

Gesundes Altern in der Arbeit

Wer länger fit bleibt und wer nicht

Parallel zur steigenden Lebenserwartung wächst die Zahl derjenigen, die auch im höheren Erwerbsalter noch in guter oder sehr guter gesundheitlicher Verfassung sind und entsprechend länger arbeiten können. Davon profitieren jedoch keineswegs alle Berufsgruppen gleichermaßen. Insbesondere bei Berufen mit geringqualifizierten und manuellen Tätigkeiten dürfte der Anteil an gesundheitlich belasteten Personen hoch bleiben.



Die demografische Alterung, der medizinische Fortschritt, die Verlängerung der Lebensarbeitszeit, der Wandel hin zur Dienstleistungsgesellschaft und die steigenden Arbeitsanforderungen sind Entwicklungen, deren Konsequenzen für Wirtschaft und Gesellschaft intensiv diskutiert werden.

Während der demografische Wandel von manchen tendenziell als gesamtgesellschaftliche wirtschaftliche Bedrohung wahrgenommen wird – die Weltbank warnte schon im Jahr 1994 vor einer „Old Age Crisis“ – gehen optimistischere Zukunftsszenarien davon aus, dass künftige Gesellschaften trotz des steigenden Durchschnittsalters im Schnitt gesünder sind – und davon möglicherweise sogar wirtschaftlich profitieren, etwa durch eine deutlich steigende Erwerbsbeteiligung Älterer. Dies legt beispielsweise eine 2010 erschienene Studie von Marc Suhrcke, Elena Fumagalli und Ruth Hancock nahe.

Die Menschen müssen in Zukunft dem Arbeitsmarkt länger zur Verfügung stehen, als dies jetzt noch der Fall ist. Die Politik hat auf diese Situation bereits mit der Verschiebung der Regelaltersrente („Rente mit 67“) reagiert. Zugleich steigt der Anteil der Älteren im Erwerbsleben schon seit einigen Jahren deutlich an (vgl. hierzu den Beitrag von Martin Dietz auf Seite 4). Gleichzeitig verändern sich die Arbeitsbedingungen: Belastungsfaktoren wie Arbeitsplatzunsicherheit, Zeit- und Leistungsdruck und andere oft berufsspezifische Anforderungen nehmen, wie beispielsweise Lenhardt, Ertel und Morschhäuser zeigen, tendenziell zu (vgl. dazu den Artikel von Anja Burghardt, Angela Rauch, Anita Tisch und Silke Tophoven auf Seite 46). Unternehmen und Politik sind daher gefordert, die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten durch gezielte Investitionen zu erhalten. Auch die Beschäftigten selbst sind hier gefordert.

Damit ist vor allem die Gesundheit der älteren erwerbsfähigen Bevölkerung von zunehmender wirtschaftlicher Bedeutung. Die Europäische Kommission bringt es 2011 so auf den Punkt: „Sind die Europäer gesünder, werden sie, wenn sie älter werden, weiterhin ihren Beitrag zur Wirtschaft leisten können.“

Zahl der „gesunden Jahre“ wächst

Die Lebenserwartung wird in Deutschland weiter steigen.

Das ist nicht nur auf die geringere Sterblichkeit in den höheren Altersgruppen zurückzuführen, sondern auch darauf, dass sich positive Entwicklungen in der Altersgruppe von 45 bis 64 Jahren zeigen: Deren Sterblichkeitsrate sinkt, und sie sind gesünder als frühere Jahrgänge. Dies gilt für Männer ebenso wie für Frauen. Zahlreiche Studien weisen zudem darauf hin, dass die Älteren künftig länger gesund bleiben als vor ihnen geborene Jahrgänge.

Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) rechnet perspektivisch damit, dass sich die Gesundheitslage in Ländern wie Deutschland weiter verbessert. Von ihr in Auftrag gegebene Studien haben versucht abzuschätzen, wie sich die globale Morbidität und die daraus resultierenden Kosten für die Gesellschaft künftig entwickeln werden. Sie zeigen zudem auf, inwieweit die steigende Lebenserwartung mit einem Gewinn an gesunden und produktiv genutzten Lebensjahren einhergeht. Eine hierbei verwendete Maßzahl ist der DALY-Index (Disability-Adjusted Life Years). Er addiert die durch gesundheitliche Einschränkungen belasteten sowie die durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre. Ein DALY kann also als ein „verlorenes gesundes Lebensjahr“ interpretiert werden.

