

Sicherere und gesündere Arbeitsplätze in jedem Alter

Länderprofil:
Deutschland

Verfasser:

Dr. Stephan Hinrichs und Dr. Tabea Bromberg – IAQ (Institut Arbeit und Qualifikation, Universität Duisburg-Essen), Elena Fries-Tersch (Milieu Ltd).

Prüfung: Alice Belin und Claire Dupont (Milieu Ltd).

Projektmanagement: Katalin Sas, Boglarka Bola und Sarah Copsey – EU-OSHA (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz).

Die EU-OSHA dankt den Mitgliedern ihres Focal-Point-Netzwerks für ihre wertvollen Beiträge.

Dieser Bericht wurde von der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) in Auftrag gegeben. Seine Inhalte einschließlich der zum Ausdruck kommenden Meinungen und/oder Schlussfolgerungen sind diejenigen der Verfasser und geben nicht zwingend die Auffassung der EU-OSHA wieder.

**Europe Direct soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre
Fragen zur Europäischen Union zu finden.**

**Gebührenfreie
Telefonnummer (*):**

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Einige Mobilfunkanbieter gewähren keinen Zugang zu 00 800-Nummern oder berechnen eine Gebühr.

Weitere Informationen über die Europäische Union sind im Internet unter <http://europa.eu> verfügbar. Katalogisierungsdaten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

© Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, 2016

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	5
Einführung	6
1 Allgemeiner Kontext.....	9
1.1 Fakten und Zahlen.....	9
1.1.1 Demografische Entwicklungen	11
1.1.2 Erwerbsbeteiligung.....	14
1.1.3 Arbeitsbedingungen und Qualität der Arbeit	20
1.1.4 Gesundheit.....	23
1.1.5 Definition des Begriffs ältere Erwerbstätige	28
1.2 Institutionelle Struktur für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit.....	28
1.3 Rechtsvorschriften betreffend Arbeit und Beschäftigung, Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit und Nichtdiskriminierung.....	32
1.4 Rentensystem	33
2 Überblick über die politischen Maßnahmen, Strategien und Programme im Zusammenhang mit der Sicherheit und dem Gesundheitsschutz älterer Beschäftigter bei der Arbeit.....	35
2.1 Von den Regierungen des Bundes und der Länder und Regierungsorganisationen ergriffene Initiativen	35
2.1.1 Bundesebene.....	35
2.1.2 Landes-/Kommunalebene.....	39
2.2 Initiativen der Sozialpartner	39
2.3 Initiativen anderer Organisationen.....	40
3 Überblick über die politischen Maßnahmen, Strategien und Programme im Zusammenhang mit der Rehabilitation von Arbeitnehmern und ihrer Rückkehr in das Erwerbsleben.....	43
3.1 Bundesweites System für die Rehabilitation kranker oder verletzter Arbeitnehmer und ihre Rückkehr in das Erwerbsleben.....	43
3.2 Spezifische Initiativen	47
3.2.1 Initiativen von Regierungsorganisationen.....	48
3.2.2 Initiativen anderer Organisationen	48
4 Schlussfolgerungen	49
5 Literatur und weiterführende Informationen	54

Tabellen

Tabelle 1, Überblick über die wichtigsten Indikatoren	10
Tabelle 2, Medianalter (bisherige Daten und Projektionen) der Bevölkerung in Deutschland und in der EU, 1960 bis 2060 (in Jahren)	12
Tabelle 3, Altenquotient (65+/15- bis 64-Jährige) (bisherige Daten und Projektionen), 1990 bis 2060	13
Tabelle 4, Zahl der Empfänger von Altersruhegeld in Deutschland, 2006 bis 2011, in Tausend	13
Tabelle 5, Ausgaben für alle Renten und Altersruhegelder, Deutschland und EU, in % des BIP, 1990, 1995, 2000, 2005 und 2011*	13
Tabelle 6, Hauptgrund für Rentenempfänger, aus dem Erwerbsleben auszuschcheiden, Anteile an allen Rentenempfängern im Alter zwischen 50 und 69 Jahren (in %), 2012	15
Tabelle 7, Hauptgrund für Rentenempfänger (50 bis 69 Jahre), die Erwerbstätigkeit fortzuführen (%), 2012	17
Tabelle 8, Selbstwahrgenommene Gesundheit der Erwerbstätigen, nach Altersgruppen, 2012; Anteile der Befragten der einzelnen Altersgruppen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr schlecht“ oder „schlecht“ bezeichnen (in %)	23
Tabelle 9, Lang andauernde Gesundheitsprobleme, nach Erwerbsstatus und Altersgruppen, 2012 (in %)	24
Tabelle 10, Erwerbstätige in Deutschland und der EU-27, die über arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme berichten, nach Altersgruppe und Geschlecht, 2007 (in %)	24
Tabelle 11, Schwerwiegendstes arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem in den letzten zwölf Monaten, in % aller Erwerbstätigen, die über ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem berichtet haben; nach Geschlecht und den häufigsten Erkrankungen	25
Tabelle 12, Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der deutschen Bevölkerung im Alter zwischen 51 und 65 Jahren, nach Erwerbsstatus	27

Abbildungen

Abbildung 1, Gesamtbevölkerung nach Altersgruppe und Geschlecht, 2010 und Projektion für 2050.	12
Abbildung 2, Bevölkerung im Alter zwischen 55 und 64 Jahren in Deutschland, nach Arbeitsmarktstatus (erwerbstätig, arbeitslos oder inaktiv) und Grund der Inaktivität (Nichtsuche nach Arbeit), 2013 (in %)	15
Abbildung 3, Erwerbstätigenquoten nach breiten Altersgruppen, Entwicklung zwischen 2000 und 2013, Personen mit Wohnort in Deutschland (in %)	18
Abbildung 4, Anteile der Erwerbstätigen in unterschiedlichen Wirtschaftszweigen, Altersgruppen der 15- bzw. 55- bis 64-Jährigen, 2012 (in %)	19
Abbildung 5, Verteilung der Erwerbstätigen nach Berufen und Altersgruppen; Anteile an der Gesamtzahl der Erwerbstätigen nach Altersgruppen, 2013 (in %).	20
Abbildung 6, Infrastruktur des Arbeitsschutzes in Deutschland	29

Abkürzungen

ArbSchG:	Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz)
BA:	Bundesagentur für Arbeit
BAuA:	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BDA:	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BMAS:	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
DGB:	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGUV:	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DRV:	Deutsche Rentenversicherung
ENWHP:	Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung
EU:	Europäische Union
Eurofound:	Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen
EU-OSHA:	Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
GDA:	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GKV:	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HR:	Humanressourcen
IAG:	Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
IFA:	Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
IAO:	Internationale Arbeitsorganisation
INQA:	Initiative Neue Qualität der Arbeit
MSD:	Muskel- und Skeletterkrankungen
NGO:	Nichtregierungsorganisation
OECD:	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
SGA:	Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit
Pp.:	Prozentpunkte
RTW:	Rückkehr in das Erwerbsleben (<i>Return to work</i>)
SGB:	Sozialgesetzbuch
WHO:	Weltgesundheitsorganisation

Einführung

Dieser Bericht ist Teil des Projekts „Sicherere und gesündere Arbeitsplätze in jedem Alter“. Das Europäische Parlament hat dieses Projekt initiiert und ist auch für seine Finanzierung zuständig.¹² Das Ziel des Europäischen Parlaments bestand darin, mögliche Wege zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit älterer Arbeitnehmer bei der Arbeit zu untersuchen.

Das Projekt wurde 2013 eingeleitet und umfasste die folgenden Tätigkeiten:

- Sichtung des aktuellen Kenntnisstands im Bereich Altern und Arbeit;
- Untersuchung der politischen Maßnahmen, Strategien und Programme, die auf EU-Ebene und in den Mitgliedstaaten im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit sowie in den diesbezüglich relevanten Politikbereichen – wie beispielsweise Beschäftigung, soziale Angelegenheiten, öffentliche Gesundheit und Bildung – durchgeführt werden, um die mit einer alternden Erwerbsbevölkerung verbundenen Herausforderungen zu meistern;
- Untersuchung der in der EU und den Mitgliedstaaten mit Blick auf die Rehabilitation und die Rückkehr in das Erwerbsleben durchgeführten politischen Maßnahmen, Strategien und Programme;
- Erhebung von Informationen über einschlägige Verfahren am Arbeitsplatz.

Es wurden Länderberichte verfasst, in denen die politischen Entwicklungen in Europa und die zur Bewältigung des demografischen Wandels ergriffenen Maßnahmen beleuchtet werden. Ein besonderer Schwerpunkt lag dabei auf der Verbesserung des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit der alternden Erwerbsbevölkerung und Maßnahmen zur Förderung der Rehabilitation/Rückkehr in das Erwerbsleben.

Methodik

Für jeden der 28 EU-Mitgliedstaaten sowie für die einzelnen EFTA-Länder (Island, Schweiz, Liechtenstein und Norwegen) wurde ein Länderbericht erarbeitet. In acht Ländern (Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Niederlande und Vereinigtes Königreich) wurden gründlichere Untersuchungen durchgeführt, für die zusätzliche Ressourcen herangezogen und die einschlägigen Interessenträger im Rahmen von Sachverständigen-Workshops konsultiert wurden.

Die für die Erarbeitung der Berichte herangezogenen **Informationen** wurden zwischen September 2013 und Juni 2014 erhoben und stammen aus internationalen, europäischen und nationalen Quellen, die jeweils den Literaturangaben zu entnehmen sind.

Die im ersten Abschnitt der Berichte vorgestellten **Indikatoren** wurden unter Berücksichtigung der folgenden Faktoren ausgewählt:

- *Relevanz für das Thema:* Neben Daten über Arbeitsbedingungen und Gesundheit wurden auch Indikatoren zu allgemeinen Kontextfaktoren einbezogen, wie beispielsweise zur demografischen Entwicklung, zum Arbeitsmarkt und zur Beschäftigung.
- *Verfügbarkeit von nach Altersgruppen aufgeschlüsselten Daten:* Da der Schwerpunkt dieser Forschungsarbeit auf der Untersuchung von Tätigkeiten im Zusammenhang mit der alternden Erwerbsbevölkerung liegt, ist die Erhebung von nach Altersgruppen aufgeschlüsselten Daten für das Projekt von zentraler Bedeutung.
- *Geografische Abdeckung:* Um einen Vergleich der Ergebnisse zwischen den Mitgliedstaaten zu ermöglichen, ist es wichtig, für alle Länderberichte dieselben Indikatoren heranzuziehen. Daher wurde bevorzugt auf europäische und internationale Quellen zugegriffen.

¹ Amtsblatt der Europäischen Union L 56 vom 29.2.2012, S. II/230, „04 04 16 – Pilotprojekt – Gesundheit und Sicherheit älterer Arbeitnehmer am Arbeitsplatz“, Kapitel 04 04 – Beschäftigung, soziale Solidarität und Gleichstellung der Geschlechter. Verfügbar unter <http://bookshop.europa.eu/de/amtsblatt-der-europaeischen-union-l-56-29.02.2012-pbFXAL12056/> (abgerufen im Dezember 2014).

² Die im Rahmen des Pilotprojekts des Europäischen Parlaments durchgeführten Tätigkeiten werden von der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) koordiniert und von einem Konsortium unter der Leitung von Milieu Ltd durchgeführt (zu den weiteren Partnern des Konsortiums zählen COWI, IOM, IDEWE, FORBA, GfK und NIOM).

In den acht Ländern, in denen eine gründlichere Untersuchung vorgenommen wurde, sowie in zwei weiteren Ländern – Polen und Griechenland – fanden zwischen März und Juni 2014 **nationale Sachverständigen-Workshops** statt.

Mit diesen Workshops wurden die folgenden Zielsetzungen verfolgt:

- Bestätigung der Ergebnisse und Auslegung der Ergebnisse der Sekundärforschung;
- Anregung von Diskussionen zwischen Vermittlern und Sachverständigen in den Bereichen Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit sowie Rehabilitation/Rückkehr in das Erwerbsleben, um zusätzliche Informationen und Beispiele für gute praktische Lösungen zusammenzutragen;
- Meinungs- und Ideenaustausch über die Frage, was funktioniert, was verbessert werden könnte und welches die Triebkräfte, Erfordernisse und Hindernisse für die Bewältigung der mit einer alternden Erwerbsbevölkerung verbundenen Herausforderungen sind;
- Anregung von Diskussionen zwischen Vermittlern und Sachverständigen in den Bereichen Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit sowie Rehabilitation/Rückkehr in das Erwerbsleben, um zusätzliche Informationen und Beispiele für gute praktische Lösungen zusammenzutragen;
- Meinungs- und Ideenaustausch über die Frage, was funktioniert, was verbessert werden könnte und welches die Triebkräfte, Erfordernisse und Hindernisse für die Förderung sichererer und gesünderer Arbeitsplätze für die alternde Erwerbsbevölkerung sind.

In Deutschland fanden die Sachverständigen-Workshops zum Thema „Sicherere und gesündere Arbeitsplätze in jedem Alter“ mit insgesamt etwa 22 Teilnehmern am 3./4. Juni 2014 statt. Am Dienstag, dem 3. Juni, kamen Sachverständige und politische Entscheidungsträger zu einem ganztägigen Workshop zum Thema Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und ältere Arbeitnehmer zusammen, bei dem sie die Umsetzung und Wirksamkeit der (auf nationaler und betrieblicher Ebene ergriffenen) politischen Maßnahmen und Strategien erörterten, die für sicherere Arbeitsplätze in jedem Alter eine Rolle spielen. Am Mittwoch, dem 4. Juni, wurde ein halbtägiger Workshop organisiert, der schwerpunktmäßig das Thema Rehabilitation und Rückkehr in das Erwerbsleben zum Gegenstand hatte. Dabei wurden zum einen die in diesen Bereichen durchgeführten Tätigkeiten und Projekte beleuchtet. Zum anderen erörterten die Sachverständigen die Frage, wie die Leistungen für die Rehabilitation und die Rückkehr in das Erwerbsleben weiter verbessert werden könnten.

Bei den Workshops hielten Vertreter der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA), des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), der Deutschen Rentenversicherung (DRV) sowie deutscher Unternehmen und Hochschulen Vorträge als Einführung in die Diskussionsthemen. Trotz der geringen Teilnehmerzahl waren die unterschiedlichen Gruppen und Interessenträger angemessen vertreten. Eine Zusammenfassung der Standpunkte der Interessenträger ist den Schlussfolgerungen dieses Berichts zu entnehmen.³

Im vorliegenden Bericht werden die im Hinblick auf die Alterung der Erwerbsbevölkerung ergriffenen politischen Maßnahmen und Strategien beschrieben. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf Initiativen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der alternden Erwerbsbevölkerung und Maßnahmen zur Förderung der Rehabilitation von Arbeitnehmern mit gesundheitlichen Problemen und ihrer Rückkehr in das Erwerbsleben.

Aufbau des Berichts

Der erste Abschnitt des Berichts beinhaltet Hintergrundinformationen über demografische Entwicklungen, den Arbeitsmarkt, die Arbeitsbedingungen und den Gesundheitsstatus der älteren Erwerbsbevölkerung. Darüber hinaus wird der in Deutschland geltende institutionelle und gesetzliche Rahmen für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit beschrieben (Stand: Juni 2014).

Im zweiten Abschnitt des Berichts werden Strategien, politische Maßnahmen, Programme und Aktivitäten beschrieben, die von der Regierung, Regierungsorganisationen, Sozialpartnern und Nichtregierungsorganisationen in die Wege geleitet wurden, um den mit dem demografischen Wandel

³ Weitere Einzelheiten zum Workshop sind dem Workshop-Bericht zu entnehmen, der im Juli 2014 im Rahmen des Projekts „Sicherere und gesündere Arbeitsplätze in jedem Alter“ vorgelegt wurde.

und insbesondere mit der Alterung der Erwerbsbevölkerung verbundenen Herausforderungen zu begegnen. Die hierfür herangezogenen Initiativen haben in erster Linie die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit zum Gegenstand, beziehen sich aber auch auf die Beschäftigung und öffentliche Gesundheit sowie andere einschlägige Politikbereiche.

Der Schwerpunkt des dritten Abschnitts des Berichts liegt auf der Rehabilitation von Arbeitnehmern nach einem Unfall oder einer Erkrankung und ihrer Rückkehr in das Erwerbsleben. Zu Beginn dieses Abschnitts werden die nationalen Systeme für die Rehabilitation von Arbeitnehmern vorgestellt, die längere Zeit arbeitsunfähig waren. Zudem werden die gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen, die beteiligten Akteure sowie die wichtigsten Schritte des Rehabilitationsprozesses beschrieben. Im zweiten Teil des Abschnitts werden konkrete Aktivitäten, Programme oder Strategien vorgestellt, die von der Regierung, Regierungsorganisationen, Sozialpartnern und Nichtregierungsorganisationen für die Rehabilitation von Arbeitnehmern durchgeführt werden.

1 Allgemeiner Kontext

Abschnitt I dieses Berichts beginnt mit einem Überblick über die wichtigsten Fakten und Zahlen zur aktuellen Situation in Deutschland im Hinblick auf Demografie, Arbeitsmarkt, Arbeitsbedingungen und den Gesundheitsstatus der älteren erwerbstätigen Bevölkerung. Im Anschluss daran folgen Hintergrundinformationen über die in Deutschland geltenden institutionellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen für sichere und gesunde Arbeitsplätze im Kontext einer alternden Erwerbsbevölkerung. Abschließend bietet dieser Abschnitt einen kurzen Überblick über das Rentensystem, wobei insbesondere das gesetzliche und tatsächliche Renteneintrittsalter, Vorruhestandsregelungen sowie die laufenden oder anstehenden Reformen beleuchtet werden, die ältere Arbeitnehmer betreffen bzw. betreffen werden.

1.1 Fakten und Zahlen

In diesem Unterabschnitt zu Fakten und Zahlen wird die aktuelle Situation in Deutschland anhand einer Reihe von Indikatoren für demografische Faktoren, den Arbeitsmarkt, die Arbeitsbedingungen und den Gesundheitsstatus der älteren erwerbstätigen Bevölkerung vorgestellt.

Im Folgenden werden zunächst einige der in diesem Abschnitt häufig verwendeten Termini definiert:⁴

- Das „Medianalter“ ist das Alter, welches die Bevölkerung in eine jüngere und eine ältere Hälfte teilt.
- Der „Altenquotient“ ist das Verhältnis der Zahl der älteren Personen in einem Alter, in dem sie in der Regel nicht zur Erwerbsbevölkerung zählen (d. h. Personen, die 65 Jahre oder älter sind), zur Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (15- bis 64-Jährige).
- Das „Altersruhegeld“ ist eine regelmäßige Zahlung, durch die das Einkommen einer Person nach Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit bei Erreichen des normalen Rentenalters gesichert oder das Einkommen älterer Menschen bezuschusst wird.⁵
- Die „Frührente“ ist eine regelmäßige Zahlung zur Sicherung des Einkommens von Leistungsempfängern, die vor Erreichen des gesetzlichen/normalen Rentenalters laut Definition des entsprechenden Systems in den Ruhestand treten.⁶
- Die „Hinterbliebenenrente“ ist eine regelmäßige Zahlung an Personen, deren Anspruch auf der Verwandtschaft mit einer im System geschützten Person beruht, die verstorben ist (Witwen, Witwer, Waisen usw.).⁷
- Der Indikator „Gesunde Lebensjahre“, auch als behinderungsfreie Lebenserwartung bezeichnet, misst die Zahl der Jahre, die eine Person voraussichtlich in guter gesundheitlicher Verfassung leben wird.⁸
- Das „Anforderungs-Kontroll-Modell“⁹ wird für die Bemessung bestimmter Parameter von arbeitsbedingtem Stress herangezogen. Es zeigt, dass sich die Kombination aus einer großen Anzahl von Arbeitsanforderungen und einer geringen Kontrolle des Arbeitnehmers über seine eigene Tätigkeit nachteilig auf dessen Gesundheit auswirkt.

⁴ Soweit nicht anders angegeben, sind die Definitionen dem Eurostat-Glossar entnommen:

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Thematic_glossaries/de (abgerufen im Dezember 2014).

⁵ Eurostat, Methodologies and Working Papers, *The European System of integrated Social Protection Statistics (ESSPROS), ESSPROS Manual and user guidelines* [Das Europäische System der Integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS), ESSOSS-Handbuch und Nutzerrichtlinien], 2012, S. 58. Verfügbar unter <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5922833/KS-RA-12-014-EN.PDF/6da3b2bf-85ba-4665-b318-a41d6a2df37f?version=1.0> (abgerufen im Dezember 2014).

⁶ Definition nach Eurostat, Methodologies and Working Papers, ESSOSS-Handbuch, S. 51.

⁷ Ibid., S. 62.

⁸ Dieser Indikator wird für Männer und Frauen bei der Geburt und im Alter von 65 Jahren getrennt berechnet. Er basiert auf Daten zur altersspezifischen Prävalenz (Anteile) der gesunden bzw. kranken Bevölkerung sowie zur altersspezifischen Sterblichkeit. Eine gute gesundheitliche Verfassung wird als Abwesenheit von Funktionsbeschränkungen/Behinderungen definiert.

⁹ Dieses Modell wurde entworfen von Robert Karasek; vgl. Karasek (1979), „Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain – Implications for Job Redesign“, in: *Administration Science Quarterly* 24, S. 285-307.

- Das „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ (effort-reward-imbalance, ERI)¹⁰ dient ebenfalls der Einschätzung bestimmter Parameter von arbeitsbedingtem Stress. Nach diesem Modell steigt die Arbeitsbelastung, wenn der Arbeitnehmer für seinen Arbeitseinsatz eine unzureichende „Gratifikation“ (wie beispielsweise Geld, Wertschätzung und Aufstiegsmöglichkeiten) erhält. Mit Hilfe des ERI-Modells wird also das Verhältnis zwischen der „Gratifikation“ und dem geleisteten Arbeitseinsatz bemessen.

Tabelle 1 zeigt einen zusammenfassenden Überblick über ausgewählte Indikatoren, von denen einige anschließend näher erläutert werden.

Tabelle 1, Überblick über die wichtigsten Indikatoren

	Deutschland	EU-28
Medianalter 2013 (2060)	45,3 (50,1)	41,9 (46,3)
Anteil der Bevölkerung im Alter zwischen 55 und 64 Jahren (2013)	13,1%	13%
Anteil der Bevölkerung im Alter von mindestens 65 Jahren (2013)	20,7 %	18%
Altenquotient (65+/15-64) 2013 (2060)	31,3 % (59,2 %)	27,5 % (50,2 %)
Erwerbstätigenquote der 55- bis 64-Jährigen (2013) (Δ seit 2003)	63,5 % (+23,6 Pp.)	50,2 % (+10,3 Pp.)
Gesetzliches Renteneintrittsalter (2014) ¹¹	65	
Tatsächliches Renteneintrittsalter (2012) ¹²	62,1 (m)/61,6 (w)	62,3 (m)**/60,9 (w)** ¹³
Anteil der Rentner (50 bis 69 Jahre), die aus gesundheitlichen Gründen oder wegen einer Behinderung aus dem Erwerbsleben ausscheiden (2012)	30,5 %	20,9 %
Rentenausgaben (in % des BIP) (2011)		
Alle Pensionen und Renten	12,4 %	13,0 %
Altersruhegeld	8,7 %	9,5 %
Erwerbsminderungsrente	0,2 %	0,9 %
Lebenserwartung mit 65 Jahren, in Jahren (2011)	19,8	19,7
Frauen	21,2	21,3
Männer	18,2	17,8

Gesunde Lebensjahre¹⁴ im Alter von 65 (bzw. 50) Jahren (2011)

¹⁰ Dieses Modell wurde von Johannes Siegrist konzipiert; vgl. Siegrist (1996) „Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions“, in: *Journal of Occupational Health Psychology* 1, S. 24-41.

¹¹ Siehe Punkt 1.4: Rentensystem.

¹² Schätzungen der OECD zum durchschnittlichen tatsächlichen Renteneintrittsalter gegenüber dem gesetzlichen Renteneintrittsalter für den Zeitraum 2007 bis 2012, vgl. OECD, „average effective age of retirement versus the official age, 2007-2012“. Verfügbar unter <http://www.oecd.org/els/emp/ageingandemploymentpolicies-statistics-on-average-effective-age-of-retirement.htm> (abgerufen im Dezember 2014).

¹³ Diese Angaben beziehen sich auf die EU-27.

¹⁴ Die Angaben beziehen sich auf die verbleibenden Jahre, die eine Person, die ein bestimmtes Alter erreicht hat, voraussichtlich ohne schwere oder mittelschwere gesundheitliche Probleme leben wird.

	Deutschland	EU-28
Frauen	7,3 (15,7)	8,6 (17,9)
Männer	6,7 (14,6)	8,6 (17,5)
Erwerbstätige im Alter zwischen 55 und 64 Jahren, die 2007 über mindestens ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem in den vorangegangenen zwölf Monaten berichteten (in % aller Erwerbstätigen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren)	5,5 %	11,4 % ¹⁵
Anteil der Erwerbstätigen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren (bzw. zwischen 45 und 54 Jahren), die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht empfinden, 2012	6,1 % (4 %)	5,7 % (3,8 %)
Anteil der Erwerbstätigen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren (bzw. zwischen 45 und 54 Jahren) mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem, 2012	40,9 % (29,4 %)	33,3 %** (24,2 %**)
Anteil der Personen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren, die Muskel- und Skeletterkrankungen als schwerwiegendstes arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem der letzten zwölf Monate nannten (2007)	71,4 %	59,9 % ¹⁶
Frauen	79%	64,4 %
Männer	67%	56%
Anteil der Erwerbstätigen im Alter von mindestens 50 Jahren, die der Meinung sind, ihren derzeitigen Beruf im Alter von 60 Jahren noch ausüben zu können ¹⁷ (2010)	80,6 %	71,4 % ¹⁸
Anteil der Erwerbstätigen mit Arbeitserfahrung, denen zufolge an ihrem Arbeitsplatz Maßnahmen zu dessen geeigneter Gestaltung für ältere Menschen durchgeführt wurden (2013) ¹⁹	29%	31%

Quellen: Sofern nicht anders angegeben, sind alle Daten Eurostat-Veröffentlichungen zu entnehmen. Unter anderem wurden die folgenden Eurostat-Quellen herangezogen: Eurostat-Bevölkerungsstatistik, Eurostat-Bevölkerungsprojektionen, Europäische Arbeitskräfteerhebung (EU-AKE), EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC), Europäisches System der Integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS).

