

CENTRE FOR EUROPEAN SOCIAL AND ECONOMIC POLICY
Centre de politique sociale et économique européenne Asbl
Zentrum für europäische Sozial- und Wirtschaftspolitik

Zusammenfassung

"Untersuchung der Synergie zwischen der Förderung aktiver Teilnahme am Arbeitsleben und an der Gesellschaft und Strategien zur Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege"

**"Exploring the synergy between promoting active participation in work and in society and
social, health and long-term care strategies"**

AUSSCHREIBUNG Nr. 2006/030 (2006 / S 123-130484)

Vertragsreferenznummer VC/2006/0340

Februar 2008

CESEP ASBL

Koordinator: S. Grammenos

Rue de la Pacification, 65.

B-1000 BRUXELLES

Tel. : 02/230.63.96

Fax: 02/230.94.51

E-Mail : cesep@skynet.be

Website: <http://www.cesep.eu/>

BBJ Consult AG

Rue des deux Eglises 44

B-1000 BRUXELLES

CREPP ULg

Boulevard du Rectorat, 7

B-4000 LIEGE

Einleitung

Die EU hat sich das Ziel gesetzt, die Rate aktiver Beschäftigung von älteren Arbeitnehmern zu erhöhen. Der Europäische Rat in Stockholm (2001) legte eine Zielvorgabe von 50% für die Beschäftigungsquote für Arbeitnehmer im Alter zwischen 55 und 64 Jahre fest. Weiter einigte sich der Europäische Rat in Barcelona im März 2002 auf das Ziel, das durchschnittliche Rentenalter während derselben Zeitspanne stufenweise um 5 Jahre zu erhöhen.

Der Rat der EU, die Europäischen Kommission und die Mitgliedsstaaten fördern Politiken zur Reduzierung eines frühzeitigen Eintritts in das Rentenalter und zur Verlängerung des Arbeitslebens durch die Einführung von flexiblen Arbeitszeiten sowie die Verbesserung des Zugangs zum lebenslangen Lernen.

Der Zweck der Studie ist es, für die politische Diskussion Informationen zur Verfügung zu stellen über die Frage, wie Sozial- und Gesundheitssysteme und die Langzeitpflege die Beteiligung an Beschäftigung und Familienleben sowie soziale und gemeinwohlorientierte Aktivitäten verbessern können. Gleichzeitig soll die Studie die Debatte unterstützen, wie bezahlte Beschäftigung und aktive Teilnahme am Familienleben und an sozialen und gemeinwohlorientierten Aktivitäten zu einem gesünderen und eigenständigen Leben in der Gegenwart und Zukunft beitragen kann.

Ziel der Studie ist es zu untersuchen, ob aktuelle Politiken umsetzbar sind. Es sollen weitere neue Ansätze dargestellt werden, die die gesundheitliche Verfassung von älteren Arbeitnehmern berücksichtigen und z.B. einen guten Gesundheitszustand erhalten.

TEIL I: Überblick über den Forschungsstand bezüglich der Synergie zwischen Beschäftigung und Gesundheit

I.a Faktoren der aktiven Teilnahme am Arbeitsleben und der Teilnahme an Aktivitäten in Familie und Gesellschaft

Es gibt eine Vielfalt von Hinweisen, die zeigen, dass der Gesundheitszustand die allgemeine aktive Beteiligung am Arbeitsmarkt und besonders das Arbeitskräfteangebot älterer Arbeitnehmer beeinflusst. Frühe Studien, die Gesundheit als exogene Variable zu Grunde legten, haben beispielsweise herausgefunden, dass chronische Krankheit eine frühe Verrentung befördert. Mehr noch, Gesundheitsprobleme haben ein stärkeres Gewicht auf das Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt als finanzielle Gründe.

Weitere Untersuchungen konzentrierten sich auf Veränderungen des Gesundheitszustandes und weniger auf das allgemeine Gesundheitsniveau. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes stellte sich als bedeutender Faktor für Entscheidungen über den Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand heraus. Darüber hinaus wirkt sich die Veränderung des Gesundheitszustandes auf das Fehlen am Arbeitsplatz aus Gründen von Krankheit aus, wobei dies im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen steht.

Forschungsergebnisse zum endogenen Potential von Gesundheit – einerseits beeinflusst der Gesundheitszustand Arbeitsplatzentscheidungen, andererseits beeinflusst aktive Beschäftigung und Teilhabe den Gesundheitszustand – zeigen, dass Gesundheit immer noch einen bedeutenden Einfluss auf die Arbeitsmarktbeteiligung hat. Demzufolge ist man sich zunehmend einig, dass eine schlechte Gesundheit und insbesondere ein sich verschlechternder Gesundheitszustand zur Verringerung der Entlohnung und dem Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt führen kann, insbesondere durch Frühverrentung, Arbeitslosigkeit, höhere Versäumniszeiten bei der Arbeit und die Nutzung von Berufsunfähigkeitsunterstützung.

Andere Forscher behaupten, dass die Zahl der älteren Arbeitnehmer gesunken sei, weil die Regeln des Sozialversicherungssystems zum Vorruhestand anregen würden. Es scheint ebenfalls so, dass der Rentenanspruch nur minimal steigt, wenn man länger arbeitet. In einigen Fällen wird der gegenwärtige Nettobetrag der Rente sogar reduziert. Hohe Steuerbelastungen für die Erwerbstätigkeit in den Jahren nach dem offiziellen Rentenalter erzeugen ebenfalls den Anreiz, früher in den Ruhestand zu gehen. Dieser Effekt scheint in allen untersuchten Ländern einen starken Einfluss auf die Entscheidungen zu haben, sich aus dem aktiven Arbeitsleben zurück zu ziehen. Mehr versicherungsbasierte Gerechtigkeit könnte sich korrigierend auswirken.

Eine wachsende Zahl von Literatur über das Verhalten von Mann und Frau bei gemeinsamer Erwerbstätigkeit untersucht, wie Ehepaare Ruhestandsfragen abstimmen. Es gibt eine Entwicklung, nach der die Ehepartner zur ungefähr gleichen Zeit in den Ruhestand gehen. Die Literatur bewertet dies als Wunsch, die Freizeit gemeinsam zu verbringen. In Bezug auf die Gesundheitsfrage kann eine Ehe denjenigen absichern, der chronisch krank oder arbeitsunfähig wird. Aus diesem Grund kann der gesunde Ehepartner wählen, zwischen weiterer

Erwerbstätigkeit, um ein gewisses Einkommensniveau zu erhalten, oder den Eintritt in den Ruhestand, um für den anderen zu sorgen.

Andererseits kann ein schlechter Gesundheitszustand eines Ehepartners zum vorgezogenen Renteneintritt des anderen Partners führen. Hier beeinflusst die Krankheit des Ehemannes viel stärker die Entscheidung über den Ruhestand der Ehefrau und den beschleunigten Renteneintritt des Paares, als es der Fall ist, wenn die Ehefrau krank ist.

Letztendlich können soziale Rollen Fragen des Ruhestandes beeinflussen und eine ungleiche Auswirkung auf Männer und Frauen haben.

Die Bereitstellung von Langzeitpflegesystemen kann ein wichtiger Faktor sein, der die aktive Teilnahme von Pflegenden am Arbeitsleben bestimmt. Die Zahl der Stunden, die mit der Pflege verbracht werden (intensive informelle Pflege) hat einen bedeutenden Einfluss auf die Erwerbstätigkeit. Hohe Pflegeintensität übt einen negativen Einfluss auf die bezahlte Beschäftigung von Pflegenden (hauptsächlich Frauen) aus und erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Erwerbstätigkeit durch die Frühverrentung aufzugeben.

Pflege reduziert die geleisteten entlohnten Arbeitsstunden und das Einkommen des Pflegenden, während es die Nutzung von Teilzeitarbeit dort erhöht, wo es sie gibt. Pflgetätigkeit verringert die Chancen auf einen gut bezahlten Arbeitsplatz, auf Beförderungsaussichten und einer Einkommenserhöhung des Pflegenden, inklusive der Rentenansprüche. Pflgetätigkeit reduziert ebenfalls die Chancen auf eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt: Bei Personen, die intensiv Pflege geleistet haben ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie sich nach Beendigung des Pflegeverhältnisses in einem bezahlten Arbeitverhältnis befinden. Teilzeitarbeit erhöht die Wahrscheinlichkeit, nach beendeter Pflegezeit sich wieder vollständig in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Andererseits ist es wahrscheinlicher, dass die arbeitslose oder nur Teilzeit arbeitende Person einer Familie die Rolle des Pflegenden übernimmt. Deshalb betonen Forscher die Rolle von unterstützenden Dienstleistungen für Pflgetätige, damit diese Erwerbstätigkeit und Pflege vereinen können.

