

Gesundheit und Arbeitsfähigkeit als Prädiktoren von „Gedanken an vorzeitige Erwerbsaufgabe“ in der lidA(leben in der Arbeit)-Kohortenstudie – Vergleich zwischen Berufsgruppen im Längsschnitt

Hans Martin HASSELHORN, Daniela BORCHART, Melanie EBENER,
Jean-Baptist DU PREL

*Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft,
Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik,
Bergische Universität Wuppertal
Gaußstraße 20, D-42119 Wuppertal*

Kurzfassung: Die Lebensarbeitszeit wird in Deutschland vermutlich weiter zunehmen. Faktoren, die zum vorzeitigen Erwerbsausstieg beitragen, werden damit gesellschaftlich immer bedeutsamer. *Gesundheit* bzw. *Arbeitsfähigkeit* spielen hier zentrale, aber differenziert zu betrachtende Rollen. An 4035 Arbeitnehmern der deutschen lidA-Studie wird mittels logistischer Regression longitudinal untersucht, ob schlechte *Gesundheit* bzw. niedrige *Arbeitsfähigkeit* bei statushöheren Erwerbsgruppen eher kompensiert werden können und sich weniger auf die subjektive Erwerbsperspektive (Gedanken an den vorzeitigen Erwerbsausstieg) auswirken. Unsere Annahmen bezüglich dieser statusgruppenspezifischen Unterschiede bestätigten sich nicht.

Schlüsselwörter: Arbeit, Alter, Erwerbsteilhabe, Gesundheit, Arbeitsfähigkeit, Berufsgruppe

1. Einleitung

In Zeiten zunehmenden Bedarfs an Arbeitskraft (siehe Hasselhorn & Ebener in diesem Band) stellt sich die Frage, welche Faktoren bei welchen Berufsgruppen zum vorzeitigen Erwerbsausstieg beitragen. *Gesundheit* und *Arbeitsfähigkeit* spielen hier zentrale Rollen (Hasselhorn et al. 2015, van den Heuvel & de Wind 2015, Takala & Seitsamo 2015), doch die Einflüsse dieser Faktoren auf die Erwerbsteilhabe sind differenziert zu betrachten. So weisen Hochrechnungen von Hasselhorn & Müller (2014) darauf hin, dass hierzulande in der Altersgruppe von 51 bis 65 Jahren knapp drei Millionen Erwerbstätige über eine „mäßige“ bis „sehr schlechte“ Gesundheit verfügen, während in derselben Altersgruppe zeitgleich ebenfalls etwa drei Millionen Personen mit „guter“ bzw. „sehr guter“ Gesundheit nicht mehr erwerbstätig sind (Selbstbericht, Datenanalysen auf Basis von GEDA 2009 und 2010). Die Gründe für diesen scheinbaren Widerspruch sind vielfältig (Hasselhorn et al. 2015) und noch nicht umfassend aufbereitet.

Die deutsche lidA-Studie („leben in der Arbeit“, www.lida-studie.de) kann hier einen Beitrag leisten. Diese Studie untersucht Langzeiteffekte der Arbeit auf Gesundheit und Erwerbsteilhabe einer älter werdenden Erwerbsbevölkerung in Deutschland aus interdisziplinärer Sicht (Arbeits- und Sozialwissenschaften, Arbeitsmarktforschung) (Hasselhorn et al. 2014). Mithilfe von Daten der lidA-Alterskohorten (Geburtsjahre 1959 bzw. 1965) verfolgen wir in diesem Beitrag

folgende Fragestellungen: Wir nehmen an, dass sich sowohl (schlechte) *Gesundheit* als auch (niedrige) *Arbeitsfähigkeit* bei drei beruflichen Gruppen mit unterschiedlichem sozioökonomischem Status (niedrig, mittel, hoch) unterschiedlich auf das Auftreten von „Gedanken an den vorzeitigen Erwerbsausstieg“ auswirken. Dies begründen wir mit der Annahme, dass Erwerbsgruppen mit höherem sozioökonomischem Status mehr Ressourcen zur Verfügung haben, um ggf. schlechte *Gesundheit* zu kompensieren, so dass diese sich nicht / weniger auf die Arbeitstätigkeit und damit subjektive Erwerbsperspektive auswirkt (Resilienz). Bezüglich (schlechter) *Arbeitsfähigkeit* gehen wir von einem abgeschwächten sozioökonomischen Gradienten aus, da sich dieses Konstrukt direkt auf die Arbeitstätigkeit des Beschäftigten bezieht und damit Faktoren der Resilienz bereits in die subjektive Bewertung eingegangen sind.

2. Methoden

2.1 Verwendete Variablen

Arbeitsfähigkeit ist nach unserem Verständnis dann gegeben, wenn die individuellen Ressourcen eines Beschäftigten mit den Anforderungen seiner Arbeit in Einklang stehen. Zu den Ressourcen zählen neben der Gesundheit die funktionale Kapazität, Kenntnisse (u. a. Qualifikationen) und Kompetenzen der Beschäftigten. Wenn hier Einschränkungen vorliegen (z. B. gesundheitliche), können gut angepasste Arbeitsbedingungen diese ggf. kompensieren. *Arbeitsfähigkeit* wurde erfasst mittels zwei Fragen (Dimension 2 des Work Ability Index, Hasselhorn & Freude 2007): Wie schätzen Sie Ihre derzeitige *Arbeitsfähigkeit* in Bezug auf die *körperlichen* (2. Frage: psychischen) *Arbeitsanforderungen* ein? Antwortoptionen waren „sehr gut“, „eher gut“, „mittelmäßig“, „eher schlecht“, „sehr schlecht“. Die Angaben wurden gewichtet (siehe Hasselhorn & Freude 2007) und in drei Gruppen geteilt: *niedrig* (Wert < 8), *mittel* (8-8,5) und *hoch* (9-10, *Referenzkategorie*)

Allgemeine Gesundheit wurde mittels einer international etablierten Einzelfrage aus dem SF12 erfasst: „Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“. Die Antworten wurden in drei Gruppen zusammengefasst: „sehr gut“/„gut“ (*Referenzkategorie*), „zufriedenstellend“, „schlecht“/„sehr schlecht“.

Der Endpunkt *Gedanken an eine vorzeitige Erwerbsaufgabe* (GvE) wurde anhand der Frage: „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten daran gedacht, Ihre Erwerbstätigkeit vollständig aufzugeben?“ erfasst. Das 5-stufige Antwortformat „nie“, „einige Male im Jahr“, „einige Male im Monat“, „einige Male pro Woche“ und „jeden Tag“ wurde für diese Analysen dichotomisiert: Personen, die „mindestens einige Male im Monat“ an den Erwerbsausstieg dachten (künftig mit „häufig“ umschrieben), wurden denen gegenüber gestellt, die dies seltener taten.

Die Zugehörigkeit zum *Berufsstatus* wurde gemäß der beruflichen Tätigkeit, bzw. Professionalisierung in drei Status-Kategorien unterteilt: „*hoch qualifiziert*“ (z. B. Manager, Professionals, Ingenieure) vs. „*mittel qualifiziert*“ (z. B. qualifizierte Dienste, Semiprofessionen) vs. „*niedrig qualifiziert*“ (ungelernte, einfache Tätigkeiten, Ausbildungen). Diese Zuordnung basiert auf einer Zusammenfassung der Klassifikation beruflicher Professionen nach Blossfeld (1985) unter Berücksichtigung der Validierungsuntersuchung zur Europäischen Sozioökonomischen Klassifikation (ESeC) von Wirth et al. (2009).

2.2 Daten und Analysemethode

Daten von insgesamt 4035 sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten, die 2011 (t1) und 2014 (t2) an der deutschen lidA-Studie (www.lida-studie.de) teilgenommen hatten und für die gültige Werte für GvE für t2 vorlagen, wurden verwendet. Teilnehmer waren Personen der Geburtskohorten 1959 und 1965. Sie wurden zu Hause interviewt (CAPI, mehr zur Methodik der lidA-Studie siehe bei Hasselhorn et al. 2014). Mittels logistischer Regression wurde der prädiktive Wert von *Gesundheit* bzw. *Arbeitsfähigkeit* (t1, WAI Dimension 2, Tertile) auf GvE (t2) untersucht. Analysen wurden stratifiziert nach Geschlecht und den drei Berufsstatusgruppen. Eine Complete Case Analyse kam zur Anwendung. Für die Analysen wurde SPSS Version 22 verwendet.