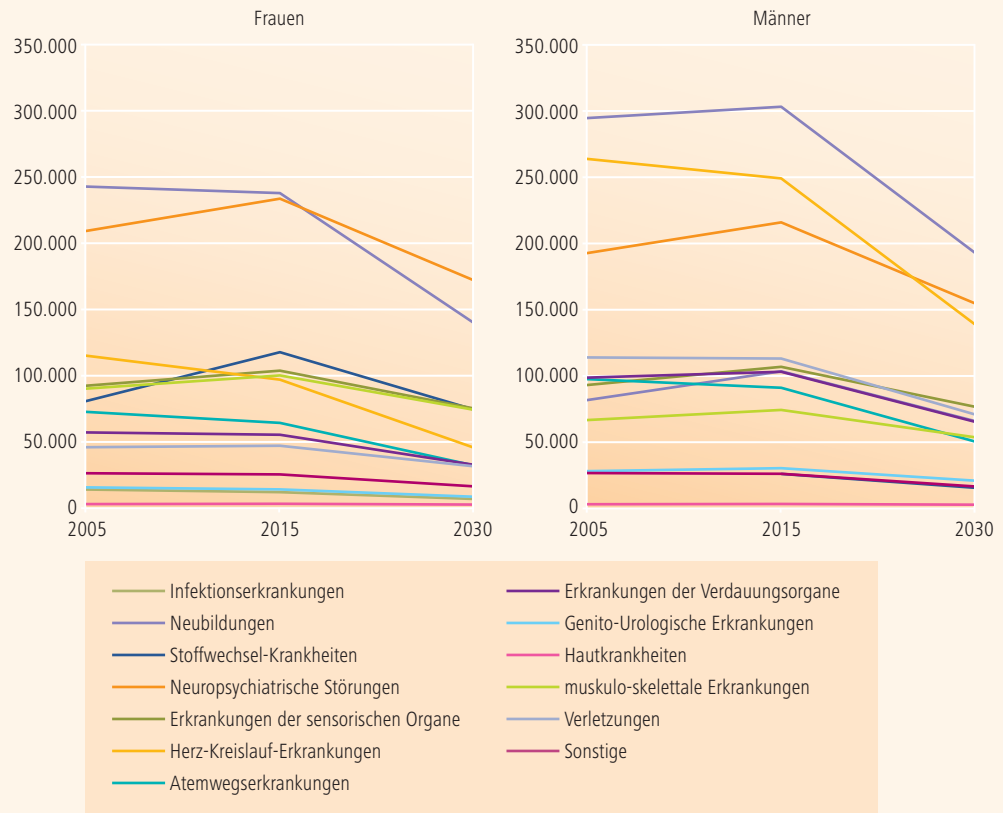
In Deutschland dürfte sich die gesundheitliche Situation der älteren Erwerbsbevölkerung weiter verbessern. So wird für die Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen insbesondere ein Rückgang von Tumorerkrankungen (Neubildungen) und, vor allem bei Männern, von Herz-Kreislauf-Erkrankungen prognostiziert (vgl. Abbildung auf Seite 42). Beispielsweise werden für das Jahr 2015 bei Männern dieser Altersgruppe rund 250.000 belastete Lebensjahre infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erwartet, im Jahr 2030 werden es laut Prognosen circa 115.000 weniger sein. Für Tumorerkrankungen bei Frauen gilt Ähnliches.

Damit zeichnet sich also eine deutliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation in Deutschland ab. Die Zahl der Männer zwischen 45 und 59 Jahren wird zwar bis zum Jahr 2030 nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes um etwa 2,7 Millionen und die der Frauen um 2,5 Millionen sinken. Zugleich wird aber der prognostizierte Anteil der „belasteten Lebensjahre“ noch deutlicher abnehmen. Mit anderen Worten: Die Zahl der „gesunden Jahre“ wächst.



Abbildung

Geschätzte Zahl der durch Erkrankung belasteten bzw. verlorenen Lebensjahre für die Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen



Anmerkung: Gemessen in Disability-Adjusted Life Years (DALYs)

Quelle: WHO 2012, Mathers 2006; eigene Umrechnung basierend auf der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1-W1 AG (Statistisches Bundesamt 2009).

©IAB

Die optimistischen Zukunftsszenarien der WHO zur Gesundheitsentwicklung basieren auf wirtschaftlichen und sozialen Zukunftsabschätzungen. Sie stehen in Einklang mit dem bisherigen Trend einer stetigen Verlängerung der Lebenserwartung und einer stetigen Verbesserung des durchschnittlichen Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Möglicherweise werden jedoch nicht alle gesellschaftlichen Gruppen im (späteren) Erwerbsalter von diesem Trend profitieren.