I.b Aktive Teilnahme am Arbeitsmarkt und ihr Einfluss auf die Gesundheit

Die Verbreitung von chronischer Krankheit steigt mit dem Alter. Außerdem stellen verschiedene Studien einen signifikanten Unterschied in Hinsicht auf Gesundheitsniveaus, Lebenserwartung (mit oder ohne Behinderung) und Sterberate zwischen Menschen mit hohem und niedrigem Bildungsgrad in allen Altersgruppen fest. Diese gesundheitliche Unausgeglichenheit scheint es schon zu allen Zeiten gegeben zu haben. Bildung und Einkommen haben ebenfalls einen positiven Einfluss auf die Gesundheit. Die Bildung könnte die Gesundheit mittels verschiedener Kanäle beeinflussen (Wissen über Gesundheit, Arbeitsbedingungen, Lebensstil und Einkommen).

Die Arbeitsbedingungen spielen eine signifikante Rolle (unabhängig vom Einkommen) für den Gesundheitszustand von Arbeitnehmern. Nicht ausgebildete Personen und Arbeiter haben systematisch betrachtet niedrigere Lebenserwartungen (höhere Sterberaten). Schwere physische und psychische Arbeitsbedingungen (körperliche Anstrengungen, psychischer Stress, Unfälle, Giftstoffe) werden hierfür vorwiegend als erklärende Faktoren genannt, die eine bedeutende und sich verstärkende Auswirkung auf die Gesundheit schon vor der Verrentung haben. Überstunden und ungewöhnliche Arbeitszeiten belasten die Gesundheit: ein erhöhtes Risiko von Bluthochdruck, Herzgefäßkrankheiten, Müdigkeit, Schlafprobleme, Stress, Depression, Krankheiten im Bewegungsapparat, chronische Infektionen, Diabetes, allgemeine Gesundheitsbeschwerden, Unfälle und Verletzungen, die alle zum Tod führen können.

Im Allgemeinen werden die Mittelmeerstaaten durch eine niedrige Arbeitszufriedenheit charakterisiert. Die Zufriedenheit mit seiner Arbeit scheint einen starken Einfluss auf die Entscheidung bezüglich des Ruhestandes zu haben. Eine große Zufriedenheit bewirkt damit eher die Aufschiebung des Eintritts in den Ruhestand.

Während schlechte Arbeitsbedingungen sich negativ auf die Gesundheit auswirken, können auch Arbeitslosigkeit und ungewollter Ruhestand in Verbindung mit psychologischer Anspannung bestehende Gesundheitsprobleme noch verschärfen. Eine starke Einbindung in die Arbeit (Vollzeitarbeit, lange berufliche Geschichte) und eine fehlende Entscheidungsmöglichkeit über den eigenen Übergang in den Ruhestand sind Vorzeichen für einen schwierigen Anpassungsprozess. Deshalb können auch Flexibilität und die Bestimmung über den eigenen Ruhestand den Gesundheitszustand nach der Pensionierung verbessern.

Kognitive Leistungsfähigkeit sinkt zwar mit zunehmendem Alter, aber dennoch verfügen viele ältere Menschen über hohe kognitive Fähigkeiten, sogar noch in sehr hohem Alter. Kürzlich durchgeführte Untersuchungen zeigen, dass Bildung einen positiven Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit hat, aber ebenso berufliche Tätigkeit und Freizeitaktivitäten (Beschäftigung, Gemeinwesenarbeit, Freizeit und soziale Aktivitäten, körperliche Betätigung). Die möglichst lange Ausführung eines Berufes kann durchaus dazu führen, dass man auch im hohen Alter noch seine kognitive Aufnahmefähigkeit beibehält. Auch körperliche Betätigung ist wichtig für die Gesundheit, wobei dies auch von der Häufigkeit dieser Aktivitäten abhängt. Diese positiven Effekte auf die Gesundheit scheinen sich aber eher auf Freizeit-, als auf berufsbezogene Aktivitäten

auszuwirken. Im Allgemeinen zeigen die Ergebnisse einen positiven Zusammenhang zwischen Aktivität und Gesundheit (physisch und psychisch). Es ist wahrscheinlich, dass ein guter Gesundheitszustand die Aktivität und die aktive Beteiligung beeinflusst, so dass es sich hier um eine wechselseitige Beziehung handelt.

Ehrenamtliche Arbeit hat einen positiven Effekt auf die Gesundheit. Dies wird auch auf die bessere Gesundheit der ehrenamtlich Tätigen zurückgeführt. Gründe für den positiven Einfluss des ehrenamtlichen Engagement auf die Gesundheit könnten Selbstidentität, Gemeinschaftssinn und Zugehörigkeit, Engagement (ein Gefühl für den Sinn im Leben haben), Gegenseitigkeit (soziale Interaktionen) und einen aktiver Lebensstil sein. Es verringert soziale Isolation. Weitere Untersuchungen weisen darauf hin, dass der positive Effekt noch gesteigert werden kann, wenn man beim Ehrenamt einen persönlichen Kontakt zu seinen Mitmenschen hat, wenn es freiwillig und stressfrei ist und die Möglichkeit bietet, offizielle Funktionen zu übernehmen und schon existierende Fähigkeiten und Erfahrungen weiter aufzuwerten. Durch die Verfügbarkeit von Unterstützung und Gesundheitsinformationen in geschlossenen sozialen Einheiten kann Sozialkapital (bürgerliches Engagement, Teilnahme am Sozialleben und Familienverbindungen) einen direkten positiven Einfluss auf die Gesundheit ausüben.

Eine äußerst entscheidende Komponente in allen europäischen Ländern ist die Familienpflege (etwas weniger ausgeprägt ist sie in Skandinavien). Die Ergebnisse bezüglich des Einflusses der Pflege auf die Gesundheit des Pflegenden sind oft widersprüchlich. Im Allgemeinen wird angenommen, dass die „intensive Pflege“ physischen und psychischen Stress hervorrufen kann (körperliche Anspannung und Erschöpfung, Probleme im Bewegungsapparat, Herzprobleme, emotionale Anpassung, Erschöpfung und Depression). Dennoch können Pflegenden, die leichte Pflgetätigkeiten eher über eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes berichten, einschließlich eines guten geistigen Zustandes. Einige Studien erwähnen in diesem Sinne die wichtige Rolle von unterstützenden Dienstleistungen, mit denen jeglicher negative Einfluss auf die Gesundheit reduziert werden soll.

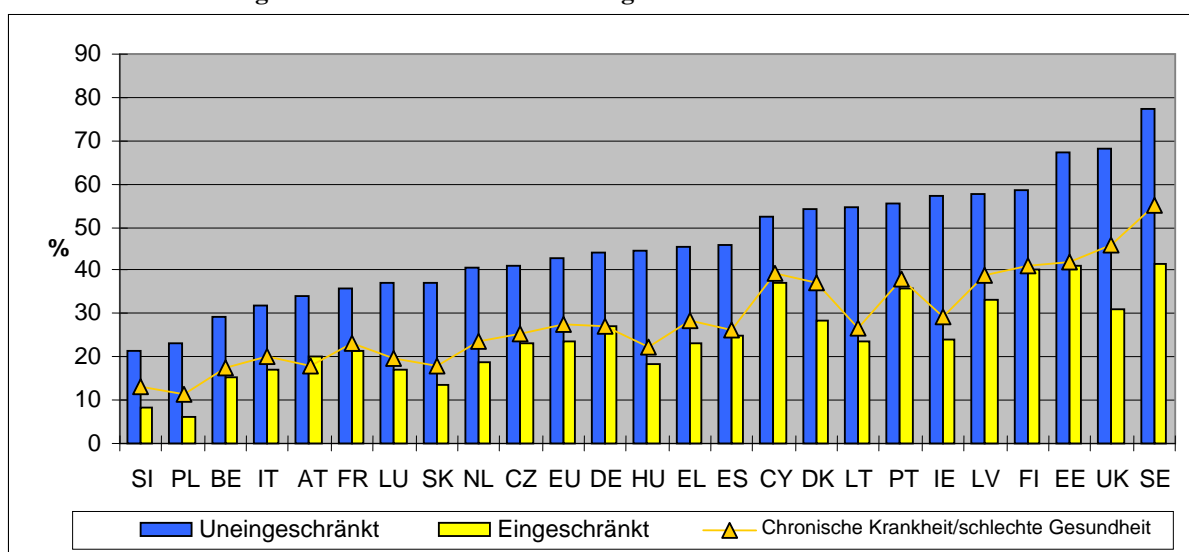
TEIL II: Statistische Analyse

II.1 Gesundheit und aktive Teilnahme am Arbeitsmarkt / Erwerbstätigkeit

Die statistischen und ökonometrischen Analysen bestätigen, dass Alter, Bildungsgrad, Familienstand, Beschäftigung und Einkommen signifikante Faktoren für die Bestimmung des Gesundheitszustandes sind. Niedriges Bildungsniveau, niedriger beruflicher Stand (derzeitiger oder vergangener) oder ein geringes Einkommen erhöhen die Wahrscheinlichkeit für langfristige Krankmeldungen.