Die Angabe bezieht sich auf das Jahr 2011.

1.1.1 Demografische Entwicklungen

In Deutschland ist bereits seit 1960 eine Alterung der Bevölkerung festzustellen (Tabelle 2). So stieg das **Medianalter** von 34 Jahren im Jahr 1960 auf 38 Jahre im Jahr 1990 und weiter auf 45 Jahre im Jahr 2013. Der Anstieg des Medianalters zwischen 1990 und 2013 entsprach dem EU-Durchschnitt (sieben Jahre). Im Jahr 2013 lag das Medianalter der deutschen Bevölkerung um drei Jahre über dem EU-Durchschnitt.

¹⁵ Diese Angabe bezieht sich auf die EU-26 ohne Frankreich. Aufgrund des unterschiedlichen Wortlauts in der französischen Fassung des Fragebogens wurden in Frankreich stark abweichende Ergebnisse erzielt; daher empfiehlt Eurostat, die aggregierten Zahlen ohne Frankreich heranzuziehen.

¹⁶ Diese Angabe bezieht sich auf die EU-26 ohne Frankreich. Aufgrund des unterschiedlichen Wortlauts in der französischen Fassung des Fragebogens wurden in Frankreich stark abweichende Ergebnisse erzielt; daher empfiehlt Eurostat, die aggregierten Zahlen ohne Frankreich heranzuziehen.

¹⁷ Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010.

¹⁸ Diese Angaben beziehen sich auf die EU-27.

¹⁹ Europäische Kommission, Flash-Eurobarometer über die Arbeitsbedingungen – Ergebnisse für Deutschland, 2014. Verfügbar unter http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_398_fact_de_de.pdf (abgerufen im Dezember 2014).

Tabelle 2, Medianalter (bisherige Daten und Projektionen) der Bevölkerung in Deutschland und in der EU, 1960 bis 2060 (in Jahren)

	1960	1980	1990	2000	2012	2013	2020	2040	2060
Deutschland	34	37	38	40	45	45	48	50	50
EU-27	:	:	35	38	42*	42**	44	46	46

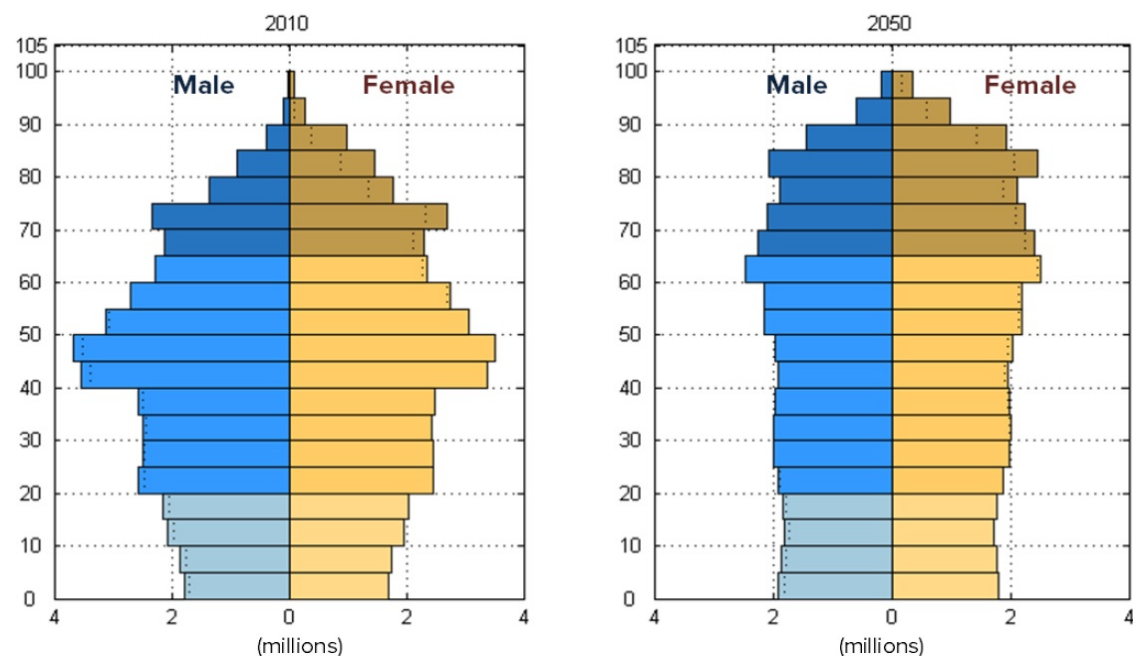
Quelle: Eurostat Bevölkerungsstatistik: Bevölkerung am 1. Januar: Strukturindikatoren [demo_pjanind];

* die Angabe für die EU-27 für dieses Jahr ist als „geschätzt“ gekennzeichnet;

** die Angaben für die Jahre ab 2013 beziehen sich auf das Aggregat der EU-28.

Die Alterung der Bevölkerung schlägt sich auch in der **Verteilung der Bevölkerung auf die einzelnen Altersgruppen** und deren Entwicklung seit 1990 nieder. Der Anteil der ältesten Altersgruppe (ab 65 Jahren) stieg zwischen 1990 und 2013 von 15 % auf 21 %. Der Anteil der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen nahm ebenfalls zu, namentlich von 11 % im Jahr 1990 auf 13 % im Jahr 2013. Im Jahr 2013 war der Anteil der Personen im Alter von mindestens 65 Jahren in Deutschland höher als im EU-Durchschnitt (18 %), während der Anteil der 55- bis 64-Jährigen dem EU-Durchschnitt entsprach.

Den Vorausschätzungen zufolge wird sich die Alterung der Bevölkerung fortsetzen. Der Anteil der Altersgruppe „65+“ wird bis 2060 voraussichtlich auf 32 % steigen. Die Alterung der Bevölkerung ist auch in den unten stehenden Alterspyramiden (Abbildung 1) erkennbar. Diese zeigen, dass die Altersgruppe der 20- bis 60-Jährigen erheblich schrumpfen wird, während für die Altersgruppe „60+“ ein Wachstum erwartet wird.

Abbildung 1, Gesamtbevölkerung nach Altersgruppe und Geschlecht, 2010 und Projektion für 2050

Male	Männer
Female	Frauen
(millions)	(in Millionen)

Quelle: International Conference on Population and Development Beyond 2014, Germany Country Implementation Profile²⁰

²⁰ International Conference on Population and Development Beyond 2014, Germany Country Implementation Profile. Verfügbar unter <http://icpdbeeyond2014.org/about/view/19-country-implementation-profiles> (abgerufen im Dezember 2014).

Der **Altenquotient** (das Verhältnis zwischen den „Abhängigen“ – ab 65 Jahren – und der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter – zwischen 15 und 64 Jahren) soll den Projektionen zufolge bis 2060 steigen (Tabelle 4). Der stärkste Anstieg ist dabei zwischen 2020 und 2040 zu erwarten. Während also in den 1990er und 2000er Jahren auf eine ältere Person (ab 65 Jahren) noch etwa vier Personen im erwerbsfähigen Alter kamen, werden es bereits im Jahr 2015 noch etwa drei Personen und im Jahr 2040 weniger als zwei Personen sein.

Tabelle 3, Altenquotient (65+/15- bis 64-Jährige) (bisherige Daten und Projektionen), 1990 bis 2060

	1990	2000	2010	2015	2020	2040	2060
Altenquotient	22%	24%	31%	33%	36%	56%	59%

Quelle: Eurostat. Altenquotient, Variante 1 (Verhältnis zwischen der Bevölkerung im Alter ab 65 Jahren und der Bevölkerung zwischen 15- und 64 Jahren), Bevölkerung am 1. Januar: Strukturindikatoren [demo_pjanind], 1990 bis 2010; derselbe Quotient wurde für den Zeitraum 2015 bis 2080 anhand der Werte aus den Eurostat-Bevölkerungsprojektionen errechnet [proj_10c2150p].

Die Alterung der Bevölkerung in Deutschland führt darüber hinaus zu einer Veränderung der Gesamtzahl der **Empfänger von Altersruhegeld** (Tabelle 4). Zwischen 2006 und 2011 stieg die Zahl der Empfänger aller Formen von Altersruhegeld um etwa eine Million. Im Jahr 2011 machten die Empfänger von Altersruhegeld in Deutschland etwa ein Viertel (22,6 %) der Gesamtbevölkerung aus.

Tabelle 4, Zahl der Empfänger von Altersruhegeld in Deutschland, 2006 bis 2011, in Tausend

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gesamtzahl der Empfänger von Altersruhegeld	17 583	17 871	18 018	18 151	18 306	18 468
In % der Gesamtbevölkerung	21,3 %	21,7 %	21,9 %	22,1 %	22,4 %	22,6 %

Quelle: Eurostat, ESSOSS, Rentenempfänger am 31. Dezember [spr_pns_ben], die Angaben beziehen sich auf die Empfänger von Renten mit und ohne Bedürftigkeitsprüfung.

Der Anstieg der Zahl der Rentenempfänger wirkt sich nicht unmittelbar auf die Höhe der **Rentenausgaben** (in % des BIP) aus: Während die Anteile der Renten insgesamt, der Altersruhegelder und der Frührenten am BIP zwischen 1995 und 2005 zunahmen, war diesbezüglich 2011 erneut ein Rückgang zu verzeichnen. Der Anteil der Erwerbsminderungsrenten blieb unverändert, während der Anteil der Ausgaben für Hinterbliebenenrenten zwischen 1995 und 2005 zurückging. Insgesamt lagen die Rentenausgaben in Deutschland unter dem EU-Durchschnitt (12 % bzw. 13 %).

Tabelle 5, Ausgaben für alle Renten und Altersruhegelder, Deutschland und EU, in % des BIP, 1990, 1995, 2000, 2005 und 2011*

Art der Ausgabe		1990	1995	2000	2005	2011*
Insgesamt	DE :		12,5	13,1	13,4	12,3
	EU-27**				12,1	13,0*
Altersruhegeld	DE		7,6	8,4	9,1	8,7
	EU-27**				8,5	9,5*
Frührente**	DE		0,7	1	0,8	0,6

Erwerbsminderungsrente	EU-27**		0,7	0,7*
	DE	0,2	0,2	0,2
	EU-27**		0,9	0,9*
	DE	2,7	2,5	2,3
Hinterbliebenenrente	EU-27**		1,7	1,6*

Quelle: Eurostat, ESSOSS, Rentenausgaben [spr_exp_pens], 1990-2011.

* Die Zahlen für das Jahr 2011 sind vorläufig; ** die Angaben für das Jahr 2011 beziehen sich auf die EU-28; *** die „Frührente“ ist eine regelmäßige Zahlung zur Sicherung des Einkommens von Leistungsempfängern, die vor Erreichen des gesetzlichen/normalen Rentenalters laut Definition des entsprechenden Systems in den Ruhestand treten.²¹

Anders als einige andere EU-Mitgliedstaaten gewährte Deutschland seinen Bürgern im Jahr 2011 noch Vorruhestandsgeld. Allerdings war hinsichtlich des Anteils der entsprechenden Ausgaben am BIP ein Rückgang gegenüber 1995 zu verzeichnen. Der Anteil der Ausgaben für Vorruhestandsgelder bei geminderter Erwerbsfähigkeit war 2011 höher als im EU-Durchschnitt, während die Ausgaben für Vorruhestandsgelder aufgrund der Arbeitsmarktlage dem EU-Durchschnitt entsprachen.

1.1.2 Erwerbsbeteiligung

Renteneintrittsalter

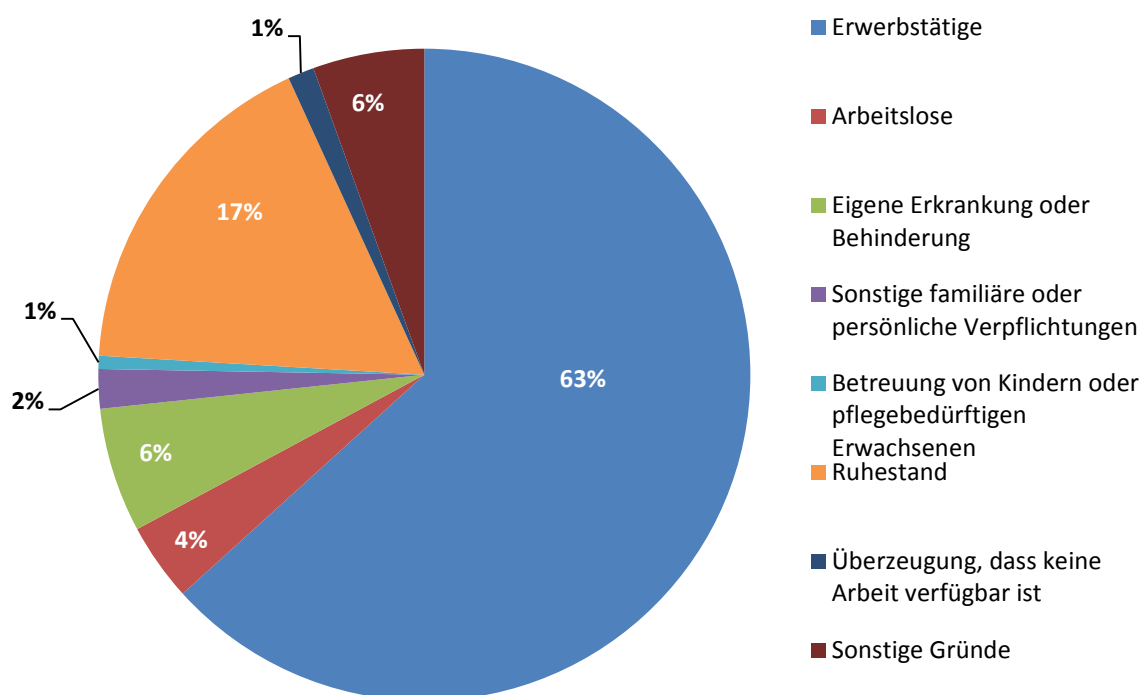
Im Jahr 2014 lag das gesetzliche **Renteneintrittsalter** in Deutschland sowohl für Frauen als auch für Männer bei 65 Jahren²² (es wird allerdings schrittweise auf 67 Jahre angehoben), während das tatsächliche Renteneintrittsalter unterschiedlichen Quellen²³ zufolge bei Frauen und Männern in etwa zwischen 61 Jahren und 62 Jahren lag. Das bedeutet, dass die Deutschen etwa im selben Alter in Rente gehen wie der Durchschnitt der Erwerbstätigen in der EU. Das **tatsächliche Renteneintrittsalter** ist seit 1996 bei den Männern um etwa zwei Jahre und bei den Frauen um etwa drei Jahre gestiegen. Dies kommt auch in der höheren Erwerbstätigenquote der 55- bis 64-Jährigen zum Ausdruck (siehe unten). Im Jahr 2013 waren etwa 63 % der 55- bis 64-Jährigen noch erwerbstätig, gegenüber nur 50 % im EU-Durchschnitt. Andererseits war der Anteil der Arbeitslosen – also derer, die in diesem Alter einen Arbeitsplatz suchten – in Deutschland sehr gering (4 %) (Abbildung 2). In dieser Altersgruppe waren 6 % der Bevölkerung aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung nicht erwerbsaktiv, während 17 % im Ruhestand und weitere 6 % aus anderen Gründen inaktiv waren.

²¹ Definition nach Eurostat, Methodologies and Working Papers, ESSOSS-Handbuch, S. 51.

²² Fondsvermittlung24.de (Plattform für die Vermittlung von Fonds) und Schätzungen der OECD zum durchschnittlichen tatsächlichen Ruhestandsalter gegenüber dem gesetzlichen Ruhestandsalter, 2007 bis 2012, a. a. O.

²³ Fondsvermittlung24.de und Schätzungen der OECD.

Abbildung 2, Bevölkerung im Alter zwischen 55 und 64 Jahren in Deutschland, nach Arbeitsmarktstatus (erwerbstätig, arbeitslos oder inaktiv) und Grund der Inaktivität (Nichtsuche nach Arbeit), 2013 (in %)



Quelle: EU-AKE, Eurostat, „Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit und Erwerbsstatus“ (1000) [lfsa_pganws] und „Inaktive Bevölkerung – Hauptgrund für die Nichtsuche nach Arbeit – Verteilung nach Geschlecht und Alter (%)“ [lfsa_igar]; die grünen Schattierungen beziehen sich auf inaktive Personen und den Grund für ihre Inaktivität.

Der bei weitem häufigste Grund, aus dem Rentenempfänger im Alter zwischen 50 und 69 Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheiden, ist eine eigene Erkrankung oder Behinderung (31 %), während das Erreichen eines Rentenanspruchs erst an zweiter Stelle (13 %) folgt. Im EU-Durchschnitt verhält es sich umgekehrt (Tabelle 6).

Tabelle 6, Hauptgrund für Rentenempfänger, aus dem Erwerbsleben auszuschneiden, Anteile an allen Rentenempfängern im Alter zwischen 50 und 69 Jahren (in %), 2012

Hauptgrund	Deutschland	EU-28
Günstige finanzielle Regelungen	7,0	7,2
Arbeitsplatzverlust und/oder erfolglose Arbeitssuche	6,5	7,5
Erreichen des maximalen Renteneintrittsalters	5,1	9,8
Erreichen eines Rentenanspruchs	13,1	37,0
Sonstige arbeitsbezogene Gründe ²⁴	1,7	4,0
Eigener Gesundheitszustand oder eigene Behinderung	30,5	20,9

²⁴ Dabei bleiben unter anderem die folgenden arbeitsbezogenen Gründe unberücksichtigt: ungünstige Arbeitszeiten, Aufgaben, Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit, arbeitsbedingter Stress, zu hohe Arbeitsanforderungen, keine angemessenen Qualifikationen oder keine Anerkennung der Qualifikationen, Haltung des Arbeitgebers.

Hauptgrund	Deutschland	EU-28
Familiäre Gründe oder Betreuungspflichten	3,0	3,9
Sonstige Gründe	7,5	5,3
Keine Angabe	25,7	4,3

Quelle: Eurostat, Ad-hoc-Modul der AKE 2012: Hauptgrund für nicht erwerbsaktive Rentenempfänger, die Erwerbstätigkeit zu beenden (%) [lfsa_12reasnot], 2012

Einer repräsentativen Erhebung zufolge, die im Jahr 2008 in Deutschland unter abhängig Beschäftigten im Alter zwischen 55 und 65 Jahren durchgeführt wurde,²⁵ würden 47,3 % der Befragten nach ihrem Renteneintritt gerne weiter arbeiten.²⁶ Die durchschnittlich gewünschte Dauer der Weiterbeschäftigung beläuft sich auf 4,1 Jahre, wobei die Mehrheit (71,6 %) der Befragten nur in Teilzeit (zwischen zehn und 24 Wochenstunden) arbeiten möchte.²⁷ Die Analyse der Erhebungsdaten zeigte ferner, dass die Unternehmensgröße, die Arbeitsbedingungen und das Einkommen des Einzelnen in engem Zusammenhang mit seiner Bereitschaft stehen, nach Erreichen des Rentenalters weiter zu arbeiten. Der Erhebung zufolge ist diese Bereitschaft in kleineren Betrieben (mit weniger als zehn Mitarbeitern) höher als in größeren Unternehmen (mit mehr als 500 Beschäftigten), da in Ersteren stärkere persönliche Bindungen an den Arbeitgeber bestehen.²⁸

Darüber hinaus lehnt ein größerer Teil der Beschäftigten (40,5 %) mit einem höheren Einkommen (mindestens 4000 EUR) eine Weiterbeschäftigung im Rentenalter ab, während dieser Anteil bei den Beschäftigten mit einem geringeren Einkommen (zwischen 500 und 1000 EUR) lediglich 24,2 % beträgt. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen der Arbeitskräfteerhebung (Tabelle 7), denen zufolge etwa ein Viertel der erwerbstätigen Rentenempfänger im Alter zwischen 50 und 69 Jahren aus finanziellen Gründen im Erwerbsleben verbleibt.²⁹ Des Weiteren ist die Bereitschaft zur Weiterbeschäftigung in hohem Maße von den Arbeitsbedingungen abhängig: Erfordert die Arbeit eine starke Konzentration und bringt eine hohe Verantwortung mit sich, steigt die Bereitschaft, die Erwerbstätigkeit fortzuführen. Wird die Arbeit jedoch als monoton, körperlich schwer oder gesundheitsgefährdend empfunden und können die Beschäftigten nach der Arbeit nicht abschalten, so wirkt sich dies negativ auf ihre Bereitschaft aus, länger zu arbeiten. Zudem wurde festgestellt, dass ein guter Gesundheitsstatus alleine diese Bereitschaft nicht automatisch erhöht (Gesundheit ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung).³⁰

Einer unter bezahlt bzw. unbezahlt (ehrenamtlich) tätigen Rentnern durchgeführten Erhebung³¹ zufolge sind die beiden wichtigsten Beweggründe für eine Weiterbeschäftigung der Wunsch, Wissen weiterzugeben und anderen zu helfen, sowie der Wunsch, aktiv zu bleiben und sich persönlich weiterzuentwickeln. Finanzielle Gründe spielen lediglich eine untergeordnete Rolle.³² Auf die Frage nach der Entstehung ihrer gegenwärtigen Beschäftigung erklärten 24,1 %, diese sei aus einer alten Tätigkeit bzw. unter Nutzung von Kontakten aus dem Berufsleben entstanden, 23,6 % nannten eine Anfrage von Außen, 19,7 % erklärten, aktiv nach einer Tätigkeit gesucht zu haben, und 15,8 % gaben

²⁵ Die Erhebung „Weiterbeschäftigung im Rentenalter“ wurde im Jahr 2008 von Infratest im Auftrag des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung durchgeführt. Hierzu wurden 1500 Männer und Frauen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren befragt, die zum Zeitpunkt der Befragung als Arbeiter, Angestellte oder Beamte beschäftigt waren. Verfügbar unter http://www.bib-demografie.de/DE/Forschung/6_Surveys/Weiterbeschaeftigung/weiterbeschaeftigung_node.html (abgerufen im Dezember 2014).

²⁶ Dorbritz, Jürgen, Micheel, Frank (2010): „Weiterbeschäftigung im Rentenalter. Potenziale, Einstellungen und Bedingungen“, in: *Bevölkerungsforschung Aktuell* 31, Ausgabe 03/2010, 2-7, S. 3. Verfügbar unter http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Bev_Aktuell/2010_3.html?nn=3075000 (abgerufen im Dezember 2014).

²⁷ Ibid., S. 4.

²⁸ Ibid., S. 4.

²⁹ Die Angaben beziehen sich auf eine bezahlte Erwerbstätigkeit, ausgenommen mithelfende Familienangehörige, die unter Umständen eine nicht monetäre Gegenleistung erhalten.

³⁰ Ibid., S. 5.

³¹ Diese Daten basieren auf einer Erhebung unter 146 bezahlt oder unbezahlt tätigen Rentnern im Alter zwischen 60 und 85 Jahren, die zuvor im „White-Collar-Bereich“ gearbeitet haben. Da diese Stichprobe nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung ist, können die Ergebnisse lediglich als Anhaltspunkte dienen.

³² Maxin, L., Deller, J. (2010), „Beschäftigung statt Ruhestand: Individuelles Erleben von Silver Work“, in: *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, Jg. 35, 4: 767-800, S. 784.

an, die Tätigkeit habe sich aus ihren Hobbys entwickelt. Die Anteile der Befragten, deren Beschäftigung aus anderen Kontakten entstand, eine Fortführung der bereits vor dem Ruhestand ausgeführten Tätigkeit darstellte oder bereits während des Berufslebens feststand, waren sehr gering.³³

Auf die Frage nach den idealen Arbeitsbedingungen für eine Erwerbstätigkeit im Rentenalter wurden am häufigsten flexible Arbeitszeiten genannt (von 29 % der Befragten). Weitere wichtige Faktoren waren, dass es sich um eine freiberufliche Tätigkeit (12 %) oder eine Beschäftigung handelt, in der die Betroffenen Entscheidungsfreiheit (10 %) genießen. Im Hinblick auf die Personalpolitik für Ältere sind die Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen und altersgerechte Arbeitsbedingungen (18 %), der Austausch zwischen Jung und Alt sowie die Möglichkeit für die Älteren, ihre Erfahrung und ihr Wissen zu nutzen (15 %), und ihre aktive Einbeziehung in das Unternehmen (16 %) die entscheidenden Faktoren. Eine wichtige Rolle spielen zudem flexible Arbeitszeiten (13 %), während spezifische Dienstleistungen für ältere Beschäftigte (10 %), Anerkennung (9 %), die Möglichkeit zum flexiblen Renteneintritt (8 %) und die Einbeziehung in die Fort- und Weiterbildung (6 %) von etwas geringerer Bedeutung sind.³⁴

Wie oben bereits erwähnt, ist der häufigste Beweggrund, aus dem Rentenempfänger zwischen 50 und 59 Jahren ihre Erwerbstätigkeit fortführen, die Erzielung eines ausreichenden Einkommens (26,5 %, Tabelle 7). Nichtfinanzielle Gründe folgen erst an zweiter Stelle (16,6 %).