Gutverdiener bleiben im Schnitt länger gesund

Ältere Erwerbstätige werden in der öffentlichen Debatte oft als homogene Gruppe angesehen. Dabei klafft der

allgemeine Gesundheitszustand innerhalb dieser Gruppe beträchtlich auseinander. Er ist nicht zuletzt stark bildungsabhängig: Umfragen zufolge ist die körperliche Funktionsfähigkeit jüngerer Geburtskohorten mit hoher Bildung besser als bei vor ihnen geborenen Jahrgängen, bei jenen mit niedriger Bildung ist sie hingegen schlechter.

Ähnliches gilt auch für Personen mit unterschiedlichem Einkommen: Berechnungen zur Lebenserwartung von Thomas Lampert, Lars Eric Kroll und Annalena Dunkelberg zeigen, dass gut verdienende Männer (mehr als 150 Prozent des Durchschnittseinkommens) im Schnitt fast elf Jahre älter werden als Männer, die weniger als 60 Prozent des Durchschnittseinkommens verdienen. Vergleicht man die Zahl der

bei der Geburt zu erwartenden „gesunden Lebensjahre“, so ergibt sich sogar eine Diskrepanz von über 14 Jahren. Etwas geringer, aber immer noch beträchtlich, fallen die Unterschiede bei den Frauen aus (vgl. Tabelle).

Große Unterschiede in der gesundheitlichen Verfassung bestehen außerdem zwischen verschiedenen Berufsgruppen. Wie Hermann Burr, Lars Erik Kroll und Hans Martin Hasselhorn in einem 2013 erschienen Artikel zeigen, schätzen Berufsgruppen wie Manager, Ärzte, Wissenschaftler, Juristen, Gymnasiallehrer, Ingenieure und technische Fachkräfte – sie bilden etwa ein Fünftel aller Erwerbstätigen – ihren Gesundheitszustand auch im höheren Alter als „gut“ oder „sehr gut“ ein. Dies ist erwiesenermaßen ein guter Indikator für den tatsächlichen Gesundheitszustand.

Die Hälfte aller Erwerbstätigen gehört allerdings den gesundheitlich anfälligen Berufsgruppen an – was sich nicht nur, aber vor allem im höheren Erwerbsalter bemerkbar macht. Dazu zählen Beschäftigte in „einfachen Diensten“ wie Reinigungspersonal und Bedienung, Beschäftigte in kaufmännischen und Verwaltungsberufen mit einfachen, geringqualifizierten Tätigkeiten wie Verkäufer, Bürohilfskräfte und Telefonisten, Beschäftigte in Berufen mit einfachen, geringqualifizierten manuellen Tätigkeiten wie Hilfsarbeiter und Straßenbauer sowie Beschäftigte in Berufen mit qualifizierten, manuellen Tätigkeiten wie Facharbeiter.



Tabelle

Lebenserwartung nach Einkommen und Geschlecht

in Jahren

	Mehr als 150% des Durchschnittseinkommens		Weniger als 60% des Durchschnittseinkommens	
	„Gesunde“ Lebenserwartung*	Absolute Lebenserwartung	„Gesunde“ Lebenserwartung*	Absolute Lebenserwartung
Männer	71,1	80,9	56,8	70,1
Frauen	71	85,3	60,8	76,9

* Anzahl der bei der Geburt zu erwartenden „gesunden“ Lebensjahre
Quelle: Lampert et al. 2007.



Beschäftigte in manchen Tätigkeitsgruppen können also meist damit rechnen, bis ins höhere Erwerbsalter weitgehend gesund zu bleiben, während besonders bei geringqualifizierten und manuell tätigen Erwerbsgruppen „Arbeit bei schlechter Gesundheit“ mit zunehmendem Alter keine Seltenheit ist.

Bildung stärkt die Erwerbsteilhabe Älterer

Gesundheit ist keineswegs die einzige Determinante für den längeren Verbleib im Erwerbsleben. Ebenso wichtig ist die sogenannte Arbeitsfähigkeit, also die Passung zwischen individuellen Ressourcen und Arbeitsbedingungen.

Sie kann auch bei Personen gegeben sein, die gesundheitlich eingeschränkt sind. Die Arbeitsfähigkeit entscheidet also ganz wesentlich darüber, wie lange Beschäftigte im Erwerbsleben bleiben. Ein zentraler Aspekt der Arbeitsfähigkeit ist Bildung: Investitionen in den Erhalt und in die kontinuierliche Förderung von Bildung begünstigen die Erwerbsteilhabe Älterer. Hinzu kommt: Menschen mit hoher Bildung weisen seltener gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen auf als Menschen mit niedriger Bildung.