Allgemein gesagt: Staaten mit einer hohen Zahl an Erwerbstätigen haben auch unter den chronisch Kranken eine hohe Zahl an Erwerbstätigen. Allerdings gibt es einen entscheidenden Geschlechterunterschied. Eine der Hypothesen besagt, dass die Arbeitsbedingungen sich auf Männer und Frauen auf unterschiedliche Art und Weise auswirken.

Tabelle 1: Erwerbstätigkeitsrate unter den 55-64 Jährigen im Jahr 2005



Anmerkung: Das Lissabonziel von 50% bezieht sich auf alle 55-64 Jährigen. Quelle: SILC 2005 (klassifiziert nach Erwerbstätigkeitsrate)

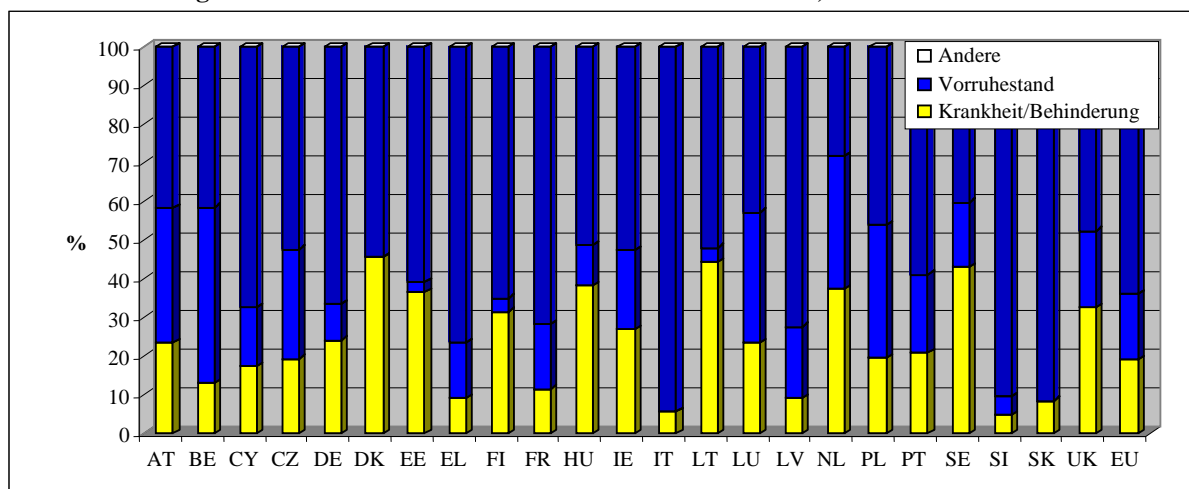
Statistische und ökonometrische Analysen über die Erwerbstätigkeit zeigen, dass in der Altersgruppe der 55 bis 64 Jährigen weniger Frauen als Männer erwerbstätig sind und dass sich die Arbeitsmarktteilnahme von Frauen, insbesondere jungen Frauen, verringert, wenn sie Kinder versorgen, während sich die Teilnahmerate der Männer aus allen Altersgruppen erhöht. Die Analysen zeigen, dass ein höheres Maß an Erfahrung, Bildung und beruflichen Fähigkeiten die Wahrscheinlichkeit einer Erwerbstätigkeit erhöht. Letztendlich zeigt sich, dass der Gesundheitszustand (chronische Krankheit) einen starken negativen Einfluss auf die Arbeit ausübt.

Diejenigen, die den Arbeitsmarkt verlassen, berichten vermehrt von chronischen Krankheiten oder schlechtem Befinden im Vergleich zu denjenigen, die weiterhin erwerbstätig bleiben. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands führt also zu früherem Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt. So hören Personen mit schlechter Gesundheit beispielsweise zu einem früheren Zeitpunkt mit der Erwerbsarbeit auf, während Menschen mit gutem Gesundheitszustand später in den Ruhestand gehen.

Mit dem Alter vermehren sich zwar die Ausstiege aus dem Arbeitsleben wegen schlechter Gesundheit, aber in der Phase 55 - 60 Jahre erleben wir eine Umkehrung. Das könnte an der Tatsache liegen, dass chronisch kranke Menschen in einen Vorruhestand oder eine normale Pensionierung kurz nach dem 55. bis 60. Lebensjahr gehen. In Bezug auf Veränderungen beim Familienstand kann man festhalten, dass geschiedene Leute eine relativ hohe (Wieder-) Einstiegsrate in den Arbeitsmarkt im Vergleich zum Austritt aus dem Erwerbsleben haben. Das gilt gleichermaßen für Menschen mit oder ohne chronische Krankheiten oder schlechtem Befinden. Dabei stellen die Menschen mit psychischen gesundheitlichen Problemen und anderen „fortschreitenden Krankheiten“ die am höchsten gefährdete Gruppe dar. Sie weisen die geringste Erwerbstätigenquote aus. Die Ausstiegsrate dieser Gruppe ist relativ hoch und die (Wieder-)Einstiegsrate gering.

Aus der statistischen Analyse lässt sich entnehmen, dass Gesundheit und Bildung die wichtigsten Faktoren sind, die den Aus- und Einstieg in den Arbeitsmarkt beeinflussen. Weitere Analysen über diejenigen, die den Arbeitsmarkt verlassen, zeigen, dass sie schon eine lange Arbeitslosigkeit hinter sich haben.

Tabelle 2: Wichtigste Gründe für das Verlassen der letzten Arbeitsstelle, Alter 55-59



Quelle: LFS 2005

Die untersuchte Literatur weist aus, dass Teilzeitarbeit eine wünschenswerte Option sein könnte, wenn gesundheitliche Probleme die Erwerbstätigkeit beeinflussen. Die SILC Studie aus dem Jahr 2005 zeigt, wie wichtig Teilzeitarbeit für Frauen und Menschen mit (langwierig) chronischer Krankheit oder körperlichem Befinden ist. Sie zeigt, dass Teilzeitarbeit eine bevorzugte oder auch gezwungenermaßen notwendige Möglichkeit für diejenigen ist, die vorher arbeitslos waren, um (wieder) in den Arbeitsmarkt einzusteigen. Das bezieht sich sowohl auf gesunde als auch auf chronisch kranke Menschen.

Die SILC Studie (2005) macht deutlich, dass unter den 60 – 64 Jährigen circa 55% der Arbeitnehmer, die weniger als 30 Stunden arbeiten, „Krankheiten oder Arbeitsunfähigkeit“ angeben und ebenfalls signalisieren, „nicht mehr als nötig arbeiten zu wollen.“ Für Männer sind psychische gesundheitliche Probleme und andere fortschreitende Krankheiten die wichtigsten Gründe für die Beschränkung der Arbeitszeit. Bei Frauen dagegen sind die häufigsten Gründe, die zu Nachteilen führen, Sprache, andere fortschreitende Krankheiten und die Haut.