Tabelle 7, Hauptgrund für Rentenempfänger (50 bis 69 Jahre), die Erwerbstätigkeit fortzuführen (%), 2012

Hauptgrund	Deutschland	EU-28
Aufbau oder Erhöhung späterer Altersruhegeldansprüche	6,6	6,8
Erzielung eines ausreichenden persönlichen/Haushaltseinkommens	26,5	37,3
Aufbau oder Erhöhung späterer Altersruhegeldansprüche und Erzielung eines ausreichenden persönlichen/Haushaltseinkommens	8,5	14,5
Nichtfinanzielle Gründe*, z. B. Arbeitszufriedenheit	16,6	29,1
Keine Angabe	41,7	12,3

Quelle: Hauptgrund für Rentenempfänger, die Erwerbstätigkeit fortzuführen (%) [Ifso_12staywork], 2012

* z. B. Arbeitszufriedenheit, flexible Arbeitszeitregelungen, gute Weiterbildungsmöglichkeiten, ein gesunder und sicherer Arbeitsplatz, Wertschätzung bei der Arbeit, soziale Kontakte; siehe Eurostat, Erläuterungen (*Explanatory Notes*) zum Ad-hoc-Modul 2012.

Erwerbstätigenquote

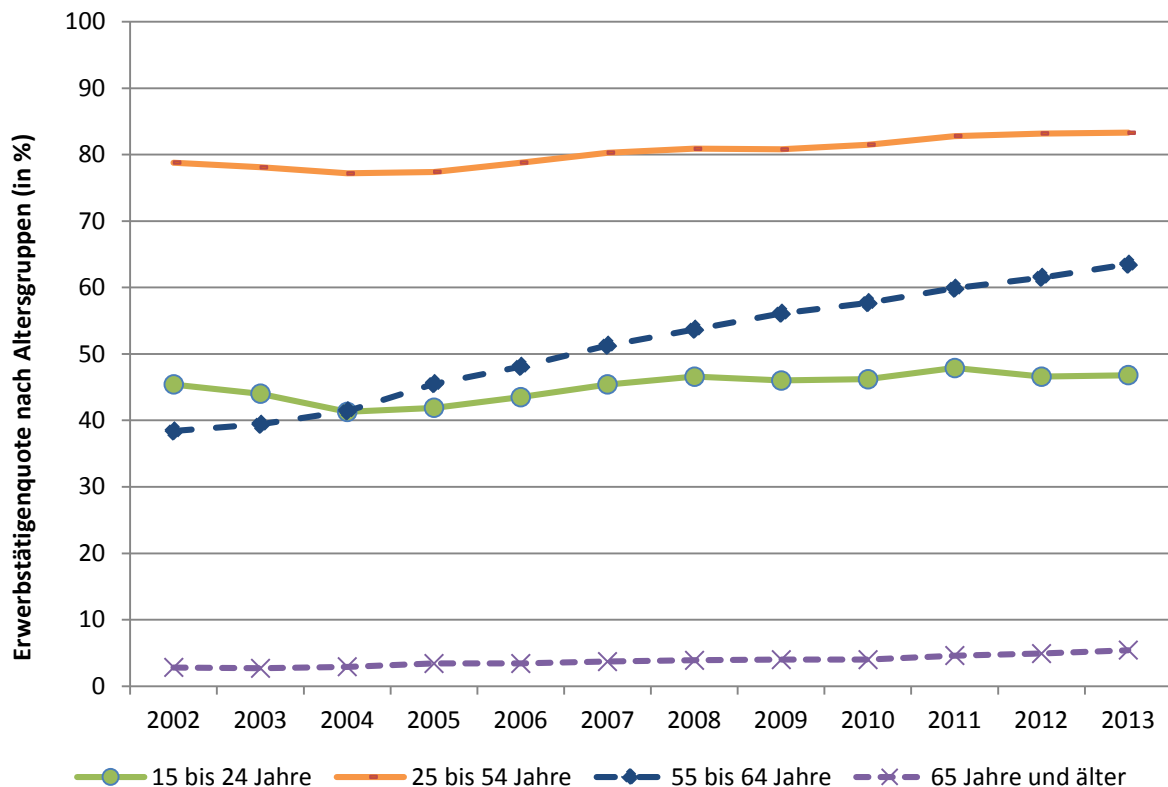
Der Anteil der erwerbstätigen älteren Menschen ist seit 2002 kontinuierlich gestiegen (Abbildung 3). Die Erwerbstätigenquote der 55- bis 64-Jährigen lag im Jahr 2002 bei etwa 39 % und entsprach damit dem EU-Durchschnitt. Seitdem ist sie stärker gestiegen als der EU-Durchschnittswert und lag im Jahr 2013 etwa 15 Pp. darüber (64 % in Deutschland, gegenüber 50 % im EU-Durchschnitt).

Auch bei den mindestens 65-Jährigen war eine zunehmende Tendenz zu verzeichnen. In dieser Altersgruppe stieg die Erwerbstätigenquote von 3 % im Jahr 2002 auf 5 % im Jahr 2013 und war damit ähnlich hoch wie im EU-Durchschnitt.

³³ Ibid.

³⁴ Ibid., S. 786.

Abbildung 3, Erwerbstätigenquoten nach breiten Altersgruppen, Entwicklung zwischen 2000 und 2013, Personen mit Wohnort in Deutschland (in %)



Quelle: Eurostat 2013, EU-AKE, ausführliche jährliche Erhebungsergebnisse, Erwerbstätigenquoten nach Geschlecht, Alter und Staatsangehörigkeit (%) [lfsa_ergan].

Mit zunehmendem Alter ändert sich nicht nur der Erwerbsstatus selbst, sondern auch die Art der Erwerbstätigkeit: In der Altersgruppe der über 65-Jährigen geht der Anteil der abhängig Beschäftigten deutlich zurück, während der Anteil der Selbstständigen erheblich wächst. Im Jahr 2007 waren etwa 12 % der Erwerbspersonen in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen selbstständig tätig, während sich dieser Anteil in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen auf fast 40 % belief. Auch der Anteil der mithelfenden Familienangehörigen³⁵ nimmt mit dem Alter erheblich zu (etwa 10 % in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen und etwa 18 % in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen).³⁶

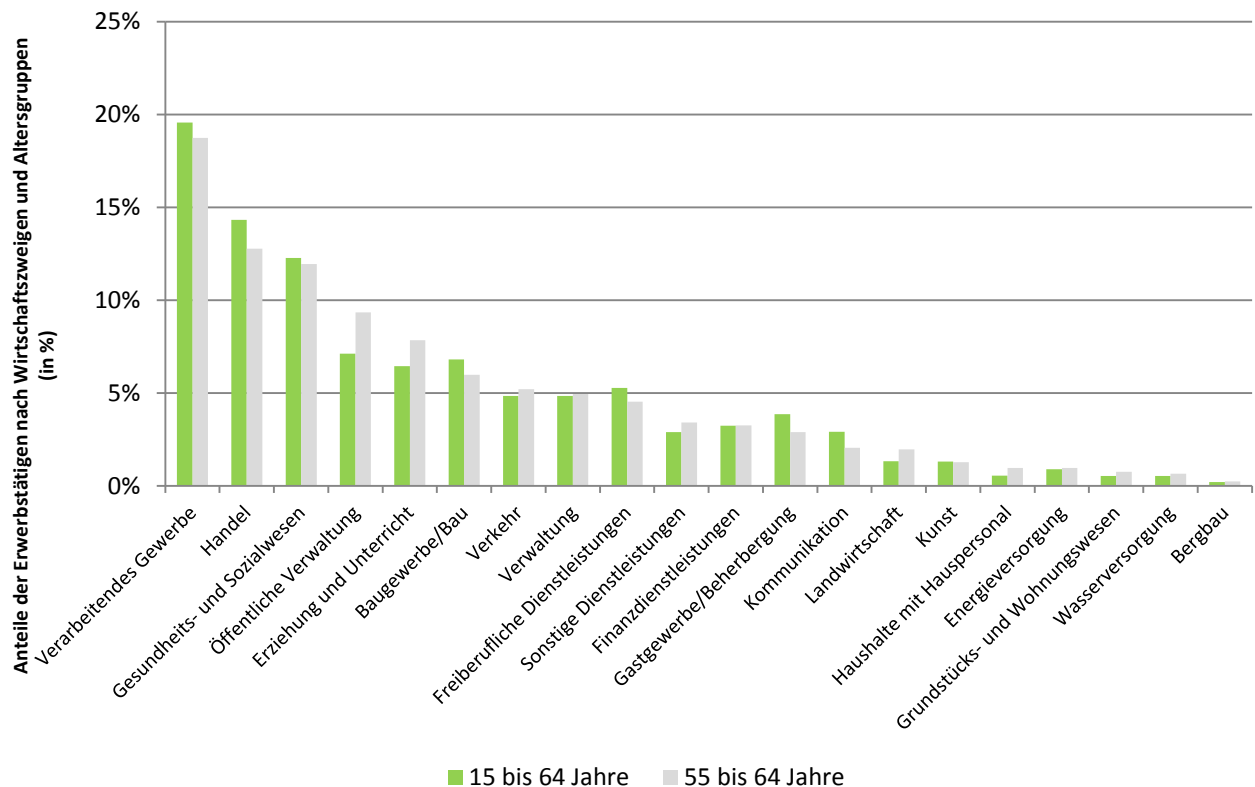
Wie der untenstehenden Grafik (Abbildung 4) zu entnehmen ist, sind in Deutschland mehr als 40 % der Erwerbstätigen der beiden dargestellten Altersgruppen in drei Wirtschaftszweigen tätig: verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren, Handel sowie Gesundheits- und Sozialwesen (mindestens 10 % der Erwerbstätigen arbeiten in einem dieser Wirtschaftszweige).

Hinsichtlich der Verteilung auf die einzelnen Wirtschaftszweige sind keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Erwerbstätigen aller Altersgruppen und älteren Erwerbstätigen festzustellen, wobei allerdings Letztere im verarbeitenden Gewerbe sowie im Handel leicht unterrepräsentiert und in der öffentlichen Verwaltung sowie im Bereich Erziehung und Unterricht leicht überrepräsentiert sind.

³⁵ Mithelfende Familienangehörige sind Haushaltsmitglieder, die in einem Betrieb, der von einem Familienmitglied als Selbstständiger geleitet wird, mithelfen, ohne hierfür Lohn oder Gehalt zu erhalten und ohne dass für sie Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt werden. Hierzu gehören auch Personen, die im Unternehmen eines nicht in demselben Haushalt wohnenden Familienangehörigen arbeiten (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis)).

³⁶ Quelle: Mikrozensus, Statistisches Bundesamt 2009a, zitiert nach: Maxin, L., Deller, J. (2010), „Beschäftigung statt Ruhestand: Individuelles Erleben von Silver Work“, in: *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, Jg. 35, 4: 767-800, S. 776.

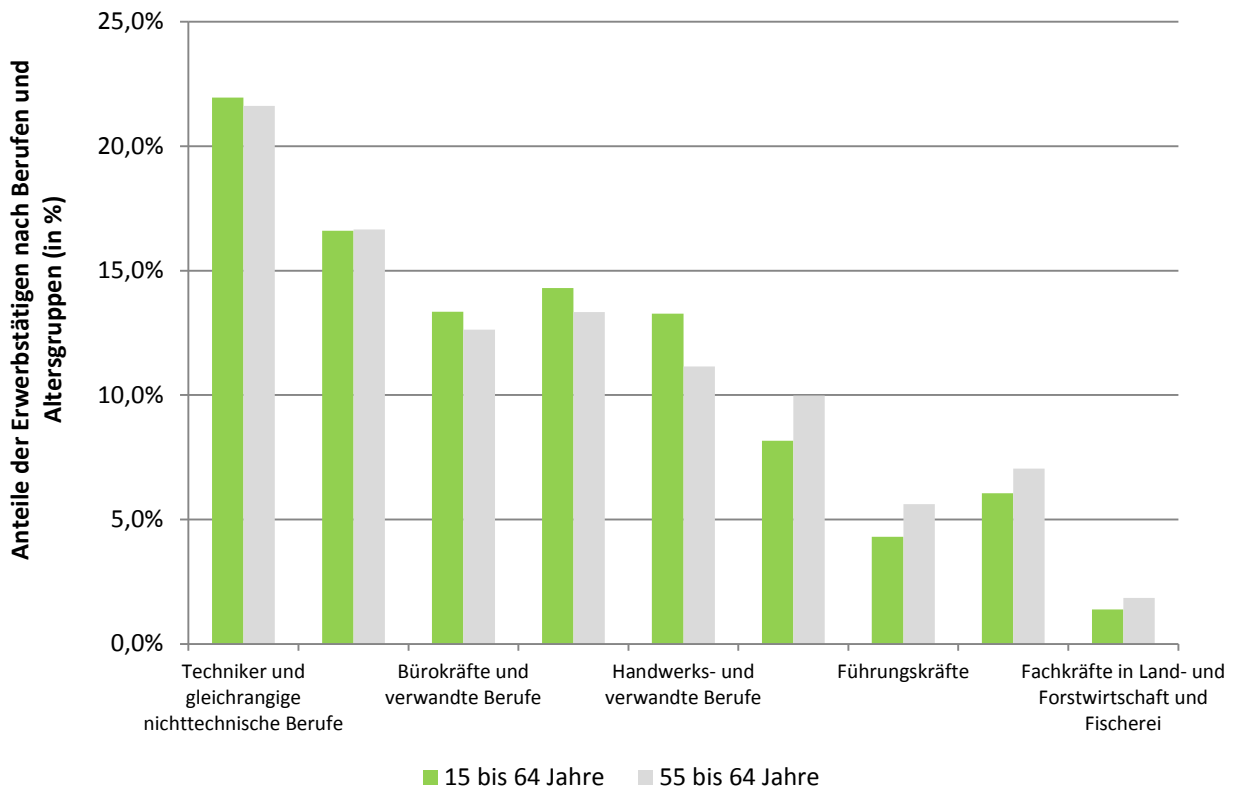
Abbildung 4, Anteile der Erwerbstätigen in unterschiedlichen Wirtschaftszweigen, Altersgruppen der 15- bzw. 55- bis 64-Jährigen, 2012 (in %)



Quelle: EU-AKE, Beschäftigung nach Geschlecht, Alter und Wirtschaftszweigen (ab 2008, NACE Rev. 2) – [lfsa_egan2]; die Angaben zu den Anteilen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Erwerbstätigen in den oben genannten Wirtschaftszweigen; * die Angaben für die Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen sind unzuverlässig; die Bezeichnungen der Wirtschaftszweige wurden für die Darstellung verkürzt.

Abbildung 5 zeigt, dass Techniker und gleichrangige nichttechnische Berufe in Deutschland die wichtigste Berufsgruppe darstellen (auf sie entfallen mehr als 20 % der Beschäftigten). In diesen Berufen sind keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen zu verzeichnen, während ältere Arbeitnehmer in Handwerks- und verwandten Berufen leicht unterrepräsentiert und unter den Hilfsarbeitskräften und Führungskräften leicht überrepräsentiert sind.

Abbildung 5, Verteilung der Erwerbstätigen nach Berufen und Altersgruppen; Anteile an der Gesamtzahl der Erwerbstätigen nach Altersgruppen, 2013 (in %)



Quelle: Eurostat, EU-AKE, Beschäftigung nach Geschlecht, Alter, Stellung im Beruf und Beruf (1000) [lfsa_egais];

* keine Daten verfügbar (für beide oder eine der beiden Altersgruppen).

Geschlechtergefälle

Frauen sind in Deutschland etwas weniger häufig erwerbstätig als Männer. Dieses geschlechtsspezifische Gefälle der Erwerbstätigenquoten ist in allen Altersgruppen erkennbar, hat sich allerdings in den letzten zehn Jahren kontinuierlich abgeflacht. In der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen belief sich das Geschlechtergefälle im Jahr 2003 auf 16 Prozentpunkte (Pp.) und im Jahr 2013 auf 12,5 Pp. In der Altersgruppe der 25- bis 54-Jährigen sank das Geschlechtergefälle von 13 Pp. im Jahr 2002 auf 9 Pp. im Jahr 2013.³⁷

1.1.3 Arbeitsbedingungen und Qualität der Arbeit

Arbeitsbedingungen

Auf der Grundlage der Fünften Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen (5. EWCS), die im Jahr 2010 von der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Eurofound) durchgeführt wurde,³⁸ können im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen älterer Erwerbstätiger³⁹ in Deutschland die folgenden Schlussfolgerungen gezogen werden:

- In Deutschland geht der Anteil der Erwerbstätigen, die mindestens ein Viertel ihrer Arbeitszeit *schwere Lasten tragen* müssen, mit zunehmendem Alter leicht zurück: Während er unter den jungen Erwerbstätigen bei 35 % liegt, beträgt er in der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen 30 % und unter älteren Erwerbstätigen 28 % (im EU-Durchschnitt beläuft sich dieser Anteil bei

³⁷ Eurostat 2013, EU-AKE, ausführliche jährliche Erhebungsergebnisse, Erwerbstätigenquoten nach Geschlecht, Alter und Staatsangehörigkeit (%) [lfsa_ergan].

³⁸ Sofern nicht anders angegeben, stammen im Folgenden alle Daten aus der Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010, <http://eurofound.europa.eu/surveys/ewcs> (abgerufen im Dezember 2014).

³⁹ In diesem Abschnitt bezieht sich der Begriff „ältere Erwerbstätige“ auf die Altersgruppe ab 50 Jahren, während sich der Begriff „junge Erwerbstätige“ auf die Altersgruppe unter 30 Jahren bezieht.

den älteren Erwerbstätigen auf 32 %).

- Der Anteil der Erwerbstätigen, die *ermüdende oder schmerzhaft Körperhaltungen* einnehmen müssen, ändert sich in Deutschland mit zunehmendem Alter kaum. Etwa 9 % (16 % im EU-Durchschnitt) der älteren Erwerbstätigen geben an, nahezu ihre gesamte Arbeitszeit in ermüdenden oder schmerzhaften Körperhaltungen zu verbringen.
- In Deutschland arbeitet ein etwas höherer Anteil der älteren Erwerbstätigen im *Schichtdienst* als im Durchschnitt der EU-27 (16 % in Deutschland, gegenüber 14 % im EU-Durchschnitt). Der Anteil der Erwerbstätigen, die mindestens einmal im Monat *Nachtarbeit* leisten, geht nach dem 50. Lebensjahr zurück (23 % in der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen und 18 % unter älteren Erwerbstätigen, gegenüber 16 % der älteren Erwerbstätigen im Durchschnitt der EU-27).
- Der Anteil der Erwerbstätigen, die angeben, dass sich ihre *Arbeitszeiten gut oder sehr gut mit ihrem Privatleben vereinbaren* lassen, ist unter jungen und älteren Erwerbstätigen etwas höher (jeweils 84 %) als in der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen (81 %). Im EU-Durchschnitt wurden diesbezüglich ähnlich hohe Anteile ermittelt (84,5 % bei den älteren Erwerbstätigen).
- In Deutschland haben die Erwerbstätigen mit zunehmendem Alter häufiger die Möglichkeit, das eigene *Arbeitstempo* selbst zu bestimmen. Während 32 % der jungen Erwerbstätigen erklären, dass ihr Arbeitstempo von mindestens drei Faktoren abhängig ist, beläuft sich dieser Anteil in der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen auf 30 % und bei den älteren Erwerbstätigen auf nur 27 % (im EU-Durchschnitt beträgt dieser Anteil bei den älteren Erwerbstätigen ebenfalls 27 %).⁴⁰
- Der Anteil der Erwerbstätigen, die eine *Weiterbildung am Arbeitsplatz* erhalten, geht in Deutschland mit zunehmendem Alter zurück: Während er sich bei den jungen Erwerbstätigen auf 53 % beläuft, liegt er in der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen bei 39 % und bei den älteren Erwerbstätigen bei 32 % (gegenüber 26 % der älteren Erwerbstätigen im EU-Durchschnitt).
- Der Anteil der Erwerbstätigen, die der Meinung sind, dass ihre *Arbeit ihre Gesundheit beeinträchtigt*, steigt in Deutschland mit zunehmendem Alter: Während er unter den jungen Erwerbstätigen bei 16 % liegt, beträgt er in der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen 23 % und unter älteren Erwerbstätigen 25 % (gegenüber 27 % im EU-Durchschnitt).
- Hinsichtlich der Anteile der Erwerbstätigen, die *mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden oder sehr zufrieden* sind, sind in Deutschland keine großen Unterschiede zwischen den Altersgruppen festzustellen. Ältere Erwerbstätige sind in Deutschland etwas häufiger mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden (87 %) als im EU-Durchschnitt (84 %).
- Der Anteil der Erwerbstätigen, die der Auffassung sind, dass sie *ihren derzeitigen Beruf auch noch mit 60 Jahren ausüben können*, steigt in Deutschland mit zunehmendem Alter. Den Ergebnissen der EWCS zufolge glauben in Deutschland etwa 81 % der älteren Erwerbstätigen (gegenüber 71 % im EU-Durchschnitt), dass sie ihren derzeitigen Beruf auch noch mit 60 Jahren ausüben können, während dieser Anteil in der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen nur 73 % beträgt. Allerdings belegen die nationalen Daten aus unterschiedlichen Erhebungen⁴¹, dass nur etwa 50 % bis 60 % der Erwerbstätigen der Meinung sind, ihren derzeitigen Beruf bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben zu können. Diese unterschiedlichen Ergebnisse können auch darauf zurückzuführen sein, dass in den nationalen Erhebungen ein breiteres Spektrum von Antwortkategorien angeboten wurde und die Fragen leicht abweichend formuliert

⁴⁰ Dieser Index zeigt an, ob das Arbeitstempo von den folgenden Faktoren abhängig ist: Arbeit der Kollegen, Anforderungen von Personen, vorgegebene Produktions- oder Leistungsziele, Geschwindigkeit einer Maschine, direkte Kontrolle eines Vorgesetzten; die Angaben zu den Anteilen beziehen sich auf die Erwerbstätigen, die angaben, dass ihr Arbeitstempo von mindestens drei dieser Faktoren bestimmt wird.

⁴¹ Schreiter, Itke, „Zusammenschau von Erwerbstätigenbefragungen aus Deutschland“, Initiative Gesundheit und Arbeit, iga.Report 26, S. 66, abrufbar unter http://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_26_Erwerbstaeigenbefragungen.pdf; die angeführten nationalen Ergebnisse basieren auf den folgenden für die erwerbstätige Bevölkerung in Deutschland repräsentativen Erhebungen: INQA-Befragung 2004, DGB-Index 2010 und iga-Barometer 2005, 2007, 2010.

waren.⁴²

- In Deutschland gaben 29 % der Erwerbstätigen und der Personen mit Arbeitserfahrung an, dass an ihrem Arbeitsplatz Maßnahmen zu dessen geeigneter Gestaltung für ältere Menschen durchgeführt wurden (gegenüber 31 % im Durchschnitt der EU-28). Dabei wussten 7 % der Befragten nicht, ob an ihrem Arbeitsplatz Anpassungen für ältere Menschen vorgenommen wurden.⁴³

Qualität der Arbeit und Vorruhestand

Die oben angeführten Daten aus der EWCS zeigen, welche Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsbedingungen zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen und den einzelnen Ländern bestehen. Eine andere Quelle, das Umfrageprojekt *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), lässt Schlussfolgerungen darauf zu, wie sich die Arbeitsbedingungen auf den Vorruhestand auswirken. SHARE ist eine groß angelegte, länderübergreifende Langzeiterhebung, in deren Rahmen Befragungen in 20 europäischen Ländern (und Israel) durchgeführt wurden. In dieser Erhebung, deren erste Runde 2004 stattfand, werden erstmals die unterschiedlichen Lebensweisen von Menschen ab 50 Jahren untersucht.⁴⁴

Es liegen mehrere Studien vor, in denen Daten aus SHARE zu bestimmten Aspekten von arbeitsbedingtem Stress (geringe Kontrolle am Arbeitsplatz/berufliche Gratifikationskrisen⁴⁵) ausgewertet werden. So zeigt beispielsweise eine Analyse⁴⁶, dass die Quotenverhältnisse (Odds Ratios)⁴⁷ eines angestrebten Vorruhestands aufgrund beruflicher Gratifikationskrisen in Deutschland relativ hoch sind. Sie sind niedriger als in den Niederlanden, Spanien und Frankreich, aber höher als in Österreich, Schweden, Italien, der Schweiz und Griechenland.⁴⁸ Den Daten zufolge beabsichtigen in Deutschland ältere Erwerbstätige, an deren Arbeitsplatz ein relativ starkes Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Gratifikation besteht, etwa doppelt so häufig, in den Vorruhestand zu gehen, wie Personen, bei denen dieses Ungleichgewicht relativ schwach ausgeprägt ist.^{49,50} Das Quotenverhältnis für die geringe Kontrolle am Arbeitsplatz ist nicht besonders hoch (etwa 1,3 bei einem Konfidenzintervall zwischen etwa 0,8 und 2), jedoch ist erkennbar, dass Erwerbstätige mit geringen Kontrollmöglichkeiten am Arbeitsplatz häufiger in den Vorruhestand gehen möchten als jene, die eine hohe Kontrolle über ihre eigene Tätigkeit haben.

Eine andere Analyse⁵¹ der Daten aus der SHARE-Erhebung zeigt, dass die Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe⁵² zunimmt, wenn ein Beschäftigter zwei Jahre zuvor ein hohes Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Gratifikation erlebt hat (im Rahmen der Studie wurden die Antworten

⁴² In zwei der nationalen Erhebungen wurden die Erwerbstätigen gefragt, ob sie sich vorstellen können, ihren Beruf *unter den derzeitigen Anforderungen* ausüben zu können, während in der EWCS keine solche Präzisierung vorgenommen wurde. In einer anderen nationalen Erhebung wurde zusätzlich die abgeschwächte Antwortkategorie „Kann ich mir nur eingeschränkt vorstellen“ angeboten.

⁴³ Europäische Kommission, Flash-Eurobarometer über die Arbeitsbedingungen – Ergebnisse für Deutschland, a. a. O.

⁴⁴ Weiterführende Informationen sind verfügbar unter <http://www.share-project.org/home0/overview.html> (abgerufen im Dezember 2014).

⁴⁵ Diese Maßzahlen beziehen sich auf zwei Modelle zur Erklärung von berufsbedingtem Stress: das „Anforderungs-Kontroll-Modell“ und das „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“; eine Definition ist dem Glossar zu entnehmen; ausführliche Informationen über diese Messmodelle sind den entsprechenden Studien zu entnehmen.

