 16 (Frage an die Arbeitgeber: „Welche Angebote [rund um das Thema Pflege / zum Thema Wechseljahre] gibt es bereits bei Ihnen?"; N = 700, Studie 3; Frage an die Arbeitnehmerinnen: „Welche Angebote [rund um das Thema Pflege / zum Thema Wechseljahre] nutzen Sie bereits?"; Mehrfachantworten möglich; N = 1.512, davon 689 mit Care-Arbeit und 365 Frauen mit Wechseljahresbeschwerden, Studie 2; Antworten stammen aus unterschiedlichen Betrieben und sind damit nicht direkt vergleichbar)

Allgemeine Betriebliche Gesundheitsförderung: breites Angebot, zurückhaltende Nutzung *Angebot* Gehen wir nun ins Detail: Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist ein seit Langem etabliertes Handlungsfeld der Prävention mit einer breiten Angebotspalette. Erfasst wurden hier Angebote zu Bewegung, Ernährung, Suchtprävention, Stressmanagement und themenübergreifende Formate. Die Ergebnisse zeigen, dass Unternehmen am häufigsten themenübergreifende BGF-Angebote (72,0 Prozent) oder spezifischere Angebote aus den Bereichen Bewegung (67,6 Prozent) und Entspannung/Stressmanagement machen (65,6 Prozent; siehe Abbildung 17 auf Seite 31).

Bestehende Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung

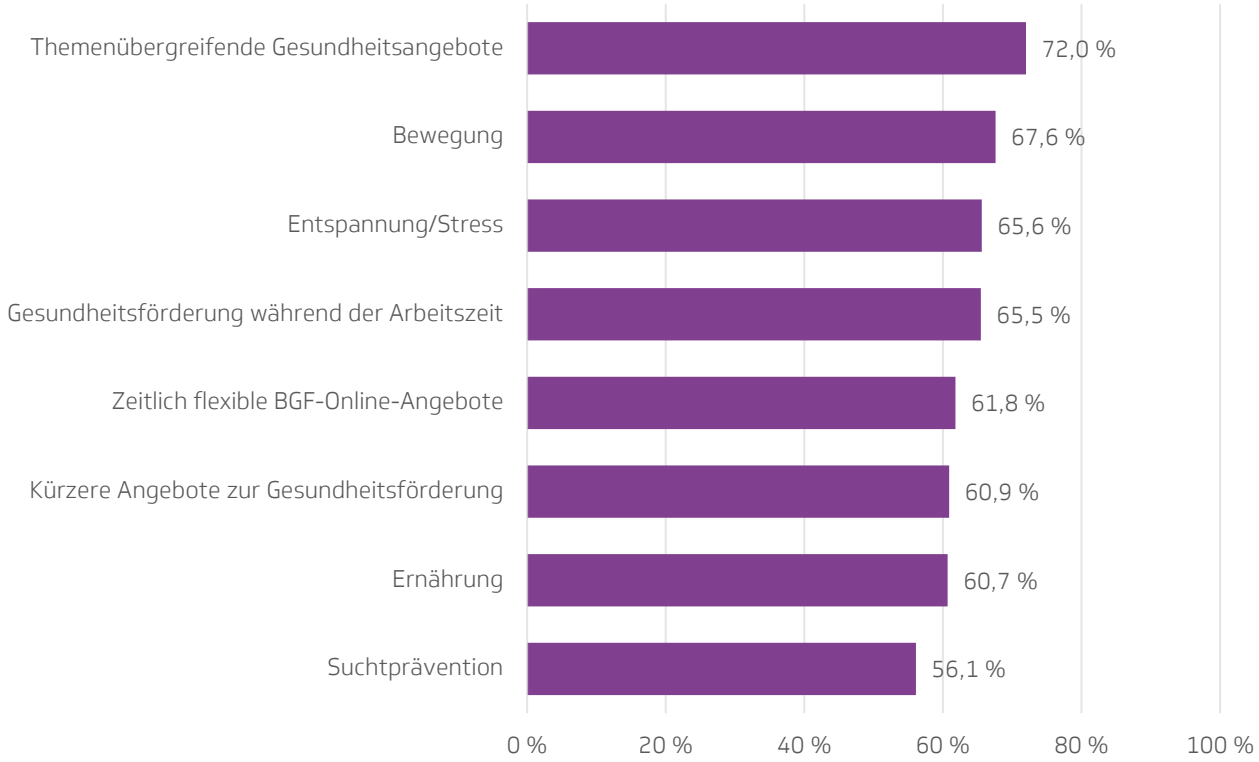

Abbildung 17 (Frage an die Arbeitgeber: „Welche Angebote gibt es bereits bei Ihnen?"; Mehrfachantworten möglich; N = 700, Studie 3)

Nutzung Viele dieser Angebote werden schon genutzt, auch wenn das Angebot deutlich größer ist. Am häufigsten nehmen Frauen Bewegungsangebote in Anspruch (20,4 Prozent), gefolgt von themenübergreifenden Angeboten (13,2 Prozent), Ernährungsangeboten (12,6 Prozent) und Angeboten zum Stressabbau (12,5 Prozent). Dabei zeigt sich: Je stärker sich Frauen von ihrem Arbeitgeber bei ihrer beruflichen Weiterentwicklung unterstützt fühlen, desto eher nutzen sie auch BGF-Angebote ($p < 0{,}001$).

Wünsche Die Arbeitnehmerinnen wurden auch gefragt, welche Angebote sie sich noch über das bereits bestehende Maßnahmenangebot wünschen würden. Genannt wurden an erster Stelle Angebote zum Stressmanagement: 34,3 Prozent der Arbeitnehmerinnen wünschen sich hier mehr Unterstützung. An zweiter Stelle stehen Gesundheitsangebote während der Arbeitszeit (21,2 Prozent; siehe Abbildung 18 auf Seite 32).

Die Ergebnisse machen deutlich: Entscheidend ist nicht nur, welche Angebote vorhanden sind, sondern auch, ob sie gut in den Arbeitsalltag passen und leicht erreichbar sind.

Zusätzlich gewünschte Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung

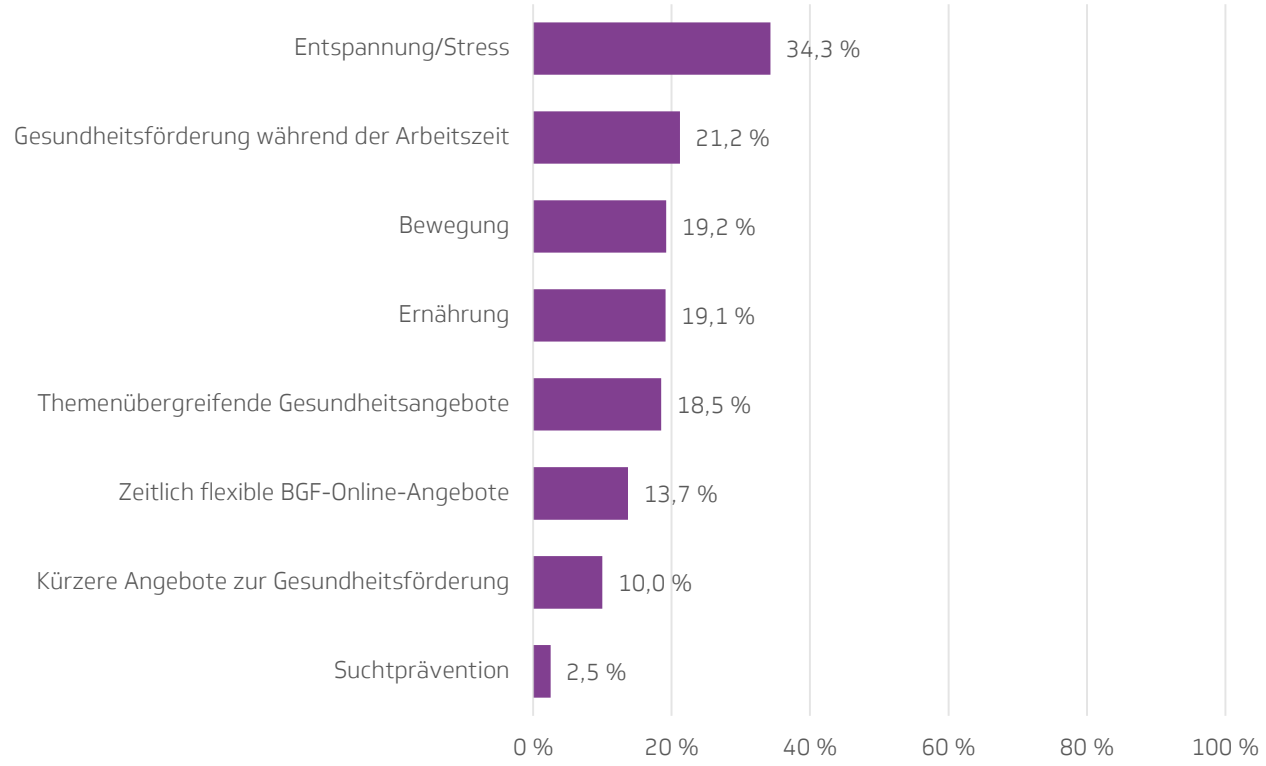

Abbildung 18 (Frage an die Arbeitnehmerinnen: „Welche zusätzlichen Angebote wünschen Sie sich?"; nur abgefragt, wenn das entsprechende Angebot noch nicht besteht; Mehrfachantworten möglich; N = 1.512, Studie 2)

Personalentwicklung: gut ausgebaut, aber nicht immer Bedarfsgerecht *Angebot* Wie der Abschnitt „Wie wirken sich die Belastungen auf Arbeit und Karriere aus?" gezeigt hat, ist die berufliche Weiterentwicklung in der Lebensmitte ein wichtiges Thema: Rund zwei Drittel der Frauen mit Care-Arbeit äußern einen mittleren bis starken Wunsch nach beruflicher Weiterentwicklung. Entsprechend breit ist das Angebot der Personalentwicklung (PE). Am häufigsten bieten Arbeitgeber Gespräche über Entwicklung und Qualifizierungsbedarf (72,9 Prozent), Gespräche über berufliche und persönliche Perspektiven (72,3 Prozent) sowie Weiterbildungen und Kompetenztrainings (70,2 Prozent) an (siehe Abbildung 19 auf Seite 33).

Bestehende Angebote der Personalentwicklung in Betrieben

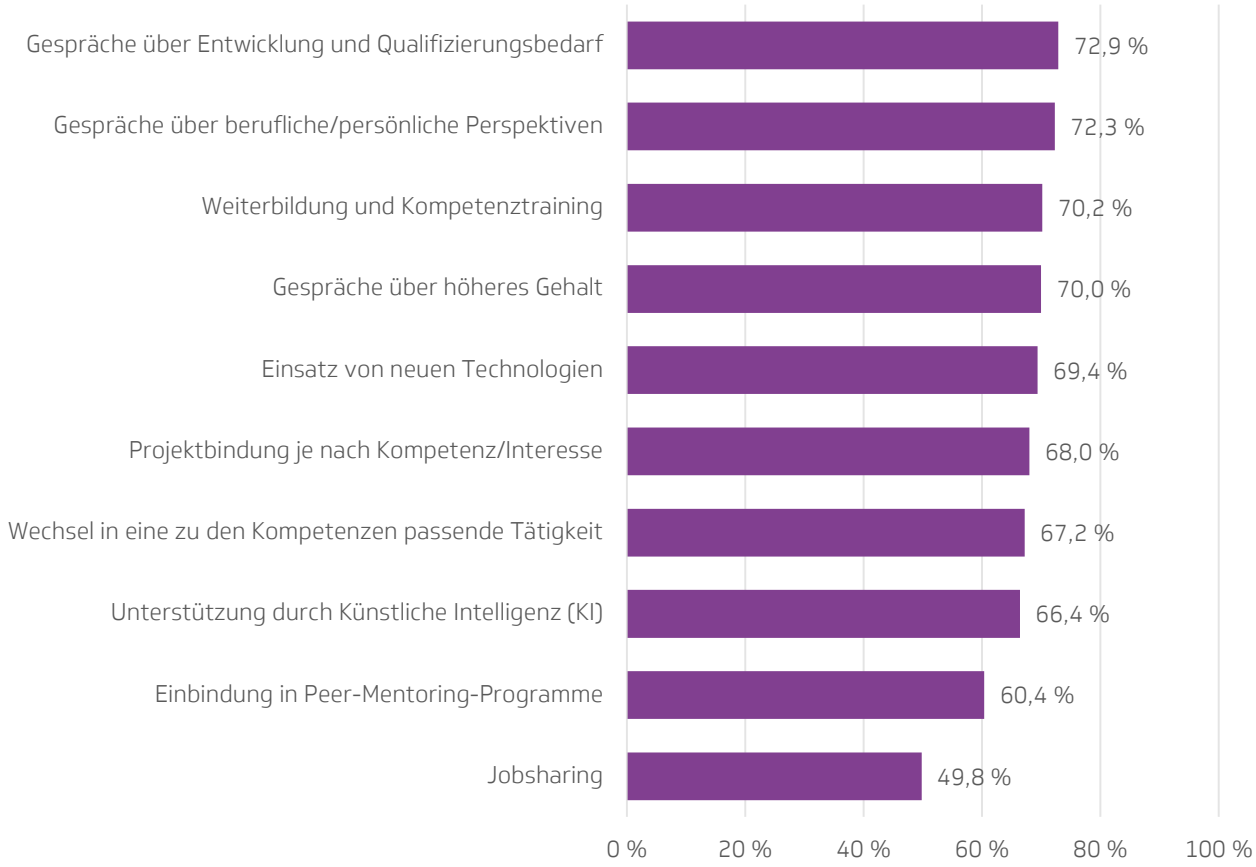

Abbildung 19 (Frage an die Arbeitgeber: „Welche Angebote gibt es bereits bei Ihnen?“; Mehrfachantworten möglich; N = 700, Studie 3)

Nutzung Diese PE-Angebote werden von mehr Frauen genutzt als BGF-Angebote. Besonders häufig nehmen Frauen Gespräche über berufliche und persönliche Perspektiven (22,2 Prozent), Gespräche über Entwicklung und Qualifizierungsbedarf (19,4 Prozent) sowie Weiterbildungen und Trainings zum Erwerb neuer Kompetenzen (19,1 Prozent) wahr. Andere Angebote werden seltener genutzt. Auch hier spielt das Arbeitsumfeld eine wichtige Rolle: Frauen nutzen Angebote der Personalentwicklung signifikant eher, wenn sie sich im Team und von ihrem Arbeitgeber unterstützt fühlen.

Wünsche Was wünschen Frauen sich über das bestehende Angebot hinaus? Hier nennt etwa ein Viertel der Frauen (26,8 Prozent) Gespräche über eine bessere Vergütung (siehe Abbildung 20 auf Seite 34). Aber auch Gespräche über berufliche/persönliche Perspektiven (15,3 Prozent) sowie Möglichkeiten zum Kompetenzaufbau und Gespräche über die Weiterentwicklung (11 bis 12 Prozent) sind für Frauen wichtig.

Zusätzlich gewünschte Angebote zur Personalentwicklung

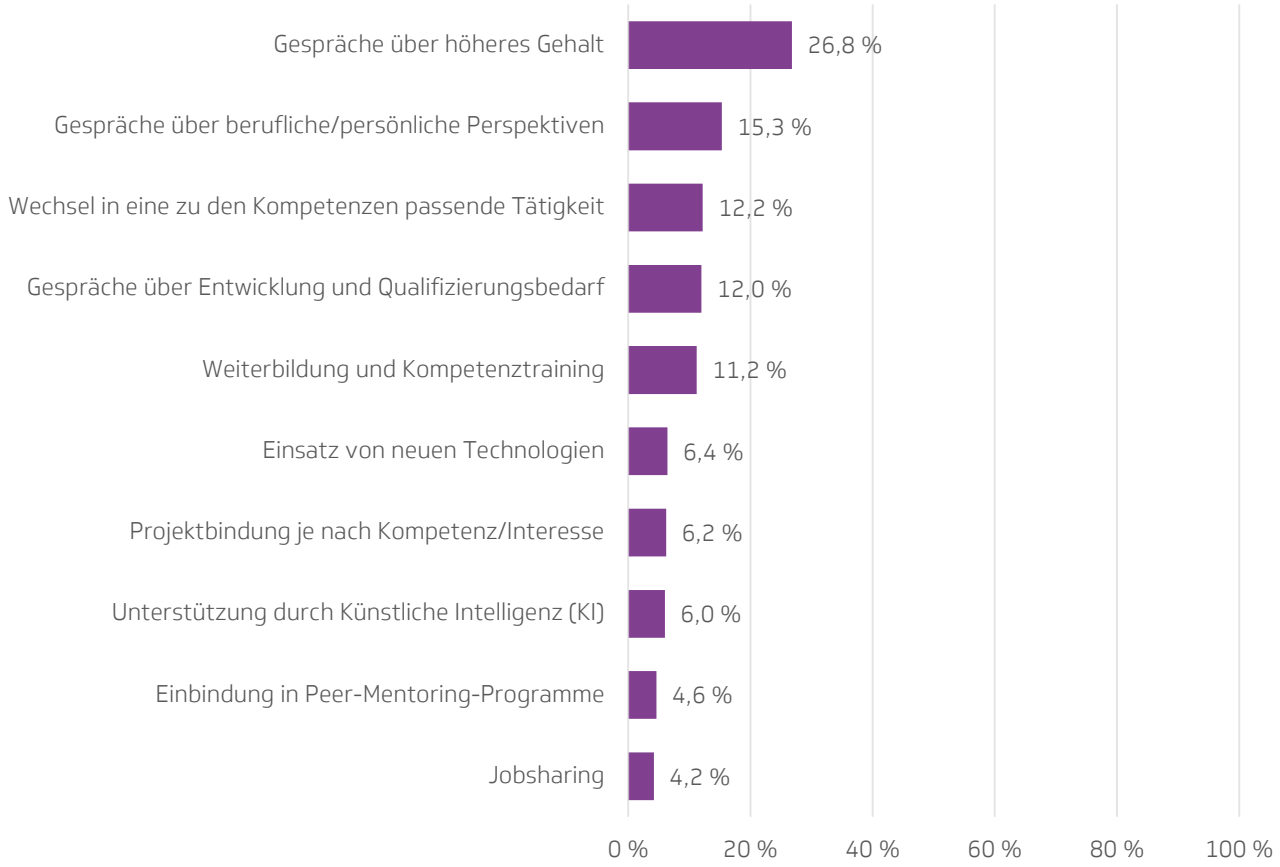

Abbildung 20 (Frage: „Welche zusätzlichen Angebote wünschen Sie sich?“; nur abgefragt, wenn das entsprechende Angebot noch nicht besteht; Mehrfachantworten möglich; N = 1.512, Studie 2)

Care-Arbeit: breites Angebot, hohe Nutzung und dennoch weiterer Bedarf im Bereich Kindererziehung und Pflege von Angehörigen Care-Arbeit trifft Beschäftigte häufig mitten im Berufsleben. Unternehmen bieten dafür ein breites Spektrum an Maßnahmen an. Kleinere und größere Organisationen unterscheiden sich dabei kaum in der Zahl der angebotenen Maßnahmen.

Angebot Am häufigsten werden der Wechsel zwischen Voll- und Teilzeit (75,4 Prozent), flexible Anpassungen der Arbeitszeit (74,6 Prozent) sowie Informationen und Beratung zur Elternzeit (67,1 Prozent) angeboten (siehe Abbildung 21 auf Seite 36). Ein Teil dieser Möglichkeiten beruht auf gesetzlichen Regelungen: Beschäftigte haben seit 2015 konkrete Ansprüche auf Freistellung durch das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz – von einer kurzfristigen Freistellung bei Arbeitsverhinderung bis zu einer Teilzeitfreistellung von bis zu 24 Monaten (siehe Infobox).

Rechtlicher Rahmen

Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz

Zwei Bundesgesetze schaffen Beschäftigten in Deutschland das Recht, Pflegeaufgaben und Berufstätigkeit zu verbinden – ohne das Arbeitsverhältnis aufgeben zu müssen.

Pflegezeitgesetz (PflegeZG): Alle Beschäftigten können sich bei einem akuten Pflegefall bis zu zehn Arbeitstage freistellen lassen (kurzzeitige Arbeitsverhinderung, mit Pflegeunterstützungsgeld). In Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten besteht darüber hinaus ein Anspruch auf bis zu sechs Monate vollständige oder teilweise Freistellung für die häusliche Pflege naher Angehöriger. Seit Januar 2025 kann der Antrag in Textform, etwa per E-Mail, gestellt werden.

Familienpflegezeitgesetz (FPfZG): In Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Anspruch auf bis zu 24 Monate Teilzeitfreistellung (mindestens 15 Stunden pro Woche) für die Pflege naher Angehöriger. Die finanzielle Lücke kann über ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) abgefedert werden. Während der gesamten Dauer gilt Kündigungsschutz.

Beide Gesetze sind miteinander kombinierbar – die Gesamtfreistellungsdauer beträgt maximal 24 Monate. Für Unternehmen bedeutet das: Ein erheblicher Teil der Pflegeunterstützung, die Beschäftigte benötigen, ist bereits rechtlich verankert. Die Herausforderung liegt weniger im Fehlen von Regelungen als in ihrer betrieblichen Bekanntheit und gelebten Inanspruchnahme.

Bestehende Angebote für Mitarbeitende mit Care-Arbeit

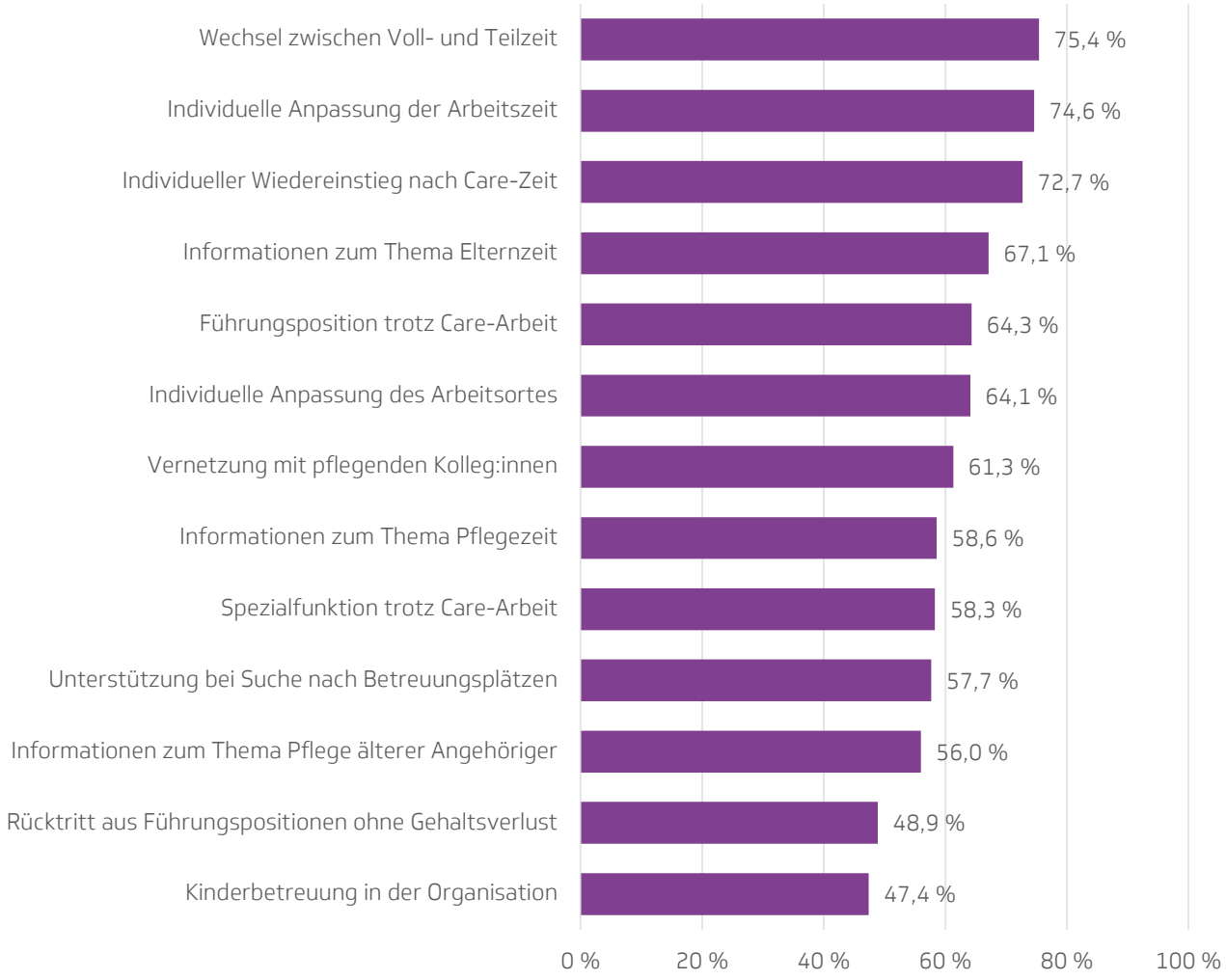

Abbildung 21 (Frage an die Arbeitgeber: „Welche Angebote rund um das Thema Pflege gibt es bereits bei Ihnen?"; Mehrfachantworten möglich; N = 700, Studie 3)

Nutzung Frauen mit Care-Aufgaben nutzen vor allem Angebote, die ihren Versorgungsalltag unmittelbar erleichtern. Gut vier von fünf Frauen mit Care-Aufgaben (84,9 Prozent) nutzen flexible Anpassungen der Arbeitszeit, drei von vier den Wechsel zwischen Teil- und Vollzeit (75,7 Prozent) sowie die flexible Anpassung des Arbeitsortes (75,4 Prozent). Auch hier zeigt sich signifikant, dass die tatsächliche Nutzung weniger davon abhängt, wie viele Angebote ein Unternehmen grundsätzlich bereitstellt, als vielmehr, ob Frauen sich vom Unternehmen in ihrer Weiterentwicklung unterstützt fühlen.

Wünsche Hinsichtlich der zusätzlich gewünschten Angebote steht vor allem mehr Flexibilität im Mittelpunkt: Flexibilität bei der Gestaltung der Arbeitszeiten (66,0 Prozent), beim Wechsel zwischen Voll- und Teilzeit (56,7 Prozent) und bei der Wahl des Arbeitsortes (54,2 Prozent; siehe Abbildung 22). Damit wünschen sich viele Frauen genau das, was Unternehmen bereits häufig anbieten. Die gefundene Lücke könnte deshalb auch darauf zurückzuführen sein, dass Angebote nicht ausreichend bekannt sind oder sich im Arbeitsalltag nicht zuverlässig nutzen lassen.

Zusätzlich gewünschte Maßnahmen zum Thema Care-Arbeit

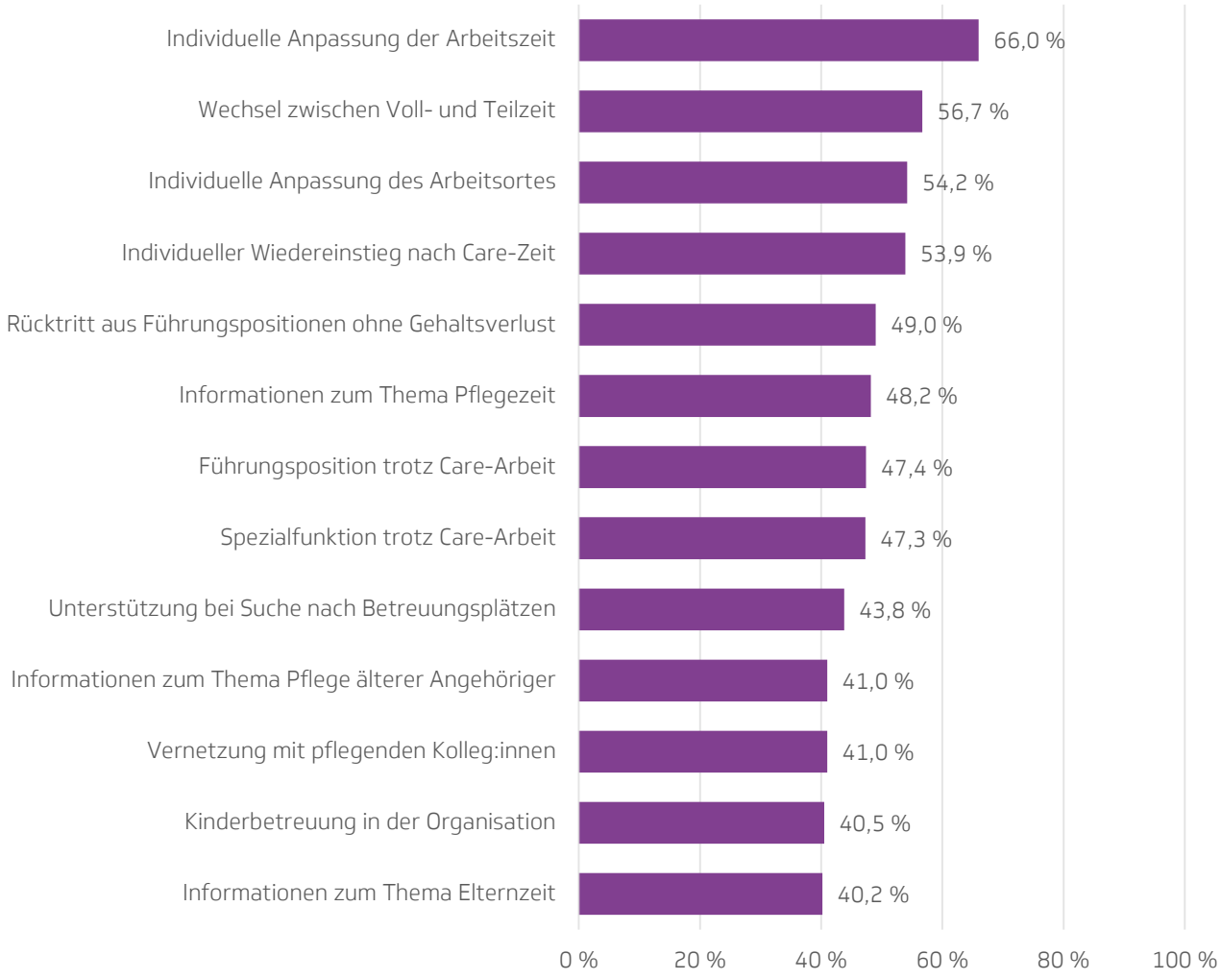

Abbildung 22 (Frage: „Welche zusätzlichen Angebote zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wünschen Sie sich?"; nur abgefragt, wenn das entsprechende Angebot noch nicht besteht; Mehrfachantworten möglich; N = 689 Arbeitnehmerinnen mit Care-Aufgaben, Studie 2)

Wechseljahre: Vorhandene Angebote erreichen Betroffene nicht ausreichend *Angebot* Auch bei den Wechseljahren hängt die Anzahl der Angebote nicht wesentlich von der Unternehmensgröße ab. Zu den häufigsten Maßnahmen in allen Betriebsgrößen gehören die Option zum Wechsel zwischen Voll- und Teilzeit (57,3 Prozent), eine offene Kommunikationskultur zu den Wechseljahren (54,6 Prozent) und die Anpassung der Arbeitszeit (54,0 Prozent; siehe Abbildung 23).

Bestehende Angebote zum Thema Wechseljahre in Betrieben

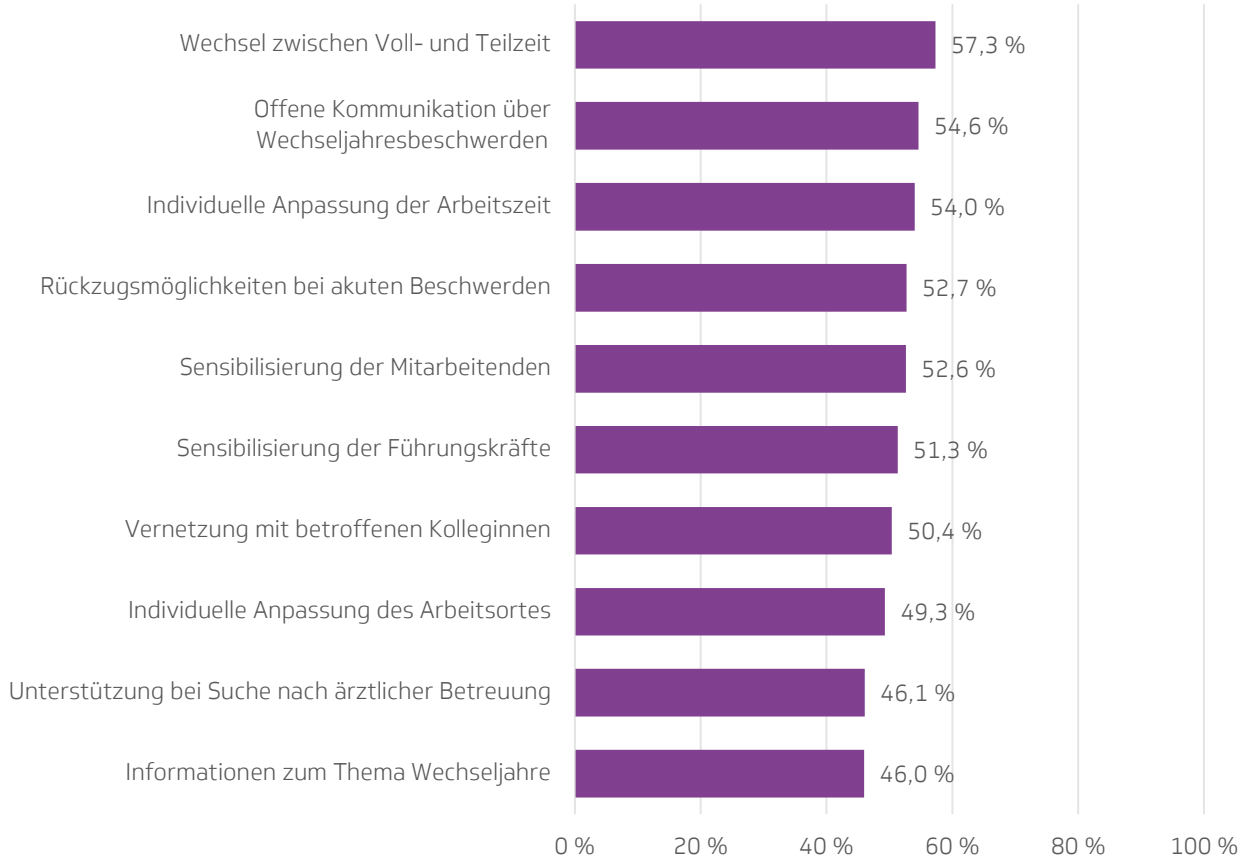

Abbildung 23 (Frage an die Arbeitgeber: „Welche Angebote zum Thema Wechseljahre gibt es bereits bei Ihnen?"; Mehrfachantworten möglich; N = 700, Studie 3)

Nutzung Die Angebote werden nur von einer Minderheit der Frauen mit Wechseljahressymptomen genutzt (n = 365). Wenn Frauen Angebote nutzen, greifen sie vor allem auf offene Kommunikation (79,3 Prozent), Rückzugsmöglichkeiten am Arbeitsplatz (75,4 Prozent) und eine Anpassung des Arbeitsortes (75,0 Prozent) zurück. Besonders wichtig ist dabei ein weiterer Befund: Die Frauen, die besonders stark betroffen sind, nutzen die Angebote nicht häufiger als andere. Weder die Zahl der Beschwerden noch die erlebte Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sind Prädiktoren dafür, ob Angebote genutzt werden. Häufiger nutzen dagegen Frauen mit zusätzlicher Care-Arbeit sowie Frauen, die sich von ihrem Arbeitgeber bei ihrer Weiterentwicklung unterstützt fühlen, diese Angebote. Das zeigt eine zentrale Lücke: Die vorhandenen Angebote erreichen nicht unbedingt die Frauen, die sie aufgrund ihrer Beschwerden besonders benötigen.

Wünsche Bei den zusätzlich gewünschten Maßnahmen stehen erneut Flexibilität und Kommunikation im Vordergrund. 42,3 Prozent der Frauen mit Wechseljahresbeschwerden wünschen sich einen leichteren Wechsel zwischen Voll- und Teilzeit, 39,9 Prozent mehr offene Kommunikation und 39,8 Prozent zusätzliche Rückzugsmöglichkeiten am Arbeitsplatz (siehe Abbildung 24).

Zusätzlich gewünschte Maßnahmen zum Thema Wechseljahre

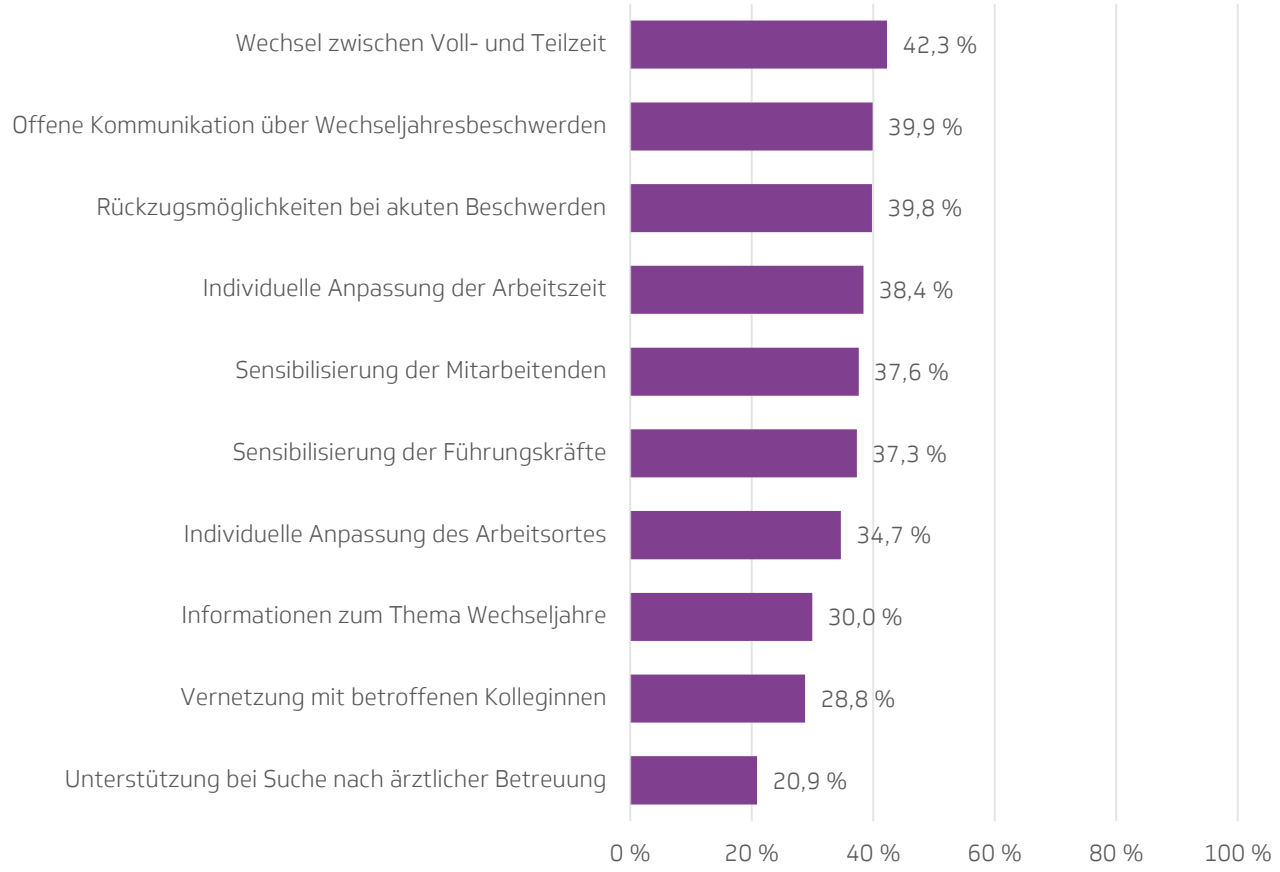

Abbildung 24 (Frage: „Welche zusätzlichen Angebote zum besseren Umgang mit Wechseljahresbeschwerden wünschen Sie sich?“; nur abgefragt, wenn das entsprechende Angebot noch nicht besteht; Mehrfachantworten möglich; N = 365 Frauen mit Wechseljahresbeschwerden, Studie 2)

Maßnahmen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Kernaussagen zu Angebot und Nutzung

- Bestehende Angebote erreichen die Zielgruppen nicht ausreichend oder müssen noch besser auf deren Bedürfnisse abgestimmt werden: Für die Care-Arbeit beispielsweise bieten viele Unternehmen bereits Flexibilität bei Arbeitszeit und -ort an. Gleichzeitig steht gerade die Flexibilität auch an der Spitze der Wünsche.
- Frauen im mittleren Lebensabschnitt wünschen sich neben mehr Flexibilität bei der Arbeitsgestaltung auch Angebote zur Stressregulation.
- Angebote für Frauen in den Wechseljahren sind in vielen Unternehmen vorhanden, werden aber nur von rund einem Drittel der Betroffenen genutzt – unabhängig davon, wie stark die Beschwerden sind.

Wovon hängt es ab, ob Angebote genutzt werden? Über alle vier Bereiche hinweg zeigt sich ein ähnliches Muster: Besonders häufig werden Angebote genutzt, die sich direkt in den Arbeitsalltag integrieren lassen. Bei Care-Arbeit und Wechseljahresbeschwerden sind dies vor allem Anpassungen von Arbeitszeit und Arbeitsort sowie offene Kommunikation. Bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Personalentwicklung werden vor allem Bewegungsangebote und regelmäßige Gespräche genutzt.

Gleichzeitig bestehen in den einzelnen Bereichen unterschiedliche Lücken:

- Care-Arbeit und Wechseljahre: Vor allem werden mehr Flexibilität bei der Arbeitsgestaltung und eine offenere Kommunikation gewünscht.
- Gesundheitsförderung: Stressbewältigung bleibt der wichtigste zusätzliche Bedarf.
- Personalentwicklung: Gespräche über eine bessere Vergütung stehen an erster Stelle und zeigen die größte Lücke zwischen Wunsch und tatsächlichem Angebot.

Was lässt sich daraus für die betriebliche Unterstützung ableiten? Die Ergebnisse zeigen: Das Problem ist nicht in erster Linie, dass Unternehmen keine Angebote haben. Entscheidend ist vielmehr, ob die Angebote zielgerichtet und flexibel im Arbeitsalltag nutzbar sind.

Wechseljahre: zwischen Gesundheitsthema und Privatsache Nur knapp ein Drittel der betroffenen Frauen (32,6 Prozent) nutzt mindestens ein Angebot zum Umgang mit Wechseljahresbeschwerden (siehe Abschnitt „Unterstützung von Frauen in der Lebensmitte? Angebot, Nutzung und Lücken“). Eine mögliche Erklärung ist, wie das Thema im Betrieb eingeordnet wird: als Gesundheitsthema oder als Privatsache.

Gesundheitsthema und trotzdem Privatsache? Aus Sicht der Arbeitgeber wird das Thema Wechseljahre unterschiedlich eingeordnet – und teilweise sowohl als Gesundheitsthema als auch als Privatsache betrachtet: Fast die Hälfte aller Arbeitgeber sieht die Wechseljahre als wichtiges Gesundheitsthema in ihrem Unternehmen und als Führungsaufgabe (46,6 beziehungsweise 48,7 Prozent). Zugleich ordnen 59,2 Prozent die Bedarfe von Frauen mit Wechseljahresbeschwerden dem privaten Bereich zu. Die Anerkennung als Gesundheits- und Führungsthema bedeutet also nicht automatisch, dass Wechseljahre als betriebliche Aufgabe verstanden werden. Das Thema ist zwar grundsätzlich bekannt, daraus werden aber offenbar noch nicht überall konkrete Konsequenzen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement gezogen.

Auch etwas mehr als die Hälfte der Frauen in den Wechseljahren gibt an, dass ihr Arbeitgeber die Bedürfnisse von Frauen in den Wechseljahren als Privatsache betrachtet (54,1 Prozent). Damit liegt ihre eigene Einschätzung nahe an der der Arbeitgeber (59,2 Prozent; Unterschied 5,1 Prozentpunkte). Deutlich anders sieht es bei der Anerkennung als Gesundheitsthema oder Führungsaufgabe aus: Nur 14,6 Prozent der Frauen nehmen wahr, dass ihr Unternehmen die Wechseljahre als Führungsaufgabe betrachtet, und 12,8 Prozent, dass sie ein wichtiges Gesundheitsthema im Unternehmen sind. Zwischen der Einschätzung der Arbeitgeber und dem Erleben der Frauen in den Wechseljahren liegen damit rund 34 Prozentpunkte Unterschied (siehe Abbildung 25 auf Seite 41).

Dabei ist zu beachten: Die Angaben stammen aus zwei getrennten Befragungen und nicht aus denselben Unternehmen. Die Unterschiede zeigen daher zwei Perspektiven auf das Thema und keine Abweichung innerhalb einzelner Betriebe. Sie können aber auf eine Wahrnehmungslücke zwischen Arbeitgeberseite und betroffenen Frauen hindeuten.

Welche Folgen hat es, wenn das Thema Wechseljahre tabu bleibt? Die Einordnung als Privatsache ist nicht folgenlos. Die Ergebnisse zeigen: Je stärker die Wechseljahre von den Frauen als Tabuthema erlebt werden, desto höher ist ihr wahrgenommener Leistungsdruck. Dieser geht wiederum damit einher, dass die Frauen stärker das Gefühl haben, sich rechtfertigen zu müssen oder aufgrund der Wechseljahre benachteiligt zu werden (je $p < 0{,}001$). Das Thema wird dann auch selten offen angesprochen: Nur 15,6 Prozent der betroffenen Frauen haben bisher mit ihrer Führungskraft über ihre Wechseljahresbeschwerden gesprochen. Dabei kann gerade ein solches Gespräch entlasten. Die Mehrheit der Frauen, die mit ihrer Führungskraft über ihre Beschwerden gesprochen haben (63,2 Prozent), erlebt Verständnis dafür, dass die Leistungsfähigkeit durch Wechseljahresbeschwerden beeinträchtigt sein kann. Dieses Verständnis geht zugleich mit einem signifikant geringeren wahrgenommenen Druck am Arbeitsplatz einher ($p < 0{,}001$).

Was bedeutet das für die betriebliche Unterstützung? Die Ergebnisse können darauf hindeuten, dass die Nutzung von Angeboten dadurch erleichtert werden kann, dass Wechseljahre im Arbeitsalltag offen angesprochen werden können. Wenn das Thema jedoch überwiegend als Privatsache gilt und selten thematisiert wird, könnte dies den Zugang zu Unterstützung erschweren. Eine verständnisvolle direkte Führungskraft könnte dabei eine wichtige Rolle spielen. Sie könnte dazu beitragen, dass Frauen ihre Beschwerden ansprechen können, ohne sich rechtfertigen zu müssen, und damit möglicherweise den Zugang zu bestehenden Unterstützungsangeboten weiter erleichtern.

Welche Voraussetzungen Arbeitgeber selbst benötigen, um das Thema Wechseljahre im Unternehmen angemessen aufzugreifen, zeigt der folgende Abschnitt.

Einordnung der Wechseljahre im Betrieb

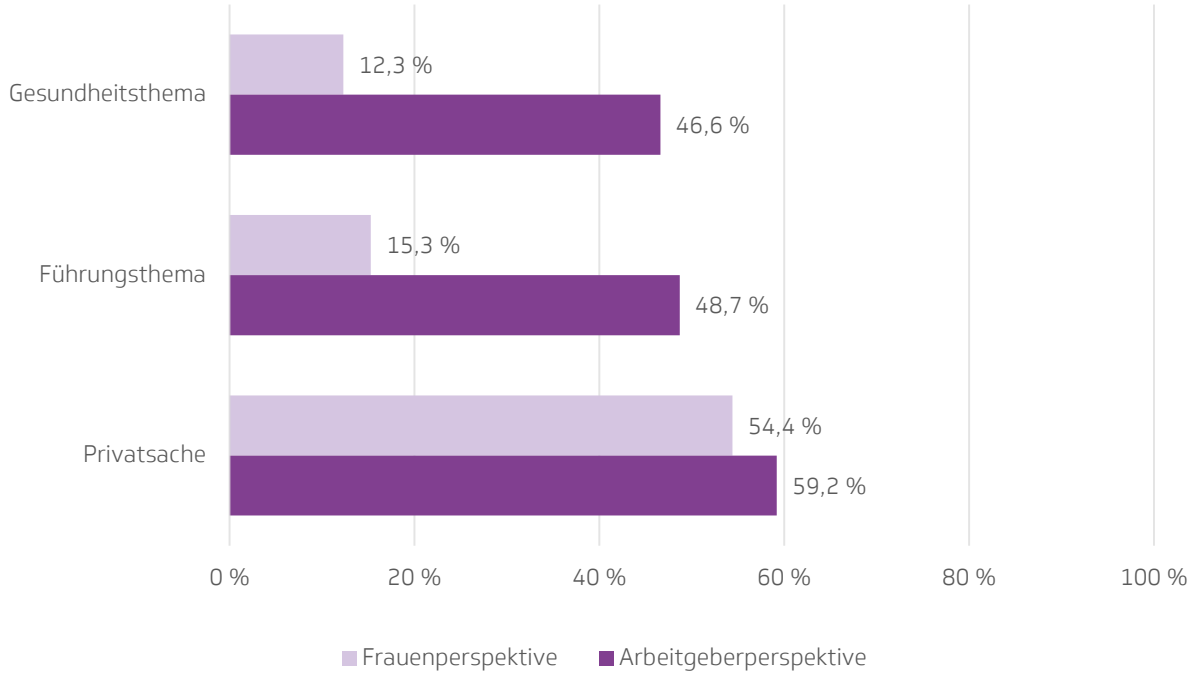

Abbildung 25 (Zustimmung der Arbeitgeber zu den Aussagen: „Die Bedürfnisse von Frauen mit Wechseljahressymptomen werden in unserer Organisation als Privatsache angesehen.“, „Die Bedürfnisse von Frauen in den Wechseljahren sind ein wichtiges Thema für die Führungskräfte in unserer Organisation.“, „Wechseljahre werden als wichtiges Gesundheitsthema in unserer Organisation anerkannt.“; N = 700, Studie 3; Zustimmung der Arbeitnehmerinnen zu den Aussagen: „Die Bedürfnisse von Frauen in den Wechseljahren werden in unserer Organisation als Privatsache angesehen.“, „Die Bedürfnisse von Frauen in den Wechseljahren sind ein wichtiges Thema für die Führungskräfte in unserer Organisation.“, „Wechseljahre werden als wichtiges Gesundheitsthema in unserer Organisation anerkannt.“; N = 365, Studie 2; Antworten stammen aus unterschiedlichen Betrieben und sind damit nicht direkt vergleichbar)

Voraussetzungen und Wünsche: Woran es fehlt und was Arbeitgeber wünschen? Die vorangegangenen Abschnitte haben gezeigt, dass es in Unternehmen bereits viele Angebote für Beschäftigte mit Care-Arbeit und Frauen mit Wechseljahresbeschwerden gibt, diese aber nicht immer die Betroffenen erreichen. Die Frage ist daher: Was brauchen Unternehmen, um passende Unterstützung anbieten zu können – und welche Unterstützung wünschen sich Arbeitgeber selbst?

Welche Voraussetzungen gibt es bereits? In vielen Unternehmen gibt es bereits Strukturen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM). 72,6 Prozent der Arbeitgeber haben mindestens eine Stelle im BGM besetzt. Das gilt besonders für größere Unternehmen mit mehr als 250 Beschäftigten (82,7 Prozent). Bei kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) sind es 65,8 Prozent, bei Kleinstunternehmen (KKU) 54,2 Prozent (Studie 3). Für eine gezielte Unterstützung bei Care-Arbeit und Wechseljahren fehlen jedoch häufig wichtige Voraussetzungen (siehe Abbildung 26).

Care-Arbeit Beim Thema Care-Arbeit berichtet nur mehr als die Hälfte der Arbeitgeber über ausreichende finanzielle und personelle Ressourcen, Fachwissen sowie Rechtswissen (57,4 bis 61,5 Prozent; siehe Abbildung 26).

Wechseljahre Beim Thema Wechseljahre liegen die Werte noch niedriger: Nur zwischen 48,5 und 51,2 Prozent verfügen über ausreichende Ressourcen (siehe Abbildung 26). Damit sind die Voraussetzungen für eine Unterstützung bei den Wechseljahren je nach Bereich 6,2 bis 13,0 Prozentpunkte schlechter als bei der Care-Arbeit. Da beide Fragen derselben Stichprobe gestellt wurden, sind die Werte direkt miteinander vergleichbar. Innerhalb der beiden Themen unterscheiden sich die drei Voraussetzungen jeweils um weniger als 4,2 Prozentpunkte. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass neben der Unsicherheit darüber, wie das Thema betrieblich eingeordnet werden soll (siehe Abschnitt „Wechseljahre: zwischen Gesundheitsthema und Privatsache"), auch fehlende Ressourcen eine Rolle bei der Unterstützung spielen.

Vorhandene Ressourcen für Angebote zu den Themen Care-Arbeit und Wechseljahre

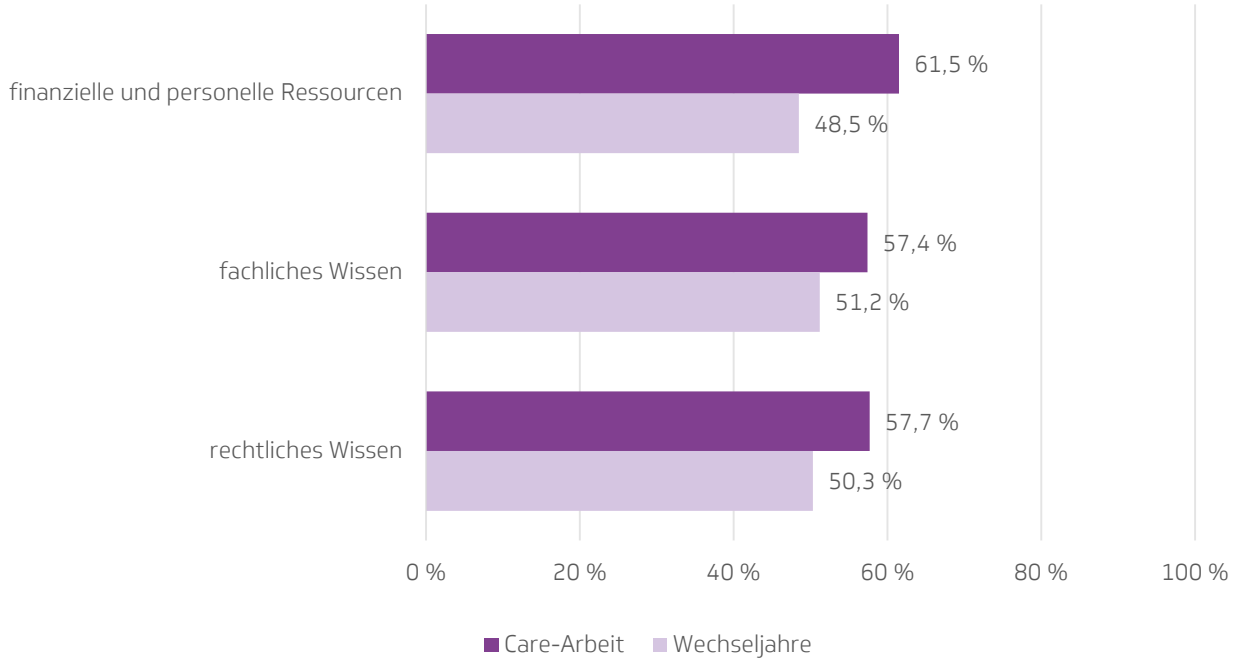

Abbildung 26 (Zustimmung der Arbeitgeber zu den Aussagen: „In unserem Unternehmen gibt es finanzielle Ressourcen / personelle Ressourcen, Fachwissen, Rechtswissen"; N = 700, Studie 3)

Welche Unterstützung wünschen sich Arbeitgeber? Auch bei der Unterstützung, die sich Arbeitgeber wünschen, zeigt sich ein klares Muster: Hier stehen vor allem mehr Wissen, Orientierung und praktische Hilfestellungen im Vordergrund. Sowohl für Care-Arbeit (31,0 bis 34,0 Prozent der Arbeitgeber) als auch das Thema Wechseljahre (39,3 bis 42,3 Prozent) stehen Schulungen für Führungskräfte, Informationen über bestehende Unterstützungsleistungen und Leitfäden an erster Stelle auf der Wunschliste der Arbeitgeber.

Steuerliche Vergünstigungen für entsprechende Angebote werden von etwa einem Drittel der Arbeitgeber im Bereich Care-Arbeit und im Bereich Wechseljahre gewünscht (31,3 beziehungsweise 34,9 Prozent). Branchenspezifische Best-Practice-Beispiele wünschen sich 20,1 beziehungsweise 27,7 Prozent (siehe Abbildung 27).

Wo Arbeitgeber sich Unterstützung wünschen: Bereiche Care-Arbeit und Wechseljahre

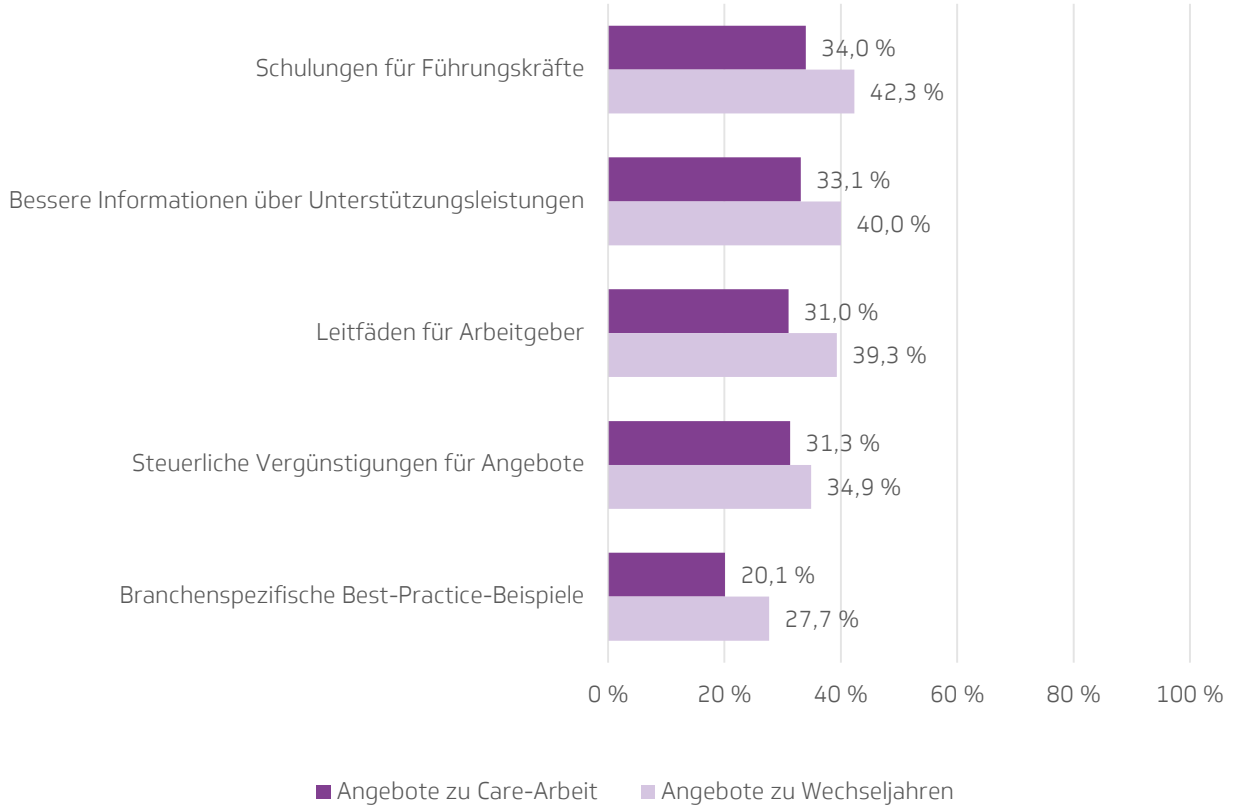

Abbildung 27 (Fragen an die Arbeitgeber: „Was wünschen Sie sich, um pflegende Mitarbeitende mit Care-Aufgaben besser unterstützen zu können?"; „Was wünschen Sie sich, um bessere Angebote im Bereich Frauengesundheit in Ihrer Organisation anbieten zu können?"; Mehrfachantworten möglich; N = 700, Studie 3)

Beim Vergleich der beiden Themen zeigt sich ein durchgängiges Bild: Für alle fünf abgefragten Unterstützungsangebote wünschen sich Arbeitgeber häufiger Angebote zu den Wechseljahren als zur Care-Arbeit. Der Anteil liegt bei den Wechseljahren je nach Angebot um 3,6 bis 8,3 Prozentpunkte höher. Besonders deutlich ist der Unterschied bei Schulungen für Führungskräfte sowie bei Leitfäden für Arbeitgeber (jeweils 8,3 Prozentpunkte, siehe Abbildung 27 auf Seite 43).

Was zeigt der Vergleich von Bedarf und Wünschen? Besonders interessant ist der Vergleich zwischen den fehlenden Voraussetzungen und der gewünschten Unterstützung: Beim Thema Wechseljahre nennen Arbeitgeber am häufigsten fehlende finanzielle und personelle Ressourcen (51,4 Prozent). Gleichzeitig wünschen sie sich häufiger Schulungen (42,3 Prozent) und Informationen (40,0 Prozent) als steuerliche Vergünstigungen (34,9 Prozent). Das zeigt: Arbeitgeber sehen den Unterstützungsbedarf nicht nur bei den verfügbaren Ressourcen, sondern vor allem bei Wissen und Orientierung. Schulungen, Informationen und praktische Leitfäden können daher ein wichtiger Ansatzpunkt sein. Sie greifen einen Bedarf auf, den Arbeitgeber selbst benennen, und lassen sich zugleich mit vergleichsweise geringem Aufwand bereitstellen.

Für eine bessere Unterstützung von Beschäftigten mit Care-Aufgaben und von Frauen in den Wechseljahren braucht es daher nicht allein mehr Angebote. Entscheidend sind auch Wissen, Orientierung und die passenden Rahmenbedingungen, damit vorhandene Angebote tatsächlich umgesetzt und genutzt werden können. Besonders beim Thema Wechseljahre besteht hier noch Nachholbedarf.

Was kann aus den Ergebnissen abgeleitet werden? Frauen in der Lebensmitte stellen eine der größten Fachkräftereserven Deutschlands dar – qualifiziert, erfahren und hoch motiviert. Die Daten dieses Reports zeigen, dass diese Arbeitskräfte vor Herausforderungen stehen, die Unternehmen bislang noch nicht bedarfsgerecht adressieren: In der Lebensmitte treffen Care-Arbeit, Wechseljahresbeschwerden und oftmals herausfordernde, nicht zu den privaten Aufgaben und Belastungen passende Arbeitsbedingungen aufeinander. Angebote existieren flächendeckend – das Problem ist nicht ihr Fehlen, sondern die Passung und Nutzbarkeit.

- **Frauen in der Lebensmitte können gesundheitlich hochbelastet sein** Beschäftigte in der Lebensmitte berichten vor allem bei der psychischen Gesundheit von schlechteren Werten als jüngere und ältere Altersgruppen. Frauen schätzen ihre Gesundheit in allen drei Gesundheitsdimensionen – körperliche, psychische und allgemeine Gesundheit – durchgehend schlechter ein als gleichaltrige Männer.

- **Belastungen wirken bis in die Karriereplanung** Je stärker die Wechseljahresbeschwerden, desto mehr zweifeln Frauen an ihren Aufstiegschancen – und desto mehr fließen diese Zweifel in konkrete Karriereentscheidungen ein.

- **Care-Arbeit ist der häufigste Grund für Teilzeit – ein Teil der Frauen würde gern aufstocken** 48,2 Prozent der Frauen in der Lebensmitte arbeiten in Teilzeit, bei Männern sind es 11,8 Prozent. Mehr als die Hälfte der teilzeitbeschäftigten Frauen nennt Care-Arbeit als Grund für die Teilzeitbeschäftigung. Immerhin rund sieben Prozent der Frauen würden gerne mehr arbeiten.

- **Wechseljahresbeschwerden beeinträchtigen Gesundheit und Arbeit stark – werden aber als Privatsache betrachtet** 61,4 Prozent der Frauen mit Wechseljahressymptomen fühlen sich durch diese mittel bis stark im Alltag und 49,5 Prozent in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Gleichzeitig betrachten 59,2 Prozent der Arbeitgeber das Thema als Privatangelegenheit ihrer Beschäftigten.

- **Teufelskreis aus Wechseljahresbeschwerden und Arbeitsstress** Je mehr Wechseljahressymptome Frauen wahrnehmen, desto stärker fühlen sie sich in ihrer Arbeitsleistung eingeschränkt – und desto höher wird der Druck, trotzdem zu funktionieren. Dieser Druck geht mit mehr Stress einher, der wiederum die Beschwerden verschlimmern kann. Unternehmen, die diesen Kreislauf ignorieren, riskieren Fehlzeiten und Präsentismus.

- **Care-Arbeit und Wechseljahre – 15,6 Prozent der Frauen erleben beides gleichzeitig** Die Gesundheitsbelastung addiert sich. Frauen im mittleren Alter, die gleichzeitig Care-Arbeit leisten und in den Wechseljahren sind, sind eine besonders belastete Gruppe in der Studie.

- **Unternehmen erkennen das Potenzial – scheitern aber oftmals an fehlenden Grundlagen** Mehr als die Hälfte der Arbeitgeber erwartet von gezielten Angeboten weniger Fehlzeiten und weniger Kündigungen, berichtet jedoch zu etwa 50 Prozent von fehlenden Ressourcen und fehlendem Wissen.

- **Die Dringlichkeit wird zunehmen** Der Anteil von Frauen in der Lebensmitte an der Erwerbsbevölkerung wächst. Unternehmen, die frauenspezifische Gesundheitsförderung heute nicht systematisch verankern, können morgen qualifizierte Fachkräfte verlieren, die sie angesichts des Fachkräftemangels in vielen Branchen nicht ersetzen können.

Aus den querschnittlichen Daten der Panelstudie können vor allem Zusammenhangsaussagen, nicht aber zwingend solche über Ursache-Wirkungs-Beziehungen abgeleitet werden. Dennoch weisen die Ergebnisse auf zentrale Themen hin und erlauben Empfehlungen für Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Entsprechende Ansatzpunkte werden im abschließenden Abschnitt vorgestellt. Die Effektivität und den ökonomischen Nutzen müssen dann weiterführende Studien prüfen und bestätigen.

Welche praktischen Erkenntnisse können Unternehmen mitnehmen? Die Ergebnisse zeigen: Frauengesundheit in der Lebensmitte ist kein weiches Thema – sie ist ein Produktivitätsfaktor, der in den meisten Unternehmen noch nicht adäquat adressiert wird. Gleichzeitig machen die Analysen deutlich, an welchen Stellschrauben Unternehmen wirksam ansetzen können. Auf Basis der vorliegenden Daten können konkrete Ansatzpunkte identifiziert werden – von der Arbeitsgestaltung über die Führungskultur bis hin zu Gesundheits- und Unterstützungsangeboten, die den Anforderungen dieser Lebensphase gerecht werden. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) bietet dafür die richtigen Strukturen. Entscheidend ist, diese Strukturen auf die spezifischen Belastungen dieser Lebensphase auszurichten – auf Wechseljahre, Care-Arbeit und die Frage, ob Frauen das Gefühl haben, dass ihr Unternehmen sie in dieser Phase trägt.

- **Aufstockung ermöglichen – ungewollte Teilzeit abbauen** Frauen in der Lebensmitte arbeiten häufig nicht deshalb in Teilzeit, weil sie weniger arbeiten wollen, sondern weil Care-Arbeit es erfordert. Wer das ändern will, kann an der Pflege- und Versorgungssituation ansetzen: Es gilt, nicht nur kurzfristige Stundenreduktionen bei Pflegeengpässen zu ermöglichen, sondern auch proaktiv und klar Rückkehrpfade aus der Teilzeit zu kommunizieren sowie Optionen zur Stundenaufstockung und Möglichkeiten der Karriereentwicklung anzubieten, wie beispielsweise Führung in Teilzeit.

- **Nicht nur Care-Arbeit, auch Wechseljahre zum Gespräch machen** Das Thema Wechseljahre existiert in fast 88 Prozent der Unternehmen als BGM-Angebot – aber nicht als Gesprächsthema. Nur etwa jede sechste betroffene Frau hat jemals mit ihrer Führungskraft darüber gesprochen. Unternehmen können davon profitieren, das Thema Wechseljahre aktiv in ihre Führungskräfteentwicklung aufzunehmen: nicht als medizinische Schulung, sondern als Sensibilisierung dafür, was Frauen in dieser Phase brauchen – Flexibilität, Rückhalt und das Signal, dass das Thema angesprochen werden darf. Eine interne Informationsveranstaltung mit ärztlicher und psychologischer Fachbegleitung wäre ein kostengünstiger, wirkungsvoller Einstieg.

- **Leistungsdruck aktiv reduzieren** Führungskräfte, die bei sichtbarer Belastung flexibel reagieren, können Stress und damit möglicherweise auch Symptome verringern. Möglichkeiten der Flexibilisierung müssen gemeinsam ausgelotet werden. Zum Beispiel: Aufgaben temporär anpassen, Arbeitszeiten kurzfristig verschieben, Homeoffice ermöglichen. Das sind keine Sonderbehandlungen, sondern wirksame Führungsinstrumente, die dazu beitragen können, Fehlzeiten und Präsentismus zu verringern.

- **Kümmern als Führungsprinzip** Ob Frauen Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen, hängt über alle Themenbereiche hinweg am stärksten davon ab, ob sie das Gefühl haben: „Dieses Unternehmen kümmert sich um meine Weiterentwicklung." Dieses Gefühl entsteht in Gesprächen, in der Art, wie Führungskräfte auf Belastungssignale reagieren, und in einer Unternehmenskultur, in der Unterstützung zu suchen kein Zeichen von Schwäche ist. Die wirksamsten Instrumente können auch die einfachsten sein: regelmäßige Einzelgespräche, echtes Interesse an der Lebenssituation, konsequent gerechte Behandlung. Was sich Frauen in der Lebensmitte konkret wünschen – die fünf meistgenannten Unterstützungsbedarfe:

1. Stressmanagement, am besten während der Arbeitszeit – der am häufigsten genannte BGF-Wunsch
2. Mehr Flexibilität bei Arbeitszeit und Arbeitsort – besonders bei Frauen mit Care-Aufgaben
3. Offene Kommunikation zum Thema Wechseljahre – und Flexibilität bei auftretenden Beschwerden
4. Rückzugsmöglichkeiten am Arbeitsplatz – oft einfach, aber selten vorhanden
5. Gespräche über Vergütung und Entwicklung – der meistgenannte Wunsch im Bereich Personalentwicklung

- **Angebote in den Alltag bringen** Der meistgenannte Wunsch im Bereich Gesundheitsförderung ist Stressmanagement. Gesundheitsangebote, die außerhalb der Arbeitszeit stattfinden oder aktiv gesucht werden müssen, erreichen oft nicht die Frauen, die am meisten davon profitieren würden. Unternehmen wiederum profitieren davon, BGF-Angebote in den Arbeitstag zu integrieren, die Teilnahme aktiv zu ermöglichen und die Angebote regelmäßig direkt zu kommunizieren – nicht über ein Intranet, das niemand regelmäßig aufruft, sondern über vertraute Personen. Ob Angebote genutzt werden, hängt oft weniger von ihrer Breite als vom Betriebsklima, dem Kommunikationskanal und dem Zeitpunkt ab.

- **Externe Unterstützung nutzen** Fehlende Ressourcen und fehlendes Fachwissen sind die am häufigsten genannten Hindernisse – vor allem beim Thema Wechseljahre. Dabei müssen Unternehmen hier nicht alleine starten: Krankenkassen wie die TK bieten passgenaue BGM-Beratung und Schulungsformate an. Berufsgenossenschaften und Industrie- und Handelskammern stellen Leitfäden und Best-Practice-Beispiele bereit. Wo aber anfangen? Eine einzige gut vorbereitete Informationsveranstaltung zum Thema Wechseljahre – mit externer Fachbegleitung – ist ein Einstieg, der wenig kostet und viel signalisiert.

- **Gleichstellung als Gesundheitsfaktor begreifen** Unternehmen, die Frauen in dieser Lebensphase angemessene Entwicklungs-, Förder- und Aufstiegschancen bieten, profitieren dreifach: weniger Fluktuation, höhere Motivation und ein Reputationsgewinn als Arbeitgeber. Konkret heißt das: Beförderungsentscheidungen auf unbewusste Benachteiligung prüfen – etwa daraufhin, ob Teilzeit oder Care-Arbeit unausgesprochen gegen eine Beförderung sprechen –, Mentoringprogramme für Frauen ab 40 anbieten und Karrieregespräche nicht aussetzen, wenn jemand in Teilzeit arbeitet.

Zentral für das Gelingen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist: Wirksam wird betriebliche Unterstützung dort, wo sie im Arbeitsalltag erreichbar ist und wo Führungskräfte Themen sichtbar und ansprechbar machen!

2 Frauengesundheit in der Lebensmitte – ein Blick in Routinedaten

Hintergrund und Datenbasis Routineauswertungen zum Gesundheitsreport der Techniker befassen sich – im Sinne einer Gesundheitsberichterstattung für das Betriebliche Gesundheitsmanagement – seit 2002 regelmäßig mit gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen bei Erwerbspersonen. Basierend auf Daten ab dem Jahr 2000 veröffentlicht die Techniker jährlich aktualisierte Ergebnisse zu den beiden genannten Bereichen, zuletzt in den Gesundheitsreporten 2026 zu Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen (vergleiche **Techniker Krankenkasse 2026a** und **Techniker Krankenkasse 2026b**). Bislang wurden dabei stets Daten zu Berufstätigen und Beziehenden von Arbeitslosengeld I in der Altersspanne von 15 bis 64 Jahren betrachtet. Vor dem Hintergrund einer sich verändernden Arbeitswelt werden ab dem kommenden Jahr bei diesen Analysen darüber hinaus auch ältere Beschäftigte einbezogen. Formal folgen die hier präsentierten Auswertungen bereits dieser zukünftigen Vorgehensweise (zu der auch die Verwendung einer aktualisierten Standardpopulation gehört, wie nachfolgend noch erläutert wird).

Arbeitsunfähigkeiten beziehungsweise Krankschreibungen werden den Krankenkassen – anders als den Arbeitgebern – mit Angaben zu denjenigen Diagnosen übermittelt, die für die jeweils gemeldeten Arbeitsfehltage verantwortlich sind. Damit erlauben die Daten bei Krankenkassen nicht nur Aussagen darüber, wie häufig und wie lange Berufstätige erkrankungsbedingt nicht arbeiten können, sondern darüber hinaus auch Aussagen zu den maßgeblichen Ursachen dieser Arbeitsausfälle.

Daten zu **Arzneimitteln** bei Krankenkassen beschränken sich auf diejenigen Präparate, die nach einer ärztlichen Verordnung „auf Rezept“ von Apotheken an Versicherte abgegeben und dann entsprechend mit der jeweiligen Krankenkasse abgerechnet wurden. Nicht erfasst werden bei Krankenkassen daher frei verkäufliche und von den Versicherten selbst bezahlte Arzneimittel wie beispielsweise viele „einfache“ Erkältungs- und Schmerzmittel. Für die von der Krankenkasse erstatteten oder teilerstatteten Präparate wird dann unter anderem das Verordnungsdatum, die Wirksubstanz sowie deren Menge in den Daten der Kassen erfasst. Da Wirksubstanzen oder Wirksubstanzgruppen in der Regel einem mehr oder minder eng eingegrenzten Anwendungsgebiet zuzuordnen sind (zum Beispiel Antibiotika der Behandlung bakterieller Infektionen), sind aus Verordnungen indirekt auch Rückschlüsse auf (dann medikamentös behandelte) Erkrankungen oder Erkrankungsrisiken möglich.

Des Weiteren verfügen Krankenkassen auch über Angaben zu Art und Umständen der ausgeübten **Berufstätigkeit**, zu gegebenenfalls mitversicherten **Familienangehörigen** sowie zum **Kinderkrankengeld**, welches als Entgeltersatzleistung von Krankenkassen für begrenzte Zeiträume an Elternteile gezahlt werden kann, wenn eine Arbeitstätigkeit aufgrund der Betreuung erkrankter Kinder nicht möglich ist. Entsprechende Daten sollen nachfolgend genutzt werden, um damit ein ergänzendes Bild der Situation von berufstätigen Frauen in der Lebensmitte zu zeichnen.

Anders als Antworten aus Befragungen sind die aus Routinedaten ermittelten Kennzahlen in der Regel nicht intuitiv verständlich und schwierig einzuordnen. Hinweise auf besonders günstige oder ungünstige Befunde ergeben sich häufig erst aus Gegenüberstellungen von Ergebnissen zu unterschiedlichen Subgruppen von Versicherten, weshalb nachfolgend eine Vielzahl derartiger Gegenüberstellungen vorgenommen wird. Da die Daten auch zu primär nicht fokussierten Gruppen „routinemäßig“ erfasst werden, ist damit kein zusätzlicher Erhebungsaufwand verbunden. Ein weiterer Vorteil bei der Auswertung von Routinedaten liegt darin, dass Daten zu sehr viel größeren Gruppen als bei Befragungen betrachtet werden können. Bedarfsweise können dabei auch gleichartig erfasste Daten aus länger zurückliegenden Jahren einbezogen werden können. Somit lässt sich bei Bedarf darstellen, wie sich Kennwerte innerhalb der letzten Jahre verändert haben. Von allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland waren 2025 nach einer Gegenüberstellung mit vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit circa 17,3 Prozent bei der Techniker versichert. Aufgrund der damit insgesamt zahlenmäßig

extrem großen Datenbasis erweisen sich in der Regel selbst kleine Unterschiede bei Subgruppenvergleichen als statistisch signifikant und wären dementsprechend nur mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit als rein zufallsbedingte Abweichungen zu erwarten. Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend allenfalls ausnahmsweise auch statistische Signifikanzen oder Vertrauensbereiche zu Ergebnissen ausgewiesen. Statistische Signifikanzen von Gruppenunterschieden stehen meist außer Frage – nicht gelöst und eine offen zu diskutierende Frage bleibt demgegenüber fast immer, inwiefern die gegebenenfalls beobachteten Unterschiede auch inhaltlich eine relevante Bedeutung besitzen.

Methoden Wie bereits angedeutet, werden bei den Auswertungen formal Daten zu Erwerbspersonen im Alter ab 15 Jahren berücksichtigt, wobei der Anteil sehr junger Erwerbspersonen eher gering ist. Beginnend mit den vorliegenden Auswertungen werden bei Auswertungen zum Gesundheitsreport dann in einzelnen Beobachtungsjahren Erwerbspersonen bis zu einem rechnerischen Alter (= Beobachtungsjahr – Geburtsjahr) von weniger als 100 Jahren berücksichtigt. Da die sehr hohen Altersgruppen gering besetzt sind, wird für Erwerbspersonen im Alter von 65 bis 99 Jahren eine zusammengefasste Altersgruppe „65 Jahre und älter" gebildet. Ansonsten werden Personen den Fünf-Jahres-Altersgruppen 15-19, 20-24, 25-29 und so weiter zugeordnet. Sämtliche Ergebnisse zu weiter zusammengefassten Altersgruppen werden in direkt alters- sowie gegebenenfalls auch geschlechtsstandardisierter Form präsentiert. Dabei wird – beginnend mit dem vorliegenden Dokument zum Gesundheitsreport – zur Standardisierung einheitlich für alle Beobachtungszeiträume auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Anzahl der Erwerbstätigen in Geschlechts- und Altersgruppen in Deutschland im Jahr 2025 zurückgegriffen, die ihrerseits auf Erhebungen des Mikrozensus beruhen (Statistisches Bundesamt, 2026a). Die effektiv verwendeten Angaben sind Tabelle 2 zu entnehmen. Insgesamt gab es gemäß Mikrozensus 2025 in Deutschland 42.520.000 Erwerbstätige, darunter 22.468.000 Männer und 20.052.000 Frauen. Im Alter ab 70 Jahren dürfte es in Deutschland 2025 immerhin bereits etwa 405.000 erwerbstätige Männer und 248.000 erwerbstätige Frauen gegeben haben, die in Tabelle 2 jedoch der Gruppe „65 Jahre und älter" zugeordnet sind.

Im Vergleich zur bislang im Gesundheitsreport verwendeten Standardpopulation (Erwerbstätige 2010; vergleiche Methodische Hinweise unter **tk.de/gesundheitsreport**, Tabelle 3 auf Seite 7) ist es im Zuge des demografischen Wandels bis 2025 insbesondere zu einer deutlich stärkeren Besetzung der Altersgruppen ab 55 Jahren gekommen. Durch die Anpassung der Standardisierung wird der gewachsenen Bedeutung dieser Altersgruppen nun Rechnung getragen, wobei höhere Altersgruppen zusätzlich auch durch eine Berücksichtigung von Erwerbspersonen jenseits des 65. Lebensjahres ein höheres Gewicht bekommen, die zuvor bei Routineauswertungen zu Gesundheitsreporten nicht einbezogen worden waren. Insbesondere zu Beginn der Gesundheitsreportauswertungen Anfang der 2000er-Jahre hätte die Gruppe noch kaum eine Rolle gespielt.

Erwerbstätige in Deutschland 2025 nach Geschlecht und Altersgruppen

Alter in Jahren	Anzahl Männer (in Tausend)	Anzahl Frauen (in Tausend)
15 bis 19	630	508
20 bis 24	1.587	1.455
25 bis 29	2.164	1.871
30 bis 34	2.371	1.996
35 bis 39	2.600	2.243
40 bis 44	2.441	2.227
45 bis 49	2.260	2.154
50 bis 54	2.252	2.122
55 bis 59	2.781	2.585
60 bis 64	2.300	2.095
65 und älter	1.082	796

Tabelle 2 (Erwerbstätige in Deutschland 2025 nach Mikrozensus [Statistisches Bundesamt, 2026a])

Durch eine einheitliche Standardisierung aller Ergebnisse gemäß den gelisteten Angaben zum Jahr 2025 wird sinngemäß so getan, als wäre die Altersstruktur in allen Jahren bereits wie im Jahr 2025 gewesen. In Ergebnissen sichtbare Trends und Veränderungen sind dann gegebenenfalls unabhängig vom demografischen Wandel und deuten auf Veränderungen innerhalb einzelner Altersgruppen hin – beispielsweise eine verstärkte Verordnung von Herz-Kreislauf-Medikamenten, auch ohne dass es mehr ältere Beschäftigte gibt.

Der im vorliegenden Themenschwerpunkt fokussierten Gruppe von „Frauen in der Lebensmitte“ (hier die Altersgruppen von 35 bis 54 Jahren) waren nach Angaben aus dem Mikrozensus 2025 in Deutschland 8.746.000 weibliche Erwerbstätige zuzuordnen. Bezogen auf alle Erwerbstätigen entspricht dies einem Anteil von 20,6 Prozent und bezogen auf weibliche Erwerbstätige 43,6 Prozent.

Die im Gesundheitsreport routinemäßig 2025 betrachteten jahresdurchschnittlich 6,23 Millionen Erwerbspersonen umfassen im Wesentlichen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte sowie Beziehende von Arbeitslosengeld I und sind damit in mehrerlei Hinsicht nicht mit den Erwerbstätigen aus dem Mikrozensus gleichzusetzen. Von ihnen waren 1,40 Millionen beziehungsweise 22,5 Prozent der hier fokussierten Gruppe „Frauen in der Lebensmitte“ zuzuordnen. Den Kennwerten aus dieser Gruppe werden nachfolgend sowohl Kennwerte zu jüngeren und älteren Frauen, Kennwerte zu gleichaltrigen Männern als auch Kennwerte zur Gesamtpopulation der bei der TK versicherten Erwerbspersonen gegenübergestellt, wobei zu weitgehend allen Gruppen Ergebnisse präsentiert werden, die innerhalb der jeweiligen Gruppe standardisiert sind (was durch den Hinweis „standardisiert ET2025“ unter Abbildungen und Tabellen vermerkt wird).

Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten (AU) sowie Arzneiverordnungen in einzelnen Kalenderjahren werden bezogen auf dokumentierte Versicherungszeiträume gemessen in Versicherungsjahren (VJ) angegeben, wobei ein VJ als eine Versicherung über 365 Tage definiert ist und ausschließlich Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen berücksichtigt werden, die in die dokumentierten Versicherungszeiten fallen. Damit werden auch Meldungen bei unterjährig Versicherten adäquat berücksichtigt und sinngemäß Kennzahlen präsentiert, die bei jahresbezogen durchgängig als Erwerbspersonen versicherten Menschen zu erwarten wären.

Ergebnisse – grundlegende Kennzahlen Tabelle 3 zeigt zunächst grundlegende Kennzahlen zu gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten in drei Altersgruppen für Männer und Frauen im Jahr 2025. Frauen in der Lebensmitte sind deutlich seltener als jüngere Frauen und ähnlich häufig wie Frauen in höherem Alter mit Berufstätigkeit beziehungsweise Erwerbspersonenstatus arbeitsunfähig gemeldet (nachfolgend wird in der Regel verkürzt nur von Berufstätigen gesprochen). Die gemeldeten Fehlzeiten liegen mit rund 20 Tagen je Versicherungsjahr bei den 35- bis 54-Jährigen noch unterhalb des Durchschnittswertes bei Frauen. Kennwerte bei Männern bewegen sich in allen drei Altersgruppen auf einem niedrigeren Niveau als bei Frauen.

Grundlegende Kennzahlen zu gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten 2025

	Frauen		Männer		Gesamt	
Alter in Jahren	AU-Fälle je VJ	AU-Tage je VJ	AU-Fälle je VJ	AU-Tage je VJ	AU-Fälle je VJ	AU-Tage je VJ
15-34	2,35	16,55	2,06	13,75	2,19	15,05
35-54	1,73	20,07	1,42	15,40	1,57	17,63
55 und älter	1,70	29,86	1,37	25,21	1,53	27,40
Gesamt	1,90	21,72	1,60	17,60	1,74	19,54

Tabelle 3 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert ET2025)

Tabelle 4 zeigt wirkstoffübergreifende Kennzahlen zu den von Apotheken abgegebenen und mit der Krankenkasse abgerechneten Arzneiverordnungen. Berufstätige Frauen in der Lebensmitte erhielten 2025 – und bezogen auf einen Jahreszeitraum – durchschnittlich 5,7 Präparate (wobei hier Präparate mit jeweils einzelnen Einträgen auf Rezepten gleichgesetzt werden können). Insgesamt wurden ihnen dabei durchschnittlich 290 definierte Tagesdosen (DDD – englisch für defined daily dose) an Arzneimitteln verordnet. Eine DDD entspricht dabei derjenigen Substanzmenge eines bestimmten Arzneimittels, die typischerweise bei Erwachsenen zur Behandlung an einem Tag benötigt wird. 290 DDD sollten insofern theoretisch ausreichen, um jede berufstätige Frau im Alter von 35 bis 54 Jahren an 290 Tagen des Jahres mit genau einer Arzneimittelsubstanz in typischer Dosierung zu behandeln.

Während das Arzneiverordnungsvolumen bei jüngeren Frauen nur knapp halb so hoch wie im mittleren Alter ausfällt, liegt es bei Frauen im Alter ab 55 Jahren demgegenüber noch um mehr als den Faktor zwei höher. Noch deutlicher als bei Frauen unterscheiden sich die altersabhängigen Verordnungsvolumen bei Männern. Dass sich bei jungen Frauen nicht ähnlich niedrige Verordnungsvolumen wie bei jungen Männern zeigen, ist dadurch mitbedingt, dass bei Frauen bis einschließlich zum 22. Lebensjahr Kontrazeptiva von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden. Sehr hohe Verordnungsvolumen bei Männern im Alter ab 55 Jahren resultieren vorrangig aus Verordnungen von kardiovaskulär wirksamen Medikamenten wie beispielsweise blutdrucksenkenden Medikamenten.

Grundlegende Kennzahlen zu Arzneiverordnungen 2025

	Frauen		Männer		Gesamt	
Alter in Jahren	Präparate je VJ	DDD je VJ	Präparate je VJ	DDD je VJ	Präparate je VJ	DDD je VJ
15-34	3,6	144	2,1	86	2,8	113
35-54	5,7	290	4,4	271	5,0	280
55 und älter	9,9	637	10,2	779	10,1	712
Gesamt	6,2	342	5,3	355	5,8	349

Tabelle 4 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert ET2025)

Insgesamt liefern grundlegende Kennzahlen zu gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen erwartungsgemäß zunächst kaum konkrete Hinweise auf spezifische gesundheitliche Belastungen von Frauen in der Lebensmitte. Abklärungsbedürftig erscheinen die im Vergleich zu gleichaltrigen Männern längeren erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeiten. Übergeordnet betrachtete Arzneiverordnungsvolumen unterscheiden sich zwischen Männern und Frauen im mittleren Alter eher graduell.

Arbeitsunfähigkeiten differenziert nach Erkrankungen

Eine erste, übergeordnete Ebene für erkrankungsbezogene Differenzierungen bieten die 22 sogenannten Kapitel der ICD-10-Klassifikation, gemäß der die Diagnosen (auch) von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen in Routinedaten erfasst werden. Tabelle 5 auf Seite 51 zeigt die Zuordnung der 2025 dokumentierten Fehlzeiten je 100 VJ für unterschiedlich abgegrenzte Gruppen von Erwerbspersonen zu 18 dieser Kapitel unter Aussparung von vier Kapiteln mit nur geringer Relevanz für AU-Meldungen.

AU-Tage je 100 VJ differenziert nach Diagnosen gemäß Zuordnung zu ICD-10-Kapiteln 2025

		Frauen	Männer		Gesamt	
Diagnosekapitel		35-54 Jahre	35-54 Jahre	Diff.*	15-99 Jahre	Diff.*
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	97,1	84,5	12,6	99,3	-2,1
02	Neubildungen	85,5	29,6	55,9	64,8	20,8
04	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	12,7	7,5	5,2	10,4	2,3
05	Psychische und Verhaltensstörungen	469,1	291,2	177,9	395,9	73,2
06	Krankheiten des Nervensystems	64,8	38,9	25,9	55,8	9,0
07	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	10,5	10,8	-0,3	14,5	-4,0
08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	17,5	12,9	4,6	15,2	2,3
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	35,3	46,1	-10,8	57,2	-21,9
10	Krankheiten des Atmungssystems	417,8	335,0	82,8	392,3	25,5
11	Krankheiten des Verdauungssystems	59,7	63,4	-3,7	67,1	-7,4
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	12,8	14,5	-1,7	15,8	-3,0
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	259,4	255,8	3,6	289,2	-29,8
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	36,1	14,0	22,1	25,6	10,5
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	20,2	0,0	20,2	10,2	10,0
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	133,5	82,8	50,6	121,3	12,1
19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	125,3	151,8	-26,5	166,4	-41,1
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	129,5	91,4	38,1	137,1	-7,6
22	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	12,0	5,3	6,8	8,9	3,1
Gesamt		**2.007**	**1.540**	**467**	**1.954**	**53**

Tabelle 5 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert ET2025; Darstellung ohne ICD-10-Kapitel 03, 16, 17, 20 mit geringer Bedeutung für Arbeitsunfähigkeiten; * Differenz zwischen Fehlzeiten bei Frauen im Alter von 35-54 Jahren und zuvor gelisteten Werten)

Fehlzeiten von Frauen in der Lebensmitte

Psychische Störungen und Brustkrebs

Gemessen an den durchschnittlichen Fehlzeiten bei allen Erwerbspersonen entfallen bei Frauen in der Lebensmitte deutlich mehr Fehltage auf psychische Störungen. Während andere Krebserkrankungen im Erwerbsalter allgemein eine eher noch untergeordnete Rolle spielen, belegt Brustkrebs bei ihnen den Rang 8 einer Liste mit besonders fehlzeitenrelevanten Diagnosen. Die besondere Bedeutung resultiert dabei vorrangig aus der verständlicherweise langen Krankschreibungsdauer bei betroffenen Frauen von durchschnittlich 83 Tagen je AU-Fall. Beschwerden, die im Zusammenhang mit den Wechseljahren auftreten können, wie etwa Erschöpfung oder Kopf- und Nackenschmerzen führen bei Frauen in der Lebensmitte zu moderat höheren Fehlzeiten.

Die erste Ergebnisspalte zeigt die Verteilung der gemeldeten Arbeitsfehlzeiten bei Frauen in der Lebensmitte. Mit Abstand die meisten Fehltage entfallen auf die beiden Kapitel 05 „Psychische und Verhaltensstörungen“ sowie 10 „Krankheiten des Atmungssystems“, was so auch für die Gesamtheit der Berufstätigen gilt. Im Vergleich zu allen Berufstätigen sowie insbesondere im Vergleich zu gleichaltrigen Männern werden bei Frauen in der Lebensmitte mit durchschnittlich 4,7 AU-Tagen je VJ deutlich mehr Fehltage aus dem Kapitel 05 dokumentiert (vergleiche Spalten „Diff.“ mit Angaben zu Differenzen). Auch bei Kapitel 10 fallen die Unterschiede deutlich aus.

Noch detailliertere Informationen zu den Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten liefert Tabelle 6 auf Seite 53. Hier werden zunächst diejenigen 25 dreistelligen ICD-10-Diagnosen gelistet, denen bei Frauen in der Lebensmitte – in absteigender Sortierung – die meisten Fehltage zuzuordnen waren. Auch hier werden zum Vergleich Angaben zu Fehltagen in der Gesamtgruppe der Erwerbspersonen gegenübergestellt. In beiden Gruppen wurden 2025 mehr als die Hälfte aller Fehltage mit diesen nur 25 Diagnosen gemeldet, obwohl sich die Gesamtzahl der Meldungen effektiv auf mehr als 1.600 unterschiedliche Diagnosen verteilt.

Wie in der Gesamtpopulation werden auch bei Frauen in der Lebensmitte die meisten Fehltage mit der Diagnose „Akute Infektionen …“ (ICD-10-Code: J06) erfasst. Allein mit dieser Diagnose war eine Frau in der Lebensmitte durchschnittlich rund 2,7 Tage pro Jahr arbeitsunfähig gemeldet. Bezogen auf alle Erwerbspersonen liegt der Wert hierbei mit gerundet 2,6 Tagen ähnlich hoch. Auffällig erscheint auf den ersten Blick die vergleichsweise große Bedeutung von einzelnen Diagnosen aus dem Kapitel 05 „Psychische und Verhaltensstörungen“ – erkennbar an Codes beginnend mit dem Buchstaben F.

Fehlzeitenrelevante dreistellige ICD-10-Diagnosen bei Frauen in der Lebensmitte 2025 – Top 25

			Frauen 35-54 Jahre		Alle Erwerbspersonen	
Rang	Diagnose		AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	Diff.*
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	47,1	**272,3**	**255,5**	16,8
2	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4,9	**130,0**	**97,1**	33,0
3	F32	Depressive Episode	1,6	**95,9**	**88,5**	7,4
4	M54	Rückenschmerzen	6,3	**77,8**	**83,6**	-5,8
5	F33	Rezidivierende depressive Störung	0,7	**66,9**	**57,1**	9,8
6	Z98	Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	1,4	**48,5**	**59,8**	-11,3
7	F48	Andere neurotische Störungen	1,7	**48,3**	**36,1**	12,1
8	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0,5	**43,0**	**18,0**	25,0
9	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	9,2	**39,7**	**43,8**	-4,0
10	F41	Andere Angststörungen	0,6	**38,5**	**31,9**	6,7
11	R53	Unwohlsein und Ermüdung	2,1	**32,2**	**23,6**	8,6
12	F45	Somatoforme Störungen	0,8	**30,2**	**25,7**	4,4
13	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	4,5	**26,2**	**25,1**	1,1
14	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	0,7	**24,8**	**24,1**	0,7
15	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	3,7	**24,1**	**19,2**	5,0
16	Z73	Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	0,6	**22,5**	**17,2**	5,3
17	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	4,3	**22,4**	**22,9**	-0,5
18	J20	Akute Bronchitis	2,3	**18,2**	**17,4**	0,8
19	M75	Schulterläsionen	0,7	**16,9**	**21,1**	-4,2
20	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	2,7	**16,5**	**15,0**	1,5
21	G43	Migräne	3,5	**15,6**	**10,9**	4,8
22	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	1,0	**15,1**	**19,6**	-4,5
23	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	2,5	**14,4**	**13,6**	0,8
24	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	1,0	**14,3**	**13,4**	0,9
25	G47	Schlafstörungen	0,6	**13,8**	**12,8**	1,0
Gelistete Diagnosen gesamt			105,0	**1168,2**	**1052,8**	115,4
Anteil gelistete an Diagnosen insgesamt			61 %	**58 %**	**54 %**	
Diagnosen insgesamt			173,1	**2.007,0**	**1.954,2**	52,9

Tabelle 6 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert ET2025; * Differenz zwischen Fehlzeiten von Frauen im Alter von 35-54 Jahren und zuvor gelisteten Werten)

Tabelle 7 enthält ähnliche und teils auch identische Angaben wie Tabelle 6 auf Seite 53. Gelistet werden hier Diagnosen in absteigender Sortierung in Abhängigkeit davon, wie deutlich Fehlzeiten bei Frauen in der Lebensmitte die für die Gesamtheit der Erwerbspersonen ermittelten Werte – also sinngemäß durchschnittliche Fehlzeiten bei allen Berufstätigen – überschreiten (vergleiche Angaben in der letzten Tabellenspalte).

Eine Sonderstellung nimmt die Diagnose **„Bösartige Neubildung der Brustdrüse"** (ICD-10: C50) ein. Obwohl sie nahezu ausschließlich Frauen betrifft, ist sie diejenige Krebserkrankung im Erwerbsalter, der – gemessen an zugeordneten Fehltagen – die mit Abstand größte Bedeutung zukommt. So ist bei geschlechts- und altersübergreifenden Auswertungen auch in einer Top-100-Liste der Diagnosen mit den meisten Fehlzeiten ansonsten lediglich die Diagnose „Bösartige Neubildung der Prostata" (ICD-10: C61) noch auf Rang 94 mit deutlich weniger zugeordneten Fehlzeiten enthalten (vergleiche Techniker Krankenkasse, 2026a, Seite 67-69). Brustkrebs ist demnach also eine Krebsdiagnose, die bereits in jungem Alter eine vergleichsweise große Rolle spielt. Die prominente Position der Diagnose in Tabelle 7 resultiert maßgeblich daraus, dass betroffene Frauen in der Lebensmitte im Falle einer Krankschreibung mit dieser Diagnose sehr lange krankgeschrieben sind. 2025 dauerten entsprechende Krankschreibungen durchschnittlich 83 Tage (wie sich aus Angaben in Tabelle 7 mit mehr Nachkommastellen errechnen lässt). Statistisch betrachtet wurde dabei 2025 eine entsprechende AU-Meldung je 193 Frauen in der Lebensmitte erfasst.

Dreistellige ICD-10-AU-Diagnosen bei Frauen in der Lebensmitte mit den stärksten Überschreitungen von durchschnittlichen Fehlzeiten bei Erwerbspersonen 2025 – Top 25

			Frauen 35-54 Jahre		Alle Erwerbspersonen	
Rang*	Diagnose		AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	Diff.**
2	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4,9	**130,0**	**97,1**	33,0
8	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0,5	**43,0**	**18,0**	25,0
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	47,1	**272,3**	**255,5**	16,8
7	F48	Andere neurotische Störungen	1,7	**48,3**	**36,1**	12,1
5	F33	Rezidivierende depressive Störung	0,7	**66,9**	**57,1**	9,8
11	R53	Unwohlsein und Ermüdung	2,1	**32,2**	**23,6**	8,6
3	F32	Depressive Episode	1,6	**95,9**	**88,5**	7,4
10	F41	Andere Angststörungen	0,6	**38,5**	**31,9**	6,7
16	Z73	Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	0,6	**22,5**	**17,2**	5,3
15	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	3,7	**24,1**	**19,2**	5,0
21	G43	Migräne	3,5	**15,6**	**10,9**	4,8
12	F45	Somatoforme Störungen	0,8	**30,2**	**25,7**	4,4
66	D25	Leiomyom des Uterus	0,3	**5,0**	**1,3**	3,7
28	J01	Akute Sinusitis	1,9	**11,7**	**8,3**	3,4
65	Z90	Verlust von Organen, anderenorts nicht klassifiziert	0,1	**5,1**	**2,3**	2,9
88	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	0,4	**3,5**	**0,9**	2,6
37	J32	Chronische Sinusitis	1,5	**9,8**	**7,3**	2,5
60	Z51	Sonstige medizinische Behandlung	0,3	**5,9**	**3,7**	2,2

			Frauen 35-54 Jahre		Alle Erwerbspersonen	
Rang*	Diagnose		AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	Diff.**
62	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	0,3	**5,4**	**3,2**	2,1
82	N80	Endometriose	0,3	**3,7**	**1,6**	2,1
53	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	0,2	**6,6**	**4,6**	2,0
58	U09	Post-COVID-19-Zustand	0,03	**6,0**	**4,1**	2,0
63	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	0,1	**5,3**	**3,4**	1,9
87	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	0,3	**3,5**	**1,8**	1,7
64	J04	Akute Laryngitis und Tracheitis	0,8	**5,3**	**3,6**	1,7
Gelistete Diagnosen gesamt			74,4	**896,4**	**726,6**	169,8
Anteil gelistete an Diagnosen insgesamt			43%	**45%**	**37%**	
Diagnosen insgesamt			173,1	**2.007,0**	**1.954,2**	52,9

Tabelle 7 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert ET2025; * Rang bezogen auf Fehltage mit der Diagnose bei Frauen im Alter von 35-54 Jahren; ** Differenz zwischen Fehlzeiten von Frauen im Alter von 35-54 Jahren und zuvor gelisteten Werten)

Wie bereits bei Tabelle 6 auf Seite 53 weisen auch Ergebnisse aus Tabelle 7 darauf hin, dass überdurchschnittliche Fehlzeiten bei Frauen in der Lebensmitte insbesondere bei Diagnosen aus dem Kapitel **„Psychische und Verhaltensstörungen“** erfasst werden, wobei der Diagnose „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (ICD-10: F43) die größte Bedeutung zukommt. Inhaltlich ähnlich begründet dürften Fehlzeiten mit der Diagnose „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (ICD-10: Z93) sein.

Bei der in Kapitel 1 des vorliegenden Reports dargestellten Befragung wurden **Kopf- und Nackenschmerzen, Schlafstörungen sowie Erschöpfung** von den Frauen am häufigsten als Symptome mit möglichen Zusammenhängen mit den Wechseljahren angegeben – und zwar von rund der Hälfte der Befragten (vergleiche dort Abbildung 2 auf Seite 12). Diese Beschwerden korrespondieren am ehesten mit den in Tabelle 7 gelisteten Diagnosen „R53 Unwohlsein und Ermüdung“, „G43 Migräne“ sowie „M50 Zervikale Bandscheibenschäden“. Schlafstörungen als kodierte Ursache von Arbeitsunfähigkeiten sind lediglich auf Rang 25 in Tabelle 6 auf Seite 53 gelistet und führen gemäß den Ergebnissen bei Frauen in der Lebensmitte nur zu moderat höheren Fehlzeiten als bei durchschnittlichen Erwerbspersonen.

Erwartungsgemäß zu „überdurchschnittlichen Fehlzeiten“ im Vergleich zur Gesamtpopulation der Erwerbspersonen führen bei Frauen in der Lebensmitte eine Reihe von **Diagnosen, die ausschließlich Frauen betreffen** können, nämlich „D25 Leiomyom des Uterus“, „N92 Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation“ sowie „N80 Endometriose“, wobei Menstruationsbeschwerden und/oder Endometriose auch für einen Teil der bei Frauen in der Lebensmitte häufiger zu Arbeitszeitausfällen führenden Bauch- und Beckenschmerzen (ICD-10: R10) verantwortlich sein dürften. Auf die direkt unter der Diagnose einer Endometriose erfassten Fehlzeiten entfiel 2025 bei Frauen in der Lebensmitte mit 3,7 AU-Tagen je 100 VJ nur ein Anteil von rund zwei Promille aller Fehltage.

Bemerkenswert erscheint, dass auch die mit rund einem AU-Fall je 3.000 Frauen für nur wenige Krankschreibungen verantwortliche Diagnose „U09 Post-COVID-19-Zustand“ in der systematischen Auflistung der 25 Diagnosen in Tabelle 7 erscheint, die bei Frauen in der Lebensmitte für besonders relevante Überschreitungen durchschnittlicher Fehlzeiten verantwortlich ist. Mit dieser Diagnose sind Long-COVID-Erkrankungen dokumentiert. Die Listung resultiert maßgeblich daraus, dass Krankschreibungen mit dieser Diagnose durchschnittlich extrem lang, nämlich je Fall rund ein halbes Jahr, und entsprechende Fälle bei Frauen mittleren Alters vergleichsweise häufig sind. Bei Frauen in der Lebensmitte lag die durchschnittliche Falldauer nach den vorliegenden Auswertungen bei 178 Tagen. Über alle betroffenen Erwerbspersonen hinweg ließ sich 2025 ein Wert von 171 Tagen ermitteln (vergleiche Techniker Krankenkasse, 2026a, S. 67-69). Hinter der gleichfalls gelisteten Diagnose „G93 Sonstige Krankheiten des Gehirns“ dürften sich zum Teil ähnliche Erkrankungsfälle verbergen, da mit der vierstelligen Subdiagnose G93.3 das Chronische Fatigue-Syndrom kodiert wird.

Arzneiverordnungen differenziert nach Indikationen und Substanzen Ähnlich wie für Diagnosen existiert auch für Arzneimittel ein hierarchisch aufgebautes Klassifikationssystem, nämlich das ATC-Klassifikationssystem (vergleiche Methodische Hinweise unter **tk.de/gesundheitsreport**). Auf der ersten übergeordneten Ebene werden hier Arzneimittel in sogenannten anatomischen Hauptgruppen jeweils einem Organsystem zugeordnet, bei dessen Erkrankungen sie (zumindest typischerweise) eingesetzt werden beziehungsweise indiziert sind.

In einem größeren Umfang als Erwerbspersonen insgesamt und insbesondere als gleichaltrige Männer erhalten Frauen in der Lebensmitte Verordnungen aus den Gruppen G „Urogenitales System und Sexualhormone“ und H „Systemische Hormonpräparate“ sowie aus der Gruppe N „Nervensystem“. Im Vergleich niedriger liegen die Verordnungsvolumen demgegenüber in den Gruppen A „Alimentäres System und Stoffwechsel“ und insbesondere C „Kardiovaskuläres System“ (vergleiche Tabelle 8).

Arzneiverordnungsvolumen in definierten Tagesdosen (DDD) je VJ differenziert nach anatomischen Hauptgruppen der ATC 2025

		Frauen	Männer		Gesamt	
ATC-Gruppe		35-54 Jahre	35-54 Jahre	Diff.*	15-99 Jahre	Diff.*
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	31	40	-9	44	-13
B	Blut und blutbildende Organe	6	6	0	10	-4
C	Kardiovaskuläres System	68	127	-59	146	-79
D	Dermatika	9	7	1	8	0
G	Urogenitales System und Sexualhormone	41	3	37	29	12
H	Systemische Hormonpräparate	41	12	29	25	16
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	5	6	-2	5	0
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	8	5	3	6	2
M	Muskel- und Skelettsystem	13	12	1	14	-1
N	Nervensystem	41	28	13	33	7
R	Respirationstrakt	17	14	3	16	1
S	Sinnesorgane	4	4	0	6	-1
V	Varia	6	6	0	6	0
Gesamt		**290**	**271**	**19**	**349**	**-59**

Tabelle 8 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert ET2025; Darstellung ohne Gruppe P „Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien“ mit geringer Bedeutung; * Differenz zwischen DDD bei Frauen im Alter von 35-54 Jahren und zuvor gelisteten Werten)

Tabelle 9 auf Seite 58 zeigt die Top-25-Arzneimittelgruppen im Hinblick auf Verordnungen in DDD differenziert nach vierstelligen ATC-Codes bei Frauen in der Lebensmitte. Den dargestellten Gruppen konnten 2025 – auch bezogen auf die Gesamtgruppe der Erwerbspersonen – rund 80 Prozent und damit der weit überwiegende Teil aller verordneten Tagesdosen zugeordnet werden.

Im größten Umfang und deutlich mehr als in der Gesamtgruppe der Erwerbspersonen wurden bei Frauen in der Lebensmitte Schilddrüsenpräparate mit gut 35 Tagesdosen je VJ verordnet, die beispielsweise bei Schilddrüsenunterfunktionen und/oder einer Struma (Kropf) indiziert sein können. Deutlich über dem Durchschnitt lagen auch die Verordnungen von Estrogenen, wobei die Schreibweise der international gebräuchlichen Schreibweise der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im ATC entspricht und dasselbe wie Östrogene meint. Merklich über dem Durchschnitt lagen zugleich noch die verordneten Tagesdosen von Antidepressiva sowie Gestagenen und in geringerem Umfang von Migränemitteln sowie Hormonantagonisten bei Frauen in der Lebensmitte (vergleiche farblich unterlegte Gruppenbezeichnungen). Deutlich erhöhte Verordnungsvolumen bei Frauen in mittleren Lebensjahren in den drei anatomischen Gruppen G, H und N der ATC-Klassifikation dürften demnach vorrangig aus Verordnungen aus den Substanzgruppen G03C und G03D sowie H03A und N06A resultieren.

Demgegenüber lag das Verordnungsvolumen bei Frauen in der Lebensmitte für alle Arzneimittelgruppen zur Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren im weiteren Sinne oder entsprechender Erkrankungen teils deutlich unter dem Durchschnitt (vergleiche ATC-Codes beginnend mit C, aber auch die Antidiabetika A10B und A10A sowie antithrombotische Mittel mit dem Code B01A).

Maßgebliche Ursache hierfür ist, dass Frauen im mittleren Alter seltener als Männer an Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes leiden, wobei nicht davon auszugehen ist, dass diese Erkrankungen bei Frauen in stärkerem Umfang als bei Männern unterdiagnostiziert sind oder übersehen werden und bei Frauen nur deshalb seltener behandelt werden.

Arzneiverordnungen

Hormone und Antidepressiva

Frauen in der Lebensmitte erhalten im Vergleich zu allen Erwerbspersonen und insbesondere zu gleichaltrigen Männern häufiger Arzneimittel aus den Gruppen G „Urogenitales System und Sexualhormone“, H „Systemische Hormonpräparate“ sowie aus der Gruppe N „Nervensystem“. Besonders häufig werden Schilddrüsenpräparate verordnet: 2025 entfielen auf sie gut 35 Tagesdosen je Versicherungsjahr. Auch Östrogene, Gestagene und Antidepressiva wurden bei Frauen in der Lebensmitte in merklich höherem Umfang als im Durchschnitt über alle Erwerbspersonen hinweg verordnet.

Arzneiverordnungsvolumen in DDD je VJ differenziert nach vierstelligen ATC-Codes 2025 – Top 25

		Frauen 35-54 Jahre		Alle Erwerbspersonen	
ATC-Code	Substanz	Präparate je VJ	DDD je VJ	DDD je VJ	Diff.*
H03A	Schilddrüsenpräparate	0,57	**35,1**	**19,9**	15,1
G03C	Estrogene	0,18	**27,1**	**15,1**	12,0
N06A	Antidepressiva	0,30	**26,0**	**20,3**	5,7
C09C	Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB), rein	0,15	**21,0**	**38,4**	-17,3
C09A	ACE-Hemmer, rein	0,09	**17,3**	**34,4**	-17,1
A02B	Mittel bei peptischem Ulkus und gastrooesophagealer Refluxkrankheit (GERD)	0,18	**17,0**	**20,8**	-3,8
M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	0,35	**9,6**	**9,2**	0,4
G03D	Gestagene	0,19	**9,5**	**3,9**	5,6
R03A	Inhalative Sympathomimetika	0,18	**9,0**	**9,3**	-0,2
C08C	Selektive Calciumkanalblocker mit vorwiegender Gefäßwirkung	0,07	**7,5**	**17,2**	-9,7
C10A	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen, rein	0,07	**7,0**	**25,2**	-18,2
A10B	Blutzuckersenkende Mittel, exkl. Insuline	0,08	**5,6**	**12,7**	-7,2
C07A	Beta-Adrenozeptorantagonisten	0,14	**5,1**	**8,7**	-3,6
L04A	Immunsuppressiva	0,06	**4,9**	**4,2**	0,7
H02A	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, rein	0,09	**4,3**	**3,9**	0,4
B01A	Antithrombotische Mittel	0,08	**4,0**	**8,3**	-4,3
D07A	Corticosteroide, rein	0,10	**3,9**	**3,5**	0,4
V01A	Allergene	0,03	**3,9**	**3,6**	0,3
N02C	Migränemittel	0,12	**3,7**	**1,7**	1,9
A10A	Insuline und Analoga	0,03	**3,3**	**5,4**	-2,1
C09D	Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB), Kombinationen	0,03	**2,7**	**6,7**	-4,0
R06A	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	0,03	**2,6**	**1,9**	0,7
R01A	Dekongestiva und andere Rhinologika zur topischen Anwendung	0,06	**2,4**	**2,2**	0,2
V04C	Andere Diagnostika	0,02	**2,3**	**2,4**	-0,1
L02B	Hormonantagonisten und verwandte Mittel	0,8	**5,3**	**3,6**	1,7
Gelistete Substanzen gesamt		3,24	**236,8**	**280,1**	-43,3
Anteil gelistete an Substanzen insgesamt		56 %	**82 %**	**80 %**	
Substanzen insgesamt		5,7	**289,9**	**348,9**	-59,0

Tabelle 9 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert ET2025; * Differenz zwischen DDD bei Frauen im Alter von 35-54 Jahren und zuvor gelisteten Werten)

Innerhalb der ATC-Klassifikation lassen sich Arzneimittel mit maximal siebenstelligen Codes differenzieren, denen dann typischerweise einzelne Wirksubstanzen oder bestimmte Kombinationen von Wirksubstanzen zugeordnet sind. In diesem Sinne listet Tabelle 10 auf Seite 61 insgesamt diejenigen 25 Wirksubstanzen auf, deren Verordnungsvolumen bei Frauen in der Lebensmitte besonders stark über dem Durchschnitt bezogen auf alle Erwerbspersonen lag. Auf die 25 Substanzen entfallen 37 Prozent des gesamten Verordnungsvolumens bei Frauen in der Lebensmitte. Zu jeder Substanzbezeichnung werden in Klammern auch einige typische Indikationen beziehungsweise Anwendungsmöglichkeiten genannt, die jedoch weder das Anwendungsspektrum vollständig beschreiben noch als Empfehlungen für bestimmte Anwendungen zu verstehen sind.

Verordnungen aus der zuvor erwähnten ATC-Gruppe der Schilddrüsenpräparate (H03A) resultieren bei Frauen in der Lebensmitte (mit einem Anteil von 99,7 Prozent) nahezu ausschließlich aus den in Tabelle 10 auf Seite 61 gelisteten Verordnungen von **Levothyroxin** allein oder in Kombination mit Jod oder Liothyronin, die typischerweise **bei einer Struma oder Schilddrüsenunterfunktion** verabreicht werden, welche ihrerseits unterschiedliche Erkrankungen der Schilddrüse als Ursache haben kann. Offensichtlich sind Frauen demnach häufiger von behandelten Schilddrüsenerkrankungen betroffen, wobei diese aber eher selten zu Arbeitsunfähigkeiten mit entsprechenden Diagnosen führen. Krankheiten der Schilddrüse inklusive bösartiger Neubildungen des Organs waren bei Frauen in der Lebensmitte 2025 lediglich 5 AU-Tage je 100 VJ zuzuordnen (Ergebnisse nicht anderweitig ausgewiesen).

Eine wesentliche Gruppe bilden in Tabelle 10 Substanzen, die im Sinne der ATC-Klassifikation den **Antidepressiva** (beginnend mit den Code-Ziffern N06A) zuzuordnen sind. Auf die in Tabelle 10 gelisteten Einzelsubstanzen entfallen 81,4 Prozent aller bei Frauen in der Lebensmitte 2025 verordneten Antidepressiva. Wie den Erläuterungen in der Tabelle zu entnehmen ist, werden die Substanzen nicht ausschließlich zur Behandlung von Depressionen, sondern auch bei einer Reihe von anderen psychischen Störungen eingesetzt. Die Beobachtung gehäufter Verordnungen dieser Substanzen stehen im Einklang mit der Beobachtung der vergleichsweise großen Bedeutung von Diagnosen psychischer Störungen im Hinblick auf die gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten bei Frauen in der Lebensmitte.

Maßgebliche Bedeutung bei Frauen in der Lebensmitte besitzen auch Verordnungen weiblicher Geschlechtshormone und dabei insbesondere Substanzen im Sinne von **Östrogenen** (ATC-Gruppe G03C Estrogene) und **Gestagenen** (ATC-Gruppe G03D; vergleiche neben Tabelle 10 auch die vorausgehende Tabelle 9), wobei Kombinationen beider Hormone dann in der Gruppe G03F „Estrogene und Gestagene in Kombination“ erfasst werden.

Arzneiverordnungen

Hormontherapie in den Wechseljahren

Die Verordnungszahlen deuten darauf hin, dass Wechseljahre bei Frauen in der Lebensmitte bereits in relevantem Umfang medikamentös behandelt werden. Zum Einsatz kommen vor allem Östrogene und Gestagene, die häufig im Rahmen einer sogenannten menopausalen Hormontherapie (MHT) eingesetzt werden. Allerdings sind die Verordnungsmengen im mittleren Alter eher noch begrenzt. Da die Wirkstoffe auch aus anderen medizinischen Gründen verordnet werden können, lassen sich aus den Verordnungsdaten zudem weder die Häufigkeit von Wechseljahresbeschwerden noch die Behandlungsgründe zuverlässig ableiten.

In diesem Kontext hervorzuheben ist, dass in den drei genannten Gruppen Hormonpräparate zusammengefasst werden, die typischerweise und **explizit nicht primär zur Verhütung verordnet** werden. Kontrazeptiva im Sinne der „Pille“, die auch Östrogene und/oder Gestagene enthalten, sind in der ATC-Klassifikation regulär der Gruppe G03A zugeordnet. Da Kontrazeptiva von der gesetzlichen Krankenversicherung nur bei Frauen bis zur Vollendung des 22. Lebensjahrs erstattet werden, spielt diese Gruppe bei Frauen in der Lebensmitte in Abrechnungsdaten – und völlig unabhängig von der tatsächlichen Nutzung entsprechender Präparate zur Verhütung – keine relevante Rolle.

Obwohl sich aus den in Tabelle 10 gelisteten Verordnungen von Östrogenen und Gestagenen im Einzelfall nicht exakt auf die Indikation schließen lässt, lassen sich insbesondere die häufiger verordneten Substanzen vorrangig der sogenannten Hormonersatztherapie (englisch: Hormone Replacement Therapy – HRT) zuordnen, die angewendet wird, um unerwünschten allgemeinen oder lokalen Auswirkungen sinkender Östrogenspiegel im Zuge der Wechseljahre beziehungsweise Menopause entgegenzuwirken. Entsprechend kann auch von **menopausaler Hormontherapie** (MHT) gesprochen werden. Gestagene werden dabei in erster Linie ergänzend verabreicht, um ein übermäßiges Wachstum der Gebärmutterschleimhaut bei alleiniger Östrogengabe zu verhindern (sofern die Gebärmutter nicht zuvor aus anderen Gründen entfernt wurde). Die vorgefundenen Verordnungszahlen deuten darauf hin, dass Wechseljahre auch bei Frauen in der Lebensmitte bereits in relevantem Umfang medikamentös behandelt werden, wobei ein Teil der Frauen die Behandlungen allerdings auch aus anderen Gründen mit ähnlichen Folgen erhalten dürfte (zum Beispiel nach einer medizinisch notwendigen Entfernung der Eierstöcke). Zugleich verdeutlichen die Zahlen, dass nur ein kleiner Teil der Frauen mit entsprechenden Hormonen behandelt wird. Rückschlüsse auf Wechseljahresbeschwerden selbst sind aus den Zahlen kaum möglich. Dies liegt auch daran, dass vor dem Einsatz der Hormone, selbst bei Vorliegen weitgehend eindeutiger Beschwerden im Kontext von Wechseljahren, stets eine individuelle Abwägung möglicher Vorteile und Risiken vorgenommen werden muss.

Eine alleinige Gabe der (den Gestagenen zugeordneten) Substanz Dienogest ist fast ausschließlich bei **Endometriose** indiziert und liefert insofern relativ eindeutige Hinweise auf das Vorliegen einer entsprechenden Erkrankung. Auch hier sind allerdings keine Rückschlüsse auf Erkrankungshäufigkeiten möglich. Zumindest auch zur Behandlung einer Endometriose können zudem einige weitere in Tabelle 10 gelistete Substanzen eingesetzt werden. Verordnungen der Substanzen Erenumab sowie Sumatriptan sind zur Prophylaxe und akuten Behandlung von Migräne sowie von akuten Episoden von Clusterkopfschmerz zugelassen, der Wirkstoff Tamoxifen zur (Nach-)Behandlung bei **Brustkrebs**, der bereits im Kontext von Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten thematisiert wurde.

Arzneiverordnungsvolumen in DDD je VJ bei Frauen in der Lebensmitte mit den stärksten Überschreitungen von durchschnittlichen Volumen bei Erwerbspersonen differenziert nach siebenstelligen ATC-Codes 2025 – Top 25

		Frauen 35-54 Jahre		Alle Erwerbspersonen	
ATC-Code	Substanz (in Klammern: typische Indikationen)	Präparate je VJ	DDD je VJ	DDD je VJ	Diff.*
H03AA01	Levothyroxin-Natrium (Hypothyreose)	0,52	**29,33**	**16,13**	13,20
G03CA03	Estradiol (menopausale Hormontherapie, klimakterisches Syndrom)	0,12	**15,70**	**6,87**	8,83
G03DA04	Progesteron (Schutz vor Endometriumhyperplasie bei Östrogengabe; Zyklusstörungen vor Eintreten der Menopause)	0,16	**6,79**	**2,85**	3,95
G03CD01	Estriol (lokal: Behandlung der vulvovaginalen Atrophie bei niedrigen Östrogenspiegeln)	0,05	**10,62**	**7,77**	2,85
H03AA51	Levothyroxin-Natrium und Iod-Verbindungen (Jodmangelstruma)	0,05	**4,68**	**3,30**	1,37
N06AB06	Sertralin (Depression; Zwangsstörung; Panikstörung; posttraumatische Belastungsstörung; soziale Angststörung)	0,04	**5,43**	**4,12**	1,31
N06AB10	Escitalopram (Depression; generalisierte Angststörung; Panikstörung; soziale Angststörung; Zwangsstörung)	0,05	**5,05**	**3,86**	1,19
G03DB08	Dienogest (Endometriose)	0,02	**1,84**	**0,73**	1,11
N02CD01	Erenumab (Migräneprophylaxe)	0,01	**1,67**	**0,79**	0,87
L02BA01	Tamoxifen (hormonrezeptorpositives Mammakarzinom)	0,01	**1,26**	**0,46**	0,80

		Frauen 35-54 Jahre		Alle Erwerbspersonen	
ATC-Code	Substanz (in Klammern: typische Indikationen)	Präparate je VJ	DDD je VJ	DDD je VJ	Diff.*
N06AX16	Venlafaxin (Depression; generalisierte Angststörung; soziale Angststörung; Panikstörung)	0,03	**3,28**	**2,52**	0,75
N06AB04	Citalopram (Depression; auch Panikstörung)	0,03	**2,45**	**1,81**	0,64
M03AX21	Botulinumtoxin Typ A (fokale Spastik, zervikale Dystonie, Blepharospasmus, chronische Migräne, Hyperhidrose, Blasenfunktionsstörung)	0,00	**1,37**	**0,77**	0,60
N06AB03	Fluoxetin (Depression; Zwangsstörung; Bulimia nervosa)	0,01	**1,56**	**1,00**	0,56
H03AA03	Kombinationen von Levothyroxin und Liothyronin (Hypothyreose)	0,01	**0,92**	**0,44**	0,48
N02CC01	Sumatriptan (Migräneanfälle einschließlich menstrueller Migräne, Clusterkopfschmerzen)	0,05	**0,76**	**0,36**	0,40
B03AA01	Eisen(II)glycinsulfat (Eisenmangel)	0,02	**0,68**	**0,30**	0,37
M01AE01	Ibuprofen (Schmerzen)	0,24	**5,56**	**5,21**	0,36
N06AX21	Duloxetin (Depression; generalisierte Angststörung)	0,02	**1,37**	**1,03**	0,34
B01AB05	Enoxaparin (Prophylaxe venöser Thromboembolien, tiefe Venenthrombose und Lungenembolie)	0,03	**1,20**	**0,86**	0,33
H01CC54	Relugolix, Estradiol und Norethisteron (Uterusmyome; Endometriose)	0,01	**0,46**	**0,13**	0,33
N06AX12	Bupropion (depressive Episoden)	0,02	**2,00**	**1,68**	0,33
G03FA15	Dienogest und Estrogen (starke Monatsblutungen; menopausale Hormontherapie; Kontrazeption; Akne)	0,01	**0,71**	**0,39**	0,32
R06AX22	Ebastin (allergische Rhinitis; Urtikaria)	0,01	**0,99**	**0,70**	0,29
L02AE03	Goserelin (prämenopausales Mammakarzinom; Endometriose; Uterusmyome)	0,01	**0,38**	**0,09**	0,29
Gelistete Substanzen gesamt		1,51	**106,05**	**64,18**	41,86
Anteil gelistete an Substanzen insgesamt		26 %	**37 %**	**18 %**	
Substanzen insgesamt		5,7	**289,9**	**348,9**	-59,0

Tabelle 10 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert ET2025; * Differenz zwischen DDD bei Frauen im Alter von 35-54 Jahren und zuvor gelisteten Werten)

Familiäre Verhältnisse – Kinder Ergänzend wurden für die Auswertungen zum hier gewählten Schwerpunktthema bei der Techniker routinemäßig verfügbare Informationen zu Familienversicherten sowie zum Kinderkrankengeld zu den regulär im Report betrachteten Erwerbspersonen im Jahr 2025 bereitgestellt. Ziel der nachfolgend dargestellten Analysen ist es, Informationen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden hinsichtlich der Betreuung von Kindern zu liefern, soweit dies mit Daten bei Krankenkassen möglich ist.

Angaben zu Familienangehörigen existieren bei gesetzlichen Krankenkassen dann, wenn diese nicht eigenständig krankenversichert, sondern über ein Elternteil oder den Partner oder die Partnerin familienversichert sind. Eine beitragsfreie Familienversicherung ist bei Kindern in der Regel maximal bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres möglich, für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen. Für Ehe- und Lebenspartnerinnen und -partner ist eine Familienversicherung bislang dann möglich, wenn diese über kein eigenes oder allenfalls ein geringes Erwerbseinkommen verfügen.

Familienverhältnisse

Mitversicherte Kinder

Frauen in der Lebensmitte hatten 2025 rechnerisch durchschnittlich 0,59 familienversicherte Kinder. Betrachtet man nur die 36,7 Prozent der Frauen, über die selbst Kinder familienversichert waren, lag der Durchschnitt bei 1,60 Kinder. Bei den 27,0 Prozent der Männer mit familienversicherten Kindern waren es 1,79. Dieser Unterschied könnte damit zusammenhängen, dass Frauen bei einer größeren Kinderzahl häufiger zeitweise nicht berufstätig sind und die Kinder dann eher über die erwerbstätigen Männer beziehungsweise Väter familienversichert werden. Bei knapp 68 Prozent der Elternteile in der Lebensmitte mit familienversicherten Kindern waren auch Kinder im Alter von 0 bis 11 Jahren familienversichert.

Angaben zu den mitversicherten Familienangehörigen wurden für die Auswertungen mit Nennung von Geschlecht und Geburtsjahr, jedoch ohne eine explizite Unterscheidung von familienversicherten Kindern oder Ehe- oder Lebenspartnerinnen und -partner übermittelt. Diese Unterscheidung erfolgt insofern algorithmisch und zwangsläufig mit gewissen Unschärfen. Von familienversicherten **Ehe- oder Lebenspartnerinnen und -partnern** wurde bei einem Mindestalter von 18 Jahren, konträrem Geschlecht und einer maximalen Altersdifferenz von 12 Jahren im Vergleich zur eigenständig versicherten Erwerbsperson ausgegangen. Gemäß diesen Regeln ließen sich bei 4,5 Prozent der Erwerbspersonen familienversicherte Partnerinnen und Partner identifizieren. Während der Anteil bei männlichen Erwerbspersonen mit 7,5 Prozent deutlich höher – aber auch hier unterhalb von zehn Prozent – lag, wurden bei nur 1,0 Prozent der weiblichen Erwerbspersonen familienversicherte Männer zugeordnet. Dass Männer über ihre berufstätige Partnerin familienversichert sind, kommt also nur vergleichsweise selten vor.

Als **Kinder** wurden (zwangsläufig gleichfalls unter Vernachlässigung von eher ungewöhnlicheren Konstellationen und mit gewissen Unschärfen) Familienversicherte klassifiziert, die mindestens 16 Jahre jünger als die eigenständig versicherte Erwerbsperson waren. Den insgesamt 6,8 Millionen Erwerbspersonen konnten nach den zuvor beschriebenen Regeln rund 295 Tausend (gegengeschlechtliche) familienversicherte Partnerinnen und Partner sowie 2,1 Millionen familienversicherte Kinder zugeordnet werden, von denen erwartungsgemäß der Großteil, nämlich 99,7 Prozent, jünger als 26 Jahre waren. Lediglich vier Promille der insgesamt 2,4 Millionen Familienversicherten der hier betrachteten Erwerbspersonen wurden weder als Partnerin oder Partner noch als Kind zugeordnet und nicht näher betrachtet.

Als Einschränkung bei der Interpretation der nachfolgend dargestellten Ergebnisse ist zu beachten, dass im Falle von Partnerschaften mit einer eigenständigen Versicherung beider Partnerinnen und Partner die Familienverhältnisse grundsätzlich nur unvollständig abgebildet werden können. Partnerschaften sind dann aus den hier betrachteten Daten nicht ersichtlich. Da Kinder gegebenenfalls nur über jeweils eine der beiden Partnerpersonen familienversichert sind, ist auch die Zuordnung von Kindern nur bei einer der beiden Partnerpersonen ersichtlich. Weitgehend eindeutige Aussagen zur Familiengröße sind nur in eher seltenen Fällen möglich, in denen die Partnerin oder der Partner einer Erwerbsperson selbst auch familienversichert ist (was, wie bereits erwähnt, bei lediglich 4,5 Prozent der Erwerbspersonen der Fall war).

Abbildung 28 auf Seite 63 zeigt zunächst den Anteil der Männer und Frauen differenziert nach 5-Jahres-Altersgruppen, bei denen im Jahr 2025 Kinder familienversichert waren (vergleiche rechts dargestellte Achsenbeschriftung). Während unter den Erwerbspersonen im Alter von unter 50 Jahren Kinder häufiger über Frauen beziehungsweise Mütter versichert waren, lag der Anteil im Alter ab 50 Jahren bei Männern höher. Mit Abstand am häufigsten waren Kinder über Frauen im hier fokussierten Lebensalter von 35 bis 54 Jahren – also bei Frauen in der Lebensmitte – familienversichert. Bei Männern finden sich die höchsten Raten im Alter zwischen 40 und 54 Jahren, also in einem rund fünf Jahre höheren Alter als bei Frauen. Maßgebliche Ursache hierfür dürfte sein, dass Männer in Partnerschaften auch weiterhin tendenziell älter als Frauen sind.

Anteile von Erwerbspersonen mit familienversicherten Kindern nach Geschlecht und Alter 2025

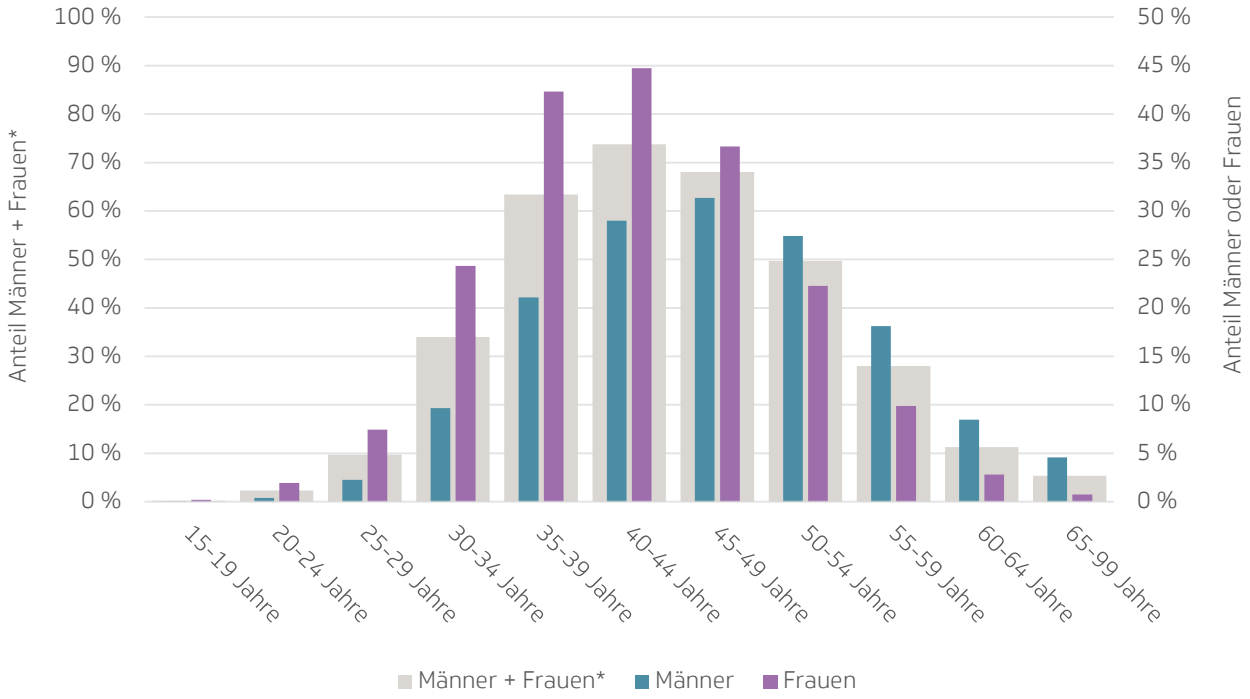

Abbildung 28 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker; zugeordnete familienversicherte Kinder; * approximativ ermittelte Kennzahlen mit (fiktiver) Berücksichtigung der über Partnerinnen und Partner versicherten Kinder)

Da in den betrachteten Daten nur ausnahmsweise Partnerinnen und Partner auch individuell zugeordnet werden können, ist bei den meisten Erwerbspersonen ohne zugeordnete familienversicherte Kinder unklar, ob solche nicht doch existieren und dann über einen gegebenenfalls vorhandenen Partner oder eine gegebenenfalls vorhandene Partnerin familienversichert sind. Sinngemäß sind Kinder in den Daten nur bei rund der Hälfte der eigentlich betroffenen Erwerbspersonen erkennbar, die wahren Betroffenenraten müssten insgesamt etwa doppelt so hoch liegen. Einen wenigstens ungefähren und approximativen Eindruck von diesen „wahren Betroffenenraten“ kann man erhalten, wenn man die Anteile mit familienversicherten Kindern von männlichen und weiblichen Erwerbspersonen aufaddiert, woraus dann die Werte zu den in Abbildung 28 grau dargestellten Balken (mit Werteangaben auf der links dargestellten Achse) resultieren. Gemäß dieser Abschätzung dürften bei mehr als 60 Prozent der Erwerbspersonen in der Lebensmitte auch Kinder familienversichert sein. Für die Altersgruppe von 35 bis 54 Jahren lässt sich ein approximativer Anteil von 63,7 Prozent ermitteln, bezogen auf Erwerbspersonen aus allen Altersgruppen lag der Anteil bei nur 36,9 Prozent (vergleiche Tabelle 11 auf Seite 64).

Familienversicherte Kinder bei Erwerbspersonen 2025

	Anteil der Erwerbspersonen mit familienversicherten Kindern			Anzahl der familienversicherten Kinder (Mittelwerte; in Klammern je betroffener Person)		
Alter in Jahren	Männer	Frauen	Männer + Frauen*	Männer	Frauen	Männer + Frauen*
15-34	4,2 %	11,2 %	15,4 %	0,06 (1,48)	0,15 (1,37)	0,22 (1,40)
35-54	27,0 %	36,7 %	63,7 %	0,48 (1,79)	0,59 (1,60)	1,07 (1,68)
55 und älter	12,1 %	5,8 %	18,0 %	0,17 (1,42)	0,07 (1,22)	0,24 (1,35)
Gesamt	16,1 %	20,9 %	36,9 %	0,27 (1,69)	0,32 (1,53)	0,59 (1,60)

Tabelle 11 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert ET2025; zugeordnete familienversicherte Kinder; * approximativ ermittelte Kennzahlen mit (fiktiver) Berücksichtigung der über Partnerinnen und Partner versicherten Kinder)

Neben den Anteilswerten enthält Tabelle 11 auch Angaben zur Anzahl der im Jahr 2025 durchschnittlich je Erwerbsperson familienversicherten Kinder. Die Anzahl lag – bezogen auf alle Frauen mit Erwerbspersonenstatus in der Lebensmitte – bei durchschnittlich 0,59 Kindern. Bezogen auf Frauen mit über sie selbst familienversicherten Kindern ergibt sich in dieser Altersgruppe ein Durchschnittswert von 1,60 (vergleiche Zahlenangaben in Klammern). Dass dieser auf Betroffene bezogene Wert bei Männern mit 1,79 noch etwas höher liegt, könnte damit zusammenhängen, dass Frauen bei einer größeren Kinderzahl häufiger zumindest phasenweise nicht mehr berufstätig sind und Kinder deshalb doch eher über die Männer beziehungsweise Väter familienversichert werden. Basierend auf Informationen zu Familienversicherten verdeutlichen die in Tabelle 11 dargestellten Ergebnisse zunächst die erwartbare Tatsache, dass Erwerbspersonen im mittleren Lebensalter im Vergleich zu Jüngeren oder Älteren mit Abstand am häufigsten mit der Betreuung von Kindern befasst sind.

Tabelle 12 auf Seite 65 liefert, bezogen ausschließlich auf Erwerbspersonen in der Lebensmitte mit familienversicherten Kindern, Informationen dazu, wie sich die Kinder dieser Eltern(teile) auf unterschiedliche Altersgruppen verteilen. Kinder im Säuglingsalter spielen nur bei knapp zehn Prozent der Eltern in der Lebensmitte eine Rolle (wohingegen dies bei jüngeren Eltern zu mehr als 50 Prozent der Fall ist; Ergebnisse nicht dargestellt). Eine eher untergeordnete Rolle spielen auch volljährige Kinder, also Kinder, die sich beispielsweise bereits im Studium befinden. Diese waren bei nur rund zehn Prozent der Eltern in der Lebensmitte zugeordnet, bilden aber dann bei noch älteren Eltern einen sehr wesentlichen Teil der familienversicherten Kinder. Bei knapp 68 Prozent der Elternteile in der Lebensmitte waren Kinder im Alter von 0 bis 11 Jahren familienversichert. In diesem Alter ist für betreuende Eltern gegebenenfalls auch der Bezug von Kinderkrankengeld möglich. Diese Aussage gilt gleichermaßen für Männer und Frauen.

Kinder von Eltern im mittleren Lebensalter: Verteilung auf ausgewählte Altersgruppen 2025

	Anzahl familienversicherte Kinder nach zugeordnetem Elternteil		
Altersgruppen	Frauen	Männer	Frauen oder Männer
Kinder 0-1 Jahre (Säuglingsalter)	0,10	0,09	0,10
Kinder 2-6 Jahre (Vorschulalter)	0,41	0,40	0,41
Kinder 7-11 Jahre (vorrangig Grundschulalter)	0,49	0,56	0,52
Kinder und Jugendliche 12-18 Jahre (bis Volljährigkeit)	0,50	0,61	0,55
Volljährige 19-25 Jahre	0,10	0,12	0,11
Gesamtzahl der Kinder	**1,60**	**1,79**	**1,68**
	Anteile zugeordneter Elternteil mit Kindern aus bestimmten Altersgruppen		
Altersgruppen	Frauen	Männer	Frauen oder Männer
Anteil Eltern mit Kindern 0-1 Jahre (Säuglinge)	9,7 %	8,9 %	9,4 %
Anteil Eltern mit Kindern 0-6 Jahre (Kleinkinder insgesamt)	39,6 %	37,9 %	38,8 %
Anteil Eltern mit Kindern 0-11 Jahre (Kinder im Kinderkrankengeldrelevanten Alter insgesamt)	67,8 %	67,6 %	67,7 %
Anteil Eltern mit Kindern 7-18 Jahre (Schulalter)	69,0 %	74,1 %	71,3 %
Anteil Eltern mit Kindern >18 Jahre (volljährig)	9,3 %	10,4 %	9,8 %

Tabelle 12 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker im Alter von 35 bis 54 Jahren, standardisiert ET2025; zugeordnete familienversicherte Kinder)

Kinderkrankengeld sowie Zusammenhänge zwischen Elternschaft und regulär gemeldeten Fehlzeiten Tabelle 13 auf Seite 66 zeigt die durchschnittlich im Jahr 2025 zu weiblichen und männlichen Erwerbspersonen dokumentierten regulären Arbeitstage je 100 VJ, an denen Kinderkrankengeld bezogen wurde. Da für den in allen Geschlechts- und Altersgruppen überwiegenden Teil der Erwerbspersonen auch ohne familienversicherte Kinder nicht auszuschließen ist, dass über eine Partnerin oder einen Partner familienversicherte Kinder existieren (vergleiche Tabelle 11 auf Seite 64), erscheint zur Beschreibung der Gesamtsituation zunächst die Betrachtung aller Männer und Frauen am geeignetsten.

Während altersübergreifend bei Männern durchschnittlich 8,5 Kinderkrankengeldtage (KKGT) je 100 VJ erfasst wurden, waren es bei Frauen 21,4 KKGT und damit 2,5-mal mehr. Bei Frauen in der Lebensmitte lag dieser Wert mit 38,0 KKGT je 100 VJ am höchsten und dabei rund 2,4-mal höher als bei gleichaltrigen Männern mit 16,2 KKGT je 100 VJ. Inhaltlich relevant erscheint an dieser Stelle der Hinweis, dass selbst bei Frauen in der Lebensmitte die erfassten 38 Tage je 100 VJ mit Kinderkrankengeldbezug, gemessen an ansonsten gemeldeten Arbeitsfehlzeiten von 2.007 AU-Tagen je 100 VJ (vergleiche Tabelle 5 auf Seite 51), lediglich ein Plus an Fehlzeiten von weniger als zwei Prozent bedeuten.

Kinderkrankengeldtage je 100 VJ bei Frauen und Männern mit Erwerbspersonenstatus 2025

	Frauen mit familienversicherten Kindern sowie gesamt			Männer mit familienversicherten Kindern sowie gesamt			Frauen versus Männer (Faktor)		
Alter in Jahren	Kinder bis 11 Jahre	Mit Kindern	Alle Frauen	Kinder bis 11 Jahre	Mit Kindern	Alle Männer	Kinder bis 11 Jahre	Mit Kindern	Alle
15-34	87,6	87,3	**15,3**	30,4	30,3	**4,4**	2,9	2,9	3,5
35-54	98,6	69,7	**38,0**	28,9	23,0	**16,2**	3,4	3,0	2,4
55 und älter	57,5	2,5	**0,4**	15,6	2,4	**0,8**	3,7	1,0	0,5
Gesamt	84,5	57,1	**21,4**	25,9	19,9	**8,5**	3,3	2,9	2,5

Tabelle 13 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert ET2025)

Kinderkrankengeld

Fehlzeiten

Frauen in der Lebensmitte bezogen 2025 durchschnittlich 38,0 Tage Kinderkrankengeld je 100 VJ, Männer gleichen Alters nur 16,2 Tage. Waren bei ihnen Kinder unter zwölf Jahren familienversichert, lag der Wert bei Frauen bei 98,6 Tagen und damit rund 3,4-mal so hoch wie bei Männern. Überraschenderweise waren Frauen in der Lebensmitte mit familienversicherten Kindern unter zwölf Jahren mit insgesamt 1.802 AU-Tagen je 100 VJ weniger krankgeschrieben als Frauen dieser Altersgruppe insgesamt mit 2.007 Tagen je 100 VJ.

Ein Bezug von Kinderkrankengeld setzt voraus, dass in der eigenen Familie/Partnerschaft Kinder existieren und im Regelfall auch, dass diese Kinder unter 12 Jahre alt sind. Mit den hier betrachteten Daten lässt sich dies nur für die Subgruppen derjenigen Elternteile verifizieren, über die die Kinder selbst familienversichert sind. Beschränkt man die Auswertung auf diejenigen Elternteile, bei denen nachweislich Kinder im Alter von unter 12 Jahren versichert waren und damit im Falle erkrankter Kinder ein Anspruch auf Kinderkrankengeld bestand, dann finden sich in diesen Gruppen durchschnittlich deutlich mehr Tage mit Bezug von Kinderkrankengeld. Bei Frauen in der Lebensmitte waren es 98,6 Tage je 100 VJ und damit pro durchgängig beschäftigter Frau mit Kindern in einem entsprechenden Alter rund ein Tag mit einem Kinderkrankengeldbezug pro Jahr. Dieser Wert lag um den Faktor 3,4 höher als bei Männern mit familienversicherten Kindern in einem entsprechenden Alter. Im Falle von erkrankten Kindern sind es demnach unter vergleichbaren Bedingungen weit überwiegend Frauen, die deshalb ihre Berufstätigkeit unterbrechen und die Möglichkeit zum Bezug von Kinderkrankengeld nutzen.

Bezogen auf die Frauen in der Lebensmitte mit Kindern im Alter von unter 12 Jahren stellt sich die Frage, inwiefern sich die Betreuung der Kinder auch auf die regulär erfassten Krankschreibungen auswirkt. Dabei liegt zunächst die Vermutung nahe, dass die Belastung der Mütter durch die Kinderbetreuung zu mehr Erkrankungen und dann auch zu überdurchschnittlichen Fehlzeiten führen könnte.

Um diese Vermutung zu prüfen, werden in Tabelle 14 auf Seite 67 gemeldete Fehlzeiten differenziert nach Kapiteln der ICD-10-Klassifikation bei Frauen in der Lebensmitte mit zugeordneten Kindern im Alter unter 12 Jahren mit denjenigen Fehlzeiten verglichen, die für die Gesamtgruppe der Frauen in der Lebensmitte ermittelt wurden und bereits in der ersten Ergebnisspalte von Tabelle 5 auf Seite 51 enthalten sind (ein hier inhaltlich sicher wünschenswerterer Vergleich mit Ergebnissen zu Frauen ohne Kinder ist aus bereits beschriebenen Gründen nicht möglich). Nur ergänzend sind am Ende der Tabelle auch nochmals Angaben zu Tagen mit Bezug von Kinderkrankengeld wiedergegeben, die in den Daten und Ergebnissen zu routinemäßig betrachteten AU-Meldungen nicht berücksichtigt sind.

Frauen in der Lebensmitte mit Kindern im Alter von 0 bis 11 Jahren versus alle Frauen aus entsprechenden Altersgruppen: AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen gemäß ICD-10-Kapiteln 2025

		AU-Tage je 100 VJ bei Frauen in der Lebensmitte		
Diagnosekapitel		Kinder bis 11 Jahre	Alle Frauen	Differenz
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	97,9	97,1	0,8
02	Neubildungen	89,0	85,5	3,5
04	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	12,5	12,7	-0,2
05	Psychische und Verhaltensstörungen	401,6	469,1	-67,6
06	Krankheiten des Nervensystems	54,1	64,8	-10,7
07	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	9,5	10,5	-1,0
08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	18,5	17,5	1,0
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	29,7	35,3	-5,7
10	Krankheiten des Atmungssystems	423,4	417,8	5,5
11	Krankheiten des Verdauungssystems	54,6	59,7	-5,1
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	11,5	12,8	-1,3
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	202,4	259,4	-57,0
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	30,9	36,1	-5,2
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	28,8	20,2	8,6
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	112,4	133,5	-21,0
19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	99,9	125,3	-25,3
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	107,9	129,5	-21,6
22	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	54,6	59,7	-5,1
Gesamt		**1.802**	**2.007**	**-205**
Kinderkrankengeldtage		**98,6**	**38,0**	**60,6**

Tabelle 14 (Weibliche Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker im Alter von 35 bis 54 Jahren, standardisiert ET2025; Darstellung ohne ICD-10-Kapitel 03, 16, 17 und 20 mit insgesamt weniger als 7 AU-Tagen je 100 VJ)

Die inhaltlich und resümierend wesentlichsten Ergebnisse sind den letzten Zeilen in Tabelle 14 zu entnehmen: Anders als eingangs vermutet, sind Frauen in der Lebensmitte mit definitiv zugeordneten Kindern mit 1.802 AU-Tagen je 100 VJ durchschnittlich merklich weniger Tage arbeitsunfähig gemeldet, als dies in der Gesamtgruppe mit 2.007 AU-Tagen je 100 VJ der Fall ist. Anders formuliert fehlte eine Frau mit Kindern im Alter von unter 12 Jahren im Jahr 2025 erkrankungsbedingt nur rund 18 Tage am Arbeitsplatz und damit zwei Tage weniger, als dies bezogen auf alle Frauen in der Lebensmitte der Fall war. Selbst wenn man den knapp einen Kinderkrankengeldtag hinzuzählt, liegen die Fehlzeiten bei Frauen mit Kindern niedriger. Dabei lässt sich vermuten, dass diese Bilanz für Frauen mit Kindern noch positiver ausfallen würde, wenn man an dieser Stelle explizit Fehlzeiten von Frauen ohne Kinder gegenüberstellen könnte (was mit den verfügbaren Informationen jedoch nicht möglich ist).

Hinweise auf mögliche Ursachen für diese Beobachtung ergeben sich aus den nach Diagnosekapiteln differenzierten Ergebnissen in Tabelle 14. Sehr maßgeblich für geringere Fehlzeiten bei Frauen mit Kindern verantwortlich sind geringere Fehlzeiten mit Diagnosen von psychischen Störungen und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Auch deutlich in diese Richtung wirken sich ansonsten insbesondere Fehlzeiten mit Diagnosen aus den Kapiteln 18 (Symptome), 19 (Verletzungen) sowie 21 (Faktoren) aus. Zum Teil könnte dies aus mental stabilisierenden Wirkungen der Familiensituation (im Hinblick auf psychische Störungen, Symptome und Faktoren) sowie angepassten Verhaltensweisen (im Hinblick auf Verletzungen) resultieren. Allerdings

Beschäftigungsverhältnisse

Frauen seltener in Vollzeit

Frauen in der Lebensmitte waren im Hinblick auf die schulische Bildung höher qualifiziert als gleichaltrige Männer. Sie hatten allerdings etwas seltener akademische Ausbildungsabschlüsse und arbeiteten seltener in Berufen mit komplexen oder hochkomplexen Tätigkeiten.

Deutliche Unterschiede zeigen sich beim Beschäftigungsumfang: Nur 47,3 Prozent der Frauen in der Lebensmitte arbeiteten in Vollzeit, bei Männern waren es 88,6 Prozent. Bei Frauen mit eigenen familienversicherten Kindern lag der Anteil sogar nur bei 40,5 Prozent, während Männer mit familienversicherten Kindern noch häufiger in Vollzeit arbeiteten als Männer insgesamt.

ist – mit eher umgekehrter Wirkrichtung und im Sinne eines Selektionseffektes – auch abzuwägen, inwiefern eine eher „überdurchschnittliche Gesundheit" schon im Vorfeld die Bereitschaft und Wahrscheinlichkeiten für eine Elternschaft erhöht haben könnte. Schließlich wäre auch noch abzuwägen, ob bei Eltern in manchen Momenten für eigene Erkrankungen sinngemäß „schlicht keine Zeit" bleibt, wobei dies bezogen auf AU-Meldungen aber vermutlich eine eher untergeordnete Rolle spielen dürfte.

Bei einigen Kapiteln zeigen sich für Frauen mit Kindern auch gering bis moderat höhere Fehlzeiten als in der Gesamtgruppe aller Frauen in der Lebensmitte. Dies gilt erwartungsgemäß für das Kapitel „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett", da zumindest die Frauen mit Geburt innerhalb des Jahres 2025 und anschließender Familienversicherung ihres Kindes automatisch der Gruppe von „Frauen mit Kindern im Alter von unter 12 Jahren" zugeordnet wurden.

Etwas höhere Fehlzeiten mit Diagnosen aus dem Kapitel „Krankheiten des Atmungssystems" (oftmals Erkältungen) sowie geringfügig höhere Fehlzeiten aus den Kapiteln 01 (Infektionen) sowie 08 (Krankheiten des Ohres) deuten insgesamt auf ein leicht erhöhtes Infektionsgeschehen bei Frauen mit Kindern hin. Naheliegend wäre hier die Erklärung, dass Frauen über den Kontakt mit ihren Kindern und deren Kontakte in der Kinderbetreuung oder Schule häufiger mit Keimen als Frauen ohne Kinder konfrontiert sind. Auch diese Beobachtungen deuten insofern per se zwar auf eine gewisse Belastung, nicht aber auf besondere gesundheitliche Defizite hin. Demgegenüber erscheinen die leicht erhöhten Fehlzeiten bei Frauen mit Kindern im Hinblick auf Neubildungen – anders als die vorausgehend erläuterten Beobachtungen – zunächst schwer erklärlich. Weiterführende und hier nicht näher dargelegte Analysen zeigen, dass für das Ergebnis ausschließlich fallbezogen überdurchschnittlich lange Arbeitsunfähigkeiten bei Frauen mit Kindern verantwortlich sind. Der Anteil der Frauen mit neubildungsbedingten Arbeitsunfähigkeiten liegt bei den Frauen mit Kindern jedoch eher niedriger als in der Gesamtgruppe aller Frauen in der Lebensmitte. Frauen mit Kindern sind also seltener von Neubildungen betroffen, im Falle einer Betroffenheit dann aber überdurchschnittlich lang arbeitsunfähig gemeldet. Dies ist gut nachvollziehbar, da Frauen mit Kindern auch im Falle von schwerwiegenderen Erkrankungen die Betreuung der Kinder in der Regel nicht einfach „delegieren" können, obwohl dies in manchen Situationen sicherlich hilfreich wäre.

Beschäftigungsverhältnisse, Ausbildung und berufliche Stellung Neben den Informationen zu Arbeitsunfähigkeitsmeldungen sowie Arzneiverordnungen zählen auch Angaben zu Beschäftigungsverhältnissen zu den Merkmalen, die regelmäßig im Gesundheitsreport betrachtet werden. Zum Abschluss der Auswertungen zum Schwerpunktthema soll nachfolgend dargestellt werden, wie sich Schul- und Ausbildung sowie Beschäftigungsverhältnisse bei Frauen in der Lebensmitte auf Basis routinemäßig verfügbarer Informationen in Krankenkassendaten von denen bei Männern aus entsprechenden Altersgruppen unterscheiden. Entsprechende Ergebnisse sind in Tabelle 15 auf Seite 69 gelistet und in den Abbildungen 29, 30, 31 und 32 auf den Seiten 70 bis 73 grafisch dargestellt. Da die Angaben aus Meldungen von Arbeitgebern an die Sozialversicherungsträger stammen, sind sie hier ausschließlich für diejenigen Personen verfügbar, die innerhalb des Jahres wenigstens kurzfristig berufstätig waren, was in der hier betrachten Gruppe jedoch bei 98,6 Prozent der Fall war. Bei der Meldung von bestimmten Merkmalen können Arbeitgeber auch „unbekannt" angeben. Dies betrifft insbesondere Angaben zu Schul- und Ausbildungsabschlüssen. Die Prozentangaben in Tabelle 15 und den entsprechenden Abbildungen beziehen sich dann ausschließlich auf die anteilige Verteilung der bekannten

Angaben zu Abschlüssen. Die in der Tabelle und den Abbildungen genannten Bezeichnungen von Merkmalsausprägungen entsprechen dem Wording im Schlüsselverzeichnis der Bundesagentur für Arbeit, das als Referenzdokument für die Datenübermittlung gelten kann (Bundesagentur für Arbeit, 2025).

Frauen und Männer in der Lebensmitte: Angaben zu Schul- und Ausbildungsabschlüssen, Art der Beschäftigung sowie Anforderungsniveau 2025

Merkmal	Bezeichnung von Merkmalsausprägungen*	Frauen	Männer
Schulabschluss (Anteil mit Angaben: 77,8 %)	Ohne Schulabschluss	0,7 %	1,2 %
	Haupt-/Volksschulabschluss	6,7 %	11,9 %
	Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	29,1 %	24,4 %
	Abitur/Fachabitur	63,5 %	62,5 %
Ausbildungsabschluss (Anteil mit Angaben: 81,2 %)	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,0 %	5,1 %
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	51,7 %	43,1 %
	Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss	3,1 %	7,8 %
	Bachelor	8,5 %	9,4 %
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	28,9 %	30,5 %
	Promotion	3,8 %	4,2 %
Art der Beschäftigung (Anteil mit Angaben: 98,6 %)	Vollzeit (entsprechend der tariflich bzw. betrieblich festgelegten Regelarbeitszeit)	47,3 %	88,6 %
	Unbefristet (Arbeitsvertrag auf unbestimmte Zeit abgeschlossen)	81,4 %	86,1 %
	Aufsichts- und Führungskraft (gem. 4. Stelle des Tätigkeitsschlüssels)	5,3 %	10,8 %
Anforderungsniveau (gem. 5. Stelle des Tätigkeitsschlüssels; Anteil mit Angaben: 98,6 %)	Berufe mit Helfer- und Anlerntätigkeiten	8,4 %	7,1 %
	Berufe mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten	46,1 %	37,1 %
	Berufe mit komplexen Spezialistentätigkeiten	20,7 %	23,6 %
	Berufe mit hochkomplexen Tätigkeiten	24,8 %	32,2 %

Tabelle 15 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker im Alter von 35 bis 54 Jahren, standardisiert ET2025; * Bezeichnungen gemäß: Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 2010 – überarbeitete Fassung 2020, Stand: Februar 2025 [Bundesagentur für Arbeit, 2025])

Definitive Angaben zum **Schulabschluss** waren zu 79,2 Prozent der Frauen und 76,4 Prozent der Männer verfügbar. Nach altersstandardisierten Auswertungen von TK-Daten war bei mehr als 60 Prozent der weiblichen und männlichen Berufstätigen in der Lebensmitte ein Abitur oder Fachabitur als höchster Schulabschluss dokumentiert. Frauen hatten dabei moderat häufiger als Männer höhere Schulabschlüsse: Während 92,6 Prozent der Frauen mindestens über eine Mittlere Reife verfügten, lag der entsprechende Anteil bei Männern bei nur 87,0 Prozent. Geringfügige Abweichungen zwischen den im Text genannten und den in der Tabelle ausgewiesenen Prozentwerten können rundungsbedingt auftreten, da die Berechnungen auf ungerundeten Ausgangswerten basieren. Im Hinblick auf die schulische Bildung sind Frauen in der Lebensmitte also höher qualifiziert als Männer aus entsprechenden Altersgruppen (vergleiche Abbildung 29 auf Seite 70).

Frauen und Männer in der Lebensmitte: Angaben zum Schulabschluss 2025

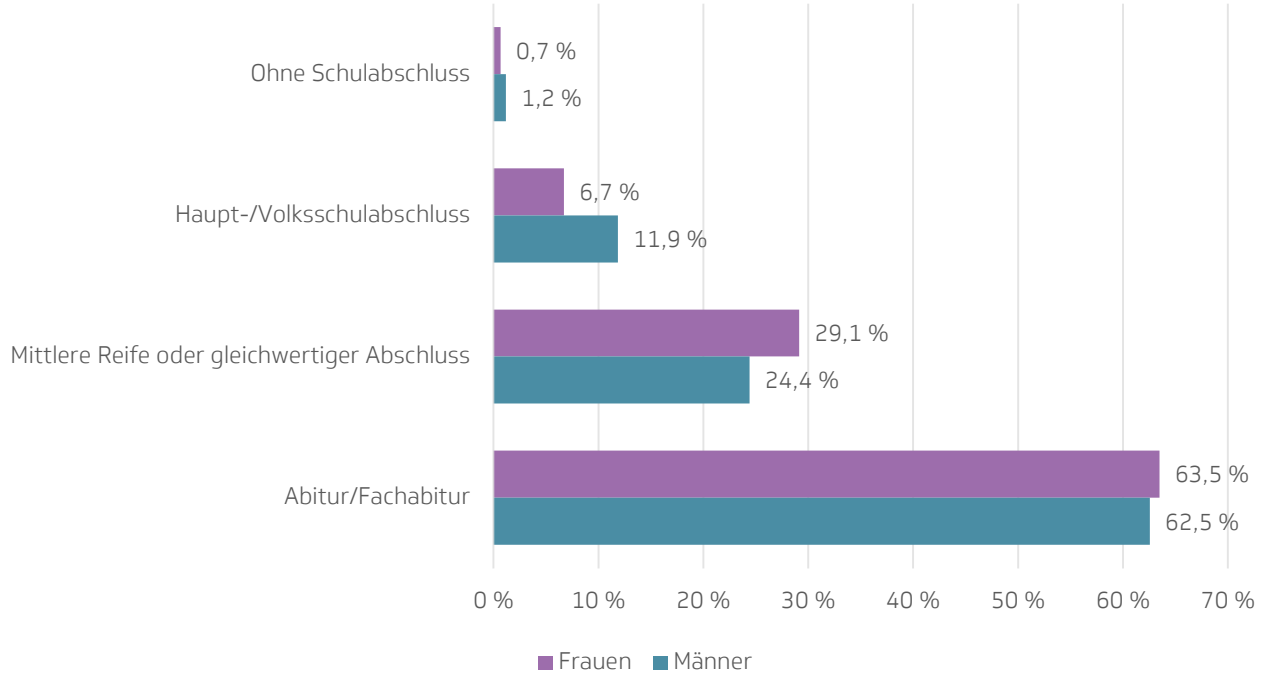

Abbildung 29 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker im Alter von 35 bis 54 Jahren, standardisiert ET2025; Anteil mit Angaben zum Schulabschluss: 77,8 Prozent)

Die bislang höchsten **Ausbildungsabschlüsse** lassen sich in sechs Kategorien angeben. Entsprechende Angaben lagen zu 82,6 Prozent der Frauen und 79,8 Prozent der Männer vor. Am häufigsten war der Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung angegeben. Über einen akademischen Ausbildungsabschluss verfügten insgesamt 41,3 Prozent der Frauen und 44,0 Prozent der Männer (vergleiche Abbildung 30 auf Seite 71). Dass dieser Anteil bei Frauen etwas geringer ausfällt, könnte eventuell damit zusammenhängen, dass eine Mutterschaft bei einigen Frauen den Abschluss des Studiums verhindert.

Frauen und Männer in der Lebensmitte: Angaben zum Ausbildungsabschluss 2025

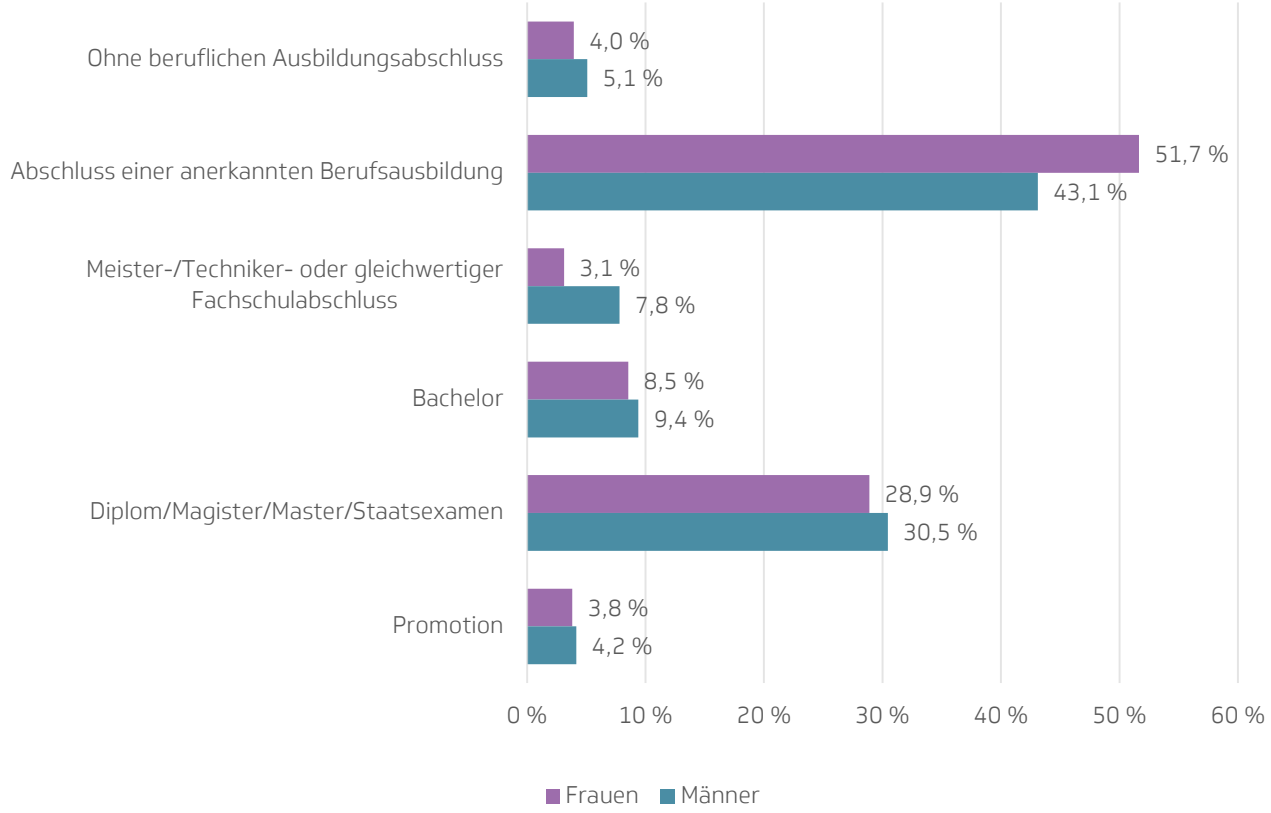

Abbildung 30 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker im Alter von 35 bis 54 Jahren, standardisiert ET2025; Anteil mit Angaben zum Ausbildungsabschluss: 81,2 Prozent)

Sehr eindeutige geschlechtsabhängige Unterschiede zeigen sich beim zeitlichen Umfang der Berufstätigkeit. So waren Frauen in der Lebensmitte zu einem Anteil von lediglich 47,3 Prozent in einer **Vollzeitanstellung** berufstätig, womit hier gemäß Definition des Schlüssels allerdings ausschließlich eine Beschäftigung mit 100 Prozent der tariflich beziehungsweise betrieblich festgelegten Regelarbeitszeit erfasst wird und dementsprechend eine Reduktion der Arbeitszeit auf 90 Prozent nicht mehr als Vollzeitbeschäftigung gelten sollte. Der Anteil in Vollzeitanstellung lag bei Männern demgegenüber bei 88,6 Prozent (vergleiche Abbildung 31 auf Seite 72). Die Subgruppe der Männer mit eigenen familienversicherten Kindern arbeitete mit 91,3 Prozent zu einem noch höheren Anteil in Vollzeit – vermutlich mitbedingt durch einen höheren Finanzbedarf. Bei Frauen mit eigenen familienversicherten Kindern lag der Anteil in Vollzeit mit 40,5 Prozent demgegenüber noch deutlich niedriger – hier vermutlich mitbedingt durch die höheren (eingeplanten) Zeiten für die Kinderbetreuung.

Frauen in der Lebensmitte waren etwas seltener als Männer **unbefristet** angestellt. Mit einem Anteil von 5,3 Prozent waren sie zudem nur etwa halb so häufig wie Männer mit 10,8 Prozent als **Aufsichts- oder Führungskräfte** beschäftigt (vergleiche Abbildung 31 auf Seite 72).

Frauen und Männer in der Lebensmitte: Angaben zur Art der Beschäftigung 2025

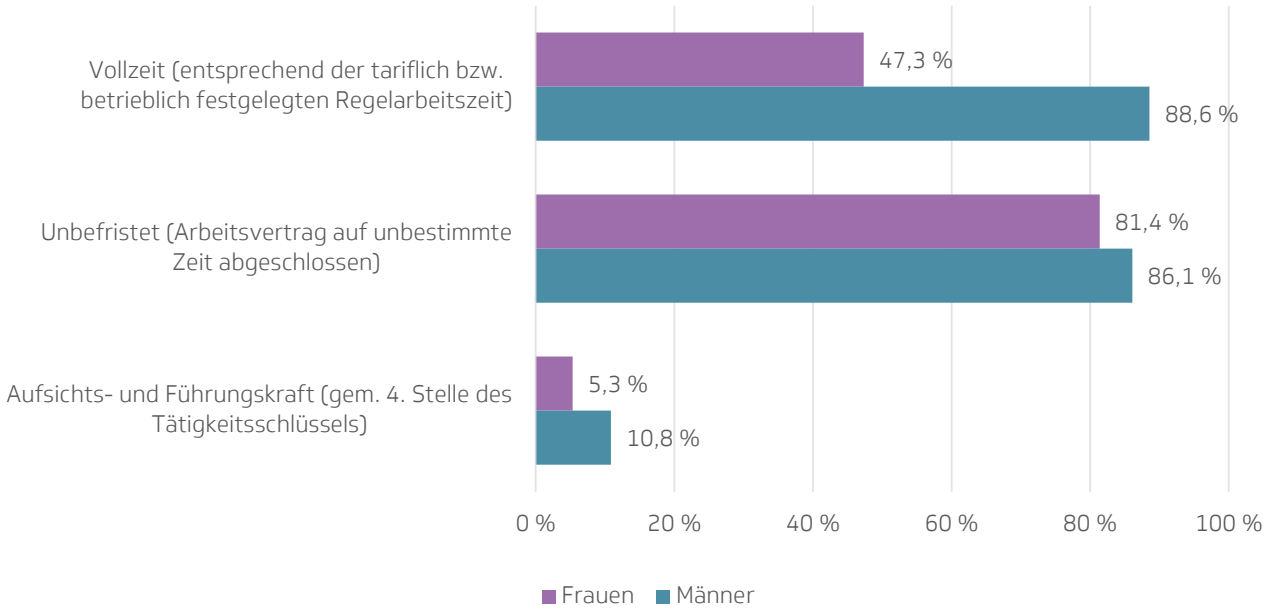

Abbildung 31 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker im Alter von 35 bis 54 Jahren, standardisiert ET2025; Anteil mit Angaben zur Art der Beschäftigung: 98,6 Prozent)

Schließlich arbeiteten Frauen in der Lebensmitte mit einem Anteil von 45,5 Prozent nach den in der 5. Stelle des Tätigkeitsschlüssels berufsübergreifend klassifizierten Angaben zum **Anforderungsniveau** seltener in Berufen mit komplexen oder hochkomplexen Tätigkeiten als Männer mit einem Anteil von 55,8 Prozent (vergleiche Abbildung 32 auf Seite 73). Dabei gilt nach ergänzenden Auswertungen, dass sich bei einer Beschränkung der Auswertung auf Elternteile mit nachweislich über sie familienversicherten Kindern überraschenderweise mit 49,1 Prozent und 62,9 Prozent bei beiden Geschlechtern noch merklich höhere Anteile dieser Elternteile mit mindestens komplexen Tätigkeiten als in der Gesamtpopulation ermitteln lassen (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt). Demnach lässt sich (zumindest für die hier betrachtete Population) formulieren, dass Elternteile, über die Kinder familienversichert sind, im Vergleich zur Gesamtgruppe der Berufstätigen in der Lebensmitte überdurchschnittlich häufig in hoch qualifizierten Berufen arbeiten (wobei bei allen Auswertungen gleichartig altersstandardisiert wurde und insofern potenziell unterschiedliche Verteilungen auf Altersgruppen bei Subgruppenanalysen keinen Einfluss haben sollten). Eine Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass Hochqualifizierte mit Kindern auch bei einer Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze häufiger in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben als Kinderlose, da allein die Möglichkeit der beitragsfreien Familienversicherung von Kindern für sie einen Mehrwert darstellt, was sie für Kinderlose nicht tut.

Frauen und Männer in der Lebensmitte: Angaben zum Anforderungsniveau 2025

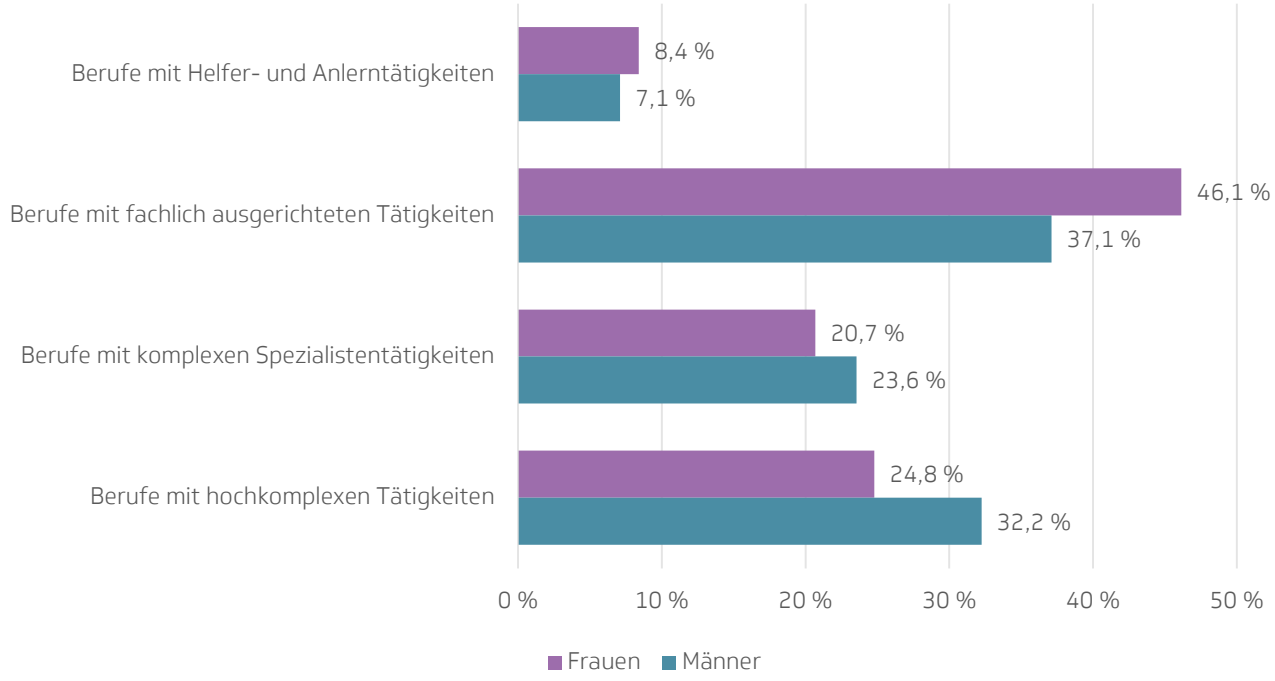

Abbildung 32 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker im Alter von 35 bis 54 Jahren, standardisiert ET2025; Anteil mit Angaben zum Anforderungsniveau gemäß 5. Stelle des Tätigkeitsschlüssels: 98,6 Prozent)

Zusammenfassung Der diesjährige Gesundheitsreport widmet sich schwerpunktmäßig berufstätigen Frauen im mittleren Lebensalter, also zwischen Mitte dreißig und Mitte fünfzig. Wie in Kapitel 1 des Reports dargestellt, ist diese Lebensphase von unterschiedlichen Anforderungen geprägt: Viele Frauen übernehmen neben ihrer Erwerbstätigkeit auch Care-Arbeit. Zugleich durchläuft bereits ein Teil von ihnen mit den Wechseljahren eine körperliche Umstellungsphase, die mit Beschwerden und Einschränkungen der Leistungsfähigkeit einhergehen kann. Ziel des vorliegenden Kapitels ist es, anhand der bei Krankenkassen routinemäßig verfügbaren Daten Hinweise darauf zu gewinnen, welche gesundheitlichen und beruflichen Aspekte bei Frauen in der Lebensmitte eine besondere Rolle spielen.

Um bei Auswertungen von Routinedaten zum Schwerpunkt bereits eine zukünftig im Gesundheitsreport regulär zur Altersstandardisierung genutzte Population verwenden zu können, beziehen sich die Auswertungen zu Personen in der Lebensmitte hier auf Menschen im Alter von 15 bis 54 Jahren, während bei der Befragung in Kapitel 1 des Schwerpunktes auch Berufstätige im Alter von 55 Jahren noch einbezogen wurden. Hingewiesen sei darauf, dass durch diese methodisch bedingt leicht unterschiedlichen Vorgehensweisen inhaltliche Aussagen der Auswertungen nicht nennenswert beeinflusst werden. So wären durch den Einbezug von 55-Jährigen auch bei den Auswertungen der Routinedaten zwar rund 4,5 Prozent mehr Erwerbspersonen mit insgesamt um 1,5 Prozent höheren Fehlzeiten je Versicherungsjahr berücksichtigt worden, hier fokussierte Unterschiede zwischen Männern und Frauen wären aber mit Ergebnisabweichungen unterhalb von vier Promille nahezu identisch geblieben.

Grundlegende Auswertungen zeigen zunächst Zunahmen der insgesamt erfassten Arbeitsunfähigkeitszeiten und Arzneimittelverordnungen mit steigendem Alter sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Deutlich unterscheiden sich Frauen und Männer dabei hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitszeiten: Frauen waren im Schnitt insgesamt merklich länger als gleichaltrige Männer arbeitsunfähig gemeldet.

Um Hinweise auf spezifische gesundheitliche Belastungen von Frauen in der Lebensmitte zu erhalten, wurden die Diagnosen der gemeldeten **Arbeitsunfähigkeiten** betrachtet. Zu deutlich mehr Fehltagen als bei gleichaltrigen Männern führen bei den Frauen insbesondere Krankheiten aus den Ka-

piteln 05 „Psychische und Verhaltensstörungen“, 10 „Krankheiten des Atmungssystems“ und 02 „Neubildungen“. In diesen Kapiteln liegen die Fehlzeiten bei Frauen in der Lebensmitte auch über den Durchschnittswerten bezogen auf alle Erwerbspersonen (sinngemäß und vereinfacht „durchschnittliche Beschäftigte“).

Um diese Befunde genauer einzuordnen, wurden die dreistelligen ICD-10-Diagnosen ermittelt, bei denen die Fehlzeiten von Frauen in der Lebensmitte die Fehlzeiten in der Gesamtgruppe der Erwerbspersonen am stärksten überschreiten. Platz 2 einer Liste von 25 Diagnosen mit den größten Unterschieden belegt Brustkrebs. Diese Krebsdiagnose spielt demnach schon bei Frauen in einem noch relativ jungen Alter im Hinblick auf Fehlzeiten eine vergleichsweise große Rolle, was weniger durch die Fallzahl als durch die erwartungsgemäß oftmals langen Arbeitsausfälle bei betroffenen Frauen bedingt ist. Den Platz 1 und eine Reihe weiterer Plätze der Liste belegen Diagnosen psychischer Störungen. Platz 3 belegt die Diagnose „Akute Infektionen der oberen Atemwege“, mit der zumeist gewöhnliche Erkältungskrankheiten kodiert sind.

Bei der in Kapitel 1 des Reports dargestellten Befragung hatten Frauen im Sinne möglicher Symptome im Zusammenhang mit den Wechseljahren am häufigsten Kopf- und Nackenschmerzen, Schlafstörungen sowie Erschöpfung angegeben. Diese Beschwerden korrespondieren mit den gelisteten und bei Frauen in der Lebensmitte zu überdurchschnittlichen Fehlzeiten führenden Diagnosen „Unwohlsein und Ermüdung“, „Migräne“ sowie „Zervikale Bandscheibenschäden“. Schlafstörungen sind demgegenüber zwar eine relevante und häufiger kodierte Ursache von Arbeitsunfähigkeiten, führen jedoch bei Frauen in der Lebensmitte nur zu moderat höheren Fehlzeiten als im Durchschnitt über alle Erwerbspersonen.

Erwartungsgemäß zu höheren Fehlzeiten als in der Gesamtpopulation führen bei Frauen in der Lebensmitte des Weiteren eine Reihe von Diagnosen, die ausschließlich Frauen betreffen, darunter auch Menstruationsbeschwerden und Endometriose, die zudem auch noch für einen Teil der bei Frauen in der Lebensmitte vermehrt zu Arbeitszeitausfällen führenden Bauch- und Beckenschmerzen verantwortlich sein dürften. Direkt unter der Diagnose Endometriose waren 2025 bei Frauen in der Lebensmitte jedoch nur rund zwei Promille aller Fehltage erfasst.

Während sich das Gesamtverordnungsvolumen an Arzneimitteln zwischen Frauen und Männern in der Lebensmitte nicht wesentlich unterscheidet, lassen sich auch hier bei näherer Betrachtung Unterschiede feststellen. Bei einer ersten Differenzierung auf übergeordneter Ebene zeigt sich, dass Frauen in der Lebensmitte durchschnittlich mehr **Arzneimittel** aus den Gruppen „Urogenitales System und Sexualhormone“, „Systemische Hormonpräparate“ sowie „Nervensystem“ verordnet bekommen, als dies im Durchschnitt über alle Erwerbspersonen der Fall ist. Vergleichsweise niedrig lagen demgegenüber die Verordnungsvolumen bei Arzneimitteln aus den Gruppen „Kardiovaskuläres System“ sowie „Alimentäres System und Stoffwechsel“, was maßgeblich die Folge geringerer Häufigkeiten von kardiovaskulären Erkrankungen und Risikofaktoren wie Bluthochdruck und Diabetes sein sollte.

Weiter differenzierte Betrachtungen zeigen bei Frauen in der Lebensmitte vergleichsweise hohe Verordnungsvolumen von Schilddrüsenpräparaten sowie von Östrogenen und Gestagenen, die nicht primär zur Verhütung genutzt werden. Obwohl hier im Einzelfall nicht auf eine exakte Indikation geschlossen werden kann, lassen sich die häufiger verordneten Substanzen dabei vorrangig der menopausalen Hormontherapie (MHT) zuordnen, die angewendet wird, um den Auswirkungen sinkender Östrogenspiegel im Zuge der Wechseljahre beziehungsweise Menopause entgegenzuwirken. Die Verordnungszahlen deuten, mit gewissen Einschränkungen und Unsicherheiten, darauf hin, dass Auswirkungen der Wechseljahre auch bei Frauen in der Lebensmitte bereits in relevantem Umfang medikamentös behandelt werden. Zugleich zeigen die Zahlen jedoch, dass nur ein kleiner Teil der Frauen mit entsprechenden Hormonen regelmäßig behandelt werden kann. Dies entspricht den Befragungsergebnissen aus Kapitel 1 des vorliegenden Reports. Rückschlüsse auf Häufigkeiten von Wechseljahresbeschwerden sind aus Zahlen zu Arzneiverordnungen nicht möglich.

Andere eher spezifisch indizierte Präparate mit überdurchschnittlich hohen Verordnungsvolumen weisen bei Frauen in der Lebensmitte (erneut) auf die Bedeutung von Endometriose, Migräne und Brustkrebs hin – Rückschlüsse auf Erkrankungshäufigkeiten sind aber auch hier nicht möglich. In Einklang mit der Beobachtung erhöhter Fehlzeiten mit Diagnosen affektiver Störungen sowie neurotischer und Belastungsstörungen ließ sich bei Frauen in der Lebensmitte zudem auch ein erhöhtes Verordnungsvolumen von Antidepressiva mit entsprechenden Anwendungsbereichen beobachten.

Ergänzend wurden routinemäßig bei der Techniker verfügbare Informationen zu **Familienversicherten** sowie zum Kinderkrankengeld mit dem Ziel betrachtet, Informationen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden hinsichtlich der Betreuung von Kindern zu liefern. Als **Kinder** wurden mit gewissen Unschärfen 2,1 Millionen Familienversicherte klassifiziert. Da Kinder nur über jeweils einen von gegebenenfalls

zwei Elternteilen familienversichert sind, gilt bei den hier betrachteten Daten die Einschränkung, dass eine Zuordnung von Kindern auch nur bei einem Elternteil ersichtlich ist. Während bei Erwerbspersonen im Alter von unter 50 Jahren Kinder häufiger über Frauen beziehungsweise Mütter versichert waren, lag der Anteil im Alter ab 50 Jahren bei Männern höher. Mit Abstand am häufigsten waren Kinder dabei über Frauen im hier fokussierten Lebensalter von 35 bis 54 Jahren – also bei Frauen in der Lebensmitte – familienversichert. Insgesamt – und unter Annahme einer partnerschaftlichen Betreuung – dürften bei schätzungsweise gut 60 Prozent der Erwerbspersonen in der Lebensmitte Kinder familienversichert sein (was im Regelfall bis zum 18. und bei Studierenden auch bis zum 25. Geburtstag möglich ist). Bezogen auf Frauen mit über sie selbst familienversicherten Kindern waren durchschnittlich 1,6 Kinder versichert, gut zwei Drittel dieser Frauen hatten dabei auch Kinder im Alter von unter 12 Jahren, bei denen ein Bezug von Kinderkrankengeld möglich ist (was so gleichermaßen auch für Männer in der Lebensmitte mit familienversicherten Kindern gilt).

Da für den in allen Geschlechts- und Altersgruppen überwiegenden Teil der Erwerbspersonen auch ohne familienversicherte Kinder nicht auszuschließen ist, dass über eine Partnerin oder einen Partner familienversicherte Kinder existieren, erscheint zur Einordnung des Bezugs von **Kinderkrankengeld** zunächst die Betrachtung aller Männer und Frauen am geeignetsten. Während 100 Männer in der Lebensmitte 2025 rechnerisch durchschnittlich aufgrund von erkrankten Kindern gut 16 Tage Kinderkrankengeld bezogen, waren es bei 100 Frauen aus entsprechenden Altersgruppen rund 38 Tage und damit rund 2,4-mal mehr. Relevant erscheint dabei allerdings der Hinweis, dass selbst die damit pro Frau und Jahr erfassten 0,38 Tage mit Kinderkrankengeldbezug, gemessen an den ansonsten gemeldeten 20 Fehltagen, lediglich ein Plus von weniger als zwei Prozent bedeuten. Beschränkt man die Auswertung auf diejenigen Elternteile, bei denen nachweislich Kinder im Alter von unter 12 Jahren versichert waren, ließ sich pro Frau in der Lebensmitte durchschnittlich knapp ein Tag mit Bezug von Kinderkrankengeld ermitteln, wobei dieser Wert um den Faktor 3,4 höher als bei Männern mit familienversicherten Kindern in einem entsprechenden Alter lag. Im Falle von erkrankten Kindern sind es demnach unter vergleichbaren Bedingungen weit überwiegend Frauen, die deshalb ihre Berufstätigkeit unterbrechen und die Möglichkeit zum Bezug von Kinderkrankengeld nutzen.

Vor dem geschilderten Hintergrund stellte sich die Frage, inwiefern sich die Betreuung von Kindern auch auf die regulär erfassten Krankschreibungen auswirkt. Anders als zunächst vermutet, sind Frauen in der Lebensmitte mit definitiv zugeordneten Kindern mit durchschnittlich rund 18 Tagen merklich weniger Tage arbeitsunfähig gemeldet, als dies bezogen auf alle Frauen in der Lebensmitte der Fall ist. Selbst wenn man den knapp einen Kinderkrankengeldtag hinzuzählt, liegen die Fehlzeiten bei Frauen mit Kindern niedriger. Sehr maßgeblich für geringere Fehlzeiten bei Frauen mit Kindern verantwortlich sind geringere Fehlzeiten mit Diagnosen von psychischen Störungen und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, aber unter anderem auch Verletzungen. Zum Teil könnte dies aus mental stabilisierenden Wirkungen der Familiensituation sowie angepassten Verhaltensweisen (im Hinblick auf Verletzungen) resultieren. Mit eher umgekehrter Wirkrichtung und im Sinne eines Selektionseffektes – ist aber auch abzuwägen, inwiefern eine eher „überdurchschnittliche Gesundheit“ schon im Vorfeld die Bereitschaft und Wahrscheinlichkeiten für eine Elternschaft erhöht haben könnte. Schließlich wäre auch noch abzuwägen, ob bei Eltern in manchen Momenten für eigene Erkrankungen sinngemäß „schlicht keine Zeit“ bleibt und die eigene Gesundheit hintangestellt wird.

Angaben zu Beschäftigungsverhältnissen mit Informationen zu **Schul- und Ausbildungsabschlüssen** zählen zu den Merkmalen, die von Arbeitgebern an Sozialversicherungsträger übermittelt und regelmäßig im Gesundheitsreport betrachtet werden. Nach vorliegenden Auswertungen waren Frauen in der Lebensmitte im Hinblick auf die schulische Bildung höher qualifiziert als Männer aus entsprechenden Altersgruppen. Hinsichtlich der Ausbildung lag der Anteil mit höheren akademischen Abschlüssen bei Frauen etwas niedriger als bei Männern. Entsprechend arbeiteten Frauen in der Lebensmitte nach berufsübergreifend klassifizierten Angaben zum **Anforderungsniveau** seltener in Berufen mit komplexen oder hochkomplexen Tätigkeiten als Männer. Dabei zeigten ergänzende Auswertungen allerdings überraschend, dass sich bei einer Beschränkung der Auswertung auf Elternteile mit nachweislich über sie familienversicherten Kindern bei beiden Geschlechtern merklich höhere Anteile mit komplexen Tätigkeiten als in der altersentsprechenden Gesamtpopulation ermitteln lassen. Elternteile, über die Kinder familienversichert sind, arbeiten im Vergleich zur Gesamtgruppe der Berufstätigen in der Lebensmitte also überdurchschnittlich häufig in hoch qualifizierten Berufen, obwohl andere Studien beispielsweise zeigen, dass hoch qualifizierte Frauen häufiger kinderlos bleiben. Eine Erklärung hierfür könnte bei der hier jetzt ausschließlich betrachteten Population mit GKV-Versicherung darin liegen, dass Hochqualifizierte mit Kindern auch bei einer Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze häufiger in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben als Kinderlose, da allein die Möglichkeit der beitragsfreien Familienversicherung von Kindern für

sie einen deutlichen Mehrwert darstellt. Dies gilt für kinderlose Gutverdiener nicht, weshalb sie eher zur PKV wechseln dürften und dann sinngemäß bei der hier vorgenommenen Gesamtbetrachtung „fehlen".

Sehr eindeutige geschlechtsabhängige Unterschiede zeigen sich beim zeitlichen Umfang der Berufstätigkeit. Frauen in der Lebensmitte waren lediglich zu 47,3 Prozent in einer **Vollzeitanstellung** berufstätig, Männer demgegenüber zu 88,6 Prozent. Während die Subgruppe von Männern mit eigenen familienversicherten Kindern dann mit einem Anteil von 91,3 Prozent noch etwas häufiger in Vollzeit arbeitete – vermutlich mitbedingt durch einen höheren Finanzbedarf, lag der Anteil in Vollzeit bei Frauen mit eigenen familienversicherten Kindern mit 40,5 Prozent nochmals niedriger – hier vermutlich mitbedingt durch die höheren (eingeplanten) Zeiten für die Kinderbetreuung, was auf eine weiterhin oftmals eher traditionelle Rollenverteilung zwischen Frauen und Männern hindeutet.

3 Anhang

Stichprobenbeschreibung von Studie 1 (DearEmployee Workplace Insights)

Verteilung der Geschlechter

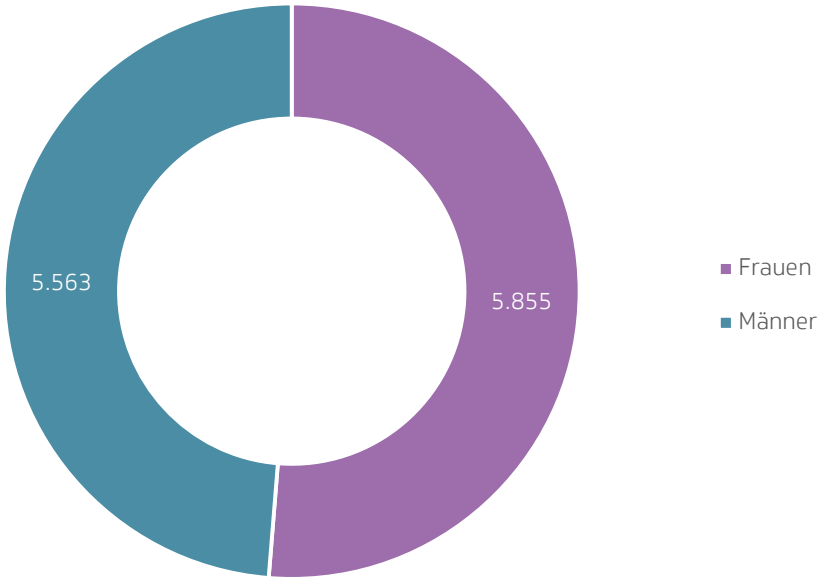

Abbildung A1: Die DearEmployee Workplace Insights (Studie 1) weisen nahezu eine Gleichverteilung mit 5.855 weiblichen und 5.563 männlichen Beschäftigten auf (N = 11.418).

Verteilung nach Altersgruppen

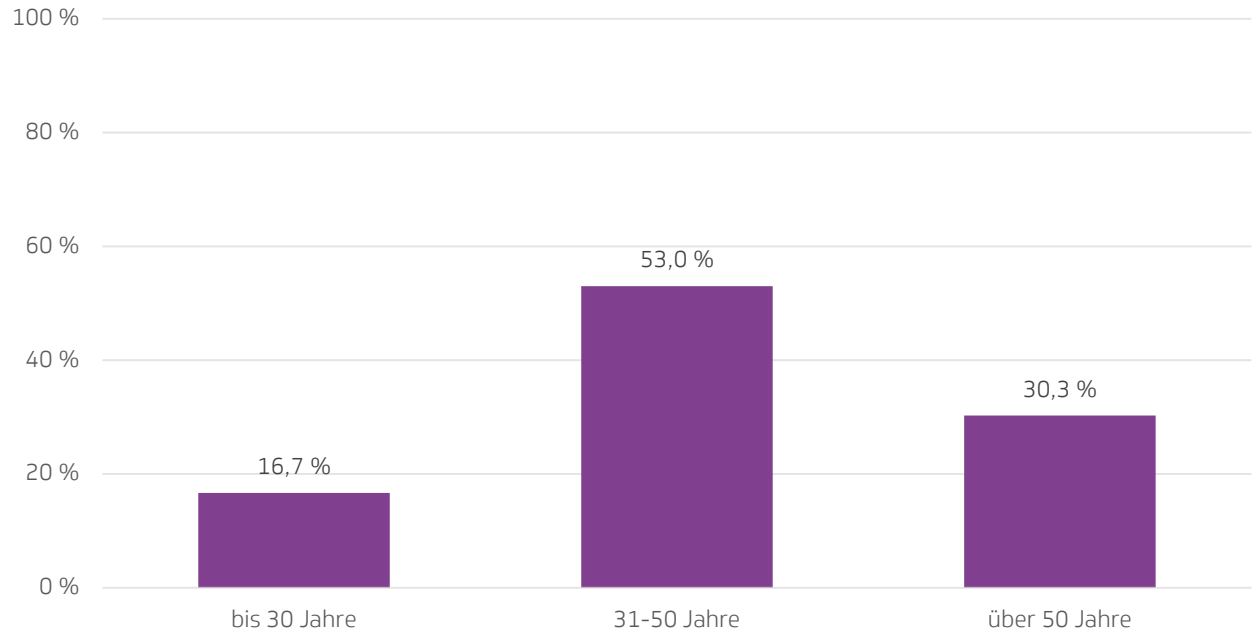

Abbildung A2: In den DearEmployee Workplace Insights (Studie 1) werden die Angaben zum Alter gruppiert. Das mittlere Erwachsenenalter zwischen 31 und 50 Jahren ist am stärksten vertreten (n = 2.426).

Verteilung nach Branche

Branche	Anteil der Beschäftigten
Baugewerbe	6,2 %
Energieversorgung	4,0 %
Erziehung und Unterricht	10,0 %
Finanz- und Versicherungsleistungen	8,9 %
Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen	10,3 %
Gastgewerbe	1,0 %
Gemeinnützige Vereinigungen	0,2 %
Gesundheits- und Sozialwesen	8,1 %
Grundstücks- und Wohnungswesen	0,8 %
Handel (inkl. KFZ-Instandhaltung)	17,0 %
Information und Kommunikation	12,3 %
Kunst, Unterhaltung und Erholung	0,1 %
Land- und Forstwirtschaft	1,9 %
Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung	3,4 %
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	5,2 %
Verarbeitendes Gewerbe	5,0 %
Verkehr und Lagerei	1,8 %
Wasserversorgung	1,6 %

Tabelle A1: Die Daten der DearEmployee Workplace Insights (Studie 1, N = 11.418) stammen von über 11.000 Berufstätigen aus allen Branchen, die an psychischen Gefährdungsbeurteilungen im Jahr 2025 teilnahmen. Am häufigsten waren Teilnehmende aus dem Handel und der Informations-/Kommunikationsbranche vertreten.

Verteilung nach Führungsebene im Unternehmen

Führungsebene	Anteil der Beschäftigten
Keine Führung	27,5 %
Mittleres Management	2,7 %
Operative Führung	2,5 %
Topmanagement	0,2 %

Tabelle A2: Die Daten der DearEmployee Workplace Insights (Studie 1, N = 3.743) enthalten für eine Substichprobe von 3.743 Arbeitnehmenden auch Daten zu ihrer Funktion im Unternehmen. Vor allem sind es Personen ohne Führungspositionen. Der prozentuale Anteil von Personen aus dem Topmanagement ist gering.

Stichprobenbeschreibung der Panelstudien 2 und 3

Verteilung der Geschlechter

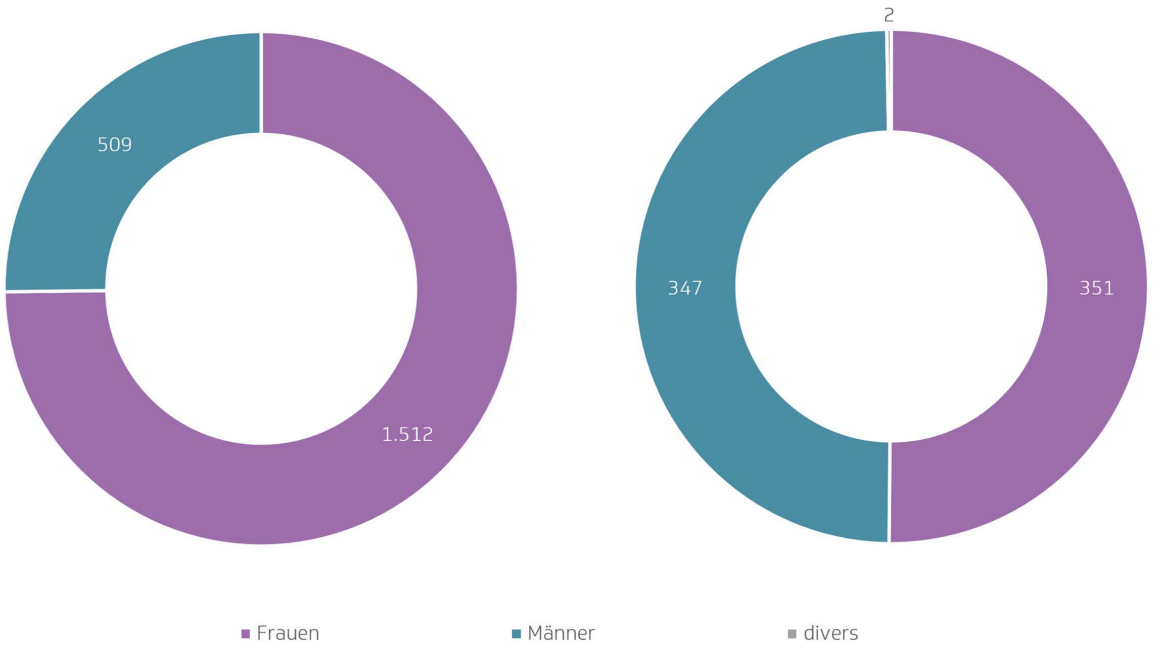

Abbildung A3: In Studie 2 (N = 2.022) wurden planmäßig mehr Frauen als Männer aufgenommen. Die Stichprobe der Arbeitnehmenden umfasst 1.512 weibliche und 509 männliche Arbeitnehmende, eine Person identifizierte sich als divers.

In Studie 3 (N = 700) wurden planmäßig 700 Arbeitgeber aufgenommen. Die Stichprobe der Arbeitgeber umfasst 351 weibliche und 347 männliche Arbeitgeber, zwei Personen identifizierten sich als divers.

Da die gängigen Analyseverfahren nicht mit kleinen Fallzahlen (n < 5) operieren können, wurde das Geschlecht divers aus den Analysen zu Geschlechtseffekten aus statistischen Gründen ausgeschlossen.

Vergleich des Altersdurchschnitts

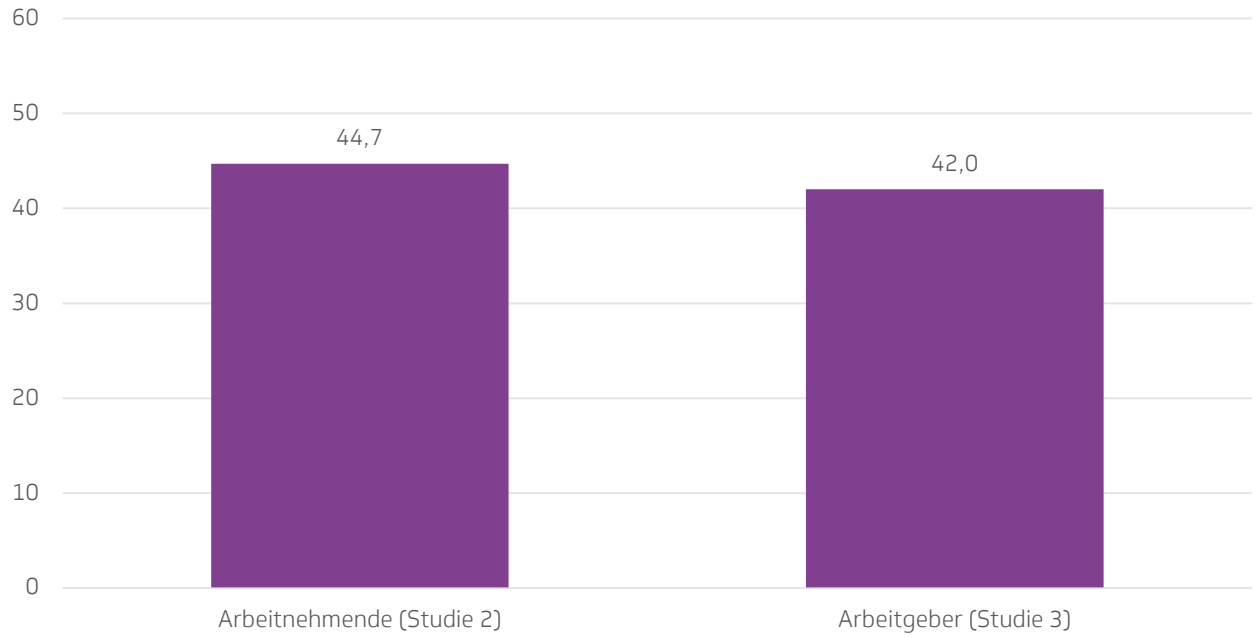

Abbildung A4: In Studie 2 (N = 2.022) wurden nur Arbeitnehmende im Altersbereich von 35 bis 55 Jahren aufgenommen. Das durchschnittliche Alter lag bei M = 44,7 Jahren (SD = 5,9).

Für die Arbeitgeber in Studie 3 (N = 700) war der Altersbereich nicht vorgegeben. Er liegt hier zwischen 18 und 69 Jahren mit einem Durchschnittsalter von M = 41,6 Jahren (SD = 8,7).

Verteilung nach Bundesländern – Herkunft der Befragten

Bundesland	Studie 2 2.022 Arbeitnehmende	Studie 3 700 Arbeitgeber
Baden-Württemberg	11,2 %	10,0 %
Bayern	15,4 %	2,6 %
Berlin	4,4 %	1,0 %
Brandenburg	4,4 %	3,9 %
Bremen	0,8 %	6,6 %
Hamburg	2,1 %	3,6 %
Hessen	6,8 %	6,4 %
Mecklenburg-Vorpommern	3,2 %	19,9 %
Niedersachsen	8,8 %	4,7 %
Nordrhein-Westfalen	19,1 %	0,6 %
Rheinland-Pfalz	4,3 %	5,7 %
Saarland	1,2 %	2,7 %
Sachsen	7,8 %	3,0 %
Sachsen-Anhalt	3,5 %	3,6 %
Schleswig-Holstein	3,8 %	10,0 %
Thüringen	3,3 %	2,6 %

Tabelle A3: Die Paneldaten der Studien 2 und 3 stammen von über 2.000 Arbeitnehmenden und 700 Arbeitgebern aus allen Bundesländern. Am häufigsten waren Arbeitnehmende aus Nordrhein-Westfalen und Bayern beteiligt, die meisten Arbeitgeber stammten aus Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein.

Verteilung nach Branchen

Branchen	Studie 2 2.022 Arbeitnehmende	Studie 3 700 Arbeitgeber
Automobil	3,1 %	3,6 %
Banken, Versicherungen & Finanzdienstleister	4,6 %	5,9 %
Bau & Handwerk	4,7 %	4,0 %
Beratung, Forschung & Ingenieurdienstleistungen	1,7 %	2,7 %
Bildung & Weiterbildung	4,5 %	6,7 %
Energie- & Stromversorgung	1,0 %	2,6 %
Freizeit, Kultur & Sport	1,6 %	2,4 %
Gastronomie & Hotellerie	4,9 %	2,4 %
Gesundheit & Pflege, Soziale Dienste	20,5 %	18,9 %
Immobilien & Wohnungswirtschaft	1,3 %	2,3 %
Industrie & Produktion	9,0 %	8,9 %
IT, Medien & Telekommunikation	4,8 %	13,9 %
Landwirtschaft & Fischerei	0,7 %	1,3 %
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	8,4 %	6,3 %
Persönliche Dienstleistungen	4,5 %	4,9 %
Transport, Logistik & Lieferdienste	6,2 %	7,0 %
Unternehmensnahe Services	2,0 %	1,9 %
Andere Branchen	16,3 %	4,6 %

Tabelle A4: Die Beschäftigten in den Panelstudien 2 und 3 vertreten am häufigsten die Branchen Gesundheit & Pflege beziehungsweise Soziale Dienste, gefolgt von Industrie und Produktion und anderen Branchen. Arbeitgeber stammten ebenfalls am häufigsten aus dem Bereich Gesundheit & Pflege beziehungsweise Soziale Diensten sowie aus IT, Medien & Telekommunikation.

Verteilung nach Unternehmensgröße

	Studie 2	Studie 3
1-9 Beschäftigte	10,8 %	6,9 %
10-49 Beschäftigte	19,4 %	19,3 %
50-249 Beschäftigte	25,7 %	29,1 %
250-999 Beschäftigte	17,4 %	23,1 %
1.000 und mehr Beschäftigte	26,1 %	21,6 %
Soloselbstständigkeit	0,5 %	0

Tabelle A5: In den Panelstudien 2 und 3 (Studie 2, N = 2.022; Studie 3, N = 700) waren Arbeitnehmende am häufigsten aus Großunternehmen mit 1.000 und mehr Beschäftigten (26,1 Prozent) und Arbeitgeber am häufigsten aus mittelständischen Unternehmen mit 50–249 Beschäftigten (29,1 Prozent) vertreten.

Verteilung nach Funktion im Unternehmen

	Studie 3
Geschäftsführung	21,7 %
Topmanagement	21,9 %
Leitende Funktion in Human Resources / Personalabteilung	33,9 %
Leitende Funktion im Betrieblichen Gesundheitsmanagement	22,6 %

Tabelle A6: Bei der Stichprobenziehung der Panelstudie 3 (N = 700) wurde darauf geachtet, dass auch Arbeitgeber mit Positionen in der Geschäftsführung und dem Topmanagement repräsentiert sind.

Multiple Regression zur Vorhersage der gesundheitlichen Beschwerden und der psychischen Gesundheit von erwerbstätigen Frauen in der Lebensmitte durch die Arbeitsbedingungen (Studie 1)

	Modell 1: Körperliche Beschwerden				Modell 2: Psychische Gesundheit			
Prädiktoren	B	β	T	p	B	β	T	p
Sinnhaftigkeit der Arbeit	-0,13	-0,11	-2,66	0,01	0,13	0,13	3,76	< 0,001
Gefühle unterdrücken	0,07	0,08	1,77	0,08	-0,18	-0,21	-5,78	< 0,001
emotional belastende Arbeitsinhalte	0,01	0,01	0,08	0,93	-0,04	-0,05	-1,35	0,018
körperlich belastende Tätigkeiten	0,13	0,12	3,18	0,01	-0,02	-0,02	-0,48	0,63
dauerhaft unangenehme Körperhaltung	0,17	0,17	4,41	< 0,001	-0,03	-0,03	-1,09	0,28
ständige Unterbrechungen	0,05	0,04	1,05	0,29	-0,05	-0,05	-1,53	0,13
Zeitdruck	0,09	0,09	2,23	0,03	-0,09	-0,10	-2,94	0,01
kurzfristige Änderungen	0,07	0,07	1,64	0,10	-0,01	-0,01	-0,05	0,96
örtliche Flexibilität	-0,02	-0,02	-0,49	0,63	-0,03	-0,04	-1,12	0,26
zeitliche Flexibilität	0,07	0,07	1,77	0,08	0,06	0,06	1,87	0,06
ständige Erreichbarkeit	-0,01	-0,02	-0,48	0,63	0,04	0,06	2,06	0,04
Kontakt mit Kolleg:innen	-0,03	-0,03	-0,71	0,48	0,12	0,10	3,43	< 0,001
gute Entscheidungen der Führungskraft	-0,05	-0,05	-0,93	0,35	0,05	0,05	1,13	0,26
Vertrauen zur Führungskraft	-0,01	-0,01	-0,11	0,92	-0,02	-0,02	-0,44	0,66
Einfluss auf Privat- beziehungsweise Familienleben	0,10	0,10	2,55	0,01	-0,29	-0,33	-9,98	< 0,001
gerecht behandelt im Unternehmen	-0,06	-0,05	-1,12	0,26	0,03	0,03	0,67	0,50
Weiterentwicklung im Unternehmen	-0,05	-0,05	-1,15	0,25	0,02	0,03	0,73	0,99
Sorgen um Arbeitsplatz	0,01	0,01	0,35	0,72	-0,03	-0,04	-1,68	0,17

Tabelle A7: Anmerkung: Modell 1 (R^2 = 0,22; F(18, 713) = 10,92, p < 0,001), Modell 2 (R^2 = 0,47; F(18, 712) = 34,81, p < 0,001); In Studie 1 wurde untersucht, ob und welche der 18 untersuchten Arbeitsbelastungen und -ressourcen die verschiedenen Facetten der Gesundheit von Frauen in der Lebensmitte vorhersagen. Die körperliche Gesundheit wurde in dieser Studie anhand der Anzahl der berichteten gesundheitlichen Beschwerden gemessen, die psychische Gesundheit anhand individueller Angaben zum psychischen Befinden. Anhand der p-Werte mit p < 0,05 lassen sich die Arbeitsanforderungen identifizieren, die einen statistisch signifikanten Zusammenhang zu den Gesundheitsmaßen aufweisen. Die Gewichte (B und β) zeigen zudem die Art des Zusammenhangs an. Anhand ihrer Vorzeichen ist ersichtlich, ob mit höheren Ausprägungen der Prädiktoren mehr Beschwerden beziehungsweise eine bessere (+ Vorzeichen) oder eine schlechtere psychische Gesundheit (- Vorzeichen) einhergehen. Beispielsweise werden bei hoher erlebter Sinnhaftigkeit der Arbeit weniger gesundheitliche Beschwerden und bessere psychische Gesundheit berichtet. Die hier beschriebenen Befunde ließen sich mit den Daten der Studie 2 replizieren, es zeigten sich weitestgehend dieselben Arbeitsbelastungen und -ressourcen für Frauen in der mittleren Lebensphase.

Literaturverzeichnis

Blackson, E.A. et al. (2024). Experiences of menopausal transition among populations exposed to chronic psychosocial stress in the United States: a scoping review. BMC Women's Health, 24, 487.

Boles, M., Pelletier, B., & Lynch, W. (2004). The relationship between health risks and work productivity. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 46(7), 737–745.

Bundesagentur für Arbeit (2025). Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 2010 – überarbeitete Fassung 2020. Stand: Februar 2025. Nürnberg. https://www.arbeitsagentur.de/datei/schluesselverzeichnis-2010-stand-02-2025_ba052022.pdf

Correll, S. J., Benard, S., & Paik, I. (2007). Getting a Job: Is There a Motherhood Penalty? American Journal of Sociology, 112(5), 1297–1338.

Deutsches Ärzteblatt (2023). Frauen im mittleren Alter: Bei unspezifischen Symptomen auch an die Wechseljahre denken. https://www.aerzteblatt.de/news/frauen-im-mittleren-alter-bei-unspezifischen-symptomen-auch-an-die-wechseljahre-denken-5077887f-ae50-489b-a9c7-b832416cb08f

Eble, S., Mehlig, L. & Kurscheid, C. (2025). Women in Change – Wechseljahre am Arbeitsplatz als arbeitsmedizinische Herausforderung mit besonderem Fokus auf Führungskräfte. ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 60, 478-482.

Feldhoff, C. H. (2021). The Child Penalty: Implications of parenthood on labour market outcomes for men and women in Germany. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 1120, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin.

Fischer, B. & Müller, K.-U. (2020). Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege kann Zielkonflikt zwischen Renten- und Pflegepolitik lösen, DIW Wochenbericht, ISSN 1860-8787, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin, Vol. 87, Iss. 46, pp. 853-860.

Handschumacher-Knors, F. (2023). Does a gender pay gap exist on executive boards? An empirical multilevel analysis of executive board compensation in German listed companies. Journal of Business Economy, 93, 325–357.

Hirokawa, K. et al. (2020). Andropause symptoms and sickness absence in Japanese male workers: a prospective study. The aging male : the official journal of the International Society for the Study of the Aging Male, 23(5), 1545–1552.

Institut DGB-Index Gute Arbeit (2024). Report 2024: Fachkräftesicherung? Nur mit guten Arbeitsbedingungen! https://www.dgb.de/fileadmin/download_center/Studien/DGB-Index-Gute-Arbeit_2024_Report_Fachkräftesicherung_web.pdf

Kuhlmey, A. & Budnick, A. (2023). Pflegende Angehörige in Deutschland: Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. Bundesgesundheitsblatt, 66, 550–556.

Martelli, M., Zingaretti, L., Salvio, G., Bracci, M., & Santarelli, L. (2021). Influence of Work on Andropause and Menopause: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(19), 10074.

Potthoff, P., Heinemann, L. A., Schneider, H. P., Rosemeier, H. P., & Hauser, G. A. (2000). Menopause-Rating-Skala (MRS II): Methodische Standardisierung in der deutschen Bevölkerung. Zentralblatt für Gynäkologie, 122(5), 280–286.

RKI/Robert-Koch-Institut (2023). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland – wichtige Fakten auf einen Blick. https://edoc.rki.de/handle/176904/10816

Schulze, A.-K. (2026). Nicht immer eine heiße Zeit. Deutsches Ärzteblatt, 3, 114-117.

Statistisches Bundesamt (2025). Gender Pay Gap 2025 unverändert bei 16 %. Pressemitteilung. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/12/PD25_453_621.html

Statistisches Bundesamt (2026a). Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote nach Geschlecht und Alter. Erstergebnis des Mikrozensus 2025. https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/erwerbstaetige-erwerbstaetigenquote.html

Statistisches Bundesamt (2026b). Vollzeitbeschäftigte arbeiteten 2025 im Schnitt 39,9 Wochenstunden. Pressemitteilung. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2026/05/PD26_N035_13.html

Statistisches Bundesamt (2026c). 28 % der Teilzeitbeschäftigten arbeiten auf eigenen Wunsch reduziert. Pressemitteilung zum Mikrozensus 2024. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2026/01/PD26_N007_13.html

Statistisches Bundesamt (2026d). Rechtliche Einheiten (Unternehmensregister-System): Deutschland, Jahre, Wirtschaftszweige (Abschnitte), Beschäftigtengrößenklassen. GENESIS-Online, Tabelle 52111-0002, Stand 09.07.2026.

Techniker Krankenkasse (2024a). Gesundheitsreport. Fachkräftemangel: Was hält die Generation 50+ im Job? https://www.tk.de/resource/blob/2174016/f73d5a93943b2be56a7dafa30dadce21/2024-tk-gesundheitsreport-data.pdf

Techniker Krankenkasse (2025). Stressreport 2025. https://www.tk.de/resource/blob/2207446/19c9824592652569ea05973fbdc1b6c9/tk-stressreport-2025-data.pdf

Techniker Krankenkasse (2026a). Gesundheitsreport 2026 – Arbeitsunfähigkeiten. Techniker Krankenkasse. https://www.tk.de/firmenkunden/service/gesund-arbeiten/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsreport-arbeitsunfaehigkeit-2033764

Techniker Krankenkasse (2026b). Gesundheitsreport 2026 – Arzneiverordnungen. Techniker Krankenkasse. https://www.tk.de/firmenkunden/service/gesund-arbeiten/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsreport-arbeitsunfaehigkeit-2033764

Weidner, K., Richter, J., Bittner, A., Stöbel-Richter, Y., & Brähler, E. (2012). Klimakterische Beschwerden über die Lebensspanne? Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 62(7), 266–275. https://doi.org/10.1055/s-0032-1311561

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

10 Subjektive Gesundheit in der Lebensmitte im Geschlechtervergleich
12 Häufigkeit einzelner Beschwerden in den letzten vier Monaten
13 Einschätzung regelmäßiger körperlicher Beschwerden von Frauen in der Lebensmitte
15 Zielgruppen der Care-Arbeit im Geschlechtervergleich
19 Mehrfachbelastung durch Care-Arbeit und Wechseljahre bei Arbeitnehmerinnen
20 Teilzeittätigkeit im Geschlechtervergleich
21 Gründe für Teilzeittätigkeit im Geschlechtervergleich
22 Zufriedenheit mit dem Beschäftigungsumfang im Geschlechtervergleich
23 Einfluss der Care-Arbeit auf die eigene Leistungsfähigkeit bei der Arbeit im Geschlechtervergleich
23 Wechseljahres-Teufelskreis am Arbeitsplatz
24 Subjektiver Einfluss der Care-Arbeit auf die Karriere aus Sicht der Arbeitnehmerinnen
25 Subjektiver Einfluss der Wechseljahre auf die Karriere aus Sicht der Arbeitnehmerinnen
26 Betriebliche Folgen von Care-Arbeit und Wechseljahren aus Arbeitgebersicht
27 Erwarteter Nutzen von Angeboten in den Bereichen Care-Arbeit und Wechseljahre
29 Angebot und Nutzung von Maßnahmen
30 Durchschnittliche Anzahl angebotener und genutzter Maßnahmen
31 Bestehende Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung
32 Zusätzlich gewünschte Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung
33 Bestehende Angebote der Personalentwicklung in Betrieben
34 Zusätzlich gewünschte Angebote zur Personalentwicklung
36 Bestehende Angebote für Mitarbeitende mit Care-Arbeit
37 Zusätzlich gewünschte Maßnahmen zum Thema Care-Arbeit
38 Bestehende Angebote zum Thema Wechseljahre in Betrieben
39 Zusätzlich gewünschte Maßnahmen zum Thema Wechseljahre
41 Einordnung der Wechseljahre im Betrieb
42 Vorhandene Ressourcen für Angebote zu den Themen Care-Arbeit und Wechseljahre
43 Wo Arbeitgeber sich Unterstützung wünschen: Bereiche Care-Arbeit und Wechseljahre
63 Anteile von Erwerbspersonen mit familienversicherten Kindern nach Geschlecht und Alter 2025
70 Frauen und Männer in der Lebensmitte: Angaben zum Schulabschluss 2025
71 Frauen und Männer in der Lebensmitte: Angaben zum Ausbildungsabschluss 2025
72 Frauen und Männer in der Lebensmitte: Angaben zur Art der Beschäftigung 2025
73 Frauen und Männer in der Lebensmitte: Angaben zum Anforderungsniveau 2025

Abbildungen im Anhang

77 Verteilung der Geschlechter
78 Verteilung nach Altersgruppen
80 Verteilung der Geschlechter
81 Vergleich des Altersdurchschnitts

Tabellen

18 Betriebliche Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter
48 Erwerbstätige in Deutschland 2025 nach Geschlecht und Altersgruppen
49 Grundlegende Kennzahlen zu gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten 2025
50 Grundlegende Kennzahlen zu Arzneiverordnungen 2025
51 AU-Tage je 100 VJ differenziert nach Diagnosen gemäß Zuordnung zu ICD-10-Kapiteln 2025
53 Fehlzeitenrelevante dreistellige ICD-10-Diagnosen bei Frauen in der Lebensmitte 2025 – Top 25
54 Dreistellige ICD-10-AU-Diagnosen bei Frauen in der Lebensmitte mit den stärksten Überschreitungen von durchschnittlichen Fehlzeiten bei Erwerbspersonen 2025 – Top 25
56 Arzneiverordnungsvolumen in definierten Tagesdosen (DDD) je VJ differenziert nach anatomischen Hauptgruppen der ATC 2025
58 Arzneiverordnungsvolumen in DDD je VJ differenziert nach vierstelligen ATC-Codes 2025 – Top 25
60 Arzneiverordnungsvolumen in DDD je VJ bei Frauen in der Lebensmitte mit den stärksten Überschreitungen von durchschnittlichen Volumen bei Erwerbspersonen differenziert nach siebenstelligen ATC-Codes 2025 – Top 25
64 Familienversicherte Kinder bei Erwerbspersonen 2025
65 Kinder von Eltern im mittleren Lebensalter: Verteilung auf ausgewählte Altersgruppen 2025
66 Kinderkrankengeldtage je 100 VJ bei Frauen und Männern mit Erwerbspersonenstatus 2025
67 Frauen in der Lebensmitte mit Kindern im Alter von 0 bis 11 Jahren versus alle Frauen aus entsprechenden Altersgruppen: AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen gemäß ICD-10-Kapiteln 2025
69 Frauen und Männer in der Lebensmitte: Angaben zu Schul- und Ausbildungsabschlüssen, Art der Beschäftigung sowie Anforderungsniveau 2025

Tabellen im Anhang

79 Verteilung nach Branche
79 Verteilung nach Führungsebene im Unternehmen
82 Verteilung nach Bundesländern – Herkunft der Befragten
83 Verteilung nach Branchen
84 Verteilung nach Unternehmensgröße
84 Verteilung nach Funktion im Unternehmen
85 Multiple Regression zur Vorhersage der gesundheitlichen Beschwerden und der psychischen Gesundheit von erwerbstätigen Frauen in der Lebensmitte durch die Arbeitsbedingungen (Studie 1)

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 2196898**.

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

Besuchen Sie uns auch auf:

