

# Betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit

## Key Facts

- Nur 15,4 Prozent der älteren Beschäftigten in Deutschland erhielten in den letzten zwölf Monaten „Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit“; von diesen bewerteten 93 Prozent die Maßnahmen als hilfreich
- Rund 64 Prozent der älteren Beschäftigten wünschten sich solche Maßnahmen, was eine deutliche Lücke zwischen Angebot und Nachfrage zeigt
- Ob ältere Beschäftigte Gesundheitsmaßnahmen erhalten, wird von Betriebsgröße, betrieblicher Gesundheitskultur und Qualität der Führung beeinflusst

## Autor

➔ Prof. Hans Martin Hasselhorn

**Wie gut sind Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit auf den Bedarf der Beschäftigten abgestimmt? Trotz positiver Rückmeldungen zeigt sich, dass der Bedarf nicht ausreichend gedeckt ist. Dieser Beitrag beleuchtet das Thema anhand aktueller Ergebnisse der lidA-Studie des Lehrstuhls für Arbeitswissenschaft der Bergischen Universität Wuppertal.**

**D**a in Deutschland immer mehr Menschen immer länger im Erwerbsleben verbleiben, nimmt auch die Anzahl älterer Beschäftigter mit schlechter Gesundheit zu.<sup>[1]</sup> Arbeiten mit eingeschränkter Gesundheit ist Realität für viele Beschäftigte, gerade in den späteren Lebensjahren. Sechs von zehn älteren Beschäftigten geben beispielsweise an, dass sie bei anstrengenden Tätigkeiten durch ihren Gesundheitszustand beeinträchtigt seien (Abbildung 1). Ein Drittel berichtet von starken Schlafstörungen. Jede oder jeder Sechste hatte in den vier Wochen vor der Befragung oft oder immer starke körperliche Schmerzen, ebenso viele fühlten sich oft oder immer niedergeschlagen. Was ermöglicht dieser großen Mehrheit unter den älteren Beschäftigten, trotz aller gesundheitlichen Einschränkungen weiter erwerbstätig zu sein?

## Betriebliche Maßnahmen wirken

Ein Weg sind betriebliche Maßnahmen, die die Arbeitsumstände an die speziellen Bedürfnisse der Beschäftigten mit gesund-

heitlichen Einschränkungen anpassen. Die internationale Studienlage belegt, dass solche Maßnahmen das Potenzial haben, die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen zu stärken.<sup>[2]</sup> Dabei handelt es sich nicht nur um klassische Maßnahmen des Arbeitsschutzes wie zum Beispiel ergonomische, sondern oft auch um arbeitsorganisatorische. Studienergebnisse weisen außerdem darauf hin, dass solche Anpassungen positive Effekte auf den Verbleib im Arbeitsleben haben können.<sup>[3]</sup> Beispielsweise zeigten Boot et al.<sup>[4]</sup>, dass nach solchen Maßnahmen bei gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten die Arbeitsunfähigkeitstage zurückgingen, während dies bei deren Kollegen und Kolleginnen ohne solche Anpassungen nicht der Fall war.

Die niederländische Studie von Boot et al. hat die lidA-Forschungsgruppe (Infokasten 1) dazu inspiriert, in lidA-Befragungswelle 3 (2018) alle Beschäftigten mit sehr schlechter Gesundheit oder geringer Arbeitsfähigkeit ebenfalls nach „betrieblichen Maßnahmen zur Förderung von

Gesundheit und Arbeitsfähigkeit“ zu befragen. Die Forschungsförderung der DGUV für Welle 3 machte dies möglich und sorgte damit für eine Reihe interessanter Befunde. So fanden Dettmann und Hasselhorn<sup>[5]</sup>, dass unter älteren Beschäftigten mit sehr schlechter Gesundheit

- etwa die Hälfte in den letzten zwölf Monaten mindestens eine solche betriebliche Maßnahme erhalten hatte,
- knapp 60 Prozent aller, die Maßnahmen erhalten hatten, diese als „etwas oder sehr hilfreich“ bezeichneten,
- die tatsächlich erhaltenen Maßnahmen hinsichtlich Art, Rangfolge und Häufigkeit deutlich von den gewünschten Maßnahmen abwichen,
- der ungedeckte Bedarf nach (gegebenenfalls weiteren) Maßnahmen groß ist.

Im fachlichen Austausch mit dem begleitenden DGUV-Projektbeirat wurde abschließend festgestellt, dass diese Ergebnisse für die betriebliche Prävention

ermutigend seien. Gerade aus primärpräventiver Sicht sei es nun aber von Interesse, sämtliche älteren Beschäftigten, also auch solche mit guter Gesundheit, zum Erhalt von Maßnahmen am Arbeitsplatz zu befragen. Es gehe bei solchen Maßnahmen ja darum, die gute Gesundheit aller Beschäftigten zu erhalten. So hat sich die Forschungsgruppe entschieden, die Fragen zu Maßnahmen am Arbeitsplatz (Infokasten 2) in lidA-Welle 4 (2022/2023) erneut zu stellen – diesmal aber sämtlichen Beschäftigten, das heißt 7.157 Personen. In diesem Beitrag werden nun erstmals Ergebnisse hierzu präsentiert. Dabei werden auch Maßnahmen berücksichtigt, die Beschäftigte im Zuge eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) erhielten.

### Maßnahmen – wie häufig, wie hilfreich, wie viel Bedarf?

Es zeigt sich, dass nur relativ wenige Befragte in den zwölf Monaten vor der Befragung „Maßnahmen zur Förderung von Gesund-

heit und Arbeitsfähigkeit“ erhalten haben, nämlich 15,4 Prozent (Abbildung 2, linker, roter Kreis). Allerdings wird ebenfalls deutlich: Wenn Maßnahmen erhalten wurden,

dann wurden sie fast immer auch als „hilfreich“ beurteilt (mittlerer, grüner Kreis). Darüber hinaus offenbart sich ein hoher ungedeckter Bedarf: Unter allen Befragten