⁴⁶ Siegrist, J. et al. (2006), „*Quality of work, well-being, and intended early retirement of older employees – baseline results from the SHARE Study*“, in: *European Journal of Public Health*, Bd. 17, Nr. 1, S. 62-68.

Verfügbar unter <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/17/1/62.full-text.pdf> (abgerufen im Dezember 2014).

⁴⁷ Odds Ratios oder Quotenverhältnisse zeigen, um wie viel größer die Wahrscheinlichkeit ist, dass Menschen mit einer geringen Arbeitsqualität beabsichtigen, in den Vorruhestand zu gehen.

⁴⁸ Ländervergleiche sind aufgrund der großen Konfidenzintervalle mit Bedacht zu interpretieren (siehe Bericht).

⁴⁹ Das Konfidenzintervall von 95 % liegt zwischen etwa 1,2 und 3,2.

⁵⁰ Das „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ und das „Anforderungs-Kontroll-Modell“ dienen der Bemessung geringer Arbeitsqualität; weitere Einzelheiten sind dem Bericht zu entnehmen.

⁵¹ Reinhardt, J. D., Wahrendorf, M., Siegrist, J. (2013), „*Socioeconomic position, psychosocial work environment and disability in an ageing workforce: a longitudinal analysis of SHARE data from 11 European countries*“, in: *Occupational and Environmental Medicine*, 2013, 70, S. 156-163; die analysierten Daten stammen aus den beiden ersten SHARE-Erhebungsrunden (2004/2005, 2007/2008). Verfügbar unter <http://oem.bmj.com/content/70/3/156> (abgerufen im Dezember 2014).

⁵² Der Index für die Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe basiert auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO. Er bezieht sich auf Probleme im Zusammenhang mit alltäglichen Aktivitäten, wie beispielsweise An- und Ausziehen, Körperpflege, Essen, Benutzung der Toilette, Einkaufen; die gesamte Klassifikation ist dem Bericht, S. 158, zu entnehmen.

derselben Befragten aus der ersten und zweiten Erhebungsrunde des SHARE-Umfrageprojekts verglichen). Die Ergebnisse belegen, dass der durchschnittliche Skalenwert⁵³ der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe bei deutschen Beschäftigten zwischen 50 und 65 Jahren etwa viermal höher ist, wenn sie angeben, zuvor berufliche Gratifikationskrisen erlebt zu haben.⁵⁴

1.1.4 Gesundheit

Im Jahr 2011 lag in Deutschland die **Lebenserwartung** im Alter von 50 Jahren unter Männern bei 30,3 Jahren (EU-28: 29,7) und unter Frauen bei 34,5 Jahren (EU-28: 34,5), während sie im Alter von 65 Jahren unter Männern 18,2 Jahre (EU-28: 17,8) und unter Frauen 21,2 Jahre (EU-28: 21,3) betrug. Seit 2005 ist die Lebenserwartung in einer Bandbreite zwischen 1,4 Jahren (für Frauen im Alter von 65 Jahren) und 1,8 Jahren (für Männer im Alter von 50 Jahren) gestiegen. In Deutschland haben 50-jährige Männer etwa 15 weitere **gesunde Lebensjahre** zu erwarten, während Frauen in diesem Alter noch etwa 16 weitere gesunde Lebensjahre vor sich haben. Diese Werte liegen leicht unter dem EU-Durchschnitt (17 Jahre bei Männern und 18 Jahre bei Frauen). Im Alter von 65 Jahren haben Männer und Frauen in Deutschland noch etwa sieben weitere gesunde Lebensjahre zu erwarten. Auch dieser Wert ist niedriger als der EU-Durchschnitt (neun Jahre).⁵⁵ Die Zahl der zu erwartenden gesunden Lebensjahre ist bei beiden Geschlechtern (sowohl für die 50- als auch für die 65-Jährigen) zwischen 2005 und 2011 leicht gestiegen (um 0,3 bis 2,2 Jahre).

Die Lebenserwartung ist also stärker gestiegen als die Zahl der gesunden Lebensjahre; das bedeutet, dass die Menschen zwar eine längere Lebenserwartung haben, aber nicht unbedingt davon ausgehen können, diese Jahre bei guter Gesundheit zu verbringen.

Allgemeiner Gesundheitszustand

Der **allgemeine Gesundheitszustand** (Tabelle 8) verschlechtert sich mit zunehmendem Alter. Insgesamt entspricht der Gesundheitszustand der Bevölkerung in Deutschland weitgehend den EU-Durchschnittswerten.

Tabelle 8, Selbstwahrgenommene Gesundheit der Erwerbstätigen, nach Altersgruppen, 2012; Anteile der Befragten der einzelnen Altersgruppen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr schlecht“ oder „schlecht“ bezeichnen (in %)

	16 bis 44 Jahre	45 bis 54 Jahre	55 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter
Erwerbstätige	1,5 %	4,0 %	6,1 %	0,9 %

Quelle: EU-SILC, Selbstwahrgenommene Gesundheit nach Geschlecht, Alter und Erwerbsstatus (in %) [hlth_silc_01].

* Die Angaben sind wenig zuverlässig; ** bei den Angaben handelt es sich um Schätzungen; keine Daten veröffentlicht.

Hinsichtlich der Prävalenz **lang andauernder Gesundheitsprobleme** (nach eigenen Angaben der Befragten) ist dasselbe Muster erkennbar wie beim allgemeinen Gesundheitszustand (Tabelle 9): Arbeitslose berichten häufiger als Erwerbstätige über lang andauernde Gesundheitsprobleme, wobei die Raten mit zunehmendem Alter steigen. Jedoch ist die Prävalenz lang andauernder Erkrankungen unter Erwerbstätigen in Deutschland höher als im EU-Durchschnitt. In Deutschland berichteten etwa 41 % der 55- bis 64-jährigen Erwerbstätigen (EU-28: 33 %) und 67 % der 55- bis 64-jährigen Arbeitslosen (EU-28: 47 %) über lang andauernde Gesundheitsprobleme.

⁵³ Je höher der Wert, desto häufiger berichteten die Befragten über Beschränkungen der Aktivität und Teilhabe.

⁵⁴ Reinhardt, J. D. et al., S. 160.

⁵⁵ Eurostat 2013, „Gesunde Lebensjahre (ab 2004)“ [hlth_hlye]; der Indikator der gesunden Lebensjahre (GLJ) misst die Zahl der verbleibenden Jahre, die eine Person, die ein bestimmtes Alter erreicht hat, voraussichtlich ohne schwere oder mittelschwere gesundheitliche Probleme leben wird. Weiterführende Informationen sind verfügbar unter http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/DE/hlth_hlye_esms.htm; die Angaben beziehen sich auf das Jahr 2011.

Tabelle 9, Lang andauernde Gesundheitsprobleme, nach Erwerbsstatus und Altersgruppen, 2012 (in %)

	16 bis 44 Jahre	45 bis 54 Jahre	55 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter
Erwerbstätige	17,8 %	29,4 %	40,9 %	37,1 %

Quelle: EU-SILC, Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem, nach Geschlecht, Alter und Erwerbsstatus (in %) [hlth_silc_04], 2012.

Arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme

Die Bevölkerung in Deutschland leidet zwar häufiger unter chronischen Erkrankungen als der Durchschnitt der EU-Bevölkerung, jedoch berichten Deutsche zwischen 55 und 64 Jahren deutlich seltener über arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme (5,5 % in Deutschland, gegenüber 16 % im EU-Durchschnitt). Darüber hinaus nehmen offenbar die arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme mit dem Alter nicht zu (Tabelle 10).

Tabelle 10, Erwerbstätige in Deutschland und der EU-27, die über arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme berichten, nach Altersgruppe und Geschlecht, 2007 (in %)

Altersgruppe	Anteil
DE 25 bis 34 Jahre	4,1 %*
DE 35 bis 44 Jahre	5,5 %*
DE 45 bis 54 Jahre	7,0 %*
DE 55 bis 64 Jahre	5,5 %*
DE 55 bis 64 Jahre Männer	4,4 %*
DE 55 bis 64 Jahre Frauen	6,1 %*
EU-27** 55 bis 64 Jahre	11,4 %

Quelle: Ad-hoc-Modul der EU-AKE 2007 zu Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen, Personen, die über mindestens ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem in den letzten zwölf Monaten berichten, nach Alter (in %) [hsw_pb1]; nach Angaben von Eurostat wurden für die Daten aus Deutschland „kleinere Abweichungen im Wortlaut sowie konzeptionelle oder kulturelle Unterschiede“ festgestellt; daher sind Vergleiche mit anderen Ländern mit Bedacht zu interpretieren.⁵⁶

* Mit „d“ gekennzeichnet, abweichende Definition; ** der Durchschnitt für die EU-27 wurde ohne Frankreich berechnet, da die Ergebnisse aufgrund des abweichenden Wortlauts der Frage nicht mit anderen Ländern vergleichbar sind.

Wie in vielen anderen EU-Mitgliedstaaten nannten auch in Deutschland im Jahr 2007 die Befragten aller Altersgruppen Muskel- und Skeletterkrankungen bei weitem am häufigsten als das schwerwiegendste arbeitsbedingte Gesundheitsproblem (Tabelle 11). Unter den älteren Erwerbstätigen belief sich dieser Anteil auf 71 %. An zweiter Stelle folgten psychische Erkrankungen (Stress, Depressionen, Angststörungen), die von 11 % der älteren Erwerbstätigen als ihr schwerwiegendstes arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem genannt wurden. Diese Reihenfolge ändert sich mit zunehmendem Alter nicht, wenn auch in Deutschland Muskel- und Skeletterkrankungen im Alter an Bedeutung verlieren und psychische Erkrankungen eine etwas größere Rolle spielen. Zudem gewinnen Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit zunehmendem Alter erheblich an Bedeutung, allerdings nur bei Männern (der entsprechende Anteil steigt von 1,3 % bei den 35- bis 44-Jährigen auf 8,4 % bei den 55- bis 64-Jährigen).

⁵⁶ Siehe Eurostat-Evaluierungsbericht AHM 2007, S. 26, verfügbar unter <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/1978984/6037334/Evaluation-Report-AHM-2007.pdf>.

Verglichen mit den EU-Durchschnittswerten stellen Muskel- und Skeletterkrankungen für deutsche Erwerbstätige häufiger das schwerwiegendste Gesundheitsproblem dar (59 % bzw. 71 % der älteren Erwerbstätigen), während Herz-Kreislauf-Erkrankungen für sie weniger von Bedeutung sind (10 % bzw. 5 % der älteren Erwerbstätigen).⁵⁷

Frauen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren sind häufiger von Muskel- und Skeletterkrankungen betroffen als Männer, während Männer deutlich häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden.

Tabelle 11, Schwerwiegendstes arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem in den letzten zwölf Monaten, in % aller Erwerbstätigen, die über ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem berichtet haben; nach Geschlecht und den häufigsten Erkrankungen⁵⁸

		Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Muskel- und Skeletterkrankungen	Stress, Depressionen, Angststörungen	Lungenerkrankungen
35 bis 44 Jahre	Insgesamt	1,2 %	78,8 %	9,1 %	2,5 %
	(EU-27*)	(2,9 %)	(60,9 %)	(16,4 %)	(4,9 %)
	<i>Frauen</i>	1,1 %	76,6 %	10,6 %	2,7 %
	<i>Männer</i>	1,3 %	80,4 %	8,0 %	2,3 %
45 bis 54 Jahre	Insgesamt	2,8 %	76,6 %	9,1 %	2,7 %
	(EU-27*)	(6,2 %)	(61,3 %)	(13,5 %)	(4,7 %)
	<i>Frauen</i>	0,9 %	75,3 %	11,9 %	2,6 %
	<i>Männer</i>	4,6 %	77,8 %	6,4 %	2,7 %
55 bis 64 Jahre	Insgesamt	5,2 %	71,4 %	10,6 %	2,4 %
	(EU-27*)	(11,3 %)	(59,9 %)	(9,2 %)	(5,8 %)
	<i>Frauen</i>	0,6 %	77,8 %	12,8 %	1,6 %
	<i>Männer</i>	8,4 %	66,9 %	9,1 %	2,9 %

Quelle: Ad-hoc-Modul der EU-AKE 2007 zu Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen, Personen, die über ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem in den letzten zwölf Monaten berichten, nach Art des schwerwiegendsten Problems (in %) [hsw_pb5]; nach Angaben von Eurostat wurden für die Daten aus Deutschland „kleinere Abweichungen im Wortlaut sowie konzeptionelle oder kulturelle Unterschiede“ festgestellt; daher sind Vergleiche mit anderen Ländern mit Bedacht zu interpretieren.⁵⁹

* Diese Angabe bezieht sich auf die EU-26 ohne Frankreich. Aufgrund des unterschiedlichen Wortlauts in der französischen Fassung des Fragebogens wurden in Frankreich stark abweichende Ergebnisse erzielt; daher empfiehlt Eurostat, die aggregierten Zahlen ohne Frankreich heranzuziehen.

Psychische Gesundheit

Psychische Erkrankungen stellen gemeinsam mit Muskel- und Skeletterkrankungen den wichtigsten Faktor für eine Langzeit-Arbeitsunfähigkeit (mindestens sechs Wochen) dar: Den von zwei deutschen Krankenkassen vorgelegten Daten zufolge waren in etwa 18,5 % der Fälle psychische Erkrankungen

⁵⁷ Aufgrund des abweichenden Wortlauts der Fragen in den einzelnen Mitgliedstaaten sind Vergleiche mit den EU-Durchschnittswerten nur als Richtwerte zu verstehen.

⁵⁸ Es sind aktuellere Daten verfügbar (Ad-hoc-Modul der EU-AKE 2013); jedoch haben mehrere Länder für 2013 keine Daten vorgelegt, sodass für diese Variable keine EU-Aggregate berechnet werden konnten. Aufgrund dieser Einschränkungen wurden für diesen Bericht die Daten aus dem Jahr 2007 herangezogen. Die Daten für 2013 sind bei Eurostat verfügbar unter <http://ec.europa.eu/eurostat/web/lfs/data/database>.

⁵⁹ Siehe Eurostat-Evaluierungsbericht AHM 2007, S. 26, verfügbar unter <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/1978984/6037334/Evaluation-Report-AHM-2007.pdf>

die Ursache für eine Langzeit-Arbeitsunfähigkeit (in 18,7 % der Fälle waren Muskel- und Skeletterkrankungen der Grund).⁶⁰ Darüber hinaus hat sich der Anteil der durch psychische Erkrankungen verursachten Krankschreibungstage seit dem Jahr 2000 verdoppelt. Es ist jedoch unklar, ob dieser Zuwachs auf eine Veränderung der Arbeitsbedingungen zurückzuführen ist. Der Studie zufolge kann die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen zum Teil auf eine höhere Aufmerksamkeit, einen erleichterten Zugang zu Therapien und verbesserte Diagnosen psychischer Erkrankungen zurückzuführen sein.⁶¹ Darüber hinaus können psychische Erkrankungen auch durch unterschiedliche Faktoren außerhalb des Arbeitsplatzes verursacht werden.

Diese zunehmende Häufigkeit psychischer Erkrankungen unter Erwerbstätigen geht auch aus einer Studie der Techniker Krankenkasse hervor, derzufolge sich mehr als 50 % der Erwerbstätigen heute gestresster fühlen als noch vor drei Jahren.⁶² Die betreffenden Befragten waren zudem der Auffassung, dass in diesem Zeitraum Stressfaktoren wie ein hohes Arbeitspensum, Termindruck und Informationsflut zugenommen haben. Einer in Nordrhein-Westfalen durchgeführten Studie zufolge nennen Arbeitnehmer am häufigsten die folgenden drei belastenden Faktoren: hoher Zeitdruck (40 %), hohe Verantwortung (35 %) und Überforderung durch die Arbeitsmenge (30 %).⁶³

Gesundheit und Vorruhestand

Den von der Deutschen Rentenversicherung vorgelegten Zahlen zufolge ist die Zahl der Frühverrentungen wegen einer vollen oder teilweisen Minderung der Erwerbsfähigkeit seit 2010 um 3,1 % gesunken.

Jedoch zeigen die von der Bundespsychotherapeutenkammer⁶⁴ und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)⁶⁵ auf der Grundlage der Daten der Deutschen Rentenversicherung durchgeführten Studien, dass sowohl die Zahl der Frühverrentungen aufgrund *psychischer Erkrankungen* als auch der Anteil psychischer Erkrankungen an allen Diagnosen bei Frühverrentungen zugenommen haben: Im Jahr 2013 erfolgten 43 % der Frühverrentungen aufgrund diagnostizierter psychischer Erkrankungen, während dieser Anteil im Jahr 2006 bei nur 33 % lag. Von allen psychischen Erkrankungen waren Depressionen die häufigste Diagnose, wobei ihr Anteil bei Frauen besonders hoch war, während bei Männern auch Alkoholerkrankungen eine wesentliche Rolle spielten. Die Zahl der durch eine geminderte Erwerbsfähigkeit aufgrund anderer gesundheitlicher Probleme (wie Muskel- und Skeletterkrankungen, Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen) verursachten Frühverrentungen ist seit 2010 zurückgegangen.⁶⁶

Die Zahlen belegen ferner, dass psychische Erkrankungen bei Frauen etwas häufiger den Grund für eine Frühverrentung darstellen (im Jahr 2013 bei 49 % aller Frühverrentungen) als bei Männern (36,5 %), während Muskel- und Skeletterkrankungen, Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern häufiger eine Frühverrentung verursachen als bei Frauen.

Wie Hans Martin Hasselhorn von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in einem Vortrag aufzeigte, ist in der Altersgruppe der 51- bis 64-Jährigen der Anteil der Erwerbstätigen unter den Gesunden höher als unter jenen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bezeichnen (Tabelle 12). Dies legt den Schluss nahe, dass ein guter Gesundheitszustand die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass ältere Erwerbstätige im Arbeitsmarkt verbleiben. Hasselhorn zufolge ist die Entscheidung, in Rente zu gehen, abhängig von der Motivation (Will ich arbeiten?), der Arbeitsfähigkeit (Kann ich arbeiten?) und finanziellen Aspekten (Muss ich arbeiten?).

Die Gesundheit steht in einem engen Zusammenhang mit den beiden erstgenannten Aspekten. So „führt ein schlechter Gesundheitszustand zu einer Verrentung, wenn Menschen nicht mehr arbeiten können (Arbeitsfähigkeit) oder befürchten, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtern könnte

⁶⁰ Ibid., S. 26.

⁶¹ Ibid., S. 29 f.

⁶² Ibid., S. 31; zitiert nach: TK – Techniker Krankenkasse (2013), *Bleib locker, Deutschland! TK-Studie zur Stresslage der Nation*, Hamburg: TK-Hausdruckerei.

⁶³ Ibid., S. 31

⁶⁴ Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013), *BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung*, S. 4. Verfügbar unter http://www.bptk.de/uploads/media/20140128_BPtK-Studie_zur_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit_2013_1.pdf (abgerufen im Dezember 2014).

⁶⁵ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2014), *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2013*, S. 157, verfügbar unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga-2013.html> (abgerufen im Mai 2015).

⁶⁶ Ibid., S. 158.

(Motivation); ein guter Gesundheitszustand führt zu einer Verrentung, wenn Menschen nicht mehr arbeiten wollen (Motivation) oder eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands befürchten (Motivation); ein schlechter Gesundheitszustand führt nicht zu einer Verrentung, wenn Menschen arbeiten können (Arbeitsfähigkeit), arbeiten wollen (Motivation) oder arbeiten müssen (finanzielle Aspekte)“ (Hasselhorn, Focal-Points-Seminar der EU-OSHA in Bilbao, 2014).

Tabelle 12, Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der deutschen Bevölkerung im Alter zwischen 51 und 65 Jahren, nach Erwerbsstatus

	Gut/sehr gut	Schlecht
Erwerbstätig	6,3 Mio. 67%	2,7 Mio. 48%
Nicht erwerbstätig	3,0 Mio. 33%	2,9 Mio. 52%

Quelle: Hasselhorn, H. M., Focal-Points-Seminar der EU-OSHA in Bilbao, Mai 2014, Daten aus GEDA 2009, RKI 2010, gewichtete Daten; die Anteile wurden aus den Spaltensummen errechnet.

Andere Gründe für eine Frühverrentung

Anhand der Daten aus der ersten SHARE-Erhebungsrunde (2004) untersuchten Koenen et al. (2009),⁶⁷ ob die unfreiwillige und freiwillige Frühverrentung⁶⁸ von anderen Faktoren, wie etwa Geschlecht, Betriebsgröße und Sektor, abhängig ist.⁶⁹ Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der frühverrenteten Beschäftigten im Alter von mindestens 63 Jahren unfreiwillig in Frührente geschickt wurde (59 %), während ein ebenfalls relativ großer Anteil freiwillig in Frührente gegangen ist (41 %). Des Weiteren wurden Männer häufiger unfreiwillig frühverrentet als Frauen (68 % aller frühverrenteten Männer wurden unfreiwillig in Frührente geschickt, während dies nur auf 48 % der Frauen zutraf)⁷⁰. Eine Regressionsanalyse bestätigte diesen geschlechtsspezifischen Effekt.

Ein weiterer Faktor, der sich auf die Wahrscheinlichkeit einer unfreiwilligen Frühverrentung auswirkte, war die Beschäftigung in mittelgroßen bzw. großen Betrieben. So wurden die Beschäftigten von Betrieben mit mehr als 25 Mitarbeitern häufiger unfreiwillig in Frührente geschickt als die Mitarbeiter von Betrieben mit höchstens sechs Mitarbeitern. Darüber hinaus ist der Anteil der freiwillig Frühverrenteten unter den Personen mit einem jüngeren Verrentungsalter höher als unter den Befragten, die erst in einem höheren Alter verrentet wurden (insgesamt wurden Personen befragt, die im Alter zwischen 55- und 64-Jährigen frühverrentet wurden). Die Autoren erklären dies mit der Tatsache, dass der optimale Zeitpunkt zur freiwilligen Frühverrentung – durch Abwägung zwischen möglicher Freizeit und möglichem Mehrverdienst – aufgrund der in Deutschland geltenden Frühverrentungsprivilegien schon relativ früh liegt⁷¹. Hingegen stellte sich heraus, dass sich die Frage, ob eine Person im tertiären oder im sekundären Sektor beschäftigt ist, nicht signifikant auf ihre unfreiwillige oder freiwillige Frühverrentung auswirkt.

⁶⁷ Koenen, F., Reichert, T., Zapf, I. (2009), „Freiwillige und unfreiwillige Frühverrentung in Deutschland. Effekte von Arbeitsmarktstrukturen und Geschlecht“, in: Engelhardt, H., *Altern in Europa. Empirische Analysen mit dem Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Bamberger Beiträge zur Soziologie, Band 01, University of Bamberg Press 2009.

⁶⁸ Eine *freiwillige Frühverrentung* liegt der in der Studie vorgenommenen Definition zufolge vor, wenn Personen aus den folgenden Gründen in Frührente gegangen sind: aufgrund des eigenen schlechten Gesundheitszustands oder des schlechten Gesundheitszustands von Familienangehörigen oder Freunden, um zur gleichen Zeit wie der Ehegatte bzw. Partner in den Ruhestand zu gehen, um das Leben zu genießen oder weil sie das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht hatten, wobei sie ZUGLEICH die Möglichkeit zur Weiterarbeit hatten. Eine „*unfreiwillige Frühverrentung*“ ist in dieser Studie definiert als eine Frühverrentung aus den folgenden Gründen: Die Betroffenen haben ein Angebot für eine Vorruhestandsregelung erhalten, wurden gekündigt oder hatten das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht UND KEINE Möglichkeit zur Weiterarbeit.

⁶⁹ Stichprobe: Befragte im Modul „Employment and Pensions“, Personen, die eine gesetzliche Altersrente oder Vorruhestandsbezüge erhalten, Alter zum Zeitpunkt der Befragung mindestens 63 Jahre, Rentenerstbezug vor dem 65. Lebensjahr, Angestellte, Kohorten ab dem Jahrgang 1921-1925; Personen, die eine Erwerbsminderungsrente erhielten, wurden von der Stichprobe ausgeschlossen.

⁷⁰ Ibid., S. 73.

⁷¹ Ibid., S. 81.

1.1.5 Definition des Begriffs ältere Erwerbstätige

In Deutschland gibt es derzeit weder in den Rechtsvorschriften noch anderweitig eine einheitliche Definition des Begriffs ältere Erwerbstätige.

1.2 Institutionelle Struktur für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit

Im folgenden Abschnitt wird die institutionelle Gesamtstruktur des Arbeitsschutzes in Deutschland vorgestellt.

Gesamtstruktur

In Deutschland gibt es ein duales Arbeitsschutzsystem (siehe Abbildung 6). Der staatliche Arbeitsschutz obliegt dem Bund und den 16 Ländern, wobei Ersterer über die meisten Aspekte der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit entscheidet, während Letztere für die Organisation der Arbeitsaufsicht zuständig sind. Bei Ministerkonferenzen kommen Bundesregierung und Landesregierungen zusammen, um Aktivitäten und gemeinsame Verantwortlichkeiten zu erörtern.

