

# Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation bei älter werdenden Belegschaften

H. M. Hasselhorn, M. Ebener

B. Badura et al. (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 2014*,  
DOI 10.1007/978-3-662-43531-1\_8, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

**Zusammenfassung** Die Belegschaften in Deutschland werden älter und die Anzahl derer, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, nimmt von nun an deutlich ab. Bei gleichbleibender Wirtschaftskraft bedeutet dies für Deutschland, dass künftig mehr ältere Menschen im Arbeitsleben gehalten werden müssen als je zuvor. In diesem Beitrag werden Zahlen und Daten dazu zusammengestellt. Zudem wird ein Denkmodell vorgestellt, nach dem die Erwerbsteilhabe älterer Arbeitnehmer nicht nur durch Maßnahmen zum Erhalt ihrer Gesundheit allein gesichert werden kann, sondern insbesondere durch frühzeitige Förderung ihrer Arbeitsfähigkeit und der Motivation zu arbeiten. Diese Sicht hat Konsequenzen für Betriebe, die ihre Belegschaft wirklich »im Haus« und leistungsfähig halten wollen.

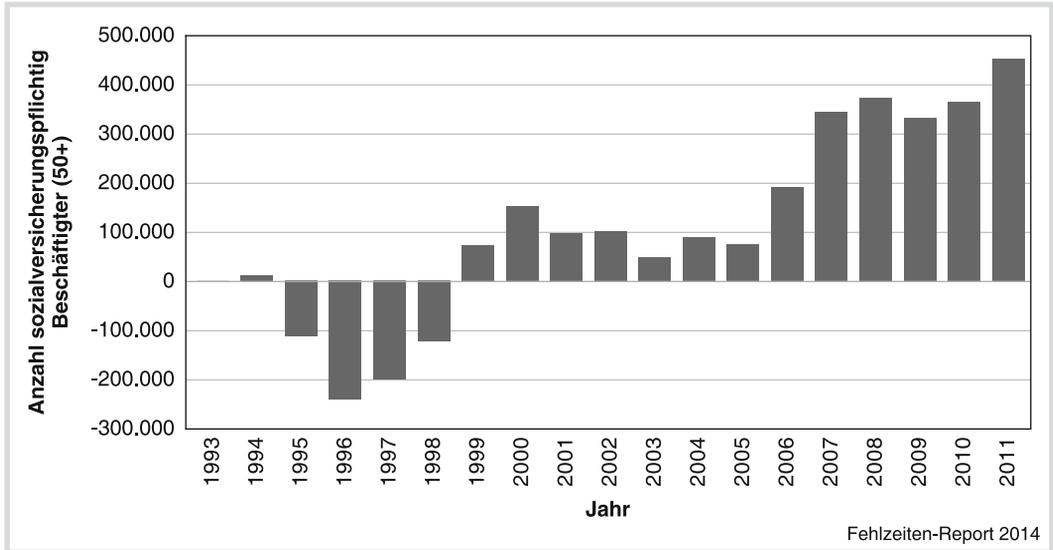
## 8.1 Zunahme älterer Beschäftigter in Deutschland

Der Umgang mit älter werdenden Belegschaften und dem demografischen Wandel wird künftig mehr denn je in den betrieblichen Fokus geraten, und zwar aus zwei Gründen:

1. Während die 1990er Jahre – politisch gewünscht – von einem Rückgang der Anzahl älterer Beschäftigter (50+ Lebensjahre) geprägt waren, nimmt die Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter über 50 seit 1999 wieder zu: seit 2007 um über 300.000 Personen jährlich und zuletzt (von 2010 auf 2011) gar um über 450.000 Personen (■ Abb. 8.1). Ende 2011 machte diese Altersgruppe mit 7,9 Millionen Personen 29,5 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aus und es ist zu erwarten, dass ihr Anteil bis 2020 weiter ansteigen wird (■ Abb. 8.2).

Anzahl und Anteil Älterer verteilen sich hierzulande unterschiedlich auf die Berufsgruppen (■ Tab. 8.1). Berufsfelder mit hohen Anteilen Älterer sind – traditionell – die »Ordnungs- und Sicherheitsberufe« (41,5 Prozent), gefolgt von Berufen im Bereich »Textil, Leder, Bekleidung« (39,3 Prozent). Die niedrigsten Anteile Älterer fanden sich Ende 2011 im »Bergbau« (24,1 Pro-

