

Ist es für die Gesundheit besser, wenn man so lange wie möglich arbeitet oder sich möglichst früh pensionieren lässt? Auf diese scheinbar einfache Frage gibt es nicht nur eine Antwort und erst recht keine einfachen Lösungen. Die vorliegende Broschüre bringt Licht in diese komplexe Thematik, indem sie Daten aus über 100 wissenschaftlichen Publikationen analysiert und eine ganze Palette von Good-Practice-Beispielen vorstellt.

Sie beschreibt ausführlich die möglichen Lösungen, dank welcher die gesundheitlichen Risiken ab 50 Jahren eingedämmt und die Gesundheit und Lebensqualität erhalten und gefördert werden können.

Bereichert wird die Broschüre durch die Vorworte von Prof. Alberto Holly und Dr. Ralph Steinmann sowie durch die Illustrationen von Lucie Ryser.

Deutsche Übersetzung: Eva Holl



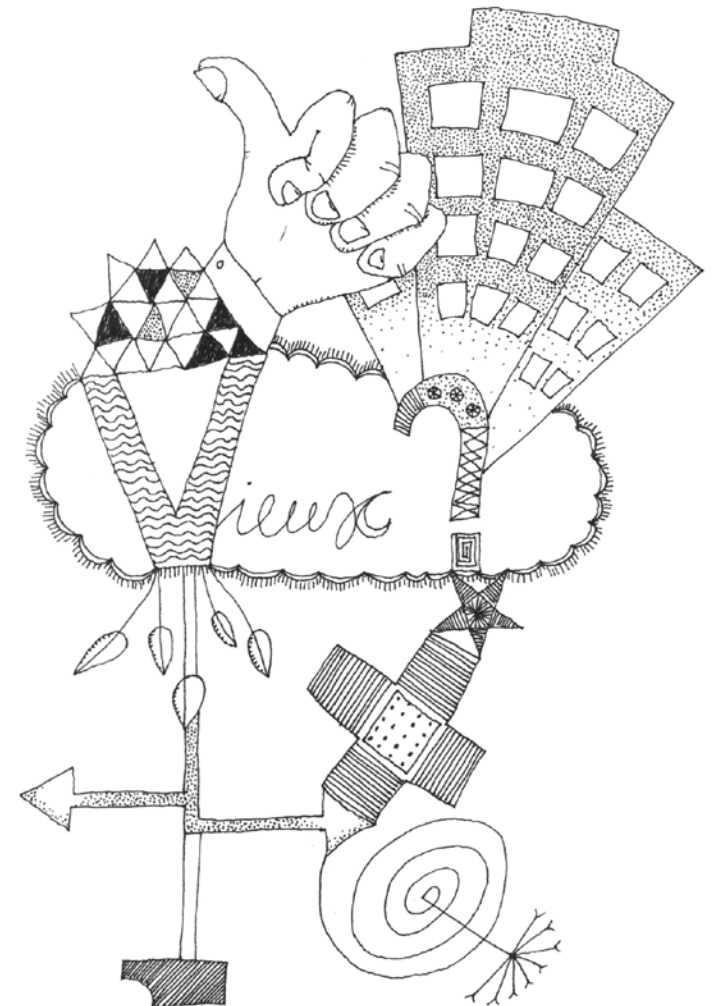
FONDATION CHARLOTTE OLIVIER

FONDATION CHARLOTTE OLIVIER

ARBEIT PENSIONIERUNG GESUNDHEIT - Literaturreview und Bestandsaufnahme

ARBEIT PENSIONIERUNG GESUNDHEIT

Literaturreview und Bestandsaufnahme



**ARBEIT
PENSIONIERUNG
GESUNDHEIT**

Literaturreview und Bestandsaufnahme



FONDATION CHARLOTTE OLIVIER

Französische Originalfassung: Januar 2012

AUTORINNEN:

Jacqueline De Puy Leistner, Soziologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fondation Charlotte Olivier.

Dr Marie-Claude Hofner, Präsidentin Fondation Charlotte Olivier, Oberärztin am DUMSC / CHUV.

VORWORTE:

Prof. Alberto Holly, Professor am Institut d'études en économie et management de la santé (IEMS).

Dr. Ralph Steinmann, Senior Manager Betriebliche Gesundheitsförderung und Innovative Projekte, Gesundheitsförderung Schweiz.

ILLUSTRATIONEN UND GRAFISCHE GESTALTUNG:

Lucie Ryser www.benitoandco.ch

FOTOS:

Fonds Charlotte Olivier, Handschriftenabteilung, BCU-Lausanne.

Mit der Unterstützung von:



Promotion Santé
Suisse



Edition Fondation Charlotte Olivier ©

Regina Mundi

Rue P.-A. Faucigny 2

1700 Fribourg

WWW.FCHO.CH

Deutsche Fassung: August 2014

DEUTSCHE ÜBERSETZUNG:

Eva Holl, Bern

Einige Weblinks zu den Quellenangaben aus dem französischen Original sind nicht mehr aktiv.

In der deutschen Fassung wird daher nur der Name der Institution aufgeführt.

SEITENLAYOUT:

Haiko Rickhoff

Mit der Unterstützung von:



DANKSAGUNG

Französische Originalversion:

Unser Dank richtet sich an alle, die sich für ein Gespräch zur Verfügung gestellt und für das Thema dieser Studie interessiert haben:

Guy Bovey (Direktor AvantAge, Lausanne); Alberto Holly, Professor am Institut d'études en économie et management de la santé (IEMS), der sich auch bereit erklärt hat, ein Vorwort zur vorliegenden Broschüre zu verfassen und unser Manuskript zu lektorieren; Karine Moschetti und Thomas Lufkin, IEMS; Magdalena Rosende und Céline Schoeni, beteiligt am Projekt EGA-LISE - L'égalité des seniors en emploi, (Gleichstellung bei älteren Arbeitnehmenden), Universität Lausanne; Béatrice Steiner, Projektleiterin «le bénéfice de l'âge», Universität Lausanne; Boris Wernli, Leiter der Forschungsabteilung des Schweizer Kompetenzzentrum Sozialwissenschaften (FORS); Marie-Christine Willemin, Moderatorin bei "Cercles de Legs", Schweiz; Marion Zwygart, Nachbarschaftsanimatorin, Pro Senectute Waadt; Claudio Bolzman, Professor an der Haute école de travail social in Genf.

Ebenso zu Dank verpflichtet sind wir folgenden Experten, welche die ersten Fassungen des Dokuments gelesen und mit ihren wertvollen Anregungen einen wertvollen Beitrag geleistet haben: Patrick Gomez, Leiter der Abteilung Ergonomie et psychophysiologie am Institut universitaire romand de Santé au Travail; Adriano Previtali, Professor für Sozialrecht und Öffentliches Recht an der Universität Freiburg und Mitglied des Stiftungsrats der Fondation Charlotte Olivier; Ralph Steinmann, Senior Manager Betriebliche Gesundheitsförderung und Innovative Projekte, Gesundheitsförderung Schweiz, der auch ein Vorwort zur Studie verfasst hat.

Einen wichtigen Beitrag geleistet hat ausserdem Isabelle Evéquoz Diethelm, Verwalterin der Fondation Charlotte Olivier, die das Projekt logistisch unterstützt hat, sowie die Grafikerin Lucie Ryser, die ihr Talent als Grafikerin und Illustratorin in den Dienst des Projekts gestellt hat.

Diese Studie ist dank der Unterstützung der Fondation Charlotte Olivier, von Gesundheitsförderung Schweiz, des Centre universitaire romand de médecine légale, Lausanne, der Loterie Romande und der Fondation Leenaards zustande gekommen.

Deutsche Übersetzung:

Die deutsche Version dieser Studie wäre ohne das grosszügige Engagement von Eva Holl, Fachspezialistin Gesundheitsförderung, nicht zustande gekommen. Als studierte Romanistin und Germanistin setzt sie sich für den – selteneren – Transfer von Forschungswissen aus der Romandie in die Deutschschweiz ein. Für ihr Engagement danken wir ihr herzlich.

Unser Dank geht auch an Herrn Joachim Wohnhas, Supervisor HAP, der die deutsche Übersetzung gegengelesen und ergänzt hat.

Unser Dank gilt ausserdem Haiko Rickhoff, Medienschaffender, Film und Grafikdesign, für das Layout der deutschen Version.

Die Übersetzung und deren Verbreitung sind dank der Unterstützung der Fondation Leenaards möglich geworden.

VORWORT VON ALBERTO HOLLY / 10

VORWORT VON RALPH STEINMANN / 14

DIE FONDATION CHARLOTTE OLIVIER / 16

1. WOZU DAS INTERESSE FÜR DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN ARBEIT, GESUNDHEIT UND PENSIONIERUNG? / 18

Arbeit / 19

Gesundheit und Arbeit / 19

Gesundheit und Ruhestand / 21

2. METHODISCHE GRUNDSÄTZE / 24

Literaturreview / 25

Interviews und Teilnahme an Ausbildungen und Kongressen / 26

Zielgruppen / 27

Projektstruktur / 28

3. ARBEIT, PENSIONIERUNG UND GESUNDHEIT: ZUM SCHADEN ODER ZUM VORTEIL? / 30

3.1. WOHLBEFINDEN UND LEBENSQUALITÄT / 30

3.1.1. LEBENSQUALITÄT BEI DER ARBEIT DER 50+ IN DER SCHWEIZ UND EUROPA / 31

Schweizer Daten / 31

Daten aus Europa / 33

3.1.2. LEBENSQUALITÄT BEI DER PENSIONIERUNG / 35

3.2. MORTALITÄT / 38

3.3. MORBIDITÄT / 39

3.3.1. BERUFSBEDINGTE PHYSISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN AB 50 /42

3.3.2. BERUFSBEDINGTE KÖRPERLICHE SCHÄDIGUNGEN NACH 50 /42

3.3.3. PHYSISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN IM RUHESTAND /43

3.3.4. PSYCHISCHE PROBLEME IM RUHESTAND /44

3.3.5. WECHSELWIRKUNGEN ZWISCHEN VERSCHIEDENEN FAKTOREN /46

3.4. 3.4. WAS TUN ? /50

3.4.1. GESUNDHEITSFÖRDERNDE ANGEBOTE /50

3.4.2. GESUNDHEITSFÖRDERNDE STRATEGIEN IN POLITIK UND
INSTITUTIONEN /55

3.4.3. SOZIALES POTENZIAL UND ENGAGEMENT FÜR DIE GESUNDHEIT /60

3.4.4. INDIVIDUELLE GESUNDHEITSKOMPETENZEN /61

3.5. ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN RESULTATE /64

3.5.1. WAS WISSEN WIR ÜBER DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN «ARBEIT
VERSUS PENSIONIERUNG», ALTWERDEN UND GESUNDHEIT? /64

3.5.2. WELCHE ARBEITSMODELLE UND -BEDINGUNGEN WIRKEN SICH FÜR
DIE GESUNDHEIT AB 50 GÜNSTIG AUS? /66

3.5.3. WELCHE UNTERSCHIEDE SIND ZU BEACHTEN? /66

3.5.4. WELCHE AUSWIRKUNGEN HABEN STAATLICHE MASSNAHMEN,
SOZIALVERSICHERUNGSSYSTEM UND VERSCHIEDENE FORMEN DER
ARBEITSORGANISATION? /67

3.5.5. WELCHE „GOOD-PRACTICE“-BEISPIELE HABEN SICH BEWÄHRT?
WELCHE SCHRITTE UND MASSNAHMEN MÜSSTEN IN DER SCHWEIZ
AUS EINER PUBLIC-HEALTH-PERSPEKTIVE PRIORITÄT HABEN?/67

WELCHE SCHWERPUNKTE SETZEN ? /70

Ebene Gesellschaft und Politik /71

Ebene der Lebenswelt /72

Ebene der Organisationen /73

Ebene der Personengruppen /73

Individuelle Ebene /74

LITERATURANGABEN /76

VORWORT

M. ALBERTO HOLLY

Honorarprofessor an der Universität
Lausanne, Institut d'économie et management
de la santé (IEMS)

Die Studie von Jacqueline de Puy und Marie-Claude Hofner untersucht grundsätzliche Fragen zum Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit im Kontext des tiefgreifenden demografischen und epidemiologischen Wandels in den industrialisierten Ländern. In der aktuellen Phase des demografischen Übergangs (mit niedrigen Geburten- und Sterberaten), erleben wir einen raschen Anstieg der Lebenserwartung und der Langlebigkeit. Darüber hinaus geht man generell davon aus, dass die Menschen nicht nur länger leben, sondern im Durchschnitt auch gesünder sind. Dieser Anstieg der Langlebigkeit bei guter Gesundheit wird weitreichende wirtschaftliche, politische und soziale Folgen haben. Es ist deshalb wichtig, den Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit genauer zu erforschen.

Die Ökonomen untersuchen den gegenseitigen Kausalzusammenhang zumeist anhand des Einkommens oder Vermögens. In der Beziehung zwischen Gesundheit und Erwerbstätigkeit kommen aber auch viele andere, namentlich mit der Lebensqualität gekoppelte Aspekte zum Tragen. Darunter figurieren Gesundheit und Arbeit als Schlüsselmerkmale.

Die Autorinnen interessieren sich in dieser Studie unter anderem für folgende Fragen: „Ist es für die Gesundheit besser, so lange wie möglich erwerbstätig oder pensioniert zu sein? In welchem Alter, für wen und unter welchen Bedingungen?“ Es ist ein besonderes Verdienst der Autorinnen, dass sie sich mit den wachsenden Herausforderungen im Zusammenhang mit dem oben beschriebenen Wandel beschäftigen, Fragen die bisher noch nicht so umfassend und gründlich untersucht

worden sind.

Jacqueline De Puy und Marie-Claude Hofner haben in der wissenschaftlichen Literatur nach Antworten gesucht und aus den veröffentlichten Ergebnissen eine Synthese gewonnen. Als Resultat liegt eine eigenständige und solide Forschungsarbeit vor, die zugleich entscheidungs- und handlungsorientiert und im Sinne der öffentlichen Gesundheit evidenzbasiert ist.

Viele der analysierten wissenschaftlichen Publikationen beruhen auf der SHARE-Studie (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, siehe <http://www.share-project.org>). Die Longitudinal-Studie SHARE bietet sich an, da sie auf den seit 2004 alle zwei Jahre erhobenen Daten zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation der Generation 50+ in den Partnerländern basiert. In sämtlichen Ländern werden dieselben Fragen gestellt in Bezug auf die Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand, körperliches und geistiges Befinden, Nutzung der Gesundheitsdienste, usw.), die Psyche (psychische Gesundheit, Wohlbefinden usw.), den sozioökonomischen Status (berufliche Tätigkeit, Pensionierungsalter, beruflicher Werdegang, Einkommensquellen, Ausbildung usw.) und die gesellschaftliche Stellung (familiäre Unterstützung, Einkommens-transfers, soziales Netzwerk, Zeitverwendung usw.). Die Daten aus der SHARE-Befragung sind äusserst ergiebig und sind Grundlage für zahlreiche fachübergreifende Publikationen, darunter eine grosse Anzahl zum Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit, Pensionierung und Gesundheit. Die Autorinnen haben sich für ihre Arbeit auch auf die Studien

renommierter Forscher gestützt, die Daten anderer Art verwenden.

Die Antworten auf die von J. De Puy und M.-C. Hofner gestellten Forschungsfragen sind äusserst vielfältig. Es ist nicht möglich, sie in wenigen Zeilen zusammenzufassen. Wir überlassen es deshalb dem Leser, sie mit grossem Gewinn selber zu entdecken. Aus der vorliegenden Arbeit gehen aber – so viel sei an dieser Stelle verraten – mehrere interessante Faktoren der Beziehung zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit hervor. Dabei geht es insbesondere um den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Lebensqualität bei der Arbeit, zu der Kontrolle, Autonomie, Selbstverwirklichung und Freude an der Arbeit gehören. Aus den Arbeiten gehen ausserdem zwischen Männern und Frauen deutliche Unterschiede hervor hinsichtlich der Faktoren, welche die subjektive Lebensqualität am Arbeitsplatz beeinflussen.

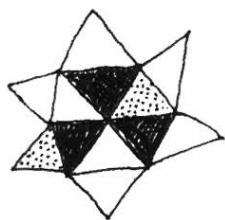
Aufgrund der Antworten aus den wissenschaftlichen Studien schlagen die Autorinnen verschiedene, aus der Public-Health-Perspektive evidenzbasierte Massnahmen vor. Diese sollten unbedingt bekannt gemacht und verbreitet werden. Die Massnahmen lassen sich in zwei Typen unterteilen: Die einen stützen sich auf die individuelle Verantwortung, die anderen – vermutlich die aus der Public-Health-Perspektive wichtigeren – beruhen auf Veränderungen der Verhältnisse im politischen und institutionellen Bereich. So lässt sich etwa eine bessere Lebensqualität bei der Arbeit mit einer verbesserten Kontrolle des Einzelnen über sein Arbeitsumfeld erreichen und über die Möglichkeit zur persönlichen Weiterentwicklung. Die Autorinnen betonen

allerdings auch, dass man dazu auf betrieblicher und institutioneller Ebene aktiv werden und verschiedene Formen der Valorisierung und Nutzbarmachung entwickeln muss.

Die vorliegende Studie kann all jenen, welche die Beziehung zwischen Arbeit und Gesundheit ergründen möchten, als Referenz dienen. Sie hat zwar in der wissenschaftlichen Literatur Antworten auf wesentliche Fragen gefunden, verzeichnet aber auch Lücken. Indem sie auf den Bedarf nach weiterer Forschung zur Schliessung der Lücken hinweist, eröffnet sie dem Leser interessante Perspektiven.

Die Gesellschaft hat die Folgen der gestiegenen Lebenserwartung in verschiedenen Bereichen, insbesondere aber was das Verhältnis zwischen Arbeit und Gesundheit anbelangt, noch nicht in ihrer vollen Tragweite erfasst. Die Institutionen brauchen Zeit, um auf diese neue Situation, die sich rasch weiterentwickelt haben, zu reagieren. Es ist deshalb wichtig, dass die Verantwortlichen von verschiedener Seite eindringlich auf diese wichtigen Herausforderungen, die in den kommenden Jahrzehnten auf uns zukommen, hingewiesen werden. Rasch zu handeln und die verpasste Zeit einzuholen, ist dringend geboten.

Lausanne, November 2011



VORWORT

RALPH M. STEINMANN

Dr phil. MAS, Senior Manager,
Gesundheitsförderung Schweiz

Mit der vorliegenden Broschüre leisten die Autorinnen einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung von Strategien und Praktiken der Gesundheitsförderung in Bezug auf das Älterwerden im Erwerbsprozess und die Pensionierung dar. Diese Arbeit sollte deshalb breiten Kreisen, wie den politischen EntscheidungsträgerInnen, den Gewerkschaften, den Geschäftsleitungen von KMUs und den HR-Verantwortlichen von grossen Unternehmen zur Verfügung stehen.

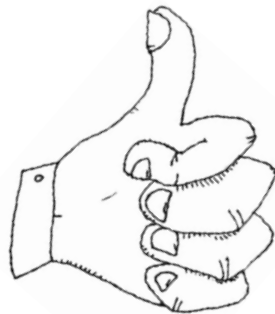
Die Studie bietet eine überzeugende Synthese der im europäischen Kontext derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse, bei welcher französische und englische Quellen ebenso berücksichtigt werden wie deutsche und italienische. Der State of the Art wird durch zahlreiche, von den Autorinnen treffend interpretierte „Good Practice“-Beispiele und geeignete Vorschläge ergänzt. Der Mehrwert dieser Studie liegt aus meiner Sicht in folgenden Aspekten:

- » Die Studie folgt einem streng wissenschaftlichen, evidenzbasierten Ansatz und wird durch Interviews mit ausgewählten ExpertInnen sowie Kongressberichte abgerundet. Trotz der komplexen Thematik liefert die Broschüre eine leicht lesbare, gut strukturierte Synthese der wichtigsten Erkenntnisse zum Thema. Sie ist deshalb für ein breites Publikum verständlich.
- » Schweizerische und europäische Daten werden ausgewogen berücksichtigt. Die wichtigsten schweizerischen und europäischen Arbeiten in diesem Forschungsgebiet sind eingebunden, aber die Autorinnen

weisen auch auf Erkenntnislücken hin.

- » Die Originalität der Studie liegt in der Untersuchung von zwei Lebensphasen (die letzte Phase des Erwerbslebens und die erste, aktive Phase des Ruhestands) inklusive der Übergangsphase, die häufig einen Vulnerabilitätsfaktor darstellt. Dieser Übergang ist im Übrigen für die Senioren, ebenso wie für die Gesellschaft und die Wirtschaft von Bedeutung.
- » Die Studie untersucht die Determinanten der Gesundheit der Senioren mit einem integrierten Ansatz, der die Bedeutung von strukturellen Faktoren und von deren Entwicklung zu Recht hervorhebt
- » e Studie stellt die richtigen Fragen und zeigt passende Lösungswege anhand von „Good-Practice“-Beispielen auf. Besonders geeignet erscheint etwa das Modell der Cercles de Legs.
- » Kapitel 3.5.4. weist auf einen äusserst wichtigen Aspekt hin – auf das Wissen und Knowhow der Senioren –, die ein grosses, zu wenig gewürdigtes und ausgeschöpftes Potenzial darstellen.

Die Broschüre stützt sich in erster Linie auf eine Review der Literatur. Meines Erachtens sollte dieser nun eine partizipative Befragung der Senioren folgen, damit deren Einschätzungen, Bedürfnisse und Ressourcen vertieft untersucht werden können.



Bern, 15. November 2011

DIE FONDATION
CHARLOTTE OLIVIER



23 octobre 1917, Charlotte Olivier examine une patiente

„Nur die Zusammenarbeit und Koordination sämtlicher Kräfte wird den Sieg sichern...“

Charlotte Olivier, 1912,
zur Bekämpfung der Tuberkulose

Die aktuellen Herausforderungen für die Gesundheit sind komplex und multifaktoriell. Zur Lösung dieser Probleme sind deshalb Fachleute aus verschiedenen Bereichen vonnöten, die unbedingt zusammenarbeiten müssen, wenn sie effiziente Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme umsetzen möchten.

Zwar gibt es zahlreiche Instrumente für die Planung von interdisziplinären und intersektoriellen Programmen. Trotzdem ist es oft nicht leicht, diese Programme einzuführen.

Ein mögliches Problem liegt bereits in der Wahl der Gastinstitution. Tatsächlich können die Widerstände gegen eine Zusammenarbeit erheblich sein, wenn es beispielsweise darum geht, dass „Sozialarbeiter zu Pflegefachkräften gehen müssen“, wenn „Nichtakademiker zu Akademikern“ oder „Beamte des einen Amtes in den Räumlichkeiten eines anderen empfangen werden“.

Die Gründungsmitglieder der Fondation Charlotte Olivier setzten sich deshalb für interdisziplinäre und intersektorielle Projekte ein und haben diese durch die Schaffung einer Gasteinrichtung, die weder berufs-, noch fach- oder institutionsgebunden ist, wirkungsvoll gefördert.

Die Fondation Charlotte Olivier stellt diese Dienstleistung seit 1998 über 30 Partnern zur Verfügung. Jedes Projekt ist finanziell unabhängig und bezahlt für die Dienstleistung-

gen der FCHO. Es erhält eine eigene Buchhaltung. Ein Pate oder eine Patin, Mitglied des Stiftungsrats, ist diesem gegenüber für das Projekt sowie für die korrekte Verwendung der Mittel verantwortlich.

Die FCHO ist eine privatrechtliche Stiftung, die der jährlichen Kontrolle des Departements des Innern unterstellt ist.

Mehr Informationen unter www.fcho.ch

1. 1. WOZU DAS INTE- RESSE FÜR DEN ZUSAM- MENHANG ZWISCHEN ARBEIT, GESUNDHEIT UND PENSIONIERUNG?

Ist es für die Gesundheit zuträglicher, wenn man so lange wie möglich arbeitet oder pensioniert ist? In welchem Alter, für wen und unter welchen Bedingungen gilt das? Die höhere Lebenserwartung bei guter Gesundheit und die Finanzierung der Renten stellen eine soziale, politische und ökonomische Herausforderung dar. Trotzdem fehlte in der aktuellen Diskussion bisher eine Bestandsaufnahme aus einer Public-Health-Perspektive zur Alternative „Erwerbstätigkeit versus Pensionierung“. Auf den folgenden Seiten haben wir deshalb dazu eine Synthese der wissenschaftlichen Erkenntnisse unternommen.