Ebenso wichtig für den Verbleib im Arbeitsmarkt ist die Erwerbsmotivation. Dabei können unterschiedliche Faktoren wirksam sein. Zum einen sind familiäre Gründe von Bedeutung: Wenn beispielsweise der Lebenspartner schon in Rente ist, macht dies einen früheren Eintritt in den Ruhestand in der Regel attraktiver. Zum anderen spielt die erlebte Qualität der Arbeit eine wichtige Rolle: Ist die Arbeit sinnerfüllt? Bietet sie individuelle Handlungsspielräume? Erfährt man Wertschätzung durch Vorgesetzte und Kollegen?

Auch finanzielle Gründe – etwa die Absicherung im Alter – können die Entscheidung über den Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand in die eine oder andere Richtung beeinflussen. Schließlich ist der individuelle Gesundheitszustand ein wichtiger Faktor, dessen Wirkung auf die Erwerbsmotivation jedoch durchaus ambivalent sein kann. So zeigen beispielsweise Peter und Hasselhorn auf, dass nicht nur Krankheit, sondern auch das Erleben guter Gesundheit zum Wunsch führen kann, vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszuschneiden.

Fazit

Angesichts einer alternden Erwerbsbevölkerung gilt es, die Älteren länger in Beschäftigung zu halten. Auch deswegen ist es positiv zu bewerten, dass künftig immer mehr Menschen immer länger gesund bleiben. Möglicherweise werden auch in Zukunft nicht alle gleichermaßen profitieren. Gerade bei den älteren Jahrgängen differiert der Gesundheitszustand schon jetzt sehr stark, zumal zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen. Eine zielgerichtete Politik zur Stärkung der Erwerbsteilhabe Älterer muss diesen Unterschieden Rechnung tragen.

Weder Gesundheit noch Arbeitsbedingungen sind alleinentscheidend für die Erwerbsteilhabe im höheren Lebensalter. Der Einfluss der Motivation scheint ebenfalls von Bedeutung zu sein. Er ist allerdings noch nicht ausreichend untersucht und spielt in der öffentlichen Debatte bisher nur eine untergeordnete Rolle. Schließlich sind die persönliche Lebenssituation und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für den Verbleib oder den Ausstieg aus dem Erwerbsleben von entscheidender Bedeutung. Gleiches gilt für Bildung und Qualifizierung.

Politische, gesellschaftliche und wissenschaftliche Bemühungen zur Sicherung der Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung im höheren Erwerbsalter müssen neben der Gesundheit auch diese Faktoren vermehrt einbeziehen. Bei allen Bestrebungen für ein gesundes Altern in der Arbeit darf jedoch nicht übersehen werden, dass Arbeit trotz Krankheit bereits heute Realität ist und künftig sogar an Bedeutung gewinnen dürfte.

Dieser Beitrag ist eine überarbeitete und gekürzte Fassung des Artikels „Perspektiven von Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe in Deutschland“, erschienen in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 56, H. 3, S. 339-348

Literatur

Burr, Hermann; Kroll, Lars Erik; Hasselhorn, Hans Martin (2013): Allgemeine Gesundheit in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 56 (3), S. 349-358.

Europäische Kommission (2011): Proposal for a regulation of the European Parliament and of the council on establishing a Health for Growth Programme, the third multiannual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020 (9.11.2011, KOM(2011) 709, 2011/0339 (COD)).

Lampert, Thomas; Kroll, Lars Eric; Dunkelberg, Annalena (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte: Gesundheit und soziale Ungleichheit. Heft 42, S. 11-18.

Lenhardt, Uwe; Ertel, Michael; Morschhäuser, Martina (2010): Psychische Arbeitsbelastung in Deutschland. Schwerpunkt, Trends, betriebliche Umgangsweisen. In: WSI Nachrichten 7, S. 335-342.

Mathers, Colin D.; Loncar, Dejan (2006): Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3(11), <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0030442> (Zugriff am 25. Februar 2013).

Peter, Richard; Hasselhorn, Hans Martin (2013): Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe – ein Modell. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 56 (3), S. 415-421.

Statistisches Bundesamt (2009): Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/VorausberechnungDeutschland.xls?__blob=publicationFile (Zugriff am 03.02.2014).

Suhrcke, Marc; Fumagalli, Elena; Hancock, Ruth (2010): Is there a wealth dividend of ageing societies? In: *Public Health Reviews* 32, S. 377-400.

Weltbank (1994): *Averting the Old Age Crisis: Policies to protect the old and promote growth*. Oxford University Press: New York.

WHO (2012): Projections of mortality and burden of diseases 2004 – 2030. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html (Zugriff am 9. August 2012).

Die Autoren



Angela Rauch

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich „Erwerbslosigkeit und Teilhabe“ am IAB.

angela.rauch@iab.de



Prof. Dr. Hans Martin Hasselhorn

ist Facharzt für Arbeitsmedizin bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

hasselhorn.hans-martin@baua.bund.de