II.2 Finanzielle Anreize und Hindernisse

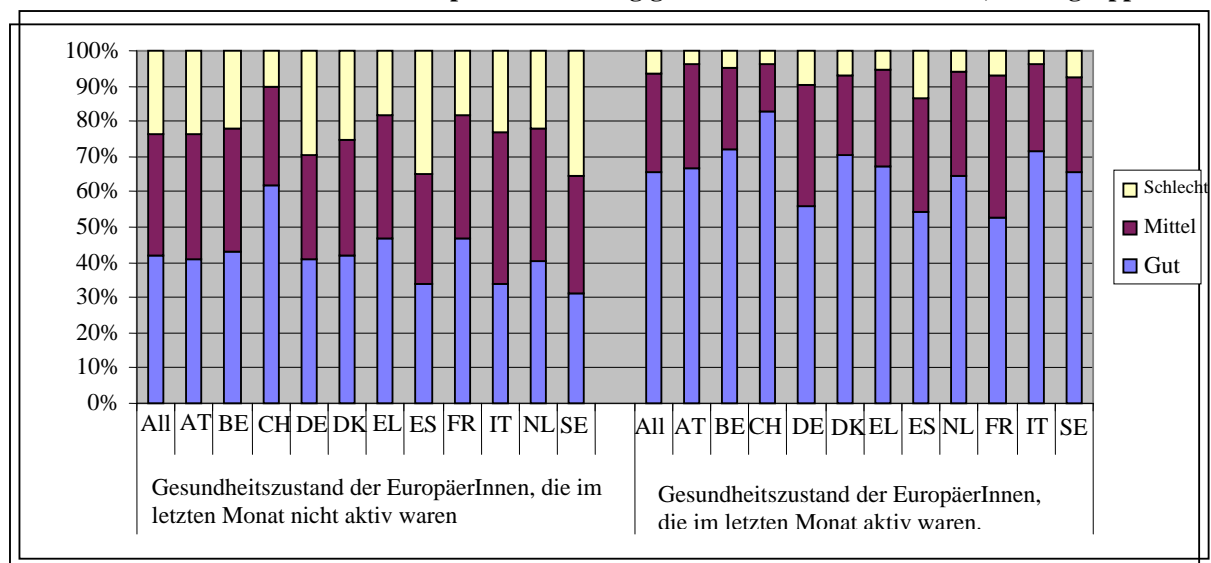
Fehlen am Arbeitsplatz auf Grund von Gesundheitsproblemen ist signifikant. Das ist wichtig, weil es einen wichtigen Kostenfaktor für den Arbeitgeber darstellen kann. Die höchsten Fehlquoten sind nicht in der Gruppe der älteren Arbeitnehmer zu finden. Allerdings kann die durchschnittliche Krankheitsdauer eines älteren Arbeitnehmers über der der jüngeren liegen. Es gibt keine signifikanten Geschlechterunterschiede unter Personen mit einem langwierigen Gesundheitsproblem oder Arbeitsunfähigkeit. Personen mit „anderen fortschreitenden Krankheiten oder Berufsunfähigkeiten“ weisen die höchsten Fehlzeiten aufgrund von Krankheitsfällen auf. Kranksein hat einen viel höheren Einfluss auf das Fehlen am Arbeitsplatz als andere Variablen, wie Bildung, Alter oder Familienstand.

Die Zahl derjenigen, die Berufsunfähigkeitsunterstützung bekommen, variiert sehr stark unter den Mitgliedsstaaten. Besonders hoch ist dies bei den nördlichen Staaten. In der öffentlichen Debatte steht die Frage im Mittelpunkt, ob Berufsunfähigkeitsunterstützung möglicherweise eine Erwerbstätigkeit oder überhaupt eine aktive Teilnahme am Arbeitsleben behindert. Die Erwerbsquote unter den Empfängern einer Unterstützung aufgrund leichter Berufseinschränkung variiert zwischen 1% (Luxemburg) und mehr als 30% in Schweden. In diesem Bereich gibt es also Potenzial, um die Beschäftigungsquote in einigen Mitgliedsstaaten anzuheben.

II.3 Aktives Altern

Europäer, die während des letzten Monats aktiv waren in Form von Vereinsmitgliedschaften und der Teilnahme an Ausbildungs- oder Weiterbildungsmaßnahmen oder schweren oder weniger schweren körperlichen Aktivitäten nachgegangen sind, leben gesünder. „Nicht aktive“ Europäer befinden sich in einem weniger gesunden Zustand als aktive Europäer. Dies kann allerdings auch daran liegen, dass gesündere Europäer verstärkt an verschiedenen Aktivitäten teilnehmen.

Tabelle 3: Gesundheitsstatus von Europäern in Abhängigkeit vom Grad der Aktivität; Altersgruppe 50+



Quelle: Share wave 1 release 2, gewichtete Ergebnisse

Ehrenamtliche Tätigkeit ist eine spezielle Form des aktiven Alterns. Dabei variiert die Intensität und Verbreitung von ehrenamtlichem Engagement zwischen den einzelnen Ländern. In einigen Ländern kann allerdings eine geringere ehrenamtliche Tätigkeit in Beziehung zu einer hohen Verbreitung von informeller Pflege stehen. Männer und Frauen tragen gleich viele Stunden zu ehrenamtlicher Tätigkeit bei. Mit der Bildung steigt auch das ehrenamtliche Engagement. Ehrenamtliche weisen einen relativ guten Gesundheitszustand auf. Dennoch muss auch berücksichtigt werden, dass in gewissen Fällen erst eine gute Gesundheit eine ehrenamtliche Tätigkeit erlaubt.

II.4: Aktive Teilnahme am Arbeitsmarkt und informelle Pflege

Wie vorliegende Zahlen zeigen, ist der weibliche Anteil bei den Pflegetätigen sehr hoch. Eine große Anzahl von Pflegenden befindet sich in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen. Hier ist auch die Beschäftigungsquote sehr

gering. Pflegeverantwortung und Erwerbstätigkeit konkurrieren dabei in den Zeitbudgets. Die Pflege eines abhängigen Erwachsenen verringert die aktive Teilnahme am Arbeitsmarkt, insbesondere für Frauen. Das ist auch besonders dann verständlich, wenn die Frauen in einem Alter sind, in dem die Erziehung von Kindern eine zusätzliche Belastung darstellt. Des Weiteren zwingt die Pflege diejenigen in die Teilzeitbeschäftigung, die im informellen Kontext pflegen.

Etwa 25% der Personen, die für Kinder oder Erwachsene sorgen, geben an, dass sie die Pflege davon abhält, einer Form bezahlter Arbeit nachzugehen, die sie anderenfalls annehmen würden. In Ländern mit einer allgemein hohen Beschäftigungsrate ist auch die Anzahl der Pflegenden hoch. Eine geforderte Unterstützung anzubieten, scheint einen negativen Einfluss auf die Erwerbstätigkeit zu haben. Dabei stehen mehr Frauen als Männer im Falle einer notwendigen Pflege zur Verfügung. Außerdem wird deutlich, dass die persönliche Pflege eher in den südlichen Staaten in Anspruch genommen wird, von Frauen sowie von Männern.

Pflege bringt gewisse Einschränkungen für den Pflegenden mit sich. Dies schließt eine nachteilige Auswirkung auf den Gesundheitszustand ein. Für die Gruppe der 30- bis 35-Jährigen ist eine deutliche gesundheitliche Verschlechterung nachzuweisen, was auch auf eine doppelte Pflege von einerseits Kindern und andererseits Erwachsenen zurückzuführen ist. Ökonometrische Analysen zeigen, dass Langzeitpflege den Gesundheitsstand nur in einer begrenzten Zahl von Ländern verschlechtert. Dies wirft die Frage nach der Effizienz von schon vorhandenen Dienstleistungen für pflegende Menschen in diesen Ländern auf.

Teil III: Länderübergreifender Vergleich nationaler Ansätze

III.1 Gesundheit und aktive Teilnahme am Arbeitsmarkt

In europäischen Ländern werden Politiken zugunsten älterer Menschen sowohl auf nationaler Ebene als auch in Unternehmen gefördert. Wir können Folgendes festhalten: Dänemark und Schweden setzen ihren Schwerpunkt auf die Arbeitsbedingungen und die Umgebung (Anforderungen); Deutschland und Frankreich haben einen behindertenpolitischen Ansatz angenommen, die Niederlande setzt auf die Verbesserung des Systems der Berufsunfähigkeitsrenten; Finnland folgt einem globalen Gesundheitsansatz; Frankreich und Großbritannien favorisieren die Verbesserung der allgemeinen Arbeitsbedingungen.

Nordeuropäische Staaten, insbesondere Dänemark, Finnland und Schweden, haben mittels zahlreicher Programme und Gesetze in die gesundheitsorientierte Verwaltung von älteren Arbeitnehmern investiert. Diese Programme und Richtlinien begünstigen einen Transfer älterer Arbeitnehmer in Arbeitsplätze mit körperlich weniger belastenden Aufgaben, in Teilzeitarbeit, auf ergonomische Stellen etc. Außerdem verfolgen sie einen auf Konsens ausgerichteten Ansatz zwischen allen beteiligten Parteien (besonders den Sozialpartnern). Die meisten Staaten haben Strategien in den Bereichen Arbeitsbedingungen und Fragen der Ergonomie umgesetzt. Frankreich und Belgien haben zusätzlich noch die Finanzierung der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in ihren Programmen verfolgt. In den hier untersuchten Politikansätzen hat die Geschlechterfrage nur wenig Beachtung gefunden.