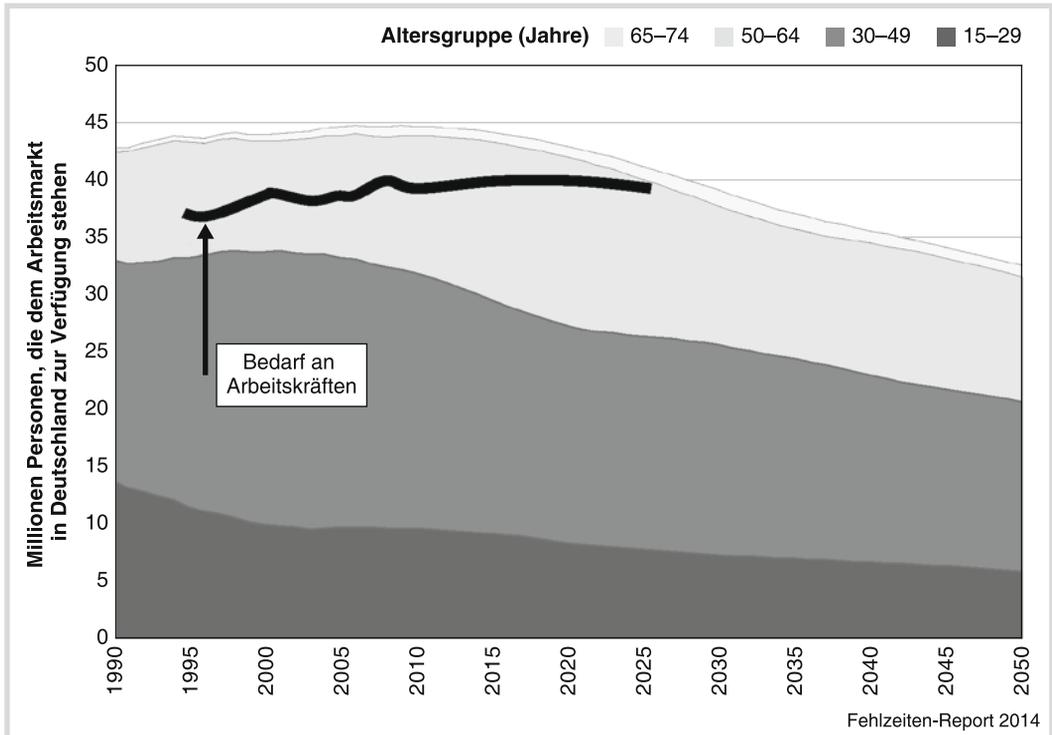
zent), bei den »Gesundheitsdienstberufen« (25,3 Prozent) sowie in den »Medien- und geisteswissenschaftlichen Berufen« (26,3 Prozent). In absoluten Zahlen bedeutsam sind die großen Gruppen Älterer (jeweils über 500.000 Personen) in den Berufsfeldern »Installation und Metallbau«, »Technisch-naturwissenschaftliche Berufe«, »Waren- und Dienstleistungskaufleute«, »Verkehrs- und Lagerberufe«, »Verwaltung, Büro«, »Gesundheitsdienstberufe« und »Sozial- und Erziehungsberufe«. Abgesehen von der kleinen und schrumpfenden Branche »Textil, Leder, Bekleidung« hat die Anzahl Älterer in allen Berufsfeldern im Vergleich zu 2001 zugenommen: allein in den »Verwaltungs- und Büroberufen« arbeiteten Ende 2011 fast 500.000 mehr Ältere als zehn Jahre zuvor, in den »Sozial- und Erziehungsberufen« 286.000 und in den »Gesundheitsberufen« etwa 260.000 Ältere. Die beiden letztgenannten gehören zu den Gruppen, bei denen sich der Anteil Älterer in den letzten zehn Jahren besonders stark verändert hat (Anstiege um 59 Prozent bzw. 73 Prozent; ■ Tab. 8.1).



■ **Abb. 8.1** Jährliche Veränderung der Anzahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter ab 50 Jahre, absolute Werte (Quellen: Berufe im Spiegel der Statistik [www.bisds.infosys.iab.de] sowie persönliche Mitteilung IAB 2012)

■ **Tab. 8.1** Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland Ende 2011 nach Berufsfeld und Anteil Älterer ab 50 Jahren, absolute und relative Werte (Quelle: Berufe im Spiegel der Statistik, www.bisds.infosys.iab.de, eigene Umrechnungen)

Berufsfeld	Anzahl Beschäftigter insgesamt	Anzahl Beschäftigter im Alter ab 50 Jahre	Steigerung von 2001 bis 2011	
			der Zahl älterer Beschäftigter absolut	des Anteils Älterer in (%)
Verwaltung, Büro	5.978.310	1.787.515 (29,9%)	491.652	32
Waren- und Dienstleistungskaufleute	3.174.086	815.740 (25,7%)	201.795	31
Verkehrs- und Lagerberufe	2.386.721	804.325 (33,7%)	255.421	49
Installation und Metallbau	2.012.379	567.491 (28,2%)	164.536	49
Gesundheitsdienstberufe	2.005.048	507.277 (25,3%)	259.224	73
Sozial- und Erziehungsberufe	1.727.368	566.577 (32,8%)	286.382	59
Friseur, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reiniger	1.562.255	518.669 (33,2%)	144.072	35
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	1.945.763	599.295 (30,8%)	137.313	30
Bau, Holz	1.169.994	313.558 (26,8%)	27.458	45
Elektroberufe	661.438	194.463 (29,4%)	67.466	72
Ernährungsberufe	678.845	183.967 (27,1%)	60.603	49
Metallerzeugung	497.406	159.667 (32,1%)	35.686	42
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	469.381	194.793 (41,5%)	45.628	16
Chemie, Kunststoff	387.538	119.362 (30,8%)	37.801	64
Agrarberufe	383.969	105.591 (27,5%)	23.652	34
Medien-, geisteswissenschaftliche Berufe	287.676	75.659 (26,3%)	19.014	36
Papier, Drucker	180.542	58.135 (32,2%)	596	42
Textil, Leder, Bekleidung	95.491	37.528 (39,3%)	-7.395	45
Stein, Keramik, Glas	83.168	26.780 (32,2%)	5.775	68
Bergbauberufe	25.299	6.097 (24,1%)	1.223	122