Unsere Absicht ist es nicht in erster Linie darauf hinzuweisen, was „die älteren Mitarbeitenden für das Unternehmen tun können“. Auf dieses Thema sind bereits andere Publikationen eingegangen und haben gezeigt, dass diese Arbeitskräfte es verdienen, auf dem Arbeitsmarkt mehr Anerkennung zu finden, und schlagen entsprechende Massnahmen für ein betriebliches Altersmanagement vor (Steinmann, 2008; Schweizerischer Arbeitgeberverband, 2006¹). Dass es für ein Unternehmen Vorteile bringen kann, wenn es „Senioren“ auch über das Pensionsalter hinaus beschäftigt, ist belegt. Sie werden für die Arbeitgeber vermutlich zu „weissem Gold“ werden, wenn einmal nicht mehr genügend qualifizierte jüngere Arbeitskräfte zur Verfügung stehen.

■ 1 Auf der Website von Gesundheitsförderung Schweiz stehen den Unternehmen verschiedene praxisorientierte Instrumente für das Altersmanagement zur Verfügung, siehe <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/>

Ausserdem können sie in Zukunft auch die AHV finanzieren helfen (Comina, 2006). Das Thema der Beschäftigung von 'Senioren' hat zwischen 2000 und 2008 zu diversen, viel beachteten und kommentierten Publikationen geführt. Danach ist es, vermutlich wegen der ungünstigen wirtschaftlichen Entwicklung, ein wenig in den Hintergrund getreten. Trotzdem, es wird, ebenso wie die Reformpläne zur Altersvorsorge, unweigerlich auf die Tagesordnung zurückkehren (Burdorf, van den Berg, Avendano, Kunst, & Mackenbach, 2008).

Bekanntlich nimmt die Schweiz bezüglich Erwerbstätigkeit von 'Senioren' bereits einen Spitzenplatz ein. Im europäischen Vergleich ist es das Land mit dem höchsten Anteil an 50-64-jährigen erwerbstätigen Männern (ca. 80%). Der Anteil der berufstätigen Frauen (ca. 60%) ist, mit Ausnahme von Schweden, ebenfalls höher als im übrigen Europa (Burdorf et al., 2008).

Bevor wir zum eigentlichen Thema kommen, sollen die Begriffe Arbeit, Gesundheit und Pensionierung geklärt werden. Denn obwohl sie selbsterklärend scheinen, sind sie doch abhängig vom historischen und sozialen Kontext, in dem sie verwendet werden.

Arbeit

Laut der Online-Version 2.1 des Grand Robert de la langue française (version 2.1) ², bedeutet Arbeit die "Gesamtheit aller koordinierten menschlichen Tätigkeiten, die dazu dienen, Nützliches oder als nützlich Erachtetes zu produzieren oder dazu beizu-

tragen." Im Laufe des 20. Jahrhunderts war die Arbeitswelt in den westlichen Industrieländern zahlreichen Änderungen ausgesetzt. So ist man von einer „auf Arbeit fokussierten Welt“, mit voraussehbarer, von oben verwalteter Organisation (Taylorismus) übergegangen zu nachfrage-gesteuerten Produktionsverfahren, die eine permanente Anpassung an ein wechselndes Umfeld voraussetzten (Post-Taylorismus). ³. Parallèlement, les aspirations à l'égard de l'activité professionnelle se sont orientées vers l'épanouissement personnel : « Dans le travail, on ne veut pas agir comme tout le monde, mais comme une personne avec ses capacités, compétences et talents spécifiques (...). De plus en plus, le travail doit être vécu ou au moins considéré comme une vocation ou une mission. On appelle ce processus la subjectivation du travail » (Danuser & Monin, 2009, p.14).

Gesundheit und Arbeit

In der Ottawa Charta von 1968, die zum Referenzdokument der Gesundheitsförderung geworden ist, ist Folgendes festgelegt: "Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung **schafft sichere, anregende, be-**

■ 3 Notiert von J. De Puy anlässlich des Vortrags von P. Davezies am 24.11.2010 im Rahmen des Master of advanced studies en santé au travail, IST, Lausanne.

■ 2 nachgeschlagen am 18.5.2011

friedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen”⁴ (Erste Internationale Gesundheitsförderungskonferenz, 1986).

Die schweizerische Gesetzgebung setzt im Übrigen auf Grundlagen, die in dieselbe Richtung weisen:

Das Arbeitsgesetz sieht vor, dass Arbeit die Gesundheit nicht beeinträchtigen darf und bezieht sich in den offiziellen Texten (siehe Kasten) explizit auf die erweiterte Definition der WHO.

Wegleitung zur Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz.

1. Kapitel : Allgemeine Bestimmungen. Art. 2 Grundsatz⁵, „Der Schutz der physischen und psychischen Gesundheit ist eine gemeinsame Aufgabe von Arbeitnehmern, Arbeitnehmerinnen und Arbeitgeber. Die Verantwortung des Arbeitgebers bezieht sich auf die arbeitsbezogenen Faktoren, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben.**Der Arbeitgeber trägt die Verantwortung dafür, dass an keinem Arbeitsplatz die physische und psychische Gesundheit der Arbeitnehmer und der Arbeitnehmerinnen geschädigt wird. Unter Gesundheit wird in Annäherung an die Definition der WHO von 1948 nicht nur die Abwesenheit von Krankheit verstanden sondern ein psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden angestrebt.“**

Wenn also die Arbeit die genannten Voraussetzungen erfüllt und man bis ins höhere Alter bei guter Gesundheit bleiben kann, weshalb sollte man zu arbeiten aufhören? Vermutlich, weil die Arbeitswelt tatsächlich noch weit von diesen Prinzipien entfernt ist.

Paradoxerweise ist die Arbeitswelt in den industrialisierten Ländern zu Beginn des 21. Jahrhunderts von einer Zunahme psychischer Leiden und einem enormen Anstieg arbeitsbedingter muskulo-skelettaler Beschwerden gekennzeichnet. In der Schweiz zählen ergonomische Risiken zu den häufigsten berufsbedingten körperlichen Gesundheitsrisiken:

Die Hälfte der Arbeitnehmenden führt monotone Bewegungen aus, ein Drittel ist zu schmerzhafter oder ermüdender Haltung gezwungen, ein Fünftel muss schwere Lasten heben oder verrücken. Biologische, chemische oder Strahlen-Risiken sind zwar weniger häufig (unter 20%), aber bei weitem nicht vernachlässigbar. Von Lärmbelastung und extremen Temperaturen sind 25% der Männer und 16% der Frauen betroffen. Die Prävalenz psychosozialer Risiken ist insgesamt höher als diejenige der physischen und liegt vor allem in der dauernd notwendigen Konzentration (Männer: 56%, Frauen: 47%), im konstanten Zeitmangel (Männer: 50%, Frauen: 40%), in der Unmöglichkeit, bei der Arbeit die eigenen Ideen umzusetzen (Männer 35%, Frau 43%) oder Pause zu machen, wenn er/sie es wünscht (Männer: 36%, Frauen: 50%) (Marquis, 2010 S. 79-80).

- 4 Die fett gedruckten Textpassagen sind Hervorhebungen der Autorinnen.
- 5 Quelle: SECO - <http://www.seco.admin.ch/themen/00385/02747/index.html?lang=fr>

Die sozialen und ökonomischen Veränderungen haben sich in einer Intensivierung der Arbeit niedergeschlagen. Individualisierte Aufgaben schwächen den Einzelnen und unterhöheln die frühere soziale Unterstützung durch das Kollektiv. Ausserdem erzeugen die Anforderungen des Markts zwei für Unternehmen und Personal widersprüchliche Aufgaben: Einerseits so viele Kunden wie möglich zufriedenstellen und andererseits ‚schludrig arbeiten‘, um das Tempo halten zu können. ■

Nun gehören Arbeit und Arbeitsumfeld aber zu den wichtigen Gesundheitsdeterminanten (WHO, 2008), und vor allem moduliert die Qualität der Arbeit wichtige Lebensbereiche. Die wissenschaftlichen Arbeiten von Karasek haben denn auch gezeigt, dass Berufsarbeit, die zugleich durch hohe Anforderungen und geringe Entscheidungsspielräume gekennzeichnet ist, der Gesundheit schadet und zu Stresserkrankungen führt (Karasek 1979, 1990 zitiert nach Joyce, Pabayo, Critchley & Bamba, 2010).

Wie ist es unter diesen Voraussetzungen möglich, selbst über das Pensionsalter hinaus berufstätig zu bleiben, ohne dem physischen und psychischen Abnutzungsprozess zu erliegen, wo doch gleichzeitig der Wunsch nach Selbstverwirklichung im Beruf wahrscheinlich noch nie so gross war?

■ 6 Aufzeichnungen von J. De Puy zu einem Vortrag von P. Davezies, im Rahmen des Master of advanced studies en santé au travail, IST, Lausanne, 24.11.2010.

Gesundheit und Ruhestand

Aus historischer Sicht ist das Recht auf Altersversorgung in der Schweiz relativ neu. 1944 entschieden die Eidgenössischen Räte, auf die Einführung einer Altersrente ab 65 Jahren einzutreten. Am 6. Juli 1947 hat das Volk die Finanzierung der AHV genehmigt, und am 1. Januar 1948 ist das AHV-Gesetz in Kraft getreten (BSV, 2010).

Ursprünglich war die Pensionierung als notwendige und verdiente Ruhe nach einem schweren Arbeitsleben gedacht, wenn die alten Menschen nicht mehr durch ihre Arbeit für ihren Lebensunterhalt aufkommen konnten. Da 1945 die Lebenserwartung über das 65. Altersjahr hinaus bei rund zehn Jahren lag, ging man davon aus, dass diese Lebensphase nicht länger als etwa 10 Jahre dauern würde (Bundesamt für Statistik, 2009). Doch heute hat sich die Datenlage geändert: Die Grenze zur Hochaltrigkeit, die von Abhängigkeiten geprägt ist, hat sich nach hinten verschoben, und die gesellschaftliche Wahrnehmung des Ruhestands hat sich in der Folge weiterentwickelt. Eine französische Umfrage hat ergeben, dass die mit dem Rentenalter assoziierten Bilder sehr positiv sind. Zur traditionellen Vorstellung eines „wohlverdienten Ruhestands“ gesellen sich aktivere und dynamischere Begriffe, wie der „einer Gelegenheit, um sich in neue Aktivitäten einzubringen oder das zu tun, wozu man bisher nicht die Zeit hatte“ oder auch der „einer Periode, wo man weder Langeweile noch Einsamkeit noch das Gefühl der Nutzlosigkeit zu befürchten hat“ (Gollac & Baudelot, 2002). Doch entspricht der Ruhestand in der Praxis diesen Erwartun-

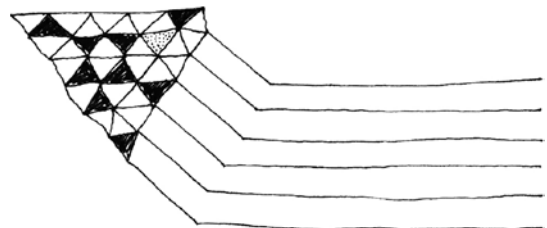
gen und falls ja, bei wem?

Die letzten Berufsahre und der Übergang in den Ruhestand sind für die Bewertung des kumulativen Effekts der Arbeit auf die Gesundheit besonders aufschlussreich. Was die Pensionierung als solche anbelangt, egal ob man sie sich wünscht oder sich davor fürchtet, erfordert sie eine Neuorganisation des Lebens, deren Auswirkungen, unter anderem auf die Gesundheit, häufig unterschätzt werden.

2. METHODISCHE GRUNDSÄTZE

Im Folgenden werfen wir einen Blick auf den methodischen Ansatz und das gewählte Vorgehen. Die gesammelten Daten sollten evidenzbasierte Antworten auf folgende Ausgangsfragen bringen:

- » Welches ist der Stand der Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen „Arbeit versus Pensionierung“, Älterwerden und Gesundheit? Oder genauer, inwiefern und in welcher Weise kann Berufstätigkeit dazu beitragen, die Gesundheit nach 50, nach 60, nach 70 zu erhalten oder, im Gegenteil, zu beeinträchtigen?
- » Welche Arbeitsmodelle und -bedingungen haben sich als vorteilhaft für die Gesundheit dieser Altersgruppen erwiesen?
- » Welche Unterschiede sind aufgrund von ausgeübter Tätigkeit und beruflicher Stellung, von Lebensverlauf und Lebensstil, von soziokultureller Herkunft, sozialem Kapital, von Geschlecht und Gesundheitszustand usw. zu berücksichtigen?
- » Welchen Einfluss haben öffentliche Politiken, Sozialversicherungssysteme, und Formen der Arbeitsorganisation?
- » Welche Beispiele guter Praxis haben sich bewährt?
- » Welche Massnahmen sollten in der Schweiz aus Public-Health-Sicht prioritär ergriffen werden?



Literaturreview

Der Ansatz systematischer Quellenforschung der Cochrane Collaboration, einer für die Qualität ihrer systematischen Literaturreviews im Gesundheits- und Pflegebereich anerkannten Institution, diente als Basis für eine sogenannte PICO Forschungsgleichung, in der die Population (die über 50-Jährigen), eine Intervention (Arbeit), eine „Vergleichsintervention“ (Pensionierung) und ein „Outcome“ (Gesundheit) definiert wurden. Aufgrund der zu der jeweiligen Ebene passenden Schlüsselwörter wurden bibliographische Recherchen in den Datenbanken von Pubmed/Medline, Psycinfo und Francis durchgeführt, ebenso auf den auf betriebliche Gesundheit spezialisierten Websites wie z. B. des Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS, Frankreich) oder des Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST, Kanada). Berücksichtigt wurden ausserdem weitere, in den Bibliographien erwähnte Arbeiten, desgleichen die Unterlagen des Programms 50+ santé (auf www.50plussante.ch abrufbar) und weitere online verfügbare Publikationen.

Recht schnell wurde klar, dass die Resultate der Längsschnittstudie SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) unsere wichtigste Datenquelle bildeten.

Diese Studie weist folgende Vorzüge auf:

- » Sie beschäftigt sich mit der für uns interessanten Bevölkerungsgruppe, den über 50-Jährigen in Europa, inkl. Schweiz, und behandelt insbesondere das Thema Gesundheit und Lebensqualität.
- » Die Resultate basieren auf einer breit angelegten, repräsentativen Befragung der 50-Jährigen in allen beteiligten Ländern.
- » Vergleiche zwischen der Schweiz und anderen europäischen Ländern sind möglich.

Es handelt sich um Längsschnittdaten, die seit 2004 alle zwei Jahre erhoben werden.

■ 1 In der Schweiz sind das Institut d'Économie et management de la Santé und die Schweizer Stiftung für die Forschung in den Sozialwissenschaften FORS, Lausanne, für die Studie verantwortlich.

„Das Ziel der Studie ist ein zweijährliches europäisches Panel zu bilden, das auf sozio-ökonomische und gesundheitliche Fragen hinsichtlich Alterung ausgerichtet ist. Die erste Befragungswelle hat 2004 mit 11 teilnehmenden Ländern stattgefunden: Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Italien, die Niederlande, Österreich, Schweden, die Schweiz und Spanien. Für die zweite Welle im 2006 sind Irland, Polen und die Tschechische Republik hinzugekommen. Das Ziel der dritten, SHARELIFE genannten Welle von SHARE-2008/2009, ist es rückblickende Informationen über Lebensgeschichten in 16 Ländern, mit Slowenien als neuem Mitglied, zu sammeln.“ (<http://www.unil.ch/share>).

Die Daten erlauben es, Entwicklungen besser zu analysieren und mögliche Kausalzusammenhänge in Erwägung zu ziehen. Diese Möglichkeit bieten transversale (nur zu einem Zeitpunkt erhobene) Daten nicht bieten. Die Ergebnisse der drei ersten Wellen (2004, 2006 und 2008) waren Anlass für zahlreiche Publikationen. Von den über 200 Publikationen zur SHARE-Studie haben wir rund 30 ausgewählt, die sich für unsere Forschungsfragen als am relevantesten erwiesen haben. Die Arbeiten zur Lebensqualität alter Menschen erschienen uns ganz besonders innovativ (Hyde, Wiggins, Higgs, & Blane, 2003; Schnalzenberger, Schneeweis, & Zweimüller, 2008; Siegrist & Wahrendorf, 2008; Siegrist, von dem Knesebeck, & Wahrendorf, 2005; Wahrendorf, von dem Knesebeck, & Siegrist, 2008).

Eine wichtige Quelle waren ausserdem zwei Forschungs-Reviews:

- » Eine systematische Review von Crawford und Kollegen am Institut für Arbeitsmedizin (Edinburgh 2009), die 179 Publikationen zu Gesundheit, Sicherheit und zum Bedarf nach Gesundheitsförderungsmassnahmen von älteren ArbeitnehmerInnen umfasst (Crawford, Graveling, Cowie, Dixon, & Mac-Calman, 2009).
- » Eine systematische Review von Joyce und Kollegen (Joyce, Pabayo, Critchley, & Bamba, 2010) (Durham University, UK; Universität Montreal, Kanada und Newcastle University, UK). Sie befasst sich mit flexiblen Arbeitsbedingungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Angestellten. Die Review

wurde 2009 auf der Grundlage von 12 Datenbanken nach der Cochrane Methode realisiert. Wir haben uns insbesondere für die Daten zum flexiblen Rentenalter interessiert.

Weitere Publikationen konnten wir dank Recherchen in folgenden Online-Datenbanken ermitteln: European Journal of Ageing, Société d'ergonomie de langue française (SELF), Bundesamt für Statistik sowie Bundesamt für Sozialversicherungen.

Interviews und Teilnahme an Ausbildungen und Kongressen

Verschiedene Experten wurden von uns interviewt, um „Good-Practice“-Beispiele, die sich bewährt haben, zu sammeln und aktuelle wissenschaftliche Studien kennenzulernen. Folgende Personen haben wir während jeweils rund einer Stunde befragt:

- » Guy Bovey, Direktor von AvantAge, einem von Pro Senectute entwickelten Programm für Unternehmen, die auf ältere Mitarbeitende ausgerichtete Dienstleistungen anbieten (www.fr.avantage.ch).
- » Marie-Christine Willemin, Moderatorin bei «Cercles de Legs» in der Romandie (<http://cercledelegs.com>). Ein «Cercle de legs» ist eine Reflexions- und Austauschgruppe von 6 – 12 Personen im letzten Drittel ihres Erwerbslebens.
- » Marion Zwygart, Nachbarschaftsanimatorin, Pro Senectute Waadt, zur Gemeinwesenarbeit in verschiedenen Waadtländer Gemeinden (<http://www.vd.pro-senectute.ch/cours-formation/projets.html>).
- » Dr. Boris Wernli, Leiter der Forschungs-

abteilung des Schweizer Kompetenzzentrum Sozialwissenschaften (FORS) (www.unil.ch/fors), zur SHARE-Studie in der Schweiz.

- » Prof. Alberto Holly, Institut d'études en économie et management de la santé IEMS, sowie zwei seiner Mitarbeiter: Karine Moschetti und Thomas Lufkin, zur SHARE-Studie in der Schweiz. (<http://www.share-project.org>).
- » Dr. Magdalena Rosende und Dr. Céline Schoeni, die am Projekt EGALISE - L'égalité des seniors en emploi, an der Universität Lausanne im Rahmen des NFP60 unter Leitung von Prof. Nicky Le Feuvre beteiligt waren. (http://www.nfp60.ch/F/projets/travail_organisations/egalite_seniors_emploi_egalise/Pages/default.aspx).
- » Béatrice Steiner, wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Projekt „Le bénéfice de l'âge“ an der Universität Lausanne unter der Leitung von Prof. René Knüsel. (http://www.unil.ch/webdav/site/vei/shared/benefice_age.pdf).

Claudio Bolzman, Professor an der Haute Ecole de travail social in Genf, wurde zum Thema ältere MigrantInnen befragt.

Ausserdem hat die Autorin an folgenden Veranstaltungen teilgenommen: An einer Tagung zur Gesundheit der über 50-jährigen Erwerbstätigen in der Verwaltung des Kantons Freiburg (25. Mai 2010), an der Konferenz für betriebliche Gesundheitsförderung von Gesundheitsförderung Schweiz (Freiburg, 2. September 2010), an einer Konferenz zur „Psychodynamik und Psychopathologie der Arbeit“ von Philippe Davezies, Dozent für

Arbeitsmedizin und Gesundheit am Arbeitsplatz an der Universität Claude Bernard Lyon I, am 24. November 2010. Am 15. Februar 2011 hat die Autorin zudem einen Kurs „Cercle de legs: die Pensionierung planen und gestalten“ am Centre de formation de la santé et du social, Cully, besucht.

Ebenfalls teilgenommen hat sie an der 6. Konferenz „Panel data users in Switzerland“, 8.-9. 6.2011 an der Universität Lausanne.

Zielgruppen

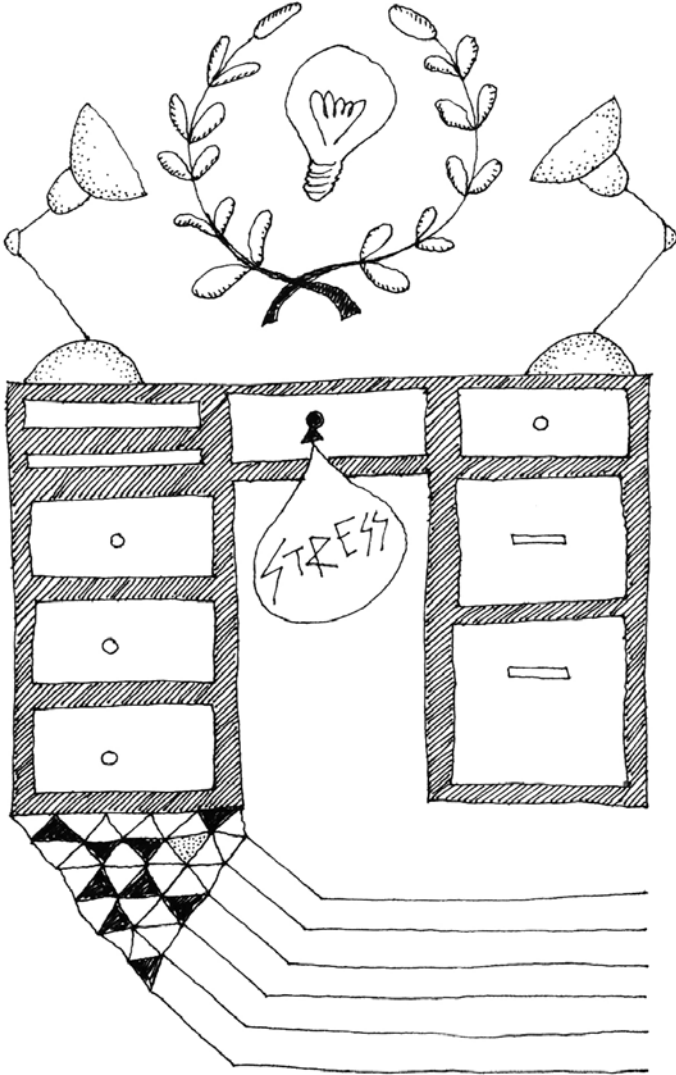
Die Ergebnisse dieser Studie sind für ein breites Publikum interessant, insbesondere für Akteurinnen und Akteure aus der Arbeitswelt und der öffentlichen Gesundheit:

- » Politische Verantwortungsträger: Regierungsräte und Verwaltungen (Wirtschaft und Finanzen; Gesundheit und Soziales) der lateinischen Kantone; die Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales CLASS; die Konferenz kantonaler Volkswirtschaftsdirektoren; das Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin; die kantonalen Kommissionen für Gesundheitsförderung und Prävention; das Staatssekretariat für Wirtschaft, das Bundesamt für Sozialversicherungen usw.
- » Institutionen der Gesundheitsförderung und Prävention: Gesundheitsförderung Schweiz, Pro Senectute / AvantAge, Institut universitaire romand de Santé au Travail, Public Health Schweiz, Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, InitiatorInnen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen u. w. m.

- » Berufsverbände: Gewerkschaften, Personal- und Arbeitgeberverbände, HR-Gesellschaften;
- » Versicherungen: Santésuisse, SUVA, Lebensversicherungen, Pensionskassen usw.

