

Müssen ältere Beschäftigte dem Arbeitsplatz fernbleiben?

Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche („Rapid Scoping Review“)

Zusammenfassende Kernaussagen:

- Personen über 60 (teilweise auch bereits über 50) Jahren werden zusammen mit Personen mit Vorerkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-erkrankungen, Diabetes, Atemwegserkrankungen, Krebserkrankungen) vielfach als Risikopersonen für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Infektion genannt.
- Nur sehr wenige wissenschaftliche Untersuchungen erlauben bisher, den „isolierten“ Einfluss des Alters abzuschätzen. Bei Berücksichtigung von Vorerkrankungen und weiteren Risikofaktoren (Rauchen, Übergewicht) reduziert sich das altersbezogene Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf deutlich.
- Das Alter stellt eine wesentliche und unabwendbare Eigenschaft eines Menschen dar. Ein selektives Fernhalten älterer Beschäftigter vom Arbeitsplatz kann zu sozialer Isolation und damit zu einer Risikoerhöhung insbesondere für psychische Erkrankungen, zu Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitslosigkeit führen. Auch angesichts des vergleichsweise geringen – wenngleich nach aktuellem Erkenntnisstand vorhandenen – rein altersbezogenen Risikos ist ein selektives Fernhalten älterer Beschäftigter vom Arbeitsplatz zu vermeiden.
- Es ist ein Arbeitsschutzniveau zu gewährleisten, das älteren Beschäftigten die Teilhabe am Arbeitsleben auch in den Zeiten von COVID-19 ermöglicht. Es sind wirksame technische, organisatorische und in letzter Linie persönliche Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz zu etablieren, die nach Lockerung der Maßnahmen allen Beschäftigten ein Arbeiten unter hinreichendem Infektionsschutz ermöglichen.

Dieser Beitrag richtet sich an Entscheidungsträger*innen im Arbeitsschutz, im Infektionsschutz, an die Vertretungen von Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen sowie an die gesetzlichen Sozialversicherungsträger.

Hintergrund

Seit Beginn der Ausgangsbeschränkungen in Deutschland wurden vielfach Beschäftigte im öffentlichen Dienst – u.a. Lehrerinnen und Lehrer – ab einem Alter von 60 Jahren dazu angehalten, zuhause zu bleiben. Begründet wurde dies mit dem besonders hohen Risiko Älterer für einen schweren Krankheitsverlauf im Falle einer Infektion mit dem neuartigen Coronavirus.

Dementsprechend beginnt das RKI die Aufzählung der „Personengruppen, die nach bisherigen Erkenntnissen ein höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben“, auch mit dem Satz: „Das Risiko einer schweren Erkrankung steigt ab 50 bis 60 Jahren stetig mit dem Alter an“ (RKI 2020). Auch im Zuge der Lockerung der Ausgangsbeschränkungen werden beispielsweise in Niedersachsen Personen über 60 Jahren (zusammen mit Personen mit Herz-Kreislauf-erkrankungen, Diabetes, Erkrankungen des Atemsystems, der Leber, der Niere, Krebserkrankungen und Erkrankungen, die mit einer Immunschwäche einhergehen) als Risikogruppe angesehen (Niedersächsischer Kultusminister 2020). Risikogruppen können dem Leitfaden des niedersächsischen Kultusministers zufolge „auf

Datum der Veröffentlichung: 24.04.2020

Version: 01 – aktuellste Version verfügbar unter <https://www.public-health-covid19.de/>

eigenen Wunsch nach Vorlage eines ärztlichen Attestes im ‚Home Office‘ verbleiben“. Ein Fernbleiben vom Arbeitsplatz zur Risikominderung könnte für ältere Beschäftigte außerhalb des Öffentlichen Dienstes den Verlust des Arbeitsplatzes bedeuten. Generell kann die Einstufung über 60-Jähriger als Risikopersonen die Chance älterer Arbeitsloser auf einen Arbeitsplatz erheblich beeinträchtigen.