■ **Abb. 8.2** Arbeitskräftebedarf und Arbeitskraft in Deutschland (Quellen: Fuchs 2013; Fuchs u. Zika 2010; mit freundlicher Genehmigung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin)

2. Der zweite Grund für die erhöhte betriebliche Aufmerksamkeit gegenüber älteren Beschäftigten wird die zahlenmäßige Entwicklung der gesamten Erwerbsbevölkerung in den kommenden Jahren und Jahrzehnten sein. Auf viele Betriebe kommen große Herausforderungen zu, denn Deutschland steht diesbezüglich gegenwärtig an einem bedeutsamen Scheitelpunkt: Nach Schätzungen des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) hat Deutschland nun das Maximum an »Erwerbspersonenpotenzial« erreicht, d. h. an Personen, die (theoretisch) dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen (Fuchs 2013). Das Erwerbspersonenpotenzial von gegenwärtig etwa 45 Millionen Personen wird demnach fortan schrumpfen und 2030 bereits um 7 Millionen und bis 2050 um 12 Millionen Personen niedriger liegen als heute (■ Abb. 8.2). Sollte gleichzeitig noch der Bedarf an Arbeitskräften zahlenmäßig konstant bleiben (schwarze Linie in ■ Abb. 8.2), wie Fuchs und Zika (2010) bis etwa zum Jahr 2025 prognostizieren, dann bedeutet dies, dass Arbeitskräfte künftig zunehmend nachgefragt sein werden.

Unternehmen werden dann noch mehr als bisher gefordert sein, auch ihr älteres Personal an den Betrieb zu binden und dessen Arbeitskraft, Produktivität und Arbeitsmotivation vorausschauend zu erhalten.

#### ■ Fazit

Bisher wurde dargestellt, dass sowohl die Anzahl als auch der Anteil Älterer an der Gesamtheit der (sozialversicherungspflichtigen) Erwerbstätigen seit geraumer Zeit ansteigen, bereits heute relativ hoch sind und mit sehr großer Wahrscheinlichkeit in den kommenden Jahren auch weiterhin stark ansteigen werden. Zudem wurde gezeigt, dass in manchen Tätigkeitsbereichen bereits heute besonders viele Ältere beschäftigt sind und andere aufholen. Der folgende Teil dieses Beitrags betrachtet die Gesundheit der älteren Beschäftigten, denn Gesellschaft und Politik gehen davon aus, dass die künftige wirtschaftliche und soziale Entwicklung in Europa maßgeblich nicht allein von der Anzahl, sondern von der Gesundheit der künftigen älteren Erwerbsbevölkerung abhängt (European Commission 2011).

## 8.2 Der Gesundheitszustand älterer Beschäftigter in Deutschland

Bei der Beschreibung des Gesundheitszustands der Erwerbsbevölkerung kann man sich sogenannter »objektiver« Gesundheitsindikatoren bedienen, wie zum Beispiel der gegenwärtigen Anzahl ärztlich diagnostizierter Krankheiten oder des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens. Diese Daten spiegeln oft die Folgen längerer, nicht selten Jahre und Jahrzehnte zurückliegender Belastungen wider und werden in anderen Beiträgen dieses Reports abgehandelt. Hier möchten wir zur Beschreibung des Gesundheitszustands der Erwerbsbevölkerung ein erweitertes Verständnis von Gesundheit zugrunde legen: die subjektive Bewertung der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens. Damit werden andere Aspekte der Gesundheit beleuchtet. So spiegelt die Antwort auf die Frage nach dem »Gesundheitszustand im Allgemeinen« auch die kürzer zurückliegenden Belastungen wider, beispielsweise die Auswirkungen der Arbeitsbelastung des jeweils letzten Jahres. Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass die Antwort auf die Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand einen höheren Vorhersagewert für künftige manifeste Krankheitslast, Arbeitsunfähigkeit und Sterblichkeit hat als andere, objektivere Erhebungsformen von Gesundheit (Bjørner et al. 1996; Wurm et al. 2009). In diesem Beitrag wird daher diese Wahrnehmung von Gesundheit bzw. Krankheit in Deutschland dargestellt, und zwar explizit in Hinblick auf das Alter der Beschäftigten und die Art der beruflichen Tätigkeit. »Subjektive Gesundheit« wird in großen Befragungen oft mit der folgenden Frage erhoben: »Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?«. Die neutrale Antwort auf diese Frage wäre »gut«. Bereits die Antwort »mittelmäßig« deutet auf gesundheitliche Einschränkungen hin. Folglich fassen Wissenschaftler die Gruppe derer, die ihre Gesundheit als »mäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht« angeben, gern als Personengruppe mit »schlechter Gesundheit« zusammen.