Projektstruktur

Die wissenschaftliche Begleitung ist durch Dr. Marie-Claude Hofner, Präsidentin der Fondation Charlotte Olivier, sichergestellt worden. Die administrative Unterstützung (Sekretariat, Korrekturlesen und Layout) hat Isabelle Evéquo Diethelm, Mitarbeiterin bei der Fondation Charlotte Olivier übernommen. Die wissenschaftliche Arbeit lag in den Händen von Jacqueline De Puy, Doktor der Sozialarbeit und Sozialpolitik.



3. ARBEIT, PENSIONIERUNG UND GESUNDHEIT: ZUM SCHADEN ODER ZUM VORTEIL?

Für die vorliegende Studie zum Zusammenhang zwischen Gesundheit, Arbeit und Pensionierung wurden nur die besten, evidenzbasierten empirischen Daten berücksichtigt (siehe Kapitel 2). Die beobachteten Trends werden durch Aussagen und Empfehlungen von Gewährspersonen aus der Romandie abgestützt.

Im Folgenden werden wir zuerst über Arbeiten berichten, die nach dem „Vorteil“, das heisst nach der **Lebensqualität** während der letzten Arbeitsjahre und der Pensionierung recherchiert haben (Abschnitt 3.1).

Der Begriff der Lebensqualität kommt nämlich der Idee der Gesundheit im Sinne der WHO recht nahe: Gemeint ist ein Zustand körperlichen und zugleich geistigen Wohlergehens eher als das Fehlen von Krankheit. Danach werden wir uns mit dem „Schaden“ beschäftigen, mit **Morbidität und Mortalität** – und den **Risikofaktoren** –, von welchen Menschen über 50 in diesen zwei Lebensphasen betroffen sein können (Abschnitte 3.2 und 3.3). Und zum Schluss der optimistische Ausblick: **Schutzfaktoren** und **Massnahmen**, die eine Reduktion der gesundheitlichen Beeinträchtigungen ermöglichen sowie einige „Good-Practice“-Beispiele, die in der Schweiz bereits eingeführt worden sind (Abschnitt 3.4).

3.1. WOHLBEFINDEN UND LE- BENSQUALITÄT

Lebensqualität wird definiert als die Übereinstimmung der Erwartungen und Antriebe einer Person und den Ressourcen und Gelegenheiten, die ihr soziales Umfeld ihr bietet.

Studien haben gezeigt, dass für die Lebensqualität vor allem vier positive Erfahrungen relevant sind: Kontrolle, Autonomie, Selbstverwirklichung und Vergnügen (Hyde, Wiggins, Higgs & Blane, 2003). Allerdings scheinen auch weitere Aspekte – auf kollektiver Ebene – die Lebensqualität bei der Arbeit oder im Ruhestand zu beeinflussen, wie etwa die sozialen Bindungen und die soziale Unterstützung oder die Qualität der Umgebung (Infrastruktur und vorhandene Ressourcen).

Dabei muss berücksichtigt werden, dass der Begriff der Lebensqualität, je nach soziokultureller Herkunft und Zugehörigkeit, unterschiedlich wahrgenommen wird. Wir haben uns deshalb ausführlich für die positiven Erfahrungen der über 50-Jährigen im Zusammenhang mit der Arbeit oder dem Ruhestand interessiert, um die Wahrnehmungen der Lebensqualität in ihrer Vielfalt festhalten zu können.

3.1.1. LEBENSQUALITÄT BEI DER ARBEIT DER ÜBER 50-JÄHRIGEN IN DER SCHWEIZ UND IN EUROPA

Die mit den oben erwähnten Begriffen Kontrolle und Autonomie assoziierte Willensfreiheit ist zweifellos ein entscheidendes Element der Lebensqualität. Eine Studie belegt, dass der schrittweise Übergang in den Ruhestand bzw. die Teilpensionierung der Gesundheit zuträglich ist, sofern sie freiwillig, und nicht etwa aufgezwungen erfolgt (Joyce, Pabayo, Critchley & Bamba, 2010).

Frei darüber entscheiden zu können, ob man

bis zum Rentenalter oder darüber hinaus arbeiten, vorzeitig oder gleitend in Rente gehen will, ist also entscheidend. Aber es ist auch klar, dass es diese Wahlmöglichkeit nur bei ausreichenden finanziellen Ressourcen gibt.

Daten aus der Schweiz

Aufgrund der Daten von SHARE ¹, ergibt sich für die Schweiz ein nuanciertes Bild von der Lebensqualität der über 50-Jährigen bei der Arbeit.

Vorauszuschicken ist, dass die Schweiz, zumindest gewissen günstigen Indikatoren zufolge, im europäischen Vergleich bei den Arbeitsbedingungen besonders gut abschneidet (Blanchet & Debrand, 2007). Laut einer repräsentativen Befragung der Schweizer Wohnbevölkerung fällt die **allgemeine Arbeitszufriedenheit** unter Erwerbstätigen von 50-64 Jahren tatsächlich hoch aus (97.1%). Und bezüglich **Gehalt** finden 83%, dass sie ordentlich bezahlt werden

Drei weitere positive Aspekte beziehen sich auf die zwischenmenschliche Ebene der Arbeit und zeugen von der **Unterstützung durch Vorgesetzte und /oder Kollegen**:

- >> 83.3% fühlen sich geschätzt;
- >> 79.6% erhalten in schwierigen Situationen

■ 1 Die SHARE-Befragung (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) ist die erste europäische multidisziplinäre Umfrage zu Gesundheit, Pensionierung und wirtschaftlicher Situation der über 50-Jährigen. In der Längsschnittstudie werden seit 2004 alle 2 Jahre Daten erhoben. (siehe Kapitel 2).

geeignete Unterstützung;

- » 81.9% sind der Ansicht, dass sie Gelegenheit haben, neue Kompetenzen zu erwerben.

Was nun die ungünstigen Indikatoren zur Lebensqualität am Arbeitsplatz anbelangt, gibt es einen nicht zu vernachlässigenden Teil der befragten 'Senioren', der sich in mancher Hinsicht kritisch geäußert hat, auch wenn die Anteile in der Schweiz generell tiefer sind als im übrigen Europa. Die Schwierigkeiten betreffen, nach Wichtigkeit geordnet, folgende **belastende Arbeitsbedingungen**:

- » Mehr als die Hälfte gibt an, dauernd unter Druck zu arbeiten (54.9%);
- » Mehr als ein Drittel übt eine körperlich belastende Arbeit aus (37.6%)
- » Jeder Fünfte beklagt sich über zu wenig Freiheit (21.6%).

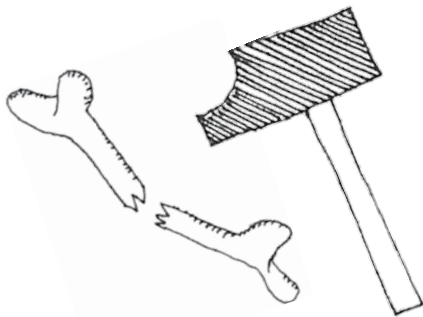
Zwei weitere ungünstige Indikatoren weisen auf ein **Gefühl der Unsicherheit** in Bezug auf die eigene Arbeitsmarktfähigkeit hin:

- » 19.8% denken, dass ihre Aussichten, den Arbeitsplatz zu behalten, nicht gut stehen;
- » 9% befürchten, dass ihr Gesundheitszustand ihre Arbeitsfähigkeit einschränken könnte.

Welches Gesamtbild ergibt sich aus diesen Daten? Es lohnt sich, auf die Bedeutung der verbreiteten „allgemeinen Arbeitszufriedenheit“ näher einzugehen, denn der Begriff lässt einen grossen Interpretationsspielraum zu. Sind die 50-65-jährigen Beschäftigten in der Schweiz einfach froh, weil sie überhaupt Arbeit haben, dem tristen wirtschaftlichen Umfeld und ungünstigen Arbeitsmarkt zum Trotz, auf dem sie als zu «teuer» oder zu wenig leistungsfähig gelten? Gewiss sind die ‚Senioren‘ zufrieden und stolz auf ihren Beruf

und die langjährige Erfahrung in einem Land, in dem Qualität gewürdigt wird, das für das gute Ausbildungsniveau seiner Arbeitskräfte bekannt ist und in dem die Löhne höher sind als im übrigen Europa.

Aber auch wenn sich die älteren Arbeitskräfte von Vorgesetzten und Kollegen getragen fühlen, so zeigt sich bei den Arbeitsbedingungen und der Arbeitsplatzsicherheit doch ein düsteres Bild. Zwar gibt es bei weitem nicht nur von älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Klagen über den modernen Arbeitsrhythmus. Aber, wie wir später sehen werden (Abschnitte 3.3.1. und 3.3.2.), bei ihnen kommen häufig Folgen physischer und psychischer Abnutzung hinzu. Vermutlich als Folge der als unbefriedigend erlebten Autonomie, leiden sie ausserdem darunter, dass sie – weil (zu) alt – für ihre Fähigkeiten nicht genügend Anerkennung zu erhalten.



Europäische Daten

In Europa wie anderswo sind hinsichtlich Lebensqualität am Arbeitsplatz nicht alle gleichgestellt. Generell geht es über 50-jährigen Frauen und Personen mit tiefem sozioökonomischem Status in ganz Europa weniger gut. Frauen geben an, für ihre Anstrengungen vergleichsweise schlecht entschädigt zu werden (Lohn, Anerkennung usw.) und schätzen ihre Kontrolle über die Arbeit geringer ein als Männer. Eine tiefe sozioökonomische Stellung wird mit wenig Lebensqualität am Arbeitsplatz in Verbindung gebracht (Siegrist & Wahrendorf, 2008). Die Lebensqualität bei der Arbeit umfasst die erlebte Kontrolle über die Arbeit und das Verhältnis zwischen unternommenen Anstrengungen und erhaltener Entschädigung (Karasek et al., 1998; Siegrist et al., 2004).

Lebenslanges Lernen erhält, wie allgemein bekannt, die intellektuellen Fähigkeiten bis ins hohe Alter. Dennoch gibt es gegenüber den geistigen Fähigkeiten von älteren Arbeitskräften viele Vorurteile. De facto ist ihre Aufnahmefähigkeit zwar etwas langsamer, doch verfügen sie dafür über einen breiteren Erfahrungshintergrund (Crawford, Graveling, Cowie, Dixon & MacCalman, 2009). Was die Organisation der Arbeit anbelangt, hat eine europäische Befragung von 1449 Angestellten aus dem Gesundheits-, Chemie-, Industrie- und Bausektor Folgendes ergeben: Auch wenn sich der Gesundheitszustand im Alter in der Regel verschlechtert, blieb er bei denjenigen, welche einer geistig anspruchsvollen Tätigkeit nachgingen, die zudem genügend Autonomie zuliess, stabil (Costa & Sartori, 2007). In die-

sem Zusammenhang tauchen die erwähnten, für die Lebensqualität wesentlichen Begriffe der Autonomie und Selbstverwirklichung erneut auf.

Die SHARE-Daten, die auf einer grossen Stichprobe beruhen, haben gezeigt, dass der Wunsch nach vorgezogener Rente eng mit einem schlechten Gesundheitszustand und ungünstigen Arbeitsbedingungen verknüpft ist. 2006 wünschte sich in der Schweiz fast jeder dritte (32.2%) über 50-Jährige, so bald als möglich in Pension zu gehen (Blanchet & Debrand, 2007). Doch nur die hohen Einkommen können sich das auch leisten, denn das Schweizer System benachteiligt tiefe und auch mittlere Einkommen stark. Bei vorgezogener Rente wird die AHV lebenslang gekürzt (Art. 40 AHVG und Art. 56 AHVV) und das BVG gestattet den Pensionskassen zwar einen Rentenvorbezug ab 58 Jahren, dieser ist aber verbunden mit entsprechend reduzierten Renten (Art. 13 BVG und Art. 1i BVV2). Auf diesen Umstand ist es zurückzuführen, dass nicht wenige ihre Erwerbstätigkeit fortsetzen und damit ihren Gesundheitszustand verschlech-

■ 2 Eine um ein Jahr vor Erreichen des gesetzlichen Rentenalters vorgezogene Rente bedeutet eine Kürzung von 6.8%; 2 Jahre vorgezogene Rente: Kürzung um 13.8% (Candolfi & Chaze, 2008, S.22).

Wir danken A. Previtali, Professor für Arbeits- und Sozialversicherungsrecht, Universität Freiburg, für die Hinweise auf die Besonderheiten des Schweizer Systems und die Vorschläge zu dessen Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.

tern. Zudem beziehen rund 20% der Personen beim Erreichen des Rentenalters eine Invalidenrente. In diesem Zusammenhang zu erwähnen sind Verbesserungsvorschläge wie die Gesetzesvorlage des Kantons Waadt zur Überbrückungsrente, über das am 15. Mai 2011 abgestimmt wurde.

In ganz Europa waren die Personen, die über eine geringe allgemeine Arbeitszufriedenheit verfügten, am ehesten geneigt, zwei Jahre später in Frühpension zu gehen (Morschhäuser & Sochert, 2006). Eine Studie (De Boer, van Beek, Durinck, Verbeek & van Dijk, 2004) zeigt, dass die Hauptgründe für eine vorzeitige Pensionierung häufiger mit den Arbeitsbedingungen zusammenhängen (87%) als mit dem Gesundheitszustand (10%) oder sozialen Problemen (3%). Am häufigsten Anlass zu Klagen gaben: Hohe Anforderungen oder Stress (57%), Konflikte mit Vorgesetzten (11%), zu wenig oder langweilige Arbeit (8%) und muskulo-skelettale Beschwerden (6%) (S. 924). Zwischenmenschliche Beziehungen und Aspekte des Zusammenlebens haben, wie gesagt, einen grossen Einfluss auf diese Entscheidungen, da Stress allgemein durch Druck aus dem sozialen Umfeld entsteht.

Der Zusammenhang zwischen der Lebensqualität bei der Arbeit und der Gesundheit sollte noch besser durchleuchtet werden. Es hat sich gezeigt, dass ein „als gering wahrgenommener Druck und vor allem eine hohe Anerkennung mit einem guten Gesundheitszustand in Verbindung gebracht werden kann“ (Debrand & Lengagne, 2007, S. 19). Bei schlechter Gesundheit in Rente gehen

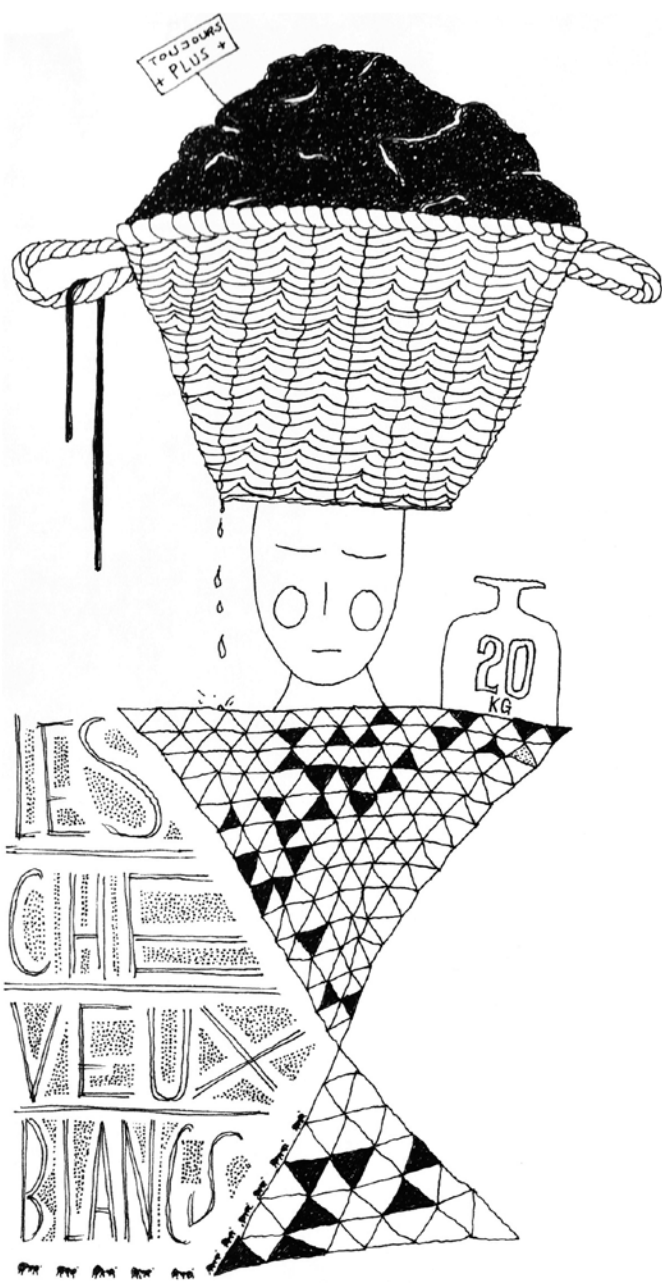
verheißt nichts Gutes für die Zukunft, auch wenn die Pensionierung als Erleichterung erlebt wird, weil man eine körperlich oder psychisch anstrengende Arbeit hinter sich lässt. Eine finnische Studie hat die Entwicklung von 5971 Arbeitskräften zwischen 44 und 58 Jahren während 28 Jahren verfolgt. Diejenigen, welche ihre Arbeitsfähigkeit und ihre Gesundheit als mittelmässig einschätzten, litten 28 Jahre später unter einer raschen Verschlechterung ihres Gesundheitszustands und ihrer Arbeitskraft (von Bonsdorff, Seitsamo, Ilmarinen, von Bonsdorff & Rantanen, 2011). Es stellt sich deshalb die Frage, in welchem Mass die Lebensqualität bei der Pensionierung Folge der Lebensqualität bei der Arbeit ist.

3.1.2. LEBENSQUALITÄT BEI DER PENSIONIERUNG

Eine vorzeitige oder flexible Pensionierung kann, wie wir gesehen haben, für die Gesundheit von Vorteil sein, sofern sie freiwillig und nicht auferlegt ist. Der Ruhestand bedeutet nicht unbedingt die Aufgabe jeglicher beruflichen Tätigkeit und ist oft alles andere als passiv oder unproduktiv. Verschiedene Studien belegen, dass die Leistungen der Pensionierten sozial und wirtschaftlich von Belang sind und dass RentnerInnen nicht nur eine Belastung für die Sozialversicherungen und die Gesellschaft darstellen. So wurde auch prognostiziert, dass die steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen in den kommenden Jahrzehnten von den „jungen Pensionierten“ gedeckt werden könnte, die mehrheitlich aktiv und bei guter Gesundheit sein werden (Attias-Donfut, Ogg & Wolff, 2008, S. 181). Es ist erwiesen, dass die Pensionierten einen wesentlichen Teil ihrer Zeit damit verbringen, ihren Angehörigen zu helfen oder sich um ihre Enkel zu kümmern. Etwa ein Drittel der Europäer ab dem 65. Altersjahr tut dies täglich, im Mittel 4.6 Stunden pro Tag (Börsch-Supan, 2008). Dies entspricht, auf 7 Tage gerechnet, einem 80%-Arbeitspensum! Zudem geben die älteren Europäerinnen und Europäer ihren Angehörigen häufig Geld, sei es um ihnen in Notsituationen zu helfen oder als Geschenk zu freudigen Ereignissen (Börsch-Supan, 2008).

In Bezug auf geschlechtsspezifische Unterschiede, lässt sich sagen, dass Männer über 50 den Arbeitsmarkt in erster Linie verlassen, um in Rente zu gehen, während Frauen oft den Status einer „im Haushalt tätigen Person“





TOUJOURS
+ PLUS +

20
KG

LES
CHEVEUX
BLANCS

durchlaufen (Brugiavini, Pasini, & Peracchi, 2008). Hervorzuheben ist hier die besondere Situation der Frauen mittleren Alters (50-60 Jahre), die häufig die Funktion „informeller Helferinnen“ für ihre betagten Eltern oder ihren Ehegatten übernehmen. Von 2004 bis 2006, gaben sie ihre Erwerbstätigkeit oft zugunsten einer solchen nicht bezahlten Arbeit auf, wenn die Gesundheit ihres Vaters oder ihrer Mutter sich verschlechtert hatte (Crespo & Mira, 2008, S. 267). In der Schweiz wurde mit der 10. AHV-Revision, mit der „Betreuungsgutschriften“ (Art. 29 septies AHVG) eingeführt worden sind, ein wichtiger Schritt zur Anerkennung dieser Arbeit getan.

Wie Höpflinger (2008) feststellt, bringt das Älterwerden der sozial und kulturell mobileren „Babyboomer“ neue Modelle des aktiven Ruhestands hervor. Es gibt einen gesellschaftlichen Druck, körperlich und geistig fit zu altern. Allerdings zeichnet sich aufgrund der grossen wirtschaftlichen Unterschiede unter den alten Menschen (mit einem Teil, der mit äusserst knappen Mitteln auskommen muss und einem Teil, der viel Freiraum zum Planen und Gestalten des Ruhestands geniesst) für das dritte und vierte Alter eine Zweiklassen-Lebensqualität ab.

Tatsächlich sind ein niedriges Einkommen und Ausbildungsniveau mit einer schlechten Einschätzung der Lebensqualität bei der Pensionierung verbunden (Börsch-Supan, 2008). Diese ungünstigen Voraussetzungen hängen vermutlich mit einem begrenzten Zugang zu sozialen und materiellen Ressourcen zusammen, die zur Lebensqualität beitragen.

Die Pensionierung ist für manche, sofern ihr Gesundheitszustand es ihnen erlaubt,

die Gelegenheit, sich in neue Tätigkeiten einzubringen. Nachweislich ist ein Engagement für „gesellschaftlich produktive“ Tätigkeiten ausserhalb des familiären Umfelds, unabhängig davon ob es sich um ehrenamtliche oder halbprofessionelle Tätigkeiten handelt, mit gesteigertem Wohlbefinden und guter Lebensqualität verbunden (Börsch-Supan, 2008). Dabei ist die formelle Freiwilligenarbeit durch mehr Stabilität in den positiven Gefühlen gekennzeichnet als die informelle Form. Und ein weiterer wichtiger Aspekt: Ein kontinuierliches oder neues Engagement für eine formelle Freiwilligenarbeit – und in geringerem Mass für informelle Freiwilligenarbeit – wirkt sich, unabhängig vom sozioökonomischen Status, positiv auf die Lebensqualität aus. Gemeinsame Aktivität und soziale Teilhabe könnten demnach für eine gute Lebensqualität im Ruhestand zentral sein.

Sich um einen Angehörigen zu kümmern hat offenbar, im Gegensatz zum gemeinschaftlichen Engagement, weder positive noch negative Auswirkungen auf die Lebensqualität. Allerdings verbessert diese sich, sobald man ein solches Engagement aufgibt (Wahrendorf, von dem Knesebeck, & Siegrist, 2008). Zu erklären ist das vermutlich durch die anstrengende Betreuung von Kranken oder Menschen am Lebensende (bekannt ist die Belastung der Betreuenden, „care-taker burden“). Selbst wer diese Aufgabe gerne übernommen hat, verspürt doch unter Umständen Erleichterung, wenn sie zu Ende geht oder die Betreuung einem Alters- und Pflegeheim überlassen werden kann.

Zu erwähnen ist ausserdem, dass die infor-

melle Hilfe eine „private“ Tätigkeit ist, für die es meist keine Unterstützung der Gemeinschaft gibt und die einer sozialen Isolierung Vorschub leisten kann. Hier gibt es zweifellos noch viel zu tun, um betreuende Angehörige von kranken oder in ihrer Mobilität behinderten alten Menschen wirksam zu unterstützen.

3.2. MORTALITÄT

Depressionen bei betagten Menschen sind häufig von längerer Dauer. Dadurch ist auch das Sterblichkeits- und Suizidrisiko dieser Altersgruppe erhöht (Abu-Rayya, 2006).

Die Schweiz hat eine gegenüber dem europäischen Durchschnitt erhöhte Suizidrate. Neben den Fällen von Beihilfe zum Suizid, leiden 90% der Personen, die Suizid begehen, unter psychischen Problemen, insbesondere unter Depressionen, Schizophrenie, Alkoholismus und Persönlichkeitsstörungen. Die übrigen 10% gelten als «Impulssuizide» von Personen, bei denen keine psychischen Störungen festgestellt wurden. Seit 2003 ist die allgemeine Suizidrate nicht weiter gesunken. Männer begehen zwei Mal häufiger Suizid als Frauen (Quelle: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium www.obsan.admin.ch: Gesundheitszustand – konsultiert am 1.11.2011).

