

Forschungsprojekt

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bei älteren Beschäftigten in Deutschland im Kontext länger werdender Erwerbsverläufe“

Abschlussbericht

Juni 2023

Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bei älteren Beschäftigten in Deutschland im Kontext länger werdender Erwerbsverläufe“: Ein Projekt zur Untersuchung der Rolle der BGF für Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Erwerbsteilhabe älterer Beschäftigter in Deutschland.

Kurzbezeichnung: „BGF bei älteren Beschäftigten“

Akronym: lidA 3 – BGF

Zuwendungsempfänger: Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal (BUW)

Förderkennzeichen: 2016-379 (HO306)

Laufzeit des Projektes: 01.10.2017-30.06.2023 (inkl. kostenneutraler Verlängerung)

Fördernde Institution: BARMER

Erstellt durch: Dr. Daniela Borchart, PD Dr. Jean-Baptist du Prel & Prof. Dr. Hans Martin Hasselhorn

Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft
Fakultät für Maschinenbau & Sicherheitstechnik
Bergische Universität Wuppertal
Gaußstraße 20, 42119 Wuppertal
www.lida-studie.de

Ansprechpartner*innen

Prof. Dr. Hans Martin Hasselhorn
Leiter des Fachgebietes Arbeitswissenschaft
Gesamtprojektleitung
Tel. 0202 439 2088 (Sekretariat)
arbwiss@uni-wuppertal.de

PD Dr. Jean-Baptist du Prel, MPH
Projektkoordination, Wissenschaftliche Leitung
Tel. 0202 439 3008
duprel@uni-wuppertal.de

Dr. Daniela Borchart
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel. 0202 439 3009
borchart@uni-wuppertal.de

BARMER Hauptverwaltung
Versorgungsmanagement / Prävention
Team Prävention
Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal
www.barmer.de

Ansprechpartnerin

Solveig Wessel
Tel. 0800 333004 991917
E-Mail: solveig.wessel@barmer.de

Inhalt

Forschungsprojekt.....	1
„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bei älteren Beschäftigten in Deutschland im Kontext länger werdender Erwerbsverläufe“	1
Inhalt	3
1. Ausgangslage	4
2. Projektablauf und Meilensteine	6
2.1 Projektvorbereitung und Entwicklung des Fragebogens.....	6
2.2 Durchführung der lidA3-Erhebung und Panelpflege	6
2.3 Projektkoordination und Berichterstattung	7
2.4 Austausch zwischen den Projektpartnern	7
2.5 Datenanalysen und Verwertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse.....	8
3. Zusammenfassung der Studienergebnisse.....	9
3.1. BGF-Kultur	9
3.2. Bedarf an BGF-Maßnahmen	12
3.3. Angebot und Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention	16
3.4. Kostenbeteiligung und Hemmnisse der Inanspruchnahme.....	20
3.5. Bereitschaft für BGF-Online-Interventionen.....	22
3.6. Zur betriebsärztlichen Versorgung älterer Beschäftigter	25
4. Empfehlungen für die Praxis	27
5. Fazit und Ausblick.....	29
Anhang	31

1. Ausgangslage

Die Babyboom-Generation bildet heute die größte Erwerbsgruppe in der Bundesrepublik Deutschland. Seit 2011 begleitet die repräsentative lidA(leben in der Arbeit)-Studie zwei Jahrgänge der Babyboom-Generation (1959 bzw. 1965 Geborene) auf ihrem Weg von der Erwerbsarbeit in den Ruhestand. Bisherige Ergebnisse legen nahe: Fast alle Erwerbstätigen dieser Altersgruppen stehen noch mit beiden Beinen fest im Arbeitsleben. Gleichzeitig möchte allerdings über die Hälfte von ihnen so früh wie möglich aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Darüber hinaus bleibt unklar, ob künftige Generationen älterer Beschäftigter überhaupt im erhofften Umfang im Erwerbsleben verbleiben können (Anhang A.1: Hasselhorn et al., 2015). In Deutschland verbleiben Erwerbstätige heutzutage im Schnitt deutlich länger im Arbeitsleben als noch vor einigen Jahren. Dennoch beenden die meisten Beschäftigten ihre Erwerbstätigkeit deutlich vor Erreichen des Regelrenteneintrittsalters (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2022).

Die Einflussfaktoren, die darüber entscheiden, wie lange man erwerbstätig ist [ERWERBSTEILHABE], sind zahlreich und in aller Regel eng miteinander verwoben. Über die unmittelbaren Aspekte der **ARBEIT** hinaus sind hier von besonderer Bedeutung die *Erwerbsmotivation* sowie die *Arbeitsfähigkeit* der Beschäftigten. Zentral für diese Faktoren ist ihr Wechselspiel mit der **GESUNDHEIT**. Zur Sicherung der Erwerbsteilhabe älterer Beschäftigter nimmt die Gesundheitsförderung eine wichtige Stellung ein. Nicht zuletzt gelten **Interventionen auf Ebene der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)** im Allgemeinen als effektiv und effizient für die Förderung der Gesundheit von Beschäftigten (Barthelmes et al., 2019).

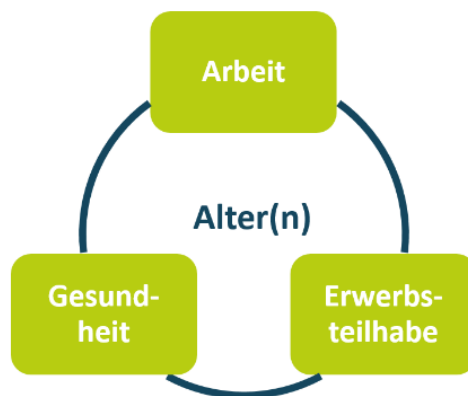


Abbildung 1. Arbeit, Alter(n), Gesundheit und Erwerbsteilhabe

Das Forschungsprojekt „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bei älteren Beschäftigten in Deutschland im Kontext länger werdender Erwerbsverläufe (im Folgenden kurz *BGF bei älteren Beschäftigten*)“ hat der Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft der Bergischen Universität Wuppertal (BUW) aufgrund dieser Ausgangslage initiiert und konnte die BARMER als Förderin gewinnen. Das Projekt im Rahmen der dritten Erhebung (2018) der lidA-Studie umfasst die Untersuchung der Rolle von Strukturen und Maßnahmen der BGF für die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Erwerbsteilhabe älterer Beschäftigter in Deutschland.

Die lidA-Studie (www.lida-studie.de) ist eine von weltweit etwa zehn repräsentativen Kohortenstudien mit Fokus auf die Themen *Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe*. In Deutschland ist sie einzigartig. lidA untersucht Langzeiteffekte der Arbeit auf Gesundheit und Erwerbsteilhabe in einer älter werdenden Erwerbsbevölkerung. Die Studienteilnehmenden sind Angehörige der Geburtskohorten 1959 und 1965. Sie werden in regelmäßigen Abständen von drei bis vier Jahren zu Hause persönlich aufgesucht und befragt (Computer Assisted Personal Interview, CAPI). In diesem Projekt kamen Befragungsdaten aus den lidA-Erhebungswellen 1 bis 3 (2011, 2014 und 2018) zur Anwendung. Die Teilnehmenden wurden 2009 aus der Integrierten Erwerbsbiographie (IEB) der Bundesagentur für Arbeit gezogen. In der IEB sind alle sozialversicherten Beschäftigten in Deutschland inklusive wichtiger Struktur-

merkmale gelistet. Ein Vergleich mit den Daten der IEB bestätigte die hohe Repräsentativität der Studienstichproben über alle drei Befragungen (Schröder et al., 2013; Steinwede et al., 2015; Steinwede et al., 2018; Schmitz et al., 2019). Dies ermöglicht Rückschlüsse von Forschungsergebnissen auf die Grundgesamtheit sozialversicherter Beschäftigter dieser beiden Alterskohorten in Deutschland (Anhang D.1: FS_2019_03). Durch die wiederholte Befragung derselben Personen mit einem partiell identischen Erhebungsinstrument folgt die lidA-Studie einem *Paneldesign*. Dadurch werden Veränderungsmessungen bezüglich der mehrzeitlich erhobenen Merkmale möglich (vgl. Diekmann, 2016). Eine Einführung in die lidA-Studie, in das zugrundeliegende konzeptionelle Denkmodell sowie in ausgewählte Ergebnisse findet sich in der aktuellen lidA-Broschüre (Anhang B.1: Hasselhorn et al., 2019)¹.

Quellen:

Barthelmes, I., Bödecker, W., Sörensen, J., Kleinlercher, K.-M. & Odoy, J. (2019). *Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018*. iga.Report (40). Initiative Gesundheit und Arbeit. <https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-40>

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB). (2022, 10. Dezember). *Renteneintritt der Babyboomer: Für viele ist schon mit 63 Schluss* [Pressemeldung]. <https://www.bib.bund.de/DE/Presse/Mitteilungen/2022/2022-12-10-Renteneintritt-der-Babyboomer-Fuer-viele-ist-schon-mit-63-Schluss.html>

Diekmann, A. (2016). *Empirische Sozialforschung* (10. Aufl.). Rowohlt. ISBN 978-3-499-55678-4

Hasselhorn H. M., Borchart, D., Brühn, L., Dettmann, M., du Prel, J.-B., Ebener, M., Garthe, N., Müller, B. H., Rings, A., Ruhaas, R., Schmitz, M., Schröder, C. C. & Tiede, R. (2019). *lidA - Idee, Studie, Ergebnisse – eine Kohortenstudie zu Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe bei älteren Erwerbstätigen in Deutschland* (S. 22–23). https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Broschüre_und_Flyer/lidA_Broschüre.pdf

Hasselhorn, H. M., Ebener, M. & Müller, B. H. (2015) Determinanten der Erwerbsteilhabe im höheren Erwerbsalter – das „lidA-Denkmodell zu Arbeit, Alter und Erwerbsteilhabe“. *Zeitschrift für Sozialreform*, 61(4), 403–432.

Schmitz, M., du Prel, J.-B. & Hasselhorn, H. M. (2019). *lidA-Factsheet 2019/03: Repräsentativität der lidA-Daten in den Erhebungswellen 2011, 2014 und 2018*. [Factsheet]. Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal (BUW). <https://arbeit.uni-wuppertal.de/de/ergebnisse/factsheets.html>

Schröder, H., Kersting, A., Gilberg, R. & Steinwede, J. (2013). Methodenbericht zur Haupterhebung lidA – Leben in der Arbeit. *FDZ-Methodenreport* (01). Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). https://doku.iab.de/fdz/reporte/2013/MR_01-13.pdf

Steinwede, J., Kleudgen, M., Häring, A. & Schröder, H. (2015). Methodenbericht zur Haupterhebung lidA – Leben in der Arbeit, 2. Welle. *FDZ-Methodenreport* (07). Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). https://doku.iab.de/fdz/reporte/2015/MR_07-15.pdf

Steinwede, J., Ruiz Marcos J. & Kleudgen, M. (2018). *Methodenbericht lidA Welle 3*. infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Publikationen/Methodenbericht_lidA_W3.pdf

Factsheet FS 2019/03: M Schmitz, J-B du Prel, HM Hasselhorn. Repräsentativität der lidA-Daten in den Erhebungswellen 2011, 2014 und 2018. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2019_03_Repr%C3%A4sentativit%C3%A4t.pdf

¹ Die lidA-Broschüre ist verfügbar über folgenden Link: www.arbeit.uni-wuppertal.de/de/ergebnisse/broschueren

2. Projektablauf und Meilensteine

2.1 Projektvorbereitung und Entwicklung des Fragebogens

Zu Beginn des Forschungsprojektes BGF bei älteren Beschäftigten im Oktober 2017 fanden Fachgespräche der Projektpartner BARMER und Bergische Universität Wuppertal (BUW) statt, um Haupt- und Teilziele des Forschungsprojektes gemeinsam zu planen. Um die übergeordneten Forschungsthemen zu konkretisieren, erfolgte eine systematische Sichtung nationaler und internationaler Literatur zu Forschungsstudien im Bereich der BGF für die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Erwerbsteilhabe älterer Beschäftigter durch die Studienleitung (lidA-Forschungsgruppe der BUW).

Untersuchte Themenbereiche des Projektes „BGF bei älteren Beschäftigten“:

1. BGF-Kultur - BGF-Strukturen und Stellenwert der Mitarbeitergesundheit im Betrieb
2. Subjektiver Bedarf von Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung
3. Angebote & Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung
4. Kostenbeteiligung & Hemmnisse der Inanspruchnahme Betrieblicher Gesundheitsförderung
5. Bereitschaft für BGF Online-Interventionen
6. Rolle des Betriebsarztes zu Gesundheitsfragen für die Beschäftigten

Als erster zentraler Meilenstein erfolgte aufbauend auf den Ergebnissen der Literaturrecherchen die Auswahl der Variablen für das BGF-Teilmodul der dritten lidA-Erhebung. Zusätzlich erfolgte die Programmierung von Handlungsanweisungen für die Interviewerinnen und Interviewer zur Durchführung der dritten lidA-Befragung. Das BGF-Modul wurde mit den weiteren Teilmodulen nach umfangreichen separaten Pretests - qualitative Interviews und einer quantitativen Online-Befragung, jeweils mit älteren Erwerbstätigen - durch die Studienleitung auf ihre Eignung überprüft, optimiert und anschließend in den lidA-Welle 3-Fragebogen integriert. Tabelle 1 gibt eine Übersicht der Inhalte aller bisherigen lidA-Befragungen.

In einem weiteren Schritt wurde das lidA-Erhebungsinstrument für die dritte lidA-Befragungswelle an infas als beauftragtes Befragungsinstitut für die Datenerhebung übermittelt. Von infas wurde daraufhin der gesamte Fragebogen der dritten Befragungswelle an einem Teilkollektiv der lidA-Stichprobe vorgetestet. Nach mehreren Kontrollschleifen lag die finale Fragebogenversion (Programmiervorlage des CAPI-Erhebungsinstruments) im Dezember 2017 vor.

2.2 Durchführung der lidA3-Erhebung und Panelpflege

Als zweiter zentraler Meilenstein fand die dritte lidA-Erhebung von April bis Juni 2018 statt. Insgesamt konnten in dieser Erhebungswelle 3586 gültige Interviews realisiert werden; in der ersten Welle (2011) waren es 6585, in der zweiten Welle (2014) waren es 4244. Die durchschnittliche Interviewdauer lag in der dritten Welle (2018) bei 78 Minuten. Die Panelpflege erfolgte fortlaufend über die gesamte Projektlaufzeit und umfasste u. a. die regelmäßige Kontaktaufnahme zu den Befragten durch infas, um sie über den Studienfortschritt zu informieren, zur weiteren Teilnahme zu motivieren wie auch Informationen über mögliche Adressänderungen zu gewinnen.