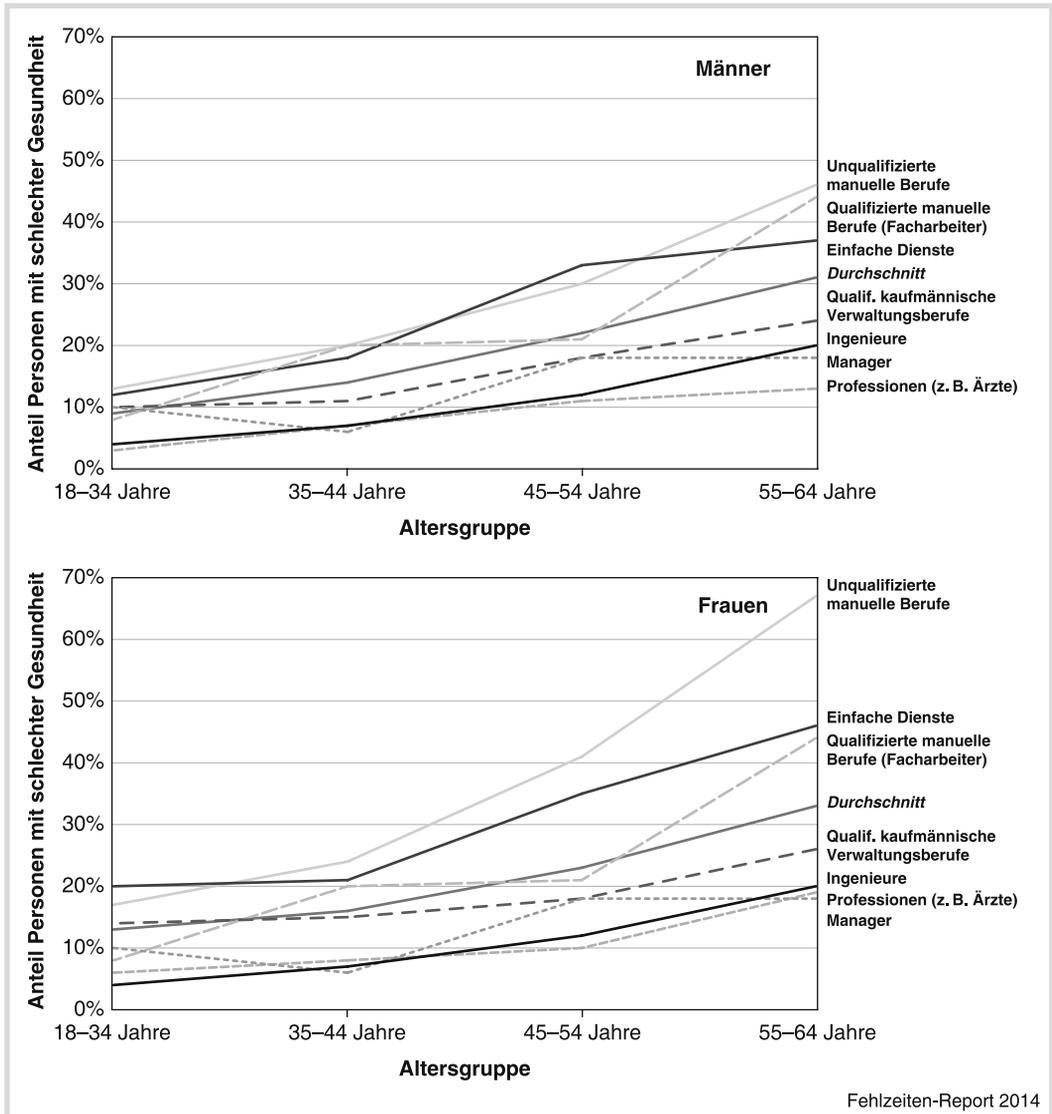
Burr und Kollegen haben kürzlich (2013) das Ausmaß schlechter Gesundheit in den verschiedenen beruflichen Gruppen untersucht. Ihre Analysen basieren auf Daten einer repräsentativen Befragung von über 26.000 Erwerbstätigen in Deutschland (2008 bis 2010); ein Teil ihrer Ergebnisse ist in  Abb. 8.3 wiedergegeben und wird im Folgenden kurz zusammengefasst.

Zunächst einmal zeigt sich in  Abb. 8.3 das Erwartete: Im Durchschnitt (schwarze durchgezogene Linien) waren junge Altersgruppen gesünder als mittelalte und insbesondere ältere Erwerbstätige. Nur 13 Prozent aller jungen Frauen (18–34 Jahre) und 8 Prozent aller jungen Männer berichteten eine

schlechte Gesundheit, dagegen waren dies in der ältesten Altersgruppe 31 Prozent der Frauen und 33 Prozent der Männer. Gleichzeitig sind in  Abb. 8.3 beispielhaft verschiedene Tätigkeitsgruppen dargestellt, da sich bei den Analysen gezeigt hat, dass es große Gesundheitsunterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen gibt und diesbezüglich einige bemerkenswerte Befunde vorliegen:

- So fanden sich bereits in der jüngsten Altersgruppe deutliche Gesundheitsunterschiede zwischen den verschiedenen beruflichen Tätigkeitsgruppen. Diese Unterschiede waren dann in den höheren Altersgruppen noch stärker ausgeprägt.
- Nach den Ergebnissen gehört – hochgerechnet auf die Erwerbsbevölkerung – etwa ein Fünftel aller Erwerbstätigen (Männer wie Frauen) zu Tätigkeitsgruppen, bei denen auch die älteren Altersgruppen noch weitestgehend gesund sind. Dies sind insbesondere die Manager, die Professionen (z. B. Ärzte, Wissenschaftler, Juristen, Gymnasiallehrer), die Ingenieure und die Technischen Fachkräfte.
- Die Hälfte aller Erwerbstätigen allerdings gehört Tätigkeitsgruppen an, die besonders von schlechter Gesundheit betroffen sind – von den jüngsten bis hin zu den ältesten Altersgruppen. Dies sind die Tätigkeitsgruppen »Einfache Dienste« (z. B. Reinigungspersonal, Bedienung), »Einfache gering qualifizierte kaufmännische und Verwaltungsberufe« (z. B. Verkäufer, Bürohilfskräfte, Telefonisten), »Einfache gering qualifizierte manuelle Berufe« (z. B. Hilfsarbeiter, Straßenbauer) und »Qualifizierte manuelle Berufe« (z. B. Facharbeiter).
- Schließlich identifizierten Burr und Kollegen zwei Gruppen mit einer extrem hohen Krankheitslast im höheren Alter: Von den älteren Frauen berichteten über die Hälfte aller Angehörigen der »Qualifizierten manuellen Berufe« sowie der »Unqualifizierten manuellen Berufe« eine schlechte Gesundheit (54 Prozent bzw. 67 Prozent).