Die Suizidrate pro 100'000 Einwohner steigt, unabhängig vom Geschlecht, mit dem Alter $\frac{1}{2}$, an. In den letzten Jahren ist zudem die Suizidrate von hochbetagten Menschen angestiegen. Die demografische Alterung wird die absolute Zahl der Suizide bei über 65-Jährigen weiter anwachsen lassen (Quelle: BAG, Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats Widmer (02.3251), April 2005).

Man sollte deshalb die Vulnerabilität von älteren Arbeitskräften mit ungünstigen Arbeitsbedingungen oder psychischen Leiden ganz besonders berücksichtigen. Ebenso würde das seelische Leiden von Menschen, für welche die Pensionierung den Verlust von Orientierung und sozialem Beistand bedeutet, mehr Aufmerksamkeit verdienen.

Anders als zu vermuten wäre, ist das Unfallrisiko älterer Arbeitskräfte kleiner als das der jüngeren. Allerdings, wenn Unfälle geschehen, dann ereignen sie sich insbesondere in der Landwirtschaft, im Bau, in der Industrie oder im Transportwesen und sind für ältere Personen oft tödlich (Crawford et al., 2009).

■ 3 2008 betrug die Suizidrate ab 50 pro 100'000 Einwohner in der Schweiz, nach Geschlecht: 50-64 Jahre: 16.0 bei den Frauen, 32.1 bei den Männern. 65-79 Jahre: 24.0 bei den Frauen, 41.2 bei den Männern. Ab 80 Jahren: 34.4 bei den Frauen, 92.5 bei den Männern (Quelle: BFS, Todesursachenstatistik - Spezifische Suizidraten, 2008 nach Altersgruppen und Geschlecht 010-AS-F-2008).

Bekanntermassen ist die soziale Ungleichheit bei der Lebenserwartung beträchtlich und korreliert mit der beruflichen Position (Marmot & Shipley, 1996; Hofner, 1999). Die sozioprofessionelle Stellung trägt in hohem Mass, mit 45-50% zur Wahrscheinlichkeit bei, das Alter von 75 Jahren zu erreichen oder nicht. Im Vergleich dazu, trägt der Zugang zu medizinischer Versorgung nur mit 10-15% zur Lebenserwartung bei, das Erbgut mit 20%, das Ökosystem mit 20-25% (Domenighetti, 2010, S. 11). Die prioritäre Bedeutung der sozioprofessionellen Position wird mit Verhaltensweisen, Lebensstilen und Lebenshaltungen erklärt, die mit dem sozialen Umfeld zusammenhängen, aber offenbar in erster Linie mit der Möglichkeit, sein Umfeld und sein Leben zu kontrollieren. Die wenig qualifizierten Arbeiter haben in der Schweiz eine um 5 Jahre kürzere Lebenserwartung als die privilegierteren Berufsgruppen (Domenighetti, 2010, S. 11).

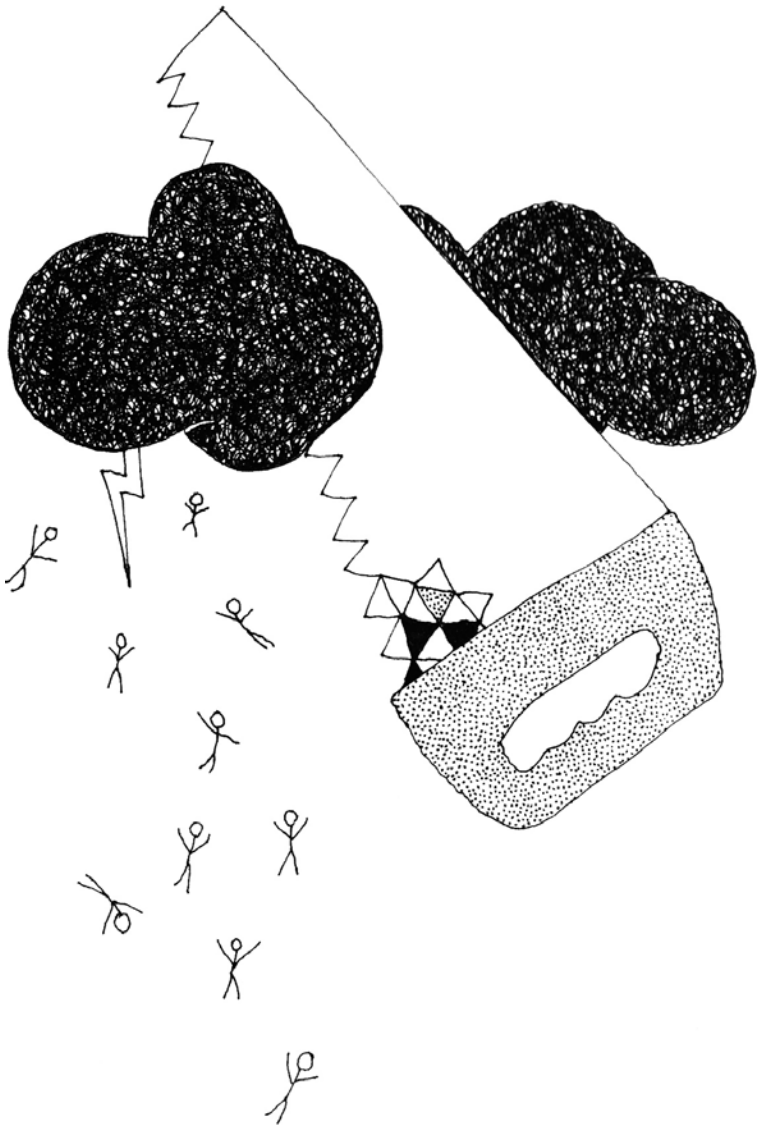
Über berufliche Zwänge und Belastungen übt der Einzelne, je untergeordneter seine berufliche Position, desto weniger Kontrolle aus. Dies erklärt einen Teil der erhöhten Mortalität auf den unteren Sprossen der sozialen Leiter. Im Übrigen werden zahlreiche Berufskrankheiten nicht als solche erkannt, insbesondere ist dies bei zeitlich verzögert eintretenden Krankheiten wie Krebs und vielen Abnützungerscheinungen der Fall (Delgoulet, 2003; Hofner, 1999).

3.3. MORBIDITÄT

3.3.1. BERUFSBEDINGTE PHYSISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN NACH 50

Laut einer britischen Studie wird in den kommenden Jahrzehnten die Häufigkeit von Störungen der psychischen Gesundheit, kardiovaskulären Krankheiten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, muskulo-skelettalen Beschwerden, Brustkrebs, Darm- und Prostata-Krebs sowie Diabetes in der arbeitsfähigen Bevölkerung zunehmen, wenn nicht konsequente Präventionsmassnahmen ergriffen werden (Vaughan-Jones & Barham, 2009). Auch wenn diese Gesundheitsprobleme nicht direkt der Arbeit zuzuschreiben sind, sind doch einige davon eng damit verbunden (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, muskulo-skelettale Beschwerden, psychische Krankheiten), und der Arbeitsplatz gilt als wichtiger Präventionsfaktor. Ausserdem sind ältere Arbeitskräfte für Krankheiten, die durch die Erwerbstätigkeit ausgelöst oder verschlimmert werden, besonders anfällig (Health and Safety Executive, 2007).

Die wissenschaftliche Evidenz gibt einige nützliche Hinweise, wie die Gesundheit besser erhalten werden kann (Crawford et al., 2009) und nennt Risiko- und Schutzfaktoren für die Gesundheit von älteren Arbeitskräften. Auch wenn mit dem Alter eine Abnahme der physischen Leistungsfähigkeit einhergeht (z. B. Sauerstoffaufnahme, Muskelkraft), muss sich das nicht unbedingt nachteilig auf die Arbeit auswirken, denn sie kann mithilfe von gezielten Massnahmen zur Aufrechterhaltung der Fähigkeiten kompensiert werden. Ausserdem setzt, unabhängig vom Alter, niemand seine



physischen Ressourcen dauernd zu 100% für die Arbeit ein. Lange Arbeitszeiten (60 Std. und mehr) in einem körperlich anspruchsvollen Umfeld bedeuten für die Gesundheit der ältesten Arbeitskräfte zweifellos ein Risiko. Auch Nachtarbeit ist risikobehaftet und kann den Gesundheitszustand von Frauen bereits ab 35 Jahren, bei Männern ab 45 Jahren, beeinträchtigen. Ebenso ist es schädlich, ein Arbeitsleben lang Lärm oder hohen Temperaturen ausgesetzt zu sein. Die negativen Folgen zeigen sich jedoch verständlicherweise vor allem bei den ältesten Personen, die dem lange ausgesetzt waren (Dosis-Wirkungs-Beziehung). Prävalenz und Inzidenz von chronischen Nacken- und Schulterschmerzen nehmen mit dem Alter tendenziell zu. Allerdings sind nicht nur die ältesten Arbeitskräfte von berufsbedingten Schädigungen betroffen, denn auch hier ist die Dauer der Risiko-Exposition ausschlaggebend. So tragen beispielsweise gleichförmige Bewegungsabläufe in hohem Tempo und ungünstiger Körperhaltung auf lange Frist in jedem Alter zum Entstehen von chronischen Schmerzen bei. Und obwohl ältere Arbeitskräfte seltener Arbeitsunfälle erleiden als jüngere, brauchen sie länger um sich davon zu erholen. Zu den häufigsten Verletzungen gehören Verstauchungen, Muskelzerrungen, Knochenbrüche und Verrenkungen aufgrund von Überlastung oder Stürzen.

Dabei sind Arbeitsunfälle bei den zugewanderten Arbeitskräften häufiger als bei den Schweizern (23% gegenüber 16%) (Bollini et Siem, 1995, zitiert nach Bolzman et al., 2007) vermutlich aufgrund ihrer überproportionalen Vertretung in Risikoberufen (z. B. beim Bau).

Ein niedriges Ausbildungsniveau, Adipositas

sowie eine geringe Kontrolle über seine Arbeit und ein ungünstiges Verhältnis zwischen Engagement und Belohnung gehen bei Erwerbstätigen von 50-63 Jahren einher mit einem schlechten Gesundheitszustand (van den Berg, Schuring & Avendano, 2010).

Ganz allgemein scheint die Höhe der „erhaltenen Belohnung“ in der Selbsteinschätzung der 'Senioren' ein wichtiger positiver Faktor zu sein. Genauer gesagt geht es nicht nur um einen angemessenen Lohn für das Geleistete, sondern auch um Aufstiegschancen, Möglichkeiten zur persönlichen Weiterentwicklung oder Zeichen der Anerkennung. Hinzu kommen die Unterstützung bei der Arbeit und das Gefühl der Arbeitsplatzsicherheit. Ein Missverhältnis zwischen beruflichem Engagement und den verschiedenen Formen der Wertschätzung ruft Stressreaktionen hervor, die Siegrist (1996) als „Gratifikationskrisen“ bezeichnet. Sie machen anfällig für Herz-Kreislaufkrankungen, insbesondere wegen des arteriellen Bluthochdrucks, den sie nach sich ziehen können. Ferner erhöhen sie das Risiko für Alkoholabhängigkeit und Depression ■

Bezüglich der Faktoren, welche das subjektive Gesundheitsgefühl beeinflussen, gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede. Männer bezeichnen ihren Gesundheitszustand häufiger als schlecht, wenn ihre Arbeit körperlich

■ 4 CNationale Fachtagung SRK, 31. Oktober 2007 «Gesundheit-Arbeit-Integration». Kurzfassung der Präsentation von Prof. Eberhard Ulich, Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung, Zürich. <http://www.redcross.ch> konsultiert am 10.11.2011.

anstrengend ist und sie wenig Möglichkeit zur persönlichen Weiterentwicklung haben. Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand negativ ein, wenn sie nur wenig Gelegenheit haben, neue Fähigkeiten zu erwerben oder wenig Aussicht, ihren Arbeitsplatz zu behalten (Debrand & Lengagne, 2007, S. 29).

3.3.2. BERUFSBEDINGTE PSYCHISCHE PROBLEME AB 50 JAHREN

Bei über 50-jährigen Erwerbstätigen in Europa, die ihre Lebensqualität bei der Arbeit als ungenügend bezeichnen (vgl. Punkt 3.1.), muss zwei Jahre später mit einer erhöhten Prävalenz von depressiven Symptomen und einer insgesamt schlechteren Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands gerechnet werden (Siegrist & Wahrendorf, 2008, S. 261).

Die Arbeiten von Volkoff und seinem Team haben gezeigt, dass ältere Arbeitskräfte tendenziell vorsichtiger sind, die Qualität der Geschwindigkeit vorziehen und die Ergebnisse ihrer Arbeit mehr überprüfen. Aus diesem Grund leiden sie besonders unter dem gestiegenen Arbeitsrhythmus, der sich in den industrialisierten Ländern etabliert hat. Dieser Zeitdruck hat ganz allgemein negative Folgen für die Gesundheit, speziell aber ab einem Alter von 45-50 Jahren. Um Schritt halten zu können, greifen manche vermehrt zu Medikamenten wie Schlaf- und Beruhigungsmitteln oder zu Alkohol (Vokoff & Pueyo, 2010, S.18).

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung von 2007 hat ergeben, dass der Anteil der Männer, die täglich Schlafmittel einnehmen in der Altersgruppe der über 35-Jährigen er-

höht ist. Unter den 55-64-jährigen Männern ist eine starke Zunahme des täglichen Konsums von Schmerzmitteln zu verzeichnen – möglicherweise ein Versuch, mit dem Stress und dem Unbehagen bei der Arbeit umzugehen. Tatsächlich werden immer mehr Psychopharmaka konsumiert, um die Leistungsfähigkeit bei der Arbeit zu erhöhen oder zu erhalten (Rodrick, 2011). Dieses Problem, das auch andere Altersgruppen betrifft, hat Sucht Schweiz 2010 zu einem Kolloquium zum Thema „Suchtverhalten am Arbeitsplatz“ ⁵veranlasst .

Für Guy Bovey ⁶ liegt die Beschwerlichkeit einer Arbeit in der Kombination von Intensität und mangelnder Anerkennung oder Wertschätzung, und kann vorzeitig zu einem Gefühl führen, am Ende seiner Berufslaufbahn angelangt zu sein, selbst wenn es bis zum Ruhestand noch 10-15 Jahre dauert. Er stellt in seinen Coaching-Workshops mit 'Senioren' zum Thema Stellensuche fest, dass sie das negative Selbstbild internalisiert haben und behaupten, „zu nichts mehr zu taugen“.

Aus Gendersicht scheint es, als ob die Ungleichheit bei Einkommen und beruflicher Stellung aber auch das unterschiedliche Gesundheitsverhalten ein frauenspezifisches psychisches Leiden erzeugten: Sie weisen auf weniger Entscheidungsspielraum und Wertschätzung hin als Männer und ebenso auf

■ 5 Kolloquium vom 16.11.2010. (<http://www.addiction-info.ch>)

■ 6 Direktor von AvantAge, einem Programm von Pro Senectute Romandie, im Gespräch mit J. De Puy im Rahmen dieses Projekts, am 22.9.2010.

ein ungünstigeres Verhältnis zwischen „gefühltem Druck / Entscheidungsspielraum“ und „gefühltem Druck / erhaltene Wertschätzung“. Sie geben häufiger als Männer an, dass ihr Arbeitsplatz nicht sicher ist und sie bei ihrer Arbeit wenig Unterstützung erhalten (Debrand & Lengagne, 2007, S. 26-27). Bei Männern wie bei Frauen hängt das Depressionsrisiko zusammen mit dem Gefühl, nicht genügend Wertschätzung und Unterstützung bei der Arbeit zu erfahren und mit einer subjektiven Arbeitsplatzunsicherheit (id. ant. S. 29).

3.3.3. PHYSISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN IM RUHESTAND

Der Gesundheitszustand beim Eintritt ins „nachberufliche Leben“ hängt eng mit den früheren Lebensbedingungen zusammen. Arbeiten aus den USA haben aufgrund einer Longitudinal-Studie (Analyse der 'multi-ethnic study of atherosclerosis', Nazmi, Diez Roux, Ranjit, Seeman & Jenny, 2010) den Einfluss von Umwelt- und sozioökonomischen Faktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung vor Ort aufgezeigt. Wenig erstaunlich ist die hohe Prävalenz von Diabetes, Arteriosklerose usw. in den Aussenquartieren: Hier sind die Bewohner zu langen Arbeits- und Einkaufswegen gezwungen; im Handel erhalten sie zudem nur fett-, zucker- und salzreiche Lebensmittel und geeignete Einrichtungen für sportliche Aktivitäten existieren nicht. Kampagnen für gesunde Ernährung und mehr Bewegung können bei einer mangelhaften Infrastruktur wenig ausrichten.

Aus epidemiologischen Studien geht hervor, dass die Morbiditätsrate von Bevöl-

kerungsgruppen mit Migrationshintergrund und / oder niedrigem Einkommen höher liegt als beim Rest der Bevölkerung, dass sie weniger Zugang zu Gesundheitsressourcen haben usw. Diese Gruppen leben zudem häufig in prekären Wohnverhältnissen. Studien belegen, dass sich Wohnbedingungen und gesundheitliche Ungleichheit gegenseitig beeinflussen und verstärken (Hood, 2005).

Bei ungünstigen Wohnverhältnissen und fehlender Sicherheit, wenn sich die Auswirkungen von negativem Stress im Laufe der Jahre kumulieren, zeigen sich unweigerlich die schwerwiegenden Folgen für die körperliche und geistige Gesundheit der betroffenen Gruppen wie Depressionen, Angstzustände, Alkohol- und Betäubungsmittelkonsum.

Insbesondere bei älteren Arbeitskräften zeigt das Arbeitsumfeld (z. B. Kontakt mit Giftstoffen, ergonomische Belastungen) langfristig und auch noch über die Pensionierung hinaus Folgen. Vorzusorgen ist deshalb in jedem Alter wichtig. Aber selbst wenn die Würfel teilweise früh fallen, gibt es auch im Ruhestand wieder neue Einflüsse auf die körperliche Gesundheit.

Ein Vergleich von 50-65-Jährigen im Erwerbsleben mit gleichaltrigen Pensionierten hat gezeigt, dass Berufstätige bei besserer Gesundheit sind. Dieser Trend muss allerdings wegen des „healthy worker effect“ relativiert werden (Li & Sing, 1999).

Tatsächlich sind unter den Frühpensionierten Personen mit schlechter Gesundheit tendenziell übervertreten. Demgegenüber bezeichnen sich Erwerbstätige eher als gesund, da sie ja arbeitsfähig sind. Die Ergebnisse der SHA-

RE-Studie belegen diese Tendenz. Schlaganfälle korrelieren stark mit vorzeitigem Ruhestand. Ausserdem ist ein chronisches Leiden (Diabetes, Arthritis und Osteoporose) signifikant mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verknüpft (Alavinia & Burdorf, 2008).

Generell hat ein schlechter Gesundheitszustand häufig den Ausschluss vom Arbeitsmarkt zur Folge, sei es über eine Arbeitslosigkeit, eine Frühpensionierung oder eine Invalidenrente (Burdorf, van den Berg, Averdano, Kunst & Mackenbach, 2008).

Ein tiefer sozioökonomischer Status und der Umstand, RaucherIn zu sein oder sich zu wenig zu bewegen, sind mit einem schlechteren Gesundheitszustand im Ruhestand verbunden. Die Entwicklung nach der Pensionierung verläuft bei Männern und Frauen unterschiedlich: Männer hören tendenziell häufiger mit dem Rauchen auf, während Frauen eher Gefahr laufen, übermässig an Gewicht zuzulegen. Bezüglich der sozialen Ungleichheit lässt sich sagen: Obwohl Diabetes, Alkoholkonsum, Übergewicht und Bluthochdruck gemeinhin mit einem tiefen sozioökonomischen Status assoziiert werden, erklären diese doch nur einen kleinen Teil der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit (Börsch-Supan, 2008, S. 16).

Man greift deshalb auf die weiter oben angeführten Erklärungen zurück, die auf den Auswirkungen der Lebenswelt auf die Gesundheit (wenig Kontrolle, Stress) beruhen.

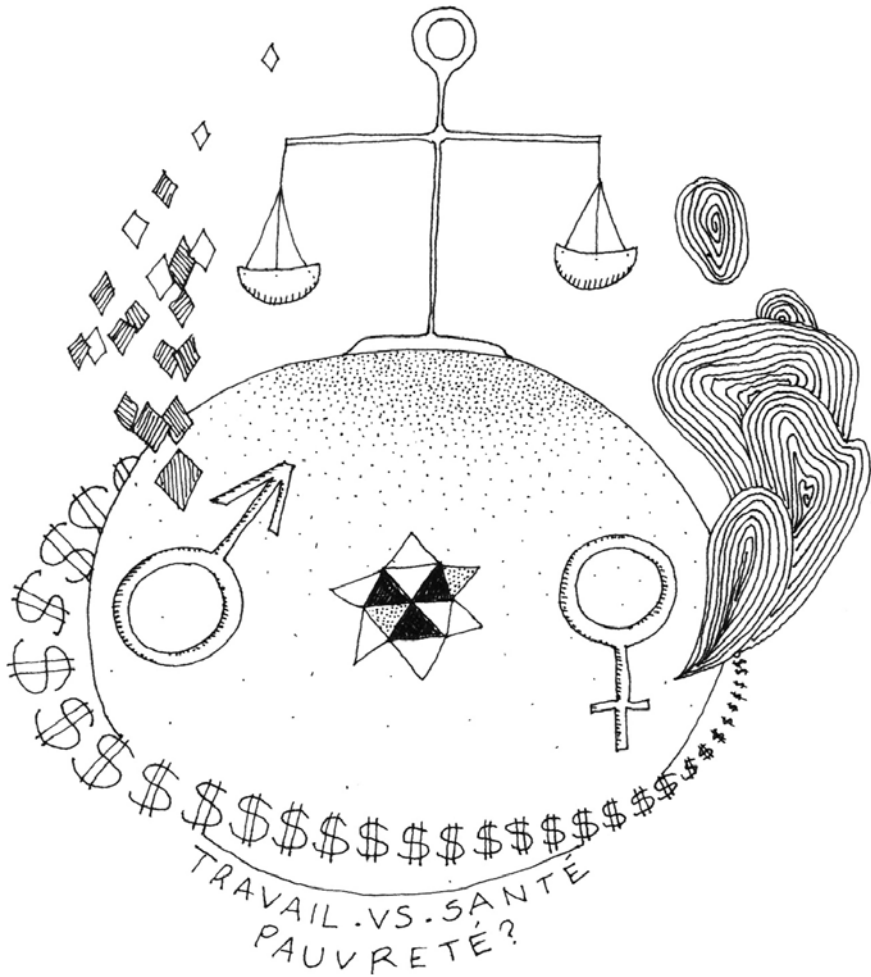
Die kognitiven Fähigkeiten beginnen ab dem 70. Altersjahr abzunehmen (Zamarro, Meijer & Fernandes, 2008, S. 45). Eine SHARE-Analyse hat indessen ergeben, dass produktive Tätigkeiten (bezahlt oder nicht),

sportliche Aktivitäten und andere Formen der Bewegung stark mit dem Erhalt guter kognitiver Fähigkeiten korrelieren (Adam, Bay, Bonsang, Germain & Perelman, 2006).

3.3.4. PSYCHISCHE PROBLEME IM RUHESTAND

Depressionen gehören ab dem 60. Altersjahr zu den verbreitetsten psychischen Problemen (Reker, 1997). Die Krankheit zeigt sich am häufigsten bei Personen von 50-64 Jahren nach einem vorzeitigem Ruhestand oder, bei Frauen, nach einem Wechsel zur Hausfrau-enrolle (Alavinia & Burdorf, 2008, S. 41). Dabei sei aber auch darauf hingewiesen, dass laut SHARE-Studie mehr als die Hälfte (rund 60%) der Rentnerinnen und Rentner keine Zeichen von Trauer oder Depression zeigen (Zamarro et al., 2008, S. 43).