		Welle 1 (2011)	Welle 2 (2014)	Welle 3 (2018)	
Einführungsfragen		x	x	x	
Arbeit	Beschäftigungsverhältnis	x	x	x	
	Arbeitsgegenstand	Arbeitsinhalt	x	x	x
		Arbeitsorganisation	x	x	x
		Soziales Arbeitsumfeld	x	x	x
		Sonstiges	x	x	x
		Digitalisierung			x
		Betriebliche Weiterbildung	x	x	x
	Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention			x	
	Arbeitslosigkeit	x	x	x	
Erwerbsperspektive	x	x	x		
Ruhestand	x	x	x		
Person	Soziodemografie inkl. Migrationshintergrund	x	x	x	
	Haushaltskontext	x	x	x	
	Individuelle Aspekte inkl. Gesundheitsverhalten, Einstellungen	x	x	x	
Gesundheit und Funktionsfähigkeit	Gesundheit & Arbeitsfähigkeit	x	x	x	
	Gesundheitsförderung in der Freizeit	x	x	x	
	Rehabilitation	x	x	x	
	Betriebliche Wiedereingliederung	x	x	x	
Datenquellen					
Befragung zu Hause		x	x	x	
Befragung telefonisch					
Selbstaufwähler-Fragebogen zum allgemeinen Lebensgefühl		x	x	x	
Krankenkassendaten		x	x		
IEB-Beschäftigungsdaten (Bundesagentur für Arbeit, IAB)		x	x	x	
DRV-Daten (zu Rehabilitation, Maßn. zur Teilhabe, Renten)				x	

Tabelle 1. Inhalte der bisherigen lidA-Befragungen (Erhebungswellen 1 bis 3)

Die Befragungsdaten der dritten Erhebung lagen dem Forschungsteam der BUW Ende August 2018 vor. Sie wurden mit Hilfe des Datenmanagers aufbereitet und mit den Daten der beiden Vorwellen zusammengespielt. Eine ausführliche Beschreibung des methodischen Vorgehens bei der Befragung und der Panelpflege wird im Methodenbericht der dritten Erhebungswelle gegeben. Dieser wurde von infas in Kooperation mit der BUW im September 2018 fertiggestellt (Steinwede et al., 2018).

2.3 Projektkoordination und Berichterstattung

Das Projektmanagement von Seiten der BUW ermöglichte das geplante kontinuierliche Voranschreiten in den organisatorischen Projektaufgaben sowie in der Veröffentlichung der wissenschaftlichen Erkenntnisse anhand zahlreicher Verwertungsprodukte zu den Projektthemen. Diese Verwertungsprodukte werden in den einzelnen themenspezifischen Kapiteln aufgeführt. Die Projektfortschritte wurden von der BUW in insgesamt vier jährlichen Zwischenberichten festgehalten und dem Projektpartner BARMER bereitgestellt. Dies stellt einen weiteren Meilenstein des Projektes dar.

2.4 Austausch zwischen den Projektpartnern

Im Rahmen der Projektabwicklung und Verwertungsplanung fanden in regelmäßigen Abständen Treffen der Projektpartner BARMER und BUW statt. Das erste projektspezifische Treffen hat im Juni 2018

stattgefunden. Einen weiteren Meilenstein des Projektes stellte der inhaltliche Austausch mit den BGM-Beraterinnen und -Beratern der BARMER im Rahmen einer ‚in-house‘- Arbeitstagung im Februar 2019 dar. Bei dieser Veranstaltung stellte das Forschungsteam der BUW bisherige Erkenntnisse der Analysen mit den lidA3-Befragungsdaten (2018) vor (Anhang F.1: BARMER Arbeitstagung BGM). Die Relevanz dieser Ergebnisse für die Praxis und das Potenzial für weitere Analysen wurde inhaltlich mit den BGM-Berater*innen diskutiert. Ein weiteres Austauschtreffen der BGM-Beraterinnen und -Berater und des BUW-Forscherteams fand im Mai 2022 statt (Anhang F.2: Fachaustausch BARMER - BUW lidA-BGF Projekt III und IV.)

2.5 Datenanalysen und Verwertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse

Vierter zentraler Meilenstein des Projektes „BGF bei älteren Beschäftigten“ war die statistische Analyse mit dem Auswertungsschwerpunkt auf den Daten der dritten lidA-Befragungswelle (2018). Die Datenanalysen dienen der Beantwortung der zentralen und weiterführenden forschungsleitenden Fragestellungen aus den verschiedenen Themenbereichen, welche bereits unter Abschnitt 2.1 vorgestellt wurden. Tabelle 2 gibt eine Übersicht zu den Hauptfragestellungen bzw. Forschungszielen der jeweiligen Themenbereiche:

1. BGF-Kultur	Hauptfrage: Wie gehen die Betriebe mit der Gesundheit der Beschäftigten um? Gibt es eine betriebliche Kultur und Strukturen zur Umsetzung von BGF?
2. Bedarf an BGF-Maßnahmen	Hauptfrage: Wie ist der Bedarf älterer Beschäftigter für Maßnahmen der BGF mit Blick auf ihre Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Erwerbsteilhabe?
3. Angebot und Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen	Hauptfrage: Wie hängen Angebot und Nutzung von BGF-Maßnahmen miteinander und mit der Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Erwerbsteilhabe der Beschäftigten zusammen?
4. Kostenbeteiligung & Hemmnisse der Inanspruchnahme	Hauptfrage: Sind ältere Beschäftigte bereit, sich an den Kosten für BGF-Maßnahmen zu beteiligen? Welche Teilnahmemhemmnisse an BGF-Maßnahmen haben sie?
5. Bereitschaft für BGF Online-Interventionen	Hauptfrage: Nutzen die Beschäftigten im Alltag digitale Medien? Würden sie digital gestützte BGF-Maßnahmen verwenden? Bevorzugen sie digitale oder nicht-digitale Maßnahmen?
6. Rolle des Betriebsarztes in Gesundheitsfragen der Beschäftigten	Hauptfrage: Gibt es eine Betriebsärztin / einen Betriebsarzt und welche Rolle hat sie*er für die Beschäftigten bei Fragen zur Förderung ihrer Gesundheit?

Tabelle 2. Themenbereiche des Forschungsprojektes inklusive Hauptfragestellungen

Die Forschungsthemen wurden deskriptiv und inferenzstatistisch mit den Befragungsdaten aller bisherigen Studienwellen analysiert. Mit den ersten Datenanalysen wurde mit dem Projektstart im Oktober 2017 begonnen. Die Analysen mit den Daten der dritten Befragungswelle starteten dann im Oktober 2018. Die Analyseergebnisse werden in Abschnitt 3 für die Themenbereiche zusammengefasst. Neben den Datenanalysen stellte die Verwertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse einen wichtigen Meilenstein des Forschungsprojektes dar. Die jeweiligen Verwertungsprodukte werden themenspezifisch bei der Zusammenfassung der Studienergebnisse vorgestellt. Die Produkte werden dem Bericht im Anhang beigelegt.

Quellen:

Steinwede, J., Ruiz Marcos J. & Kleudgen, M. (2018). *Methodenbericht lidA Welle 3*. infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Publikationen/Methodenbericht_lidA_W3.pdf

3. Zusammenfassung der Studienergebnisse

Die Ergebnisse der Datenanalysen wurden in verschiedenen Verwertungsprodukten in Form von wissenschaftlichen Fachartikeln (Originalarbeiten), Buchbeiträgen, Abstracts, Factsheets und Postern sowie einem Beitrag zur lidA-Broschüre (Anhang B.1: Hasselhorn et al., 2019) publiziert. Zudem wurden diese Forschungsergebnisse auf wissenschaftlichen Fachtagungen wie auch auf dem Austauschtreffen der Projektpartner (vgl. 2.4) präsentiert und mit den jeweiligen Fachkreisen diskutiert. Im Folgenden werden die Studienergebnisse themenspezifisch zusammengefasst und es wird auf die jeweiligen Verwertungsprodukte Bezug genommen.

3.1. BGF-Kultur

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention gelten Konzepte als besonders vielversprechend, die Maßnahmen kombinieren, welche sowohl am individuellen Verhalten der Beschäftigten ansetzen wie auch an bestehenden Arbeitsbedingungen. Gesundheit ist in diesem Kontext als fundamentaler, kultureller Wert zu verstehen, der in allen Bereichen des Betriebs „er- und gelebt“ werden kann (Borchart & du Prel, 2019; 2020). Vor diesem Hintergrund stellte sich die Frage, welchen Stellenwert die Mitarbeitergesundheit für die Betriebe und direkten Führungskräfte aus Sicht der Beschäftigten hat.

- Die meisten Beschäftigten finden, dass ihren Betrieben und Vorgesetzten die Mitarbeitergesundheit wichtig ist.
- Eine wahrgenommene positive Gesundheitskultur in den Betrieben geht mit besseren psychosozialen Arbeitsbedingungen und einem geringeren Stressempfinden der Beschäftigten einher.
- Je besser die Bewertung der betrieblichen Gesundheitskultur, desto besser auch die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und desto länger die Erwerbsperspektive von älteren Beschäftigten.

Die lidA-Ergebnisse deuten darauf hin, dass den meisten Betrieben die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden am Herzen liegt. So fanden sieben von zehn Beschäftigten, dass ihr Betrieb der Mitarbeitergesundheit eine hohe Bedeutung beimisst. Dass ihre direkte Führungskraft dies tut, fanden sogar acht von zehn Beschäftigten (Anhang D.2: FS 2019/16).

Bewertungen der betrieblichen Gesundheitskultur in verschiedenen Bevölkerungsgruppen (Anhang D.2: FS 2019/16): Männer und Beschäftigte mit hohem Bildungsstatus fanden ihre Betriebe und direkten Führungskräfte häufiger gesundheitsbewusst als andere Beschäftigte. Vergleichsweise häufig fanden Beschäftigte mit fertigungstechnischen Berufen (z. B. Fahrzeugtechnikberufe) und jene in unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen (z. B. Büro-, Bankfach Tätigkeiten), dass ihrem Betrieb und Vorgesetzten die Mitarbeitergesundheit wichtig ist. Vergleichsweise selten taten dies Beschäftigte mit Berufen in Verkehr und Logistik (z. B. Fahrzeugführung, Lagerverwaltung) sowie der Fertigung und Produktion (z. B. Rohstoffgewinnung, handwerkliche Produktherstellung).

Zusammenhang der betrieblichen Gesundheitskultur mit der Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und der Erwerbsperspektive älterer Beschäftigter (Anhang D.3: FS 2020/13): Die Einschätzung der betrieblichen Gesundheitskultur durch die Beschäftigten war mit ihrer Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Erwerbsperspektive assoziiert: **Je höher der selbsteingeschätzte Stellenwert der Mitarbeitergesundheit im Unternehmen, desto besser die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der älteren Beschäftigten und desto länger glauben sie, arbeiten zu können** (vgl. Abbildung 1 & 2). Untersucht wurden die Zusam-

menhänge von Kultur und individuellen Aspekten zum selben Messzeitpunkt. Daher lassen diese Analyseergebnisse keine Aussage zur Kausalität (Ursache-Wirkung) der Zusammenhänge zu. Hierzu ist denkbar, dass Beschäftigte mit schlechter Gesundheit andere Bedürfnisse bezüglich ihrer Arbeit haben. Dies kann möglicherweise eine notwendige bzw. konkretere Auseinandersetzung mit den gesundheitsbezogenen Strukturen des Betriebs, wie auch erfahrenen Hilfsangeboten mit sich bringen.

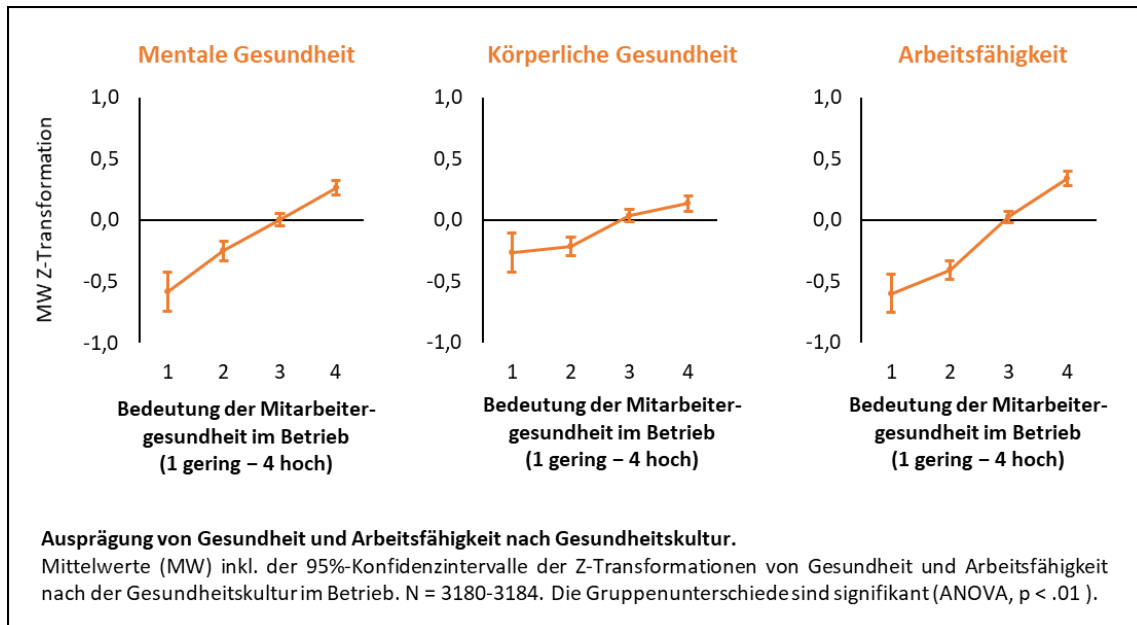


Abbildung 2. Gesundheit und Arbeitsfähigkeit nach subjektiver Gesundheitskultur
Quelle: FS 2020/13 (Anhang D.3)

Strukturen zur Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung: Um die Strukturen zur Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung zu untersuchen, wurden im Rahmen der dritten IiDA-Befragungswelle (2018) die älteren Beschäftigten nach ihrem Miteinbezug bei Fragen der Gesundheit im Betrieb (z. B. Mitarbeiterbefragung, Gesundheitszirkel), nach dem Bestehen einer Arbeitsgruppe zu Themen der Mitarbeitergesundheit (z. B. einen Arbeitskreis) befragt. Auch wurden sie befragt, ob es eine feste Ansprechperson zu gesundheitlichen Themen gibt. Dies wurde mehrheitlich von den Befragten verneint bzw. als nicht genügend bewertet. Demnach fanden etwa nur ein Drittel (33,4 %) der Befragten, dass die Mitarbeitenden in ihrem Betrieb im ausreichenden Maße bei Fragen der Gesundheit miteinbezogen werden. Die meisten von ihnen verneinte das Bestehen von Arbeitskreisen (64,9 %) und die Existenz einer Ansprechperson zu Gesundheitsthemen (64,8 %; Anhang D.3: FS 2020/13).