Tabelle 1: Teilnehmer an beiden Wellen (t1,2011 und t2,2013) der lidA-Studie nach Geschlecht, Geburtskohorte und beruflichem Status (n=4035)

Gruppe		Anzahl [n]	Anteil [gültige Prozent]
Frauen		2191	54,3 % aller Fälle
Männer		1844	45,7 % aller Fälle
Frauen - Kohorte	# 1 (*1959)	1002	24,8 % aller Fälle
	# 2 (*1965)	1189	29,5 % aller Fälle
Männer - Kohorte	# 1 (*1959)	807	20 % aller Fälle
	# 2 (*1965)	1037	25,7 % aller Fälle
Frauen - Berufsstatus	niedrig	576	26,4 % aller Frauen
	mittel	1360	62,3 % aller Frauen
	hoch	247	11,3 % aller Frauen
Männer- Berufsstatus	niedrig	864	47 % aller Männer
	mittel	426	23 % aller Männer
	hoch	547	30 % aller Männer

3. Ergebnisse

Die Daten von 4035 Teilnehmern konnten verwendet werden, die Verteilung nach Geschlecht und beruflichem Status ist in Tabelle 1 dargestellt. 582 aller Befragten (14,4 %) berichteten zu t2 GvE, 11,7% der Frauen und 17,6% der Männer und die ältere Kohorte häufiger (19,0%) als die jüngere (10,7%).

Die Ergebnisse der Analysen sind grafisch in Abbildung 1 dargestellt. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit zeigte sich, dass Frauen (Abb. 1a) mit niedriger Arbeitsfähigkeit im Jahr 2011 ein bis zu fünf-fach erhöhtes „Risiko“ (i. S. v. OR) hatten, drei Jahre später *häufig* an den vorzeitigen Erwerbsausstieg zu denken. Dies zeigte sich für alle drei Berufsstatusgruppen, insbesondere aber für die Gruppe mit hohem Status, allerdings dort nicht signifikant (siehe Fehlerbalken, die das 95%-Konfidenzintervall anzeigen). Bei Männern (Abb. 1b) zeigte sich ein ganz ähnliches Bild, wenn auch in abgeschwächter Form.