Die Ursache für depressive Verstimmungen bei Pensionierten liegt oft im verminderten Selbstwertgefühl, im Verlust der produktiven sozialen Funktion, in der Trauer um nahe-stehende Personen oder der Einbusse von sozialen Kontakten. Diese Probleme sind ihrerseits mit einer reduzierten Mobilität, gesundheitlichen Problemen und sinkenden finanziellen Ressourcen gekoppelt.



Depressionen stehen häufig im Zusammenhang mit körperlichen Leiden wie Herzkrankheiten, Diabetes, Krebs oder Parkinson. Laut Statistik sind Frauen ab 50 zweimal mehr von Depressionen betroffen als Männer (Zamarro et al., 2008, S.40).

Für Hausärzte sind Depressionen bei älteren Patienten oft nur schwer anhand der üblichen Symptome zu diagnostizieren, da sie sich atypisch mit Klagen über körperliche Beschwerden wie Schmerzen oder Erschöpfung äussern (Lleshi und Bizzozzero, *La dépression du sujet âgé*, Rev Med Suisse 2009, 5, 1785-1789).

Ein soziales Engagement, welcher Art auch immer (Freiwilligenarbeit, Pflege von kranken oder behinderten Menschen, Unterstützung von Angehörigen, Teilnahme an Kursen, Aktivitäten in Sportclubs, kirchlichen oder politischen Institutionen usw.), wirkt depressiven Symptomen entgegen. In Europa sind es die 65-69-Jährigen unter den Pensionierten, die sich am meisten sozial engagieren. Trotzdem verzeichnet man bei Frauen höhere Depressionsraten als bei Männern, unabhängig vom Alter und vom sozialen Engagement (Abu-Rayya, 2006). Diese geschlechtsspezifischen Ungleichheiten beim Erkrankungsrisiko besser zu verstehen, wäre ein wichtiges Ziel.

■ 7 Il faut cependant se demander dans quelle mesure la différence s'explique par des normes de genre, du fait que les femmes tendent à admettre plus facilement une détresse psychique que les hommes.

3.3.5. WECHSELWIRKUNGEN ZWISCHEN VERSCHIEDENEN FAKTOREN

Risiko- und Schutzfaktoren für die Gesundheit im Erwerbsleben und im Ruhestand wirken nicht isoliert, sondern beeinflussen sich zugleich synchron (gleichzeitig) und diachron (im Laufe des Lebens).

Zwischen geringer Lebensqualität am Arbeitsplatz und schlechtem Gesundheitszustand besteht eine enge Beziehung. Ist die allgemeine Arbeitszufriedenheit schlecht, so steigt die Wahrscheinlichkeit für eine Frühpensionierung erheblich: bei Männern ist sie viermal, bei Frauen zweimal höher (Siegrist, von dem Knesebeck & Wahrendorf, 2005).

Ein physisch und psychisch ungünstiges Arbeitsumfeld erhöht das Krankheitsrisiko, die Wahrscheinlichkeit einer Frühpensionierung und eines vorzeitigen Todes (Marmot & Wilkinson, 2006). Ausserdem ist das Risiko nicht auf die am wenigsten privilegierten Gruppen auf dem Arbeitsmarkt beschränkt, sondern betrifft auch qualifizierte Arbeitskräfte mit höherer Ausbildung, denn immer mehr Arbeitsplätze sind heutzutage durch erheblichen geistigen und emotionalen Druck gekennzeichnet (Siegrist & Wahrendorf, 2008, S. 255).

Erwerbslosigkeit und Krankheitsanfälligkeit scheinen sich gegenseitig anzutreiben, insbesondere bei den ältesten Erwerbslosen. In der Schweiz ist die Wahrscheinlichkeit für einen schlechten Gesundheitszustand bei über 50-jährigen Erwerbslosen deutlich höher als bei Erwerbstätigen (Abu-Rayya, 2006). Guy Bovey, Direktor des Zentrums AvantAge zur

beruflichen Eingliederung von Senioren stellt fest, dass Erwerbslosigkeit ab dem 50. Altersjahr häufig auf einen gesundheitlichen Einbruch folgt ⁸. Wie im Übrigen aus einem Projekt im Rahmen des Programms 50+sanaté (Rey, 2007) hervorgeht, wirkt sich Erwerbslosigkeit, insbesondere wenn sie länger dauert, oft negativ auf die Gesundheit von älteren Erwerbstätigen aus.

Die SHARE-Studie hat gezeigt, dass das Armutsrisiko ⁹ in Europa weiter verbreitet ist als gemeinhin angenommen; aber auch dass es unter den Personen mit Armutserfahrung zwischen 2004 und 2006 einen erheblichen ‚Turnover‘ gibt. Bekanntlich wirkt sich Armut negativ auf die Gesundheit aus. Die Längsschnittdaten bringen allerdings eine wichtige Präzisierung: Es ist die länger dauernde Armut, die sich am schädlichsten auf die Gesundheit der über 50-Jährigen, insbesondere zwischen 50 und 64, auswirkt. In der Schweiz, so die Ergebnisse von SHARE, lag die dauerhafte Armut der über 50-Jährigen bei 8% der Befragten (Tinios & Lyberaki, 2008, S. 279). Weitere europäische Daten belegen, dass in der EU Frauen über 65 mit ihren materiellen Ressourcen weniger zufrieden sind als Männer (Ferring et al., 2004). Tatsächlich haben Frauen über 65 Jahren ein niedrigeres

Einkommen und ein höheres Armutsrisiko als Männer (Daten Eurostat ¹⁰). Es wäre daher wichtig, dieser Kategorie der Pensionierten mit kleinen Einkommen, speziell den Frauen, besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Zu den vulnerablen Gruppen gehören auch die älteren MigrantInnen, die häufig mehrere Risikofaktoren für die Gesundheit und Lebensqualität auf sich vereinen. Laut SHARE-Studie nehmen die über 50-jährigen MigrantInnen in Europa ihre Gesundheit öfter als schlecht wahr, weisen Symptome einer Depression auf und verfügen über weniger Greifkraft in den Händen als die Einheimischen (Sirven und Sermet, 2009). In der Schweiz hat eine Studie gezeigt, dass MigrantInnen, die zwischen 1950 und 1960 aus Italien und Spanien eingewandert sind, erhöhte Armutsraten aufweisen. Dabei sind alleinstehende Frauen (insbesondere geschiedene und verwitwete) am meisten von Armut betroffen (Bolzman et al., 2004). Anders als bei der grossen Einwanderungswelle von Arbeitskräften aus Südeuropa in der Mitte des 20. Jahrhunderts prognostiziert, haben viele der alten Einwanderer nicht vor, definitiv in ihr Ursprungsland zurückzukehren. Für die Schweiz hat eine Studie ergeben, dass dies bei rund zwei Drittel der befragten Personen italienischer und spanischer Nationalität der Fall ist. (Bolzman, 2007). Bei dieser Entscheidung spielt der Umstand eine wichtige Rolle, dass ein oder mehrere ihrer Kinder in der Schweiz le-

- 8 Interview vom 22.9.2010 mit J. De Puy.
- 9 Die subjektive Armut wird definiert als „nur schwer mit den vorhandenen Mitteln auskommen“. Demgegenüber werden gemäss EU-Definition Personen als objektiv arm bezeichnet, die 50% des Median-Einkommens oder weniger erzielen. Von Armutsrisiko spricht man, wenn sie 60%

- Quelle: Eurostat. UE-27 : SILC 2007, Einkommensdaten 2006. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=685&langId=fr&intPageId=131>

ben. Manche von ihnen planen deshalb, einen Teil des Jahres in der Schweiz und den Rest im Herkunftsland zu verbringen. Die Sozialpolitik muss diese Realität berücksichtigen und sich der besonderen Bedürfnisse der älter werdenden MigrantInnen annehmen, damit diese nicht vom Sozialsystem ausgeschlossen werden (Bolzman et al., 1999).

Die SHARE-Studie von 2008 hat gerade die langfristigen Auswirkungen sozialpolitischer Entscheide auf den Lebensverlauf der Befragten hervorgehoben. Bei einem Vergleich der europäischen Zahlen zeigt sich eine grosse Übereinstimmung zwischen der Förderung von lebenslangem Lernen und der Lebensqualität bei der Arbeit.

Höhere Investitionen in Rehabilitations- und Wiedereingliederungs-Massnahmen korrelieren mit einer besseren Lebensqualität. Verfügt ein Land über gut ausgeprägte Indikatoren für die Lebensqualität bei der Arbeit, bleiben Arbeitskräfte mit höherer Wahrscheinlichkeit auch nach 60 erwerbstätig (Siegrist und Wahrendorf, 2011). In der Regel gelingt es, mit Ausgaben der öffentlichen Hand zugunsten der aktiven Bevölkerung (in Form von Familien- und Wohnzulagen, Arbeitslosenunterstützung) das Risiko anhaltender Armut unter den älteren Menschen zu reduzieren. Sozialausgaben zu Gunsten von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mittleren Alters zahlen sich also später bei den älter werdenden Arbeitskräften aus (Tinios et al., 2011, S. 8). Es ist erwiesen, dass sich längere Phasen der Arbeitslosigkeit oder des Ausscheidens aus dem Arbeitsmarkt im Laufe eines Arbeitslebens negativ auf die Altersvorsorgeleistungen auswirken – in der Schweiz insbesondere auf



die 2. Säule (Brugiavini et al., 2011), aber auch auf den Gesundheitszustand bei der Pensionierung (Schröder, 2011).



3.4. WAS TUN?

Die im Folgenden vorgestellten Lösungsstrategien erheben zwar keinen Anspruch auf Vollständigkeit, zeigen aber geeignete Wege auf und geben zahlreiche „Good- Practice“-Beispiele (Beschreibungen jeweils im Kasten). Sie werden entsprechend den vier Ebenen eingeteilt, welche die Gesundheitsdeterminanten beeinflussen. Als Grundlage dient das von Gesundheitsförderung Schweiz (in Zusammenarbeit mit den Instituten für Sozial- und Präventivmedizin Bern und Lausanne) entwickelte Ergebnismodell (Spencer et al., 2007).

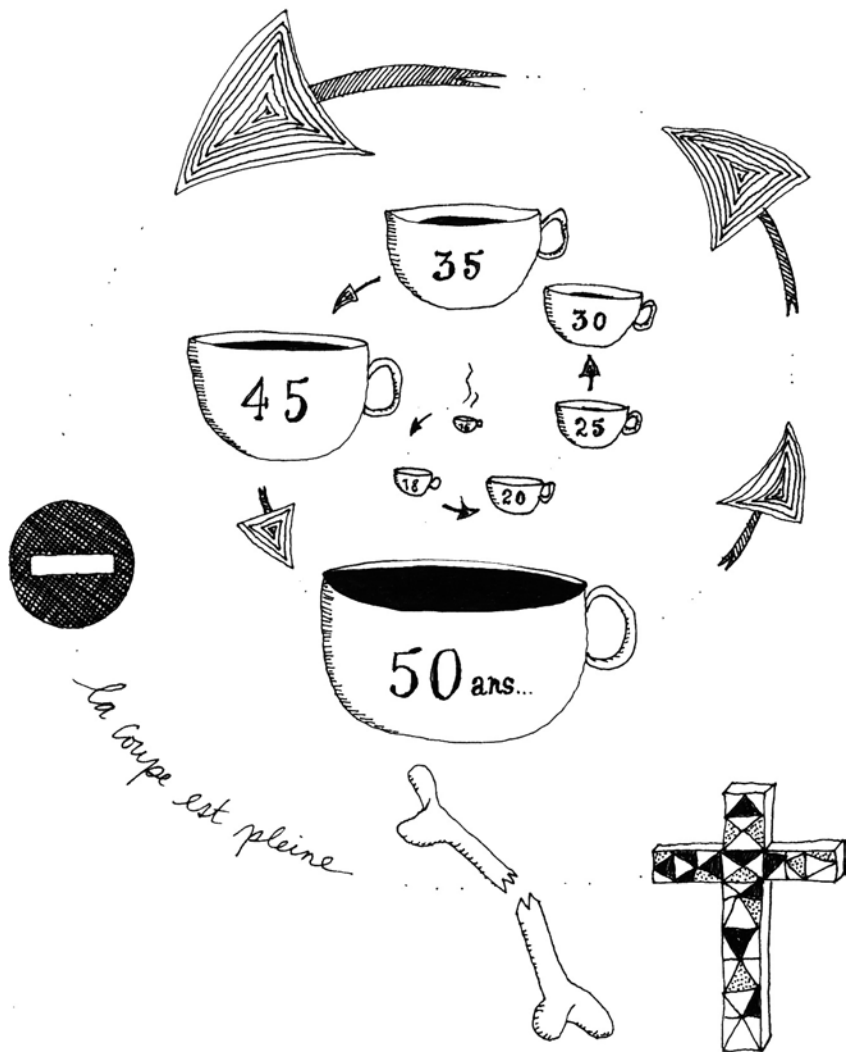
3.4.1. GESUNDHEITSFÖRDERNDE ANGEBOTE

Die Angebote zur Förderung der Gesundheit von Rentnerinnen und Rentnern sollten unbedingt auf den von den Zielgruppen geäußerten Bedürfnissen gründen. So wurden ab 2002 auf Initiative von Pro Senectute in mehreren Waadtländer Gemeinden Befragungen von über 55-jährigen Personen durchgeführt. Nach deren Abschluss sind lokale Projekte mit dem Einsatz von Freiwilligen entstanden. Die EinwohnerInnen organisieren und managen in Eigenregie beliebte Aktivitäten wie z. B. Mittagstische für gemeinsame Mahlzeiten, Wander- und Kinogruppen oder einen Nachbarschafts-Fahrdienst für Menschen mit eingeschränkter Mobilität. Pro Senectute bietet den Freiwilligen im Gegenzug Weiterbildungen und Spesenentschädigungen an.

„Good Practice“: Die „Gemeinschaftsdiagnose“ (Pro Senectute Waadt) hat eine Bestandsaufnahme der Lebensqualität von älteren Menschen in einer bestimmten Gemeinschaft zum Ziel sowie die Bewertung möglicher umfeldtauglicher Massnahmen. Die Diagnose wird gemeinsam mit den EinwohnerInnen und den Institutionen und Vereinen ausgearbeitet: Spezifische Themen, Schwierigkeiten oder Mängel, vorhandene Ressourcen usw. Dadurch kann das individuell Erlebte die nüchternen Fakten verdeutlichen - die Sorgen, Bedürfnisse und Wünsche der Menschen werden fassbar. Zum einen ist die Gemeinschaftsdiagnose Vorbereitung von Massnahmen zur Steigerung der Lebensqualität älterer Menschen; sie ist aber auch bereits Intervention, denn durch die dabei entstehende Vernetzung, bringt sie selbst Wandel mit sich (Quelle: <http://www.vd.pro-senectute.ch>).

Wie bereits erwähnt, unterscheidet sich die Wahrnehmung der Lebensqualität je nach Geschlecht und soziokultureller Zugehörigkeit deutlich. Es ist daher zentral, dass die unterschiedlichen Bedürfnisse und Ressourcen der verschiedenen Gruppen der Bevölkerung gebührend berücksichtigt werden. Das kann zum Beispiel heissen:

» Spezifische Angebote zur Verbesserung der Lebensqualität von RentnerInnen, die in prekären finanziellen Verhältnissen leben zu fördern. Es gibt nämlich unter den RentnerInnen eine „unsichtbaren Teil“, der keinen Sozialversicherungsschutz hat und deshalb schwarz arbeitet, um das Loch



am Monatsende überbrücken zu können¹¹. Im Übrigen bereitet die Prekarisierungstendenz bei Arbeitskräften ganz allgemein Sorgen: Nicht existierende Arbeitsplatzsicherheit und fehlende Möglichkeit zu langfristiger Planung, lückenhafter Rechts- und Sozialversicherungsschutz, ungenügende Entlohnung, fehlende Kontrolle und Mitbestimmung bei Arbeitsrapporten¹² (Pelizzari, 2009). Die Folgen für die Gesundheit der Erwerbstätigen sollten insbesondere im Zusammenhang mit Vulnerabilitätsfaktoren wie Alter und soziprofessionellem Status noch besser untersucht werden.

» Es kann auch heissen, neuartige Angebote für „informelle BetreuerInnen“ und ihre betagten Angehörigen zu unterstützen. Eine der Autorinnen kann als Tochter einer 80-jährigen gehbehinderten Dame hinlänglich über die Schwierigkeiten bei der Organisation von kleinen Vergnügungsfahrten berichten, denn die Infrastruktur (Verkehrsmittel, Zugänglichkeit, Ausbau usw.) ist nicht auf die Bedürfnisse alter

■ 11 Herzlichen Dank an Lucie Ryser, die uns auf dieses Problem hingewiesen hat.

■ 12 Diesen Trend haben Alessandro Pelizzari und die Gewerkschaft UNIA anlässlich eines Referats an der Universität Freiburg am 10.6.2010 im Rahmen der Konferenz des Institut universitaire romand de Santé au Travail vorgestellt: „Peurs et espoirs: La santé au travail à l'épreuve de la crise.“

Menschen ausgerichtet¹³. Ebenfalls zu begrüssen wären Selbsthilfegruppen, wo man Sorgen teilen und sich gegenseitig unterstützen kann ...

Die Begriffe Lebensqualität und Qualität der Arbeit müssen im Mittelpunkt einer Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik für die über 50-Jährigen stehen, dies geht aus den Ausführungen der vorigen Kapitel klar hervor. Es wäre aber ein Fehler zu glauben, man könne sich auf Massnahmen für die älteren Arbeitskräfte beschränken, auf Kosten der anderen. Tatsächlich könnte ein solches Vorgehen das Risiko von Diskriminierungen und nachlassender Solidarität erst recht erhöhen.

Jede Massnahme zugunsten von älteren Arbeitskräften muss in einen umfassenden Ansatz der Risikoprävention und Gesundheitsförderung während des gesamten Arbeitslebens eingebettet sein (De Puy et al., 2009; De Puy, 2010). Selbst wenn die Schweiz im europäischen Vergleich bezüglich der Gesundheit der über 50-Jährigen im Moment relativ gut dasteht, wäre es bedauerlich, wenn sie sich auf ihren Lorbeeren ausruhen würde. Denn mit der Überalterung der Bevölkerung kommen in den nächsten Jahrzehnten grosse Herausforderungen auf uns zu. Wenn heute noch ein Viertel der Erwerbstätigen 50 Jahre oder älter ist, wird dieser Anteil bis 2020 voraussichtlich auf ein Drittel steigen. Wir werden mit einem höheren Durchschnittsalter der Erwerbstätigen, dann einer Abnahme der erwerbstätigen Bevölkerung und einem neuen Verhältnis zwischen

■ 13 Zwar gibt es Einrichtungen für Rollstuhlfahrer, aber kaum für Menschen, die auf Stock oder Rollator usw. angewiesen sind.

Erwerbstätigen und Rentnern konfrontiert sein (Höpfinger, Beck, Grob & Lüthi, 2006). Das Alter bringt eine Reihe von Veränderungen mit sich, die sich nicht bei allen gleichermaßen auswirkt, und deren negative Folgen sich, wie erwähnt, durch vermehrte körperliche und geistige Aktivität eindämmen lassen. Es ist erfreulich, dass in der Schweiz von Institutionen wie Gesundheitsförderung Schweiz, Pro Senectute, dem Netzwerk „ça marche!“ und „espaces prévention“ Kampagnen zur Förderung der Bewegung in jedem Alter durchgeführt werden. Wann folgen die Kampagnen zur Anregung lebenslanger Geistesübungen? Denn je mehr wir lernen, darauf weist die Neurologin Dr. Elisabeth Koestner hin, desto leichter lernen wir (die sogenannte gesteigerte Gedächtnisleistung). Je mehr wir unser Gehirn trainieren, desto besser sind unsere Chancen, geistig gesund alt zu werden ¹⁴.

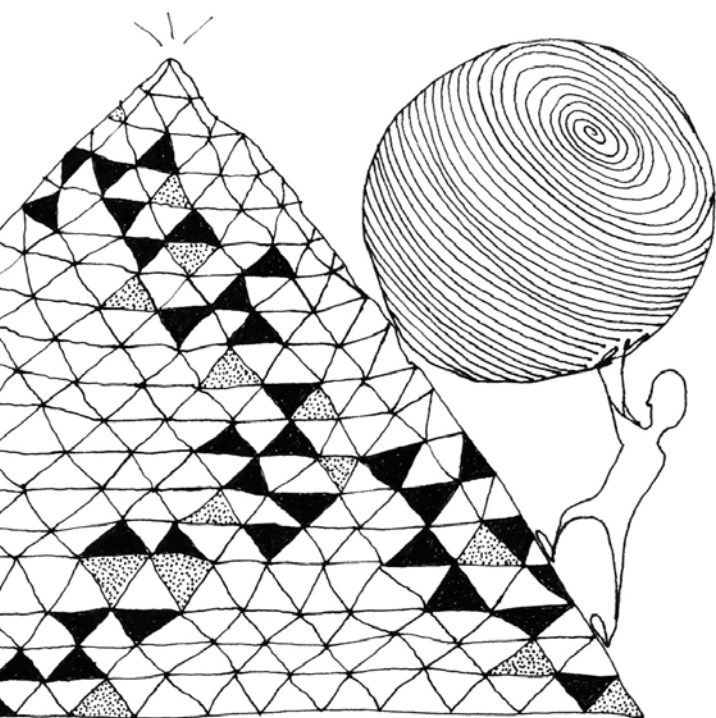
Wie oben festgehalten, wirkt sich die Beteiligung an sozial nützlichen Tätigkeiten und speziell die formelle Freiwilligenarbeit für Rentnerinnen und Rentner vorteilhaft aus. Wie das geschieht, müsste noch genauer untersucht werden. Zugleich sollten Aktivitäten dieser Art vermehrt unterstützt werden. In der Schweiz übt, über alle Altersgruppen hinweg, jeder

Vierte mindestens eine unbezahlte Tätigkeit im Rahmen formeller Freiwilligenarbeit aus - das ergibt 1.5 Millionen Personen.

Männer beteiligen sich mit 28% mehr als Frauen (20%) an solchen Aktivitäten; in die andere Richtung weist die Tendenz beim informellen Engagement (Nachbarschaftshilfe, Kinderhüten, Betreuung und Pflege von Angehörigen). Das Profil der „organisierten Freiwilligen“ ist tendenziell männlich ¹⁵, Schweizer, mit höherem Bildungsniveau (Bundesamt für Statistik BFS, 2008). Sollten derartige gesundheitsförderliche Aktivitäten nicht ‚demokratisiert‘ werden? Zum Beispiel mittels Kampagnen mit dem Ziel, die Beteiligung von Frauen und Personen soziokulturell gemischter Herkunft an Organisationen zu stärken, die ihren Interessen entsprechen. Was die informellen Aktivitäten anbelangt, sollten Solidarität und gegenseitige Hilfe nicht vermehrt gefördert werden, indem informelle Engagements „vergesellschaftet“ und professionalisiert werden? Dies könnte beispielsweise durch die Schaffung von formelleren Strukturen nach einer Gemeinschaftsdiagnose (siehe oben) geschehen. Zumindest wäre es nützlich, wenn die Gemeinden die auf lokaler Ebene vor-

■ 14 Aufzeichnungen von J. De Puy zum Vortrag von Elisabeth Koestner «Plasticité du cerveau: s'adapter et apprendre à tout âge» zum Kolloquium des OCIRT (Département de la solidarité et de l'emploi de la République et Canton de Genève) „Les 50 ans et plus – Dépasser les préjugés“, in der Fédération des Entreprises Romandes, Genève, 25.11.2008.

■ 15 Die Beteiligungsquote der 55-64-jährigen Männer an der formellen Freiwilligenarbeit liegt über dem Durchschnitt (30.4%), nimmt bei den 65-74-Jährigen ab, bleibt aber immer noch beachtlich (23.8%) und fällt auf 13% bei Männern ab 75 Jahren. Für die Frauen liegen die Quoten bei 20.4% (55-64 Jahre), 19.5% für die 65-74-Jährigen und 9.8% für Frauen ab 75 Jahren.



PLUS
VITE!

handenen Angebote erfassen und diese Informationen an die BewohnerInnen im Ruhestand weitergeben würden. Ferner könnten solche Aktivitäten durch eine Spesenrückerstattung für alle erschwinglich werden. Die **Förderung der Beteiligung an der Freiwilligenarbeit, Vereinen, Clubs und neuen Formen gemeinschaftlichen Engagements** sollte deshalb Teil der Gesundheitsförderungsangebote für Senioren sein. Neben dem klassischen Engagement in der Vereinsarbeit müssten auch neuartige Ansätze wie Netzwerke zum Wissensaustausch weiterentwickelt werden.