Betriebliche Gesundheitskultur und Arbeitsbedingungen (Anhang D.3: FS 2020/13): Neben den eben beschriebenen Zusammenhängen der Gesundheitskultur mit den individuellen Aspekten der Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und der Erwerbsperspektive zeigten sich auch Zusammenhänge der Kultur mit verschiedenen Arbeitsbedingungen, z. B. Einflussmöglichkeiten, Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben und der kollegialen Unterstützung. **Je besser die Bewertung der betrieblichen Gesundheitskultur war, desto besser auch die Bewertung der Arbeitsbedingungen und desto geringer das Arbeitsstressempfinden der älteren Beschäftigten.**

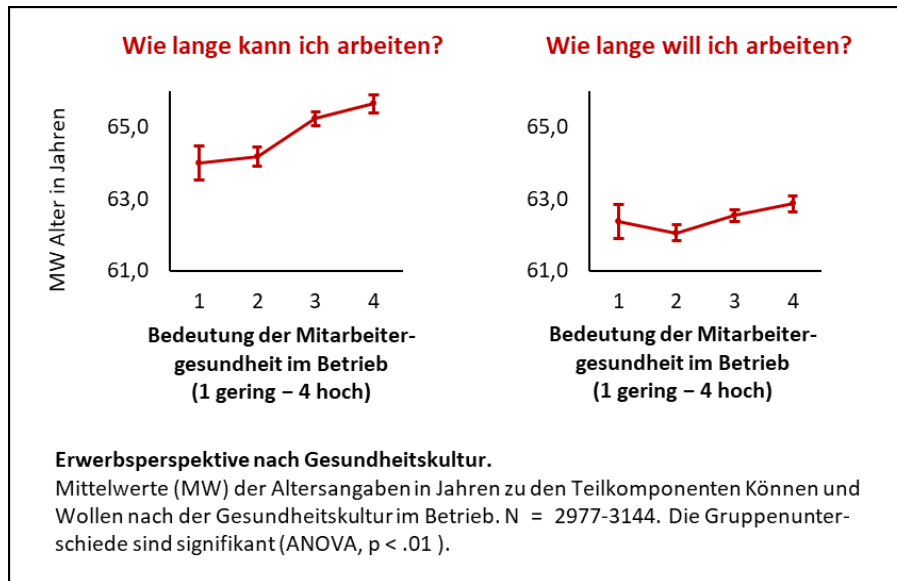


Abbildung 3. Erwerbsperspektive nach subjektiver Gesundheitskultur
Quelle: FS 2020/13 (Anhang D.3)

Verwertungsprodukte zu diesem Themenbereich:

Factsheets:

FS 2019/16: Borchart, D., du Prel, J.-B. (2019). *Mitarbeitergesundheit ist uns wichtig - oder nicht? Zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Kultur im Betrieb* [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2019_16_BARMER_Factsheet_5.pdf

FS 2020/13: Borchart, D., du Prel, J.-B., & Hasselhorn, H. M. (2020). *Healthy corporate culture - healthy staff? Arbeitsbedingungen, Gesundheit und Erwerbsperspektive älterer Beschäftigter im Kontext der betrieblichen Gesundheitskultur* [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2020_13_Healthy_corporate_culture.pdf

lidA-Broschüre:

Hasselhorn H.M., Borchart, D., Brühn, L., Dettmann, M., du Prel, J.-B., Ebener, M., Garthe, N., Müller, B. H., Rings, A., Ruhaas, R., Schmitz, M., Schröder, C. C. & Tiede, R. (2019). *lidA - Idee, Studie, Ergebnisse – eine Kohortenstudie zu Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe bei älteren Erwerbstätigen in Deutschland* (S. 22–23). https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Broschüre_und_Flyer/lidA_Broschüre.pdf

3.2. Bedarf an BGF-Maßnahmen

Im Rahmen des Forschungsprojektes war es ein Ziel, den Bedarf älterer Beschäftigter für Maßnahmen der BGF mit Blick auf ihre Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Erwerbsteilhabe zu untersuchen. Hierzu stellen sich zuallererst die Fragen, wie gesund und arbeitsfähig ältere Beschäftigte sind und wie es um ihre Erwerbsperspektive steht.

- Ältere Beschäftigte sind aufgrund häufiger Gesundheitseinschränkungen eine wichtige Zielgruppe für die Gesundheitsförderung und Prävention.
- Die Gesundheit kann sich mit dem Alter verschlechtern, ABER auch deutlich verbessern.
- Die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und die subjektive Erwerbsperspektive stehen in einem engen Zusammenhang.
- Das Gesundheitsverhalten und Arbeitsbedingungen haben indirekt (Gesundheit, Arbeitsfähigkeit) und direkt einen Einfluss auf die subjektive Erwerbsperspektive.

Wie gesund und arbeitsfähig sind die älteren Beschäftigten?

Unsere Analysen zeigen, dass es auf das Maß ankommt, an dem man Gesundheit festmacht (vgl. Abbildung 4). In der dritten lidA-Befragung (2018) hatten 10,5 % aller Teilnehmenden eine amtlich festgestellte Behinderung, 16,4 % zeigten klinisch relevante Depressivitätswerte, 32,0 % äußerten Beeinträchtigungen durch Schmerzen in den letzten vier Wochen, 33,2 % hatten eine Schlafstörung, 14,2 % bezeichneten ihre Gesundheit als (sehr) schlecht und 75,4 % berichteten mindestens eine ärztlich diagnostizierte oder behandelte Krankheit. Mit unterschiedlichen Maßen kommt man also zu unterschiedlichen Aussagen über Gesundheit. Ein für uns überraschendes Ergebnis war, dass bei 43,0 % der Befragten der selbstberichtete Gesundheitszustand über einen Zeitraum von sieben Jahren (2011 zu 2018) zwischen gut und schlecht wechselte – wir beobachteten Verschlechterungen UND Verbesserungen (vgl. Anhang B.1: lidA-Broschüre, S. 22 – 23). lidA zeigt also: Der Gesundheitsstatus älterer Beschäftigter kann sich durchaus positiv wandeln.

Auch die Arbeitsfähigkeit kann sich noch im fortschreitenden Erwerbsalter verbessern. Allerdings zeigten unsere Analysen, dass die Arbeitsfähigkeit (hier gemeint: die Übereinstimmung der eigenen Ressourcen mit den Arbeitsanforderungen) im Laufe des Erwerbslebens bei den Beschäftigten abnimmt (Beschäftigtenanteil mit hoher Arbeitsfähigkeit 2011: 69,9 %, 2018: 62,9 %) – bei dieser Entwicklung zeigten sich wesentliche Unterschiede nach den Berufsgruppen: Während sich in einigen Berufsgruppen die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten kaum veränderte, verschlechterte sie sich verhältnismäßig stark bei Beschäftigten in fertigungstechnischen, Handels-, Verkaufs-, Fahr- und Reinigungsberufen (vgl. Anhang B.1: lidA-Broschüre, S. 24 – 25).

Unsere Analysen zeigen, dass die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit mit der subjektiven Erwerbsperspektive der Beschäftigten assoziiert ist. Wer weder über eine gute Arbeitsfähigkeit noch über eine gute Gesundheit verfügt, will auch nur selten bis zum 65. Lebensjahr oder darüber hinaus erwerbstätig sein (Anhang B.1: lidA-Broschüre, S. 22 - 25). Beschäftigte mit schlechter Gesundheit gehen zudem davon aus, kürzer erwerbstätig sein zu können (Anhang A.5: Borchart et al., 2021; Anhang E.2: Hasselhorn, 2020). Unsere bisherigen Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass neben einer schlechten Gesundheit eine geringe Arbeitsfähigkeit, riskante Verhaltensweisen (Rauchen, Übergewicht, körperliche Inaktivität) und widrige psychosoziale Arbeitsbedingungen die Erwerbsperspektive (hier: wie lange man denkt, arbeiten zu können) schmälern können (Anhang A.4: Borchart et al., 2021; Anhang A.8: Rohrbacher & Hasselhorn, 2022). Auch zwischen dem individuellen Verhalten und den Arbeitsbedingungen stellten wir Wechselwirkungen fest: So zeigte sich im Rahmen einer longitudinalen Untersuchung, dass die körperliche Freizeitaktivität als moderierende Größe Arbeitsstress in Form von beruflichen Gratifikationskrisen über die Zeit von drei Jahren (2011 zu 2014) signifikant reduzieren konnte (Anhang A.2: du Prel et al., 2019; Anhang E.1: du Prel & Borchart, 2020).

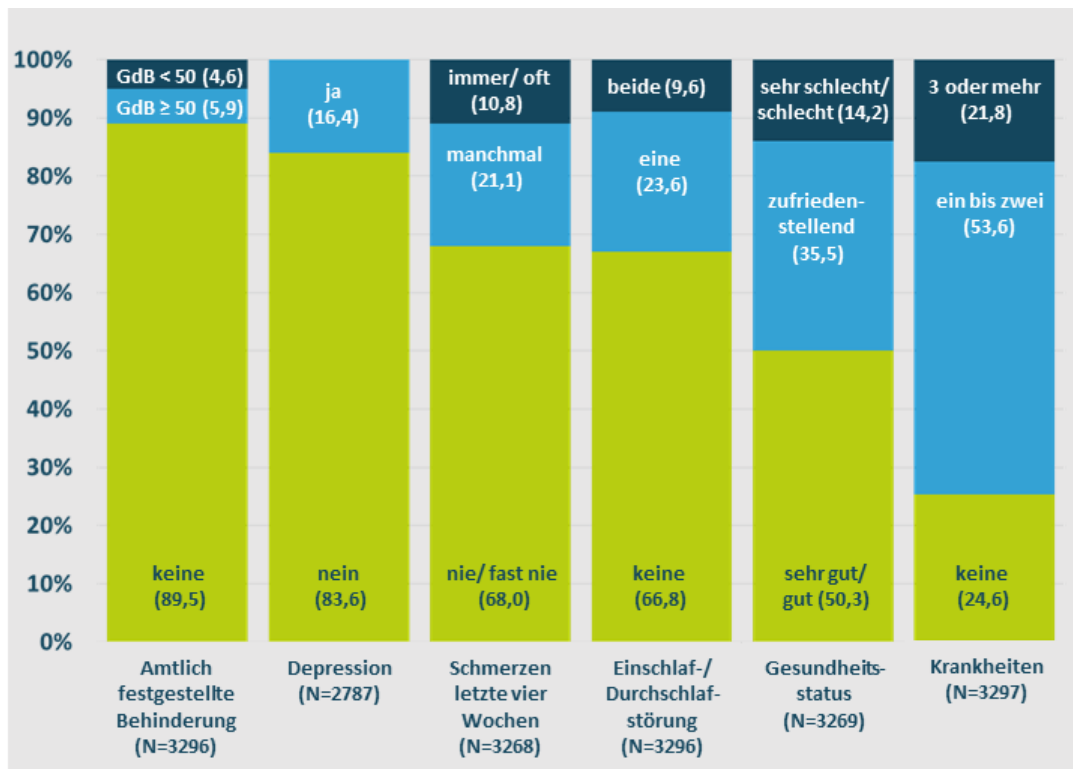


Abbildung 4. Gesundheit der Befragten zum Zeitpunkt der dritten lidA-Befragung 2018
 Quelle: lidA-Broschüre, S. 22 (Anhang B.1)

BGF-Maßnahmen können helfen, förderliche Bedingungen und verhaltensbezogene Anreize sowie Hilfsangebote zur Aufrechterhaltung der Gesundheit älterer Beschäftigter zu schaffen. Möglicherweise können sie dadurch auch zur Motivation für einen längeren Erwerbverbleib beitragen. Unsere Analyseergebnisse sprechen für eine diesbezügliche Optimierung durch die Kombination von einer Verhaltensprävention auf individueller Ebene und einer Verhältnisprävention auf Ebene der Arbeitsbedingungen.

Subjektiver Bedarf der älteren Beschäftigten an BGF-Maßnahmen

Eine realistische Selbsteinschätzung des Gesundheitsverhaltens sowie die Motivation, sein Verhalten bei Bedarf anzupassen, sind wesentliche Voraussetzungen für nachhaltige Verhaltensänderungen in Richtung eines gesundheitsbewussten Lebensstils (Lenartz et al., 2014). **Personen müssen demnach zuallererst einmal die Einsicht haben, dass sie etwas an ihrem Gesundheitsverhalten ändern müssen.**

Die Identifizierung von Beschäftigtengruppen mit unrealistischen Einschätzungen sowie auch mit geringer gesundheitsförderlicher Handlungsmotivation kann helfen, BGF-Angebote bedarfsorientierter zu gestalten (Anhang A.3: Borchart et al., 2020). Im Rahmen eines wissenschaftlichen Fachartikels (Anhang A.3: Borchart et al., 2020), eines Buchbeitrags (Anhang E.1: du Prel & Borchart, 2020) wie auch von vier Vorträgen und einer Poster-Präsentation auf Fachkonferenzen (Anhang C.1: Borchart et al., 2019; Anhang C.3, C.4: Borchart & du Prel, 2021; 2022; Anhang C.6: du Prel & Borchart 2021) wurde die Selbsteinschätzung gesundheitsrelevanten Verhaltens und die Motivation, zukünftig mehr für die Gesundheit zu tun, untersucht. Folgendes zeigte sich:

- Die meisten älteren Beschäftigten finden, dass sie genug für ihre Gesundheit tun.
- Gleichzeitig sind verhaltensbezogene Gesundheitsrisiken bei ihnen weit verbreitet.
- Motiviert, mehr für ihre Gesundheit zu tun, sind etwa Dreiviertel der älteren Beschäftigten.
- Dabei haben Männer und Rauchende seltener vor, in Zukunft mehr zu tun.
- Es zeigte sich kein signifikanter Bildungseffekt auf die Motivation, zukünftig mehr zu tun.

Die Mehrheit der älteren Beschäftigten geht davon aus, genug für die eigene Gesundheit zu tun und das obwohl riskante Verhaltensweisen bei ihnen weit verbreitet sind: Etwa Zweidrittel der Befragten (63,7 %) ist der Meinung, genug für die Gesundheit zu tun. Ein ähnlich hoher Anteil von ihnen hat einen BMI von mehr als 25 (69,4 %) und ist körperlich in der Freizeit nicht ausreichend aktiv (weniger als 3 Tage pro Woche: 65,9 %). Etwa jeder Vierte von ihnen raucht (27,0 %; vgl. Anhang A.3: Borchart et al., 2020). Dies deutet allgemein auf ein Optimierungspotenzial bezüglich einer realistischen Selbsteinschätzung des eigenen Handelns und dieser verhaltensbezogenen Gesundheitsrisiken bei älteren Beschäftigten hin.

Unsere Untersuchungen zeigen, dass gesündere Verhaltensweisen (hier: Nichtrauchen, körperliche Aktivität und die Abwesenheit von Übergewicht) und eine gute körperliche Gesundheit grundsätzlich positiv mit der Zustimmung, genug für die Gesundheit zu tun, einhergehen - allerdings nicht für alle: **Übergewichtige Rauchende, Nichtaktive mit schlechter körperlichen Gesundheit und Nichtaktive mit geringerem Bildungsstatus sind häufiger als andere der Meinung, genug für ihre Gesundheit zu tun** (Anhang A.3: Borchart et al., 2020). Dies ist besonders aufgrund der vorliegenden kombinierten Gesundheitsrisiken kritisch zu sehen. **Allerdings wollen die meisten älteren Beschäftigten zukünftig mehr tun:** Dreiviertel (76,1 %) von ihnen haben nach unseren Ergebnissen vor, zukünftig mehr für ihre Gesundheit tun (vgl. Abbildung 5). Hierbei kann ein Angebot an BGF-Maßnahmen möglicherweise helfen, die Umsetzung zu erleichtern.