Auf der anderen Seite stehen die selbstverwalteten Unfallversicherungsträger, d. h. die gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften bzw. die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (Unfallkassen), die eigene Aufsichtsfunktionen wahrnehmen. Das Hauptziel der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken. Die Berufsgenossenschaften erlassen mit Genehmigung der Bundesregierung und der Länder eigene Unfallverhütungsvorschriften (Berufsgenossenschaftliche Vorschriften für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, BGV).⁷²

Das deutsche Arbeitsschutzsystem basiert auf der Zusammenarbeit und Konsultation zwischen den Beteiligten. Die Koordinierung der einzelnen Beteiligten erfolgt durch die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) (siehe Abschnitt 2.1.1). In diesem Rahmen arbeiten die Partner, d. h. die Bundesregierung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BMAS), die 16 Länder und die Unfallversicherungsträger auf nationaler Ebene bei der Planung, Durchführung und Evaluierung von Arbeitsschutzmaßnahmen zusammen und tauschen Informationen mit anderen Akteuren aus, die sich mit dem Thema Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit befassen (wie beispielsweise Berufsverbänden, Hochschuleinrichtungen usw.).⁷³

Für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit zuständige Regierungsbehörden

- **Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS):** Das BMAS ist das im Wesentlichen für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit zuständige Ministerium. Es erarbeitet die einschlägigen Gesetze und Verordnungen. Darüber hinaus unterstützt es die für seinen Zuständigkeitsbereich relevanten Projekte, wie beispielsweise Vorhaben im Zusammenhang mit der Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer, der alternden Erwerbsbevölkerung, der Produktivität und der Arbeitsfähigkeit. Zudem führt das Ministerium die Aufsicht über die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sowie die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und ist in der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK) der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie vertreten. Das BMAS wird durch beratende staatliche Ausschüsse unterstützt, die sich mit Fragen des Arbeitsschutzes befassen (Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe usw.).
- **Länder:** Die 16 Länderregierungen sind für die Arbeitsschutzaufgaben zuständig. Die Länder beraten Arbeitgeber und überwachen die Einhaltung der Rechtsvorschriften. Sie beschäftigen das Aufsichtspersonal und legen die praktischen Durchsetzungsvorschriften und -strategien der Länder fest. Darüber hinaus arbeiten sie im **Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik**, dem sogenannten LASI, zusammen.⁷⁴

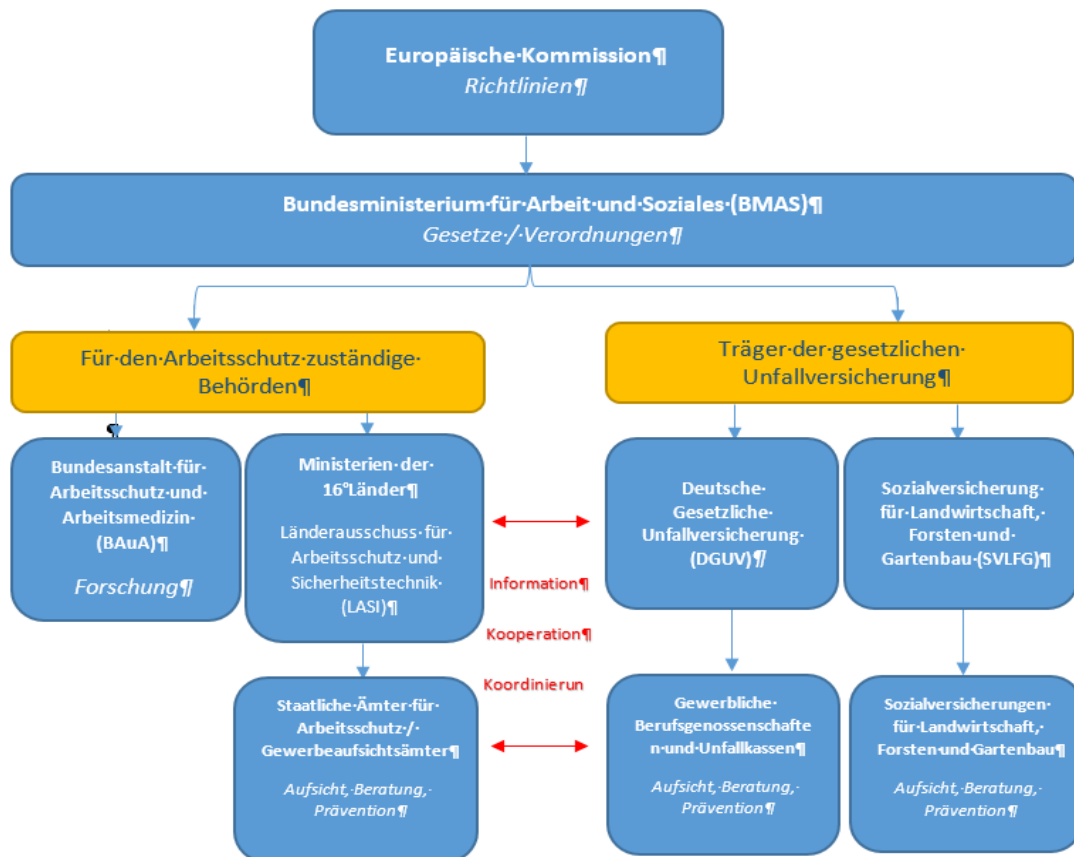
⁷² EU-OSHA, nationaler Focal Point Deutschland: <https://osha.europa.eu/de/about-eu-osha/national-focal-points/germany> (aufgerufen im Dezember 2014).

⁷³ WHO, *Country profile of occupational health system in Germany*, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012, S. xii.

⁷⁴ Institute for Employment Studies und Kooperationsstelle Hamburg IFE GmbH (2013), *Qualitative post-test evaluation of ESENER – National overview reports*.

- **Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA):** Die BAuA forscht und entwickelt im Themenfeld Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, fördert den Wissenstransfer in die Praxis, berät die Politik und erfüllt hoheitliche Aufgaben – im Gefahrstoffrecht, bei der Produktsicherheit und mit dem Gesundheitsdatenarchiv. Die BAuA ist eine Ressortforschungseinrichtung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Zudem stellt sie Mittel für Forschungsarbeiten im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit bereit.

Abbildung 6, Infrastruktur des Arbeitsschutzes in Deutschland



Quelle: BAuA, 2015

System der gesetzlichen Unfallversicherung

In Deutschland sind alle Beschäftigten gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert. Es handelt sich dabei um eine umlagefinanzierte, verschuldensunabhängige Pflichtversicherung. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind selbstverwaltet und werden ausschließlich aus Arbeitgeberbeiträgen finanziert. In den Selbstverwaltungsgremien der Unfallversicherungsträger, wie beispielsweise der Vertreterversammlung oder dem Vorstand der DGUV, sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer vertreten. Neben ihrer Präventionsarbeit bieten die Unfallversicherungsträger medizinische und berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen sowie Entgeltersatzleistungen für Versicherte, die bei der Arbeit oder auf dem Arbeitsweg verletzt wurden oder an Berufskrankheiten leiden.

- **Träger der gesetzlichen Unfallversicherung** – Berufsgenossenschaften (BG) und Unfallkassen (UK): Die neun gewerblichen Berufsgenossenschaften (z. B. die Berufsgenossenschaften für Handel und Warendistribution, für Holz und Metall oder Rohstoffe und chemische Industrie) erlassen eigene Unfallverhütungsvorschriften (nach Genehmigung durch die Bundes- und Landesbehörden). Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)** ist der Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der

Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.⁷⁵ Der Verband beschäftigt etwa 2800 Aufsichtspersonen sowie etwa 2000 weitere Mitarbeiter, die Arbeitgeber und Unternehmen in Präventionsfragen beraten.⁷⁶ Die DGUV finanziert Forschungsprojekte externer Stellen in den Bereichen Prävention, Berufskrankheiten und Rehabilitation, die für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung von übergreifendem Interesse sind. Besondere Merkmale der Arbeitsschutzforschung sind ihr Praxisbezug und die Entwicklung von Lösungen, die unmittelbar verfügbar und für die Umsetzung in die betriebliche Praxis geeignet sind. Darüber hinaus unterhält die DGUV eigene Institute, die in den Bereichen Forschung, Entwicklung, Beratung, Prüfung sowie Aus- und Weiterbildung tätig sind:

- o Das **Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA)** ist naturwissenschaftlich-technisch ausgerichtet.⁷⁷
- o Die Forschungstätigkeit des **Instituts für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IPA)** hat im Wesentlichen die Vermeidung von Gesundheitsgefährdungen der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit unterschiedlichen Gefahrstoffen zum Gegenstand. Ziel ist die Erarbeitung von Präventionsmaßnahmen und die Verbesserung der Diagnostik und Therapie von Berufskrankheiten.⁷⁸
- o Das **Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG)** ist in den Bereichen Sozial-, Wirtschafts- und Erziehungswissenschaften, Arbeitspsychologie, Arbeitsorganisation sowie Rechts- und Ingenieurwissenschaften tätig.⁷⁹
- **Spitzenverband Bund der Krankenkassen** (GKV Spitzenverband): Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Wie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung werden auch die gesetzlichen Krankenkassen von Selbstverwaltungsorganen geführt, in denen Arbeitgeber und Arbeitnehmer paritätisch vertreten sind. Die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Träger der Unfallversicherung sind seit 1996 verpflichtet, sich gemeinsam für die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und die betriebliche Gesundheitsförderung einzusetzen.⁸⁰ Gegenwärtig sind in Deutschland annähernd 90 % der Bevölkerung bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert. Das Grundprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung ist Solidarität: Die Höhe der Beiträge der einzelnen Versicherten richtet sich nicht nach ihrem Gesundheitsstatus, sondern nach ihrem Einkommen.

Arbeitsschutzaufsicht

Die Aufsichtsbeamten der Länder gewährleisten die Einhaltung der einschlägigen Bundesgesetze und -verordnungen, während die Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger dafür sorgen, dass deren Unfallverhütungsvorschriften erfüllt werden. Darüber hinaus überwachen die Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger die Durchführung der Gesetze und Verordnungen der Länder, sind jedoch nicht befugt, diesbezügliche Verstöße mit Geldbußen zu ahnden.

In der Regel stimmen die Aufsichtsbeamten der Länder und die Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger ihre Tätigkeiten aufeinander ab, vermeiden Doppelarbeit und halten einander durch schriftliche Aufzeichnungen oder mündliche Mitteilungen auf dem neuesten Stand. Bei schwerwiegenden Verstößen eines Unternehmens sowie bei schweren und tödlichen Arbeitsunfällen führen sie jedoch gemeinsame Untersuchungen durch. Aufgrund der mit der GDA einhergehenden Gesetzesänderungen (siehe oben und Punkt 2.1.1) werden die Aufwachtdienste der Arbeitsschutzbehörden und Unfallversicherungsträger in naher Zukunft – nach Klärung der

⁷⁵ Website der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung: <http://www.dguv.de/de/Forschung/index-2.jsp> (abgerufen im Dezember 2014).

⁷⁶ Institute for Employment Studies und Kooperationsstelle Hamburg IFE GmbH (2013), *Qualitative post-test evaluation of ESENER – National overview reports*.

⁷⁷ Website des IFA: <http://www.dguv.de/ifa/index.jsp> (abgerufen im Dezember 2014).

⁷⁸ Website des IPA: <http://www.ipa.ruhr-uni-bochum.de/index.php> (abgerufen im April 2015).

⁷⁹ Website des IAG: <http://www.dguv.de/iag/index.jsp> (abgerufen im Dezember 2014).

⁸⁰ Weitere Informationen sind auf der Website der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) verfügbar: <http://www.iga-info.de/wir-ueber-uns/historie.html> (abgerufen im Dezember 2014).

Datenschutzregelungen – Zugriff auf eine internetgestützte Datenbank erhalten, die ihnen die Koordinierung ihrer Aufsichtstätigkeiten erleichtern wird.⁸¹

Weitere einschlägige Einrichtungen

- **Nationale Arbeitsschutzkonferenz (NAK):** Die NAK ist ein Entscheidungsgremium für die Planung, Koordinierung und Evaluation von Maßnahmen und Aktivitäten, in dem die zentralen Akteure des Arbeitsschutzes vertreten sind. Sie erarbeitet Maßnahmen für die Durchführung und Evaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA – siehe Punkt 2.1.1). Die NAK setzt sich aus je drei stimmberechtigten Vertretern des Bundes, der Länder und der Unfallversicherungsträger sowie bis zu je drei beratenden Vertretern der Spitzenverbände der Sozialpartner zusammen.
- **Bundesagentur für Arbeit (BA):** Die BA ist der deutschlandweit größte Anbieter von Arbeitsmarktdienstleistungen. Sie verfügt über ein bundesweites Netz aus mehr als 700 Agenturen für Arbeit und Dependancen. Ihre wichtigsten Aufgaben sind die Vermittlung in Arbeits- und Ausbildungsstellen, Berufsberatung und die Zahlung von Entgeltersatzleistungen (wie beispielsweise Arbeitslosengeld und Insolvenzgeld). Die Familienkasse ist eine Dienststelle der Bundesagentur für Arbeit und für die Zahlung von Kindergeld und Kinderzuschlag zuständig.⁸²

Sozialer Dialog

Tarifverhandlungen: Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände können Tarifverträge (gemäß Tarifvertragsgesetz) abschließen. Es zeichnet sich zwar eine Tendenz zur Dezentralisierung ab, das vorherrschende Modell sind jedoch nach wie vor branchenspezifische Tarifverhandlungen.

Gewerkschaften: Die Gesamtzahl der gewerkschaftlich organisierten Arbeitnehmer ist seit der deutschen Wiedervereinigung drastisch gesunken. Am stärksten war der **Deutsche Gewerkschaftsbund** (DGB, ein gewerkschaftlicher Dachverband) betroffen, der seit dem Höchststand im Jahr 1991 fast die Hälfte (48 %) seiner Mitglieder verloren hat. Der OECD zufolge ist der gewerkschaftliche Organisationsgrad⁸³ in Deutschland zwischen 1993 und 2013 von 31,8 % auf 17,7 % gesunken und liegt derzeit knapp über dem OECD-Durchschnitt (16,9 % im Jahr 2013).⁸⁴ Dafür gibt es mehrere Gründe: Zum einen den Mitgliederschwund in Ostdeutschland nach der Wiedervereinigung, zum anderen die Arbeitsplatzverluste in ehemals gut organisierten Branchen infolge von Rationalisierungen, Umstrukturierungen, Standortverlagerungen, Outsourcing und der Privatisierung staatlicher Großunternehmen.⁸⁵ Vier Gewerkschaften, darunter die größte deutsche Gewerkschaft IG Metall, verzeichnen jedoch mittlerweile wieder einen leichten Mitgliederzuwachs. Am höchsten ist der Anteil der Gewerkschaftsmitglieder unter den Arbeitern des verarbeitenden Gewerbes und den Beschäftigten des öffentlichen Dienstes, während er in den privaten Dienstleistungssektoren wesentlich geringer ist.⁸⁶

In den Vorständen der **Träger der gesetzlichen Unfallversicherung** sind die branchenspezifischen oder landesweiten Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften paritätisch vertreten, d. h. sie halten jeweils 50 % der Stimmen (Sitze).⁸⁷ Diese Regelung wurde bereits im Jahr 1951 mit dem Gesetz über die Selbstverwaltung und über Änderungen von Vorschriften auf dem Gebiet der Sozialversicherung eingeführt.

Interessenvertretung auf Unternehmensebene: Die **Betriebsräte** vertreten die Interessen der Beschäftigten in Unternehmen, sind jedoch gesetzlich nicht befugt, Tarifvereinbarungen auszuhandeln.

⁸¹ WHO, *Country profile of occupational health system in Germany*, a. a. O.

⁸² Website der Bundesagentur für Arbeit: <http://www.arbeitsagentur.de> (abgerufen im Dezember 2014).

⁸³ Der gewerkschaftliche Organisationsgrad entspricht dem Quotienten aus der Zahl der Lohn- und Gehaltsempfänger, die Gewerkschaftsmitglieder sind, und der Gesamtzahl der Lohn- und Gehaltsempfänger (OECD, *Labour Force Statistics*). Der Organisationsgrad wird nach Möglichkeit anhand von Erhebungsdaten berechnet. Andernfalls werden um Nichterwerbspersonen und Selbstständige bereinigte Verwaltungsdaten herangezogen (OECD).

⁸⁴ OECD (OECD Employment database): <http://www.oecd.org/els/emp/onlineoecdemploymentdatabase.htm#union>.

⁸⁵ Dribbusch, H., Birke, P., *Trade Unions in Germany – Organisation, Environment, Challenges*, 2012. Verfügbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/id-moe/09113-20120828.pdf> (abgerufen im Dezember 2014).

⁸⁶ ETUI, *worker-participation.eu*: <http://de.worker-participation.eu/National-Industrial-Relations/Countries/Germany/Trade-Unions> (abgerufen im Dezember 2014).

⁸⁷ Institute for Employment Studies und Kooperationsstelle Hamburg IFE GmbH (2013), *Qualitative post-test evaluation of ESNER – National overview reports*.

Sie können sich aber mit den einzelnen Arbeitgebern über Themen, die nicht in den Bereich von Tarifvereinbarungen fallen, sowie über die praktische Umsetzung der tarifvertraglichen Bestimmungen im Betrieb einigen. Diese Vereinbarungen gewinnen zunehmend an Bedeutung, da die Tarifverträge den lokalen Verhandlungsparteien mehr Flexibilität einräumen.⁸⁸ Der Betriebsrat hat sich allgemein dafür einzusetzen, dass die geltenden Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften eingehalten werden, und die Arbeitsschutzbehörden und andere Stellen in ihren Bemühungen um die Beseitigung von Gefahren durch Anregungen, Beratung und Auskunft zu unterstützen. Darüber hinaus hat der Betriebsrat im Zusammenhang mit der Sicherheit und dem Gesundheitsschutz bei der Arbeit eine Reihe konkreter Rechte (z. B. das Recht, über die den Arbeitsschutz betreffenden Anordnungen unterrichtet zu werden).⁸⁹

1.3 Rechtsvorschriften betreffend Arbeit und Beschäftigung, Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit und Nichtdiskriminierung

Der folgende Abschnitt bietet einen kurzen Überblick über die wichtigsten Rechtsvorschriften in den Bereichen Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit, Arbeit und Beschäftigung sowie Nichtdiskriminierung. Dabei wird untersucht, ob diese Vorschriften Bestimmungen über ältere Arbeitnehmer oder nachhaltige Arbeitsbedingungen beinhalten.

Rechtsvorschriften über die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit

Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG): Das ArbSchG regelt die Pflichten der Arbeitgeber im Hinblick auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit, die diesbezüglichen Rechte und Pflichten der Arbeitnehmer sowie die Arbeitsschutzaufgaben der Durchsetzungsbehörden. Der Arbeitgeber muss die erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit zu gewährleisten und zu verbessern. Insbesondere muss er eine Beurteilung der am Arbeitsplatz bestehenden Gefährdungen durch physische und psychische Belastungen vornehmen (§ 5 ArbSchG). Die psychischen Gefährdungen wurden im Jahr 2013 in das Arbeitsschutzgesetz aufgenommen.

Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit, auch Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG): Gemäß diesem Gesetz ist der Arbeitgeber verpflichtet, sowohl Betriebsärzte als auch Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen. Diese haben unter anderem die Aufgabe, die vom Arbeitgeber im Bereich der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes ergriffenen Maßnahmen zu unterstützen.

Sozialgesetzbuch (SGB): Das Sozialgesetzbuch bildet die Grundlage aller gesetzlichen Regelungen zur Rehabilitation im Rahmen des deutschen Sozialschutzesystems. Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) aus dem Jahr 2001 soll die Unübersichtlichkeit und Unterschiedlichkeit des bestehenden Rehabilitationsrechts soweit wie möglich beenden.⁹⁰ Gemäß SGB IX, „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, sollen mit Blick auf die Rehabilitation der Beschäftigten Leistungen erbracht werden, um

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten,
- eine nachhaltige Teilhabe am Arbeitsleben sicherzustellen⁹¹ (siehe auch Abschnitt 3).

⁸⁸ ETUI, worker-participation.eu: <http://de.worker-participation.eu/National-Industrial-Relations/Countries/Germany/Collective-Bargaining> (abgerufen im Dezember 2014).

⁸⁹ ETUI, worker-participation.eu: <http://de.worker-participation.eu/National-Industrial-Relations/Countries/Germany/Health-and-Safety> (abgerufen im Dezember 2014).

⁹⁰ Weitere Informationen sind auf der Website der BIH-Integrationsämter verfügbar: <http://www.integrationsaemter.de/Fachlexikon/SGB-IX--Rehabilitation-und-Teilhabe-behinderter-Menschen-77c376i1p/index.html> (abgerufen im Dezember 2014).

⁹¹ EU-OSHA, *Work-related musculoskeletal disorders: Back to work report*, 2007.

Rechtsvorschriften über Beschäftigung und Arbeit

Tarifvertragsgesetz (TVG), 1949: Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften können Tarifverträge abschließen. Über den Gegenstand der Verhandlungen, beispielsweise die Arbeitsbedingungen für ältere Arbeitnehmer, entscheiden die Sozialpartner.

Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG), 1952, geändert 2001: Dieses Gesetz regelt die Errichtung und die Aufgaben der Betriebsräte sowie die für sie geltenden Beschränkungen. In jedem Betrieb mit mindestens fünf Beschäftigten haben diese das Recht, einen Betriebsrat zu wählen. Im Hinblick auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit hat sich der Betriebsrat allgemein dafür einzusetzen, dass die geltenden Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften eingehalten werden, und die Arbeitsschutzbehörden und andere Stellen in ihren Bemühungen um die Beseitigung von Gefahren durch Anregung, Beratung und Auskunft zu unterstützen.⁹²

Antidiskriminierungsvorschriften

Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG), 2006: Ziel dieses Gesetzes ist es, Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen (§ 1 AGG). Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz regelt die Ansprüche und Rechtsfolgen in Fällen von Diskriminierung sowohl im Beschäftigungsbereich als auch im Bereich des Zivilrechts.⁹³ Auf die Kirchen in ihrer Eigenschaft als Arbeitgeber ist dieses Gesetz nicht anwendbar.

1.4 Rentensystem

Das deutsche Alterssicherungssystem beruht auf drei Säulen:

1. **Gesetzliche Rentenversicherung:** Sie ist die wichtigste Säule des deutschen Alterssicherungssystems. Alle Arbeitnehmer zahlen einen Teil ihres Arbeitsentgelts in dieses System ein, wobei der Beitrag jeweils zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen wird.
2. **Betriebliche Altersvorsorge:** Die betriebliche Altersvorsorge wurde im Jahr 1974 mit dem Betriebsrentengesetz eingeführt. Dabei handelt es sich um Leistungen, die ein Unternehmen seinen Arbeitnehmern zusagt. Steuervorteile und staatliche Zulagen schaffen für Unternehmen und Arbeitnehmer Anreize, in diese Systeme zu investieren.
3. **Private Altersvorsorge:** Die private Altersvorsorge spielt bislang noch keine sehr große Rolle, gewinnt jedoch als Ergänzung zur gesetzlichen Rentenversicherung zunehmend an Bedeutung. Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten Arbeitnehmer Steuervorteile und staatliche Zulagen zur privaten Altersvorsorge.

Renteneintrittsalter (gesetzlich und tatsächlich)

Bis 2014 lag das gesetzliche Renteneintrittsalter bei 65 Jahren. Derzeit wird es jedoch schrittweise auf 67 Jahre angehoben. Angaben der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zufolge lag das tatsächliche Renteneintrittsalter im Jahr 2012 unter Männern bei 64 Jahren und unter Frauen bei 63,9 Jahren.⁹⁴

Frührente/Teilrente

Für folgende Personengruppen ist es möglich, vor Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters in Rente zu gehen:⁹⁵

⁹² ETUI, worker-participation.eu: <http://de.worker-participation.eu/National-Industrial-Relations/Countries/Germany/Health-and-Safety> (abgerufen im Dezember 2014).

⁹³ Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz ist im Internet verfügbar unter http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/AGG/agg_gleichbehandlungsgesetz.html (abgerufen im Dezember 2014).

⁹⁴ Weiterführende Informationen sind der Website der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zu entnehmen: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/6_Wir_ueber_uns/02_Fakten_und_Zahlen/04_Jahresbericht/jahresbericht_index_node.html (abgerufen im Dezember 2014). Die von der OECD vorgelegten Zahlen zum durchschnittlichen tatsächlichen Renteneintrittsalter weichen leicht von diesen Angaben ab (siehe Tabelle 1).

⁹⁵ Ibid.

- Personen, die vor 1952 geboren sind und nach Vollendung eines Lebensalters von 58 Jahren und sechs Monaten insgesamt 52 Wochen arbeitslos waren,
- Frauen, die vor 1952 geboren wurden,
- schwerbehinderte Menschen,
- Personen, die mindestens 63 Jahre alt sind und mindestens 45 Jahre Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung geleistet haben (Reform vom Juni 2014).

Personen, die aus einem der oben genannten Gründe vor Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters in Rente gehen könnten, haben auch die Möglichkeit, eine Teilrente zu beziehen, wenn sie sich dafür entscheiden, mit einem geringen Hinzuverdienst weiterhin erwerbstätig zu sein.

Hinzuverdienst zur Altersrente⁹⁶

Unter den folgenden Bedingungen ist ein Hinzuverdienst zur Altersrente zulässig:

- Die Bezieher einer Regelaltersrente können unbegrenzt hinzuverdienen.
- Die Bezieher einer Erwerbsminderungsrente oder einer vorgezogenen Altersrente (derzeit vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze von 65 Jahren), dürfen bestimmte Hinzuverdienstgrenzen nicht überschreiten. Bei Erwerbsminderungsrenten werden zudem bestimmte Sozialleistungen angerechnet. Werden die Hinzuverdienstgrenzen überschritten, wird die Rente vermindert ausbezahlt oder kann sogar ganz entfallen.

⁹⁶ Ibid.

2 Überblick über die politischen Maßnahmen, Strategien und Programme im Zusammenhang mit der Sicherheit und dem Gesundheitsschutz älterer Beschäftigter bei der Arbeit

Angesichts der steigenden Lebenserwartung ist es wichtig, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die ein gesundes und aktives Altern ermöglichen und sicherstellen, dass die Beschäftigten das Rentenalter bei guter Gesundheit erreichen. Das folgende Kapitel bietet einen Überblick über die verschiedenen politischen Maßnahmen, Programme und Initiativen, die in Deutschland von Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen im Zusammenhang mit der Nachhaltigkeit der Arbeit und einem gesünderen Arbeitsleben eingeleitet wurden.