Fragestellung und Methode zu ihrer Beantwortung

Der Beitrag beschäftigt sich mit der Höhe des Risikos älterer Beschäftigter für einen schweren Krankheitsverlauf. Ab welchem Alter ist von einem „höheren Risiko“ auszugehen? Ist aus Sicht des Arbeits- und Gesundheitsschutzes tatsächlich das Fernbleiben älterer Beschäftigter vom Arbeitsplatz erforderlich?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden die diesbezüglichen Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Fachzeitschriften systematisch gesichtet (im Sinne eines „Rapid Scoping Reviews“). Ziel war es, die altersbezogenen Risiken für einen schweren Verlauf der COVID-19-Erkrankung unter Berücksichtigung anderer Risikofaktoren (und im Vergleich mit anderen Risiken) zu ermitteln. In einem weiteren Schritt sollen mit einem standardisierten Interview Expert*innen des staatlichen Arbeitsschutzes und des Unfallversicherungsschutzes, der Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretungen und der betrieblichen Akteure des Arbeitsschutzes (Betriebsärzt*innen und Sicherheitsfachkräfte) nach ihrer Bewertung des altersbezogenen Risikos und nach einem angemessenen Risikomanagement befragt werden. Nach Vorliegen der Ergebnisse dieser Expert*innenbefragung wird das vorliegende Dokument entsprechend angepasst.

Erkenntnislage und Lösungsansätze

Die bisherigen wissenschaftlichen Untersuchungen zum Verlauf einer nachgewiesenen Infektion mit dem neuen Coronavirus zeigen grundsätzlich eine Zunahme schwerer Krankheitsverläufe (heißt: die Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung bzw. die Notwendigkeit einer Beatmung) wie auch tödlicher Krankheitsverläufe mit zunehmendem Alter (vgl. [Chen et al. 2020a](#), [2020b](#), [2020c](#); [Dudley & Lee 2020](#); [Kang 2020](#), [Korean Society of Infectious Diseases 2020](#), [Verity et al. 2020](#)).

Erschwert werden Aussagen zum Risiko älterer Beschäftigter dadurch, dass die Alterseinteilungen international sehr unterschiedlich sind und dass häufig Altersklassen gewählt werden, die keine Differenzierung zwischen älteren Beschäftigten und Menschen jenseits des Erwerbsalters erlauben; so fassen beispielsweise die RKI-Lageberichte meist alle Personen im Alter von 60 bis 79 Jahren in einer Altersklasse zusammen. Teilweise große Unterschiede in der Höhe der berichteten „Case Fatality Rate“ – dem Verhältnis zwischen nachgewiesenen Infektionen und nachgewiesenen Todesfällen von Infizierten – erklären sich u.a. aus der Dunkelziffer unbekannter Infektionen, Unterschieden in der Erfassung der Todesfälle bei Infizierten, dem Zeitintervall zwischen Infektion und Todeseintritt, regionalen Unterschieden in der Häufigkeit von Risikofaktoren für einen ungünstigen Verlauf und regionalen Unterschieden in der medizinischen Versorgung. Auch wenn der weitere Krankheitsverlauf und die Sterblichkeit von stationär eingewiesenen COVID-19-Patient*innen untersucht wird, zeigt sich eine deutliche Altersabhängigkeit ([CDC 2020a](#); [Guan et al. 2020](#), [Simonnet et al. 2020](#)).

Wenn es um die individuelle Beurteilung des Risikos für einen schweren Krankheitsverlaufs geht, vermittelt die ausschließliche Betrachtung der Altersabhängigkeit des Krankheitsverlaufs ein verzerrtes Bild, nehmen mit dem Alter doch auch andere Risikofaktoren für einen schweren