Die von Burr und Kollegen (2013) festgestellten deutlichen Unterschiede hinsichtlich des Anteils Beschäftigter mit schlechter Gesundheit in verschiedenen Tätigkeitsgruppen lassen sich zum Teil durch unterschiedliche Arbeitsbedingungen erklären. Hierfür sprechen die mit zunehmendem Alter ansteigenden Gesundheitsunterschiede. Aber auch Umstände, die mit dem sozioökonomischen Status der Tätigkeitsgruppen in Verbindung stehen, können zur Erklärung der Unterschiede beitragen (Peter u. Hasselhorn 2013).



■ **Abb. 8.3** Selbst berichtete »schlechte Gesundheit« in ausgewählten Tätigkeitsgruppen der deutschen Erwerbsbevölkerung nach Alter und Geschlecht (vollständige Ergebnisse s. Burr et al. 2013; Berechnung auf der Basis von GEDA09 und GEDA2010)

Ein höherer Bildungsstand und ein höheres Einkommen haben sich in zahlreichen Studien als protektive Faktoren für die Gesundheit erwiesen. Hierfür sprechen die bereits bei den jüngeren Altersgruppen festgestellten Unterschiede. (Weitere Informationen zu gesundheitlichen Unterschieden zwischen beruflichen Tätigkeitsgruppen in Deutschland siehe Hasselhorn u. Rauch 2013.)

#### ■ Fazit

»Arbeit mit schlechter Gesundheit« ist auch hierzulande als betriebliche Realität anzusehen. Über das individuelle Krankheitsrisiko hinaus tragen Angehörige einiger Tätigkeitsgruppen offenbar eine hohe Krankheitslast – nicht selten schon in jungen Jahren und sehr oft im höheren Erwerbsalter. Andere Beschäftigten-Gruppen dagegen bleiben offensichtlich bis ins höhere Erwerbsalter hinein gesund. Eine weiter zunehmende

Herausforderung für Betriebe und Betroffene wird sein, bei Ersteren die Arbeitsfähigkeit und bei beiden die Arbeitsmotivation zu erhalten. Dies wird im folgenden Abschnitt deutlich.

### 8.3 Determinanten der Erwerbsteilhabe älterer Beschäftigter

Oben wurde der Gesundheitszustand der älter werdenden Erwerbsbevölkerung in Deutschland dargestellt. Politik und Wirtschaft hoffen, durch Sicherung der Gesundheit der Erwerbstätigen dem befürchteten Mangel an Arbeitskräften begegnen zu können. Doch dies wird vermutlich nicht ausreichen. Zweifellos spielt die Gesundheit eine Rolle bei der Erwerbsteilhabe Älterer, es müssen jedoch weitere Faktoren berücksichtigt werden. Viele Menschen mit schlechter Gesundheit sind im höheren Erwerbsalter noch erwerbstätig und viele Gleichaltrige mit guter Gesundheit sind bereits vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Wissenschaftliche Untersuchungen, vor allem qualitative Interviewstudien (Pond et al. 2010; de Wind et al. 2013) haben gezeigt, dass auch *gute* Gesundheit zum vorzeitigen Erwerbsausstieg führen kann, beispielsweise dann, wenn man den Ruhestand noch mit voller Gesundheit erleben und genießen will oder auch, wenn man die eigene gute Gesundheit durch eine anstrengende Arbeitstätigkeit gefährdet sieht (z. B. durch »Stress« bei der Arbeit).

Welche sind die weiteren Faktoren, die über die Erwerbsteilhabe älterer Beschäftigter entscheiden, und wie wirken sie zusammen? Diese Fragen werden dann wichtig, wenn effektive Interventionsstrategien zum längeren Verbleib im Erwerbsleben entwickelt werden sollen.

#### 8.3.1 Das lidA-Denkmodell zu »Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe«

Zur Diskussion dieser Fragen stellen wir hier ein Denkmodell vor (■ Abb. 8.4), das im Rahmen der deutschen lidA-Kohorte ([www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)) entwickelt worden ist. Das lidA-Denkmodell zu »Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe« stellt die zentralen Einflussfaktoren der Erwerbsteilhabe im höheren Erwerbsalter sowie ihre gegenseitigen Abhängigkeiten dar. An dieser Stelle gehen wir nur auf Teilaspekte des Modells ein, nämlich auf die der Gesundheit nachgelagerten Aspekte *Arbeitsfähigkeit* und *Motivation zu arbeiten*. Weitergehende Ausführungen zum

Modell finden sich bei Peter und Hasselhorn (2013).