Alle europäischen Länder setzen Programme zur Förderung der Teilzeit für ältere Arbeitnehmer um, aber nur wenige konzentrieren sich auf ältere Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Problemen (z.B. die nordischen Staaten). In Dänemark enthalten Arbeitsvereinbarungen der Sozialpartner spezielle Klauseln, die die Teilzeitbeschäftigung von älteren Arbeitnehmern betreffen. Außerdem werden solche Vereinbarungen zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern auch in Belgien gefördert, während in Frankreich und Deutschland gewisse Industriezweige älteren Arbeitnehmern die Teilzeitmöglichkeit anbieten. In Spanien und den Niederlanden wird der Transfer aus der Berufsunfähigkeit in die Teilzeitarbeit gefördert. Der Ausgleich zwischen 1) Arbeit und Privatleben (Österreich) oder 2) Arbeit und Pflege (Niederlande) stellt eine wichtige Dimension für die Zeiteinteilung dar. Einkommensverluste werden in Österreich, den Niederlanden und Finnland mit der Verringerung der Arbeitszeit kompensiert. Einige Länder, insbesondere Polen und Schweden, machen es möglich, gleichzeitig eine Rente und ein Einkommen aus Arbeit zu beziehen. Nationale Politiken, die auf die Sicherung gleicher Rechte für Vollzeitbeschäftigte abzielen, könnten dazu beitragen, chronisch kranke Arbeitnehmer in der Erwerbstätigkeit zu halten.

III. 2. Finanzielle Anreize und Hindernisse

Einige Mitgliedsstaaten setzten das System der Einkommens-tests um. Einkommensnachweise betreffen Arbeitnehmer, die auf irgendeine Weise vom Staat unterstützt werden und diese Unterstützung durch Arbeiten und Geldverdienen aufstocken wollen. Dennoch stellen solche Einkommens-tests und indirekte Besteuerungen

einer verlängerten beruflichen Tätigkeit eine Form dar, die ältere Arbeitnehmer davon abzuhalten, weiterhin aktiv auf dem Arbeitsmarkt zu bleiben.

In einigen Ländern kann es sehr riskant für einen berufsunfähigen Rentner sein, wenn er ein Arbeitsplatzangebot annimmt. Falls der Begünstigte dann seine Arbeit verlieren sollte, kann es passieren, dass er seinen Anspruch auf Rente nicht direkt erhält, sondern sich erneut einem Verwaltungsverfahren unterwerfen muss. Die Kombination von Berufsunfähigkeitsrente und Arbeitseinkommen ist in einigen Staaten möglich. Schweden und zu einem geringeren Teil Finnland erlauben den weiteren Bezug von Berufsunfähigkeitsrente für die Zeit, in der einer Beschäftigung nachgegangen wird. Damit sollen Menschen mit Behinderungen unterstützt werden, wieder einen Zugang zum Arbeitsmarkt zu erhalten.

Großbritannien und Finnland haben Arbeitsplatzkredite für behinderte Arbeitnehmer eingeführt. Dadurch soll die indirekte Arbeitsplatzbezogene Steuer reduziert und die Beschäftigung von älteren Menschen begünstigt werden. Durch die seit kurzem verfolgten Politiken zur Abschaffung der Frühverrentungssysteme könnte sich die Zahl derjenigen erhöhen, die nach einem beitragsfreien Freistellungsbetrag fragen oder zumindest nach einer Garantie für minimale finanzielle Unterstützung. Neue Reformen in Dänemark, den Niederlanden und Schweden zielten darauf ab, Berufsunfähigkeitsrenten zu reduzieren. Trotz verschiedener nationaler Reformen zur Verminderung von Berufsunfähigkeitrenten, lässt sich ein starker Anstieg von beitragsbasierten Berufsunfähigkeitrenten in Österreich, Frankreich und Schweden feststellen.

Hohe Berufsrückkehraten und flexible Zugangsbedingungen spielten eine wichtige Rolle bei den Ansätzen in den Niederlanden und in Schweden, wo nun die Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit als Hauptvoraussetzung für einen Anspruch auf Frührente definiert ist. Die Reduzierung der Zugangsmöglichkeiten zur Frühverrentung könnte in Frankreich der Grund für den fortlaufenden Anstieg der Invalidenrente sein. Da die Möglichkeiten für einen Eintritt in den vorzeitigen Ruhestand generell reduziert wurden, könnte in einigen Mitgliedsstaaten die Berufsunfähigkeit zu einem der wichtigsten Gründe für ein vorzeitiges Aussteigen aus dem Erwerbsleben werden. Kritiker dieser veränderten Politik weisen darauf hin, dass das Aufschieben der Rentenzahlungen bis zu einem höheren Alter Menschen mit geringerer Lebenserwartung benachteilige und den Wohlstand im Alter zugunsten jener mit höheren Lebenserwartungen verschiebe.

Im Vergleich dazu ist die Zahl der Renten aus Gründen von Arbeitsunfällen und anderen berufsbezogenen Krankheiten allgemein stabil geblieben oder hat sogar abgenommen, wie in Schweden. In einigen Staaten des Mittelmeers steigt die Quote allerdings weiter an. In diesem Zusammenhang wird auf die geringe Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz in diesen Ländern hingewiesen.

III.3 Aktives Altern

Während der letzten Jahre haben verschiedene europäische Staaten Politiken zum aktiven Altern entwickelt. Diese zielen darauf ab, ältere Menschen dabei zu unterstützen, psychisch und körperlich gesund zu bleiben. Das Prinzip des aktiven Alterns fand in einigen Staaten Anerkennung und es wurden eigens zu diesem Zweck entwickelte Programme eingeführt, wie beispielsweise in Österreich, Deutschland, Finnland und Schweden. Im Allgemeinen werden in diesen Initiativen öffentliche Intervention und personenorientierte Maßnahmen kombiniert. Einige Staaten, wie Schweden, Österreich, Finnland, Deutschland und Großbritannien haben das Konzept des eigenständigen Lebens aufgenommen und es in spezielle Programme integriert. Ziel ist es, den Beginn und das Ausbrechen von Krankheiten und die Überweisung in Pflegeeinrichtungen zu verzögern.

Gesundheitsvorsorge und eine gesunde Lebensweise sind Bestandteil zahlreicher nationaler Programme, insbesondere in Österreich, den Niederlanden, Polen, Schweden und Finnland. In Frankreich konzentriert man die Maßnahmen für den gesunden Lebensstil besonders auf die Ernährung. Wogegen in Belgien besonders die Förderung der Sozialkontakte im Mittelpunkt steht und in Spanien die Errichtung von lokalen Zentren den Schwerpunkt darstellt. Deutschland setzt insbesondere auf die Aktivierung der kognitiven Leistungsfähigkeit älterer Menschen. Großbritannien, Finnland, Schweden, die Niederlande und Österreich haben einen Schwerpunkt auf die Förderung körperlicher Aktivitäten von Senioren gelegt. Andere Maßnahmen beziehen sich auf die Förderung ehrenamtlicher Tätigkeiten (besonders in Deutschland, den Niederlanden und Großbritannien) sowie die Bildung und Ausbildung von älteren Menschen (besonders Deutschland, Spanien, Frankreich und Finnland).

Einige Länder haben die Notwendigkeit erkannt, nationale Strategien durch spezielle Aktionen zu ergänzen, die darauf abzielen, gesundheitsbezogene Ungleichheiten zu reduzieren. Vor allem in Großbritannien, Frankreich, den Niederlanden und Schweden wurden solche Politikansätze vorgeschlagen.

Der wirtschaftliche Wert, der durch ehrenamtliche Tätigkeiten erzielt wird, ist enorm und öffentliche Behörden und Unternehmen sind sich des Nutzens von ehrenamtlicher Tätigkeit für die Gesellschaft als Ganzes und für den einzelnen bewusst. Die Bedeutung der persönlichen Dimension von ehrenamtlicher Tätigkeit ist verhältnismäßig neu. Das Ehrenamt hat eine lange Tradition in Großbritannien und Österreich, wo der Wert auch von der Regierung und den Unternehmen anerkannt wird. Das Ehrenamt wird als grundlegend dafür angesehen, eine Bandbreite von öffentlichen Interessen zu erfüllen (z.B. Großbritannien) oder Angebote als eine nötige Ergänzung zum Staat aufrecht zu erhalten (z.B. Frankreich). Um die Teilnahme älterer Menschen an ehrenamtlichen Tätigkeiten zu gewährleisten, haben verschiedene Organisationen, einschließlich der lokalen Behörden, neue Initiativen entwickelt.