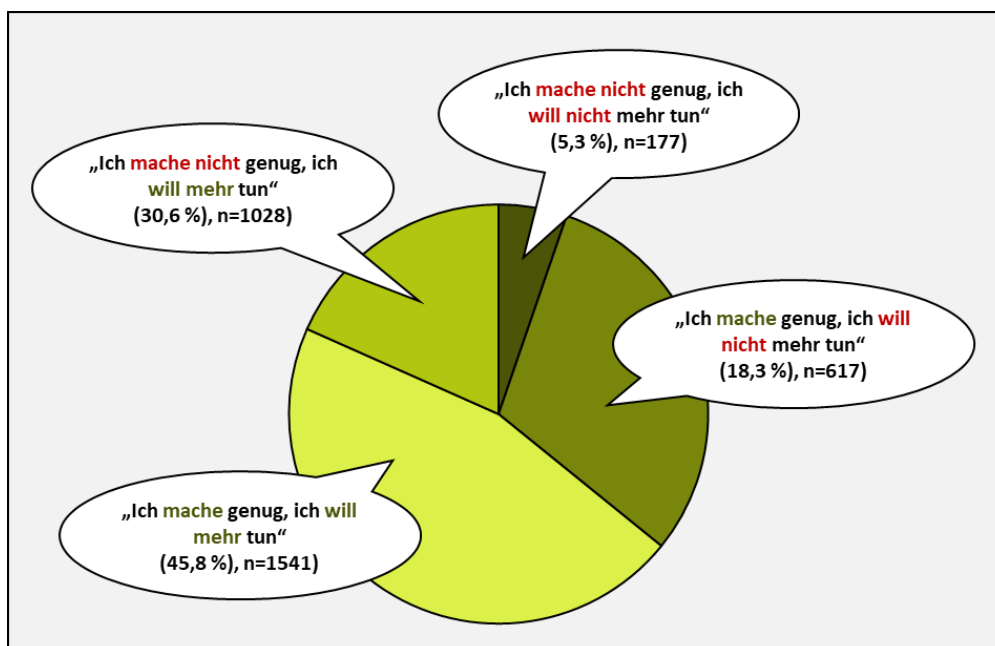


Abbildung 5. Handlungsmotivation älterer Beschäftigter, mehr für die Gesundheit zu tun nach der Zustimmung zur Aussage, bereits genug zu tun (N=3363)
Quelle: Tagungsbeitrag, Borchart & du Prel, 2022 (Anhang C.4)

Häufiger motiviert sind nach unseren Analysen Beschäftigte, die nach eigener Meinung nicht genug tun, körperlich weniger Aktive, Übergewichtige sowie jene mit schlechter Gesundheit. **Seltener motiviert sind** männliche und ältere Beschäftigte sowie Rauchende (Anhang C.4: Borchart & du Prel, 2022). **Einen signifikanten Bildungseffekt bezüglich der Motivation stellten wir in unseren Analysen nicht fest.**

Verwertungsprodukte zu diesem Themenbereich:

Tagungsbeiträge:

Borchart, D., Hasselhorn, H.M. & du Prel, J.-B. (2019, 22. März). *Wissen Sie, was Sie tun? Zusammenhang der Bewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens älterer Beschäftigter mit soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Faktoren* [Tagungsbeitrag]. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM), Erfurt, Deutschland.

https://www.dgaum.de/fileadmin/pdf/Jahrestagung/2019_Erfurt/DGAUM2019_Kongressdokumentation_2021.03.01.pdf

du Prel, J.-B. & Borchart, D. (2019, 02. Mai). *Physical activity as a moderator of effort-reward imbalance over time - Results of the German lidA-cohort study* [Tagungsbeitrag]. International symposium on Epidemiology In Occupational Health (EPICOH), Wellington, Neuseeland.

<https://doi.org/10.1136/OEM-2019-EPI.204>

Borchart, D. & du Prel, J.-B. (2021, 23. September). „Ja, ich will“ – zur Motivation älterer Beschäftigter, mehr für die eigene Gesundheit zu tun [Tagungsbeitrag]. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). <https://doi.org/10.1055/s-0041-1732210>

Borchart, D. & du Prel, J.-B. (2022, 08. September). *Die Motivation älterer Beschäftigter, zukünftig mehr für die eigene Gesundheit zu tun* [Tagungsbeitrag]. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin (DGSMP) und Prävention und Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Magdeburg, Deutschland. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1753810>.

Artikel in wissenschaftlichen Fachjournals:

du Prel, J.-B., Siegrist, J. & Borchart, D. (2019). The Role of Leisure-Time Physical Activity in the Change of Work-Related Stress (ERI) over Time. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4839. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234839>

Borchart, D., Hasselhorn, H. M. & du Prel, J.-B. (2020). Zum Gesundheitsverhalten älterer Beschäftigter – inwieweit stimmen Selbsteinschätzung und Realität überein? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 15(4), 371–377. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00765-1>

Borchart, D., du Prel, J.-B. & Hasselhorn, H. M. (2021). Effekte gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen auf die subjektive Erwerbsperspektive älterer Beschäftigter in Deutschland. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 71(4), 157–166. <https://doi.org/10.1007/s40664-021-00422-0>

Buchbeiträge:

du Prel, J.-B. & Borchart, D. (2020). Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Beschäftigten im Geschlechtervergleich. In H. Jürges, J. Siegrist, M. Stiehler (Hrsg.), *Männer und der Übergang in die Rente: Vierter Deutscher Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit* (S. 107–121). Psychosozial Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837977042>

Hasselhorn, H.M. (2020). Gesundheit und Erwerbsperspektive bei Männern und Frauen im höheren Erwerbsalter. In H. Jürges, J. Siegrist, M. Stiehler (Hrsg.), *Männer und der Übergang in die Rente: Vierter Deutscher Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit* (S. 93–106). Psychosozial Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837977042S>.

Factsheets:

FS 2021/05: du Prel, J.-B. & Borchart, D. (2021). „Stress lass nach!“ – Die Rolle körperlicher Freizeitaktivität beim Verlauf von arbeitsbezogenem Stress über die Zeit [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2021_05_Stress_lass_nach.pdf

lidA-Broschüre:

Hasselhorn H.M., Borchart, D., Brühn, L., Dettmann, M., du Prel, J.-B., Ebener, M., Garthe, N., Müller, B. H., Rings, A., Ruhaas, R., Schmitz, M., Schröder, C. C. & Tiede, R. (2019). *lidA - Idee, Studie, Ergebnisse – eine Kohortenstudie zu Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe bei älteren Erwerbstätigen in Deutschland* (S. 22–23). https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Broschüre_und_Flyer/lidA_Broschüre.pdf

Weitere Quellen:

Hasselhorn, H. M. (2020). Wie lange wollen und können Erwerbstätige in Deutschland arbeiten? *Deutsche Rentenversicherung* (04), 485-506. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Zeitschriften/DRV_Hefte_deutsch/2020/artikel_heft_4_hasselhorn.pdf;jsessionid=D1D33D8948523F5E4B7679A819044E61.delivery2-2-replication?__blob=publicationFile&v=2

Lenartz, N., Soellner, R. & Rudinger, G. (2014). Gesundheitskompetenz. Modellbildung und empirische Modellprüfung einer Schlüsselqualifikation für gesundes Leben. *DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung*, 2, 29–32. <https://doi.org/10.3278/DIE1402W029>

Rohrbacher, M. & Hasselhorn, H. M. (2022). Social inequalities in early exit from employment in Germany: a causal mediation analysis on the role of work, health, and work ability. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 48(7), 569–578. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4043>

3.3. Angebot und Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention können nur förderlich für die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit sein, wenn sie in Anspruch genommen werden. Hier stellte sich die Frage, welche Gruppen älterer Beschäftigter solche Angebote innerhalb und außerhalb der Betriebe in Anspruch nehmen und wenn, welche Maßnahmen genau.

- Etwa die Hälfte der Beschäftigten gab an, dass ihnen von ihrem Betrieb mindestens eine verhaltensbezogene Maßnahme zur Gesundheitsförderung angeboten wird.
- Trotz höherer Gesundheitsrisiken beteiligen sich innerhalb und außerhalb der Betriebe Männer seltener an verhaltensbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung als Frauen.
- Besonders selten beteiligen sich an- und ungelernete Beschäftigte aus dem Produktionssektor sowie Beschäftigte mit hohen körperlichen Arbeitsbelastungen an Maßnahmen.

Teilnahme älterer Beschäftigter an gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen außerhalb der Betriebe

In der ersten lidA-Befragung (2011) wurden die Beschäftigten allgemein zu Ihrer Teilnahme an Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zu Bewegung (z. B. Sport, Rückengymnastik), Entspannung und gesunder Ernährung in den vorangegangenen zwölf Monaten befragt. Fast die Hälfte (48,0 %) der Beschäftigten hatte mindestens eines dieser Angebote wahrgenommen. Am häufigsten war die Teilnahme an Maßnahmen zur Bewegung (42,7 %), gefolgt von Maßnahmen zur Entspannung (15,5 %) und gesunder Ernährung (11,4 %). Frauen nahmen alle Maßnahmenangebote deutlich häufiger wahr als Männer (Anhang D.5: FS 2018/02).

Beschäftigte der älteren Kohorte (1959) nutzten Entspannungsmaßnahmen etwas häufiger (16,9 %) als die der jüngeren (1965: 14,4 %). Eine geringe Maßnahmenbeteiligung zeigten Beschäftigte beider Altersgruppen mit geringem Bildungsstand: Nur gut ein Drittel (35,3 %) der Beschäftigten mit geringen Bildungsstatus nutzten Bewegungsangebote, jeder Neunte von ihnen (11,6 %) Angebote zur Entspannung (Anhang D.5: FS 2018/02). Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten zeigten sich zudem nach beruflicher Qualifikation und Berufsgruppen: Besonders deutlich beim Vergleich von Produktions- und Dienstleistungsberufen sowie von an-/ungelernten zu qualifizierten Tätigkeiten. So nahmen beispielsweise an- bzw. ungelernete Beschäftigte aus den Produktionsberufen nur zu 35,7 % an Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen teil, während es bei qualifizierten Berufen aus dem Dienstleistungsbereich 56,9 % waren (Anhang D.6: FS 2018/05). Ein Zusammenhang der Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten zeigte sich darüber hinaus zu bestimmten Arbeitsbelastungen: Ältere Beschäftigte mit körperlich ungünstigen Arbeitsbedingungen nahmen Angebote seltener in Anspruch (Anhang C.5: Borchart et al., 2019). So beteiligten sich Personen, die häufig während der Arbeit stehen, seltener an Angeboten zur Entspannung und gesunder Ernährung als diesbezüglich nicht-exponierte Beschäftigte (Borchart et al., 2019). Beschäftigte mit Arbeitsstress nahmen hingegen häufiger an Maßnahmen zu Bewegung, Entspannung und Ernährung teil und zwar umso häufiger, je höher die Stressbelastung war (Borchart et al., 2019).

Es zeigte sich, dass je schlechter der Gesundheitszustand war, desto häufiger nahmen die Beschäftigten gesundheitsfördernde und präventive Angebote in Anspruch (Anhang C.5: Borchart et al., 2019; Anhang D.7: FS 2018/07). Demnach haben Beschäftigte mit psychischen Störungen eine mehr als doppelt so hohe Teilnahmechance für Entspannungsmaßnahmen und solche mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine doppelt so hohe Teilnahmechance für Angebote zur gesunden Ernährung im Vergleich zu Beschäftigten ohne diese Erkrankungen (Anhang C.5: Borchart et al., 2019).

Teilnahme älterer Beschäftigter an betrieblichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

In der dritten Studienwelle der lidA-Studie (2018) wurden im BGF-Modul erstmalig spezifisch Angebot und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention (BGF) erfragt. Insgesamt 49,0 % der Befragten gaben an, mindestens ein BGF-Angebot erhalten zu haben. Von diesen hatten 48,0 % aller Beschäftigten und 55,0 % der Vollzeitbeschäftigten in den letzten zwölf Monaten an mindestens einer BGF-Maßnahme teilgenommen (Anhang A.3: Borchart et al., 2020; Anhang D.8: FS 2020/24; Anhang E.1: du Prel & Borchart, 2020; Anhang D.9: FS 2020/38). Vollzeitbeschäftigte nutzten Maßnahmenangebote zu Bewegung mit 49,1 % am häufigsten, gefolgt von Angeboten zu gesunder Ernährung (31,6 %) und Entspannung (29,8 %; vgl. Anhang D.9: FS 2020/38).

In der Gruppe der älteren Beschäftigten gilt es besondere Risikogruppen zu identifizieren, die auf Grund individueller (z. B. gesundheitlicher) oder kontextueller (z. B. arbeitsbezogener) Konditionen einen erhöhten objektiven Bedarf an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention haben, auf Grund eines fehlenden oder nicht bedarfsgerechten Angebots oder aber mangelnder

Inanspruchnahme aus verschiedenen Gründen diesen jedoch nicht decken. Im Rahmen dieses Projekts konnten wir Männer als eine solche Risikogruppe identifizieren (Anhang A.3: du Prel & Borchart, 2020; Anhang C.6: du Prel & Borchart, 2021). Trotz häufigeren Vorliegens von Übergewicht bzw. Adipositas (Männer 79,4 %; Frauen: 60,7 %), geringerer Frequenz körperlicher Aktivität (weniger als 3 Tage/Woche aktiv: Männer: 67,5 %; Frauen: 64,3 %) und häufigeren Zigarettenkonsums (Raucher: 28,0 % der Männer und 26,0 % der Frauen) nahmen sie seltener BGF-Angebote wahr (Abbildung 6).