Krankheitsverlauf wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Krebserkrankungen zu. Auf der Grundlage eines Berichts des amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC 2020b) vom 31.03.2020 ist der Anteil der stationär behandelten COVID-19-Patient*innen im Alter von über 65 Jahren *ohne* Vorerkrankung etwa so hoch wie der Anteil der 19- bis 64-jährigen *mit* Vorerkrankung; dies gilt auch für die Anteile der Intensivbehandlungspflichtigen. Nur sehr wenige wissenschaftliche Untersuchungen erlauben eine Abschätzung des „isolierten“ – nicht durch andere bekannte Risiken erklärlichen – Alterseffektes. Im Rahmen unserer systematischen Literaturrecherche konnten wir eine chinaweite Untersuchung des Krankheitsverlaufs von 1590 stationär behandelten Patient*innen mit COVID-19 identifizieren (Guan et al. 2020). Bei 131 dieser Patientinn*en nahm die Erkrankung einen schweren Verlauf, d.h. sie wurden intensivbehandlungspflichtig, beatmungspflichtig, oder sie verstarben. Wenn auf der Grundlage der veröffentlichten Daten das Risiko eines 60-jährigen Menschen mit dem eines 50-jährigen verglichen wird, dann liegt die Risikoerhöhung etwa in der Größenordnung, in dem auch die Risikoerhöhung durch Rauchen oder durch Diabetes liegt. Dies gilt dann, wenn andere Risikofaktoren und Vorerkrankungen älterer Menschen nicht berücksichtigt werden. Wird das altersbezogene Risiko zur Abschätzung des „isolierten“ Alterseffektes für diese anderen Faktoren korrigiert (epidemiologisch ausgedrückt: wird in einem multivariaten Modell für diese anderen Faktoren adjustiert), dann verringert sich das Risiko pro 10 Jahren Alterszunahme um fast ein Drittel und liegt noch unter dem mit einem Bluthochdruck verbundenen Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Zusammengefasst ist das Risiko eines 60-jährigen Menschen im Vergleich mit einem 50-jährigen Menschen auf der Grundlage dieser Studie eher gering erhöht – und die entsprechende Risikoerhöhung fällt geringer aus als diejenige durch Rauchen, Bluthochdruck (vgl. auch Grasselli et al. 2020; Lippi et al. 2020), Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder durch ein bestehendes Krebsleiden. Es ist darauf hinzuweisen, dass die vorgenannte Studie das Übergewicht als wichtigen Risikofaktor für einen ungünstigen Krankheitsverlauf (Simonnet et al. 2020) nicht berücksichtigt; die Berücksichtigung des Übergewichts könnte eine weitere Reduktion des isolierten Altersrisikos bedeuten. Die deutliche Senkung des allein altersbezogenen Risikos bei Berücksichtigung von Vorerkrankungen und anderen Risikofaktoren wird auch in der kleineren Studie von Chen et al. (2020d) beschrieben. Allerdings ist die Abschätzung des isolierten Alterseffektes derzeit aufgrund der stark eingeschränkten Studienlage noch mit großen Unsicherheiten behaftet. Sobald weitere Studien eine genauere Quantifizierung des altersbezogenen Risikos erlauben, soll der vorliegende Beitrag im Sinne eines „Living Document“ aktualisiert werden.

Insgesamt erscheint eine pauschale Gleichsetzung von Personen über 60 Jahren mit Personen, die an teilweise schweren Vorerkrankungen leiden, willkürlich und unverhältnismäßig. Die undifferenzierte Einstufung über 60-jähriger Beschäftigter als Risikogruppe kann einer Stigmatisierung Älterer Vorschub leisten, kann erhebliche biographische Einschnitte, psychische Probleme und nicht zuletzt auch ökonomische Notlagen mit sich bringen. Eine solche undifferenzierte Einstufung wäre auch schwerlich mit der Erklärung des Rates der Europäischen Union vom 7.12.2012 vereinbar, der unter dem Stichwort *Verhinderung von Altersdiskriminierung* (Europäischer Rat 2012) den „Verzicht auf die Verwendung der Altersangabe als entscheidendes Kriterium zur Bestimmung der Eignung eines Arbeitnehmers für eine bestimmte Stelle“ anführt. Da das Alter eine wesentliche und unabwendbare Eigenschaft eines Menschen ist, erscheint bei der Definition altersspezifischer Ausschlusskriterien von bestimmten Arbeitsplätzen besondere Zurückhaltung geboten. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die mit dem selektiven Fernbleiben älterer Beschäftigter vom Arbeitsplatz vielfach verbundene soziale Isolation grundsätzlich zu depressiven und posttraumatischen Belastungssymptomen führen kann (Röhr et al. 2020). Nicht zuletzt ist in mehreren Untersuchungen

– wenn auch ohne konkreten Bezug auf ältere Beschäftigte – ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko durch soziale Isolation beschrieben (Alcaraz et al. 2019; Gronewold et al. 2020).

Generell sollten verbindliche Regelungen geschaffen werden, die Beschäftigten bei einer unverantwortbaren Gefährdung ein temporäres Fernbleiben vom Arbeitsplatz ohne finanzielle Einbußen ermöglichen. Zwar legt – wie oben ausgeführt – die wissenschaftliche Erkenntnislage ein vergleichsweise eher gering erhöhtes Risiko älterer Beschäftigter für einen schweren Krankheitsverlauf im Falle einer Coronavirus-Infektion nahe. Allerdings lässt die derzeitige, wenig belastbare Erkenntnislage keinesfalls den Schluss auf ein fehlendes (rein) altersbezogenes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf zu. Insofern sollte Beschäftigten ein temporäres Fernbleiben vom Arbeitsplatz ohne finanzielle Einbußen ermöglicht werden, wenn in Einzelfällen vor dem Hintergrund einer (wenn auch relativ geringen) altersbezogenen Risikoerhöhung unter Berücksichtigung der konkreten Situation am Arbeitsplatz ein erhöhtes Gesundheitsrisiko nicht ausgeschlossen werden kann. Dem temporären Fortbleiben sollte in diesem Fall eine individuelle betriebsärztliche Beratung im Rahmen einer Wunschvorsorge (gemäß §5a Arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung ArbMedVV) vorausgehen.