Andere Strategien verfolgen das Ziel, ältere Menschen in die Lage zu versetzen, Unterstützung und Rat für jüngere ehrenamtlich Tätige zu leisten (z.B. die Niederlande). Ähnlich ist es in anderen Ländern, wie z.B. in Belgien, die ausdrücklich Rentner mit ihren Programmen ansprechen, um die Rolle des Beraters und Begleiters für jüngere und ältere Menschen zu übernehmen.

III.4 Aktive Teilnahme am Arbeitsmarkt und informelle Pflege

In Dänemark, Schweden und Finnland stehen qualitativ hochwertige professionelle Pflegedienste zur Verfügung, so dass die Pflege eher eine Wahl als eine Verpflichtung darstellt. Darüber hinaus ist die Teilzeitarbeit sehr verbreitet, was natürlich die Vereinbarkeit von Arbeit und Pflege sehr erleichtert. In Schweden, Dänemark und Finnland gibt es ein sehr gut entwickeltes System öffentlicher Pflegedienste für ältere Menschen, was die Abhängigkeit von der Familie für die Pflege reduziert. Unterstützungsdienste für zu Hause sind sehr verbreitet. Diese Dienstleistungen sind auf lokaler Ebene organisiert. Das kann die Folge einer Politik der De-Institutionalisierung sein. Diese Politik bekräftigte jedoch die Rolle des informell Pflegenden. Auch Großbritannien, Deutschland, Österreich und die Niederlande verfügen über gut entwickelte Dienstleistungen und Fördermaßnahmen im Bereich der Langzeitpflege.

In Ergänzung zu den unterstützenden Maßnahmen für Pflegenden, wurden in Frankreich und Deutschland auch Regeln für flexible Arbeitszeiten als Bestandteil des allgemeinen Arbeitsrechts gefördert. Die Niederlande und Schweden gewähren pflegenden Menschen spezielle Rechte, beispielsweise, dass sie in einem Notfall den Arbeitsplatz früher verlassen können. Österreich richtet sich in seinen Politiken in erster Linie an die Pflegebedürftigen, aber zusätzlich auch deren Pfleger. Es wurde rechtlich geregelt, dass pflegende Arbeitnehmer ihre Arbeitszeiten während des Zeitraums der Pflege reduzieren dürfen und diese nach Ablauf der Pflegezeit wieder erhöhen können. Einkommensunterstützung und Pflegegeld werden immer gebräuchlicher. Die pflegende Person kann sich durch die Stadtverwaltung anstellen lassen, wie es in Dänemark der Fall ist. Die Möglichkeit, eine Langzeitbewilligung für die informelle Pflege zu erhalten, könnte einzelnen Personen den Weg in den Arbeitsmarkt öffnen (in den Niederlanden wird zum Beispiel formeller Pflegevertrag gefordert), gleichzeitig kann es auch ein Anreiz dafür sein, die bisherige Arbeitsstelle aufzugeben. In einigen Ländern darf der Ehepartner des Pflegebedürftigen nicht bezahlt werden (Frankreich).

TEIL IV: Beispiele von guter Praxis, die auf andere Mitgliedsstaaten übertragbar sein können

IV.1 Gesundheit und die aktive Teilnahme am Arbeitsmarkt

Innovative Politiken beinhalten insbesondere:

- Senioren- oder Altersmanagement, das sich auf Jobrotationen / -mobilität innerhalb des Unternehmens konzentriert und älteren Arbeitnehmern mit Gesundheitsproblemen weniger körperlich anstrengende Aufgaben und kürzere Arbeitszeiten ermöglichen (z.B. Teilzeit), die Gewährleistung der Vermittlung von Kompetenzen (einschließlich der Geschäftsführung), Wissenstransfer durch Mentorensysteme und Karriereplanung (besonders für ältere Altersgruppen)
- Förderung der Gesundheit und Krankheitsvorsorgeprogramme am Arbeitsplatz sowie das Management von Erwerbsunfähigkeit und reduziertem Aktivitätslevel einschließlich regelmäßiger Gesundheitsuntersuchungen am Arbeitsplatz
- Bessere Arbeitsbedingungen in Unternehmen, besonders mittels besserer Ergonomie des Arbeitsplatzes und Anpassung der Dienstpläne
- Die Sensibilisierung der Arbeitgeber sowie finanzielle Anreize und technische Unterstützung für die Unternehmen bei der Einführung von Politiken zum Management älterer Arbeitnehmer.

Es hat sich herausgestellt, dass die Unterstützung von Arbeitgebern bei der Einführung von Seniorenpolitiken in Unternehmen ein viel versprechender Weg ist. Verhandlungsverfahren zur Förderung des Einvernehmens der Sozialpartner wurde gefördert. Dies trägt dazu bei, Maßnahmen umzusetzen, die in den Unternehmensalltag integriert werden können und somit eine höhere Erfolgchance sichern. Gewisse Funktionen in Unternehmen wie der Case-Manager oder Disability-Manager spielen eine wichtige Rolle. Indem man Kompetenz anzieht und in der Organisation behält, könnten Personalfluktuationen reduziert und das Fehlen am Arbeitsplatz durch Krankheit vermindert werden.

Die technische Unterstützung für KMU hat sich auch als wichtig erwiesen. Kleine und mittelgroße Unternehmen sind ein wichtiger Antrieb für solche Initiativen. Die durchgeführten Projekte zeigten, dass es für Unternehmen dieser Größe wichtig ist, einen leichten Zugang zu Informationen und Hilfe zu bekommen. Vorhandene Bewertungen legen dar, dass solche Initiativen sehr profitabel für Unternehmen sind. Die Ergebnisse sind sehr ermutigend und zeigen, dass schlechte oder mittelmäßige Arbeitsfähigkeit verbessert wird, während gute Arbeitsfähigkeit erhalten werden kann.

Unterstützt man Arbeitnehmer mit einem schlechten gesundheitlichen Zustand, indem die Arbeitszeiten an die Arbeitsfähigkeiten angepasst werden, kann verhindert werden, dass sie in Frührente gehen. Die oben aufgeführten guten Ansätze beinhalten auch Gesetzesanpassungen, welche gleiche Rechte für Teilzeitarbeiter garantieren.

IV.2 Finanzielle Anreize und Hindernisse

Ein wichtiger Weg, um die Beschäftigungsquote älterer Arbeiter zu steigern, liegt in der Reduzierung der Kosten, die entstehen, wenn man ältere Menschen mit Gesundheitsproblemen anstellt. Diese Lücke wurde durch die Verringerung der Arbeitgeberbeiträge kompensiert.

Neuere Maßnahmen rücken die Arbeitsfähigkeit und weniger die Unfähigkeit in den Blickpunkt. Vorherige Ansätze stellten die Probleme der Person in den Mittelpunkt, wie Fehlzeiten, Krankheit und die Unzulänglichkeiten bezogen auf den Arbeitsplatz. Heute richtet man den Blick auf die „Arbeitsfähigkeit“ der entsprechenden Person. Der allgemeine Grundsatz lautet, zunächst alle möglichen Formen von aktiven Arbeitsmarktmaßnahmen auszuschöpfen, bevor Rentenzahlungen (passiver Einkommenstransfer) gewährt werden.

Die Möglichkeit, Erwerbsunfähigkeitsrente mit Einkommen aus Arbeit für eine definierte Zeitspanne aufzustocken, wird als weiterer Fortschritt betrachtet. Die Regel sieht vor, dass bei Zahlung einer Entschädigung wegen Krankheitsfall für mindestens ein Jahr der Empfänger sich für einen Zeitraum anmelden kann, indem seine Arbeitsfähigkeit zunächst erprobt. Für den Zeitraum werden Rente und ein Lohn gezahlt. Wenn der Versuch erfolgreich war, kann die Person beantragen, dass der Rentenanspruch eingefroren wird.

Die Steuerbelastung bei Fortsetzung der beruflichen Aktivität sollte reduziert werden, indem beschränkt arbeitsfähigen Rentnern, die arbeiten wollen, Steuervergünstigungen angeboten und denjenigen, die später in Rente gehen, Vorteile gewährleistet werden. Steuerreduzierung und steuerliche Anrechnung werden genutzt, um chronisch kranken und erwerbsunfähigen Menschen einen Anreiz zu bieten, (wieder) in den Arbeitsmarkt einzutreten. Versicherungsgerechtigkeit ist ein relativ neues Instrument. Überdies erlauben kapitalgedeckte Finanzierungssysteme mehr Flexibilität als traditionell ausgerichtete Rentenauszahlungssysteme.

IV.3 Aktives Altern

Es gibt diverse Programme, die den Bau von sozialen Einrichtungen für Senioren befürworten, in denen sie zusammen mit anderen Senioren an Aktivitäten teilnehmen können. Andere Programme dagegen zielen darauf ab, das Kommunikationsvermögen der Älteren durch die Entwicklung von Internetcafés für Senioren, Kommunikations- und Diskussionsplattformen und durch Internettraining zu verbessern. Diese Zentren bieten oft Aktivitäten an und fördern die Begegnung und Kommunikation zwischen den Senioren auf lokaler Ebene. Dadurch werden Personalentwicklung, die Teilnahme am sozialen Leben, ein gesunder Lebensstil und eine positive Einstellung gegenüber dem Altern unterstützt.

Durch die Weiterbildung von Rentnern zu Beratern und Mentoren werden die Fähigkeiten und Fertigkeiten älterer Menschen wahrgenommen und aufgewertet. Die Weiterbildung trägt aktiv dazu bei, dass ältere Mitmenschen so lange wie möglich nach ihren eigenen Wünschen leben können. Dabei wird auch ihre Erfahrung genutzt, um sie an andere weiterzugeben und somit als Multiplikator zu fungieren.

Programme zur Förderung der Gesundheit und Gesundheitsvorsorge setzen Zielvorgaben und legen Aktionen fest. Man verfolgt damit das Ziel, so nah wie möglich am Berufs- und Lebensalltag der Menschen anzusetzen. Es wurden auch auf die Zukunft ausgerichtete Begleitverfahren in die örtlichen Entscheidungsprozesse integriert. Mit anderen zielgerichteten Programmen werden regelmäßige körperliche Aktivitäten und eine körperliche Unabhängigkeit für ältere Leute in der Übergangsphase gefördert, auch mit Blick auf besonders gebrechliche ältere Menschen. Weitere Politiken von Mitgliedstaaten schließen Seniorenausflüge und eine Gesundheitsberatung zu Hause ein.

Eine steigende Zahl von Mitgliedsstaaten sieht das Ehrenamt als ein wichtiges Instrument für ein aktives und gesundes Altern. Folglich fördern kürzlich aufgelegte nationale Gesundheitsprogramme die ehrenamtliche Tätigkeit von älteren Menschen. Dieses Ehrenamt für Ältere wurde besonders durch Programme gestärkt, die eine Vereinbarkeit von ehrenamtlicher Tätigkeit und dem Beruf zulassen. Andere Programme zielten darauf ab, generationsübergreifende Aktivitäten im Gemeinwesen durch die Nutzung des Mentorensystems und anderen Einzelaktivitäten, zu entwickeln. Einige neuere Initiativen sollen Arbeitgeber für das Ehrenamt in Unternehmen sensibilisieren.

IV.4 Aktive Teilnahme am Arbeitsmarkt und informelle Pflege

Innovative Methoden konzentrieren sich hauptsächlich auf die Sensibilisierung der Arbeitgeber und die Entwicklung übereinstimmender Herangehensweisen zwischen den Sozialpartnern. Andere Ansätze erleichtern den Zugang von pflegenden Menschen zu Teilzeitarbeit und flexiblen Arbeitszeiten.

Lokale Behörden befürworten die Ausweitung lokaler Dienstleistungen für Pflegende und Pflegebedürftige, einschließlich solcher Unterstützungszentren, die auch Beratung und Weiterbildung anbieten, aber auch Einrichtungen für Tagespflege und befristete Pflege. Finanzielle Unterstützungen und persönliche Budgets geben der informellen Pflege einen offiziellen Charakter, während Versicherungsleistungen und Anerkennung für Rentenzeiten eine langfristige negative Auswirkung für die pflegende Person abfedern sollen. Zusammengefasst zielen diese verschiedenen Maßnahmen auf eine Verbesserung der Qualität von Dienstleistungen für pflegebedürftige Menschen und die Verbesserung eines ausgeglichenen Berufslebens des Pflegenden ab.

TEIL V: Politische Auswirkungen

V.1 Gesundheit und die aktive Teilnahme am Arbeitsmarkt

Es wird allgemein anerkannt, dass der Gesundheitszustand eine wichtige Rolle spielt. Schlechte Gesundheit und besonders ein sich verschlechternder Gesundheitszustand (physisch oder psychisch) führen zum Austritt aus dem Arbeitsmarkt, einschließlich frühen Ruhestands, Krankheit am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit und geringer Arbeitszufriedenheit. Diese Auswirkungen mögen zwar unmittelbar eintreten, doch einige Effekte können sich erst über den gesamten Lebenszyklus gesehen zeigen.

Verschiedene europäische Staaten haben nationale Programme entwickelt, in denen das Gesundheitsmanagement im Mittelpunkt steht. Allerdings haben Politiken, die sich an Menschen im Alter von 50 oder mehr Jahren richten, nur eine begrenzte Wirkung. Viele, die aus dem Erwerbsleben ausscheiden haben eine lange Geschichte der Arbeitslosigkeit hinter sich. Folglich sollten die jeweiligen Politikstrategien auf jüngere Altersgruppen zielen. Sie sollten Marginalisierung verhindern, anstatt diese erst dann anzugehen, wenn sie im fortgeschrittenen Alter als Problem in Erscheinung tritt.

Zukünftige Politiken könnten den Fokus auf folgende Punkte setzen: 1) die Entwicklung von Krankheitsvorbeugung und Gesundheitserziehung generell und insbesondere am Arbeitsplatz; 2) die Verbesserung der Arbeitsbedingungen; 3) die Ausarbeitung von individualisierten und flexiblen Arbeitsplänen für Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen; 4) das Bewusstsein der Arbeitgeber in Bezug auf Alter und Beeinträchtigungen schärfen und somit auf beiderseitigem Einverständnis beruhende firmeninterne Lösungen anregen; 5) das Bereitstellen von fachlicher Unterstützung für Sozialpartner um Strategien für Gesundheits- und Altersmanagement zu entwickeln; 6.) die Einführung von gesetzlichen Instrumenten zur Bekämpfung von Diskriminierung (insbesondere in Bezug auf Alter und Gesundheitszustand); 7) die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung von Frauen durch Investitionen in Pflege- und Langzeitpflegesysteme und in die Unterstützung der Pflegenden.

Der Unterschied zwischen den Lebenserwartungen niedrigerer und höherer Berufsstände ist ein ernstes Problem für die Entscheidungsträger. Strategien zur Aktivierung von älteren Arbeitnehmern und zur sozialen

Partizipation von älteren Menschen sollten diesen Unterschied der Lebenserwartung berücksichtigen. Einheitliche Konzepte könnten möglicherweise nur höher gebildeten Menschen Nutzen bringen, denjenigen mit einer kürzeren Lebenserwartung schaden und diejenigen mit längeren Lebenszeiten begünstigen.

V. 2 Finanzielle Anreize und Hindernisse

Es gibt über verschiedene Länder hinweg große Unterschiede sowohl in den aktuellen Praktiken, als auch in den Reformansätzen. Eine Erhöhung der Beschäftigungsquote sollte durch verschiedene, miteinander verbundene Strategemaßnahmen erreicht werden. Anreize für die Aufnahme einer Arbeit müssen in den sozialen Sicherungssystemen gestärkt werden. Doch gleichzeitig ist es wichtig, einen besseren Gesundheitszustand im Arbeitsleben sicher zu stellen und lebenslange Lernmöglichkeiten anzubieten. Diese miteinander verbundenen Initiativen können nicht zeitgleich ergriffen werden. Einige sind schwieriger umzusetzen und sind zeitlichen Verzögerungen ausgesetzt. Es wird Zeit brauchen, die lebenslangen Arbeitsbedingungen mit dem Ziel zu verbessern, länger zu arbeiten und einen besseren Gesundheitszustand zu erreichen.

In vielen europäischen Staaten schreckt das Sozialschutzsystem vor einer längeren Arbeitstätigkeit schon deutlich vor dem gesetzlich verankerten Rentenalter ab, indem bezahlte Arbeit nach der Pensionierung verboten wird. Reformen, die zu einer höheren Beschäftigungsquote der älteren Arbeitnehmer führen, müssen durch die Stärkung der Erwerbsunfähigkeits- und Krankenversicherung für diejenigen Arbeitnehmer flankiert werden, die aufgrund schlechterer Gesundheit oder schwerer Arbeit nicht länger arbeiten können. Ebenso wird ein abgestuftes Rentensystem empfohlen. Außerdem muss das gesamte Sozialschutzsystem weniger verfremdend gemacht werden. Diese Reformen würden das gesamte Sozialschutzsystem sogar neutral gegenüber Ruhestandsentscheidung gestalten.

Die Entwicklung sollte aus zwei Gründen mit Vorsicht begrüßt werden. Erstens ist es wichtig, ein soziales Sicherungsnetz für diejenigen Arbeitnehmer beizubehalten, die nicht in der Lage waren ausreichend Rentenansprüche zu erwerben. Zweitens ist es wichtig eine wirksame Erwerbsunfähigkeitsversicherung für diejenigen zur Verfügung zu stellen, die auch vor dem gesetzlich vorgeschriebenen Rentenalter nicht mehr arbeitsfähig sind. Weiter sollte es möglich sein, dass Menschen generell nach dem Renteneintritt Teilzeitbeschäftigt sein können. Das Tätigsein im Ruhestand muss nicht auf kommerzielle Tätigkeiten beschränkt sein. Es kann sich auch auf die nicht kommerzielle Arbeit innerhalb der Familie oder im gemeinnützigen Bereich beziehen. Die Verdrängungsgefahr erschwert hier Interventionen der öffentlichen Hand in Familienverbände und Freiwilligenarbeit. Die Bereitstellung von Fördermitteln und sozialen Diensten auf der lokalen Ebene kann hierfür eine Teillösung sein. Schließlich ist es interessant festzustellen, dass Tätigkeiten (kommerziell oder nicht kommerzieller Art) nach der Verrentung eine auf das Rentenalter betreffende sinkende Auswirkung hat, insbesondere dann, wenn die Tätigkeit attraktiv ist. Dies zeigt die Komplexität von Erwerbsbeteiligung im hohen Alter. Es zeigt außerdem, dass sich die öffentliche Hand dem Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlicher Arbeit und einer Vielzahl von nichtwirtschaftlichen Aktivitäten stellen muss.

V.3 Aktives Älterwerden

Ein aktives Älterwerden (bezahlte Arbeit, Gemeinwohlarbeit, Freizeitaktivitäten, Fitnesstraining/ körperliche Betätigung, etc.) haben einen direkten positiven Einfluss auf die Entstehung und die Erhaltung einer kognitiven Leistungsreserve, wogegen soziale Isolation einen negativen Einfluss hat. Ältere Menschen können ihr kognitives Altern um einige Jahre verzögern, wenn sie weiterhin arbeiten und sich körperlich betätigen. Einige Faktoren scheinen in höchstem Maße mit einem aktiven Alterungsprozess in Beziehung zu stehen und stellen deshalb die wichtigsten Felder bei der Umsetzung von Strategien dar. Diese sind:

- Bildung: Bildungsabschlüsse sind bei Weitem die wichtigste treibende Kraft für ein aktives und gesundes Älterwerden. Empfehlungen in diese Richtung beinhalten: 1) Die Teilnahme älterer Menschen in Bildungs- und Weiterbildungsprogrammen erhöhen und 2) Möglichkeiten für E-Learning entwickeln, um das altersbedingte technische (numerische) Gefälle zu reduzieren.
- Konzepte der Lebensführung: ältere Menschen in der späteren Lebensphase aktiv in der Tätigkeit zu halten, ob im Arbeitsmarkt oder im nicht gewerblichen Bereich, ist ein natürlicher Weg, um aktiv und gesund zu bleiben. Vorschläge beinhalten 1) Informationskampagnen über gesundes Älterwerden und 2) eine Schwerpunktsetzung auf benachteiligte Gruppen.
- Berufliche Aktivitäten: gute und gesunde Arbeitsbedingungen könnten ältere Arbeitnehmer dazu motivieren, den Zeitpunkt für den Renteneintritt herauszuzögern. Auch eine Karriereplanung für ältere Arbeitnehmer ist wünschenswert.

- Andere Aktivitäten: Regelmäßige körperliche Aktivitäten sowie die Teilnahme an sozialen und kulturellen Aktivitäten ist entscheidend für aktives Älterwerden.

Ehrenamtliches Engagement hat viele Vorteile. Politiker könnten eine Reihe von Faktoren berücksichtigen, die wichtig für ehrenamtliche Tätigkeiten sind. Vorschläge beinhalten vor allem: 1) Weiterbildungsinitiativen für Senioren; 2) generationsübergreifende Unterstützungsprogramme; 3) finanzielle Unterstützung. Auf europäischer Ebene könnten allgemeine Leitlinien vorgeschlagen werden. Außerdem sollte die Förderung der Freiwilligenarbeit bereits vor dem Renteneintrittsalter ansetzen, um den Umfang der ehrenamtlichen Tätigkeiten zu erhöhen. Programmansätze sollten vor allem darauf ausgerichtet werden, die am meisten benachteiligten Menschen zu erreichen. Dabei ist es wichtig, kostenaufwändige Aktivitäten zu vermeiden und die Rückerstattung von Kosten, welche im Rahmen der Freiwilligenarbeit anfallen, zu ermöglichen. Und letztendlich sollte eine wohltätige Aktivität kein Grund dafür sein, die Zahlungen aus der Erwerbsunfähigkeitsrente zu überprüfen.

V.4 Aktive Teilnahme am Arbeitsmarkt und informelle Pflege

Eine der großen zukünftigen Herausforderungen in der Langzeitpflege ist es, informell Pflegenden die Vereinbarkeit zwischen Beruf und Pflege zu ermöglichen. Die verschiedenen Studien stimmen darin überein, dass alle europäischen Länder weiterhin auf die Familienbetreuung bei Pflegebedürftigen angewiesen bleiben. Dennoch ist das Vorhandensein von Dienstleistungen für Pflege zu Hause von Land zu Land sehr verschieden.

Es ist wichtig, flexible Arbeitsvereinbarungen zu schaffen, um Pflegenden die Verbindung zum Arbeitsmarkt zu erhalten oder einen Wiedereinstieg in der Zeit nach der Pflege zu erleichtern. Andererseits müssen solche Maßnahmen mit Vorsicht umgesetzt werden, da die Auswirkungen auf die beruflichen Perspektiven von Frauen sehr ungewiss sind: Teilzeitarbeit könnte das Einkommen und die Karrierechancen negativ beeinflussen.

Auch spielt die finanzielle Unterstützung von pflegenden Menschen eine wichtige Rolle. Durch ein „persönliches oder individuelles Budget“ wird die höchstmögliche Flexibilität erreicht. Die Bewertung des niederländischen Programms zeigt die steigende „Monetarisierung“ von Familienbeziehungen. Personen, die vorher innerhalb ihrer Familie gepflegt haben, fordern jetzt eine Bezahlung. Das wirft die Frage nach einer Verteilung der Pflegeverantwortung zwischen dem sozialen Sicherungssystem und der Familie auf. Informell pflegende Personen sollten mit Angeboten für befristete Pflege, Informationen und Beratungsdiensten unterstützt werden. Das sollte sowohl Pflegetechniken und Gesundheitsaspekte betreffen, als auch Informationen über den Umgang mit Arbeit und Gesundheit.

Politiken, die die Vereinbarkeit von Beruf und Langzeitpflege fördern, sollten Männern einen Anreiz dafür bieten, ebenfalls Pflegetätigkeiten zu übernehmen. Das sollte besonders durch den Abbau von Hindernissen verfolgt werden, die den Männern die Nutzung der Langzeitpflegeunterstützung erlaubt. Nationale Politiken sollten auch Maßnahmen für bedürftige Menschen bieten, die sich neutral auf deren Arbeitsmarktsituation auswirken. Die Mittelmeerländer und die neuen Mitgliedsstaaten stehen einer doppelten Herausforderung gegenüber: der Entwicklung von Infrastrukturen für die schwer pflegebedürftigen Menschen und der Ausweitung der häuslichen Hilfe. Diese zweigleisige Vorgehensweise könnte dazu führen, dass informell Pflegende von schweren Aufgaben befreit werden, die Frauen in benachteiligten Situationen erfüllen.

Langzeitpflege könnte auch als eine separate Versicherungsachse entwickelt werden, die Abhängigkeit von Pflege als separates Risiko angesehen werden. Öffentliche Gelder könnten dabei eine Ergänzung sein, um für benachteiligte Zielgruppen ein Mindestmaß an Quantität und Qualität für Langzeitpflegedienste zu garantieren. In diesem Zusammenhang könnten auch die Form der finanziellen Unterstützung und die Rolle des informellen Pflegenden festgelegt werden. Dies könnte pflegende Personen aus benachteiligten Gruppen unterstützen.