2.1 Von den Regierungen des Bundes und der Länder und Regierungsorganisationen ergriffene Initiativen

2.1.1 Bundesebene

Demografischer Wandel

Demografiestrategie der Bundesregierung: In Deutschland vollzieht sich seit einigen Jahrzehnten ein massiver demografischer Wandel. Insbesondere ist eine Alterung der Allgemeinbevölkerung und somit auch der Erwerbsbevölkerung zu beobachten, die eine Reihe gesellschaftlicher Anpassungen verlangt, die sich auch auf die Arbeitswelt erstrecken müssen. Die ressortübergreifende Demografiestrategie der Bundesregierung mit dem Titel „Jedes Alter zählt“ wurde im April 2012 in die Wege geleitet und hat sechs Schwerpunktbereiche zum Gegenstand, in denen Maßnahmen erarbeitet werden sollen, um die Zukunftschancen und das Potenzial des demografischen Wandels in vollem Umfang auszuschöpfen:

- Familie als Gemeinschaft stärken,
- motiviert, qualifiziert und gesund arbeiten,
- selbstbestimmtes Leben im Alter,
- Lebensqualität in ländlichen Räumen und integrative Stadtpolitik,
- nachhaltiges Wachstum und Wohlstand,
- Handlungsfähigkeit des Staates und öffentliche Finanzen.

Für den zweiten Schwerpunktbereich, der sich auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz sowie das Wohlbefinden der Arbeitnehmer bezieht, wurden die folgenden Ziele festgelegt:

- Gesundheit am Arbeitsplatz erhalten und fördern, Risiken vermeiden oder minimieren,
- Qualifizierung und Weiterbildung im gesamten Lebenslauf ausbauen,
- Rahmenbedingungen für längere Lebensarbeitszeit gestalten,
- für eine Kultur des längeren Arbeitens sensibilisieren, Bewusstseinswandel herbeiführen und Kooperation der Akteure verstärken,
- Lebensleistung in der Rente belohnen und Vorsorge für das Alter honorieren.

Mit diesen Zielen beabsichtigt die Bundesregierung, den Schutz und die Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz zu unterstützen und Anreize für Unternehmen zu schaffen, die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu fördern. Gemeinsam mit Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften unterstützt die

Bundesregierung die Schaffung altersgerechter Arbeitsplätze und die Entwicklung einer Kultur für ein besseres, längeres Arbeitsleben.⁹⁷

Die Strategie wird auf allen Ebenen umgesetzt, und die einschlägigen Aktionen und Maßnahmen werden mithilfe themenspezifischer Arbeitsgruppen nicht nur von der Bundesregierung, sondern auch von den Ländern und Kommunen, den Sozialpartnern, den Sozialversicherungsträgern und anderen Gestaltungspartnern durchgeführt.

Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA): Ziel dieser Strategie ist es, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten aller Altersstufen – unter anderem durch Maßnahmen einer betrieblichen Gesundheitsförderung – zu erhalten, zu verbessern und zu fördern und ein anwenderfreundliches, transparentes und kohärentes Vorschriften- und Regelwerk zu gestalten. Die Strategie wurde von der Bundesregierung, den Ländern und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung im Jahr 2007 bei der 84. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder (Arbeits- und Sozialministerkonferenz, ASMK) vereinbart. Die GDA verpflichtet die drei Parteien, gemeinsame Arbeitsschutzziele und vorrangige Handlungsfelder, Eckpunkte für Arbeitsprogramme sowie einheitliche Grundsätze für die Durchführung der Tätigkeiten zu vereinbaren. Für den Zeitraum 2013 bis 2018 wurden im Rahmen der GDA die folgenden drei Arbeitsschutzziele festgelegt: 1) Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes, 2) Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen sowie Muskel- und Skeletterkrankungen und 3) Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung. Die meisten Aktivitäten legen den Schwerpunkt auf den demografischen Wandel und die alternde Erwerbsbevölkerung. Sämtliche Aktivitäten und Ergebnisse der GDA werden evaluiert.⁹⁸

Die **Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)**⁹⁹ wurde 2002 als gemeinsames Vorhaben der Bundesregierung, der Länder, der Sozialversicherungsträger, der Sozialpartner und anderer Partner ins Leben gerufen. Ziel des Projekts war die Förderung einer besseren Arbeitsqualität, da diese langfristig einen Schlüsselfaktor für die nachhaltige Wettbewerbsfähigkeit und Innovationskraft der Unternehmen in Deutschland darstellt. Mittlerweile koordiniert die Initiative die Aktivitäten der beteiligten Einrichtungen in Deutschland und bietet eine unabhängige Plattform für einen konstruktiven Austausch von Informationen und Ideen im Zusammenhang mit der betrieblichen Praxis. Unter dem Dach der Initiative Neue Qualität der Arbeit befassen sich Vertreter aus Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und Gesellschaft mit Unterstützung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit der Frage, wie Arbeitsbedingungen geschaffen werden können, die zum einen für die Arbeitnehmer attraktiv sind und ihr Wohlbefinden verbessern und zum anderen für die Unternehmen wirtschaftlich rentabel sind. Die INQA initiiert und fördert ein breites Spektrum von Projekten:

- mehrere Netzwerke für bestimmte Themen und Zielgruppen, in denen Fachwissen und Kenntnisse ausgetauscht und weitergegeben werden (z. B. Netzwerke für KMU oder das Demografienetzwerk ddn, siehe unten);
- Veröffentlichungen, Leitlinien und Checklisten, wie beispielsweise
 - o das E-Learning-Tool „Förderung psychischer Gesundheit als Führungsaufgabe“,¹⁰⁰
 - o der „INQA-Demografie-Check“, ein Online-Instrument zur Selbsteinschätzung für Unternehmen,¹⁰¹
 - o der Bericht „Mit Prävention die Zukunft gewinnen – Strategien für eine demographiefeste Arbeitswelt“;
- eine Datenbank mit Beispielen für gute praktische Lösungen von Unternehmen. Der Schwerpunkt der INQA liegt auf vier Bereichen der Personal- und Arbeitsschutzpolitik: Personalführung, Chancengleichheit und Diversity, Wissen und Kompetenz sowie Gesundheit bei der Arbeit.

⁹⁷ Weitere Informationen sind auf der Website der Bundesregierung verfügbar:

http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Themen/Demografiestrategie/_node.html (abgerufen im Dezember 2014).

⁹⁸ Website der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie: <http://www.gda-portal.de> (abgerufen im Dezember 2014).

⁹⁹ <http://www.inqa.de> (abgerufen am 6. Januar 2014).

¹⁰⁰ Das E-Learning-Tool ist verfügbar unter <http://psyqa.info/elearningtool/de/index.html> (abgerufen im Dezember 2014).

¹⁰¹ Der INQA-Demografie-Check ist verfügbar unter <http://www.inqa-demographie-check.de> (abgerufen im Dezember 2014).

Im Folgenden werden einige Beispiele für von der INQA finanzierte Projekte vorgestellt:

- **WAI-Netzwerk:** Das WAI-Netzwerk ist ein Zusammenschluss aus Unternehmen und Anwendern des „Work Ability Index“ (WAI). Es wurde im Jahr 2003 von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) ins Leben gerufen. Gegenwärtig wird es von der INQA finanziert. Übergreifendes Ziel des Netzwerks ist die Förderung der Anwendung des WAI in Deutschland. Dies soll erreicht werden durch den Austausch von Fachwissen zwischen interessierten Sachverständigen und Anwendern sowie den Aufbau einer nationalen WAI-Datenbank. Darüber hinaus werden das Instrument und seine Anwendung praktischen und wissenschaftlichen Untersuchungen unterzogen. Der Leitgedanke der Aktivitäten des Netzwerks besteht darin, den Schwerpunkt auf die praktische Anwendung zu legen. Das Netzwerk stellt Materialien, Leitfäden und praktische Unterstützung für die Anwendung des WAI in Unternehmen zur Verfügung.¹⁰²
- Das **Demografie-Netzwerk e. V.** (ddn) ist ein gemeinnütziges Netzwerk aus mehr als 350 Unternehmen und Institutionen mit einer Personalverantwortung für etwa zwei Millionen Beschäftigte. Die Mitglieder des ddn wollen optimale Vorbereitungen für den demografischen Wandel und eine alternde Erwerbsbevölkerung treffen. Das Netzwerk hat sich das Ziel gesetzt, den demografischen Wandel zur Chefsache zu machen. In zehn „Goldenen Regeln“ verpflichten sich die ddn-Mitglieder unter anderem zu einer nicht diskriminierenden, altersneutralen Personalpolitik, einer ausgewogenen Altersstruktur ihrer Belegschaft, einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung und einem Wissenstransfer zwischen den Generationen. Das Demografie-Netzwerk wurde im März 2006 auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) gegründet. Innerhalb des Netzwerks wurden elf Facharbeits- bzw. Themenkreise eingerichtet, in denen in partnerschaftlicher Zusammenarbeit neues Wissen entwickelt und vorhandenes Know-how ausgetauscht wird. Im Mittelpunkt stehen dabei Themen wie Gesundheit, Arbeitsorganisation, Qualifizierung und Weiterbildung sowie Führungs- und Unternehmenskultur. Des Weiteren wurden 17 regionale ddn-Netzwerke gegründet, welche die in den Arbeitskreisen erzielten Ergebnisse auch kleineren und mittelständischen Unternehmen vor Ort zugänglich machen.¹⁰³
- Die Veranstaltungsreihe **Demografie Wissen Kompakt** wird von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) organisiert und soll Beratern, Personalverantwortlichen, Betriebsräten und anderen im Arbeitsschutz tätigen Akteuren Gelegenheit geben, Kenntnisse und Verfahren im Bereich des Managements des demografischen Wandels in Unternehmen auszutauschen. Die Teilnehmer der Fachtagungen haben die Möglichkeit, einschlägige Werkzeuge kennenzulernen, die größtenteils im Rahmen der INQA entwickelt wurden.¹⁰⁴
- Die **Offensive Mittelstand** ist ein unabhängiges KMU-Netzwerk der INQA. Im Rahmen der Offensive Mittelstand wurde eine neue Form von Hilfen entwickelt, die Qualitätsstandard und Praxisinstrument in einem darstellen. Diese Instrumente wurden von allen Partnern im Konsens entwickelt und können von den Unternehmen direkt selbst genutzt werden. Eines dieser Instrumente ist der *INQA-Check „Personalführung“ – den demografischen Wandel als Chance nutzen*.

Arbeitsprogramm der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): Die BAuA fördert den Transfer von Forschungsergebnissen und Wissen im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit in die betriebliche Praxis mit einem breiten Spektrum von Aktivitäten. Im Arbeitsprogramm 2014-2017 der BAuA sind langfristige Forschungsschwerpunkte festgelegt, die insbesondere mit Blick auf den Wandel der Arbeitswelt entwickelt wurden: 1. anwendungssichere Chemikalien und Produkte gewährleisten; 2. Arbeit im Betrieb menschengerecht gestalten; 3. arbeitsbedingte Erkrankungen vermeiden – Gesundheit und Arbeitsfähigkeit fördern; 4. Auswirkungen des Wandels der Arbeitswelt verstehen und Instrumente des Arbeitsschutzes weiterentwickeln; 5. Arbeitswelt und Arbeitsschutz vermitteln. Im Rahmen des dritten Handlungsfelds wird die BAuA die Genese von Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die Zusammenhänge zwischen

¹⁰² INQA-Website: <http://www.arbeitsfaehigkeit.net> (abgerufen im Dezember 2014).

¹⁰³ Website des Demografie-Netzwerks: <http://demographie-netzwerk.de/> (abgerufen im Dezember 2014).

¹⁰⁴ Weitere Informationen sind auf der INQA-Website verfügbar: <http://www.inqa.de/DE/Service/Termine/2014/2014-11-17-demografie-wissen-kompakt.html> (abgerufen im Dezember 2014).

Arbeitsbedingungen, mentaler Gesundheit und Arbeitsfähigkeit untersuchen. Im vierten Handlungsfeld liegt der Schwerpunkt der Forschungsarbeit der BAuA auf den externen sozioökonomischen Einflussfaktoren der Arbeitswelt und insbesondere auf dem demografischen Wandel.¹⁰⁵

Eine Reihe von Veranstaltungen und Veröffentlichungen der BAuA befasst sich mit den Themen Alterung der Erwerbsbevölkerung (z. B. „Alles grau in grau? Ältere Arbeitnehmer und Büroarbeit“¹⁰⁶), Vielfalt, Arbeitsfähigkeit (z. B. „Der Work Ability Index – ein Leitfaden“¹⁰⁷), Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung, Muskel- und Skeletterkrankungen (z. B. „Rückengerechtes Arbeiten im Pflegealltag“¹⁰⁸) sowie medizinische und berufsfördernde Rehabilitation. Bei einigen ihrer Aktivitäten arbeitet die BAuA mit der INQA zusammen (weiterführende Informationen siehe unten).

Beschäftigung

Die **Fachkräfte-Offensive**: Der Fachkräftemangel ist eine der entscheidenden Herausforderungen, die sich derzeit in Deutschland im Zusammenhang mit der Alterung der Erwerbsbevölkerung stellen: Den Prognosen zufolge werden dem Arbeitsmarkt im Jahr 2025 sechs Millionen Arbeitskräfte weniger zur Verfügung stehen, sofern dieser Entwicklung nicht entgegengewirkt wird. Um dieser Herausforderung zu begegnen, rief die Bundesregierung Ende 2014 die Fachkräfte-Offensive ins Leben, um Unternehmen zu unterstützen, die Schwierigkeiten haben, qualifiziertes Personal zu halten oder zu gewinnen. Eine der Zielgruppen sind ältere Arbeitnehmer, und die Regierung plant die Durchführung von Maßnahmen, um Menschen länger im Erwerbsleben zu halten. Im Rahmen dieser Strategie fördert die Bundesregierung eine Reihe von Projekten, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der Arbeitskräfte und der Nachhaltigkeit der Arbeit stehen, wie beispielsweise die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) oder das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF).¹⁰⁹

Perspektive 50plus (Oktober 2005 bis Dezember 2015): Dieses Programm wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) in Zusammenarbeit mit unterschiedlichen regionalen Partnern (Unternehmen, Kammern und Verbände, Bildungseinrichtungen, Wirtschaftsförderungseinrichtungen usw.) organisiert und sollte die Chancen älterer Langzeitarbeitsloser auf eine uneingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und an der Arbeitswelt verbessern. Es diente als Forum für die Entwicklung, Diskussion und Erprobung neuer und die Weiterentwicklung bewährter Methoden und Instrumente der Beschäftigungspolitik: Das BMAS finanzierte innovative regionale Projekte, die von einer unabhängigen Jury ausgewählt wurden. Darüber hinaus wurde im Rahmen des Programms der Erfahrungsaustausch über die verschiedenen Projekte unterstützt, indem regelmäßige Veranstaltungen organisiert wurden.¹¹⁰

Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter älterer Arbeitnehmer in Unternehmen (WeGebAU): Hierbei handelt es sich um ein Programm für lebenslanges Lernen der Bundesagentur für Arbeit, in dessen Rahmen die Weiterbildung Geringqualifizierter und älterer Beschäftigter gefördert wird. Das Programm setzt auf die Verbesserung der Kenntnisse und Qualifikationen, die in den Betrieben künftig zum Einsatz kommen können. Die Teilnehmer des Programms erhalten eine finanzielle Förderung.¹¹¹

¹⁰⁵ BAuA: *Arbeitsprogramm 2014-2017. Forschung für Arbeit und Gesundheit*, April 2014. Verfügbar unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/Infomaterial/I29.html> (abgerufen im Mai 2015).

¹⁰⁶ BAuA, *Alles grau in grau? Ältere Arbeitnehmer und Büroarbeit*, 2008. Verfügbar unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/A46.html?nn=667384> (abgerufen im Dezember 2014).

¹⁰⁷ BAuA, *Der Work Ability Index – ein Leitfaden*, 2007. Verfügbar unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/Sonderschriften/2000-/S87.html> (abgerufen im Dezember 2014).

¹⁰⁸ BAuA, *Rückengerechtes Arbeiten im Pflegealltag*, 2012. Verfügbar unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd66.html> (abgerufen im Dezember 2014).

¹⁰⁹ Portal zur Fachkräfte-Offensive: <http://www.fachkraefte-offensive.de/DE/Startseite/start.html> (abgerufen im Mai 2015).

¹¹⁰ Website der Perspektive 50plus: <http://www.perspektive50plus.de/> (abgerufen im Dezember 2014).

¹¹¹ Weitere Informationen sind auf der Website der Bundesagentur für Arbeit verfügbar: <http://www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/dienststellen/rdn/badoldesloe/Agentur/Unternehmen/Geldleistungen/Detail/index.htm?dfContentId=L6019022DSTBAI508980> (abgerufen im Dezember 2014).

2.1.2 Landes-/Kommunalebene

Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit

Gesundheit am Arbeitsplatz (GESA): Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein initiierte im Jahr 2002 die Gründung eines regionalen Netzwerks für Gesundheit am Arbeitsplatz. In diesem Netzwerk haben sich zahlreiche (regionale) Akteure zusammengeschlossen (darunter das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Hochschulen und Sozialpartner). Das übergeordnete Ziel des GESA-Netzwerks ist die betriebliche Gesundheitsförderung und die Schaffung gesunder Arbeitsbedingungen. Sein Schwerpunkt liegt auf einer gesundheitsorientierten Unternehmenskultur und -führung. Das Netzwerk bietet Beratungsdienste für regionale Unternehmen an und stellt auf seiner Website gute praktische Lösungen vor.¹¹²

Arbeitsschutzmanagementsystem OHRIS (Occupational Health- and Risk-Managementsystem): OHRIS wurde von der Bayerischen Staatsregierung in Zusammenarbeit mit regionalen Wirtschaftsverbänden und Unternehmen entwickelt. Die Bayerische Gewerbeaufsicht unterstützt die Betriebe bei der Einführung des Arbeitsschutzmanagementsystems. Kleinen und mittleren Unternehmen kann in diesem Zusammenhang eine finanzielle Förderung der Bayerischen Staatsregierung gewährt werden.¹¹³

Beschäftigung

Demografie Aktiv: Diese Initiative wurde von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, der Landesvereinigung der Unternehmensverbände NRW und dem Deutschen Gewerkschaftsbund NRW ins Leben gerufen und soll Unternehmen mit einer alternden Belegschaft unterstützen. Im Rahmen der Initiative wird den Betrieben ein Management-Instrument zur Verfügung gestellt, mit dessen Hilfe Handlungsbedarfe ermittelt und geeignete Maßnahmen für die Beschäftigten entwickelt werden können. Im Zuge dessen werden unter anderem unterschiedliche betriebliche Demografie-Themen analysiert, wie beispielsweise die Altersstruktur der Mitarbeiter, die verfügbaren Daten über die Gesundheit der Beschäftigten sowie gesundheitsfördernde und gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen. Betrieben, die den Prozess erfolgreich abgeschlossen haben, kann ein spezielles Siegel verliehen werden. Darüber hinaus wurde eine Servicestelle eingerichtet, die Informationen über das Management-Instrument und das Siegel, ergänzende Schulungsangebote, das Unternehmensnetzwerk „Demografie Aktiv“ sowie die Beratungs- und Förderangebote des Landes und der Sozialpartner bereitstellt.¹¹⁴

2.2 Initiativen der Sozialpartner

Die im Folgenden aufgeführten Initiativen sind entweder speziell auf ältere Beschäftigte ausgerichtet oder allgemeiner Natur, aber für ältere Arbeitnehmer besonders relevant.

DGB-Index Gute Arbeit: Seit 2007 führt der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) jährlich eine repräsentative Befragung der Beschäftigten zum „DGB-Index Gute Arbeit“ durch. Dabei werden unter anderem Fragen zu den Themen Arbeitsmotivation, Engagement, Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfähigkeit sowie zu den Arbeitsbedingungen gestellt. Die Ergebnisse werden regelmäßig veröffentlicht und fließen in den politischen Diskurs ein. Seit 2008 wird der Fragebogen des DGB-Index Gute Arbeit auch in Unternehmen, Organisationen und Institutionen für interne Befragungen herangezogen. Die Ergebnisse können intern erörtert werden und als Grundlage für die Erarbeitung von Maßnahmen zur Schaffung einer besseren Arbeitsumgebung dienen. Zudem gibt es die Möglichkeit, auf der Website des DGB-Index Gute Arbeit einen individuellen Fragebogen auszufüllen.¹¹⁵

Tarifvertrag „Lebensarbeitszeit und Demografie“: Dieser Tarifvertrag zwischen der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IG BCE) und dem Bundesarbeitgeberverband Chemie (BAVC) legt den Schwerpunkt auf vier Elemente: (1) Erstellen einer betrieblichen Demografie-

¹¹² Weitere Informationen sind über das Landesportal Schleswig-Holstein verfügbar: <http://www.gesa.schleswig-holstein.de> (abgerufen im Dezember 2014).

¹¹³ Weitere Informationen sind auf der Website der Bayerischen Staatsregierung verfügbar: <http://www.stmas.bayern.de/arbeitsschutz/managementsysteme/ohris.php> (abgerufen im Dezember 2014).

¹¹⁴ Website der Initiative Demografie Aktiv: <http://www.arbeit-demografie.nrw.de> (abgerufen im Dezember 2014).

¹¹⁵ Website des DGB-Index Gute Arbeit: <http://www.dgb-index-gute-arbeit.de> (abgerufen im Dezember 2014).

Analyse, (2) alters-, alterns- und gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsprozesse, (3) Qualifizierung während des gesamten Erwerbslebens und (4) Bereitstellung von Instrumenten für den Wechsel zwischen Bildungs-, Erwerbs- und Ruhestandsphasen. Im Zusammenhang mit der Sicherheit und dem Gesundheitsschutz bei der Arbeit sind die beiden erstgenannten Elemente von besonderer Bedeutung. Die Demografie-Analyse dient der Ermittlung von Hinweisen auf die dem betreffenden Betrieb aus dem demografischen Wandel und einer alternden Belegschaft entstehenden Risiken, die sich beispielsweise auf die Personalbeschaffung, die Produktivität sowie die Arbeits- und Innovationsfähigkeit auswirken könnten. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Analyse erarbeiten Arbeitgeber und Betriebsrat betriebsspezifische Maßnahmen. Mögliche Maßnahmen sind beispielsweise eine alters-, alterns- und gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsprozesse für alle Altersgruppen und ältere Beschäftigte, die betriebliche Gesundheitsförderung sowie die Förderung der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben.¹¹⁶

Demografietarifvertrag von EVG und DB: Dieser Tarifvertrag zwischen der Deutschen Bahn, dem Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e. V. (AgV MoVE) und der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) zielt darauf ab, Arbeitszeiten und Weiterbildung stärker an den Berufs- und Lebensphasen der einzelnen Beschäftigten auszurichten. Beispielsweise können Mitarbeiter, die mindestens 60 Jahre alt sind und in Nachtdienst, Wechselschicht oder Rufbereitschaft arbeiten, freiwillig ihre Arbeitszeit um 20 % absenken; in diesem Fall erhalten sie 87,5 % ihres bisherigen Entgelts. Darüber hinaus sieht der Tarifvertrag eine betriebliche Gesundheitsförderung und eine altersgerechtere Arbeitsplatzgestaltung vor.¹¹⁷

Anti-Stress-Verordnung: Die IG Metall fordert eine Anti-Stress-Verordnung. Diese Kampagne ist Teil des politischen Diskurses in Deutschland.¹¹⁸

Gemeinsame Erklärung Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: In einer gemeinsamen Erklärung definieren das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) und der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) ihr gemeinsames Grundverständnis im Hinblick auf die psychische Gesundheit und die Arbeitsmerkmale, die diese beeinflussen. Zudem erläutern sie ihre Aktivitäten zur Verringerung von Stress und Belastungen, wie beispielsweise die Initiative Neue Qualität der Arbeit (vgl. Punkt 2.1.1).¹¹⁹

Die **Technologieberatungsstelle beim DGB NRW e. V.** (TBS NRW) ist ein eingetragener Verein, der von den Gewerkschaften in NRW und dem Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen getragen wird. Ihr Hauptziel ist die Gestaltung und Förderung eines arbeitsorientierten und sozialverträglichen Strukturwandels in NRW unter besonderer Berücksichtigung der Probleme kleiner und mittlerer Unternehmen. Im Hinblick auf den demografischen Wandel organisiert die TBS eine Reihe von Aktivitäten. Hierzu zählen zum einen Workshops zu einschlägigen Themen, wie beispielsweise zur altersgerechten Organisation von Schichtarbeit und zum demografischen Wandel in Unternehmen. Zum anderen veröffentlicht die TBS Handlungshilfen mit Informationen über Themen im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel.

2.3 Initiativen anderer Organisationen

Initiative Gesundheit und Arbeit (iga):¹²⁰ Diese Initiative des BKK-Bundesverbands, des AOK-Bundesverbands, des Verbands der Ersatzkassen (vdek) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) wurde 2002 ins Leben gerufen. Sie bietet Anregungen für einen Meinungsaustausch zwischen den Trägern der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung sowie anderen im Bereich der betrieblichen Prävention tätigen Einrichtungen. Die Initiative bündelt die finanziellen Ressourcen und das Expertenwissen ihrer Mitglieder, bietet jedoch keine unmittelbare finanzielle Förderung an. Sie leistet technische Unterstützung bei der Entwicklung von Methoden, Leitlinien und Instrumenten sowie bei der Durchführung von Projekten, bietet Gelegenheiten zum Meinungsaustausch und zur vernetzten Zusammenarbeit der beteiligten Einrichtungen und betreibt eine

¹¹⁶ Weitere Informationen sind auf der Website der IG BCE verfügbar: <https://www.igbce.de/tarife/5326/lebensarbeitszeit-demografie> (abgerufen im Dezember 2014).

¹¹⁷ Weitere Informationen sind auf der Website der EVG verfügbar: http://www.evq-online.org/Tarifpolitik/archivmeldungen/12_12_06_Zukunft_TV/ (abgerufen im Dezember 2014).