Fazit zur Umsetzung und Empfehlungen

Allgemeine Lösungsansätze können nicht im selektiven Fernhalten älterer Beschäftigter vom Arbeitsplatz liegen. Vielmehr ist ein Niveau des Arbeitsschutzes zu gewährleisten, das älteren Beschäftigten – wie auch Beschäftigten mit den oben genannten Risikofaktoren und ggf. auch Vorerkrankungen – nach verantwortbarer Lockerung der Infektionsschutzmaßnahmen die Teilhabe am Arbeitsleben auch in den Zeiten von COVID-19 ermöglicht. Diesbezüglich sind die Gefährdungsbeurteilungen zur Gewährleistung des Arbeitsschutzes (auch) für ältere Beschäftigte anzupassen. Es sind wirksame technische, organisatorische und in letzter Linie persönliche Schutzmaßnahmen unter Einbezug der Arbeitsschutzexpert*innen (Betriebsärztin bzw. Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit) am Arbeitsplatz zu etablieren, die *allen* Beschäftigten ein Arbeiten unter hinreichendem Infektionsschutz ermöglichen.

Quellen

Alcaraz KI, Eddens KS, Blase JL, Diver WR, Patel AV, Teras LR, Stevens VL, Jacobs EJ, Gapstur SM. Social Isolation and Mortality in US Black and White Men and Women. Am J Epidemiol 2019;188:102-109.

CDC COVID-19 Reponse Team. Preliminary Estimates of the Prevalence of Selected Underlying Health Conditions Among Patients with Coronavirus Disease 2019 — United States, February 12–March 28, 2020b. Morbidity and Mortality Weekly Report. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6913e2.htm> (Zugriff am 19.04.2020).

CDC COVID-19 Response Team. Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12-March 16, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020a Mar 27;69:343-346.

Chen R, Liang W, Jiang M, Guan W, Zhan C, Wang T, Tang C, Sang L, Liu J, Ni Z, Hu Y, Liu L, Shan H, Lei C, Peng Y, Wei L, Liu Y, Hu Y, Peng P, Wang J, Liu J, Chen Z, Li G, Zheng Z, Qiu S, Luo J, Ye C, Zhu S, Liu X, Cheng L, Ye F, Zheng J, Zhang N, Li Y, He J, Li S, Zhong N; Medical Treatment Expert Group for COVID-19. Risk factors of fatal outcome in hospitalized subjects with coronavirus disease 2019 from a nationwide analysis in China. Chest 2020a Apr 15.

Chen T, Dai Z, Mo P, Li X, Ma Z, Song S, Chen X, Luo M, Liang K, Gao S, Zhang Y, Deng L, Xiong Y. Clinical characteristics and outcomes of older patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China (2019): a single-centered, retrospective study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2020b Apr 11.

Chen T, Wu D, Chen H, Yan W, Yang D, Chen G, Ma K, Xu D, Yu H, Wang H, Wang T, Guo W, Chen J, Ding C, Zhang X, Huang J, Han M, Li S, Luo X, Zhao J, Ning Q. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. BMJ 2020 Mar 26;368:m1091. Erratum in: BMJ 2020c Mar 31;368:m1295.

Datum der Veröffentlichung: 24.04.2020

Version: 01 – aktuellste Version verfügbar unter <https://www.public-health-covid19.de/>

Chen C, Chen C, Yan JT, Zhou N, Zhao JP, Wang DW. Analysis of myocardial injury in patients with COVID-19 and association between concomitant cardiovascular diseases and severity of COVID-19 [Artikel auf Chinesisch, englisches Abstract]. Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi 2020d Mar 6;48.

Dudley JP, Lee NT. Disparities in Age-Specific Morbidity and Mortality from SARS-CoV-2 in China and the Republic of Korea. Clin Infect Dis 2020 Mar 31.

Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, Cereda D, Coluccello A, Foti G, Fumagalli R, Iotti G, Latronico N, Lorini L, Merler S, Natalini G, Piatti A, Ranieri MV, Scandroglio AM, Storti E, Cecconi M, Pesenti A; COVID-19 Lombardy ICU Network. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. JAMA 2020 Apr 6.

Gronewold J, Kropp R, Lehmann N, Schmidt B, Weyers S, Siegrist J, Dragano N, Jöckel KH, Erbel R, Hermann DM; Heinz Nixdorf Recall Study Investigative Group. Association of social relationships with incident cardiovascular events and all-cause mortality. Heart 2020 Mar 12.

Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, Liang HR, Chen ZS, Li YM, Liu XQ, Chen RC, Tang CL, Wang T, Ou CQ, Li L, Chen PY, Sang L, Wang W, Li JF, Li CC, Ou LM, Cheng B, Xiong S, Ni ZY, Xiang J, Hu Y, Liu L, Shan H, Lei CL, Peng YX, Wei L, Liu Y, Hu YH, Peng P, Wang JM, Liu JY, Chen Z, Li G, Zheng ZJ, Qiu SQ, Luo J, Ye CJ, Zhu SY, Cheng LL, Ye F, Li SY, Zheng JP, Zhang NF, Zhong NS, He JX; China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: A Nationwide Analysis. Eur Respir J 2020 Mar 26.

Kang YJ. Mortality Rate of Infection With COVID-19 in Korea From the Perspective of Underlying Disease. Disaster Med Public Health Prep 2020 Mar 31:1-3.

Korean Society of Infectious Diseases; Korean Society of Pediatric Infectious Diseases; Korean Society of Epidemiology; Korean Society for Antimicrobial Therapy; Korean Society for Healthcare-associated Infection Control and Prevention; Korea Centers for Disease Control and Prevention. Report on the Epidemiological Features of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in the Republic of Korea from January 19 to March 2, 2020. J Korean Med Sci 2020;35:e112.

Lippi G, Wong J, Henry BM. Hypertension and its severity or mortality in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): a pooled analysis. Pol Arch Intern Med 2020.

Niedersächsischer Kultusminister. Schule in Corona-Zeiten. Leitfaden für Schulleitungen, Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte an Schulen.

http://www.mk.niedersachsen.de/download/154309/Leitfaden_fuer_Schulleitungen_Lehrkraefte_und_paedagogische_Fachkraefte_an_Schulen.pdf (Zugriff am 19.04.2020).

RKI [Robert Koch Institut]. Informationen und Hilfestellungen für Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html [letzter Zugriff 19.04.2020].

Rat der Europäischen Union. Erklärung des Rates über das Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen (2012): Das weitere Vorgehen. Brüssel 2012.

<http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=DE&f=ST%2017468%202012%20INIT>

Röhr S, Müller F, Jung F, Apfelbacher C, Seidler A, Riedel-Heller S. Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review. Psychiatrische Praxis 2020 [under review].

Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, Raverdy V, Noulette J, Duhamel A, Labreuche J, Mathieu D, Pattou F, Jourdain M; Lille Intensive Care COVID-19 and Obesity study group. High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation. Obesity (Silver Spring) 2020 Apr 9.

Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N, Cuomo-Dannenburg G, Thompson H, Walker PGT, Fu H, Dighe A, Griffin JT, Baguelin M, Bhatia S, Boonyasiri A, Cori A, Cucunubá Z, FitzJohn R, Gaythorpe K, Green W, Hamlet A, Hinsley W, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Riley S, van Elsland S, Volz E, Wang H, Wang Y, Xi X, Donnelly CA, Ghani AC, Ferguson NM.

Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. Lancet Infect Dis 2020 Mar 30. Erratum in: Lancet Infect Dis. 2020 Apr 15.

Ansprechpersonen

Federführende Autor*innen: Andreas Seidler (ArbSozPH@mailbox.tu-dresden.de) und Gabriela Petereit-Haack (gabriela.petereit-haack@rpd.hessen.de)

Datum der Veröffentlichung: 24.04.2020

Version: 01 – aktuellste Version verfügbar unter <https://www.public-health-covid19.de/>

Kompetenznetz Public Health Covid-19

Co-Autor*innen: Steffi Riedel-Heller, Christian Apfelbacher, Karla Romero-Starke, Daniel Kämpf, Volker Harth, Peter Angerer

Dieses Papier wurde im Rahmen des Kompetenznetzes Public Health zu COVID-19 erstellt. Die alleinige Verantwortung für die Inhalte dieses Papiers liegt bei den Autor*innen.

Ausführlicheres Dokument

Eine Publikation des diesem Beitrag zugrunde gelegten „Rapid Scoping Reviews“ wird aktuell vorbereitet.