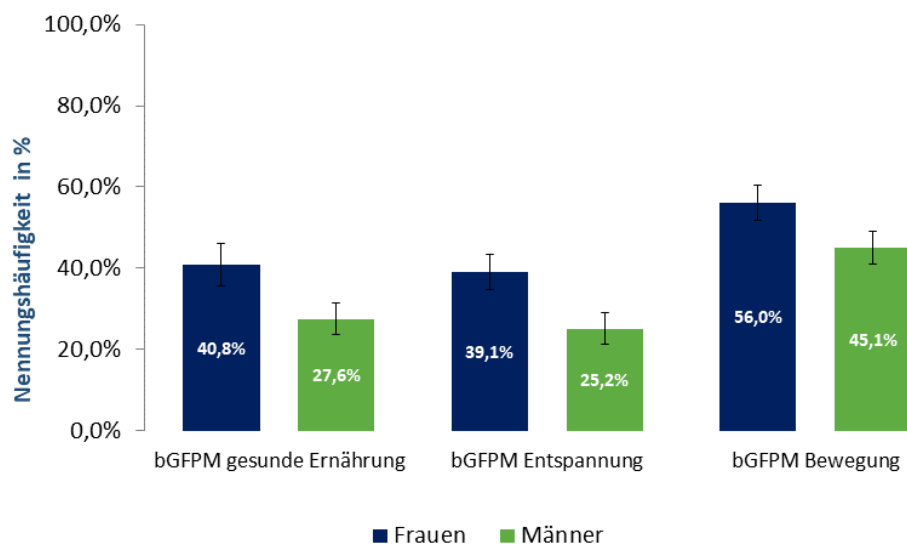


Abbildung 6. Teilnahme (%) an betrieblichen Gesundheitsförderungs- & Präventions-Maßnahmen (bGFPM) bei einem Angebot für Ernährung (n=794), Entspannung (n=907) & Bewegung (n=1057)
 Quelle: du Prel & Borchart (2020) Vierter Deutscher Männergesundheitsbericht (Anhang E.1)

Im Unterschied zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen außerhalb des betrieblichen Kontextes fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Teilnahmeverhalten älterer Vollzeitbeschäftigter an entsprechenden betrieblichen Maßnahmen hinsichtlich Alter, Bildung oder beruflicher Qualifikation (Anhang D.9: FS 2020/38).

Verwertungsprodukte zu diesem Themenbereich:

Factsheets:

FS 2018/02: Borchart, D., du Prel, J.-B., & Hasselhorn, H. M. (2018). *Teilnahme älterer Beschäftigter an gesundheitsfördernden & präventiven Maßnahmen: Teil 1: soziodemografische Unterschiede* [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2018_02_BAR-MER_Factsheet_1.pdf

FS 2018/05: Borchart, D., du Prel, J.-B., & Hasselhorn, H. M. (2018). *Teilnahme älterer Beschäftigter an gesundheitsfördernden & präventiven Maßnahmen: Teil 2: arbeitsbezogene Unterschiede* [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2018_05_BARMER_Factsheet_2.pdf

FS 2018/07: Borchart, D., du Prel, J.-B., & Hasselhorn, H. M. (2018). *Teilnahme älterer Beschäftigter an gesundheitsfördernden & präventiven Maßnahmen: Teil 3: gesundheitsbezogene Unterschiede* [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2018_07_BAR-MER_Factsheet_3.pdf

FS 2020/24: Borchart, D., du Prel, J.-B., & Hasselhorn, H. M. (2020). *Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung: Inanspruchnahme, Teilnahmhindernisse und Wunsch älterer Beschäftigter* [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2020_24_Ma%C3%9Fnahmen_zur_betrieblichen_Gesundheitsf%C3%B6rderung.pdf

FS 2020/38: Borchart, D., & du Prel, J.-B. (2020). *Teilnahme älterer Beschäftigter an Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung: soziodemografische Unterschiede* [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2020_38_BGF_Teilnahme.pdf

Tagungsbeiträge:

Borchart D., Hasselhorn H.M. & du Prel J.-B. (2018). *Wer macht mit und hält sich fit? Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen bei älteren Beschäftigten* [Tagungsbeitrag]. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), Dresden, Deutschland. 16.-18.09 2018. Abstract publiziert in: *Das Gesundheitswesen* 2018; 80(8): 797-8. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667696>

Du Prel J.-B., Borchart D. (2021). *Männliche ältere Beschäftigte als vulnerable Gruppe im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention* [Tagungsbeitrag], Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), digital, 23.09.2021. Abstract publiziert in: *Das Gesundheitswesen* 2021; 83: 729. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1732217>

Artikel in wissenschaftlichen Fachjournals:

Borchart, D., Hasselhorn, H. M., & du Prel, J.-B. (2019). Teilnahme älterer Beschäftigter an gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 69(5), 261-270. <https://doi.org/10.1007/s40664-019-0346-5>

Borchart, D., Hasselhorn, H. M., & du Prel, J.-B. (2020). Zum Gesundheitsverhalten älterer Beschäftigter—inwieweit stimmen Selbsteinschätzung und Realität überein? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 15(4), 371-377. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00765-1>

Buchbeitrag:

du Prel, J.-B. & Borchart, D. (2020). Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Beschäftigten im Geschlechtervergleich. In H. Jürges, J. Siegrist, M. Stiehler (Hrsg.), *Männer und der Übergang in die Rente: Vierter Deutscher Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit* (S. 107–121). Psychosozial Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837977042>

3.4. Kostenbeteiligung und Hemmnisse der Inanspruchnahme

Untersucht wurde die potenzielle Bereitschaft der Befragten, sich an Kosten von BGF-Angeboten zu beteiligen und die Gründe, warum sie bestehende BGF-Angebote nicht in Anspruch genommen haben.

- Zwei von drei der Befragten würden sich an Kosten für BGF-Maßnahmen beteiligen.
- Warum Beschäftigte BGF-Angebote nicht nutzen, liegt nach ihren Angaben besonders daran, dass sie jene Aktivitäten schon privat ausüben, Termine ungünstig liegen und das Angebot an ihrem Bedarf vorbeigeht.
- Motivationale Gründe, wie sich nicht aufrufen können, nach der Arbeit zu müde zu sein und kein Interesse an ebensolchen Maßnahmen wurden deutlich seltener als Hinderungsgrund von ihnen genannt.

Bereitschaft zur Kostenbeteiligung an BGF-Maßnahmen

In der lidA3-Befragungswelle wurden die Beschäftigten gefragt, ob sie bereit wären, sich an den Kosten für gesundheitsförderliche Maßnahme im Betrieb zu beteiligen. **Etwa zwei Drittel würden sich an den Kosten für eine gesundheitsförderliche Maßnahme im Betrieb beteiligen** (vgl. Abbildung 7).

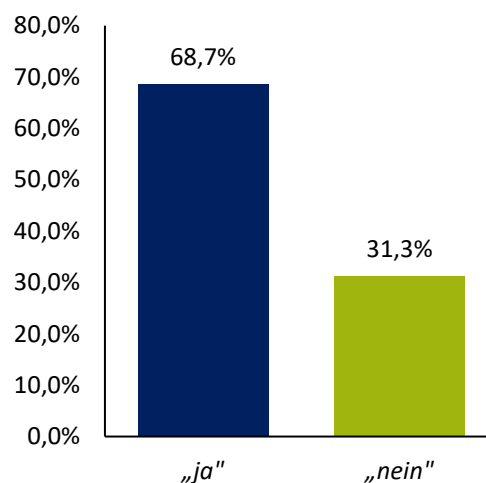


Abbildung 7. Bereitschaft zur Kostenbeteiligung an einer BGF-Maßnahme (in %, N = 3195)

Hindernisse der Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen

Wenn bestehende Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention nicht genutzt werden, stellt sich grundsätzlich die Frage, warum das so ist und was man dagegen tun kann. Hierbei kann die Identifizierung von Teilnahmehindernissen helfen, da solche Hindernisse ggfs. angegangen, ausgeräumt und die Teilnahmebereitschaft damit erhöht werden kann. Abbildung 8 veranschaulicht, welche Hinderungsgründe bezüglich bestehender BGF-Angebote die Beschäftigten nannten (Anhang D.8: FS 2020/24).

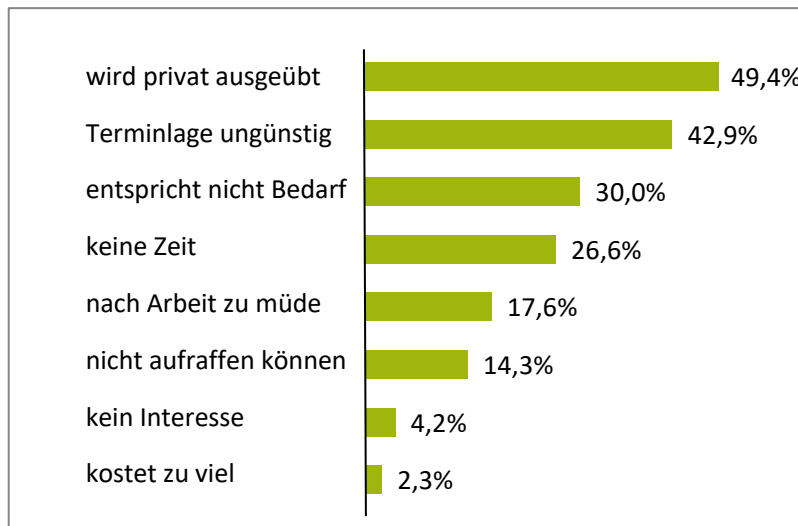


Abbildung 8. Gründe, warum ein bestehendes BGF-Angebot nicht genutzt wurde (in %, N = 1553; Mehrfachnennung möglich)

Neben der Ausübung von Maßnahmen im privaten Bereich stellten vor allem zeitliche und bedarfsbezogene Faktoren Hinderungsgründe für die Teilnahme an BGF-Maßnahmen dar. Bei sieben von zehn der Beschäftigten lag entweder der Termin der BGF-Maßnahmen ungünstig oder es bestand keine Zeit für die Nutzung des Angebotes. Drei von zehn Teilnehmenden gaben zudem an, dass das Angebot nicht dem eigenen Bedarf entspricht. Auch motivationale Gründe spielten bei etwa einem Drittel der älteren Beschäftigten eine Rolle. Sie gaben an, sich nicht zur Teilnahme aufrufen zu können oder aber nach der Arbeit zu müde zu sein. Nur bei einem jeweils kleinen Anteil spielte mangelndes Interesse (4,2 %) oder aber zu hohe Kosten (2,3 %) eine Rolle.

Da Männer allgemein als Risikogruppe bezüglich des Bedarfs und der Teilnahme an BGF-Angeboten identifiziert wurden, war es unter präventiven Aspekten von Interesse, zu untersuchen, ob geschlechtsspezifische Unterschiede bei Hinderungsgründen für eine Teilnahme an BGF-Maßnahmen bestehen (Anhang E.1: du Prel & Borchart, 2020; Anhang C.1: du Prel & Borchart, 2021). Dabei gaben Männer signifikant häufiger an, dass das Maßnahmenangebot ihres Betriebs nicht ihrem persönlichen Bedarf entspricht (Männer: 32,6 %; Frauen: 27,1 %). Männer wie auch Frauen gaben zudem häufig zeitliche Gründe als Hemmnis an: Dabei nannten Frauen allerdings signifikant häufiger eine ungünstige Angebotsterminierung (Frauen: 47,7 %; Männer: 38,7 %), Männer signifikant häufiger fehlende Zeit (Männer: 29,9 %; Frauen: 22,9 %; Anhang E.1: du Prel & Borchart, 2020).

Verwertungsprodukte zu diesem Themenbereich:

Factsheet:

FS 2020/24: Borchart, D., du Prel, J.-B., & Hasselhorn, H. M. (2020). *Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung: Inanspruchnahme, Teilnahmehindernisse und Wunsch älterer Beschäftigter* [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2020_24_Ma%C3%9Fnahmen_zur_betrieblichen_Gesundheitsf%C3%B6rderung.pdf

Tagungsbeitrag:

Du Prel, J.-B., & Borchart, D. (2021). Männliche ältere Beschäftigte als vulnerable Gruppe im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention [Tagungsbeitrag]. Die 56. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), Leipzig, Deutschland. Publiziert in: *Das Gesundheitswesen*, 83(08/09), 327. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1732217>

Buchbeitrag:

Du Prel, J.-B. & Borchart, D. (2020). Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Beschäftigten im Geschlechtervergleich. In H. Jürges, J. Siegrist, M. Stiehler (Hrsg.), *Männer und der Übergang in die Rente: Vierter Deutscher Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit* (S. 107–121). Psychosozial Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837977042>

3.5. Bereitschaft für BGF-Online-Interventionen

Digitale Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention können eine attraktive Alternative oder Ergänzung zu Angeboten vor Ort sein (Anhang C.7: Borchart & du Prel, 2019). Dies kann gerade für Zielgruppen zutreffen, die mit konventionellen bzw. nicht-digitalen Angeboten schwer erreichbar sind. Beispielsweise gaben wie soeben in Abschnitt 3.4 beschrieben die befragten Männer insbesondere allgemein zeitliche Schwierigkeiten („keine Zeit“) als Hinderungsgrund für die Teilnahme an BGF-Angeboten an, Frauen hingegen häufiger eine nicht passende Terminlage. Insgesamt ist wenig über die Nutzungsbereitschaft von digitalen BGF-Angeboten von älteren Beschäftigten bekannt, insbesondere bei Risikogruppen und jenen mit Teilnahmehindernissen. In diesem Projektteil wurde untersucht, ob und wenn ja, wie häufig ältere Beschäftigte digitale BGF-Maßnahmen nutzen bzw. dazu bereit sind. Zudem war von Interesse, ob Beschäftigtengruppen mit bestimmten Teilnahmehemmnissen bei der Nutzung betrieblicher Angebote (zeitlich, motivational, bedarfsbezogen) digitale BGF-Angebote oder solche in Präsenz bevorzugen.

- Die Mehrheit der Befragten ist NICHT zur Nutzung digital gestützter BGF-Maßnahmen bereit.
- Bestimmte Risikogruppen (z. B. Männer, Beschäftigte mit geringem Bildungsstatus) zeigen eine geringere Nutzungsbereitschaft.
- Beschäftigtengruppen mit motivationalen und zeitlichen Teilnahmehindernissen zu BGF-Angeboten haben eine höhere Präferenz für digitale Maßnahmen.
- Die Ergebnisse deuten auf ein Potenzial zur Förderung der Nutzung digitaler BGF-Angebote.