¹¹⁸ IG Metall Vorstand, *Anti-Stress-Verordnung – Eine Initiative der IG Metall*, 2012. Verfügbar unter <http://www.igmetall.de> (abgerufen im Dezember 2014).

¹¹⁹ Die Erklärung ist verfügbar unter <http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a-449-gemeinsame-erklarung-psychische-gesundheit-arbeitswelt.html?nn=5664> (abgerufen im Dezember 2014).

¹²⁰ Website der iga: <http://www.iga-info.de/> (abgerufen im Dezember 2014).

Kontaktstelle, bei der Unternehmen, die Präventionsmaßnahmen planen, individuelle Unterstützung erhalten. Die Kontaktstelle hilft bei der Kontaktaufnahme zu den zuständigen Krankenkassen und/oder Unfallversicherungsträgern, die ihrerseits finanzielle Unterstützung und Expertenwissen bereitstellen. In der Praxis arbeiten die Krankenkassen und Unfallversicherungsträger mit den Betrieben bei Projekten zusammen.

Die Initiative setzt sich für die betriebliche Gesundheitsförderung ein, indem sie Lösungen und Aktivitäten in den folgenden fünf Bereichen entwickelt, von denen vier allgemeiner Natur sind, während eine speziell für ältere Arbeitnehmer bestimmt ist:

- (1) Präventionsziele: Die Initiative hat ein Verfahren für die Ableitung arbeitsweltbezogener Präventionsziele entwickelt, das den beteiligten Einrichtungen bei der Ermittlung von Präventionsthemen anhand der für sie relevanten Indikatoren hilft.
- (2) Arbeit im Wandel: Aufgrund der strukturellen und demografischen Veränderungen der Arbeitswelt legt die iga einen Schwerpunkt auf die alternde Erwerbsbevölkerung. In diesem Zusammenhang entwickelt sie beispielsweise für einzelne Unternehmen Szenarien für das Jahr 2020, in die unter anderem die regionale Wirtschaftslage, die Weiterbildungserfordernisse und die Altersstruktur der Beschäftigten einfließen.
- (3) Gestaltung gesunder Arbeit: Die Beschäftigten sollten Zugang zu Gesundheitsangeboten haben und ihre Vorgesetzten sollten kulturellen Unterschieden Rechnung tragen. Die iga hat ein Konzept für ein interkulturelles betriebliches Gesundheitsmanagement erarbeitet. Dieses soll gewährleisten, dass alle Beschäftigten ihre Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit der Sicherheit und dem Gesundheitsschutz bei der Arbeit kennen.
- (4) Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen: Die iga hat Auswertungen der wissenschaftlichen Literatur über die Wirksamkeit von Maßnahmen für die Sicherheit bei der Arbeit und die betriebliche Gesundheitsförderung veröffentlicht.
- (5) Vernetzung und Informationsaustausch: Die iga unterstützt das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF). Das DNBGF hat sich mittlerweile zur deutschlandweit größten Plattform für die betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt.

Gesund im Mittelstand (GiM): Diese Initiative der Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM) bietet Unternehmen der Holz- und Metallbranche mit 50 bis 500 Beschäftigten eine Beschäftigtenbefragung an, um diesen die Möglichkeit zu geben, den Gesundheitszustand ihrer Mitarbeiter zu beurteilen. Diese Befragung hat im Wesentlichen psychosoziale Faktoren und altersgerechte Arbeitsbedingungen zum Gegenstand. Im Rahmen von Workshops wird diskutiert, wie die Ergebnisse und die ermittelten Faktoren insbesondere durch Maßnahmen in den Bereichen Führung, Organisation und Kommunikation positiv beeinflusst und verändert werden können.¹²¹

Gesund im Handwerk: Die Initiative „Gesund im Handwerk“ bietet eine Beschäftigtenbefragung für Handwerksbetriebe der Holz- und Metallbranche mit bis zu 50 Mitarbeitern an. Die Ergebnisse der Befragung sowie Informationen über den Gesundheitszustand sowie die Zufriedenheit und Motivation der Beschäftigten werden in Form eines Unternehmensprofils vorgestellt. Die Stärken und Schwächen des Betriebs werden beleuchtet und mit anderen Betrieben der Branche verglichen. Auf diese Weise können Unternehmer die für sie relevanten Schlüsselaspekte ohne Weiteres ermitteln und in Angriff nehmen.

Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF): Das DNBGF ist eine Plattform für den bundesweiten Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen den Akteuren der betrieblichen Gesundheitsförderung.¹²²

Das Projekt **prädemo** (Prävention und Demografie)¹²³ lief von Januar 2012 bis April 2015 und zielte darauf ab, die Innovationsfähigkeit von KMU durch präventive, demografieorientierte Arbeitsgestaltung sowie Unternehmensallianzen und regionale Kooperationen zu fördern. Das Projekt wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung sowie aus dem Europäischen Sozialfonds gefördert. Projektpartner waren die BC GmbH Forschungs- und Beratungsgesellschaft (Wiesbaden), die Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI), das Institut für Betriebliche

¹²¹ Weitere Informationen sind auf der Website der BGHM verfügbar:
<http://www.bghm.de/arbeitschuettzer/angebote-und-aktionen/beratungsangebote/gesund-im-mittelstand-gim.html>
(abgerufen im Dezember 2014).

¹²² Website des DNBGF: <http://www.dnbgf.de/> (abgerufen im Dezember 2014).

¹²³ Website von des Projekts prädemo: <http://www.praedemo.de/index.htm> (abgerufen im Mai 2015).

Gesundheitsförderung (BGF), das Institut für Technik der Betriebsführung im Deutschen Handwerksinstitut e. V. (ITB), Mercer Deutschland und der Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit e. V. (VDSI). Ziel des Projekts war die Entwicklung von Instrumenten, Konzepten und Modellen, die von KMU herangezogen werden können, um ihre Innovationsfähigkeit unter Berücksichtigung der Veränderung des demografischen Profils ihrer Belegschaft zu verbessern.

3 Überblick über die politischen Maßnahmen, Strategien und Programme im Zusammenhang mit der Rehabilitation von Arbeitnehmern und ihrer Rückkehr in das Erwerbsleben

Die Verlängerung des Arbeitslebens unter gesunden, sicheren und nachhaltigen Arbeitsbedingungen setzt auch voraus, dass Menschen, die infolge einer Erkrankung oder eines Unfalls längere Zeit arbeitsunfähig waren, die erforderliche Unterstützung erhalten, um unter sicheren und ihren Bedürfnissen entsprechenden Bedingungen in das Erwerbsleben zurückkehren zu können. Durch die Förderung der Rückkehr insbesondere älterer Arbeitnehmer mit Gesundheitsproblemen in das Erwerbsleben verbleiben zahlreiche Menschen im Arbeitsmarkt, die sich andernfalls für den Vorruhestand entscheiden oder eine Erwerbsminderungsrente beziehen würden.

Die Wirksamkeit des Rehabilitationsprozesses ist daher ein weiterer wichtiger Faktor für ein längeres, gesundes Arbeitsleben. Obwohl das Thema Rehabilitation und Rückkehr in das Erwerbsleben für ältere Menschen besonders relevant ist, da diese häufiger an arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen leiden als jüngere Altersgruppen, werden in diesem Kapitel Rehabilitationsmaßnahmen für alle Erwerbstätigen untersucht.

In Deutschland sind die Versicherungsträger die wichtigsten Akteure für die Rehabilitation von Beschäftigten, die an einer Erkrankung leiden oder einen Unfall hatten. Je nach der Ursache des Gesundheitsproblems (arbeitsbedingt oder nicht) sind unterschiedliche Organisationen zuständig. Auf Arbeitsplatzebene ist der Arbeitgeber dafür verantwortlich, Anpassungen an die Leistungsfähigkeit der betroffenen Mitarbeiter vorzunehmen, um deren Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten.

Im folgenden Kapitel wird zunächst das in Deutschland geltende institutionelle System für die Rehabilitation von Arbeitnehmern mit Gesundheitsproblemen und ihre Rückkehr in das Erwerbsleben beleuchtet. Anschließend werden spezifische Initiativen von Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen zur Förderung der Rehabilitation und der Rückkehr in das Erwerbsleben vorgestellt.

3.1 Bundesweites System für die Rehabilitation kranker oder verletzter Arbeitnehmer und ihre Rückkehr in das Erwerbsleben

Rechtlicher und politischer Rahmen

Das Sozialgesetzbuch (SGB) (siehe Abschnitt 1.3) bildet die Grundlage für alle Rechtsvorschriften zur Rehabilitation. Das SGB IX „**Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen**“ wurde 2001 verabschiedet und zielt darauf ab, die Unübersichtlichkeit und Unterschiedlichkeit des bestehenden Rehabilitationsrechts soweit wie möglich zu beenden, indem es eine gemeinsame Plattform für eine einheitliche Rehabilitationspraxis schafft.¹²⁴ Darüber hinaus soll es Anreize für Unternehmen bieten, ihre Verantwortung für die Früherkennung und die Prävention einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit wahrzunehmen. Im SGB IX wird der Begriff Behinderung wie folgt definiert: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen“ (SGB IX, § 2). Darüber hinaus führt das SGB den Begriff der „von Behinderung bedrohten Menschen“ ein und eröffnet damit Möglichkeiten für ein frühzeitiges Tätigwerden. Das SGB IX zielt darauf ab,

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten;

¹²⁴ Weitere Informationen sind auf der Website der BIH-Integrationsämter verfügbar: <http://www.integrationsaemter.de/Fachlexikon/SGB-IX--Rehabilitation-und-Teilhabe-behinderter-Menschen-/77c376i1p/index.html> (abgerufen im Dezember 2014).

- Erwerbstätige mit einer Behinderung oder mit geminderter Erwerbsfähigkeit durch die Bereitstellung einer Reihe von Unterstützungsmaßnahmen im Arbeitsmarkt zu halten. Diese Maßnahmen reichen von Beratungs- und Stellenvermittlungsdiensten bis hin zu beruflicher Weiterbildung.¹²⁵

Gemäß SGB IX müssen Arbeitgeber Beschäftigten, die länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement anbieten. Das bedeutet, dass die Arbeitgeber klären müssen, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Das Thema Rehabilitation wird auch in einigen anderen Büchern des SGB erwähnt, insbesondere im **SGB V** (Gesetzliche Krankenversicherung), **SGB VI** (Gesetzliche Rentenversicherung) und **SGB VII** (Gesetzliche Unfallversicherung).

Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention:¹²⁶ Mit dem Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention stößt die Bundesregierung einen Prozess an, der in den kommenden zehn Jahren nicht nur das Leben von Menschen mit Behinderungen maßgeblich beeinflussen wird, sondern das aller Menschen in Deutschland. Die Idee der Inklusion, zentraler Leitgedanke der UN-Behindertenrechtskonvention, wird die Alltagskultur verändern. Deutschland will inklusiv werden.

Hauptakteure und wichtigste Schritte des Rehabilitationsprozesses

Wie im Sozialgesetzbuch (SGB) vorgesehen, werden in Deutschland die folgenden rehabilitativen Maßnahmen unterschieden:¹²⁷

- **Medizinische Rehabilitation** (Maßnahmen zur Erhaltung oder Verbesserung des Gesundheitsstatus gemäß SGB V, VI, VII und IX): Diese umfasst unter anderem ärztliche Behandlung, Krankengymnastik, physikalische Therapie und Reha-Sport, Ergotherapie, Logopädie, psychologische und psychotherapeutische Leistungen sowie Diätetik.
- **Berufsfördernde Rehabilitation** (Maßnahmen zur Gewährleistung der gleichberechtigten Teilhabe am Arbeitsleben gemäß SGB IX): finanzielle Leistungen für Beschäftigte und Arbeitgeber, wie beispielsweise Fahrtkostenerstattungen, Umzugs- oder Umbaubeihilfen für die Anpassung des Arbeitsplatzes an die Bedürfnisse des Arbeitnehmers sowie technische Hilfen und berufliche Bildungsmaßnahmen.
- **Soziale Rehabilitation** (Maßnahmen zur Gewährleistung der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gemäß SGB IX): finanzielle Zuwendungen, z. B. zur Anschaffung oder zum Unterhalt eines Kfz sowie pädagogische Fördermaßnahmen.

Die Maßnahmen zur Rehabilitation und insbesondere für die Rückkehr in das Erwerbsleben werden in Deutschland gegenwärtig auf zwei Ebenen durchgeführt:

- Innerhalb der Betriebe: Die Arbeitgeber werden zunehmend darin bestärkt, zu reagieren, wenn ihre Mitarbeiter Anzeichen für eine chronische oder langfristige Arbeitsunfähigkeit erkennen lassen.
- Außerhalb der Betriebe: Die Versicherungsträger spielen eine wichtige Rolle bei der Bereitstellung von Rehabilitationsleistungen und der Koordinierung des Rehabilitationsprozesses.

Innerhalb der Betriebe

Um die **Arbeitgeber** zu aktivem Handeln im Rehabilitationsprozess zu befähigen und eine Kultur der „Früherkennung“ zu fördern, sieht das SGB vor, dass wenn ein Arbeitnehmer innerhalb eines Jahres

¹²⁵ EU-OSHA, *Work-related musculoskeletal disorders: Back to work report*, 2007.

¹²⁶ Kurzfassung des Nationalen Aktionsplans, verfügbar unter http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (abgerufen im Dezember 2014).

¹²⁷ Text verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=1178::Schlaganfall (abgerufen im Dezember 2014).

länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt aus gesundheitlichen Gründen arbeitsunfähig ist, der Arbeitgeber gemeinsam mit der betroffenen Person und dem Betriebsrat nach einer Lösung sucht, die mit Unterstützung der Versicherungsträger umgesetzt wird. Dabei können Arbeitgeber die Unterstützung international anerkannter Disability Manager in Anspruch nehmen, welche die einzelnen Akteure durch den Rehabilitationsprozess begleiten.

Seit 2004 sind Arbeitgeber nach Maßgabe des SGB (§ 84 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)) verpflichtet, allen Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein **Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)** anzubieten, wobei es unerheblich ist, ob der Grund für die Arbeitsunfähigkeit arbeitsbedingt ist oder nicht. Das bedeutet, dass die Arbeitgeber klären müssen, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz sowie die Beschäftigungsfähigkeit des Betroffenen erhalten werden können. Wie diese Klärung im Detail auszusehen hat, gibt § 84 Absatz 2 SGB IX bewusst nicht vor. Für jeden Arbeitsplatz ist eine angemessene individuelle Lösung zu finden.¹²⁸

Arbeitgebern, die behinderte oder dauerhaft kranke Menschen beschäftigen, kann **Unterstützung** beispielsweise in Form von Umbaubeihilfen und technischen Hilfen gewährt werden. Darüber hinaus können Arbeitgeber Lohnkostenzuschüsse für die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen sowie Zuschüsse oder Darlehen für die Schaffung neuer, behinderungsgerecht ausgestatteter Arbeits- oder Ausbildungsplätze erhalten.

Des Weiteren können Arbeitgeber Beratung und Unterstützung durch die Unfallversicherungsträger und Integrationsämter in Anspruch nehmen (siehe unten). Insbesondere gewährt die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Arbeitgebern finanzielle Unterstützung für die Rückkehr von Beschäftigten in das Erwerbsleben, selbst wenn diese nicht amtlich als behindert anerkannt sind. In der Regel trägt die Versicherung die Kosten für eine dreimonatige Probebeschäftigung, die dem Arbeitgeber die Möglichkeit gibt, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschäftigten sowie die erforderlichen Anpassungsmaßnahmen zu beurteilen. Darüber hinaus kann die DGUV finanzielle Zuschüsse für technische Anpassungen am Arbeitsplatz gewähren.¹²⁹

Außerhalb der Betriebe

Außerhalb der Betriebe sind die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)**, die **Deutsche Rentenversicherung (DRV)**, die **Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)**, die **Bundesagentur für Arbeit (BA)** und die regionalen **Integrationsämter** die wichtigsten Rehabilitationsträger. Diese Einrichtungen nehmen Zuständigkeiten in unterschiedlichen Bereichen wahr:¹³⁰

- Die **DGUV** ist für die medizinische, berufsvorbereitende und soziale Rehabilitation nach Arbeits- und Wegeunfällen sowie bei Berufskrankheiten und drohenden Berufskrankheiten zuständig. Die DGUV gewährt Arbeitgebern finanzielle Unterstützung für die Rückkehr von Beschäftigten in das Erwerbsleben. So trägt sie beispielsweise die Kosten für eine dreimonatige Probebeschäftigung, die dem Arbeitgeber die Möglichkeit gibt, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschäftigten sowie die erforderlichen Anpassungsmaßnahmen zu beurteilen. Kehrt ein kranker oder verletzter Arbeitnehmer nach zweijähriger Rehabilitation nicht an den Arbeitsplatz zurück, erhält er im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung eine Rente.
- Die **DRV** hat die Aufgabe, bei Personen, die aus nicht arbeitsbedingten Gründen erkrankt sind, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen und den Bezug einer Frührente/Erwerbsminderungsrente zu vermeiden. Sie ist somit für die medizinischen Rehabilitationsleistungen sowie für Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben zuständig und folgt dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“. Ziel ist es, die Krankheit oder

¹²⁸ Weitere Informationen über das BEM sind auf der Website des BMAS verfügbar: <http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Gesundheit-am-Arbeitsplatz/betriebliches-eingliederungsmanagement.html> (abgerufen im Dezember 2014).

¹²⁹ EU-OSHA, *Work-related musculoskeletal disorders: Back to work report*, 2007.

¹³⁰ Text verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=1178::Schlaganfall (abgerufen im Dezember 2014).

Behinderung, die zu einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit geführt hat, nach Möglichkeit dauerhaft zu beseitigen. Zu den medizinischen Rehabilitationsleistungen zählen spezialisierte stationäre und ambulante Therapien, die in geeigneten Rehabilitationskliniken durchgeführt werden. Darüber hinaus werden Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben angeboten, wie beispielsweise Umschulungsmaßnahmen, die weitestgehend von Berufsförderungswerken und ähnlichen Einrichtungen erbracht werden, technische Hilfsmittel oder persönliche Betreuer.¹³¹ Eine der von der DRV angebotenen Rehabilitationsmaßnahmen ist die **Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)**. Der Leitgedanke ist dabei die Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation auf die Anforderungen der Arbeitswelt. Neben der Erkrankung wird in besonderem Maße die berufliche Situation der Betroffenen in den Fokus der Behandlung gestellt. Elemente der MBOR sind beispielsweise ein spezielles Arbeitsplatztraining oder auch Gruppenprogramme zum beruflichen Verhalten und Erleben (z. B. Stressbewältigung oder Konfliktlösung am Arbeitsplatz). Die MBOR zielt darauf ab, Strategien aufzuzeigen, die den Betroffenen helfen, die Anforderungen ihres Arbeitsplatzes zu bewältigen, und wird nur in ausgewählten, besonders spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen erbracht.¹³² Einige der Regionalträger der DRV stützen sich bei der Rehabilitation zunehmend auf ein Fallmanagement, wie beispielsweise im Rahmen des Integrationsprojekts „RehaFuturReal®“, das im Jahr 2011 von der DRV Westfalen ins Leben gerufen wurde.¹³³

- Die **GKV** ist auch für Nichterwerbstätige zuständig. Die von der GKV erbrachten Rehabilitationsmaßnahmen zielen darauf ab, Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu vermindern oder zu beseitigen.
- Eine der Aufgaben der **BA** ist die Förderung der beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen, beispielsweise durch die Unterstützung von Bildungs- und Umschulungsmaßnahmen. Die BA ist für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verantwortlich, wenn kein anderer Rehabilitationsträger vorrangig zuständig ist.
- Auf Landes- und Kommunalebene unterstützen die **Integrationsämter** die Eingliederung von Menschen mit Behinderungen in das Arbeitsleben. Sie beraten und unterstützen behinderte Menschen und ihre Arbeitgeber während der betrieblichen Eingliederung.¹³⁴

Gemäß § 14 SGB IX hat der Rehabilitationsträger, bei dem Rehabilitationsleistungen zuerst beantragt werden, die rechtlich möglichen Leistungen zu erbringen. Er stellt innerhalb von zwei Wochen fest, ob er für die beantragte Leistung zuständig ist. Ist dies der Fall, entscheidet er über den Antrag. Stellt er fest, dass er für die Entscheidung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Dieser zweite Träger darf den Antrag nicht erneut weiterleiten, sondern muss eine Entscheidung über die beanspruchte Leistung treffen, wobei er alle in Betracht kommenden Anspruchsgrundlagen berücksichtigt. Sind unterschiedliche Leistungen oder Leistungen unterschiedlicher Rehabilitationsträger erforderlich, koordiniert der leistende Träger alle zu erbringenden Leistungen (§ 10 Absatz 1 SGB IX).¹³⁵

Die medizinische und berufsfördernde Rehabilitation muss von den Patienten beantragt werden. Wie oben erläutert, verfügen die Rehabilitationsträger über eigene Einrichtungen, es gibt jedoch auch private Rehabilitationseinrichtungen. Die Patienten können wählen, wo sie ihre medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen möchten, solange dies medizinisch sinnvoll ist (und die Einrichtung z. B. über Erfahrung mit Muskel- und Skeletterkrankungen verfügt). Für den Antrag benötigen die Patienten eine ärztliche Verordnung (Haus- oder Facharzt), in der erklärt wird, warum eine Rehabilitation erforderlich ist und dass sie zu einer Verbesserung der Situation des Patienten beitragen wird. Bei der Ermittlung des zuständigen Rehabilitationsträgers helfen zum einen die

¹³¹ Website der DRV: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/0_Home/home_node.html (abgerufen im Dezember 2014).

¹³² Weitere Informationen sind auf der Website der DRV verfügbar: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/rehatipp/mbor.html (abgerufen im Dezember 2014).

¹³³ Weitere Informationen über das Integrationsprojekt „RehaFuturReal®“ sind der ausführlichen Fallstudie zu entnehmen, die im Rahmen des Projekts „Sicherere und gesündere Arbeitsplätze in jedem Alter“ durchgeführt wurde.

¹³⁴ Website der Integrationsämter: <http://www.integrationsaemter.de/> (abgerufen im Dezember 2014).

¹³⁵ Weitere Informationen sind auf der Website der Integrationsämter verfügbar: <http://www.integrationsaemter.de/Fachlexikon/Zustaendigkeitsklaerung/77c327i1p/index.html> (abgerufen im Dezember 2014).

behandelnden Ärzte und zum anderen – bei stationären Patienten – die Krankenhaussozialdienste. Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation werden von den verschiedenen Rehabilitationsträgern gemeinsam betrieben und sollen dafür sorgen, dass sich die Patienten nicht an mehrere Träger wenden müssen, um Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen zu können.¹³⁶

Sonstige Akteure

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)** ist ein freiwilliger Zusammenschluss der wichtigsten Akteure der Rehabilitation. Die Mitglieder der BAR sind die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Länder, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, der Deutsche Gewerkschaftsbund, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die BAR bietet eine Plattform für den Erfahrungsaustausch und die Zusammenarbeit aller am Rehabilitationsgeschehen beteiligten Akteure. Ihre Aufgaben sind unter anderem die Erarbeitung von Konzepten für die Rehabilitation sowie die Anregung, Förderung und Initiierung von Verwaltungsvereinbarungen, -absprachen oder -richtlinien. Ihr primäres Ziel ist es, dass die Leistungen der Rehabilitation in Deutschland nach gleichen Standards und Grundsätzen zum Wohle der behinderten und chronisch kranken Menschen durchgeführt werden. Sie befasst sich unter anderem mit dem Meinungsaustausch, der Erarbeitung von Konzepten für die Rehabilitation, Beratung und Information sowie Fort- und Weiterbildung.¹³⁷

Die **Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke e. V.** wurde 1968 gegründet und ist ein Zusammenschluss aus 28 Berufsförderungswerken in ganz Deutschland. Das Ziel der Berufsförderungswerke besteht in der Förderung der Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen am Arbeitsleben und damit an der Gesellschaft insgesamt. Sie bieten Beratung und Orientierungshilfen sowie eine Reihe fachlicher Leistungen wie Information, Diagnostik, berufliche Qualifizierung und Unterstützung bei der Arbeitsuche.¹³⁸

Entgeltfortzahlung und Entgeltersatzleistungen

Im Falle einer Arbeitsunfähigkeit haben Arbeitnehmer für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts in voller Höhe durch den **Arbeitgeber** (gemäß dem Entgeltfortzahlungsgesetz aus dem Jahr 1994).

Anschließend erhalten sie für einen Zeitraum von bis zu insgesamt 78 Wochen innerhalb von drei Jahren von ihrer **Krankenkasse** ein Krankengeld in Höhe von bis zu 70 % bis 90 % ihres Nettoarbeitsentgelts. Die Krankenkasse trägt den Großteil der Kosten für Untersuchungen und Behandlungen. Die Kosten medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen werden von der Krankenkasse oder dem zuständigen Rentenversicherungsträger gedeckt.

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zahlt der **Träger der gesetzlichen Unfallversicherung** das volle Arbeitsentgelt ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren.

Eine **Erwerbsminderungsrente** erhalten Personen, die dauerhaft krank sind (nachdem sie Krankengeld erhalten und Rehabilitationsmaßnahmen durchlaufen haben) und weniger als sechs Stunden täglich arbeiten können. Die Betroffenen erhalten eine Vollrente oder eine Teilrente (wenn sie drei bis sechs Stunden täglich arbeiten können und eine geeignete Teilzeitstelle verfügbar ist).

3.2 Spezifische Initiativen

Im vorangegangenen Kapitel wurde das in Deutschland geltende institutionelle System für die Rehabilitation von Arbeitnehmern mit Gesundheitsproblemen und ihre Rückkehr in das Erwerbsleben beleuchtet. Im folgenden Kapitel werden nun spezifische Initiativen von Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen zur Förderung der Rehabilitation und der Rückkehr in das Erwerbsleben vorgestellt.

¹³⁶ Weitere Patienteninformationen über die Rehabilitationsoptionen sind im Internet verfügbar unter www.reha-servicestellen.de/ (abgerufen im Mai 2015).