Wie in ■ Abb. 8.3 gezeigt, berichtet fast ein Drittel der älteren Beschäftigten schlechte Gesundheit. Auf die Frage, warum sie dann noch erwerbstätig seien, gibt es drei Antworten:

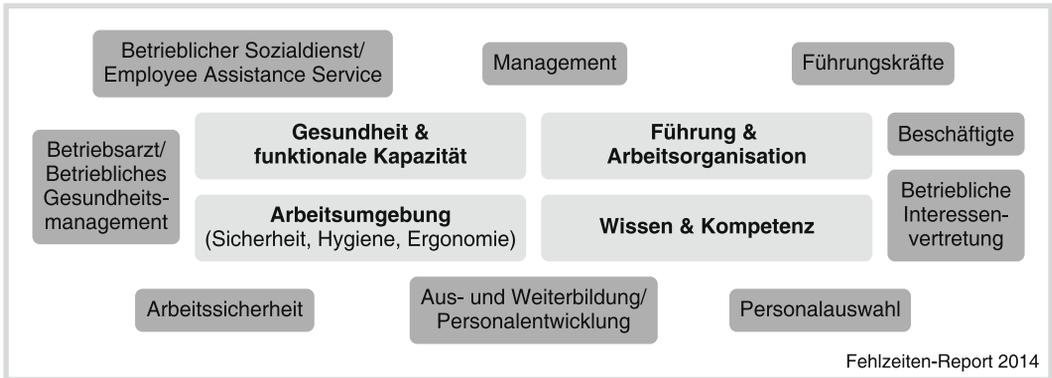
- weil sie *können*,
- weil sie *wollen* oder
- weil sie *müssen*.

*Können* steht dabei im Modell für die »Arbeitsfähigkeit«, *Wollen* für die »Motivation zu arbeiten« und *Müssen* für die wirtschaftliche Notwendigkeit, erwerbstätig zu sein (■ Abb. 8.4).

Der »freiwillige« vorzeitige Erwerbsausstieg ist in aller Regel ein Prozess, der oft über Jahre verläuft. Beschäftigte mit zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen werden zunächst versuchen, ihre reduzierten Fähigkeiten mit ihren Arbeitsanforderungen in Einklang zu bringen. Ihr Ziel ist, die *Arbeitsfähigkeit* zu erhalten (*Können*). Laut »Konzept der Arbeitsfähigkeit« (Ilmarinen 2009) umschreibt Arbeitsfähigkeit die Passung der individuellen Voraussetzungen eines Beschäftigten mit den Bedingungen seiner Arbeit. Auf individueller Seite ist hier die Gesundheit von Bedeutung, aber ebenso sind dies die funktionale Kapazität, die Kenntnisse und Kompetenzen des Beschäftigten. Nicht minder bedeutend ist die Arbeit selbst: Gute Arbeitsumstände können individuelle Einschränkungen kompensieren, sei es z. B. durch Hilfsmittel, Entlastungsmöglichkeiten oder Entscheidungsspielräume, innerhalb derer der Einzelne die Arbeit gemäß seinen Ressourcen gestalten kann. Erst wenn diese Kompensation nicht mehr ausreichend gelingt, wird – nach unserem Denkmodell – der Erwerbsausstieg angestrebt.

Personen, die trotz guter Arbeitsfähigkeit ihre Erwerbstätigkeit aufgeben, tun dies nach unserem Modell aus motivationalen Gründen (*Wollen*). Unter der *Motivation zu arbeiten* wird im Denkmodell verstanden, ob man im höheren Erwerbsalter überhaupt noch erwerbstätig sein will. Hat man die Wahl, vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszusteigen, werden die verschiedenen im Modell dargestellten Einflussfaktoren abgewogen, z. B. der eigene *Gesundheitszustand* und die eigene *Arbeitsfähigkeit*. Auch der Faktor *Arbeit* spielt eine zentrale Rolle: das Gefühl, bei der Arbeit gebraucht zu werden sowie eine herausfordernde Arbeit gelten als bedeutsame Motivatoren für einen längeren Erwerbsverbleib. Im Gegensatz dazu gelten vor allem hohe körperliche Belastungen sowie fehlende Einflussmöglichkeiten bei der Arbeit, aber auch Konflikte am Arbeitsplatz als Risikofaktoren für einen vorzeitigen Erwerbsaustritt.





■ **Abb. 8.5** Handlungsfelder des betrieblichen Altersmanagements (hellgrau) nach Ilmarinen (2006) und mögliche Beteiligte im Unternehmen (dunkelgrau)

ment, weil der Prozess des Älterwerdens durch die Lebensphasen hindurch betrachtet wird, nicht eine bestimmte Phase, die als »das Alter« angesehen wird. Treffender noch als »Altersmanagement«, aber ebenfalls etwas sperrig für den betrieblichen Gebrauch ist der eng verwandte Begriff des »Arbeitsfähigkeitsmanagements« (Tempel u. Ilmarinen 2013).