Neben der Verwendung digitaler Produkte im Alltag, wurde in der dritten lidA-Befragung (2018) die Bereitschaft zur Nutzung bzw. Nutzungsbereitschaft digitaler BGF-Angebote (Online-Interventionen, Gesundheits-Apps, Onlineplattformen zur Wissensvermittlung) gefragt. **Unseren Analysen nach nutzt jeder sechste ältere Beschäftigte Gesundheits-Apps im Alltag (17,9 %). Bei Onlineplattformen zur Wissensvermittlung (13,0 %) und bei online-gestützten Interventionen (5,1 %) waren es nicht so viele.**

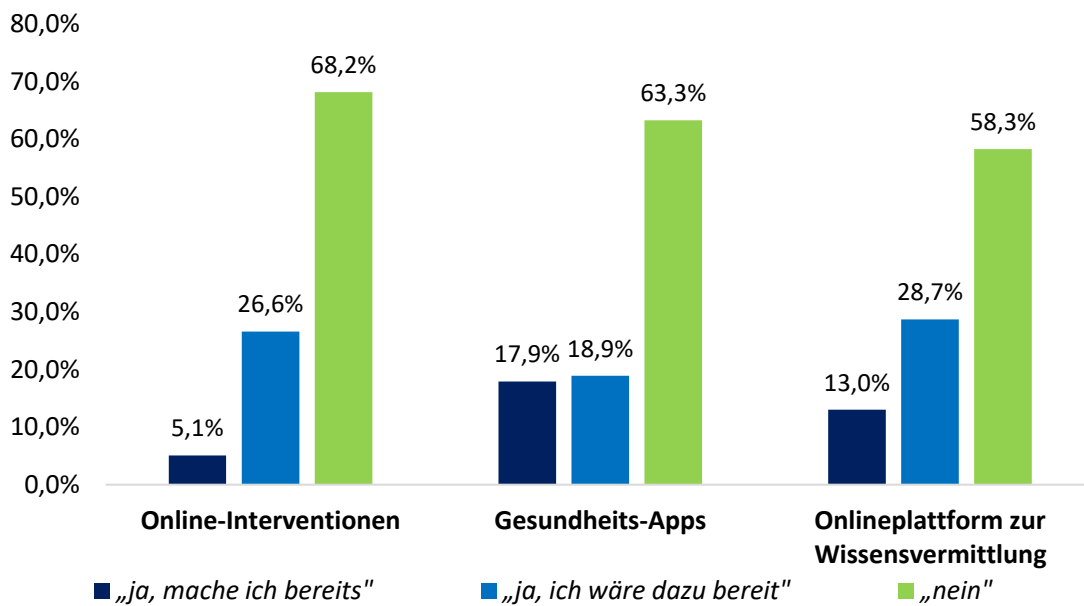


Abbildung 9. Nutzung und Nutzungsbereitschaft älterer Beschäftigter an digitalen Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention (in %, N = 3347)

Insgesamt zeigte sich, dass jeweils mehr als die Hälfte der Beschäftigten nicht an digitalen BGF-Angeboten teilnimmt bzw. bereit dazu wäre. Von den Beschäftigten nutzt jeder Fünfte (18,9 %) Gesundheits-Apps bzw. ist bereit dies zu tun. Etwa jeder Dritte (28,7 %) nutzt Onlineplattformen zur Wissensvermittlung bzw. ist bereit dies zu tun und jeder Vierte online-gestützte Interventionen (26,6 %). Abbildung 9 gibt einen Überblick der Häufigkeiten der Nutzung und Teilnahmebereitschaft an digitalen BGF-Maßnahmen (vgl. Anhang D.10: FS 2019/02).

Einige Personengruppen, die allgemein eher seltenen BGF-Angebote nutzen, nehmen auch digitale BGF-Angebote seltener wahr und sind auch seltener bereit dazu, u. a. Männer und Beschäftigte mit geringem Bildungsstatus (vgl. Abbildung 10 & 11).

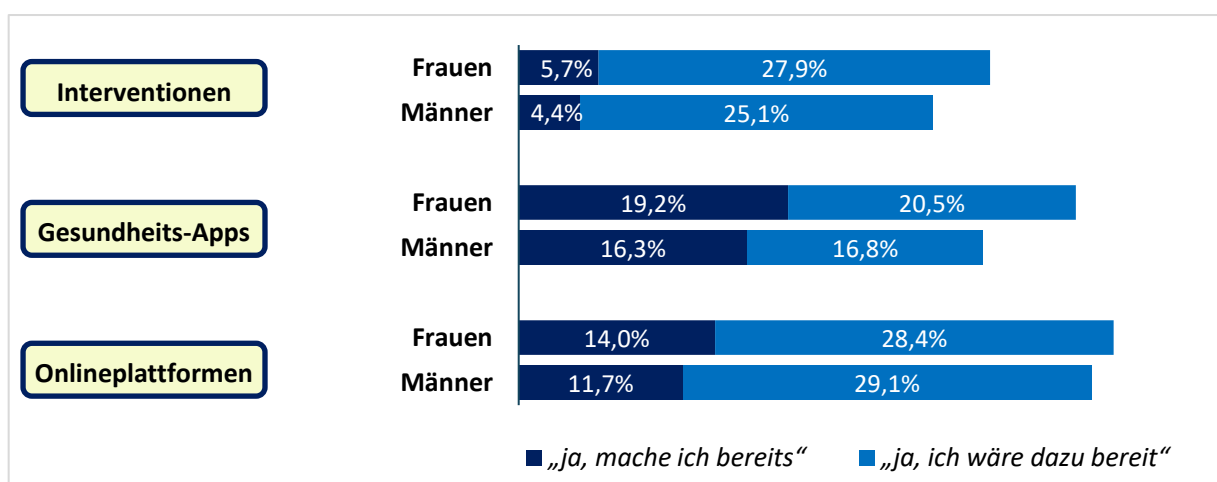


Abbildung 10. Nutzung und Nutzungsbereitschaft digitaler Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention nach Geschlechtszugehörigkeit (in %, N = 3208)

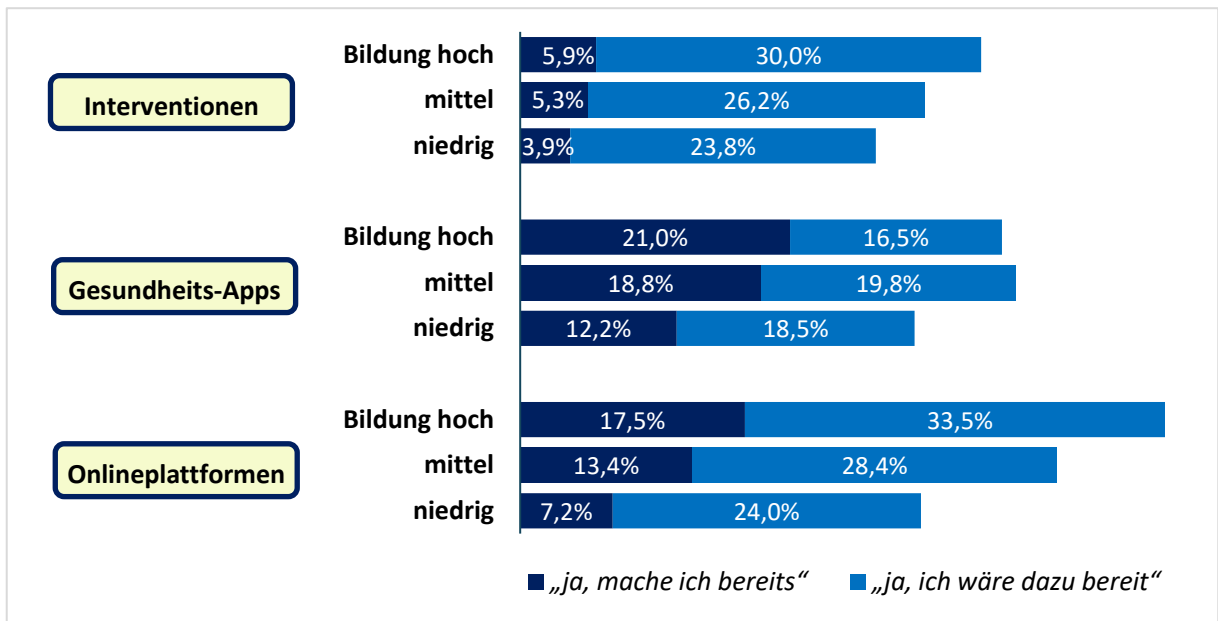


Abbildung 11. Nutzung und Nutzungsbereitschaft digitaler Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention nach Bildungsstatus (in %, N = 3183)

Unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personengruppe kann das Teilnahmeverhalten an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auch von anderen Faktoren abhängen. Unter diesen lassen sich interne (z. B. Motivation) und externe (z. B. Zeitmangel) unterscheiden (siehe hierzu auch Abschnitt 3.4). Für bestimmte Zielgruppen mit solchen Teilnahmehindernissen könnten digitale BGF-Maßnahmen eine interessante Alternative darstellen (Anhang C.8: du Prel & Borchart, 2020). Es zeigte sich, dass ältere Beschäftigte

- mit Motivationshemmnissen die untersuchten digitalen Maßnahmen häufiger nutzen bzw. nutzen würden als andere (Verhältnis Beschäftigte mit Hemmnissen zu jenen ohne diese, online-gestützte Interventionen: 38,2 % zu 30,9 %, Gesundheits-Apps: 41,6 % vs. 36,1 %, Onlineplattformen zur Wissensvermittlung: 51,0 % vs. 40,4 %).
- mit terminlichen Engpässen online-gestützte Interventionen (36,1 % zu 30,0 %) bzw. Gesundheits-Apps (43,0 % zu 37,9 %) häufiger bevorzugen als jene ohne dieses Teilnahmehindernis.
- mit der Einschätzung, dass nicht-digitale BGF-Maßnahmen für sie „nicht bedarfsgerecht“ sind, eine höhere Nutzung bzw. Nutzungsbereitschaft für Onlineplattformen zur Wissensvermittlung haben als jene ohne dieses Teilnahmehemmnis (52,6 % zu 43,5 %).

Vor allem unter dem Gesichtspunkt, dass ältere Beschäftigte eine besondere Zielgruppe für BGF-Maßnahmen sind, kann darin eine Chance liegen, dieser gesundheitlichen Risikogruppe bei motivationalen und terminlichen Hinderungsgründen eine Teilhabe an BGF zu ermöglichen (Anhang C.8: du Prel & Borchart, 2020).

Verwertungsprodukte zu diesem Themenbereich:

Factsheets:

FS 2019/02: Borchart, D., du Prel, J.-B., & Hasselhorn, H. M. (2019). *Gesundheitsförderung 4.0? Nutzung digitaler Gesundheitstools durch ältere Beschäftigte* [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2019_02_BARMER_Factsheet_4.pdf

Tagungsbeiträge:

Borchart, D. & du Prel, J.-B. (2019). Zeitalter Gesundheitsförderung 4.0: Nutzungsbereitschaft digitaler Maßnahmen durch ältere Beschäftigte [Tagungsbeitrag]. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin (DGSM) und Prävention und Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Düsseldorf, Deutschland. Publiziert in: *Das Gesundheitswesen*, 81(08/09): 743 - 743. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1694601>

Du Prel J.B. & Borchart D. (2020). Digital-gestützte Angebote betrieblicher Gesundheitsförderung – Nutzungspotential bei älteren Beschäftigten mit Teilnahmehindernissen für konventionelle BGF-Maßnahmen Abstract [Tagungsbeitrag]. 60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM), München, Deutschland. Abstractband S. 53.

3.6. Zur betriebsärztlichen Versorgung älterer Beschäftigter

In Fachkreisen wird diskutiert, ob in Deutschland ausreichend aktives ärztliches Fachpersonal für die betriebsärztliche Betreuung Beschäftigter zur Verfügung steht. Im Rahmen des Projektes „BGF bei älteren Beschäftigten“ wurde – vor dem Hintergrund der hierzulande kontroversen Diskussion zur betriebsärztlichen (Mangel)versorgung – untersucht, in welchem Ausmaß Beschäftigte betriebsärztlich betreut werden. Ferner wurde eruiert, ob Beschäftigte ihre Betriebsärztin oder ihren Betriebsarzt als Ansprechperson für Fragen zur Förderung von Gesundheit ansehen.

- **Über 60 % der Befragten haben angegeben, dass ihr Betrieb betriebsärztlich versorgt ist. Dies deutet auf eine quantitativ ausreichende betriebsärztliche Versorgung in Deutschland hin.**
- **Allerdings zeigen sich Hinweise für eine ineffektive Verteilung betriebsärztlicher Ressourcen. Einige Berufsgruppen mit in aller Regel sehr geringen tätigkeitsbedingten Gefährdungen wiesen überdurchschnittliche und andere Berufsgruppen mit höherem Betreuungsbedarf deutlich geringere Kontaktquoten auf.**
- **Die Bereitschaft älterer Beschäftigter, mit ihren Betriebsärztinnen und Betriebsärzten Fragen zur Förderung ihrer Gesundheit zu besprechen, ist gering (ca. 37 %). Sie ist etwas höher, wenn betriebsärztliche Untersuchungen im Betrieb stattfinden oder wenn betriebsärztliche Kontakte bereits stattgefunden haben.**

Von allen Befragten berichteten 62,1 % (n = 1888), dass der Betrieb, in dem sie tätig seien, eine Betriebsärztin bzw. einen Betriebsarzt hätten (Abbildung 12). Etwa die Hälfte aller Befragten (n = 1584) hatte mit dieser Person bereits persönlichen Kontakt, von diesen jede zweite in den zurückliegenden zwölf Monaten. Ein Zusammenhang der Kontakthäufigkeit mit dem Ausmaß körperlicher Belastung bei der Arbeit war wider Erwarten statistisch nicht feststellbar. Angehörige technischer und medizinischer Professionen, auch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, gaben hohe betriebsärztliche Kontaktquoten an, Angehörige mancher manueller oder Dienstleistungsberufe (z. B. Bau- oder Reinigungsberufe) und Verwaltungsberufe sowie Verkäuferinnen und Verkäufer niedrige. In einer Veröffentlichung

im wissenschaftlichen Fachmagazin der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin, DGAUM, wurden die Ergebnisse publiziert (Anhang A.7: Hasselhorn et al., 2020).