Beim Übergang von der Erwerbsphase zum Ruhestand und darüber hinaus stellen Depressionen ein grosses Risiko dar, dies umso mehr als sie im Alter oft länger dauern. Deshalb wäre eine **Kampagne zum Thema Depression im Rentenalter** (nach dem Muster der BAG-Kampagne zur Suizidprävention) unter AllgemeinmedizinerInnen hilfreich. Dabei sollte man die Ärzte ermutigen, aktiv zu werden und die PatientInnen bei ihrer Pensionierung zu befragen, damit eine depressive Symptomatik oder allfälliges Suchtverhalten rechtzeitig erkannt und behandelt werden können. Ausserdem sollten die Prävention von Depressionen und die Förderung der psychischen Gesundheit in den Kursen zur Pensionierungsvorbereitung direkt thematisiert werden.

Verschiedene der oben erwähnten Studien weisen auf die unerfreuliche Lage der **Frauen über 50** in Bezug auf Gesundheit und Lebensqualität hin. Diese ist nicht zuletzt im Zusammenhang mit der beruflichen, wirtschaftlichen und familiären Ungleichheit zwischen Männern und Frauen zu sehen. Viele Frauen erfüllen während ihres Erwerbslebens ein doppel-

tes Arbeitspensum, indem sie ‚nebenbei‘ einen Grossteil der Haus- und Familienarbeit bewältigen. Es kann deshalb kaum verwundern, dass die damit verbundene physische und psychische Überforderung ihre Gesundheit belastet. Wenn wir die Gesundheit der Senioren stärken wollen, gehören daher auch Massnahmen (unter der Führung der kantonalen und nationalen Gleichstellungsbüros) zugunsten der Gleichheit von Mann und Frau dazu.

3.4.2. GESUNDHEITSFÖRDERNDE STRATEGIEN IN POLITIK UND INSTITUTIONEN

Die Städte- und Quartierplanung müsste weltweit vermehrt Anliegen der Gesundheitsförderung, der Förderung der Lebensqualität und des Lebensumfelds der dort lebenden und arbeitenden Menschen miteinbeziehen. Das gilt auch für RentnerInnen, die sich oft auf lokaler Ebene in sozial produktiven Tätigkeiten engagieren (Freiwilligenarbeit, Unterstützung von Angehörigen) und daher besonders von der Lebensqualität in ihrem Wohnquartier betroffen sind.

„Good Practice“: Für Gesundheit und Lebensqualität günstige Quartiere und Wohnverhältnisse (High Point, Washington, USA).

Das High Point Quartier im Nordosten der USA ist ein Beispiel für die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Umfelds. Durch die gemeinsamen Anstrengungen von Quartiervereinen, lokalen Behörden und Stadtplanern ist dieses Quartier mithilfe von Bundesgeldern neu aufgebaut worden. Ziel war es, eine „ein-

kommensdurchmischte“, gesundheitsfördernd gestaltete Siedlungsform zu schaffen mit Bio-Gemüsegärten, welche die Bewohner selbst bepflanzen und deren Produkte vor Ort verkaufen; mit Grünräumen, verkehrsberuhigten und Begegnungs-Zonen usw. Der Dokumentarfilm „Place Matters“ – eine Folge aus der Serie „Unnatural Causes... is inequality making us sick?“ - stellt dieses Beispiel modellhafter Quartierentwicklung vor. Er ist Teil einer Sensibilisierungskampagne zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozioökonomischer Ungleichheit des National Minority Consortia. Darin kommen Experten wie David Williams, Soziologieprofessor an der Harvard School of Public Health zu Wort: „Die Forschungsergebnisse weisen eindeutig darauf hin, dass unsere Gesundheit mit unseren Lebens- und Arbeitsbedingungen in Verbindung steht. So haben Wohnqualität und Qualität des Wohnumfelds erstaunliche Auswirkungen auf unsere Gesundheit.“ (Chapter 1: Where you live – eigene Übersetzung). Quelle: <http://www.unnaturalcauses.org>

Flexible, individuelle Modalitäten beim Beschäftigungsgrad bzw. eine Teilpensionierung können zur Gesundheit und Lebensqualität der über 50-Jährigen beitragen, sofern sie selbst gewählt sind. Was die Erwerbstätigkeit der Senioren anbelangt, ist die Schweiz unter den europäischen Ländern bereits an der Spitze; eine weitere Verlängerung bis 67 Jahre oder darüber hinaus, könnte aus Public-Health-Sicht fatale Folgen haben. Besser wären variable Lösungen. Wenn

die Arbeit psychisch und / oder physisch beschwerlich ist und die Motivation zum Weiterarbeiten fehlt, sollte eine vorzeitige Pensionierung möglich sein.

Andererseits sollten daran interessierte Erwerbstätige auch die Möglichkeit haben, sich zwischen 60 und 65 Jahren für eine stufenweise Reduktion ihres Beschäftigungsgrads zu entscheiden und danach, zur Kompensation, mit sinkendem Pensum weiterzuarbeiten (eine günstige Lösung, da dann keine 2. Säule mehr bezahlt wird) ¹⁶. Aus dem Programm 50+ santé geht im Übrigen hervor, dass es in der Schweiz noch keine verbindlichen schriftlichen Grundlagen zugunsten der flexiblen Pensionierung gibt (De Puy, Zürich, Favre Kruit, Fournier, Fall & Steinmann, 2009).

In Bezug auf politische und institutionelle Strategien zugunsten von älteren Erwerbstätigen, hat Finnland Modellcharakter. Das Land hat seit langem in das „aktive Altern“ investiert. Das Programm für ältere Erwerbstätige (1998-2002) ist von Regierung, Sozialpartnern, NGOs und verschiedenen Ministerien gemeinsam umgesetzt worden. Ziel war es, ein Altersmanagement einzuführen, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und lebenslanges Lernen zu unterstützen. Das Programm dürfte auch zu der positiveren Haltung gegenüber älteren Arbeitskräften beigetragen und den Aufschub des Rentenalters einer breiten Öffentlichkeit näher gebracht haben (Uusitalo, 2007).

■ 16 Anregungen von Guy Bovey, Direktor von AvantAge, im Gespräch mit J. De Puy, 22.09.2010.

Claudio Bolzman ¹⁷ hat mehrere Wege aufgezeigt, wie in der Schweiz den Bedürfnissen von älteren Menschen mit ausländischen Wurzeln Rechnung getragen werden kann. So empfiehlt er für die Entwicklung von Altersstrategien vorab eine systematische Befragung von Migrantenorganisationen und von Organisationen, die sich mit MigrantInnen beschäftigen. Weiter sollte bei der Berechnung der notwendigen Beitragsjahre für die AHV die Härte der Arbeit mitberücksichtigt werden. Oder die Möglichkeit, bei einer Rückkehr ins Herkunftsland eine AHV- oder IV-Rente zu erhalten, sollte auf zusätzliche Länder ausgedehnt werden. Ein Thema müsste ausserdem sein: die Berücksichtigung der zur Kindererziehung zu Hause verbrachten Jahre (inkl. derjenigen im Herkunftsland) für die Berechnung der AHV-Rente sowie die Möglichkeit, auch bei geringem Beschäftigungsgrad Beiträge an die 2. Säule zu entrichten (ein unter MigrantInnen verbreiteter Fall).

Zu den schriftlichen Grundlagen, welche die gute Praxis zugunsten von älteren MigrantInnen inspirieren könnten, gehören die Empfehlungen des BAG zur Entwicklung einer Politik der „Diversität und Chancengleichheit“ in den Gesundheitsinstitutionen.

„Good Practice“: Nationales Forum Alter und Migration:

„Das Nationale Forum setzt sich mittels nationaler und internationaler Vernetzung, Öffentlichkeits- und Grundlagenarbeit sowie Lobbying dafür ein, die gesundheitliche und

soziale Situation älterer Migrantinnen und Migranten in der Schweiz zu verbessern. Das Nationale Forum hat sich zum Ziel gesetzt, die Rechte der älteren Migranten und Migrantinnen in der Schweiz zu stärken und den Respekt für die Leistungen dieser Generation zu fördern.“ www.alter-migration.ch

Auf institutioneller Ebene sei erwähnt, dass mehrere Alters- und Pflegeheime (z. B. im Kanton Bern) „mediterrane Abteilungen“ für Italiener und Spanier geschaffen haben.

Schliesslich müssen wir uns Gedanken machen zum Armutsrisiko von jenen MigrantInnen, deren Situation erst nach mehreren Jahren Schwarzarbeit legalisiert worden ist. Auf dieses Argument könnte auch in den Kampagnen zur Bekämpfung dieser Praxis hingewiesen werden.

Die Arbeiten von Ilmarinen und seinen Kollegen (Ilmarinen, Tuomi & Klockars, 1997) haben für Finnland gezeigt, dass drei Voraussetzungen erfüllt sein müssen, wenn man die Gesundheit von älteren Erwerbstätigen auf gutem oder sehr gutem Niveau erhalten will:

- >> individuelle Gesundheitsförderungsmaßnahmen;
- >> Ergonomische Massnahmen;
- >> Verbessertes Führungsverhalten.

Wenn dagegen keinerlei Massnahmen ergriffen wurden, verschlechterte sich der Gesundheitszustand zwischen 45 und 65 Jahren radikal, von sehr gut auf schlecht. Wenn ausschliesslich individuelle Massnahmen ergriffen wurden, verbesserte sich die Gesundheit bis 55 Jahre tendenziell, um dann auf ein mittleres Niveau abzusinken. Eine

■ 17 Nachgeschlagen von J. De Puy, 21.10.2011

andere finnische Studie zu älteren Arbeitskräften (Naumanen, 2007) zeigt, wie das Führungsverhalten verbessert werden kann: Zum einen sollten Mittel zur Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit (Unterstützung, Zuhören) eingesetzt werden; zum anderen, auf Human-Resources-Ebene, eine Form der Organisation gefördert, die sich günstig auf die Lebensqualität auswirkt und für ein gutes Arbeitsklima sorgt, in dem sich die Menschen geschätzt fühlen und in jedem Alter Gelegenheit zur persönlichen Weiterentwicklung erhalten.

In der Schweiz gibt es auf politischer und institutioneller Ebene noch viel Handlungsbedarf, doch zeichnen sich vielversprechende Lösungen ab, die vermehrt weiterverfolgt werden sollten.

„Good Practice“: Ein Label für Betriebe, die sich für die Gesundheit der Mitarbeitenden einsetzen (Label „Friendly Work Space“ und das Management-Instrument KMU-vital, Gesundheitsförderung Schweiz): In der Schweiz haben das Label „Friendly Work Space“ und „KMU-vital“ mit ihren Modellen für eine gesundheitsorientierte Personalführung eine stimulierende Wirkung. „Friendly Work Space®“ ist das Qualitätssiegel, mit dem Betriebe ausgezeichnet werden, welche Massnahmen zur Optimierung der betrieblichen Rahmenbedingungen erfolgreich umsetzen und Betriebliches Gesundheitsmanagement als Teil der Unternehmensstrategie verstehen.

Unternehmen, die bei sich Betriebliches Gesundheitsmanagement einführen möchten, finden dazu auf der Website von Gesund-

heitsförderung Schweiz Informationen und Instrumente. Quelle: <http://gesundheitsfoerderung.ch/wirtschaft/produkte-und-dienstleistungen.html>

Es gibt also adäquate Mittel, um einer vorzeitigen Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen oder wegen fehlender Lebensqualität zuvorzukommen. So haben sich Interventionen, bei denen Mediziner die gesundheitliche und die Arbeitsplatz-Situation mit Vorgesetzten und Managern besprechen, bewährt (De Boer, van Beek, Durinck, Verbeek & van Dijk, 2004). Wichtig ist ferner bei allen Massnahmen, die sich günstig auf die Gesundheit und Lebensqualität am Arbeitsplatz auswirken sollen, dass ein partizipatives Vorgehen gewählt wird. Einseitige und punktuelle Massnahmen wie Anschläge, Flyer und Broschüren erweisen sich dabei offenbar als wenig wirksam; das ist zumindest die Einschätzung der Teilnehmer an einem Workshop von Jean-Charles Rey anlässlich einer Tagung von Unternehmen in Lausanne am 30.10.2009 zum Thema „50 ans et plus...en forme au travail“ (De Puy, 2010). Insbesondere ist es für die Verhütung organisationaler Risiken wesentlich, dass die Massnahmen langfristig angelegt sind, da es sich um lange dauernde Prozesse handelt (Debrand & Lengagne, 2007, S. 35). Eine Review der gesundheitsfördernden Massnahmen am Arbeitsplatz hat gezeigt, dass nur auf die physische Gesundheit fokussierte Programme zwar die körperliche Leistungsfähigkeit erhöhen können, in der Regel aber keinerlei Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit haben (Shepard, 2000).

Die **Chancen auf berufliche Mobilität** –

innerhalb oder ausserhalb des Betriebs – können zweifellos zur Lebensqualität bei der Arbeit beitragen, denn es gibt nichts Schlimmeres, als sich bis zur Pensionierung an eine Stelle gebunden zu fühlen, die einem nicht entspricht. Schlimmer noch, eine derartige Lage kann ein fruchtbarer Boden sein für den Verfall sozialer Bindungen am Arbeitsplatz und zu Belästigungen und Mobbing führen ¹⁸. Die Vorbehalte der Arbeitgeber gegenüber der Einstellung von 'Senioren' sollen weitgehend durch die von dieser Altersgruppe verursachten Kosten, speziell der 2. Säule, motiviert sein. Arbeitsplätze, bei denen der Leistungsprimat (mit demselben Beitragssatz für alle, im Gegensatz zu einem altersabhängigen Beitragssatz) zur Anwendung kommt, sind in dieser Beziehung vorteilhafter. Um die Pensionskassen zu einer Änderung ihrer Praxis zu bewegen, müssten die sozialen Akteure aktiv werden.

Die sensorischen Fähigkeiten (Sehkraft, Gehör, Widerstandskraft gegen Hitze, usw.) nehmen mit dem Alter zwar tendenziell ab, können aber durch **ergonomische Anpassungen des Arbeitsplatzes** kompensiert werden (Crawford et al., 2009). Die Präventionsmassnahmen gegen arbeitsbedingte Abnützungserscheinungen müssen generell weiterentwickelt werden. So sollte man ältere Erwerbstätige nach einem Unfall konsequenter unterstützen, damit sie sich

■ 18 Zu diesem Thema sei auf den Projektbericht im Rahmen des Programms 50+ santé der Haute école ARC Neuchâtel verwiesen (Grosvernier, Guénette, & Laurent, 2007). <http://www.50plussante.ch/index.php?IDtheme=1&IDcat9visible=1&langue=F>

besser erholen. Es bleibt also in Bezug auf die Arbeitsgestaltung und -umgebung noch viel zu tun und dies obwohl sich Interventionen dieser Art sowohl auf physischer wie auf psychischer Ebene als äusserst nützlich erwiesen haben und in der Literatur generell empfohlen werden (id. ant. S. 25). Dabei ist es wichtig, zur Unterstützung Spezialisten für Gesundheit am Arbeitsplatz beizuziehen. Sie verfügen über erprobte Instrumente wie den „WorkAbility Index“ (WAI) und können auf Alter, Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz abgestimmte berufliche Laufbahnen festlegen ¹⁹. Zurzeit sind es in der Schweiz primär einige grosse Unternehmen, die bereits entsprechende Massnahmen ergreifen.

Berufsunfälle bei älteren Arbeitskräften sind erwiesenermassen seltener, gehen dafür aber **häufiger tödlich** aus oder führen zu längerer Arbeitsunfähigkeit als bei den jüngeren. In diesem Zusammenhang gibt die Entscheidung der Schweizer Krankenversicherer Anlass zu Besorgnis, im Rahmen der Grundversicherung die Kosten für Brillen nicht mehr zu übernehmen: So besteht die Gefahr, dass Personen über 50 mit Alterssichtigkeit keine ihrer Fehlsichtigkeit angepasste Brille mehr für sich anschaffen. Dies könnte sich negativ auf die Arbeitssicherheit auswirken.

Bestätigung und Anerkennung für seine Arbeit zu finden, ist, wie erwähnt, der Gesundheit zuträglich. Solches Wissen sollte in alle Management-Ausbildungen Eingang finden. Ganz allgemein müssten Kaderleute syste-

■ 19 Empfehlungen von Brigitta Danuser, an der Tagung « 50 ans et plus: en forme au travail ? », Lausanne, 30.10.2009.

matisch im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung ausgebildet werden. So wäre es etwa sinnvoll, wenn das Pflichtenheft der HR-Verantwortlichen auch die Abschätzung der Gesundheitsfolgen von sämtlichen Management-Entscheidungen für das Personal umfassen würde.

Ferner müsste in den Unternehmen Methoden zur **Valorisierung, Weiterentwicklung und Transfer von Wissen von den über 50-Jährigen zu den Jungen** gefördert werden; ebenso eine gewisse Entlastung von produktiven Aufgaben. So könnten beispielsweise 20% der Arbeitszeit älterer Erwerbstätiger für Mentoring-Aufgaben freigemacht oder Duos zum Wissensaustausch zwischen Alt und Jung gebildet werden. Strategien für die Förderung der Fortbildung älterer Erwerbstätiger und für eine altersangepasste Pädagogik tragen nicht nur zur höheren Arbeitsmarktfähigkeit der 'Senioren' bei, sondern auch zu einer besseren Lebensqualität und Gesundheit. Bei der Personalrekrutierung sollten die Arbeitgeber bei den infrage kommenden KandidatInnen auf eine gute Altersdurchmischung achten. Oder besser noch, man würde, wie in anderen Ländern üblich, die Angabe einer Altersgrenze in den Stellenanzeigen untersagen.

3.4.3. SOZIALES POTENZIAL UND ENGAGEMENT FÜR DIE GESUNDHEIT

In der Schweiz engagiert sich bereits eine ganze Reihe von Institutionen für die betriebliche Gesundheitsförderung. Trotzdem gibt es für die schon aktiven und für neue Akteure noch viele andere Möglichkeiten, wenn sie sich für die Gesundheit und Lebensqualität am Arbeitsplatz und im Ruhestand einsetzen

möchten.

Dafür sollten noch mehr **neue Partner sensibilisiert und mobilisiert werden**, wie zum Beispiel Gewerkschaften und Berufsorganisationen, welche die Anliegen der Arbeitnehmer vertreten. Wünschenswert wäre die Bildung von Interessengruppen, um die hier empfohlenen Massnahmen zu unterstützen. Denkbar wäre etwa eine Informationskampagne bei den Berufsorganisationen, mit der ein Überblick über die Resultate des vorliegenden Berichts gestreut wird.

Die Verbreitung von Fragestellungen rund um die Gesundheit der über 50-Jährigen könnte etwa mithilfe von **Pilotprojekten zur Erprobung von evidenzbasierten Interventionen** stimuliert werden. Eine weitere Möglichkeit wäre es, nach Vorbild der Stiftung generationplus, vermehrt innovative Projekte zur Förderung der Lebensqualität älterer Menschen zu unterstützen und zu evaluieren.

„Good Practice“: Finanzierung für Pilotprojekte (Eulen Award, Stiftung generationplus).

2011 waren unter den für den Eulen Award kandidierenden Projekten folgende Themen führend:

- >> I Mobilität im Alter
- >> FProjekte der Gesundheitsförderung
- >> projets de promotion de la santé
- >> kreativer Ansatz zur Betreuung und Pflege
- >> Konzepte für eine berufliche Neu- Orientierung ab 50
- >> altersgerechte Formen der Kommunikation und der Begegnung
- >> Sicherheit

Quelle: <http://stiftung-generationplus.ch/>

Bei den Kenntnissen und der Evaluation von Methoden zur Stärkung der Gesundheit von älteren Arbeitskräften gibt es noch grosse Lücken, dies zumindest ist das Fazit einer Review evidenzbasierter guter Praxis von Crawford und seinen Kollegen. Es fehlt namentlich eine **Analyse von folgenschweren Unfällen oder der hohen Prävalenz von muskulo-skeletalen Beschwerden, Stress und Angstgefühlen in dieser Altersgruppe**. Insbesondere existieren kaum Forschungsdaten zur **Wirksamkeit von Interventionen bei älteren Erwerbstätigen**. Forschungslücken gibt es vor allem bezüglich der psychosozialen Faktoren, die auf sie einwirken und der Mittel, wie diesen zu begegnen wäre (Crawford et al., 2009). Es ist an der Zeit, dass in der Schweiz Forschungsinterventionen und Pilotprojekte zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsmassnahmen am Arbeitsplatz und bei der Pensionierung umgesetzt werden.

Ganz allgemein ist das Wissen über viele Themen rund um die Gesundheit in den letzten Arbeitsjahren und bei der Pensionierung noch lückenhaft. Dank den SHARE- Daten verfügen wir über eine statistische Gesamtübersicht über zahlreiche Gesundheitsprobleme der über 50-Jährigen. Ergänzende, qualitative Untersuchungen könnten mehr Klarheit bringen zu bestimmten Themen, die noch vertieft erforscht werden müssen. Ein „Good-Practice“-Beispiel, das dazu beiträgt, in der Schweiz die Forschungslücken zu füllen, ist die Ausschreibung der Fondation Leenards, mit der Forschungsprojekte zum Thema Le-

bensqualität von älteren Menschen ausgezeichnet werden.

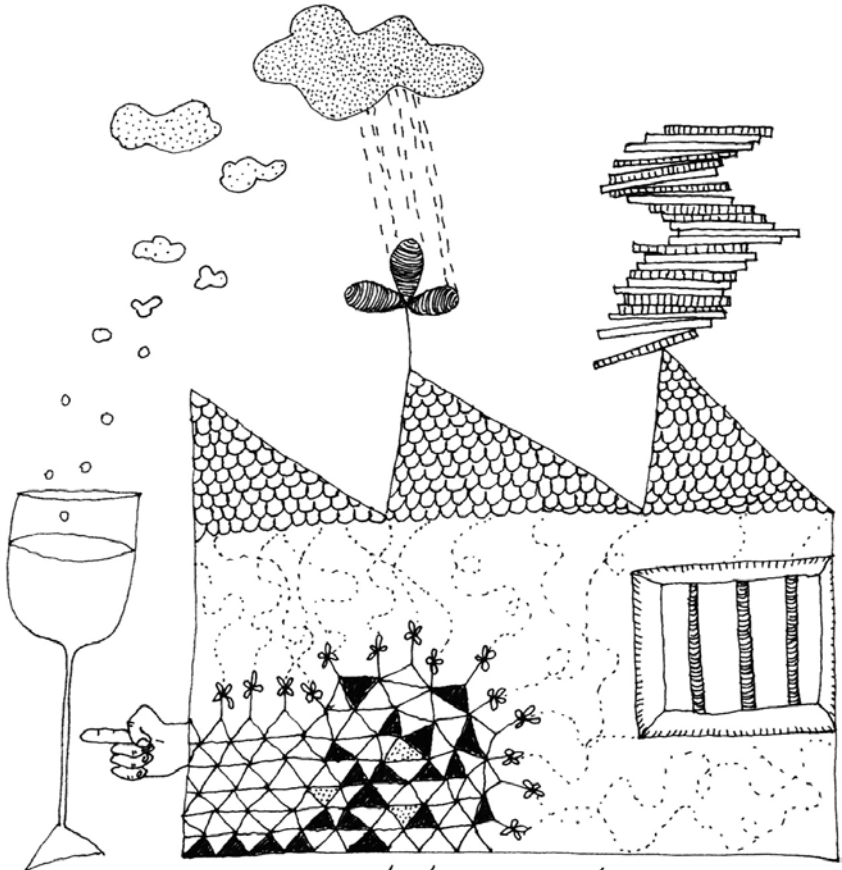
„Good Practice“: Ausschreibung von Forschungsprojekten (Fondation Leenards).

Wie von ihren Gründern vorgesehen, unterstützt die Fondation Leenards im sozialen Bereich in erster Linie Projekte, welche eine bessere Lebensqualität für ältere Menschen zum Ziel haben. Während mindestens fünf Jahren findet eine jährliche Ausschreibung der Fondation Leenards statt, mit der die Reflexion darüber gefördert werden soll, wie ältere Menschen und ihre nächsten Angehörigen ihr Wohlbefinden verstehen, wahrnehmen und beeinflussen. Quelle: <http://www.leenaards.ch/fr/social/>

Was das nachberufliche Leben betrifft, braucht es neuartige Ansätze, mit denen verschiedene Formen des sozialen Engagements für die Gesundheit von Rentnerinnen und Rentnern gefördert werden.