¹³⁷ Website der BAR: <http://www.bar-frankfurt.de/> (abgerufen im Dezember 2014).

¹³⁸ Website der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke e. V.: <http://www.bv-bfw.de/alltags-sprache/startseite.html> (abgerufen im Dezember 2014).

3.2.1 Initiativen von Regierungsorganisationen

Initiative Inklusion:¹³⁹ Die Initiative Inklusion ist eine der bedeutendsten Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. Zur Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsmarkt werden mit der Initiative zusätzlich zu den bestehenden Regelleistungen insgesamt 100 Mio. EUR zur Verfügung gestellt. Die Initiative zielt auf vier Handlungsfelder ab:

- Berufsorientierung für schwerbehinderte Schülerinnen und Schüler;
- Unterstützung für Betriebe, die neue Ausbildungsplätze für schwerbehinderte junge Menschen schaffen;
- Unterstützung für Betriebe, die schwerbehinderte Arbeitslose im Alter von über 50 Jahren einstellen;
- Unterstützung für Handwerkskammern, Industrie- und Handelskammern sowie Landwirtschaftskammern, die Inklusions-Kompetenz aufbauen.

Jobs ohne Barrieren, 2004 bis 2010¹⁴⁰: Die Initiative „Jobs ohne Barrieren“ wurde im Jahr 2004 vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gemeinsam mit mehreren Partnern (Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften, Behindertenverbände, Bundesagentur für Arbeit, Rehabilitationskliniken und andere Organisationen) ins Leben gerufen. Mit der Initiative wurden drei Zielsetzungen verfolgt:

- Förderung der Ausbildung behinderter und schwerbehinderter Jugendlicher;
- Verbesserung der Beschäftigungschancen schwerbehinderter Menschen, insbesondere in kleinen und mittelständischen Betrieben;
- Förderung betrieblicher Prävention zur langfristigen Erhaltung und Förderung der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit der Belegschaft.

3.2.2 Initiativen anderer Organisationen

RehaBau – Rehabilitation im Baugewerbe: Die Berufsgenossenschaft Bau (BG BAU) bietet seit dem Jahr 2000 die Rehabilitationsmaßnahme „RehaBau“ an. Auf Empfehlung des Betriebsarztes können die Beschäftigten an einer dreiwöchigen stationären Rehabilitation teilnehmen. Diese umfasst ein berufsspezifisches Training, das beispielsweise das Heben und Tragen schwerer Lasten und die ergonomische Arbeitsplatzorganisation zum Gegenstand hat.¹⁴¹

¹³⁹ Weitere Informationen sind auf der Website des BMAS verfügbar: <http://www.bmas.de/DE/Themen/Teilhabe-behinderter-Menschen/Meldungen/initiative-inklusion-richtlinie.html> (abgerufen im Dezember 2014).

¹⁴⁰ Weitere Informationen sind auf der Website der Bundesregierung verfügbar: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/ThemenAZ/BehinderteMenschen/behinderte-2007-07-02-jobs-ohne-barrieren.html> (abgerufen im Dezember 2014).

¹⁴¹ Weitere Informationen sind auf der Website der BG BAU verfügbar: <http://www.bgbau.de/ergonomie-bau/programme/reha-bau> (abgerufen im Dezember 2014).

4 Schlussfolgerungen

Allgemeiner Kontext

Fakten und Zahlen:

- *Alterung der Bevölkerung:* Aufgrund der Zunahme des Anteils der Personen im Alter von mindestens 65 Jahren ist das Medianalter in Deutschland in den letzten zehn Jahren um etwa fünf Jahre gestiegen und liegt nun drei Jahre über dem EU-Durchschnitt (21 % im Jahr 2013, gegenüber einem EU-Durchschnitt von 18 %). Den Prognosen zufolge wird der Anteil der ältesten Altersgruppe bis 2040 weiter auf 31 % steigen. Das bedeutet, dass dann weniger als zwei Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) auf eine ältere Person (ab 65 Jahren) kommen werden.
- *Beschäftigung und tatsächliches Renteneintrittsalter:* Die Erwerbstätigenquote der 55- bis 64-Jährigen in Deutschland ist seit dem Jahr 2003 um 24 Prozentpunkte gestiegen. Im Jahr 2013 lag sie bei 63,5 % und damit um etwa 13 Pp. über dem EU-Durchschnitt. Das tatsächliche Renteneintrittsalter ist seit 1996 bei Männern um zwei Jahre und bei Frauen um drei Jahre gestiegen.
- *Arbeitsbedingungen:* Die Arbeitsbedingungen werden von älteren Arbeitnehmern größtenteils als unverändert wahrgenommen und bewegen sich auf einem ähnlichen Niveau wie im EU-Durchschnitt. Die einzigen Ausnahmen bilden diesbezüglich die Nachhaltigkeit der Arbeit, die Weiterbildung am Arbeitsplatz und die emotionale Belastung, für die in Deutschland sämtlich höhere Werte verzeichnet werden als im EU-Durchschnitt.
- *Gesundheit:* Fast die Hälfte der 55- bis 64-jährigen Beschäftigten in Deutschland leidet an (nicht zwangsläufig arbeitsbedingten) lang andauernden Gesundheitsproblemen (41 %, gegenüber 33 % im EU-Durchschnitt). Arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme sind allerdings deutlich seltener als im EU-Durchschnitt. Muskel- und Skeletterkrankungen werden von älteren Erwerbstätigen in Deutschland als das schwerwiegendste arbeitsbedingte Gesundheitsproblem wahrgenommen (71 %), gefolgt von psychischen Erkrankungen (11 %). Dies sind die Hauptursachen für eine Langzeit-Arbeitsunfähigkeit.
- *Vorruhestand:* Der häufigste Grund, aus dem Personen zwischen 50 und 69 Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheiden, ist eine eigene Erkrankung oder Behinderung (31 % bzw. 21 %), während das Erreichen eines Rentenanspruchs mit 13 % erst an zweiter Stelle folgt. Die Mehrheit der frühverrenteten Beschäftigten im Alter von mindestens 63 Jahren wurde unfreiwillig in Frührente geschickt¹⁴² (59 %), während ein ebenfalls relativ großer Anteil freiwillig in Frührente gegangen ist¹⁴³ (41 %). Es gibt Hinweise darauf, dass psychische Erkrankungen bei Frühverrentungen eine große Rolle spielen: Im Jahr 2012 waren etwa 42 % der Frühverrentungen auf psychische Erkrankungen sowie Muskel- und Skeletterkrankungen zurückzuführen.
- *Weiterbeschäftigung im Rentenalter:* Etwa 47 % der abhängig Beschäftigten im Alter zwischen 55 und 65 Jahren erklärten, nach ihrem Renteneintritt gerne weiter arbeiten zu wollen. In Kleinunternehmen (mit weniger als zehn Beschäftigten), unter Beschäftigten mit einem geringeren Einkommen (zwischen 500 EUR und 1000 EUR) sowie unter Arbeitnehmern, die keine monotonen, körperlich schweren, gesundheitsgefährdenden oder belastenden Tätigkeiten verrichten müssen, ist die Bereitschaft, länger im Erwerbsleben zu verbleiben, höher. Der häufigste Beweggrund, aus dem Arbeitnehmer ihre Erwerbstätigkeit nach Erreichen des Renteneintrittsalters fortführen, ist offenbar finanzieller Natur (Erzielung eines ausreichenden Einkommens).¹⁴⁴ Flexible Arbeitszeiten sind für ältere Beschäftigte, die nach

¹⁴² Die Betroffenen haben ein Angebot für eine Vorruhestandsregelung erhalten, wurden gekündigt oder hatten das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht UND KEINE Möglichkeit zur Weiterarbeit.

¹⁴³ Aufgrund des eigenen schlechten Gesundheitszustands oder des schlechten Gesundheitszustands von Familienangehörigen oder Freunden, um zur gleichen Zeit wie der Ehegatte bzw. Partner in den Ruhestand zu gehen, um das Leben zu genießen oder weil sie das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht hatten, wobei sie ZUGLEICH die Möglichkeit zur Weiterarbeit hatten.

¹⁴⁴ Es ist darauf hinzuweisen, dass die im Hinblick auf die Bereitschaft, nach Erreichen des Rentenalters weiterhin einer bezahlten oder unbezahlten Tätigkeit nachzugehen, ermittelten Werte anhand einer nicht repräsentativen Stichprobe erhoben wurden und somit lediglich einen Trend aufzeigen.

ihrem Renteneintritt im Erwerbsleben verbleiben oder dazu bereit sind, sehr wichtig, wobei 72 % von ihnen nur in Teilzeit arbeiten möchten.

Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen:

In Deutschland gibt es ein starkes System zur Gewährleistung der Sicherheit am Arbeitsplatz, das eine langjährige Tradition hat. Dieses System wurde schrittweise auf den Gesundheitsschutz bei der Arbeit ausgeweitet, sodass die betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland mittlerweile einen wichtigen Schwerpunkt des Arbeitsschutzes darstellt. Für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit ist in Deutschland eine ganze Reihe unterschiedlicher Akteure zuständig. Aus diesem Grund gibt es zahlreiche Initiativen, die auf eine bessere Koordinierung dieser Akteure abzielen. Insgesamt ist die Qualität des *sozialen Dialogs* in Deutschland recht hoch, wobei allerdings Unterschiede zwischen den einzelnen Sektoren/Wirtschaftszweigen bestehen. Die Arbeitsbedingungen waren schon immer Gegenstand des sozialen Dialogs, wobei der demografische Wandel und der zu erwartende Fachkräftemangel in jüngster Zeit ein zunehmendes Interesse an diesem Thema ausgelöst haben. Es gibt eine Reihe von Beispielen für Tarifverträge, in denen die Arbeitsbedingungen eine Rolle spielen.

Das deutsche Sozialversicherungssystem ist sehr umfassend. Seit Bismarck gibt es in Deutschland eine hochwertige Sozialversicherung, die seitdem weiter ausgeweitet wurde. Heute umfasst sie die Gesundheits-, Unfall-, Renten-, Arbeitslosigkeits- und Pflegeversicherung. Sie alle spielen eine wichtige Rolle für die Prävention und Rehabilitation im Rahmen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit.

Mit Ausnahme der allgemeinen arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen über die Berücksichtigung der Bedürfnisse gefährdeter Gruppen von Arbeitnehmern, wie sie im EU-Recht vorgesehen sind, gibt es in Deutschland keine speziellen Rechtsvorschriften über ältere Arbeitnehmer. Darüber hinaus zielt das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz auf die Verhinderung oder Beseitigung von Diskriminierung auch aus Gründen des Alters ab, während das Sozialgesetzbuch die Arbeitgeber verpflichtet, die Arbeitsplätze an die Bedürfnisse ihrer Beschäftigten anzupassen.

Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit – ältere Arbeitnehmer

Es gibt ein breites Spektrum von politischen Maßnahmen, Strategien, Programmen und Initiativen für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz von Arbeitnehmern, die auf unterschiedlichen Ebenen (Bundes-, Landes- und Unternehmensebene) angesiedelt sind. Die meisten Initiativen haben die Sicherheit und den Gesundheitsschutz aller Altersgruppen zum Gegenstand und zielen nicht konkret auf ältere Arbeitnehmer ab. Dies gilt als die beste Form der Prävention, um sicherzustellen, dass die Beschäftigten gesund bleiben und unter sicheren und nachhaltigen Bedingungen arbeiten. Prävention wird bereits vom ersten Tag des Berufslebens an als notwendig erachtet.

Allerdings gibt es auf Bundesebene drei wichtige politische Initiativen, welche die Aktivitäten im Hinblick auf den *demografischen Wandel* bündeln: Die Demografiestrategie der Bundesregierung, die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) und die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA).

- Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie sieht zwar keine speziellen Aktivitäten für ältere Arbeitnehmer vor, jedoch liegt der Schwerpunkt der meisten im Rahmen dieser Strategie geplanten Maßnahmen auf dem demografischen Wandel und der alternden Erwerbsbevölkerung.
- Die INQA hat die Entwicklung mehrerer Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Konzept der Beschäftigungsfähigkeit und des Altersmanagements zur Förderung der Schaffung nachhaltiger Arbeitsbedingungen finanziert.

Triebkraft der politischen Maßnahmen zur Förderung *nachhaltiger Arbeit* waren in den letzten Jahren die Debatten über den demografischen Wandel, die Alterung der Erwerbsbevölkerung und insbesondere den zu erwartenden Fachkräftemangel. Letzterer würde ein gravierendes Problem für das deutsche Produktionsmuster darstellen, dessen Schwerpunkt auf hochwertiger Spitzentechnologie liegt und das somit in hohem Maße auf Fachkräfte angewiesen ist. In diesem Zusammenhang wird zum einen das Renteneintrittsalter, das bislang bei 65 Jahren lag, gegenwärtig schrittweise auf 67 Jahre angehoben. Zum anderen wurde eine ganze Reihe von Initiativen zur Förderung nachhaltiger Arbeit ins Leben gerufen. Da die Versicherungsträger steigende Kosten für Renten und andere Leistungen auf sich zukommen sehen, bemühen sie sich besonders aktiv um die Nachhaltigkeit der Arbeit. Die Sozialpartner beteiligen sich ebenfalls an der Debatte über ältere Arbeitnehmer, wobei für sie insbesondere der Fachkräftemangel und die Notwendigkeit eines verbesserten Kompetenztransfers

und einer verstärkten Valorisierung von Qualifikationen von Bedeutung sind. In den letzten Jahren wurden zahlreiche branchenspezifische Tarifverträge abgeschlossen, die darauf abzielen, bessere Arbeitsbedingungen für ältere Arbeitnehmer zu schaffen, um diese im Erwerbsleben zu halten.

Die meisten der in diesem Bericht aufgeführten Initiativen beziehen unterschiedliche Gruppen von Interessenträgern ein, folgen einem *holistischen Ansatz*, wobei auch Fragen des Personalmanagements und der betrieblichen Gesundheitsförderung Berücksichtigung finden, bieten Möglichkeiten für den Informationsaustausch, kombinieren verschiedene Präventionsinstrumente und nutzen mehrere Verbreitungs Kanäle. Problematisch ist, dass diese Initiativen mit einigen wenigen Ausnahmen nicht evaluiert werden.

Standpunkte der Interessengruppen¹⁴⁵

Die meisten Interessenträger sind einhellig der Meinung, dass die Initiativen auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz in jedem Alter abzielen sollten und nicht speziell auf ältere Arbeitnehmer, da diese womöglich solche Sondermaßnahmen als stigmatisierend empfinden und daher nur zögerlich annehmen. Darüber hinaus erkennen die Interessenträger an, dass Präventionsmaßnahmen nicht nur auf die älteren, sondern auf alle Altersgruppen zugeschnitten sein sollten, da die jungen Arbeitnehmer von heute die älteren Arbeitnehmer von morgen sind. Des Weiteren stimmen sie darin überein, dass die Größe eines Unternehmens entscheidenden Einfluss auf seine Aktivitäten im Hinblick auf Prävention/Sicherheit und Gesundheitsschutz hat. Als besonders problematisch gelten diesbezüglich Kleinstunternehmen. Aufgrund ihrer beschränkten Ressourcen werden sie in den Bereichen Prävention/Sicherheit und Gesundheitsschutz sowie Rehabilitation/Rückkehr in das Erwerbsleben kaum aktiv. (Regionale) Netzwerke aus Unternehmen und Sozialversicherungsträgern gelten als der vielversprechendste Weg, um kleinere Unternehmen zu erreichen und zu einem Tätigwerden zu bewegen. Die Unternehmensvertreter stellten fest, dass das Altersmanagement für die Führungskräfte eine neue Aufgabe darstellt, sodass es zunächst notwendig ist, einschlägiges Wissen und Know-how aufzubauen und dabei externe Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Rehabilitation und Rückkehr in das Erwerbsleben

Im deutschen Rehabilitationssystem gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“. Dieser Grundsatz räumt der Rückkehr in das Erwerbsleben eindeutig Vorrang ein. Er dient nicht nur dem allgemeinen politischen Ziel, Menschen im Erwerbsleben zu halten, sondern ist auch dem Druck der Versicherungsträger geschuldet, die nach sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit für die Entgeltersatzleistungen zuständig sind und ein Interesse daran haben, die Zahl der Personen zu verringern, die eine befristete oder unbefristete Erwerbsminderungsrente beziehen. Für die Beseitigung von Erkrankungen oder Behinderungen wird in Deutschland ein breites Spektrum medizinischer, berufsfördernder und sozialer Rehabilitationsmaßnahmen angeboten, die größtenteils von den Versicherungsträgern bereitgestellt werden. Rehabilitation zielt nicht nur darauf ab, die Folgen bestehender Erkrankungen zu mindern, sondern auch darauf, weiteren Erkrankungen vorzubeugen. Einige Sachverständige haben darauf hingewiesen, dass infolge der jüngsten Verschärfung der Bedingungen für die Bewilligung von Erwerbsminderungsrenten (selbst von Teilrenten) Menschen mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen zunehmend unter Druck stehen, unter zuweilen prekären Bedingungen in das Erwerbsleben zurückzukehren, wenn für ihre Wiedereingliederung keine angemessene Unterstützung geleistet wird.¹⁴⁶

Auf Unternehmensebene sind die Arbeitgeber nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches verpflichtet, allen Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement anzubieten. Jedoch erhalten die Arbeitgeber dabei offenbar keine konkrete Unterstützung. Für die Anpassung von Arbeitsplätzen können Arbeitgeber finanzielle und technische Unterstützung (z. B. Umbaubeihilfen und

¹⁴⁵ Diese Standpunkte wurden im Zuge des nationalen Sachverständigen-Workshops zum Thema „Sicherere und gesündere Arbeitsplätze in jedem Alter“ geäußert, der am 3./4. Juni 2014 in Berlin stattfand (weitere Informationen sind der Einführung zu diesem Bericht zu entnehmen).

¹⁴⁶ Maresca, B., Dujin, A., „Les logiques d'action des entreprises à l'égard des salariés atteints du cancer: une comparaison France Allemagne“ [Betriebliche Handlungslogik im Hinblick auf krebserkrankte Beschäftigte: Vergleich zwischen Frankreich und Deutschland], in: *Cahier de Recherche*, Nr. C248, CREDOC, 2008, S. 25-26. Verfügbar unter <http://www.credoc.fr/publications/abstract.php?ref=C248> (abgerufen im Dezember 2014).

technische Hilfen) in Anspruch nehmen, die insbesondere von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung bereitgestellt wird.

Die aktivste Einrichtung im Rahmen der Rehabilitation ist die Deutsche Rentenversicherung (DRV), die es grundsätzlich vorzieht, Rehabilitationsmaßnahmen statt Erwerbsminderungs- oder Altersrenten zu finanzieren, und daher bemüht ist, Frühverrentungen vorzubeugen. Insbesondere verfolgt die DRV mit ihrer Initiative für die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation einen ganzheitlichen Rehabilitationsansatz, in dem die medizinische Rehabilitation auf die Anforderungen der Arbeitswelt ausgerichtet wird.

Die in diesem Bericht aufgeführten Initiativen für die Rehabilitation/Rückkehr in das Erwerbsleben sind bei Weitem nicht so vielfältig und umfassend wie die Initiativen für den Gesundheitsschutz und die Sicherheit bei der Arbeit. Darüber hinaus zielen die zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen ergriffenen Maßnahmen und die Initiative „Jobs ohne Barrieren“ nur auf eine einzige Bevölkerungsgruppe ab (Menschen mit Behinderungen) und legen den Schwerpunkt auf die operative Ebene. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass der Begriff Behinderung in Deutschland relativ weit gefasst ist und daher ein breites Spektrum gesundheitlicher Probleme abdeckt. Einige Initiativen konzentrieren sich auf bestimmte Zielgruppen (RehaBau – Rehabilitation im Baugewerbe) oder folgen einem ganzheitlichen Ansatz (Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, MBOR).

Im Hinblick auf das umfassende und insgesamt gut funktionierende deutsche Rehabilitationssystem können einige Vorschläge für künftige Initiativen für die Rehabilitation/Rückkehr in das Erwerbsleben gemacht werden:

- Bessere Aufklärung über die Rehabilitation (sowohl der Beschäftigten als auch der Arbeitgeber, gezielte Informationen für bestimmte Personengruppen, wie beispielsweise für Personen mit niedrigem Bildungsniveau).
- Maßnahmen zur Förderung der Durchführung betrieblicher Wiedereingliederungsprogramme (Sensibilisierung, Anreize, Sanktionen).
- Bessere Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Interessengruppen.
- Bessere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger.

Standpunkte der Interessengruppen

Bei dem nationalen Workshop wiesen die Sachverständigen auf die folgenden Probleme hin:

- Etwa 80 % der Teilnehmer von Rehabilitationsprogrammen kehren in das Erwerbsleben zurück. Andererseits haben fast 50 % der Personen, die eine Erwerbsminderungsrente beantragen, zuvor an keinem Rehabilitationsprogramm teilgenommen. Hier besteht Raum für Verbesserungen.
- Es gibt Belege dafür, dass der Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland nicht einheitlich, sondern vielmehr vom sozialen Status und vom Bildungsniveau abhängig ist. Im Hinblick auf die soziale Gerechtigkeit stellt dies ein Problem dar, das in Angriff genommen werden muss.
- Das deutsche Rehabilitationssystem ist recht komplex, d. h. es gibt zahlreiche unterschiedliche Rehabilitationsträger und ein breites Spektrum von Rehabilitationsleistungen. Insbesondere die Betroffenen selbst, aber auch kleinere Unternehmen finden sich daher in diesem System häufig nur schwer zurecht.
- Zudem werden Arbeitgebern kaum oder keine Anreize für die Einführung betrieblicher Wiedereingliederungsprogramme geboten. Erkrankten Arbeitnehmer für einen längeren Zeitraum, übernimmt die Krankenkasse ihre Entgeltersatzleistungen. Den Arbeitgebern entstehen somit nur indirekte Kosten in Form ihrer Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung. Sie müssen für die Vorteile einer betrieblichen Strategie für die Rückkehr in das Erwerbsleben sensibilisiert werden und entsprechende Informationen erhalten.
- Ein konkretes Beispiel für eine solche Maßnahme ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Allerdings sind die Sachverständigen einhellig der Meinung, dass dieses in deutschen Unternehmen nicht in zufriedenstellendem Maße zum Einsatz kommt.

Allgemeine Schlussfolgerungen

Zwar ist die Erwerbstätigenquote unter den 55- bis 64-Jährigen in Deutschland deutlich höher als im EU-Durchschnitt, jedoch berichten zahlreiche Erwerbstätige über lang andauernde Gesundheitsprobleme. Zudem sind die meisten Frühverrentungen auf gesundheitliche Gründe zurückzuführen. Diese Beobachtungen erhärten den Standpunkt, dass nach wie vor politische Maßnahmen zur Förderung nachhaltiger Arbeitsbedingungen vonnöten sind. Da das Alter der Bevölkerung in Deutschland höher ist als im EU-Durchschnitt, beschäftigt man sich hier bereits seit vielen Jahren mit dem demografischen Wandel in Gesellschaft und Arbeitswelt.

Zwar verfolgt Deutschland im Hinblick auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit, die Prävention und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen einen ganzheitlichen Ansatz, der alle Beschäftigten gleichermaßen einbezieht, jedoch finden dabei auch die Folgen der Alterung der Erwerbsbevölkerung Berücksichtigung. Hierfür wurde eine Reihe von Programmen aufgelegt, deren Schwerpunkt auf dem demografischen Wandel, der Beurteilung der Beschäftigungsfähigkeit, dem Altersmanagement, der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der Rehabilitation von Arbeitnehmern mit verminderter Erwerbsfähigkeit und ihrer Rückkehr in das Erwerbsleben liegt. Neben der Regierung haben auch Sozialpartner und Versicherungsträger einen großen Beitrag zu den zahlreichen Maßnahmen geleistet, die in den letzten zehn Jahren im Hinblick auf diese Themenbereiche ergriffen wurden.

5 Literatur und weiterführende Informationen

Der Großteil der in diesem Dokument vorgelegten Informationen ist Webseiten entnommen. Die Internet-Adressen dieser Webseiten sind jeweils in Fußnoten angegeben. Daher werden sie an dieser Stelle nicht aufgeführt. Hier werden lediglich Berichte, Artikel und Bücher angegeben.

Europäische und internationale Quellen:

EU-OSHA – Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, *Work-related musculoskeletal disorders: Back to work report*, 2007.

Eurofound – Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, *Sustainable work and the ageing workforce, A report based on the fifth European Working Conditions Survey*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg 2012.

Eurostat, *Active ageing and solidarity between generations, A statistical portrait of the European Union 2012*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg 2011.

Institute for Employment Studies und Kooperationsstelle Hamburg IFE GmbH, *Qualitative post-test evaluation of ESENER – National overview reports*, 2013.

OECD – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – A synthesis of finding across OECD countries*, 2010.

Nationale Quellen:

Bäcker, G., Naegele, G., Bispinck, R., Hofemann, K. und Neubauer, J., *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland; Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste (4. Ausgabe)*, VS Verlag, Wiesbaden 2008.

ZB info, *Wegweiser Rehabilitationsträger*, 2011. Verfügbar unter <http://www.integrationsaemter.de/ZB-info-Wegweiser-Rehabilitationstraeger/319c3943i1p62/index.html>.

Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) trägt dazu bei, dass die Arbeitsplätze in Europa sicherer, gesünder und produktiver werden. Die Agentur untersucht, entwickelt und verbreitet verlässliche, ausgewogene und unparteiische Informationen über Sicherheit und Gesundheitsschutz und organisiert europaweite Sensibilisierungskampagnen. Die 1994 von der Europäischen Union gegründete Agentur mit Sitz in Bilbao (Spanien) bringt Vertreter der Europäischen Kommission, der Regierungen der Mitgliedstaaten, der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände sowie führende

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz

Santiago de Compostela, 12 – (Edificio Miribilla)
E-48003 – Bilbao, Spanien

E-Mail: information@osha.europa.eu

<http://osha.europa.eu>