#### Infokasten 1: Die lidA-Studie

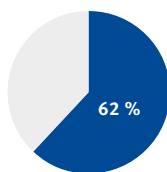
Seit 2011 begleitet die lidA-Studie (leben in der Arbeit) ältere Beschäftigte in Deutschland auf ihrem Weg vom Arbeitsleben in den Ruhestand. In drei- bis vierjährigen Abständen werden ältere Beschäftigte der Geburtsjahrgänge 1959, 1965 oder 1971 (Letztere seit 2022/2023) zu Hause oder telefonisch zu ihrer Arbeit, Erwerbstätigkeit, Privatleben, Gesundheit und auch zu ihren persönlichen Vorstellungen zum Rentenübergang interviewt. Die lidA-Studie basiert auf repräsentativ gezogenen Stichproben und umfasst bisher vier Erhebungswellen aus den Jahren 2011, 2014, 2018 und 2022/2023. Zuletzt wurden 8.884 Personen befragt, im Durchschnitt 82 Minuten lang.<sup>[13]</sup>

#### lidA-Broschüre – Arbeiten mit Krankheit

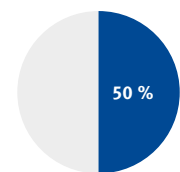
Die Ergebnisse der lidA-Studie werden für Beschäftigte, Betriebe und die Fachöffentlichkeit in Broschüren anschaulich aufbereitet. Ende 2024 ist die fünfte lidA-Broschüre mit dem Titel „Arbeiten mit Krankheit jenseits der 50 – vieles ist möglich“<sup>[14]</sup> erschienen. Sie wurde im Auftrag und in Abstimmung mit der Präventionsabteilung Gesundheit – Medizin – Psychologie der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) erstellt. Alle lidA-Broschüren und weitere Informationen sind über die Projektwebseite [www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de) erhältlich.

### Gesundheitliche Einschränkungen sind bei älteren Beschäftigten häufig

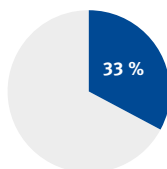
bei anstrengenden Tätigkeiten im Alltag durch Gesundheitszustand beeinträchtigt



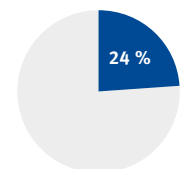
beim Treppensteigen über mehrere Stockwerke durch Gesundheitszustand beeinträchtigt



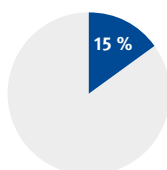
in den letzten vier Wochen in drei oder mehr Nächten pro Woche Schlafstörungen



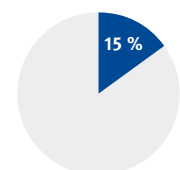
in den zurückliegenden vier Wochen wegen seelischer oder emotionaler Probleme weniger geschafft als gewollt



in den zurückliegenden vier Wochen oft oder immer starke körperliche Schmerzen



in den zurückliegenden vier Wochen oft oder immer niedergeschlagen oder trübsinnig



Datenquelle: lidA-Studie 2022/2023 / Grafik: kleonstudio.com

Abbildung 1: Arbeiten mit Krankheit bei älteren Beschäftigten in Deutschland – beispielhafte Ergebnisse aus der vierten Erhebungswelle der repräsentativen lidA-Studie 2022/2023, 7.517 befragte Erwerbstätige im Alter von 51, 57 oder 63 Jahren

wünschten sich 64 Prozent (gegebenenfalls weitere) Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit (rechter, blauer Kreis). Damit unterstreichen diese Ergebnisse das große Potenzial betrieblicher Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit und belegen gleichzeitig, dass sie viel zu wenigen älteren Beschäftigten angeboten werden.

Um die weitere Verbreitung solcher Maßnahmen zu fördern, ist es erforderlich, Umstände und Mechanismen zu erkennen, die erklären können, warum manche Gruppen eher Maßnahmen erhalten und andere nicht. Ist es der objektive Bedarf der Beschäftigten, der den Erhalt bestimmt? Die risikobehaftete Tätigkeit, die Aufmerksamkeit der Führungskraft, das Vermögen der Beschäftigten, eigenen Bedarf kundzutun, oder vielleicht schlicht und einfach das Ausmaß an Zugang und Erreichbarkeit? Allein diese Überlegungen legen nahe, dass der Erhalt betrieblicher Maßnahmen zur Förderung von Arbeitsfähigkeit und Gesundheit von zahlreichen verschiedenen Faktoren abhängig ist. Vermutlich kommen häufig mehrere

von ihnen zusammen. Um die gestellte Frage zu beantworten, werden im Folgenden zunächst die Maßnahmen nach ihrer Art detailliert aufgeführt. Anschließend wird in Tabelle 1 eine Aufschlüsselung von Erhalt, Wirksamkeit und (weiterem) Bedarf nach soziodemografischen, persönlichen und arbeitsbezogenen Faktoren präsentiert. Ferner wird in Tabelle 2 der Erhalt von Maßnahmen differenziert nach Berufsgruppen dargestellt. Auf dieser Grundlage werden abschließend Anregungen für die betriebliche Präventionsarbeit abgeleitet.

### Welche Maßnahmen erhalten ältere Beschäftigte?

Die mit Abstand häufigste Maßnahme war eine Verbesserung des Arbeitsplatzes. Gut die Hälfte aller, die Maßnahmen erhalten hatten, nannte diese Maßnahme (Abbildung 3). Ähnliches ergab auch die niederländische Studie von Boot et al.<sup>[6]</sup>, an der die lidA-Studie sich bei der Erstellung des Fragenmoduls orientiert hat. Regelmäßige Feedbackgespräche mit dem oder der Vorgesetzten folgten mit einigem Abstand (29 Prozent). Sie waren fast immer mit wei-

teren Maßnahmen kombiniert. Es ist naheliegend, dass im Zuge der Gespräche Entscheidungen über weitere Maßnahmen getroffen werden. Arbeiten von zu Hause als Maßnahme zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit war in Welle 3 (2018) noch die seltene Ausnahme.<sup>[7]</sup> Seit der Coronapandemie scheint sie aber akzeptiert zu sein und ist mit 26 Prozent unter den Empfängerinnen und Empfängern von Maßnahmen weitverbreitet.