Ein zweiter wichtiger Aspekt des Altersmanagements wurde bereits oben erarbeitet: Altersmanagement darf nicht alleine an der Gesundheit der Beschäftigten ansetzen, sondern muss Arbeitsfähigkeit und Motivation ebenso wie die Gestaltung der Arbeit zunehmend berücksichtigen. Diese Aussage wird in sogenannten Handlungsfeldern des betrieblichen Altersmanagements konkretisiert. ■ Abb. 8.5 bildet die Handlungsfelder in der Darstellung nach Ilmarinen (2006) ab, nämlich Gesundheit/funktionale Kapazität, Arbeitsumgebung, Wissen/Kompetenz, Führung/Arbeitsorganisation. Andere Autoren differenzieren hier stärker (z. B. acht personalpolitische Handlungsfelder bei Naegele und Sporket (2010), darunter die Betriebliche Gesundheitsförderung). Die schlichte Gliederung nach Ilmarinen hat allerdings zwei Vorteile:

- Sie hilft allgemein dabei, breit und (zumindest im ersten Schritt) ohne Verengung auf Unternehmensfunktionen darüber nachzudenken, wie die Belegschaft arbeitsfähig erhalten werden kann.
- Sie ist auf Unternehmen jeder Größe und Struktur anwendbar, während Handlungsfelder wie »Betriebliche Gesundheitsförderung« oder »Wissensmanagement« an kleinen Unternehmen meist vorbeigehen, die keine eigene Personalabteilung und keinen internen Betriebsarzt haben.

Langhoff (2009) geht noch einen Schritt weiter und weist darauf hin, dass der demografische Wandel kein

eigenes Gestaltungsfeld im Unternehmen ist, sondern dass – wie mit einer »demografischen Brille« – jede betriebliche Funktion auf ihre »Demografiefestigkeit« überprüft werden müsse.

Der Blick auf die verschiedenen Handlungsfelder führt schnell zum dritten Aspekt: Altersmanagement ist keine Sache z. B. des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, der Personalabteilung oder des Arbeitsschutzes allein. Arbeit »aus dem Blickwinkel des Lebenslaufs und der Ressourcen der Beschäftigten« (s. oben) zu organisieren erfordert, das Wissen verschiedener Experten im Unternehmen zusammenzubringen. Ebenfalls in ■ Abb. 8.5 ist benannt, welche Akteure (sofern vorhanden) im Unternehmen am Altersmanagement beteiligt werden sollten. Im Kleinunternehmen werden sich diese Funktionen entweder nicht wiederfinden (z. B. Betrieblicher Sozialdienst) oder sie werden durch Externe ausgeübt (z. B. Betriebsarzt), die nur für Pflichtaufgaben in Anspruch genommen werden. Hier kann die Liste der zu Beteiligten aber Hinweise geben, welche Kompetenz noch hinzuzunehmen wäre. Es ist sowieso davon auszugehen, dass kleine und mittelständische Unternehmen – analog zum Arbeits- und Gesundheitsschutz (Sczesny et al. 2011) – einen deutlich höheren Unterstützungs- und Beratungsbedarf als Großunternehmen haben, um ein Altersmanagement zu installieren. In größeren Unternehmen oder bei spezifischen Fragestellungen sind hingegen weitere Beteiligte denkbar.

Buss und Kuhlmann (2013) haben mit Hilfe von Fallstudien den Nutzen sogenannter Akteurskoalitionen zu diesem Thema untermauert. Die Länge der Nennungen in ■ Abb. 8.5 sollte dabei keinesfalls als Hemmnis aufgefasst werden, mit Altersmanagement im Unternehmen zu beginnen. In jedem Unternehmen, das heute Altersmanagement betreibt, haben

zuerst *einzelne* Akteure die Bedeutung des Themas in das Unternehmen getragen. Tempel und Ilmarinen (2013) stellen dies auf Basis langjähriger Erfahrungen am Beispiel des Betriebsarztes dar. Existiert ein Betriebliches Gesundheitsmanagement im Unternehmen, kann ein Alterns- oder Arbeitsfähigkeitsmanagement von dort seinen Ausgangspunkt nehmen und von vorhandenen Strukturen und Prozessen profitieren. Ebenso kann das Demografieprojekt einer Personalabteilung oder ein Ergonomieprojekt in der Produktion (Kugler et al. 2010) die Auseinandersetzung mit altersbedingten Veränderungen der Belegschaft anstoßen.

### 8.5 Von Handlungsfeldern zu Maßnahmen: Arbeitsfähigkeit und Motivation älterer Beschäftigter erhalten und steigern

Die schlechte Nachricht ist: Es gibt keinen Königsweg zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und Motivation. Die Problemlagen in verschiedenen Branchen, die Kulturen verschiedener Unternehmen, die sehr verschiedenen Möglichkeiten von Groß- und Kleinunternehmen und nicht zuletzt die zunehmende Individualisierung älter werdender Beschäftigter und ihrer Lebenssituationen verlangt nach passgenauen Konzepten.

Die gute Nachricht aber lautet: Für viele Fragestellungen aus den vier Handlungsfeldern liegen längst erprobte Instrumente vor. Wie Naegele und Sporket (2010) betonen, geht es vielmehr darum, »bekannte Instrumente überhaupt einzusetzen und gegebenenfalls den jeweiligen betrieblichen Bedingungen anzupassen.« Als Beispiele aus dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement nennen sie Gesundheitszirkel, Arbeitsplatzbewertung, Arbeitsplatzgestaltung und Ergonomie, Job Rotation und gesundheitsbezogene Qualifizierungsmaßnahmen. Positiv ist insbesondere, dass alle diese Maßnahmen auch in kleinen Unternehmen weitgehend einsetzbar sind und dass sie mit überschaubarem Aufwand um eine Alternsperspektive erweitert werden können. Bereits die vollständige und korrekte Umsetzung gesetzlicher Vorgaben, z. B. der Gefährdungsbeurteilung (inkl. Analyse psychischer Belastungen) kann in Unternehmen leicht zu einer Liste wichtiger Maßnahmen zum Erhalt von Arbeitsfähigkeit und Motivation führen. Dieses Verfahren ist in deutschen Unternehmen aber oftmals noch nicht oder nur unzureichend durchgeführt worden (Beck u. Lenhardt 2009). Es gibt übrigens praxisnahe Hinweise zu der Frage, wie das Verfahren auch alter(n)sgerecht durchgeführt werden kann (BAuA 2011).