3.4.4. INDIVIDUELLE GESUNDHEITS-KOMPETENZEN

In der Romandie gibt es Workshops für Gruppen von Erwerbstätigen über 50. AvantAge, eine Fachstelle von Pro Senectute, bietet beispielsweise Betrieben entsprechende Dienstleistungen an. Ziel ist es, den Stellenwert des Wissens und Know-hows älterer Arbeitskräfte zu verbessern, die auf dem Arbeitsmarkt mit seinen neuen Regeln schwer zur Geltung zu bringen sind.



ma petite entreprise

„Good Practice“: Weiterbildung für ältere Arbeitskräfte im Betrieb. (AvantAge: Kurs ‘Se réaliser en pilotant sa carrière’).

In einem globalisierten und äusserst wettbewerbsorientierten Umfeld kann es entscheidend sein, dass die Qualifikationen und die Motivation der Mitarbeitenden bis zum Pensionsalter erhalten und weiterentwickelt werden und das Potenzial der erfahrenen Arbeitskräfte genutzt und gewürdigt wird. **Zielsetzungen:**

- » Den Mitarbeitenden die Möglichkeit geben, in Bezug auf ihre aktuelle berufliche Situation umfassend Bilanz zu ziehen;
- » Mögliche Wege zum Einsatz ihrer Kompetenzen innerhalb des Betriebs abstecken;
- » Die Aushandlung ihrer kurz-, mittel- oder langfristigen beruflichen Zukunft gestalten, so dass eine motivierende Partnerschaft erhalten bleibt.

(Quelle: <http://www.fr.avantage.ch>).

Ferner gibt es die Cercles de Legs, eine Initiative von Diane Doyon aus Québec, die von Marie-Christine Willemin in der Romandie eingeführt worden ist und die Personen ab 50 dabei unterstützt, ihre beruflichen Ziele neu zu definieren.

„Good Practice“: Begleitung beim Übergang zum letzten Drittel des Berufslebens.

Gegen Ende des Berufslebens ist das Bedürfnis, seine Kenntnisse weiterzugeben, ein wichtiger Faktor. Der Wunsch zu bleiben oder zu gehen wird davon entscheidend beeinflusst. Tatsächlich gibt die Möglichkeit, sein Wissen

weiterzugeben, der Arbeit zusätzlichen Sinn, und je sinnvoller sie erscheint, desto gelassener werden die Jahre bis zur Pensionierung erlebt. Menschen fühlen sich am Ende ihres Berufslebens nützlich, anerkannt und gewürdigt, wenn sie Gelegenheit haben, ihre Erfahrungen weiterzugeben.

Die Aufgabe des Wissenstransfers ist allerdings anspruchsvoll und muss vorbereitet werden, damit jeder/m klar wird, was sie/er hinterlassen möchte und wie das am besten geschieht. Häufig geht es nämlich um implizites Wissen, das erst nach Befragung und Reifung für die Person selbst greifbar wird. Der Cercle de legs hilft den Teilnehmenden, Stellung zu diesen Fragen zu beziehen, sich der jüngeren Generation gegenüber zu austauschen und Unterstützung bereit zu zeigen und dadurch zu harmonischen Beziehungen beizutragen. Der Cercle de legs unterhält dafür einen Pool von Coachs und Mentoren. In den Sitzungen werden die verschiedenen Phasen des Übergangs angesprochen und der Umgang mit äusseren Veränderungen ebenso reflektiert wie das innere Erleben, das den Prozess des Übergangs gerade ausmacht. Dieser Übergang und die Veränderung werden oft nicht als parallele Prozesse empfunden, was zu Widersprüchlichkeiten führen kann, die man an dieser persönlichen und beruflichen Wende unbedingt berücksichtigen sollte. Quelle: <http://espace-competences.ch/perfectionnement/cercle-de-legs-professionnel-planifier-et-gerer-la-transition-vers-la-retraite> Siehe auch: www.cercledelegs.com

Ganz allgemein sollte der intergenerationale Austausch auf individueller Ebene öfter gepflegt und auf institutioneller Ebene gefördert werden, und zwar sowohl innerhalb der Betriebe als auch zwischen Erwerbstätigen und Pensionierten. Es gibt nämlich ein grosses Potenzial für den gegenseitigen Wissensaustausch zwischen den Generationen, aber auch für eine Stärkung der sozialen Bindungen zwischen Jung und Alt.

3.5. DIE WICHTIGSTEN RESULTATE

Zum Abschluss dieses aufschlussreichen Kapitels sollen die Antworten auf die anfänglichen Fragestellungen und weitere, darüber hinausgehende Ergebnisse zusammengefasst werden.

3.5.1. WAS WISSEN WIR ÜBER DEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN „ARBEIT VERSUS PENSIONIERUNG“, ALTWERDEN UND GESUNDHEIT?

Inwiefern und in welcher Weise trägt nun eine berufliche Tätigkeit dazu bei, die Gesundheit nach 50, 60 oder 70 Jahren zu erhalten oder zu verschlechtern?

Die Literaturreview hat als Antwort auf die erste Forschungsfrage eine ganze Reihe von fundierten Evidenzen hervorgebracht (vgl. Kapitel 3.1. bis 3.3.). Eine erste wichtige Erkenntnis ist die Heterogenität der Alterungsprozesse und –bedingungen. Es macht somit wenig Sinn, die untersuchten Bevölkerungsgruppen, wie ursprünglich geplant, nach Altersgruppen zu unterscheiden. Denn es gibt neben der biologischen Alterung auch die Typen des Alterns, die durch die Umwelt und vor allem durch die Arbeitsbedingungen „erzeugt“ werden (Faurie et al., 2008, S. 149).

Die positive Seite der Lebensqualität von über 50-Jährigen bei der Arbeit ist in mehreren, im Abschnitt 3.1.1. vorgestellten Arbeiten untersucht worden. Ältere Arbeitskräfte in der Schweiz haben, wie wir feststellen konnten, im Vergleich zum übrigen Europa in verschiedener Hinsicht (allgemeine Zufrie-

denheit, Lohn, Unterstützung) ein positives Bild von ihren Arbeitsbedingungen. Allerdings gäbe es in anderen Bereichen durchaus Verbesserungspotenzial: Viele arbeiten zu oft unter Druck, beklagen sich über die Beschwerlichkeit ihrer Arbeit oder fehlenden Freiraum.

Was die arbeitsbedingten Risiken anbelangt, sollten ältere Menschen, um ihre Gesundheit zu schützen, bestimmte Typen von Tätigkeiten wie Überstunden, Nacharbeit, ein physisch belastendes Umfeld (hohe Lärm- oder Hitzebelastung) meiden bzw. einstellen. Vor kumulativen oder dosisabhängigen Wirkungen einer Giftstoffexposition muss man sich in jedem Alter schützen. Es ist nicht ratsam, während Jahren in raschem Tempo oder ungünstiger Haltung immer dieselben Handgriffe auszuführen; die Folgen werden oft aber erst ab 50 spürbar. Die negativen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand nach 50 sind demnach nicht nur von der Art der Tätigkeit, sondern auch von den Arbeitsbedingungen abhängig. Aus einer Public-Health-Perspektive heisst das, dass viele der Risiken «formbar» sind, bzw. dass man sich vor ihnen schützen kann. Und das bedeutet zugleich, dass die sozialen und wirtschaftlichen Kosten von fehlender Prävention beträchtlich sind.

Die physischen und psychischen Risiken sind eng miteinander verbunden. Unter den im Kapitel 3.2 (Mortalität) und den Abschnitten 3.3.1. (physische Beeinträchtigungen) und 3.3.2. (psychische Probleme) untersuchten Faktoren können viele kontrolliert werden. Nur wenige der Faktoren betreffen ausschliesslich die über 50-Jährigen, aber sie beeinträchtigen

jene Erwerbstätige stärker, die sich dem Ende ihres Arbeitslebens nähern. Unfälle sind bei älteren Arbeitskräften zwar seltener als bei jungen, doch wenn ein Unfall geschieht, ist er öfter tödlich oder zieht eine längere Erholungsphase nach sich als bei jüngeren. Zu den „neuen Risiken“, die sich mit dem aktuellen wirtschaftlichen Kontext ausgeprägt haben, gehören Zeitdruck und Stress. Zwar sind alle davon betroffen, doch sind sie besonders für 'Senioren' schädlich, die dazu neigen, eher der Qualität als dem Tempo den Vorzug zu geben. Auf psychologischer Ebene ist es die Geringerschätzung für ältere Arbeitskräfte, die bei den über 50-jährigen Erwerbstätigen häufig zu Leidensdruck führt.

Die Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit der Pensionierung werden in den Abschnitten 3.3.3. (physische Beeinträchtigungen) und 3.3.4. (psychische Probleme) untersucht. Studien weisen darauf hin, dass die Qualität von Ausbau und Infrastruktur in den Lebenswelten (Betrieb, Wohnraum, Grünflächen, Sicherheit usw.) zweifellos einen Einfluss auf die Gesundheit ausüben, und zwar insbesondere was die Prävention chronischer Krankheiten anbelangt. Zugleich tragen sie dazu bei, viele negative Stress-Faktoren unter Kontrolle zu halten.

3.5.2. WELCHE ARBEITSMODELLE UND -BEDINGUNGEN WIRKEN SICH FÜR DIE GESUNDHEIT AB 50 GÜNSTIG AUS?

- » Die umfangreichen wissenschaftlichen Daten haben uns erlaubt, klare Aussagen bezüglich der Faktoren zu machen, die sich günstig auf die Gesundheit älterer Erwerbstätiger auswirken (siehe Abschnitt 3.1.1.). So weiss man beispielsweise, dass die Arbeitsorganisation einen wesentlichen Beitrag zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz für Menschen ab 50 leistet. Folgende Faktoren tragen erwiesenermassen zu einer guten Arbeitsplatzqualität für Senioren bei, insbesondere wenn sie das ganze Arbeitsleben hindurch davon profitieren konnten:
 - » Der Einsatz von geistigen Fähigkeiten – insbesondere die Gelegenheit zu Weiterbildungen –, genügend Handlungsspielraum sowie Kontrolle über seine Arbeit;
 - » Die erhaltene Belohnung steht aus Sicht des Mitarbeitenden im Einklang mit dem geleisteten Einsatz;
 - » Massnahmen zur Erhaltung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, altersgerechte Einrichtung des Arbeitsplatzes (ergonomische Anpassungen, flexible Arbeitszeitregelung, etc.).

Ausserdem zeigt sich, dass Gesundheitsschutz ein (Arbeits-)Leben lang dauert. Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, wie sie im Kapitel 3.4 beschrieben werden, sollten auf allen gesellschaftlichen Ebenen verbreitet und unterstützt werden.

In Bezug auf den optimalen Zeitpunkt zur Pensionierung, lässt sich sagen, dass es in erster Linie der selbst gewählte ist. Es ist deshalb dringend nötig, dass vermehrt Pensionierungsmodalitäten „nach Wunsch“, bei angemessener finanzieller Absicherung, angeboten werden. Offensichtlich entspringt der Wunsch nach vorzeitiger Pensionierung nämlich viel öfter einem schlechten Gesundheitszustand und ungünstigen Arbeitsbedingungen als dem Bedürfnis, sich einfach nur der Erwerbstätigkeit zu entledigen. Auf sozialpolitischer Ebene müsste bei einer allfälligen Verlängerung der Erwerbsarbeit unbedingt Flexibilität gewährleistet sein. Zudem müssten parallel dazu die Arbeitsbedingungen verbessert werden, wobei die Bedürfnisse der 'Senioren', wie etwa ein reduziertes Arbeitspensum, zu berücksichtigen wären.

3.5.3. WELCHE UNTERSCHIEDE SIND ZU BEACHTEN?

Insbesondere aufgrund von beruflicher Tätigkeit und Stellung, von Lebensverlauf und Lebensstil, von der soziokulturellen Herkunft, vom sozialen Kapital, Geschlecht und Gesundheitszustand usw.?

Zwei soziodemografische Merkmale haben sich in Bezug auf den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und im Ruhestand als bestimmend erwiesen: Zum einen ist es der sozioökonomische Status, zum anderen das Geschlecht. Welch grosse Bedeutung diesen zukommt, geht aus verschiedenen Studien (vgl. Kapitel 3.2. und 3.3.) hervor.

Die sozioökonomische Ungleichheit wirkt sich fast linear auf die Lebenserwartung und

auf die Aussichten auf ein gesundes Altern aus. Je höher die gesellschaftliche Stellung, desto besser der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden bei der Arbeit ab 50 und im Ruhestand. Die Unterschiede lassen sich nur teilweise durch den Lebensstil (Ernährung, Bewegung usw.) erklären. Vielmehr sind es der vorhandene Handlungsspielraum und die Kontrolle über sein Umfeld, welche die Gesundheit entscheidend beeinflussen.

Die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern wirkt sich negativ auf die psychische Gesundheit der Frauen über 50 aus, bei welchen das Depressionsrisiko relativ hoch ist. Viele von ihnen beklagen sich über mangelnde Wertschätzung und wenig Kontrolle im beruflichen Umfeld. Privat nehmen sie oft belastende Aufgaben als informelle Helferinnen für betagte Angehörige wahr.

Ein weiterer Faktor für Vulnerabilität im Alter ist der Migrantensstatus in Verbindung mit beschränkten finanziellen Mitteln und ungünstigen Arbeitsbedingungen (siehe Abschnitt 3.3.5.).

3.5.4. WELCHE AUSWIRKUNGEN HABEN STAATLICHE MASSNAHMEN, SOZIALVERSICHERUNGSSYSTEM UND VERSCHIEDENE FORMEN DER ARBEITSORGANISATION?

Kapitel 3.4.2. beschäftigt sich mit Strategien der Gesundheitsförderung, die sich in der Politik und den Organisationen als effizient erwiesen haben. Eine der bedeutendsten Entdeckungen der europä-

ischen SHARELIFE-Umfrage ist der entscheidende Einfluss von staatlicher Politik und Sozialversicherungssystem auf die

Gesundheit und Lebensqualität von Erwerbstätigen und Pensionierten. Die Ausgaben für die Verbesserung der Arbeitsplatzqualität, für Rehabilitation und Wiedereingliederung oder für die Unterstützung besonders benachteiligter Erwerbstätiger sollten fortan nicht mehr einfach als Kosten betrachtet werden. Es handelt sich in Tat und Wahrheit um präventive Investitionen, die noch Jahre später Früchte tragen werden, weil sie sich auf Gesundheit und Lebensqualität der Ältesten auswirken.

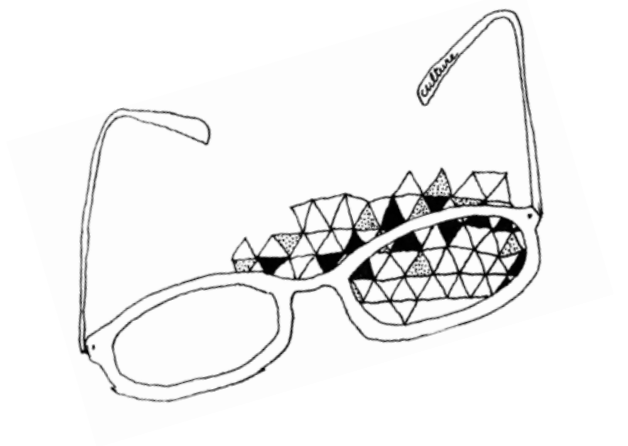
In den Betrieben und Organisationen kommt den Geschäftsleitungen erwiesenermassen eine entscheidende Rolle zu, wenn es darum geht, Formen der Arbeitsorganisation einzuführen, welche die Gesundheit des Personals schützen. Dazu braucht es erprobte Modelle der Personalführung, des Gesundheitsmanagements und der Arbeitssicherheit.

3.5.5. WELCHE „GOOD-PRACTICE“-BEISPIELE HABEN SICH BEWÄHRT? WELCHE SCHRITTE UND MASSNAHMEN MÜSSTEN IN DER SCHWEIZ AUS EINER PUBLIC-HEALTH-PERSPEKTIVE PRIORITÄT HABEN?

In Kapitel 3.4. werden zahlreiche „Good-Practice“-Beispiele vorgestellt, auf die wir in der Schweiz und in anderen Län-

dern gestossen sind und die auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen wirksam werden. Wir stehen bezüglich Gesundheitsförderung und Lebensqualität für Senioren bei der Arbeit und im Ruhestand vor grossen Herausforderungen. Im Zentrum müssen lebenslang gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen stehen. Oder, frei nach Charlotte Olivier, nur die Koordination und die Zusammenarbeit aller Kräfte – insbesondere der politischen Akteure und der Arbeitswelt – werden zum Erfolg führen. Die „Good-Practice“-Beispiele für die Pensionierten konzentrieren sich in erster Linie auf die gesundheitsförderliche Einrichtung des Lebensumfelds, sodass es Mobilität, körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, Geselligkeit und das Engagement in den Vereinen fördert. Dabei sollen auch die Bedürfnisse von Menschen mit niedrigen Einkommen oder eingeschränkter Mobilität berücksichtigt werden. Ausserdem verlangen die Depressionen und die Einsamkeit von Pensionierten nach mehr Aufmerksamkeit auf allen Ebenen. Die erstbehandelnden Ärzte, die Personen, die Hilfe und Pflege zuhause leisten, die Gemeinden usw. müssen dafür sensibilisiert werden. Und schliesslich muss die Unterstützung betreuender Angehöriger aufgebaut werden.

Aus den wissenschaftlichen Evidenzen und den vorgestellten „Good-Practice“-Beispielen ergibt sich ein Katalog von vordringlichen Massnahmen.



WELCHE SCHWERPUNKTE SETZEN ?

Ist es für die Gesundheit zuträglicher, möglichst lange erwerbstätig oder im Ruhestand zu sein?

Auf diese einfache Frage gibt es, wie wir feststellen mussten, nicht nur eine Antwort und vor allem keine einfachen Lösungen. Erfreulicherweise hat diese Studie aber doch eine Reihe von soliden wissenschaftlichen Evidenzen hervorgebracht.

Wir konnten gleich zu Beginn feststellen, dass die Menschen ab dem 50. Lebensjahr in der Schweiz – unabhängig davon ob erwerbstätig oder im Ruhestand – bezüglich Gesundheit und Lebensqualität im Vergleich zum übrigen Europa relativ gut dastehen.

Doch mussten wir auch einige Wolken am Himmel über der Schweiz von heute und der kommenden Jahre erkennen. Öffentliche und private Arbeitgeber stehen unter dem Druck, mit weniger Mitteln mehr zu produzieren. Der Arbeitsrhythmus wird höher, die Arbeitsbedingungen unsicherer. Dadurch wachsen die psychosozialen Risiken für die Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (Leidensdruck bei der Arbeit, Stress, Unsicherheit, Gewalt), aber auch die körperlichen Risiken (muskulo-skelettale Beschwerden, Unfälle), während die „traditionellen“ Gefährdungen durch Lärm, Hitze, Schadstoffe immer noch vorhanden sind.

Gewiss, es leiden alle darunter, doch sind die Konsequenzen für die älteren Arbeitskräfte ganz besonders gravierend, vor allem wenn die Risikoexposition schon Jahre dauert. Auch ökonomische und geschlechtsspezifische Unterschiede beeinträchtigen die Gesundheit am Arbeitsplatz und im Ruhestand: Mehrere

Studien belegen übereinstimmend, dass ab 50 Frauen und Personen mit tiefem sozioökonomischem Status weniger gesund sind als andere Gleichaltrige.

In der Schweiz gibt es aber Lösungen, um die Risiken zu senken und Gesundheit und Lebensqualität ab dem 50. Lebensjahr zu erhalten und zu fördern. Diese Lösungsstrategien werden im Kapitel 3 detailliert dargestellt und wir kommen an dieser Stelle nicht nochmals auf die einzelnen Optionen zurück. Die Recherchen haben generell ergeben, dass beispielsweise die Wahlmöglichkeit zwischen einem schrittweisen oder vollständigen Eintritt in den Ruhestand gut für die Gesundheit ist. Oder, wie weitherum bekannt, dass gerade im Alter körperliche und geistige Aktivität wichtig sind. Demgegenüber wissen viele nicht, dass sich Freiwilligenarbeit im Ruhestand positiv auf die Gesundheit auswirkt. Oder dass auch nach 50 eine grosse Arbeitsbelastung zu bewältigen ist, sofern es dafür reichlich Anerkennung gibt.

Die Ergebnisse dieser Studie müssen nun verbreitet werden und zu konkreten, in der Schweizer Praxis verankerten Massnahmen führen. Dafür sind im Abschnitt 3.5 mehrere vielversprechende Wege und „Good-Practice“-Beispiele aufgezeigt worden.

Zum Abschluss dieser Untersuchung, welche die Komplexität der Zusammenhänge zwischen Arbeit – Gesundheit – Ruhestand und die Vielfalt möglicher Lösungen beleuchtet hat, möchten wir das Interesse auf die aus unserer Sicht vordringlichen Massnahmen

richten. Unter Gesundheitsförderungs- und Präventions-Fachleuten ist es zwar weitgehend unbestritten, dass alle Ebenen der Gesellschaft – Individuen, Organisationen, Normen, soziale und politische Strukturen – miteinbezogen werden müssen¹. Dennoch ist der integrierte Ansatz für Gesundheit und Lebensqualität am Arbeitsplatz und bei Renteneintritt in der Schweiz für viele Akteure und betroffene Systeme noch nicht selbstverständlich. Es erscheint uns daher sinnvoll, als Fazit unserer Untersuchung, eine «gesundheitsförderliche Gleichung» für Arbeitsplatz und Ruhestand vorzuschlagen und dabei mit Nachdruck auf der Notwendigkeit einer jeden Komponente zu bestehen.

Gesellschaft und Politik

Dass die Gesundheit ab 50, im Erwerbsleben und im Ruhestand, das ganze Leben hindurch aufgebaut wird, ist ein Faktum. Die Schweiz kennt wichtige Gesetzesbestimmungen, welche die Gesundheit der Erwerbstätigen schützen (z.B. Art. 328 OR). Angesichts der überzeugenden Ergebnisse des finnischen Modells, bei dem sich die Politik auf höchster Ebene für die Gesundheit am Arbeitsplatz engagiert hat, scheint es angebracht, die Arbeitgeber eindringlich zu ermutigen und zu verpflichten, sich an die Gesetze zu hal-

■ 1 Die Ebenen sind der Website Quint-essenz entnommen, die verschiedene Ressourcen für Gesundheitsförderungsprojekte anbietet (<http://www.quint-essenz.ch/fr/topics/1133>). Sie entsprechen den unter Soziologen verbreiteten Analysekatégorien der Makro-, Meso- und Mikroebene.

ten. So ist es z. B. wichtig, die Anwendung der ASA-Richtlinie durchzusetzen, die noch weit von einer generellen Umsetzung in der Schweiz entfernt sind.

Sie bildet aber eine wichtige Grundlage, um vielen, in dieser Studie erwähnten Problemen der physischen und psychischen Gesundheit vorzubeugen. Die Richtlinie regelt den Bezug von Spezialisten der Arbeitssicherheit; verpflichtet zur Bezeichnung möglicher Gefährdungen und zur Planung von Massnahmen und formuliert die spezifischen, zielgruppen-gerechten Anforderungen an die betrieblichen Sicherheitssysteme ².

Wie bereits als Fazit aus dem Programm 50+santé ³, festgehalten, wären weitere verbindliche, schriftliche Grundlagen notwendig, um griffige Aktionen, namentlich im Bereich von Wiedereingliederung, Entlassungen und Flexibilisierung des Rentenalters um 10 bis 15 Jahre zu ermöglichen. Das politische Umfeld derart zu beeinflussen, dass günstige Rahmenbedingungen für ältere Arbeitskräfte

■ 2 Quelle: <http://wegleitung.ekas.ch/UebersichtWegleitung.aspx?LG=de-ch>

■ 3 50+santé ist ein von der Conférence latine des affaires sanitaires et sociales mit Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz durchgeführtes Programm. Von 2004 bis 2008 sind 12 Pilotprojekte umgesetzt worden, die sich auf die Lebensbedingungen im Zusammenhang mit der Arbeit konzentrieren: Arbeitsumgebung, Arbeitslosigkeit und Pensionierung. Die umfassende Dokumentation steht auf <http://www.50plussante.ch> zur Verfügung.

geschaffen werden, bleibt ein schwer erreichbares Ziel, denn die Hindernisse, die einer Umsetzung entgegenstehen, sind grösser als erwartet (De Puy, Zürich, Favre Kruit, Four-nier Fall, Steinmann et al., 2009).