#### Infokasten 2: Frage nach „betrieblichen Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit“ in lidA<sup>[15]</sup>

„Wenn die Arbeit für einen Beschäftigten sehr anstrengend geworden ist, kann man die Tätigkeit oder den Arbeitsplatz anpassen. Uns interessiert, ob es bei Ihnen in den letzten 12 Monaten solche Anpassungsmaßnahmen gegeben hat. Es geht uns nur um Maßnahmen mit dem Ziel, Ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten.“

Datenquelle: lidA-Welle 4, 2022/2023 / Grafik: kleonstudio.com

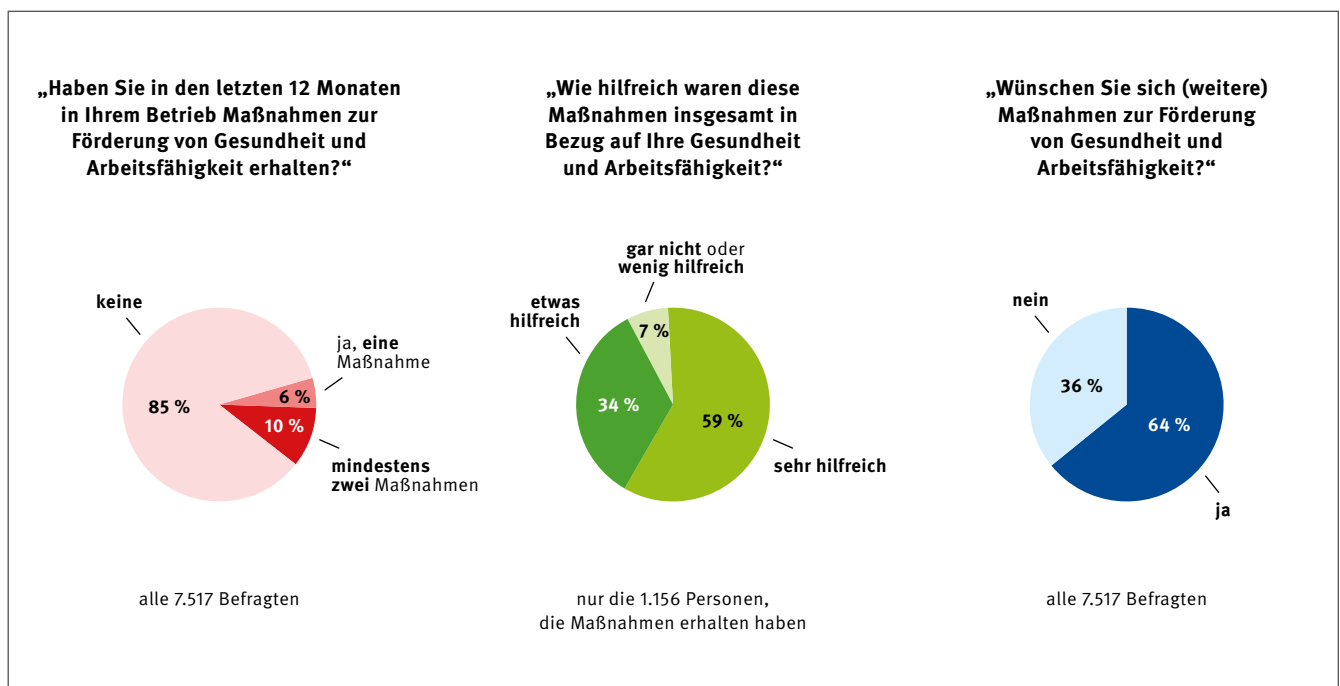


Abbildung 2: Verteilung der Häufigkeit des Erhalts von Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit bei 7.517 älteren Beschäftigten in Deutschland (linker Kreis: Rundungsfehler)

## “Der Erhalt betrieblicher Maßnahmen ist von verschiedenen Faktoren abhängig.“

Einige Maßnahmen wurden signifikant häufiger von Beschäftigten mit schlechter Gesundheit genannt, nämlich solche, bei denen sichtbar entlastend in den Arbeitsalltag eingegriffen wird. Es handelt sich um

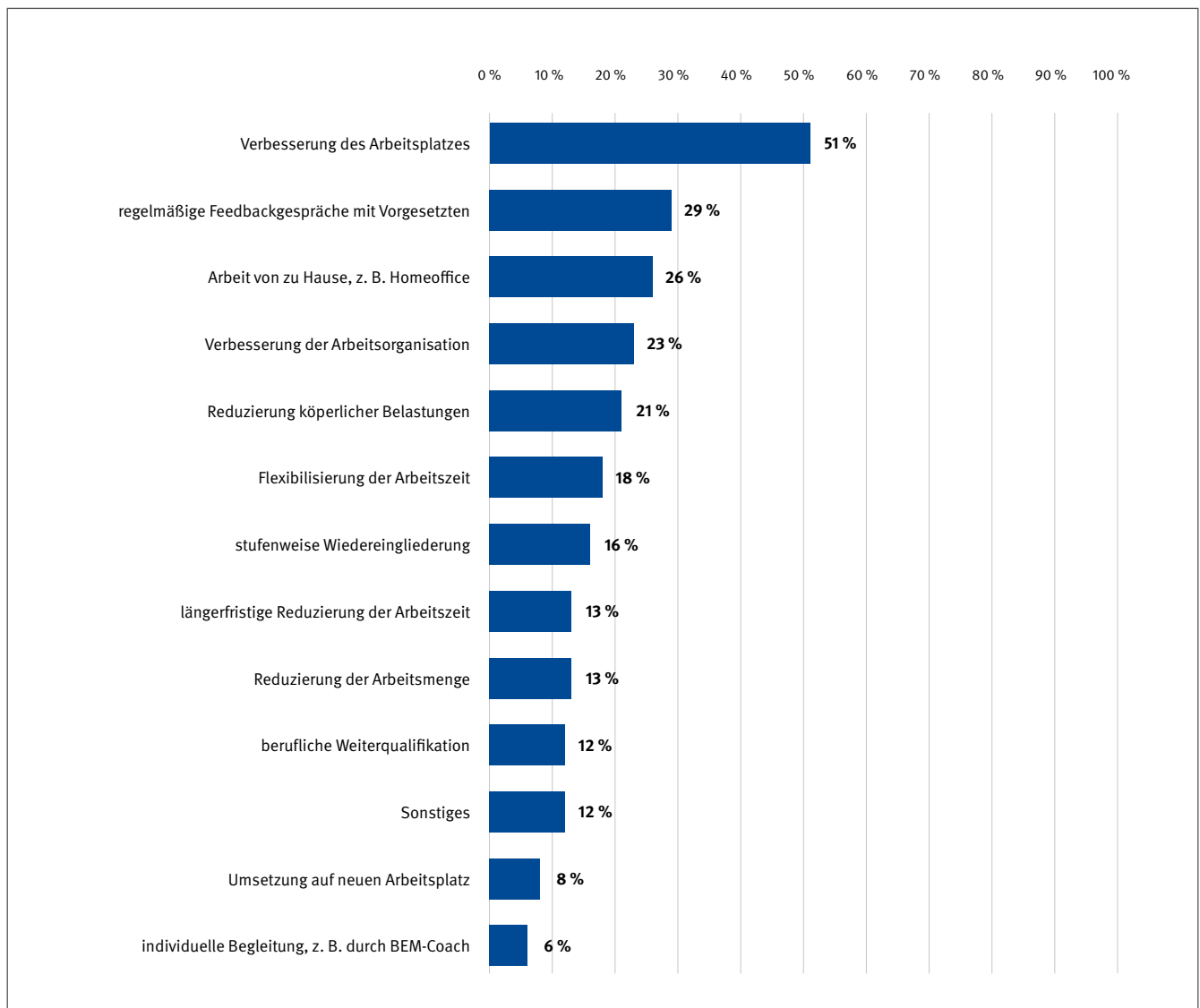
die Maßnahmen: stufenweise Wiedereingliederung, Reduzierung körperlicher Belastungen, längerfristige Reduzierung der Arbeitszeit, individuelle Begleitung zum Beispiel durch BEM-Coach, Umsetzung auf einen neuen Arbeitsplatz und die Reduzierung der Arbeitsmenge. Umgekehrt wurden von Beschäftigten mit guter Gesundheit signifikant häufiger die folgenden Maßnahmen genannt: Verbesserung des Arbeitsplatzes, Arbeit von zu Hause sowie berufliche Weiterqualifikation.

Die Befragten des Jahrgangs 1971, die zum Zeitpunkt der Befragung 51 Jahre alt waren,

hatten signifikant häufiger als die älteren Jahrgänge Maßnahmen der Flexibilisierung der Arbeitszeit und berufliche Weiterqualifikation erhalten. Die Älteren dagegen berichteten häufiger von der Reduzierung körperlicher Belastungen.

### Bestimmt der objektive Bedarf den Erhalt?

Wenn es der objektive Bedarf wäre, der den Erhalt von Maßnahmen bestimmen würde, dann müssten Beschäftigte mit schlechter Gesundheit und geringer Arbeitsfähigkeit auch eher solche Maßnahmen erhalten.



Datenquelle: lidA-Welle 4, 2022/2023 / Grafik: kleonstudio.com

Abbildung 3: Häufigkeit der Nennungen verschiedener in den letzten zwölf Monaten erhaltener „Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit“ bei 1.147 älteren Beschäftigten, die mindestens eine Maßnahme erhalten haben

Datenquelle: lidA Erhebungswelle 4, 2022/2023

		alle befragten Beschäftigten		nur Beschäftigte mit Maßnahmen		alle befragten Beschäftigten	
		„Maßnahmen erhalten“ in den letzten 12 Monaten		Maßnahme war „sehr hilfreich“		„Ich wünsche mir (weitere) Maßnahme(n)“	
		N	Anteil	N	Anteil	N	Anteil
<b>Alle</b>		7.517	15 %	1.156	59 %	7.129	64 %
<b>Geschlecht</b>	Männer	3.565	15 %	534	54 %	3.364	65 %
	Frauen	3.952	16 %	622	63 %	3.765	63 %
<b>Geburtsjahr</b>	1959 (63 Jahre alt)	2.093	13 %	262	57 %	1.929	69 %
	1965 (57 Jahre alt)	2.918	17 %	489	58 %	2.784	61 %
	1971 (51 Jahre alt)	2.502	16 %	405	62 %	2.412	63 %
<b>Maßnahme(n) erhalten?</b>	ja	nicht relevant		nicht relevant		1.151	60 %
	nein	nicht relevant		nicht relevant		5.978	65 %
<b>körperliche Gesundheit (SF-12)</b>	schlechtestes Viertel	1.922	19 %	361	54 %	1.864	53 %
	2. Viertel	1.510	16 %	242	55 %	1.461	59 %
	3. Viertel	1.680	15 %	260	63 %	1.631	68 %
	günstigstes Viertel	2.213	13 %	287	64 %	2.148	74 %
<b>mentale Gesundheit (SF-12)</b>	schlechtestes Viertel	2.218	16 %	356	50 %	2.157	49 %
	2. Viertel	1.492	17 %	251	60 %	1.449	63 %
	3. Viertel	2.060	15 %	299	62 %	1.988	71 %
	günstigstes Viertel	1.555	16 %	244	67 %	1.510	76 %
<b>Arbeitsfähigkeit (WAI-Dimension 2)</b>	gering	1.830	18 %	334	51 %	1.780	44 %
	2. Viertel	2.833	16 %	443	59 %	2.754	64 %
	3. Viertel	1.051	14 %	152	61 %	1.019	74 %
	hoch	1.633	14 %	227	69 %	1.562	80 %
<b>Bildungslevel</b>	gering	1.263	14 %	172	60 %	1.203	61 %
	moderat	3.994	16 %	647	62 %	3.791	63 %
	hoch	1.876	15 %	279	54 %	1.764	70 %
<b>Größe des Betriebes</b>	< 10 Beschäftigte	746	11 %	81	67 %	665	68 %
	10 bis < 50	1.161	14 %	159	68 %	1.132	66 %
	50 bis < 250	1.278	16 %	203	56 %	1.257	65 %
	250 bis < 1.000	1.249	17 %	209	61 %	1.236	61 %
	1.000+ Beschäftigte	2.741	18 %	482	56 %	2.707	63 %
<b>Gibt es Betriebsarzt/-ärztin im Betrieb?</b>	ja	4.533	18 %	816	59 %	4.491	63 %
	nein	2.509	13 %	319	60 %	2.488	66 %
<b>Gesundheit der Beschäftigten hat im Betrieb hohe Bedeutung</b>	stimme voll zu	2.435	21 %	504	69 %	2.416	77 %
	stimme eher zu	2.983	16 %	476	53 %	2.960	65 %
	stimme eher nicht zu	1.336	11 %	147	48 %	1.321	45 %
	stimme gar nicht zu	394	7 %	27	41 %	388	41 %
<b>Führungsqualität</b>	schlechtestes Viertel	2.076	13 %	275	51 %	2.017	49 %
	2. Viertel	2.382	14 %	338	54 %	2.166	64 %
	3. Viertel	2.014	16 %	331	62 %	1.933	72 %
	günstigstes Viertel	1.045	20 %	212	72 %	1.013	77 %
<b>Arbeitsstress (ERI)</b>	günstigstes Viertel	1.575	14 %	228	64 %	1.547	81 %
	2. Viertel	1.781	18 %	325	64 %	1.749	72 %
	3. Viertel	1.650	16 %	266	56 %	1.626	60 %
	schlechtestes Viertel	1.630	16 %	258	52 %	1.612	40 %
<b>körperliche Arbeitsexposition</b>	keine	3.819	17 %	659	63 %	3.705	71 %
	mittel	2.717	14 %	386	56 %	2.627	60 %
	hoch	814	13 %	107	50 %	787	47 %

Tabelle 1: Darstellung der Anteile derer, die in den letzten zwölf Monaten in ihrem Betrieb „Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit“ erhalten haben (rot, alle 7.517 Befragten), die die erhaltenen Maßnahmen als „sehr hilfreich“ bewertet haben (grün, nur die 1.156 Befragten mit Maßnahmen), die sich Maßnahmen wünschen (blau, alle 7.517 Befragten). Darstellung nach soziodemografischen sowie arbeitsbezogenen Faktoren. Befragt wurden Beschäftigte im Alter von 51, 57 und 63 Jahren in der lidA Erhebungswelle 4, 2022/2023. „\*“ zeigen das Signifikanzniveau von Gruppenunterschieden an: \* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001.



## Die betriebliche Gesundheitskultur zeigt sich in der lidA-Studie immer wieder als äußerst einflussreich.“

Dies trifft zu für die körperliche Gesundheit und auch die Arbeitsfähigkeit (Tabelle 1). Hier ist ein signifikanter Gradient zu finden: Je schlechter beziehungsweise geringer, desto eher werden Maßnahmen erhalten, allerdings auf einem sehr niedrigen Niveau. Bei Beschäftigten, die sich in Bezug auf ihre körperliche Gesundheit im schlechtesten Viertel befinden, ist zu erwarten, dass mehr als lediglich 19 Prozent von ihnen Maßnahmen erhalten. Vergleichbares gilt für die Arbeitsfähigkeit.

Interessanterweise findet sich dieser Gradient in Bezug auf die mentale Gesundheit nicht. Offenbar wird eine geringe mentale Gesundheit nicht in gleichem Maß als Anlass für die Nachfrage oder das Angebot von Maßnahmen angesehen. Mentale Gesundheit, wie sie in lidA gemessen wird, verteilt sich nicht klar entlang sozialer Statusgruppen wie körperliche Gesundheit. So berichten Beschäftigte aus einigen Männer-dominierten, schwer körperlich tätigen Berufsgruppen im Mittel eine gute mentale Gesundheit – trotz schlechter körperlicher Gesundheit und geringer Arbeitsfähigkeit (zum Beispiel Beschäftigte im Fahrzeugbau, Holzverarbeitung, Hausmeister und Hausmeisterinnen, Berufskraftfahrende; siehe Tabelle 2).

Beschäftigte mit ungünstiger Arbeitsexposition erhalten in der Regel seltener (!) Maßnahmen als solche mit besserer. Dies gilt in Bezug auf die Führungsqualität ebenso wie für die körperliche Arbeits-

exposition. Personen, die mindestens die Hälfte ihrer Arbeitszeit schwer heben und tragen oder ungünstige Körperhaltungen einnehmen, erhielten nur in 13 Prozent Maßnahmen.

### **Einfluss von Gesundheits- und Führungskultur**

Die Ergebnisse zu zwei Einflussfaktoren heben die Bedeutung einer betrieblichen Gesundheits- und Führungskultur hervor: In der großen Gruppe der Beschäftigten, die der Aussage voll zustimmen, dass in ihrem Betrieb der Gesundheit eine hohe Bedeutung beigemessen wird, haben 21 Prozent Maßnahmen erhalten, mehr als jede andere Untergruppe in Tabelle 1. Die Gruppe derer, die hier gar nicht zustimmt, liegt mit sieben Prozent dreimal niedriger. Die betriebliche Gesundheitskultur zeigt sich in der lidA-Studie immer wieder als äußerst einflussreich, zum Beispiel auch in Bezug darauf, wie lange die Beschäftigten erwerbstätig bleiben können und möchten.<sup>[8]</sup>

In eine ähnliche Richtung weisen die Ergebnisse zur Rolle der Führungsqualität. In der Gruppe der Befragten, die die beste Führungsqualität erlebten, erhielten 20 Prozent Maßnahmen. Von diesen wiederum bewerteten 72 Prozent ihre Maßnahmen als „sehr hilfreich“, mehr als in jeder anderen Gruppe in Tabelle 1. Nahe liegend ist, dass bei guter Führungsqualität die Maßnahmen besser abgestimmt sind mit den konkreten Bedürfnissen der Beschäftigten. Umgekehrt erhalten unter denjenigen, die schlechte Führungsqualität erleben, lediglich 13 Prozent Maßnahmen. Von diesen bewerten lediglich 51 Prozent die Maßnahmen als „sehr hilfreich“. Interessanterweise wünschten sich diese Beschäftigten auch nur relativ selten (weitere) Maßnahmen. Hier erreichen sie mit 49 Prozent den niedrigsten Wert in Tabelle 1, gemeinsam mit der Gruppe mit schlechter mentaler Gesundheit. Denkbar ist, dass sie ihren Bedarf nicht erwägen und erkennen, weil individuelle Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit nicht zur Normalität ihres Arbeitsalltags gehören.

### **Einfluss von Erreichbarkeit**

Die Auflistung nach Berufsgruppen (Tabelle 2) gibt Hinweise darauf, dass auch die Erreichbarkeit der Beschäftigten bestimmen könnte, ob sie Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit erhalten. Einige oft räumlich mobile Berufsgruppen finden sich am unteren Ende der Tabelle, obwohl sie gesundheitlich und auch beruflich besonders belastet sind: Von den Beschäftigten in der Zustellung haben lediglich zehn Prozent Maßnahmen erhalten, Beschäftigte in der Reinigung lediglich zu sechs Prozent und Berufskraftfahrende nur zu drei Prozent, dem niedrigsten Wert überhaupt.

### **Viele Bedürftige äußern keinen Bedarf**

Die in Tabelle 1 dargestellten Ergebnisse zu Maßnahmenerrhalt, -wirksamkeit und -wunsch offenbaren eine ausgeprägte soziale Ungleichheit bei betrieblicher Präventionsarbeit: Beschäftigtengruppen mit besseren Arbeitsbedingungen erhielten häufiger Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit als solche mit schlechteren. Noch deutlicher sind die sozialen Unterschiede im Hinblick auf die Wirksamkeit und insbesondere den Wunsch nach weiteren Maßnahmen. Hier gilt: Wer einen erhöhten Bedarf hat, also eine schlechtere Gesundheit beziehungsweise Arbeitsfähigkeit oder auch schlechtere Arbeitsbedingungen, bewertet erhaltene Maßnahmen seltener als hilfreich und wünscht sich weniger häufig (weitere) Maßnahmen.

Die Darstellung nach Berufsgruppen in Tabelle 2 hilft, dies zu konkretisieren: Viele Berufsgruppen, die als besonders präventionsbedürftig und vulnerabel gelten können, erhalten weniger häufig Maßnahmen und finden sich daher in der unteren Tabellenhälfte. Nicht-manuelle Berufsgruppen rangieren dagegen eher oben. Hier kommen vermutlich soziale und psychologische Mechanismen ins Spiel: Das Vermögen höher qualifizierter Beschäftigter, den eigenen Maßnahmenbedarf zu äußern, könnte beispielsweise den hohen Rang von



## ” Viele Berufsgruppen, die als besonders vulnerabel gelten, erhalten weniger häufig Maßnahmen.“

Beschäftigten in der Geschäftsführung erklären. Dagegen kann für die sieben Berufsgruppen am unteren Ende der Tabelle 2 angenommen werden, dass die Äußerung von Maßnahmenbedarf und weiterer eigener Interessen gegenüber dem Arbeitgeber oder der Arbeitgeberin weniger erlernt ist. Dies entspricht weniger dem eigenen Rollenverständnis und/oder ist möglicherweise mit einem erhöhten Risiko von negativen Sanktionen durch den Arbeitgeber beziehungsweise die Arbeitgeberin verbunden.

Baldrige und Veiga<sup>[9]</sup> haben untersucht, warum Menschen mit Behinderungen in den USA ihr Recht auf Unterstützungsmaßnahmen häufig nicht wahrnehmen. Sie kommen zu dem Schluss, dass die Bereitschaft, solche Maßnahmen einzufordern, maßgeblich von persönlichen, normativen Überzeugungen beeinflusst wird. Insbesondere spielen wahrgenommene persönliche Risiken und Kosten eine zentrale Rolle – dazu zählen die Angst vor negativen Reaktionen, Imageverlust oder Stigmatisierung durch die Offenlegung gesundheitlicher oder funktionaler Einschränkungen sowie potenzielle rechtliche Konsequenzen. Auch die Wahrnehmung von Unfairness und Unzuverlässigkeit im Umsetzungsprozess sowie die Sorge vor rechtlichen Nachteilen können hier Einfluss nehmen. Diese potenziellen Kosten werden von den Betroffenen gegen den erwarteten Nutzen der Maßnahmen abgewogen.

### Schlussfolgerungen

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit mit

15,4 Prozent in zwölf Monaten bei älteren Beschäftigten in Deutschland nur selten erfolgten. Aber offenbar können diese Maßnahmen eine erhebliche Wirksamkeit entfalten, denn 93 Prozent aller, die Maßnahmen erhalten haben, bewerteten diese als hilfreich. Der subjektive Bedarf ist groß, 64 Prozent aller älteren Beschäftigten wünschen sich solche Maßnahmen. Selbst bei denen, die solche in den zurückliegenden zwölf Monaten bereits erhalten hatten, waren es noch 60 Prozent. Dass der Bedarf nach Maßnahmen üblicherweise größer ist als das Angebot, ist aus der wissenschaftlichen Literatur bekannt.<sup>[10]</sup> Die aus Präventionssicht entscheidende Frage ist also: Warum ist dieser große Bedarf trotz der hohen Wirksamkeit weitgehend ungedeckt?

### Ungleichheiten bei Erhalt, Wirksamkeit und Wunsch

Der Zugang zu Maßnahmen wie auch deren Wirksamkeit hängen offenbar stark von verschiedenen Faktoren ab, darunter körperliche Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, Gesundheitskultur und Führungsqualität. Damit zeigt diese Studie, dass strukturelle und kulturelle Faktoren in Betrieben eine entscheidende Rolle spielen. Beschäftigtengruppen und Berufe mit geringer Verhandlungsmacht scheinen benachteiligt zu sein, was auf strukturelle Ungleichheiten schließen lässt. Frühere Forschungsergebnisse weisen auch auf die Beteiligung psychologischer Mechanismen beim Wunsch und bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen.<sup>[11]</sup>

### Präventionspotenzial und Herausforderungen

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass präventive Maßnahmen – sofern sie ergriffen werden – in den meisten Fällen hilfreich und sinnvoll sind. Dies trifft sowohl auf gesundheitlich eingeschränkte Beschäftigte als auch auf Personen mit guter Gesundheit zu. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit eines individuenzentrierten Ansatzes, der die Zusammenarbeit vieler Akteure aus betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz erfordert. Allerdings neh-

men Führungskräfte hier eine Schlüsselrolle ein. Eine besondere Herausforderung der Prävention ist es zudem, dass der Erhalt von Maßnahmen offenbar oft von der Fähigkeit und Möglichkeit abhängt, den eigenen Bedarf zu artikulieren. Vor allem Beschäftigte in besonders belastenden Berufen oder mit geringem Zugang zu Führungskräften scheinen hier im Nachteil zu sein.

Mehrere Ansatzpunkte für die betriebliche Präventionsarbeit lassen sich ableiten:

- **Verbesserung des Zugangs:** Maßnahmen sollten breiter verfügbar gemacht werden, insbesondere in kleinen Betrieben, für Beschäftigte mit wechselnden Arbeitsorten und nicht zuletzt für Beschäftigte mit geringer Verhandlungsmacht.
- **Sensibilisierung von Führungskräften:** Führungskräfte sollten sich ihrer aktiven Rolle bewusst sein, die häufig zur Initiierung und Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit bei Beschäftigten erforderlich ist. Sie sollten auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugehen und dabei deren Bedenken und Hemmungen verstehen, Maßnahmen nachzufragen.
- **Förderung der Gesundheitskultur:** Betriebe sollten ein Umfeld pflegen, in dem die Gesundheit der Beschäftigten als zentraler Wert wahrgenommen wird. Dies sollte beinhalten, dass die Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit einen selbstverständlichen Teil des betrieblichen Handelns darstellt. Durch eine Kultur, die den offenen Dialog über Anpassungsbedürfnisse fördert, profitieren sowohl die betroffenen Beschäftigten als auch die Organisation als Ganzes.<sup>[12]</sup>
- **Präventiver Fokus:** Maßnahmen sollten nicht nur reaktiv, sondern proaktiv umgesetzt werden, um viele Beschäftigte und insbesondere solche mit dem größten Bedarf zu erreichen. Dies gilt für primär- wie sekundärpräventive Maßnahmen.

	„Maßnahmen erhalten“ in letzten zwölf Monaten		Gesundheit		Arbeitsfähigkeit
	Anteil		mental	körperlich	
Techniker/-innen (N = 336)		22 %			
Steuerberatung (N = 54)		22 %			
Verwaltungsberufe (N = 384)		22 %			
Helfer/-innen, manuell (N=56)		21 %			
Controlling/Revision (N = 211)		20 %			
Büro und Sekretariat (N = 323)		20 %			
Chemie-, Kunststoffberufe (Fachkraft) (N = 55)		20 %			
Geschäftsführung und Vorstand (N = 65)		20 %			
Forst, Gartenbau (N = 71)		20 %			
Sozialarbeit (N = 168)		20 %			
Chemie/Physik/Naturwiss. (N = 67)		19 %			
Werbefachleute (N = 124)		19 %			
Entsorgungsberufe (N = 52)		19 %			
Kaufm., techn. Betriebswirt/-innen (Fachkraft) (N = 200)		19 %			
IT-Berufe (N = 241)		19 %			
Industrie-, Werkzeugmechanik (N = 152)		18 %			
Lagerarbeiter/-innen (N = 158)		18 %			
Krankenpflege (N = 313)		17 %			
Feinwerktechnik (N = 82)		17 %			
Mediengestaltung, Druck, Fotografie (N = 103)		17 %			
Fahrzeugbau (N = 49)		16 %			
Lehrer/-innen (ausserschulisch) (N = 124)		16 %			
Bau- und Transportgeräteführung (N = 56)		16 %			
Bank-, Versicherungsfachleute (N = 224)		16 %			
<b>Gesamt (N = 7.517)</b>		<b>15 %</b>			
Kindererziehung (N = 199)		15 %			
Sonstige kaufmännische Berufe (N = 284)		15 %			
Heilerziehungs-/Familienpflege (N = 131)		15 %			
Metallerzeugung, -bearbeitung (N = 76)		14 %			
Hausmeister/-innen (N = 83)		14 %			
Unternehmensorg. und -strategie (N = 201)		14 %			
Arzt- und Praxishilfe (N = 125)		14 %			
Groß-, Einzelhandelskaufleute (N = 238)		14 %			
Objekt- und Personenschutz (N = 36)		14 %			
Ingenieure/Ingenieurinnen (N = 253)		14 %			
Hotelservice (N = 70)		13 %			
Fachkräfte in der Produktion (N = 79)		13 %			
Elektroberufe (N = 105)		12 %			
Bauberufe (Fachkraft) (N = 111)		12 %			
Berufskraftfahrende Lkw (N = 103)		12 %			
Koch/Köchin (N = 79)		11 %			
Medizinisches Laboratorium und Pharmazie (N = 72)		11 %			
Altenpflege (N = 110)		11 %			
Publizistische Berufe (N = 56)		11 %			
nicht ärztliche Heilkunde (N = 122)		11 %			
Sicherheit/Brandschutz (N = 47)		11 %			
Akad. Professionen, Arbeit m. Menschen (N = 118)		10 %			
Lehrer/-innen (Schule) (N = 171)		10 %			
Holzverarbeitung (N = 61)		10 %			
Post und Zustelldienste (N = 52)		10 %			
Verkauf im Einzelhandel (N = 254)		9 %			
Metall-, Anlagenbau (N = 92)		7 %			
Reinigung (N = 118)		6 %			
Gastronomie (N = 46)		4 %			
Berufskraftfahrende – nicht Lkw (N = 67)		3 %			

Tabelle 2: Anteile derer, die in den letzten zwölf Monaten in ihrem Betrieb „Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit“ erhalten haben – bei 7.517 Beschäftigten der IliDA Erhebungswelle 2022/2023 nach Berufsgruppe. Zur Orientierung werden in den drei rechten Spalten die Ausprägungen der Gruppenwerte für die körperliche Gesundheit (SF12-PCS), die mentale körperliche Gesundheit (SF12-MCS) sowie für die Arbeitsfähigkeit (Dimension 2 des WAI) angedeutet. Die Farben der Felder zeigen an, ob die jeweiligen Gruppenmittelwerte eher günstig (grün), neutral (gelb) oder ungünstig (rot) ausgeprägt sind.




- **Sensibilisierung von Betrieben:** Übergreifende Institutionen sollten Strategien entwickeln, um Verantwortliche in möglichst vielen Betrieben gezielt anzusprechen und sie umfassend über die erheblichen Potenziale betrieblicher Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit aufzuklären.

Dieser Beitrag zeigt, dass insbesondere in Zeiten älter werdender Belegschaften das wirkungsvolle Präventionsinstrument „Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit“ das Potenzial hat, in größerem Umfang als bisher Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu fördern, so zu mehr Lebensqualität und Beschäftigung beizutragen und

gleichzeitig auch soziale Ungleichheiten in der Prävention zu reduzieren.

### Förderhinweis

Das Projekt wird gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund, Förderkennzeichen 0421/40-64-50-78). 

### Fußnoten

[1] Dettmann, M.; Hasselhorn, H. M. (2020): Stay at work – Erhalt von und Wunsch nach betrieblichen Maßnahmen bei älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen in Deutschland. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, 70(2), S. 66–75; <https://doi.org/10.1007/s40664-019-00378-2> (abgerufen am 17.12.2024).

[2] Vgl: Anand, P.; Sevak, P. (2017): The role of workplace accommodations in the employment of people with disabilities. In: IZA Journal of Labor Policy, 6(1), S. 12; <https://doi.org/10.1186/s40173-017-0090-4> (abgerufen am 17.12.2024); Boot, C. R. L.; van den Heuvel, S. G.; Bültmann, U.; de Boer, A. G. E. M.; Koppes, L. L. J.; van der Beek, A. J. (2013): Work adjustments in a representative sample of employees with a chronic disease in the Netherlands. In: Journal of Occupational Rehabilitation, 23(2), S. 200–208; Dettmann, M.; Hasselhorn, H. M. (2020): Stay at work – Erhalt von und Wunsch nach betrieblichen Maßnahmen bei älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen in Deutschland. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, 70(2), S. 66–75; <https://doi.org/10.1007/s40664-019-00378-2> (abgerufen am 17.12.2024); Nevala, N.; Pehkonen, I.; Koskela, I.; Ruusuvaari, J.; Anttila, H. (2015): Workplace accommodation among persons with disabilities: A systematic review of its effectiveness and barriers or facilitators. In: Journal of Occupational Rehabilitation, 25(2), S. 432–448; Padkapayeva, K.; Posen, A.; Yazdani, A.; Buettgen, A.; Mahood, Q.; Tompa, E. (2017): Workplace accommodations for persons with physical disabilities: Evidence synthesis of the peer-reviewed literature. In: Disability and Rehabilitation, 39(21), S. 2134–2147; Teborg, S.; Hünefeld, L.; Gerdes, T. S. (2024): Exploring the working conditions of disabled employees: A scoping review. In: Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 19(1), S. 2.

[3] Anand, P.; Sevak, P. (2017): The role of workplace accommodations in the employment of people with disabilities. In: IZA Journal of Labor Policy, 6(1), S. 12; <https://doi.org/10.1186/s40173-017-0090-4> (abgerufen am 17.12.2024); Boot, C. R. L.; van den Heuvel, S. G.; Bültmann, U.; de Boer, A. G. E. M.; Koppes, L. L. J.; van der Beek, A. J. (2013): Work adjustments in a representative sample of employees with a chronic disease in the Netherlands. In: Journal of Occupational Rehabilitation, 23(2), S. 200–208; Vooijs, M.; Leensen, M. C. J.; Hoving, J. L.; Daams, J. G.; Wind, H.; Frings-Dresen, M. H. W. (2015): Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: A systematic review. In: International Archives of Occupational and Environmental Health, 88, S. 1015–1029; <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1025-2> (abgerufen am 17.12.2024).

[4] Boot, C. R. L.; van den Heuvel, S. G.; Bültmann, U.; de Boer, A. G. E. M.; Koppes, L. L. J.; van der Beek, A. J. (2013): Work adjustments in a representative sample of employees with a chronic disease in the Netherlands. In: Journal of Occupational Rehabilitation, 23(2), S. 200–208.

[5] Dettmann, M.; Hasselhorn, H. M. (2020): Stay at work – Erhalt von und Wunsch nach betrieblichen Maßnahmen bei älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen in Deutschland. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, 70(2), S. 66–75; <https://doi.org/10.1007/s40664-019-00378-2> (abgerufen am 17.12.2024).

[6] Boot, C. R. L.; van den Heuvel, S. G.; Bültmann, U.; de Boer, A. G. E. M.; Koppes, L. L. J.; van der Beek, A. J. (2013): Work adjustments

in a representative sample of employees with a chronic disease in the Netherlands. In: Journal of Occupational Rehabilitation, 23(2), S. 200–208.

[7] Dettmann, M.; Hasselhorn, H. M. (2020): Stay at work – Erhalt von und Wunsch nach betrieblichen Maßnahmen bei älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen in Deutschland. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, 70(2), S. 66–75; <https://doi.org/10.1007/s40664-019-00378-2> (abgerufen am 17.12.2024).

[8] Hasselhorn, H. M.; du Prel, J. B.; Borchart, D.; Ebener, M. (2024): Arbeiten mit Krankheit jenseits der 50 – vieles ist möglich: Ergebnisse der lidA-Studie und Impulse für Betriebe. Broschüre. Fachgebiet Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal; <https://uni-w.de/7xk6h> (abgerufen am 17.12.2024).

[9] Baldrige, D.; Veiga, J. F. (2001): Toward a greater understanding of the willingness to request an accommodation: Can requesters' beliefs disable the Americans with Disabilities Act? In: Academy of Management Review, 26(1), S. 85–99.

[10] Boot, C. R. L.; van den Heuvel, S. G.; Bültmann, U.; de Boer, A. G. E. M.; Koppes, L. L. J.; van der Beek, A. J. (2013): Work adjustments in a representative sample of employees with a chronic disease in the Netherlands. In: Journal of Occupational Rehabilitation, 23(2), S. 200–208.; McDowell, C.; Fossey, E. (2015): Workplace accommodations for people with mental illness: A scoping review. In: Journal of Occupational Rehabilitation, 25(2), S. 197–206; <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9512-y> (abgerufen am 17.12.2024).

[11] Baldrige, D.; Veiga, J. F. (2001): Toward a greater understanding of the willingness to request an accommodation: Can requesters' beliefs disable the Americans with Disabilities Act? In: Academy of Management Review, 26(1), S. 85–99.

[12] Baldrige, D.; Veiga, J. F. (2001): Toward a greater understanding of the willingness to request an accommodation: Can requesters' beliefs disable the Americans with Disabilities Act? In: Academy of Management Review, 26(1), S. 85–99.

[13] Hasselhorn, H. M.; Peter, R.; Rauch, A. et al. (2014): Cohort profile: The lidA Cohort Study – a German cohort study on work, age, health and work participation. In: International Journal of Epidemiology, 43(6), S. 1736–1749; <https://doi.org/10.1093/ije/dyu021> (abgerufen am 17.12.2024); Ebener, M.; Garthe, N.; Hasselhorn, H. M. (2023): Warum wollen ältere Beschäftigte früh in die Rente? Ergebnisse der lidA-Kohortenstudie aus 2022/23. Broschüre. Fachgebiet Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal; [https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Brosch%C3%BCre\\_und\\_Flyer/vollst%C3%A4ndigeligidA-Brosch%C3%BCreWelle4.pdf](https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Brosch%C3%BCre_und_Flyer/vollst%C3%A4ndigeligidA-Brosch%C3%BCreWelle4.pdf) (abgerufen am 9.1.2025).

[14] Hasselhorn, H. M.; du Prel, J. B.; Borchart, D.; Ebener, M. (2024): Arbeiten mit Krankheit jenseits der 50 – vieles ist möglich: Ergebnisse der lidA-Studie und Impulse für Betriebe. Broschüre. Fachgebiet Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal; <https://uni-w.de/7xk6h> (abgerufen am 17.12.2024).

[15] In Anlehnung an: Boot, C. R. L.; van den Heuvel, S. G.; Bültmann, U.; de Boer, A. G. E. M.; Koppes, L. L. J.; van der Beek, A. J. (2013): Work adjustments in a representative sample of employees with a chronic disease in the Netherlands. In: Journal of Occupational Rehabilitation, 23(2), S. 200–208.