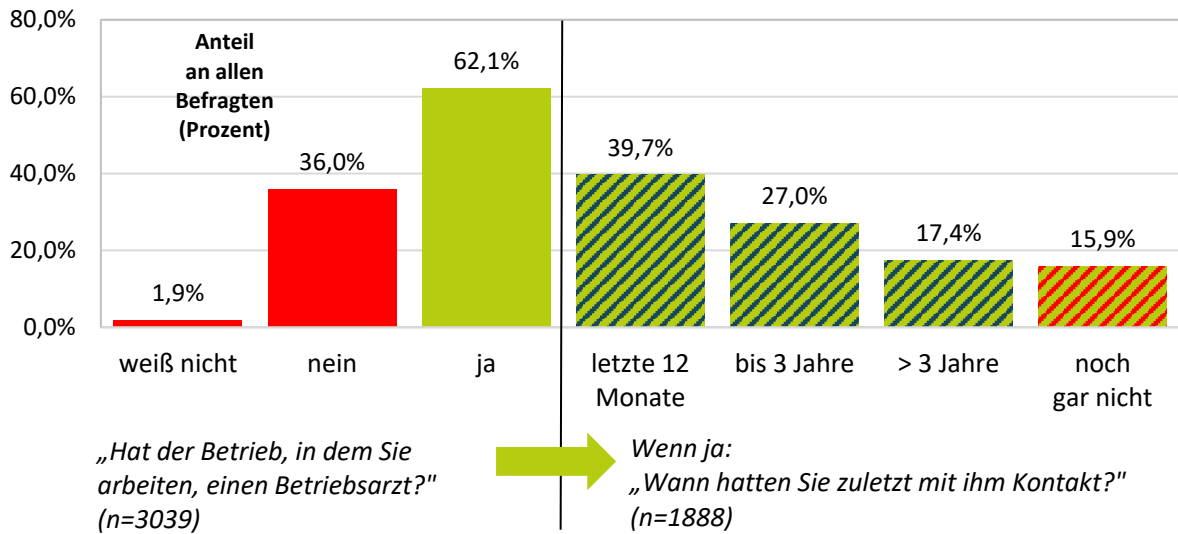


Abbildung 12. Betriebsärztliche Versorgung älterer Beschäftigter (in %)

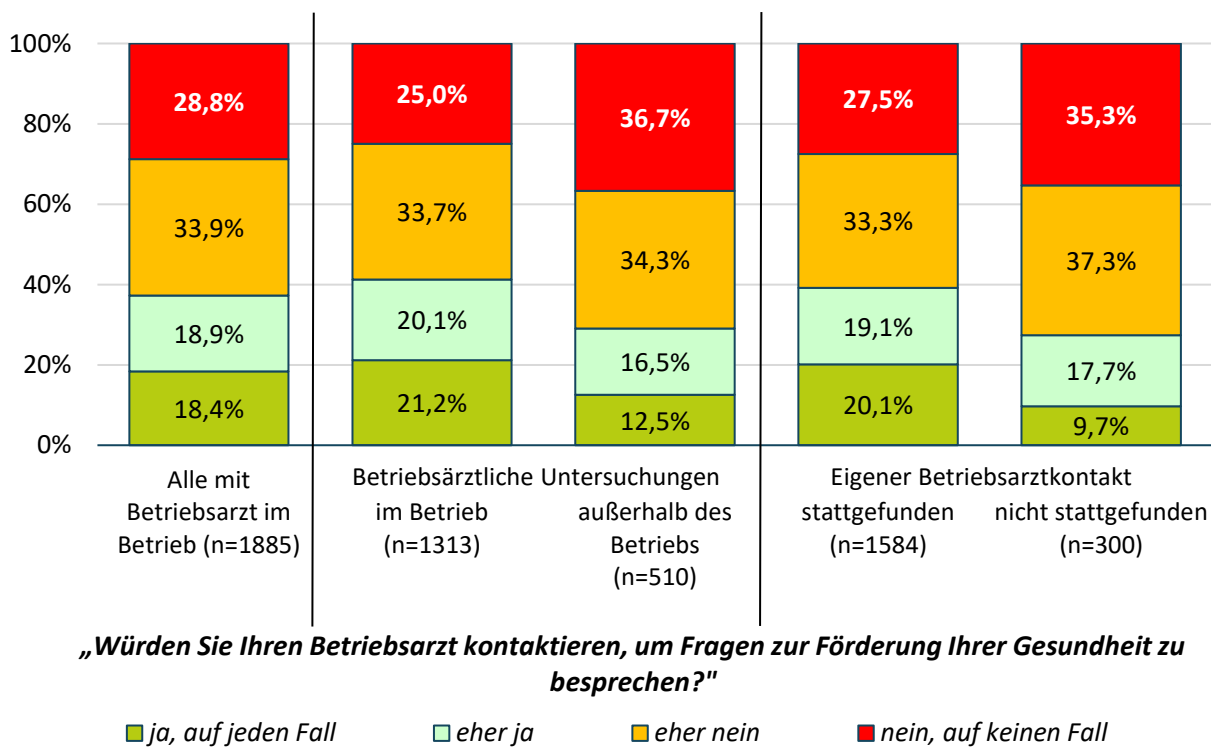


Abbildung 13. Bereitschaft von Beschäftigten mit betriebsärztlicher Versorgung, bei Fragen zur Förderung der Gesundheit ihre*n Betriebsärztin*arzt zu kontaktieren (in %)

Erwachsene Krankenversicherte haben laut Präventionsgesetz (PrävG) Anspruch auf ärztliche „Gesundheitsuntersuchungen“ nach §25 Absatz 1 SGB V, deren Ziel es ist, gesundheitliche Risiken und daraus folgende Erkrankungen frühzeitig zu erkennen. Eine Komponente der Gesundheitsuntersuchung ist die ärztliche Beratung zu möglichen Befunden, individuellen Risiken und Belastungen und

frühzeitigen Präventionsansätzen. Die Gesundheitsuntersuchung kann auch durch ärztliches Fachpersonal mit arbeitsmedizinischer Fachkunde erfolgen (§132f SGB V) und damit durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte im Betrieb.

Fast jede*r Fünfte (18,4 % von n = 1885) würde auf jeden Fall die Betriebsärztin bzw. den Betriebsarzt kontaktieren, um Fragen zur Förderung seiner Gesundheit zu besprechen, weitere 18,9 % antworteten mit „eher ja“ ebenfalls zustimmend (Abbildung 13, linker Balken). Die Mehrheit (62,7 %) neigte allerdings nicht dazu, 28,8 % würden dies sogar auf keinen Fall tun. Offenbar ist die Bereitschaft zur Kontaktaufnahme größer, wenn betriebsärztliche Untersuchungen üblicherweise im Betrieb stattfinden und nicht außerhalb (41,3 % Zustimmung). Gleiches gilt bei Beschäftigten, die zuvor bereits schon einmal Kontakt mit der Betriebsärztin bzw. dem Betriebsarzt hatten (39,2 %).

Verwertungsprodukte zu diesem Themenbereich:

Factsheets:

FS 2019/19: Hasselhorn, H. M. (2019). *Sehen Beschäftigte ihren Betriebsarzt als Ansprechpartner für Gesundheitsfragen?* [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2019_19_Betriebsarzt_Ansprechpartner_Gesundheit.pdf

FS 2020/09: Hasselhorn, H. M. (2020). *Die betriebsärztliche Betreuung älterer Erwerbstätiger* [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2020_09_Betriebs%C3%A4rztliche_Betreuung.pdf

Artikel in wissenschaftlichem Fachjournal:

Hasselhorn, H. M., Michaelis, M. & Kujath, P. (2020). Die betriebsärztliche Betreuung von Erwerbstätigen – Ergebnisse der repräsentativen lidA-Studie. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 3, 198-219.

4. Empfehlungen für die Praxis

Die eigene Gesundheit durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention zu erhalten ist für den Erwerbsverbleib wichtig und hat unseren Analysen nach auch einen hohen Stellenwert für die meisten älteren Beschäftigten: Gut zweit Drittel der Befragten würden sich aus eigenen Mitteln an solchen Maßnahmen bei einem entsprechenden Angebot beteiligen. Drei Viertel wollen zukünftig mehr für die Gesundheit tun und das obwohl 60,0 % von ihnen angeben, bereits genug für die eigene Gesundheit zu tun. Im Widerspruch dazu sind riskante Gesundheitsverhaltensweisen unter den älteren Beschäftigten weit verbreitet: Viele sind in der Freizeit nicht aktiv, rauchen und die Mehrheit ist übergewichtig bzw. adipös. Jeder Siebte gibt einen schlechten Gesundheitszustand an. Diese offensichtliche Diskrepanz kann damit zusammenhängen, dass einige der älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Risikokonstellationen ihr Gesundheitsverhalten wenig realistisch einschätzen oder die individuellen Möglichkeiten unterschätzen.

Allerdings gaben auch nur knapp die Hälfte aller älteren Beschäftigten (49,0 %) an, ein BGF-Angebot erhalten zu haben. Hier gilt es, die Gründe für solche Angebotsdefizite näher zu untersuchen (z. B. Angebot insgesamt zu niedrig oder aber nicht auf bestimmte Beschäftigtengruppen abgestimmt, wie Beschäftigte in Schicht- bzw. Nachtarbeit oder aber temporäre Beschäftigte aus Zeitarbeitsfirmen). Für Folgeuntersuchungen ist es darüber hinaus interessant, zu erforschen, ob Angebotsdefizite auf bestimmte Berufssektoren und Betriebsgrößen begrenzt sind oder nicht.

Aber selbst bei bestehenden BGF-Angeboten werden viele Beschäftigte, insbesondere bestimmte Risikogruppen älterer Beschäftigter (z. B. Männer oder jene mit geringem Bildungsstatus), offenbar nicht erreicht. Hier gilt es, möglicherweise bestehende Informationsdefizite auszuräumen und stärker auf

die Bedarfe und Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppen einzugehen bzw. die BGF-Angebote entsprechend anzupassen. So gaben Männer signifikant häufiger als Frauen an, dass die bestehenden BGF-Angebote für sie nicht bedarfsgerecht sind. Das war bei nahezu jedem dritten männlichen Beschäftigten der Fall. Sie gaben zudem häufiger als Frauen einen allgemeinen Zeitmangel als Teilnahmehindernis an. Hier sollte durch weitere Untersuchungen geklärt werden, welche Angebote, zu welchen Zeiten und in welcher Form für diese Zielgruppen attraktiv sind. Bezüglich eines Angebotes gilt es auch, den objektiven Bedarf der Zielgruppe zu berücksichtigen. Ein verstärktes Ernährungs- und Bewegungsangebot im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention wäre beispielsweise für die Zielgruppe der männlichen Beschäftigten, die einen signifikant höheren Anteil an Übergewichtigen bzw. Adipösen als die Gruppe der weiblichen Beschäftigten hat, angemessen. Dabei darf natürlich nicht vergessen werden, dass der Anteil an Übergewichtigen bei den Frauen hierzulande ebenfalls hoch ist und diese gleichfalls von solchen verbesserten Angeboten profitieren würden. Weibliche ältere Beschäftigte nannten häufiger eine ungünstige Terminlage als Hinderungsgrund. Entsprechende betriebliche Angebote sollten daher auch die Doppelbelastung durch Haushalt und Beruf vieler Frauen sowie den Umstand, dass nahezu die Hälfte der berufstätigen Frauen in Teilzeit arbeitet, berücksichtigen.

Bei Gruppen mit terminlichen Engpässen als Teilnahmehindernis kann ein digitales BGF-Maßnahmenangebot eine interessante Alternative darstellen. Zwar sind drei Fünftel aller älteren Beschäftigten zur Nutzung eines digitalen BGF-Angebots nicht bereit, allerdings zeigen unsere Analysen, dass sich jene von ihnen mit terminlichen Engpässen und mit Motivationshemmnissen eher für ein Online-Angebot entscheiden würden. Entsprechende Angebote könnten Personen mit diesen Teilnahmehindernissen gut erreichen. Bezüglich der aktuellen Nutzungsbereitschaft für digitale BGF-Angebote sind zunächst die Ergebnisse des Folgeprojektes unter Einbezug der Daten der vierten Studienwelle (2022) abzuwarten, da die Corona-Krise das Nutzungsverhalten in Bezug auf digitale Medien grundlegend verändert haben kann.

Von entscheidender Bedeutung für die Gesundheit und den Erwerbsverbleib von älteren Beschäftigten ist nach unseren Ergebnissen, wie die Beschäftigten den Stellenwert der Mitarbeitergesundheit im Unternehmen einschätzen. Je höher der empfundene Stellenwert der Mitarbeitergesundheit im Unternehmen, desto besser die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der älteren Beschäftigten und desto länger glauben sie, arbeiten zu können. Je besser die Bewertung einer solchen betrieblichen Gesundheitskultur ausfällt, desto besser war die Bewertung der Arbeitsbedingungen und desto geringer das Arbeitsstressempfinden der älteren Beschäftigten. Während die Einschätzung des Stellenwertes der Mitarbeitergesundheit in den Betrieben hierzulande erfreulich gut ausfiel, stellen sich bezüglich der Tragweite dieser Einschätzung für die Mitarbeitergesundheit und den Erwerbsverbleib älterer Beschäftigter eine Reihe weiterer Fragen. Diese gilt es im Anschlussprojekt zu adressieren: Die Frage, auf Grund welcher Faktoren die Einschätzung des Stellenwertes der Mitarbeitergesundheit durch Beschäftigte erfolgt, soll mittels qualitativer Interviews näher untersucht werden. Die hiermit identifizierten Faktoren sollen neben weiteren, mittels einer umfassenden Literaturrecherche ermittelten Faktoren, die Grundlage für die Entwicklung eines betrieblichen Gesundheitskulturindex bilden. Dieser könnte in Zukunft neben einer Bestandsaufnahme der betrieblichen Gesundheitskultur auch Entwicklungsmöglichkeiten für Betriebe zur Verbesserung selbiger aufzeigen, wie auch ein diesbezügliches Monitoring über die Zeit ermöglichen. Nicht zuletzt könnten mittels dieses Indexes weitere Forschungsfragen geklärt werden.

Während zwei von drei Beschäftigten von der Existenz einer ärztlichen Fachperson in ihrem Unternehmen berichteten und die Hälfte auch schon einmal Kontakt zu dieser hatten, würden mehr als drei von fünf Beschäftigten zu Fragen der Förderung ihrer Gesundheit sich keinen betriebsärztlichen Rat von ihr*ihm einholen. So besteht folglich noch Nachbesserungsbedarf: Die Sichtbarkeit und das Angebot der betriebsärztlichen Betreuung für die Beschäftigten sollte verbessert werden. Über die ärztliche Beratungsfunktion im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention sollte insgesamt stärker informiert werden – von Seiten der Betriebe, wie auch durch die arbeitsmedizinisch tätige Ärzteschaft. Das gilt nach unseren Ergebnissen umso mehr für Betriebe, in denen das arbeitsmedizinische Versorgungsangebot durch externe Fachpersonen erfolgt.

5. Fazit und Ausblick

Nach den Ergebnissen dieses Projektes sind ältere Beschäftigte zu Recht eine besondere Zielgruppe für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention: Zwar beteiligen sie sich bei einem Angebot etwa zur Hälfte an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention, allerdings sind bei ihnen auch Gesundheitsrisiken, wie Übergewicht bzw. Adipositas, Bewegungsmangel und Nikotinabusus häufig. So stehen Gesundheitsverhalten und Arbeitsbedingungen in einem deutlichen Zusammenhang zu Gesundheit und Arbeitsfähigkeit älterer Beschäftigter. Zudem zeigt sich, dass riskante Gesundheitsverhaltensweisen und widrige Arbeitsbedingungen sowohl mittelbar, über Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, als auch unmittelbar die Erwerbsperspektive älterer Beschäftigter beeinflussen können. Viele schätzen ihr Gesundheitsverhalten als ausreichend ein, wenngleich sie oftmals verhaltensbezogene Gesundheitsrisiken aufweisen. Das deutet auf ein Optimierungspotenzial hin, welches im Rahmen der BGF, z. B. in Form von Wissensvermittlung, angegangen werden kann. Bei vorliegenden gesundheitlichen Risiken kann z. B. im Rahmen betriebsärztlicher Beratung individuell auf die persönlichen Bedürfnisse und Möglichkeiten der Beschäftigten eingegangen werden und sie können bei Verhaltensänderungen unterstützt werden. Für den hohen Stellenwert der betrieblichen Gesundheitsförderung bei älteren Beschäftigten spricht, dass sich zwei Drittel selbst an den Kosten für Maßnahmenangebote beteiligen würden. Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb und außerhalb des Betriebes bestätigten sich in diesem Projekt allerdings die Ergebnisse vorangegangener Studien. So stellen männliche Beschäftigte und jene mit geringem Bildungsstatus bezüglich der Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen besondere Risikokollektive dar. Das ist problematisch, da beide Gruppen zusätzlich häufiger gesundheitliche Risiken, wie Übergewicht bzw. Adipositas aufweisen. Eine geringere Inanspruchnahme von Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention fand sich zudem bei Beschäftigten mit an-/ungelernten Tätigkeiten aus dem Produktionssektor, sowie bei Beschäftigten mit physisch ungünstigen Arbeitsbedingungen.

Als Hinderungsgründe für die Teilnahme an BGF-Maßnahmen wurden von Frauen häufiger terminliche, von Männern häufiger allgemeine zeitliche Engpässe genannt. Bei terminlichen oder zeitlichen Hinderungsgründen für die Teilnahme sollte auch an Beschäftigte gedacht werden, die aus beruflichen Gründen nicht vor Ort sind (z. B. Fahrer*innen) oder aber aufgrund von Schicht- und Nachtdienst nicht an BGF-Maßnahmen teilnehmen können. Als weiteres Teilnahmehindernis zeigte sich vor allem bei männlichen Beschäftigten, dass das Angebot häufiger an ihren Bedarf vorbeigeht. Bei beiden Geschlechtern spielen motivationale Teilnahmehindernisse eine Rolle. Auch sind u. a. Beschäftigte von Zeitarbeitsfirmen (z. B. Reinigungspersonal) zu berücksichtigen, bei denen zusätzlich zu zeitlichen Hinderungsgründen das Problem bestehen kann, dass weder die Arbeitgebende, hier gemeint die Verleihfirma, noch der Leihbetrieb sich bezüglich der BGF-Teilnahme dieser Beschäftigten zuständig fühlt. Bei diesen Beschäftigten und bei jenen mit terminlichen Engpässen könnte ein Angebot an digitalen BGF-Maßnahmen eine interessante Alternative darstellen und möglicherweise auch zu einer häufigeren Inanspruchnahme führen. Insgesamt zeigte sich allerdings, dass drei von fünf älteren Beschäftigten digitale BGF-Maßnahmen nicht nutzen bzw. nicht bereit sind, diese zu nutzen. Zudem werden von uns identifizierte gesundheitliche Risikogruppen (Männer und Beschäftigte mit geringem Bildungsstatus) von solchen digitalen BGF-Angeboten nur unterdurchschnittlich gut erreicht. Hier sind alle Akteurinnen und Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention angehalten, zu überlegen, wie digitale BGF-Angebote insgesamt und speziell für Risikogruppen attraktiver gestaltet werden können. Bei diesen Überlegungen muss berücksichtigt werden, dass sich der Stellenwert von digitalen BGF-Angeboten während der Pandemie verändert haben kann. Mit der Veränderung von Nutzung bzw. Nutzungsbereitschaft für digitaler BGF-Angebote wird sich auch das Folgeprojekt befassen, welches sich auf Daten aus 2022/2023 stützt.

Im Rahmen des Projektes zeigte sich, dass aus Sicht der älteren Beschäftigten die meisten Betriebe und unmittelbaren Vorgesetzten der Mitarbeitergesundheit einen hohen Stellenwert beimessen. Es zeigten sich deutliche Zusammenhänge der wahrgenommenen betrieblichen Gesundheitskultur zur Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Erwerbsperspektive von älteren Beschäftigten. Diese Ergebnisse werfen die

Frage auf, was eine betriebliche Gesundheitskultur konkret ausmacht bzw. anhand welcher Kriterien die Beschäftigten die Gesundheitskultur im Betrieb bzw. von Seiten ihrer Führungskraft festmachen. Im Rahmen eines Folgeprojektes sind daher qualitative Befragungen zur Identifikation solcher Kriterien aus Sicht der Beschäftigten geplant. Ferner soll im Rahmen der nächsten IiDA-Studienwelle ein betrieblicher Gesundheitskulturindex entwickelt werden, in den die so identifizierten Kriterien mit eingehen sollen. Zudem gilt es, in der Folgewelle mittels Längsschnittanalysen die zeitlichen Zusammenhänge einzelner Komponenten für den geplanten Gesundheitskulturindex näher zu untersuchen. Das war auf Basis der in diesem Projekt verwendeten Querschnittsdaten des BGF-Moduls der dritten Befragungswelle 2018 noch nicht möglich.

Anhang

A Peer-reviewed Publikationen

B Sonstige Publikationen

C Konferenzbeiträge

D Factsheets

E Buchbeiträge

F Fachaustausch BARMER BUW

Anhangsverzeichnis

Anhang A Publikationen:

Anhang A.1:

Hasselhorn, H. M., Ebener, M. & Müller, B. H. (2015) Determinanten der Erwerbsteilhabe im höheren Erwerbsalter – das „lidA-Denkmodell zu Arbeit, Alter und Erwerbsteilhabe“. *Zeitschrift für Sozialreform*, 61(4), 403–432.

Anhang A.2:

du Prel, J.B., Siegrist, J. & Borchart, D. (2019). The Role of Leisure-Time Physical Activity in the Change of Work-Related Stress (ERI) over Time. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4839. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234839>

Anhang A.3:

Borchart, D., Hasselhorn, H. M. & du Prel, J.B. (2020). Zum Gesundheitsverhalten älterer Beschäftigter – inwieweit stimmen Selbsteinschätzung und Realität überein? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 15(4), 371–377. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00765-1>

Anhang A.4:

Borchart, D., du Prel, J.B. & Hasselhorn, H. M. (2021). Effekte gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen auf die subjektive Erwerbsperspektive älterer Beschäftigter in Deutschland. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 71(4), 157–166. <https://doi.org/10.1007/s40664-021-00422-0>

Anhang A.5:

Borchart, D., Hasselhorn, H. M., & du Prel, J.-B. (2019). Teilnahme älterer Beschäftigter an gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 69(5), 261-270. <https://doi.org/10.1007/s40664-019-0346-5>

Anhang A.6:

Hasselhorn, H. M., Michaelis, M. & Kujath, P. (2020). Die betriebsärztliche Betreuung von Erwerbstätigen – Ergebnisse der repräsentativen lidA-Studie. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 3, 198-219

Anhang A.7:

Hasselhorn, H. M. (2020). Wie lange wollen und können Erwerbstätige in Deutschland arbeiten? *Deutsche Rentenversicherung* (04), 485-506. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Zeitschriften/DRV_Hefte_deutsch/2020/artikel_heft_4_hasselhorn.pdf;jsessionid=D1D33D8948523F5E4B7679A819044E61.delivery2-2-replication?__blob=publicationFile&v=2

Anhang A.8:

Rohrbacher, M. & Hasselhorn, H. M. (2022). Social inequalities in early exit from employment in Germany: a causal mediation analysis on the role of work, health, and work ability. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 48(7), 569–578. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4043>

Anhang B Sonstige Publikationen:

Anhang B.1:

Hasselhorn H. M., Borchart, D., Brühn, L., Dettmann, M., du Prel, J.-B., Ebener, M., Garthe, N., Müller, B. H., Rings, A., Ruhaas, R., Schmitz, M., Schröder, C. C. & Tiede, R. (2019). *lidA - Idee, Studie, Ergebnisse – eine Kohortenstudie zu Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe bei älteren Erwerbstätigen in Deutschland* (S. 22–23). https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Broschüre_und_Flyer/lidA_Broschüre.pdf

Anhang C Konferenzbeiträge:

Anhang C.1:

Borchart, D., Hasselhorn, H.M. & du Prel, J.B. (2019, 22. März). Wissen Sie, was Sie tun? Zusammenhang der Bewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens älterer Beschäftigter mit soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Faktoren [Tagungsbeitrag]. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM), Erfurt, Deutschland. https://www.dgaum.de/fileadmin/pdf/Jahrestagung/2019_Erfurt/DGAUM2019_Kongressdokumentation_2021.03.01.pdf

Anhang C.2:

du Prel, J.B. & Borchart, D. (2019, 02. Mai). Physical activity as a moderator of effort-reward imbalance over time - Results of the German lidA-cohort study [Tagungsbeitrag]. International Symposium on Epidemiology In Occupational Health (EPICOH), Wellington, Neuseeland. <https://doi.org/10.1136/OEM-2019-EPI.204>

Anhang C.3:

Borchart, D. & du Prel, J.B. (2021, 23. September). „Ja, ich will“ – zur Motivation älterer Beschäftigter, mehr für die eigene Gesundheit zu tun [Tagungsbeitrag]. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). <https://doi.org/10.1055/s-0041-1732210>

Anhang C.4:

Borchart, D. & du Prel, J.B. (2022, 08. September). Die Motivation älterer Beschäftigter, zukünftig mehr für die eigene Gesundheit zu tun [Tagungsbeitrag]. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin (DGSMP) und Prävention und Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Magdeburg, Deutschland. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1753810>.

Anhang C.5:

Borchart D., Hasselhorn H.M. & du Prel J.B. (2018). *Wer macht mit und hält sich fit? Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen bei älteren Beschäftigten* [Tagungsbeitrag]. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Dresden, Deutschland. 16.-18.09 2018. Abstract publiziert in: *Das Gesundheitswesen* 2018; 80(8): 797-8. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667696>

Anhang C.6:

du Prel, J.-B., & Borchart, D. (2021). Männliche ältere Beschäftigte als vulnerable Gruppe im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention [Tagungsbeitrag]. Die 56. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Leipzig, Deutschland. Publiziert in: *Das Gesundheitswesen*, 83(08/09), 327. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1732217>

Anhang C.7:

Borchart, D. & du Prel, J.-B. (2019). Zeitalter Gesundheitsförderung 4.0: Nutzungsbereitschaft digital-gestützter Maßnahmen durch ältere Beschäftigte [Tagungsbeitrag]. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin (DGSMP) und Prävention und Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Düsseldorf, Deutschland. Publiziert in: *Das Gesundheitswesen*, 81(08/09): 743 - 743. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1694601>

Anhang C.8:

du Prel J.B. & Borchart D. (2020). Digital-gestützte Angebote betrieblicher Gesundheitsförderung – Nutzungspotential bei älteren Beschäftigten mit Teilnahmhindernissen für konventionelle BGF-Maßnahmen Abstract [Tagungsbeitrag]. 60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM), München, Deutschland. Abstractband S. 53

Anhang D Factsheets:

Anhang D.1:

Schmitz, M., du Prel, J.-B. & Hasselhorn, H. M. (2019). lidA-Factsheet 2019/03: Repräsentativität der lidA-Daten in den Erhebungswellen 2011, 2014 und 2018. [Factsheet]. Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal (BUW). <https://arbeit.uni-wuppertal.de/de/ergebnisse/factsheets.html>

Anhang D.2:

FS 2019/16: Borchart, D., du Prel, J.B. (2019). Mitarbeitergesundheit ist uns wichtig - oder nicht? Zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Kultur im Betrieb [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2019_16_BARMER_Factsheet_5.pdf

Anhang D.3:

FS 2020/13: Borchart, D., du Prel, J.B., & Hasselhorn, H. M. (2020). Healthy corporate culture - healthy staff? Arbeitsbedingungen, Gesundheit und Erwerbsperspektive älterer Beschäftigter im Kontext der betrieblichen Gesundheitskultur [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2020_13_Healthy_corporate_culture.pdf

Anhang D.4:

FS 2021/05: du Prel, J.-B. & Borchart, D. (2021). „Stress lass nach!“ – Die Rolle körperlicher Freizeitaktivität beim Verlauf von arbeitsbezogenem Stress über die Zeit [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2021_05_Stress_lass_nach.pdf

Anhang D.5:

FS 2018/02: Borchart, D., Du Prel, J.-B., & Hasselhorn, H. M. (2018). Teilnahme älterer Beschäftigter an gesundheitsfördernden & präventiven Maßnahmen: Teil 1: soziodemografische Unterschiede [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2018_02_BARMER_Factsheet_1.pdf

Anhang D.6:

FS 2018/05: Borchart, D., Du Prel, J.-B., & Hasselhorn, H. M. (2018). Teilnahme älterer Beschäftigter an gesundheitsfördernden & präventiven Maßnahmen: Teil 2: arbeitsbezogene Unterschiede [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2018_05_BARMER_Factsheet_2.pdf

Anhang D.7:

FS 2018/07: Borchart, D., Du Prel, J.-B., & Hasselhorn, H. M. (2018). Teilnahme älterer Beschäftigter an gesundheitsfördernden & präventiven Maßnahmen: Teil 3: gesundheitsbezogene Unterschiede [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2018_07_BAR-MER_Factsheet_3.pdf

Anhang D.8:

FS 2020/24: Borchart, D., Du Prel, J.-B., & Hasselhorn, H. M. (2020). Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung: Inanspruchnahme, Teilnahmehindernisse und Wunsch älterer Beschäftigter [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2020_24_Ma%C3%9Fnahmen_zur_betrieblichen_Gesundheitsf%C3%B6rderung.pdf

Anhang D.9:

FS 2020/38: Borchart, D., & Du Prel, J.-B. (2020). Teilnahme älterer Beschäftigter an Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung: soziodemografische Unterschiede [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2020_38_BGF_Teilnahme.pdf

Anhang D.10:

FS 2019/02: Borchart, D., du Prel, J.-B., & Hasselhorn, H. M. (2019). Gesundheitsförderung 4.0? Nutzung digitaler Gesundheitstools durch ältere Beschäftigte [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2019_02_BARMER_Factsheet_4.pdf

Anhang D.11:

FS 2019/19: Hasselhorn, H. M. (2019). Sehen Beschäftigte ihren Betriebsarzt als Ansprechpartner für Gesundheitsfragen? [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2019_19_Betriebsarzt_Ansprechpartner_Gesundheit.pdf

Anhang D.12:

FS 2020/09: Hasselhorn, H. M. (2020). Die betriebsärztliche Betreuung älterer Erwerbstätiger [Factsheet]. https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2020_09_Betriebs%C3%A4rztliche_Betreuung.pdf

Anhang E Buchbeiträge:

Anhang E.1:

du Prel, J.B & Borchart, D. (2020). Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Beschäftigten im Geschlechtervergleich. In H. Jürges, J. Siegrist, M. Stiehler (Hrsg.), *Männer und der Übergang in die Rente: Vierter Deutscher Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit* (S. 107–121). Psychosozial Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837977042>

Anhang E.2:

Hasselhorn, H.M. (2020). Gesundheit und Erwerbsperspektive bei Männern und Frauen im höheren Erwerbsalter. In H. Jürges, J. Siegrist, M. Stiehler (Hrsg.), *Männer und der Übergang in die Rente: Vierter Deutscher Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit* (S. 93–106). Psychosozial Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837977042S>

Anhang F Fachaustausch BARMER BUW

Anhang F.1:

JP du Prel, D Borchart, HM Hasselhorn (2019): Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bei älteren Beschäftigten in Deutschland im Kontext länger werdender Erwerbsverläufe. Erste Ergebnisse der LidA Studie, 13.03.2019, S. 1–18.

Anhang F.2:

D Borchart, Dr. JB du Prel, Prof. Dr. HM Hasselhorn (2022): Fachaustausch BARMER - BUW lidA-BGF Projekt III und IV. Neue Ergebnisse von der lidA-Studie, S. 1–16.