Mit der vorliegenden Broschüre möchten wir deshalb auf die grosse Bedeutung von politischen Massnahmen hinweisen. Wir laden die politischen Akteure ein, sich für die Bildung einer Lobby zugunsten einer guten nationalen Politik für Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz einzusetzen, welche die Prävention von physischen und von psychischen Risiken im Laufe des Lebens umfasst.

Wie die Daten aus der SHARE-Befragung belegen, handelt es sich bei der Armut von Rentnerinnen und Rentnern um ein europäisches Problem der öffentlichen Gesundheit. Für die Schweiz heisst das, diesem Phänomen zuvorzukommen, das sich mit der demografischen Alterung und den zunehmend unsicheren Arbeitsplätzen zu verschärfen droht.

Wenn wir öffentliche Mittel für geeignete Präventionsstrategien einsetzen, können wir langfristige soziale und wirtschaftliche Kosten, namentlich in der Invalidenversicherung und der Sozialhilfe eindämmen.

Ebene der Lebenswelt

Nach aktuellem Kenntnisstand ist das Lebensumfeld für die Gesundheit von grosser Bedeutung. Es ist deshalb zentral, dass die lokalen Raum- und Ortsplanungs-Strategien den Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung mitberücksichtigen (siehe: <http://www.impactsante.ch/de/spip/>) und altersgerechte Infrastrukturen planen. Besonders wichtig sind beispielsweise Angebote für Betagte und

Menschen mit tiefem Einkommen, die eine ausgewogene Ernährung, körperliche Aktivität und Zugang zu Freizeitaktivitäten ermöglichen. Auf Gemeindeebene ist ein partizipatives Vorgehen mit Einbezug der Bevölkerung, bei dem intergenerationelle Zusammenarbeit und Freiwilligenarbeit gefördert wird, ein gutes Mittel, um der Isolierung und den unter Rentnern verbreiteten Depressionen vorzubeugen.

Ebene der Organisationen

Es ist heute mehr und mehr anerkannt, dass den Arbeitgebern bei der Förderung der Gesundheit ihrer Mitarbeitenden eine wichtige Rolle zukommt. Wir wiederholen hier deshalb nicht, was zur betrieblichen Gesundheitsförderung für ältere Arbeitskräfte bereits gut beschrieben wurde. An dieser Stelle soll nur darauf hingewiesen werden, wie wichtig der Beizug von Fachleuten für Gesundheit am Arbeitsplatz, wie Pflegefachpersonen oder Arbeitsmedizinern, ist. Jetzt geht es vor allem darum, den Worten Taten folgen zu lassen. Es ist auch die Aufgabe der Organisationen der Arbeitswelt (Gewerkschaften, Berufs- und Arbeitgeberverbände), die Entwicklung voranzutreiben. In unmittelbarem Zusammenhang mit dem Thema dieser Broschüre möchten wir hier nur festhalten, wie wichtig Aufwertung und Anerkennung der älteren Arbeitskräfte sind, Faktoren, die sich als besonders gesundheitsfördernd herausgestellt haben.

Ausserdem wäre es sinnvoll, wenn die älteren Erwerbstätigen den Beschäftigungsgrad, aber auch den Arbeitsrhythmus und die Aufgabenzuteilung ihren Fähigkeiten entsprechend

anpassen könnten und diese dadurch besser einbringen könnten. Während die nachhaltige Entwicklung zu einem aktuellen Thema geworden ist, würde man sich wünschen, dass Unternehmen auch systematischer im Hinblick auf ihre soziale Verantwortung gegenüber den Mitarbeitenden beurteilt würden. So könnten die Institutionen vorzugsweise in jene Betriebe investieren, die sich für die Gesundheit ihrer Arbeitskräfte, auch der ältesten, engagieren ⁴.

Als bedeutsam hat sich ausserdem die Prävention und Früherkennung von depressiven Störungen bei Renteneintritt gezeigt. Es ist ein Thema, das von jenen Organisationen getragen werden sollte, die sich mit der Gesundheit des alternden Menschen beschäftigen und sich um eine bessere Betreuung in der Arztpraxis bemühen.

Ebene der Personengruppen

Die Kenntnisse und das Knowhow zur Gesundheit der Erwerbstätigen ab dem 50. Altersjahr am Arbeitsplatz könnten zweifellos bei manchen Interessengruppen wie Personalkommissionen, Gewerkschaften und Angestelltenverbänden noch mehr Verbreitung finden. Diese sollten sich umgehend in Initiativen in ihrem beruflichen Umfeld einbringen; denn der partizipative Ansatz hat sich

■ 4 Ein Projekt des Programms 50+ santé, das sich der sozialen Verantwortung der Unternehmen widmet, hat für institutionelle Anleger konkrete Indikatoren, „santé & sécurité« formuliert. (<http://www.50plussante.ch/index.php?IDtheme=1&IDarticle=99&langue=F> 67

für Gesundheitsförderungs-Massnahmen im Betrieb als am effizientesten erwiesen.

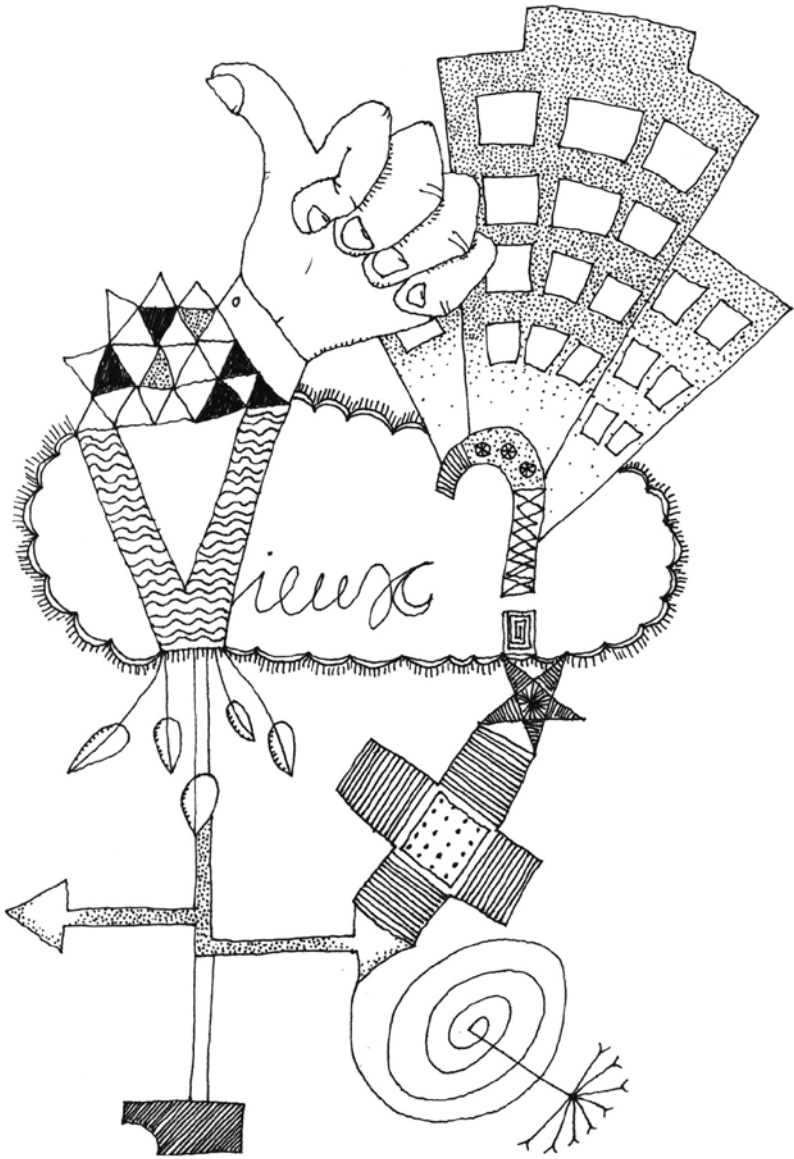
Was die Vereinsaktivitäten anbelangt, so scheinen sie die Gesundheit und Lebensqualität ihrer Mitglieder in vielerlei Hinsicht zu stärken. Wie dargestellt, sind es vor allem die formellen Engagements, die sich für die Pensionierten gesundheitlich positiv auswirken. Man kann also den Gruppen von Pensionierten, die sich informell betätigen, nur raten, sich eine Struktur und einen festen Rahmen zu geben, damit ihre Aktivitäten mehr Nachhaltigkeit erhalten.

Wir mussten einen bedauerlichen Mangel an Forschungsinterventionen und Pilotprojekten zur Gesundheit von Menschen ab 50 im Erwerbsleben und im Ruhestand feststellen. Forschungsgruppen, insbesondere an den Fachhochschulen für Gesundheit, Soziales und Management, könnten spannende Projekte durchführen, mit welchen die Effizienz von Massnahmen zur Förderung der Gesundheit der über 50-Jährigen bei der Arbeit oder bei der Pensionierung evaluiert werden. Ganz generell ist der Wissensstand, was diesen Übergang und seine Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit anbelangt, noch sehr lückenhaft.

Individuelle Ebene

Die Förderung von Gesundheit und Lebensqualität darf ganz klar nicht auf individuelle Entscheidungen reduziert werden. Trotzdem ist die persönliche Initiative des Einzelnen zu begrüssen. Wir konnten zeigen, wie wichtig es ab dem 50. Altersjahr ist, sich regelmässig körperlich und geistig zu fordern, um seine Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern.

Das kann man zwar auch allein tun, doch ist es gemeinsam mit anderen meist vergnüglicher. Allen über 50 möchten wir daher den Rat geben, nicht allein zu bleiben. Es lohnt sich allemal, Informationen über die in der Region angebotenen Dienstleistungen einzuholen und die organisierten Aktivitäten auszuprobieren. Dies umso mehr, als sich kollektives Engagement erwiesenermassen günstig auf Gesundheit und Lebensqualität auswirkt.



LITERATURANGABEN

- Abu-Rayya, H. M. (2006). Depression and Social Involvement Among Elders. *The Internet Journal of Health*, 5, 1-10.
- Adam, S., Bay, S., Bonsang, E., Germain, S., & Perelman, S. (2006). Occupational activities and cognitive reserve: a frontier approach applied to the survey on health, ageing, and retirement in Europe (SHARE). CREPP Working Paper, 5, 1-20.
- Alavinia, S. M. & Burdorf, A. (2008). Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. *Int Arch of Occup Environ Health*, 82, 39-45.
- Attias-Donfut, C., Ogg, J., & Wolff, F.-C. (2008). Evolution of Social Support. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (pp 174-181). Mannheim : Druckerei Schwörer.
- Blanchet, D. & Debrand, T. (2007). *Aspiration à la retraite, santé et satisfaction au travail: une comparaison européenne.* Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- Bollini, P. & Siem, H. (1995). No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science and Medicine*, 41, 6, 819-828
- Bolzman, C., Fibbi, R. et Vial, M. (1999). Les Italiens et les Espagnols proches de la retraite en Suisse: situation et projets d'avenir. *Gérontologie et Société*, 91, 137-151.
- Bolzman, C., Fibbi, R. et Vial, M. (2007). What to do after retirement? Elderly migrants and the question of return. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 32, 8, 1359-1375.
- Bolzman, C., Poncioni-Derigo, R., Vial, M. and Fibbi, R. (2004). Older labour migrants' well-being in Europe, the case of Switzerland. *Ageing and Society*, 24, 3, 411-429.
- Börsch-Supan, A. (2008). Introduction. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. S. 10-21). Mannheim : Druckerei Schwörer.

- Brugiavini, A., Pasini, G., & Peracchi, F. (2008). Exits from the labour force. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (S. 206-214). Mannheim: Druckerei Schwörer.

- Brugiavini, A., Padula, M., Pasini, G., Peracchi, F. (2011). Labour mobility and retirement. In: A. Börsch-Supan, A., M. Brandt, K. Hank, & M. Schröder. (Eds.), The Individual and the Welfare State. Life Histories in Europe. (S. 125-136). Heidelberg: Springer.

- Burdorf, A., van den Berg, T., Avendano, M., Kunst, A., & Mackenbach, J. (2008). The Effects of Ill Health on Displacement from the Labour Market and Potential Impact of Prevention. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (S. 137-142). Mannheim: Druckerei Schwörer.

- Candolfi, P. & Chaze, J.-P. (2008). Impact de la retraite anticipée sur les cotisations et les prestations de l'AVS. Série de publications du LEA no. 36. Genève: Laboratoire d'Economie Appliquée, Université de Genève.

- Comina, M. (2006). L'or gris. Comment, grâce aux seniors, renforcer l'économie en général et l'AVS en particulier. Zurich: Avenir Suisse. Think tank for economic and social issues.

- Costa, G. & Sartori, S. (2007). Ageing, working hours and work ability. Ergonomics, 50, 1914-1930.

- Crawford, J. O., Graveling, R. A., Cowie, H., Dixon, K., & MacCalman, L. (2009). The health, safety and health promotion needs of older workers. An evidence-based review and guidance. Report submitted to the IOSH Research Committee (Rep. No. 09.4). Wigston, Leicestershire: IOSH.

- Crespo, L. & Mira, P. (2008). Caring for Parents and Employment of European Middle-Aged Women. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (S. 263-270). Mannheim: Druckerei Schwörer.

- Danuser, B. & Monin, M.-C. (2009). Introduction: les Suisses au travail: heureux, mais... fatigués. Revue Economique et Sociale, 67, 13-16.

- De Boer, A., van Beek, J., Durinck, J., Verbeek, J., & van Dijk, F. (2004a). An occupational health intervention programme for workers at risk for early retirement: a randomised controlled trial. Occupational and Environmental Medicine, *61*, 924-929.
- De Puy, J. (2010). Compte-rendu du colloque «50 ans et plus... en forme au travail?». Promouvoir la capacité de travail des 50 ans et plus dans l'entreprise. Lausanne: Institut universitaire romand de Santé au Travail.
- De Puy, J., Zurich, P., Favre Kruit, C., Fournier Fall, A., Steinmann, R. M., & les responsables des projets menés dans le cadre du Programme 50+ santé. (2009). Synthèse du programme 50+ santé. Un programme de la Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales (CLASS) avec le soutien de Promotion Santé Suisse. Lausanne: Programme 50+santé.
- Debrand, T. & Lengagne, P. (2007). Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe. Economie et Statistique, *403-404*, 19-38.
- Delgoulet, C. (2003). Rester plus longtemps, dans quel travail ? L'ergonomie et la question de la durée de la vie active. Session du Conseil de la SELF. Paris: SELF.
- Domenighetti, G. (2010). Introduction. In J.-F. Marquis (Ed.), Conditions de travail, chômage et santé. La situation en Suisse à la lumière de l'Enquête suisse sur la santé 2007 (S. 21-24). Lausanne: Editions Page deux.
- - Erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung (1986). Ottawa-Charta. Ottawa: CIPS.
- Faurie, I., Fraccaroli, F. et Le Blanc, A. (2008). Age et travail: des études sur le vieillissement au travail à une approche psychosociale de la fin de la carrière professionnelle. Le Travail Humain, *7*, 2. 137-172.
- Ferring, D., Balducci, C., Burholt, V., Wenger, C., Thissen, F., Weber, G. et al. (2004). Life satisfaction of older people in six European countries: findings from the European Study on Adult Well-Being. European Journal of Ageing, *1*, 15-25.
- Gollac, M. & Baudelot, C. (2002). Travailler pour être heureux? Le bonheur et le travail en France. Paris: Fayard.

- Grosvernier, A., Guénette, A. M. & Laurent, P. (2007). Elaboration d'un cadre normatif permettant une sensibilisation et une prévention/gestion des risques de mobbing, notamment envers les travailleurs de plus de 50 ans. Rapport final dans le cadre du Programme 50+ santé. Neuchâtel : Haute école arc économie.

- Health and Safety Executive (2007). Self-reported work-related illness and workplace injuries in 2005/06 : Results from the Labour Force Survey. London : National Statistics, Crown copyright.

- Hofner, M.-C. (1999). Effets de la crise économique sur la santé : un point de vue épidémiologique. In Boschetti, P. (Ed.). Droit dans le mur ! Dix ans de crise en Suisse : un état des lieux (S. 116-127). Lausanne : Editions d'en bas.

- Höpflinger, F. (2008). Neue Generationen im Alter - und freiwilliges Engagement. Handout Tagung Freiwillige in der Altersarbeit, Zürich, 29. 9. 2008.

- Höpflinger, F., Beck, A., Grob, M. & Lüthi, A. (2006). Travail et carrière : perspectives après 50 ans. Enquête réalisée auprès des responsables du personnel de 804 entreprises suisses. Résumé. Zurich : Avenir Suisse.

- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). Aging and Mental Health, 7, 186-194.

- Ilmarinen, J., Tuomi, K. & Klockars, M. (1997). Changes in the work ability of active employees over an 11 year period. Scandinavian Journal of Environmental Health, 23, 49-57.

- Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, J. A., & Bambra, C. (2010). Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. Art. No.: CD008009, Cochrane Public Health Group, 2, 1-88.

- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ) : an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. Journal of Occupational Health Psychology, 3, 322-355.

- Li, C.-Y. & Sing, F.-C. (1999). A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology. Occupational Medicine, 49, 225-229.
- Lleshi, V. & Bizzozzero, T. (2009). La dépression du sujet âgé. Revue Médicale Suisse, 5, 1785-1789.
- Lyberaki, A. & Tinios, P. (2008). Poverty and Persistent Poverty: Adding Dynamics to Familiar Findings. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (S. 278-284). Mannheim: Druckerei Schwörer.
- Marmot, M. & Wilkinson, R. (2006). Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, M. G. & Shipley, M. J. (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 years follow up of civil servants from the first Whitehall study. British Medical Journal 313, 7066, 1-8.
- Marquis, J.-F. (2010). Conditions de travail, chômage et santé. La situation en Suisse à la lumière de l'Enquête suisse sur la santé 2007. Lausanne: Editions Page Deux.
- Morschhäuser, M. & Sochert, R. (2006). Healthy work in an ageing Europe. Essen, Germany: ENWHP European Network for Workplace Health Promotion.
- Naumanen, P. (2007). The health promotion model as assessed by ageing workers. Journal of Clinical Nursing, 15, 219-226.
- Nazmi, A., Diez Roux, A., Ranjit, N., Seeman, T. E., & Jenny, N. S. (2010). Cross-sectional and longitudinal associations of neighborhood characteristics with inflammatory markers: Findings from the multi-ethnic study of atherosclerosis. Health & Place, 16, 1104-1112.
- Office fédéral de la statistique OFS (2008). Le travail bénévole en Suisse. Neuchâtel: Confédération Suisse, Département fédéral de l'intérieur DFI, Office fédéral de la statistique OFS.
- OMS (2008). Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé: rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la santé. Genève: Organisation Mondiale de la santé.

- Pelizzari, A. (2009). Dynamiken der Prekarisierung. Atypische Erwerbsverhältnisse und mi-lieuspezifische Unsicherheitsbewältigung. Konstanz : Uvk Verlags GmbH.
- Première Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé (1986). Charte d'Ottawa. Ottawa : CIPS.
- Reker, G.T. (1997). Personal Meaning, optimism, and choice : existential predictors of depres-sion in community and institutional elderly. Gerontologist, *37*, 709-716.
- Rey, J.-C. (2007). Analyse critique des différentes dispositions cantonales quant à la (ré)insertion professionnelle des personnes de plus de 50 ans et repérage des pratiques promet-teuses. Rapport de synthèse. Sierre : HEVs.
- Rodrick, D. (2011). Le dopage au travail se banalise. Revue Reiso, 19. 4. 2011.
- Schnalzenberger, M., Schneeweis, N., & Zweimüller, M. (2008). Job Quality and Retirement Decisions. In A.Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Sie-grist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (pp 215-221). Mannheim: Druckerei Schwörer.
- Schröder, M. (2011). Scar or blemish? Investigating the long-term impact of involuntary job loss on health. In: A. Börsch-Supan, A., M. Brandt, K. Hank, & M. Schröder. (Eds). The Indi-vidual and the Welfare State. Life Histories in Europe. (S. 191-202). Heidelberg. Springer.
- Shepard, R. J. (2000). Worksite health promotion and the older worker. International Journal of Industrial Ergonomics, *25*, 465-475.
- Siegrist, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit. eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: HogrefeVerlag für Psychologie.
- Siegrist, J. & Wahrendorf, M. (2008). Quality of Work and Well-Being - The European Dimen-sion. In A.Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (pp 255-262). Mannheim: Druckerei Schwörer.

- Siegrist, J. and Wahrendorf, M. (2011). Quality of work, health and early retirement : European comparisons. In A. Börsch-Supan, A., M. Brandt, K. Hank, & M. Schröder. (Eds). The Individual and the Welfare State. Life Histories in Europe. (S. 169-178). Heidelberg. Springer.

- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. et al. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work : European comparisons. Social Science and Medicine, 58, 1483-1499.

- Siegrist, J., von dem Knesebeck, O., & Wahrendorf, M. (2005). Quality of Employment and Well-Being. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), Health, Ageing and Retirement in Europe - First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. (S. 192-198). Mannheim : Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

- Sirven, N. et Sermet, C. (2009). La santé des travailleurs âgés en Europe. Retraite et société, 59, 13-37.

- Spencer, B., Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B., Ackermann, G., Spoerri, A., & Cloetta, B. (2007). Modelling the results of health promotion activities in Switzerland : development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. Health Promotion International, 23, 86-97.

- Statistique Vaud (2009). La moralité par génération en Suisse. Evolution 1900-2150 et tables par génération 1900-2030. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique ; Section Démographie et Migration.

- Steinmann, R. (2008). Travail et âge. Bases pour faire face au défi démographique dans les entreprises. Lausanne et Berne : Promotion Santé Suisse. http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/f/betriebliche_gesundheitsfoerderung/Tipps_Tools/A4_Broschuere_Arbeit_Alter_f.pdf

- Tinios, P., Lyberaki, A., Georgiadis, T. (2011). Explaining persistent poverty in SHARE : does the past play a role ? In : A. Börsch-Supan, A., M. Brandt, K. Hank, & M. Schröder. (Eds). The Individual and the Welfare State. Life Histories in Europe. (S. 19-30). Heidelberg. Springer.

- Truchon, G., Perrault, G., & Tardif, R. (2004). Toxicologie industrielle et vieillissement. Pistes, 6, 1-12.

- Union Patronale Suisse (2006). Stratégie pour l'emploi des seniors. Zurich : Union Patronale Suisse.

- Uusitalo, H. (2007). Increased labour force participation of ageing workers : the case of Finland. In Inclusion in working life. Oslo : ISSA European Regional Meeting.

- Van den Berg, T., Schuring, M., & Avendano, M. (2010). The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. Occupational and Environmental Medicine, 67, 845-852.

- Vaughan-Jones, H. & Barham, L. (2009). Healthy Work Challenges and Opportunities to 2030. London: The British United Provident Association (BUPA).

- Volkoff, S. & Pueyo, V. (2010). How do elderly workers face tight time constraints ? International Congress Series, 1280, 17-22.

- Von Bonsdorff, M. B., Seitsamo, J., Ilmarinen, J., von Bonsdorff, M. E., & Rantanen, T. (2011). Work ability in midlife as a predictor of mortality and disability in later life: a 28-year prospective follow-up study. Canadian Medical Association Journal, 173, 4, 1-10.

- Wahrendorf, M. and Siegrist, J. (2011). Working conditions in mid-life and participation in voluntary work after labour market exit. In : A. Börsch-Supan, A., M. Brandt, K. Hank, & M. Schröder. (Eds.). The Individual and the Welfare State. Life Histories in Europe. (pp 179-190). Heidelberg. Springer.

- Wahrendorf, M., von dem Knesebeck, O., & Siegrist, J. (2008). Social Productivity and Quality of Life. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (S. 190-196). Mannheim: Druckerei Schwörer.

- Zamarro, G., Meijer, E., & Fernandes, M. (2008). Mental Health and Cognitive Ability. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (S. 40-47). Mannheim: Druckerei Schwörer.