### 8.6 Schlusswort

Ziel unseres Beitrags ist, den Fokus der betrieblichen Aufmerksamkeit zu verschieben – weg von der reinen Sicherung der Gesundheit und hin zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und der Motivation zu arbeiten. Hierzu haben wir Kernelemente des lidA-Denkmodells und Erkenntnisse aus dem betrieblichen Alternsmanagement zusammengestellt und auf ein breites bereits existierendes Instrumentarium für Maßnahmen verwiesen. Für Betriebe ist es nicht zu spät, auf den Zug des Alternsmanagements aufzuspringen, denn – wie im ersten Teil des Beitrags deutlich wird – die richtige demografische Belastungsprobe steht vielen Betrieben vermutlich erst noch bevor.

#### Literatur

- Beck D, Lenhardt U (2009) Verbreitung der Gefährdungsbeurteilung in Deutschland. *Präv Gesundheitsf* 4:71–76
- Bjørner JB, Kristensen TS, Orth-Gomer K et al (1996) Self-rated health: A central concept in research, prevention and clinical medicine. Stockholm: Swedish Council for Planning and Coordination of Research, pp 1–144
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2011) Aller guten Dinge sind drei! Altersstrukturanalyse, Qualifikationsbedarfsanalyse, alter(n)sgerechte Gefährdungsbeurteilung – drei Werkzeuge für ein demographiestarkes Unternehmen. BAuA, Berlin/Dortmund/Dresden
- Burr H, Kersten N, Kroll L, Hasselhorn HM (2013) Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Beruf und Alter in der Erwerbsbevölkerung. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 56:349–358. <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel34.pdf>. Gesehen 20 Feb 2014
- Buss K-P, Kuhlmann M (2013) Akteure und Akteurskonstellationen alter(n)sgerechter Arbeitspolitik. In: *Altern in der Arbeitsgesellschaft*. WSI-Mitteilungen Ausgabe 05/2013, 350–359
- European Commission. Proposal for a REGULATION OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL on establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014–2020 (9.11.2011, KOM (2011) 709, 2011/0339 (COD))
- Fuchs J (2013) Demografische Entwicklung und Veränderung des Arbeitsmarktes. *Bundesgesundheitsbl, Gesundheitsforsch, Gesundheitsschutz* 56(3):399–405
- Fuchs J, Zika G (2010) Arbeitsmarktbilanz bis 2025 – Demografie gibt die Richtung vor. IAB-Kurzbericht 12/2010
- Hasselhorn HM, Rauch A (2013) Perspektiven von Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 56:339–348. <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel35.pdf>. Gesehen 20 Feb 2014

- Ilmarinen J (2006) Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki
- Ilmarinen J (2009) Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scand J Work Environ Health* 35(1):1–5
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) Berufe im Spiegel der Statistik. <http://bisds.infosys.iab.de>. Gesehen 19 Feb 2014
- Kugler M, Bierwirth M, Schaub K, Sinn-Behrendt A, Feith A, Ghezel-Ahmadi K, Bruder R (2010) KoBRA. Ergonomie in der Industrie – aber wie? Handlungshilfe für den schrittweisen Aufbau eines einfachen Ergonomiemanagements. Institut für Arbeitswissenschaft der TU Darmstadt, Darmstadt. <http://www.kobra-projekt.de/page/handlungshilfe>. Gesehen 17 Jan 2014
- Langhoff T (2009) Den demographischen Wandel im Unternehmen gestalten. Eine Zwischenbilanz aus arbeitswissenschaftlicher Sicht. Springer, Dordrecht
- Naegele G, Sporket M (2010) Perspektiven einer lebenslauforientierten Ältere-Arbeitnehmer-Politik. In: Naegele G (Hrsg) Soziale Lebenslaufpolitik. VS Verlag für Sozialwissenschaften (GWV Fachverlage GmbH), Wiesbaden
- Peter R, Hasselhorn HM (2013) Arbeit, Alter und Gesundheit – ein Modell. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 56:415–421. <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel37.pdf>. Gesehen 20 Feb 2014
- Pond R, Stephen C, Alpass F (2010) How health affects retirement decisions: three pathways taken by middle-older aged New Zealanders. *Ageing and Society* 30:527–545
- Sczesny C, Keindorf S, Droß P (2011) Kenntnisstand von Unternehmen auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in KMU. BAuA, Dortmund/Berlin/Dresden
- Tempel J, Ilmarinen J (2013) Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. VSA, Hamburg
- de Wind A, Geuskens GA, Reeuwijk KG et al (2013) Pathways through which health influences early retirement: a qualitative study. *BMC Public Health* 13:292
- Wurm S, Lampert T, Menning S (2009) Subjektive Gesundheit. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin