Das Wichtigste im Überblick

1. Allgemein

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Die Fehltage sind im Vergleich zum Vorjahr leicht von 17,4 auf 17,2 AU-Tage je Mitglied zurückgegangen.
- Etwa jedes zweite Mitglied der Betriebskrankenkassen (51,9%) war im Jahr 2017 mindestens einmal krankgeschrieben.
- Der überwiegende Teil der AU-Fälle (64,7%) dauert maximal eine Kalenderwoche.
- Aufgrund einer starken Grippewelle ist im I. Quartal 2018, insbesondere im Februar mit 6,2%, der höchste Krankenstand bei den beschäftigten Mitgliedern in der letzten Dekade zu beobachten.
- Mit nahezu jedem vierten Fehltag (24,7%) sind die Muskel- und Skeletterkrankungen nach wie vor die wichtigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit.
- Die psychischen Störungen nehmen wie im Jahr 2016 mit 16,6% aller AU-Tage Platz 2 der Ursachen von Arbeitsunfähigkeit, gefolgt von den auf Platz 3 zu findenden Atemwegserkrankungen mit einem Anteil von 14,8%, ein.
- Rückenschmerzen (M54), akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) und depressive Episoden (F32) sind unverändert die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen.
- Ältere Mitglieder sind nicht wesentlich häufiger krank als die Jüngeren, allerdings sind die älteren Mitglieder häufiger von Erkrankungen mit längerer Dauer betroffen.
- Während bei den Frauen vor allem deutlich mehr AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen und Atemwegserkrankungen anfallen als bei den Männern, ist es bei den Muskel- und Skeletterkrankungen und bei den Verletzungen und Vergiftungen genau umgekehrt.

Ambulante Versorgung

- 90,7% der BKK Versicherten waren im Jahr 2017 mindestens einmal ambulant in Behandlung. Damit ist die Inanspruchnahme unverändert zum Vorjahr.
- Der Anteil der Frauen die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (93,8%) ist dabei größer als der Anteil der Männer (87,6%).
- Üblicherweise werden die meisten Diagnosen in der ambulanten Versorgung vergeben, um Informationen über Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, zu dokumentieren. Hierzu zählen u.a. Vorsorgemaßnahmen: Die dritthäufigste Einzeldiagnose belegt eine Untersuchung auf Neubildungen (Z12), jede(r) Zehnte wurde gegen Viruserkrankungen wie z.B. Grippe und Mumps (Z25) geimpft.
- Ebenfalls häufig Konsultationsgrund sind Muskel-Skelett- und Atmungssystem-Erkrankungen: Fast jeder zweite Versicherte war deshalb 2017 mindestens einmal beim Arzt.
- Häufigste vergebene Diagnose bei den unter 20-Jährigen bezieht sich auf akute Infektionen der oberen Atemwege (J06): Fast ein Drittel waren deshalb in Behandlung. Bluthochdruck (I10) ist hingegen der bei weitem häufigste Konsultationsgrund bei Versicherten ab 65 Jahren, von denen 70% diese Diagnose gestellt bekommen haben.
- Im Vergleich mit den fünf vorangegangenen Jahren sind die Anteile Versicherter mit diagnostizierten Erkrankungen des Nervensystems sowie psychischen Störungen am stärksten gewachsen.
- Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Außerdem werden die meisten Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.
- Gegenteilige Altersverteilung hingegen bei Erkrankungen des Atmungssystems und Infektionen: Die meisten Diagnosen aus dem Spektrum dieser Erkrankungsarten werden bei Kinder- und Jugendlichen gestellt.

Stationäre Versorgung

- In 2017 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 193 stationäre Behandlungen erfolgt, dabei waren die Versicherten im Mittel pro Behandlungsfall 8,9 Tage im Krankenhaus. Damit sind nach einem Anstieg der Kennwerte im Vorjahr im aktuellen Berichtsjahr die Anzahl der Behandlungsfälle und -tage wieder auf das Niveau von 2015 gesunken.
- Männer und Frauen sind insgesamt in etwa gleich häufig und gleich viele Tage in stationärer Behandlung.
- Von allen Versicherten hat mit 12,6% tatsächlich nur ein relativ kleiner Teil eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen. Die meisten Behandlungsfälle sind dabei relativ kurz, rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3% dauern hingegen länger als 6 Wochen.
- Die meisten Fälle in der stationären Versorgung werden durch Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems verursacht, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Die weitaus meisten Behandlungstage sind aufgrund psychischer Störungen erfolgt: Mehr als jeder fünfte Behandlungstag geht darauf zurück. Dabei weisen Frauen deutlich mehr KH-Tage auf als Männer.
- Psychische Störungen sind besonders langwierig: Ein Fall dauerte in 2017 im Durchschnitt fast vier Wochen. Dieser Wert steigt damit wie in den letzten Jahren weiter an.
- Als Einzeldiagnosen stechen Depressionen (F32, F33) besonders heraus: Allein auf diese gehen 10% aller KH-Tage zurück, von den KH-Tagen aufgrund psychischer Störungen sind es sogar fast die Hälfte (44%). Zudem sind für die rezidivierende Form dieser Krankheit (F33) auch in diesem Jahr die Fallzahlen (+4%) weiter gestiegen.
- Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Ab dem 60. Lebensjahr ist dies der häufigste Grund einer stationären Behandlung. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.

Arzneimittelverordnungen

- Im Jahr 2017 ist ein leichter Rückgang bei den verordneten definierten Tagesdosen als auch beim Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung zu beobachten, während die Einzelverordnungen nahezu unverändert sind.
- Ob sich dieser Trend fortsetzt und wodurch er begründet ist, muss in den Folgejahren weiter beobachtet werden.
- Mehr als jede vierte Einzelverordnung (26,6%) sowie mehr als vier von zehn verordneten Tagesdosen (44,3%) gehen auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zurück.
- Zusammen mit den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie das Nervensystem, sind diese drei Wirkstoffgruppen für mehr als die Hälfte (54,2%) aller Einzelverordnungen bzw. für über zwei Drittel (69,2%) aller Tagesdosen verantwortlich.
- Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem zeigt sich mit zunehmendem Lebensalter der deutlichste Anstieg bei den Verordnungsmengen. Dieser Anstieg korrespondiert mit den altersabhängigen Prävalenzen chronischer Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck oder anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

2. Schwerpunktthema „Arbeit und Gesundheit Generation 50+“

- Etwas mehr als ein Drittel (33,9%) aller beschäftigten Mitglieder der Betriebskrankenkassen sind 50 Jahre oder älter – im Vergleich zum Jahr 2007 hat deren Anteil um 13,1 Prozentpunkte zugenommen.
- Zwischen den einzelnen Wirtschafts- bzw. Berufsgruppen differieren die Anteile der Beschäftigten 50+ zwischen 25,1% bis zu 51,9%.

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Altersbedingt steigen die Fehlzeiten am deutlichsten bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, weniger stark bei den psychischen Störungen und kaum bei den Atemwegserkrankungen.
- Jenseits des 50. Lebensjahres nimmt die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie der Neubildungen im AU-Geschehen merklich zu.
- Für alle Krankheitsarten gilt dagegen, dass mit zunehmendem Alter die durchschnittliche Dauer eines AU-Falls und somit auch der Anteil an Langzeiterkrankungen zunehmen.
- Zwischen den Wirtschaftsgruppen unterscheiden sich die durchschnittlichen AU-Tage bei den Beschäftigten 50+ bis zum 2,5-Fachen voneinander.
- Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen differieren die Fehltage bei den Beschäftigten 50+ zwischen den Wirtschaftsgruppen um mehr als das Fünffache.
- Fehltage aufgrund von Atemwegserkrankungen sind hingegen wenig alterssensitiv.

- Die Wirtschaftsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen bei den Beschäftigten 50+ weisen in der überwiegenden Zahl auch schon bei den jüngeren Beschäftigten die meisten bzw. wenigsten Fehltage auf.
- Beschäftigte 50+ in körperlich belastenden Berufen, insbesondere im Baubereich oder der Produktion, weisen die mit Abstand meisten Fehltage aufgrund von Muskel- und Skelett-Erkrankungen auf.
- Dagegen haben insbesondere Beschäftigte 50+ aus den sozialen, erzieherischen und pflegerischen Berufen besonders viele Fehltage aufgrund psychischer Störungen.

Ambulante Versorgung

- Die Beschäftigten der Generation 50+ sind am häufigsten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung. Außerdem ist immerhin mehr als die Hälfte wegen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten und Herz-Kreislauf-Erkrankungen beim Arzt gewesen.
- Hingegen keine, oder nur geringe Unterschiede in der Inanspruchnahmequote im Vergleich der Beschäftigten 50+ zu den Jüngeren sind bei Infektionen, Atemwegserkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen zu verzeichnen.
- Besonders in Wirtschaftsgruppen mit vielen Kontakten zu anderen Menschen sind sehr hohe Anteile aufgrund von Atemwegserkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen. Dabei unterscheiden sich die Altersgruppen nicht voneinander.
- Hohe Anteile Beschäftigter 50+, die wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen ambulant behandelt werden, finden sich im Bereich Verkehr und Logistik, die niedrigsten hingegen in Kunst und Unterhaltung.
- Besonders viele Beschäftigte 50+ in Fertigungsberufen sowie in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen waren wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung.
- Diagnosen psychischer Störungen sind bei den Beschäftigten 50+ in hohen Anteilen bei den Gesundheitsberufen, aber auch bei anderen Berufen mit zwischenmenschlichem Kontakt zu finden.
- Bei beiden Erkrankungsarten zeigt sich eine hohe Übereinstimmung zwischen jüngeren und älteren Beschäftigten: Berufsgruppen, die bei den unter 50-Jährigen über-/unterdurchschnittliche Anteile mit einer Diagnose aufwiesen, zeigen auch bei den Beschäftigten 50+ über-/unterdurchschnittliche Inanspruchnahmequoten.

Stationäre Versorgung

- Mehr als jeder fünfte Behandlungstag erfolgt bei den Beschäftigten 50+ aufgrund psychischer Störungen. Damit gehen die weitaus meisten Behandlungstage auf diese Erkrankungsart zurück, gefolgt von Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen.
- Die Zahl der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen geht schon ab 60 Jahren zurück: Ein Hinweis darauf, dass aufgrund dieser Erkrankungsart viele frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.
- Bei den männlichen Beschäftigten 50+ stechen außerdem mit den zweitmeisten KH-Tagen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen hervor. Hingegen gehen bei den Frauen dieser Altersgruppe weniger als halb so viele Behandlungstage auf diese Diagnosegruppe zurück.
- Die Beschäftigten 50+ im Bereich Verkehr und Lagerei weisen insgesamt die meisten Krankenhaustagetage auf, gefolgt von der Wirtschaftsgruppe Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung.
- Die meisten Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen sind bei den Beschäftigten 50+ in der Wirtschaftsgruppe Gesundheits- und Sozialwesen zu finden.
- Bei den Berufen weisen die meisten Behandlungstage bei den Beschäftigten 50+ die Sicherheitsberufe auf, gefolgt von den Verkehrs- und Logistikberufen.
- Bei den älteren Beschäftigten sind es die in Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen Tätigen die meisten Behandlungstage aufgrund von Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen aufweisen.
- Weniger altersabhängig im Hinblick auf stationär zu behandelnde Muskel-Skelett-Erkrankungen scheinen die IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufe zu sein, welche die geringste Anzahl an Behandlungstagen aufweisen.

Arzneimittelverordnungen

- Mit zunehmendem Alter nimmt sowohl der Anteil der Beschäftigten, die ein Arzneimittel verordnet bekommen, aber insbesondere auch die Anzahl der Einzelverordnungen und Tagesdosen zu.
- Besonders bei den verordneten Mengen zeigt sich – im Gegensatz zum AU-Geschehen – kein sogenannter „healthy worker effect“. Die Gruppe der über 65-Jährigen erhält durchschnittlich die meisten Tagesdosen verordnet.

- Insbesondere solche Arzneimittel, wie die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, die im Zusammenhang mit meist altersbedingten Erkrankungen stehen, werden bei den Beschäftigten 50+ in weitaus größeren Mengen verordnet als bei den jüngeren Berufstätigen.
- Ein Gegenbeispiel sind die Antiinfektiva – hier finden sich zum Teil sogar höhere Verordnungsmengen bei den jüngeren Beschäftigten.
- Beschäftigte 50+, die im produzierenden, verarbeitenden und handwerklichen Bereich tätig sind, weisen sowohl insgesamt als auch bei den Herz-Kreislauf-Mitteln die mit Abstand meisten Tagesdosen auf.
- Dagegen zeigen sich bei den Antiinfektiva nur geringer Unterscheide zwischen den Altersgruppen bzw. den Branchen. Die dahinterstehenden Krankheitsursachen (z.B. Grippe- und Erkältungskrankheiten) treten nahezu über alle Altersgruppen gleich häufig auf.
- Beschäftigte 50+ aus den Verkehrs- und Logistikberufen (u.a. Postdienste), den Fahrzeugführern (u.a. LKW-, Bus- und Bahnfahrer) sowie den Sicherheitsberufen (u. a. Sicherheitsdienst, Polizei) bekommen sowohl insgesamt als auch bezogen auf Mittel für das Muskel-Skelett-System überdurchschnittlich viele Tagesdosen verordnet.
- Beschäftigte 50+ aus den sozialen, erzieherischen und gesundheitsbezogenen Berufen (u.a. Erzieher, Sozialarbeiter, Kranken- und Altenpfleger) bekommen dagegen die meisten Tagesdosen von Mitteln für das Nervensystem verordnet.

Arbeit und Gesundheit in der Generation 50+: Ein Überblick

Holger Pfaff und Sabrina Zeike

Problemstellung

Im Zuge des demografischen Wandels wird der Anteil der über 50-Jährigen (Generation 50+) weiter steigen. Die Zahl der Erwerbstätigen zwischen 50 und 65 Jahren ist bereits von 8,6 Millionen 2005 auf über 13,7 Millionen in 2016 angestiegen [1]. Entsprechend nahm die Erwerbstätigenquote zwischen 2005 und 2016 in der Altersspanne zwischen 50 und 55 Jahren von 75% auf 85%, im Alter zwischen 55 und 60 Jahren von 63% auf 79% und in der Altersspanne von 60 bis 65 Jahren sogar von 28% auf beachtliche 56% zu [1]. Das sind markante Veränderungen. Daraus folgt insgesamt eine Erwerbstätigen- und Fachkräftelücke [2].

Man hat heute als Unternehmen zwei grundsätzliche Möglichkeiten, der sinkenden Anzahl an Arbeitskräften zu begegnen: mehr junge Leute rekrutieren oder die älteren Arbeitnehmer länger in der Arbeit halten. Der Kampf um die jungen Talente kann sich schwierig gestalten. Das Angebot junger talentierter Menschen ist knapp und wo es Sieger in diesem Kampf gibt, gibt es auch Verlierer. Daher gehen inzwischen viele Unternehmen dazu über, Arbeitskräfte aus dem Ausland zu rekrutieren. Aber auch dieser Strategie sind Grenzen gesetzt (z.B. sprachliche und kulturelle). Damit rückt die zweite Handlungsoption in den Blickpunkt: das Halten der älteren Arbeitnehmer bis zur gesetzlichen Verrentungsgrenze und – immer häufiger – darüber hinaus (z.B. als Seniorberater). Dies setzt jedoch voraus, dass die Gesundheit der älteren Arbeitnehmer „mitspielt" und dies ermöglicht. Die Gesundheit der Mitarbeiter über 50 Jahren wird damit zu einer kritischen Größe. Sie zu erhalten, ist eine Angelegenheit, die alle Akteure fordert: den Mitarbeiter, das Unternehmen und den Staat. Wir werden im Folgenden anhand des Drei-Ebenen-Modells der Alter(n)sbewältigung zeigen, wie diese drei Akteure gefordert sind, wenn es darum geht, das Verhältnis von Arbeit und Gesundheit der über 50-Jährigen günstig zu gestalten.

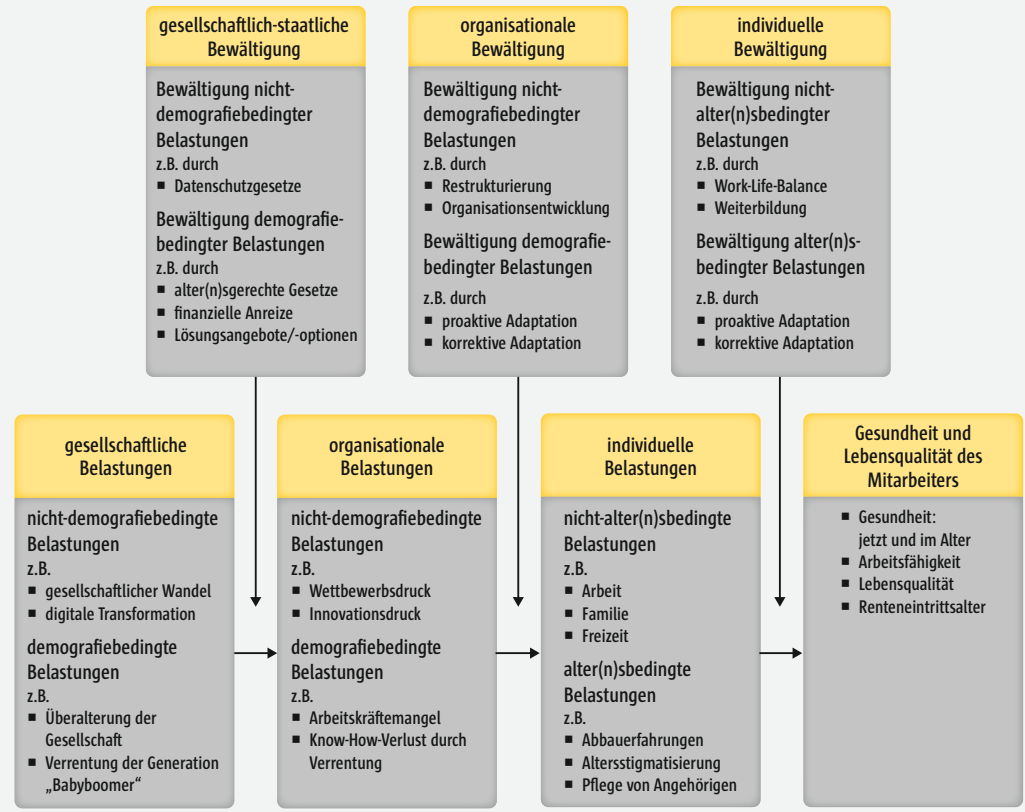
Die demografische Entwicklung bringt nach dem in ››› Abbildung 1 dargestellten Modell auf drei Ebenen spezifische Belastungen mit sich, die auf diesen Ebenen auch größtenteils bewältigt werden müssen: die gesellschaftliche, die betriebliche und die individuelle Ebene. Dieses Modell setzt an der Erkenntnis an, dass die Beeinflussung der Beziehung zwischen Arbeit und Gesundheit der Erwerbstätigen über 50 Jahren einen ganzheitlichen Ansatz benötigt, der von der Gesellschaft bis zum Individuum reicht [3]. Die folgende Abhandlung orientiert sich an diesem Modell.

Die gesellschaftliche Ebene der Alter(n)sbewältigung

Jede Gesellschaft steht mehr oder weniger unter Stress. Über die Zeit hinweg kann sich der Charakter dieses Stresses wandeln. Standen früher Seuchen, Dürren oder Weltkriege im Zentrum, hat es die heutige Gesellschaft eher mit Modernisierungsrisiken zu tun [4, 5]. Zu diesen zählt die demografische Entwicklung, aber auch andere Entwicklungen, die von einer überalterten Gesellschaft gemeistert werden müssen. Die technologische Entwicklung schreitet zum Beispiel rasant voran und macht es den Menschen, den Unternehmen und dem Staat zunehmend schwerer, angemessen mitzuhalten. Ogburn [6] hat schon früh auf das Phänomen des *cultural lag* hingewiesen. Er meinte damit, dass die Gesellschaft mit ihrer Gesetzgebung, ihren Normen und ihren Antworten der technischen Entwicklung oft stark „hinterherhinkt". In der onkologischen Medizin zum Beispiel wird es immer schwieriger, die Leitlinien für die Diagnose und Behandlung von spezifischen Krebskrankheiten auf dem neuesten Stand zu halten, weil es immer mehr Entdeckungen und Neuerungen auf dem Gebiet der Onkologie in immer kürzerer Zeit gibt [7].

Die Dynamik geht mit der technologischen Entwicklung, der Globalisierung der Wirtschaft und

Abbildung 1 Das 3-Ebenen-Modell der Alter(n)sbewältigung



einer Entwicklung einher, die immer öfter unter dem Akronym *VUCA* diskutiert wird [8].

VUCA

Volatility = Volatilität/Schwankungen
Uncertainty = Unsicherheit
Complexity = Komplexität
Ambiguity = Ambiguität/Mehrdeutigkeit

Diese Entwicklung in Richtung einer VUCA-Welt ist auch für die Altersfrage relevant, da sich Manager die Frage stellen müssen, inwieweit die Mitarbeiter 50+ in einer VUCA-Welt noch bestehen können und was getan werden muss, damit sie es in Zukunft besser können. Zu dieser an sich schon beanspruchenden Entwicklung tritt nun die demografische Entwicklung als zusätzliche gesellschaftliche Herausforderung hinzu. Sie ist gekennzeichnet durch Verrentung der Babyboomer, niedrige Geburtenrate, steigende Lebenserwartung (zzt. 2,5 Jahre pro Jahrzehnt [9]) und Zustrom von Migranten [10]. Das Statistische Bundesamt schrieb dazu jüngst:

„Die Jüngeren werden weniger, die Älteren werden mehr: Diese Verschiebung in der Altersstruktur, auch demografischer Wandel genannt, ist die Folge von anhaltend niedrigen Geburtenraten (Europäische Union (EU-28): 1,60 Kinder je Frau) und steigender Lebenserwartung. Zuwanderung konnte die Alterung der Bevölkerung bisher allenfalls dämpfen, nicht jedoch aufhalten“ [1].

Zu den positiven Seiten der skizzierten Entwicklung zählt, dass die Gefahr von Massenarbeitslosigkeit in Zukunft eher abnimmt. Das vor uns stehende zweite Maschinenzeitalter (Industrie 4.0) wird – so eine These – durch die steigende Automatisierung viele Arbeitskräfte freisetzen und ganze Berufe überflüssig

machten [11, 12]. Die Gegenthese ist, dass das zweite Maschinenzeitalter zu neuen Berufen und Tätigkeiten führt, die den Verlust an alten Arbeitsstellen wettmachen werden oder die den Verlust abfedern [13, 14]. Gleich wie sich die Zukunft auf dem Arbeitsmarkt entwickelt, sie trifft aufgrund der niedrigen Geburtenrate auf eine geringer werdende Erwerbstätigenzahl, wenn die Migration auf dem gleichen Stand bleibt.

Staatliche Bewältigung der demografischen Belastungen

Auf gesellschaftlicher Ebene ist es aufgrund der demografischen Entwicklungen und der notwendigen Umstrukturierungen im Sozialversicherungssystem unabdingbar, die gesellschaftlichen Strukturen und Prozesse aktiv an die Herausforderungen anzupassen und dort, wo dies nicht geht, Kompensationsstrategien einzuleiten. In diesem Zusammenhang kommt dem Staat (Bund, Länder, Kommunen) neben der Zivilgesellschaft eine bedeutende gestalterische Rolle zu. Der Staat hat mehrere Möglichkeiten zu gestalten. In erster Linie ist an das hoheitliche Handeln zu denken, das im Falle der Legislative die Gesetzgebung, im Falle der Exekutive die Verwaltungsakte und im Falle der Judikative die gerichtlichen Entscheidungen umfasst. Von der Art der Steuerung (Governance) kann man direkte und indirekte Steuerung unterscheiden. Direkte Steuerung erfolgt über Gebote und Verbote in Form von Gesetzen, Erlassen und Verordnungen (z.B. Pflegegesetz). Das hoheitliche Handeln des Staates fällt unter die direkte Steuerung. Eine indirekte Steuerung ist gegeben, wenn

- finanzielle Anreize zur Steuerung des Verhaltens eingesetzt werden, wenn
- strukturelle oder prozedurale Angebote des Staates die Wahrscheinlichkeit eines gewünschten kollektiven oder individuellen Verhaltens erhöhen oder wenn
- der Staat über Kampagnen, Informationen und Meinungsmacher die Überzeugung, dass das Zielverhalten ein anzustrebendes Verhalten sei, in der Gesellschaft und bei dem Einzelnen erhöht.

Ein Beispiel für eine Alternspolitik, die viele dieser Steuerungsmöglichkeiten einsetzt, ist der Nationale Aktionsplan zur Umsetzung des zweiten UN-Weltaltenplans mit seinen Schwerpunkten Demografiestrategie, Aktives Altern, Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, Pflegestärkungsgesetz sowie Pflegeausbildung und Alterssicherung [15, 16]. Eine Mischung aus verschiedenen Steuerungselementen enthält auch die aktuelle Diskussion zum Übergangsmanagement im Alternsprozess [10] und das Zehn-Punkte-Programm des Runden Tisches „Aktives Altern – Übergänge gestalten“ mit den Themenfeldern Übergangsmanagement, Bildung im und für das Alter, Digitalisierung und Engagement nach Beendigung der Erwerbstätigkeit.

Die Strategien spiegeln auch das Leitbild des aktivierenden Staates wider. Der Staat versucht im Rahmen dieses Leitbilds die Zivilgesellschaft mit in die Steuerung und Gestaltung einzubeziehen und so ihre Kreativität zu nutzen. Noch deutlicher wird die Mehr-Ebenen-Strategie des Staates in der Demografiestrategie des Bundes mit den Maßnahmen Stärkung des wirtschaftlichen Wachstumspotenzials, Förderung des sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhalts, Förderung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in den Regionen, Gewährleistung solider Finanzen für die Handlungsfähigkeit des Staates und verlässliche soziale Sicherungssysteme [17].

Die organisationale Ebene der Alter(n)sbewältigung

Demografiebedingte organisationale Belastungen

Der Staat kann zusammen mit den Kräften der Zivilgesellschaft die demografische Entwicklung und ihre Folgen nur begrenzt gestalten und abfedern. Daher kommen auf die Organisationen in der Gesellschaft (z.B. Wirtschaftsunternehmen, öffentliche Verwaltungen, Dienstleistungsorganisationen) als nächste Ebene trotz aller staatlichen Bemühungen demografiebedingte Belastungen zu. Einerseits resultieren diese aus der Umsetzung der staatlichen Bewältigungsstrategie (z.B. Demografiestrategie). Andererseits gibt es Belastungen, die sich direkt aus den demografischen Herausforderungen selbst ergeben. Dazu zählen Arbeitskräftemangel, Überalterung der Belegschaft und vorzeitige Verrentung. Eine weitere Belastung für die Unternehmen ist der massive Know-how-Verlust, der durch den Weggang der personenstarken Generation der „Babyboomer“ erzeugt wird. Es gibt Betriebe, die die „Alten“ aus dem Ruhestand zurückrufen, um ihr Know-how flexibel einsetzen zu können. Mit den verrenteten Mitarbeitern der Generation „Babyboomer“ steht damit eine Arbeitskraftreserve zur Verfügung, die einen hohen Erfahrungsschatz besitzt und die in volatilen Zeiten [18] flexibel einsetzbar sind. Unternehmen können dadurch zu „atmenden Unternehmen“ werden.

Organisationale Bewältigung der demografischen Herausforderungen
In Übertragung des Konzepts des aktiven Alterns von Kahana [19] unterscheiden wir zwischen proaktiver und korrektiver Anpassung und Bewältigung.

Proaktive Bewältigung der demografischen Herausforderung
Proaktive Bewältigung kann als eine Form des organisationalen Handelns definiert werden, bei der der Akteur die Herausforderungen ernst nimmt und handelt, bevor Probleme auftreten, um den Eintrittsfall zu verhindern. Zu den proaktiven Maßnahmen von Unternehmen gehören

- die Zukunftsplanung (z.B. langfristige Personalbedarfsplanung im Rahmen einer demografiesensiblen und -vorsorgenden Personalpolitik),
- der Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements mit dem Ziel des gesunden Alterns und
- der Auf- und Ausbau des Übergangsmanagements.

Demografiesensible Personalpolitik: Im Zuge der demografischen Entwicklung wird sich der Wettbewerb um Arbeitskräfte verschärfen, und es wird schwieriger werden, Fachkräfte langfristig zu binden. Für die Unternehmen bedeutet dies, die Attraktivität als Arbeitgeber zu erhöhen und die Potenziale der vorhandenen Arbeitskräfte optimal auszuschöpfen, z.B. durch Sicherung der Arbeitsfähigkeit der älteren Belegschaft, Schaffung guter Arbeitsbedingungen, Motivationsaufbau, Schaffung von Weiterbildungsmöglichkeiten und Gesundheitsförderung [20]. Unternehmen müssen sich außerdem auf veränderte Bedürfnisse der Beschäftigtengruppe 50+ anpassen. Aus motivationaler Sicht verändern sich die Bedürfnisse der Arbeitnehmer mit zunehmendem Alter. Die Arbeitsmotivation nimmt im Alter weder ab noch zu, benötigt jedoch eine veränderte Ansprache durch den Arbeitgeber [21]. Dies bedeutet, dass das Personalmanagement für die Mitarbeiter ab 50 eine zielgruppenspezifische Ansprache verwenden sollte. Gefragt ist auf Dauer zudem eine lebenszyklusorientierte Personalentwicklung, um das Personal langfristig binden zu können. Dazu zählt auch der nächste Punkt.

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) für die Generation 50+: Die individuelle Gesundheit gehört zu den wichtigsten Ressourcen des Mitarbeiters bei der Bewältigung normaler und altersbedingter Belastungen. Es ist daher zwingend notwendig, die Gesundheit zu erhalten und/oder zu fördern. Die Verantwortung dafür liegt zu gleichen Teilen bei dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer. Dies gilt vor allen Dingen dann, wenn es um die Abwehr von chronischen Erkrankungen geht, da in diesen Fällen der kranke Arbeitnehmer durch gezieltes Gesundheitsverhalten zum Ko-Produzent seiner eigenen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit wird. Da die Gesundheit auch abhängig ist von den Bedingungen in der Arbeit, stellt die Verbesserung der Gesundheit eine gemeinsame Aufgabe von Unternehmen und Mitarbeiter dar. Diese gemeinsame Aufgabe gilt es durch BGM zu fördern [22].

Das 7-Komponenten-Modell eines modernen betrieblichen Gesundheitsmanagements:

1. Arbeits- und Gesundheitsschutz,
2. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF),
3. gesundheitsrelevante Personal- und Organisationsentwicklung,
4. Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM),
5. betriebliches Fehlzeitenmanagement,
6. betriebliches Versorgungsmanagement und
7. das zusammenfassende Management dieser sechs Aktivitäten zur Erreichung definierter Gesundheits- und Versorgungsziele.

Die Komponenten 1–3 stellen proaktive Strategien und die Komponenten 4 und 6 korrektive Maßnahmen dar.

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist eine Managementaufgabe und beinhaltet die systematische und zielorientierte Steuerung aller Prozesse zur Gesundheitsförderung in einem Unternehmen. In Zeiten des Fachkräftemangels können mit einem im Unternehmen gelebten, attraktiven Gesundheitsmanagement Mitarbeiter an dieses gebunden und neue gewonnen werden. Zu den wichtigsten proaktiven Maßnahmen der Unternehmen zählt in diesem Bereich die (psychische) Gefährdungsbeurteilung. Diese dient dazu, Gefährdungen der Mitarbeiter zu identifizieren und handeln zu können, bevor Schäden auftreten. Ein weiterer Aspekt des proaktiven Managements der demografischen Entwicklung ist der Ausbau der Selbstmanagementfähigkeiten des Arbeitnehmers. Im Zuge der Verbreitung „autonomer“, „örtlich verteilter“ und unvollständig von Freizeit abgegrenzter Arbeitsformen können Beschäftigte weniger durch lokale BGF-Maßnahmen erreicht werden als früher in zentralisierten Organisationsformen. In agilen Zeiten muss mehr auf eigenverantwortliches, gesundheitskompetentes Handeln der Beschäftigten gesetzt werden

[23, 24, 25]. Gesundheitskompetenz bei den Mitarbeitern 50+ aufzubauen und die 40- bis 50-Jährigen darauf vorzubereiten, ist daher ein zentrales Gesundheitsziel des BGM. Dieser Aspekt der Förderung der Gesundheitskompetenz ist für den älteren Arbeitnehmer oft schon deshalb von besonderer Bedeutung, weil durch gesetzliche oder arbeitsmarktpolitische Vorgaben der Renteneintritt hinausgezögert werden soll. Arbeitnehmer der Generation 50+ müssen sich im Rahmen dieser Strategie möglichst fit und gesund und damit arbeitsfähig halten. Diese Individualstrategie sollte durch eine betriebliche Verhältnisprävention ergänzt werden. Hierzu zählen die verschiedenen Formen der präventiven Arbeitsgestaltung, die sich an den bewährten Modellen der betrieblichen Epidemiologie, dem Gratifikationskrisenmodell, dem Anforderungs-Kontroll-Modell und dem sozialen Unterstützungsmodell [26, 27, 28, 29] orientieren. Dies bedeutet, dass die Arbeitsbelastungen gesenkt, der Handlungsspielraum bei der Arbeit verbessert, die materiellen und immateriellen Gratifikationen erhöht und die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz gefördert werden sollten [26].

Übergangsmanagement: Im Rahmen der demografievorsorgenden Personalpolitik spielt das aktive Übergangsmanagement eine wichtige Rolle. Das betriebliche Übergangsmanagement bereitet Mitarbeiter 50+ beispielsweise durch Schulungen und Übergangsangebote darauf vor, friktionslos vom Arbeitsalltag in das Rentnerdasein überzugehen. Im Sinne eines lebensphasenorientierten Personalmanagements können Maßnahmen des Übergangsmanagements einen unternehmerischen (Stichwort Wissensmanagement), einen individuellen sowie einen gesamtgesellschaftlichen Nutzen haben. Neben Staat und Kommunen sind auch Unternehmen zur Erschließung und Aktivierung von Potenzialen durch ein Übergangsmanagement aufgerufen. Eine freiwillige berufliche Tätigkeit im höheren Alter oder bürgerschaftliches Engagement sind dabei besonders in den Blick zu nehmen [10].

Korrektive Anpassungsstrategien

Unter den korrektiven Maßnahmen betrachten wir im Folgenden Anpassungen der Arbeit an die bereits verminderte Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers (durch Arbeitsgestaltung) und Maßnahmen bei bereits vorhandenen körperlichen oder seelischen Krankheiten wie im Falle des betrieblichen Versorgungsmanagements und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Anpassung der Arbeit an die verminderte Arbeitsfähigkeit: Die Anpassung der Arbeit an die Fähigkeiten des älteren Arbeitnehmers kann auf zwei Arten erfolgen, entweder wird der notwendige Fit zwischen Arbeit und Arbeitnehmer über einen Wechsel des Arbeitsplatzes hergestellt oder der alte Arbeitsplatz wird an die neuen Fähigkeiten des älteren Mitarbeiters angepasst. Vielen Beschäftigten ist es aufgrund altersassoziierter körperlicher oder psychischer Veränderungen nicht möglich, ihren (erlernten) Beruf bis zum Zeitpunkt des Erreichens des gesetzlichen Renteneintrittsalters auszuüben. Dies betrifft neben körperlich belastenden Tätigkeitsfeldern, wie sie z.B. im Handwerk gegeben sind, auch pflegende und pädagogische Berufe. Für diese Berufsgruppen müssen Alternativen und ggf. Um- und Weiterbildungsmaßnahmen angeboten werden. Als Orientierungshilfe sollten Unternehmen bei der Abstimmung der Maßnahmen aufgrund der großen Varianz der Veränderungen durch zunehmendes Alter nicht das chronologische Alter einer Person als Maßstab anlegen, sondern sich an ihren individuellen Veränderungen ausrichten [21]. Kommt kein Arbeitsplatzwechsel infrage oder ist dieser nicht erwünscht (z.B. wegen der damit oft verbundenen beruflichen Nachteile), dann kommt es darauf an, den alten Arbeitsplatz mit Blick auf die vorhandenen individuellen Veränderungen anzupassen. Maßnahmen wie die Verringerung von Arbeitslast, die Einführung flexibler Arbeitszeiten oder die ergonomische Anpassungen des Arbeitsplatzes können die Arbeitssituation für ältere Arbeitnehmer spürbar verbessern [3]. In diese Richtung laufen auch verschiedene Strategien des Personalbereichs (HR). Je nach Unternehmensklima („age discrimination climate“ vs. „age-friendly organizational climate“) sind diese unterschiedlich ausgestaltet. Übergeordnetes Ziel von HR-Maßnahmen im Bereich des aktiven Alterns ist die Anpassung des organisationalen Arbeitsrahmens an Bedürfnisse alternder Arbeitnehmer. Zacher, Kooij und Beier (2018) erwarten darüber hinaus, dass sich die Veränderungen nicht nur auf die priorisierte Zielgruppe der älteren Arbeitnehmer, sondern ebenso auf Arbeitnehmer anderer Altersgruppen förderlich auswirken [21]. Besonders anzumerken ist, dass hier noch ein weiter Weg zu gehen ist, da nur ein geringer Anteil an Unternehmen durch besondere Arbeitsplatzausstattungen auf die physischen Bedürfnisse älterer Mitarbeiter eingehen [30].

Betriebliches Versorgungsmanagement: Unter betrieblichem Versorgungsmanagement verstehen wir alle Aktivitäten des Betriebes, die dazu dienen, sekundärpräventiv, kurativ und/oder rehabilitativ tätig zu wer-

den. Im sekundärpräventiven Bereich zählen dazu Vorsorge- und Screeninguntersuchungen und Maßnahmen zur Verminderung von bestehenden Risikofaktoren (z.B. Risikofaktoren für Herzinfarkt). Im kurativen Bereich zählen dazu Maßnahmen der Notfallmedizin und der Ersten Hilfe sowie die betriebsnahe Unterstützung der Behandlung von chronischen Krankheiten [31] wie z.B. Behandlung bei Rückenbeschwerden [32], die Durchführung von psychosomatischen Sprechstunden im Betrieb [33, 34] sowie das Angebot an die Arbeitnehmer, Hotlines zur Durchführung von Erstberatung bei psychischen und anderen Problemen in Anspruch nehmen zu dürfen, z.B. im Rahmen von *Employee Assistance Programs* [35]. Im rehabilitativen Bereich zählt dazu z.B. das Betriebliche Eingliederungsmanagement (siehe unten). Man kann das betriebliche Versorgungsmanagement auch als Vorfeld-Versorgung bezeichnen. Eine wesentliche Funktion des betrieblichen Versorgungsmanagements ist es, eine geleitete Überführung in das „normale" Versorgungssystem zu gewährleisten z.B. durch Modelle der Zusammenarbeit zwischen Betriebsarzt und niedergelassenen Hausärzten [36, 37].

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM): Das gesetzlich vorgeschriebene BEM gehört ebenfalls in die Kategorie der korrektiven Maßnahmen. Es hat seine Rechtsgrundlage im § 84 (alt – neu: § 167 SGB IX) des neunten Sozialgesetzbuchs und verpflichtet den Arbeitgeber, falls bestimmte Bedingungen erfüllt sind, zum Eingliederungsmanagement. Das BEM gehört zur Fürsorgepflicht des Arbeitgebers in Bezug auf erkrankte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es bezieht sich dabei auf alle Beschäftigten und nicht nur auf behinderte und schwerbehinderte Arbeitnehmer. Nach dem Gesetz kann BEM eingeleitet werden, wenn „Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig" waren. In diesem Fall „klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 176, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (Betriebliches Eingliederungsmanagement)" (§ 167; SGB IX). Für die Durchführung des BEM ist die Zustimmung des betroffenen Beschäftigten erforderlich [38]. Es konnte gezeigt werden, dass Betriebe mit einem hohen Anteil an über 50-Jährigen auch eher BEM praktizieren [39]. Diese Betriebe weisen auch meist mehr Aktivitäten im Bereich der Integrationsmaßnahmen auf. In solchen „altersaktiven Betrieben" steht man dem Instrument des Krankenrückkehrgesprächs positiver gegenüber als in nicht-altersaktiven Betrieben [39]. Man findet gewissermaßen ein Kümmern-Syndrom vor: Betriebe, die sich um ihre Mitarbeiter kümmern, die Integrationsmaßnahmen voranbringen und gesundes Altern propagieren, führen auch eher BEM durch. Der Umsetzungsstand des BEM ist allerdings insgesamt immer noch unbefriedigend. Das BMAS hält dazu aktuell fest:

„Untersuchungen zum Stand der Umsetzung des BEM in den Betrieben machen deutlich, dass noch erheblicher Optimierungsbedarf besteht in Bezug auf die Qualität der Durchführung des BEM. Stichworte sind vor allem die ausreichende Information der Betroffenen, die Transparenz des Verfahrens insgesamt und der Datenschutz. Ein besonderes Umsetzungspotential besteht noch bei den kleinen und mittleren Unternehmen (KMU)" [40].

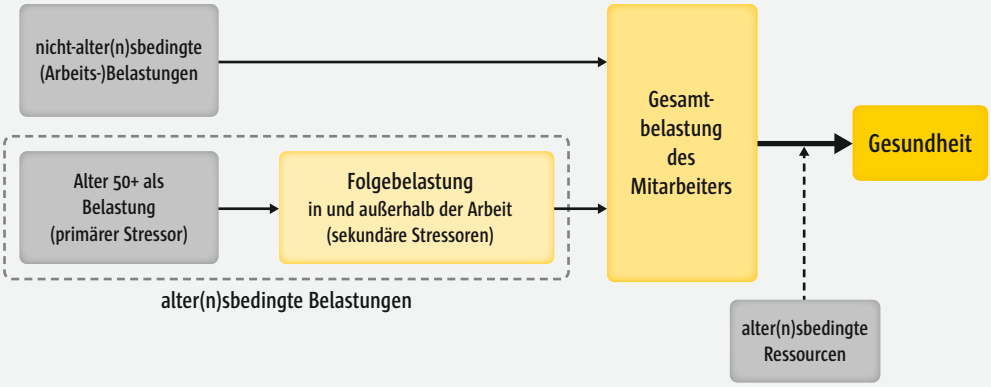
Insgesamt ist das Bild bezüglich der Durchführung korrektiver Maßnahmen zwar durchaus positiv, weist aber auch Schattenseiten auf. So sehen viele Betriebe und Experten die Betriebliche Gesundheitsförderung immer noch nicht unter dem Aspekt der Lebensarbeitszeitverlängerung, sondern mehr unter dem Aspekt der Produktivität. Gesundes Altern wird propagiert, weil man sich positive Effekte auf die Fehlzeiten und die Produktivität verspricht. Eine vorausschauende Planung im Sinne der Prävention findet oft nur am Rande statt [39].

Die individuelle Ebene der Alter(n)sbewältigung

Alter(n)sbedingte Belastungen

Trotz aller Bemühungen von Seiten der Unternehmen und des Staates die alter(n)sbedingten Belastungen gering zu halten (siehe vorherige Ausführungen), werden die Mitarbeiter immer wieder alter(n)sbedingte Belastungen zu bewältigen haben (vgl. ❯❯❯ Abbildung 1). Wir müssen davon ausgehen, dass Mitarbeiter der Generation 50+ unter Umständen einer Doppelbelastung ausgesetzt sind: sie haben einerseits die „normalen" Arbeitsbelastungen zu bewältigen und andererseits unter Umständen zusätzlich die alter(n)sbedingten Belastungen (vgl. ❯❯❯ Abbildung 2). Weiter unterteilen wir bei den alter(n)sbedingten Belastungen zwischen primären Stressoren (hier das objektive Alter über 50 Jahren) und den sekundären Stressoren. Sekundäre Stressoren sind

Abbildung 2 Die Doppel-Belastung des Mitarbeiters über 50: Summe aus „normalen“ und altersbedingten Belastungen



die Folgeprobleme, die durch den primären Stressor Alter ausgelöst werden. In einer Lebenssituation die eher durch stagnierende oder gar abnehmende interne und externe Ressourcen gegeben ist, kann das Hinzukommen der altersbedingten Belastungen zu einer gesundheitsgefährdenden Belastung-Ressourcen-Schere führen (wenigen Ressourcen stehen viele Belastungen gegenüber).

Bei den normalen, nicht-alter(n)sbedingten Belastungen spielen die Belastungen aus der Arbeit, der Familie und der Freizeit eine dominierende Rolle. Die Belastungen aus der Arbeit können Belastungen aus der Tätigkeit und dem organisationalen Wandel beinhalten. Vor allem die Modernisierung der Unternehmen, wie sie z.B. durch die digitale Transformation gegeben ist, spielt eine besondere Rolle für die Arbeitnehmer der Generation 50+.

Bei den alter(n)sbedingten Belastungen handelt es sich einerseits um **Abbaubelastungen.** Damit meinen wir den alternsbedingten Abbau von Arbeitsfähigkeit, von körperlicher Widerstandsfähigkeit und von der Fähigkeit, mit neuen Technologien und Innovationen adäquat umgehen zu können (Digitalkompetenz). Konkrete Abbauerfahrungen können sich aus dem Auftreten und dem Fortbestehen von chronischen Krankheiten (z.B. Diabetes) und dem Auftreten von akuten Krankheiten (z.B. Herzinfarkt) ergeben. Eine weitere Quelle von Abbaubelastungen sind Erfahrungen der funktionellen Einschränkung und der körperlichen oder seelischen Behinderung [19]. Weiter können mit zunehmendem Alter die körperliche Stärke, die kognitive Geschwindigkeit, die Gedächtnisleistung und das schlussfolgernde Denken („reasoning abilities“) abnehmen. Diesem Wertverlust im Alter („depreciation model“) kann jedoch auch ein Wertgewinn und ein Entwicklungspotenzial entgegenstehen („conservation model“). So wirkt sich das fortgeschrittene Alter im Durchschnitt positiv auf Ressourcen wie Lebenserfahrung, arbeitsbezogene Kenntnisse, die Fähigkeit zur Gefühlsregulation, interpersonelles Vertrauen, Loyalität und Engagement aus. Des Weiteren zeigen Arbeitnehmer höherer Altersgruppen eine durchschnittlich höhere Arbeitszufriedenheit. Viele altersbedingte Verluste können daher durch ein Mehr an Arbeitserfahrung und Wissen ausgeglichen werden [21, 44, 45]. Es wird daher heutzutage davon ausgegangen, dass Altern für die Arbeitsleistung einer Person sowohl zu Verlusten als auch zu Gewinnen führt [45].

Ein Teil der alter(n)sbedingten Belastung resultiert aus **der Stigmatisierung des Alters** (Altersstigmatisierung; siehe auch [41]). Damit meinen wir die offene oder verdeckte „Brandmarkung“ als „Nicht-mehr-so-leistungsfähigen Arbeit-nehmenden Vorruheständler“ oder als „Nicht-mehr-so-wichtig-zu-nehmenden Vorruheständler“. Solche Stigmatisierungsprozesse können vor allem nach Lebensereignissen entstehen, die in den Augen der Umwelt zu einer Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit führen (z.B. nach Herzinfarkt) [42]. Diese Stigmatisierung kann selbst gemacht sein, indem man sich die altersbedingte Einschränkung gewissermaßen „einredet“ oder sie können von außen durch Arbeitskollegen oder Vorgesetzte ausgelöst werden. Altersbedingte Stigmatisierungsprozesse haben viel mit dem Vorhandensein von defizitorientierten Altersbildern zu tun, also mit Bildern über das Alter(n), welche mit Einbußen jeglicher Art (körperliche, kognitive, seelische etc.) konnotiert sind [10]. Aufgrund dieser de-