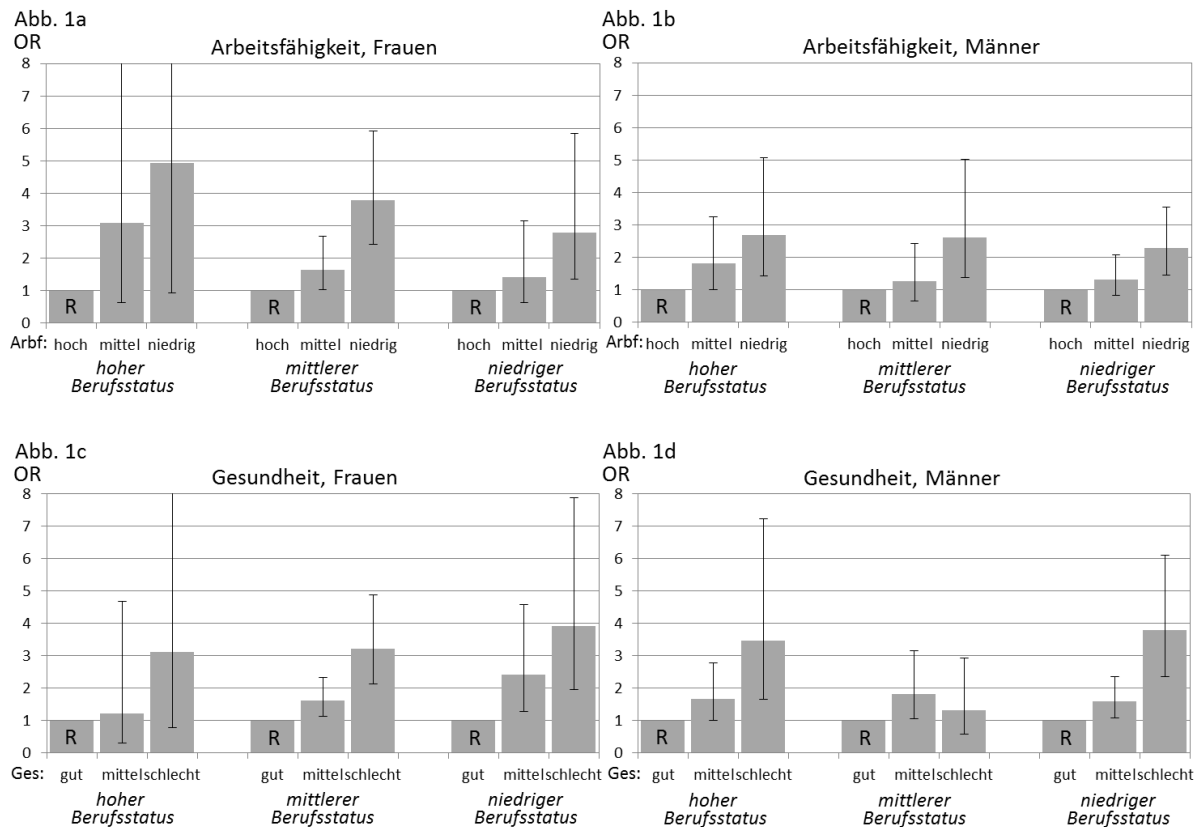


Abbildung 1: Odds Ratios für Gedanken an vorzeitige Erwerbsaufgabe im Jahr 2014 bei Frauen und Männern in Abhängigkeit vom Berufsstatus und Arbeitsfähigkeit (Abb. 1a und 1b) bzw. selbst berichteter Gesundheit (Abb. 1c und 1d) drei Jahre zuvor. Referenzgruppen (R) sind jeweils die Gruppen mit hoher Arbeitsfähigkeit bzw. (sehr) guter Gesundheit. Die Fehlerbalken zeigen das 95%-Konfidenzintervall der Odds Ratios an.

Auch die Befunde bezüglich der Gesundheit weisen auf einen klaren Gradienten hin: je schlechter die Gesundheit, desto mehr Personen denken *häufig* an den vorzeitigen Erwerbsausstieg. Im Gegensatz zur Arbeitsfähigkeit ist bei diesen Befunden kein Größenunterschied mehr zwischen den Berufsstatusgruppen und auch nicht zwischen Frauen (Abb. 1c) und Männern (Abb. 1d) auszumachen. Lediglich das Ergebnismuster der Gruppe der Männer mit mittlerem Berufsstatus fällt aus dem Rahmen, obwohl sie mit 428 Personen nicht gering besetzt war.

4. Diskussion

Ausgangspunkt unserer Analysen war die Annahme, dass sich berufliche Status-Gruppen im höheren Erwerbsalter unterscheiden bezüglich des Zusammenhangs von Gesundheit einerseits und Gedanken an den vorzeitigen Erwerb Austritt andererseits. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit erwarteten wir diesen Gradienten in geringerem Ausmaß.

Die Ergebnisse bestätigen unsere erste Annahme nicht. Egal, welchem Berufsstatus man zuzuordnen ist: wenn die eigene Gesundheit als schlecht bewertet wird, dann scheint das Risiko für Gedanken an vorzeitige Erwerbsaufgabe (nach drei Jahren) deutlich zu steigen. Dies spricht primär nicht dafür, dass Gruppen mit höherem Berufsstatus im Krankheitsfall vermehrt Kompensationsmechanismen

nutzten, die ihnen mehr als andere Berufsgruppen bei ihrer Arbeit zur Verfügung stehen müssten. Hier wäre zum Beispiel an *Entscheidungsspielraum* zu denken oder an die im Baltes'schen SOC-Modell zentralen Mechanismen der *Selektion, Optimierung und Kompensation* (Freund & Baltes 2002). Müller et al. (2013) konnten zeigen, dass bei älteren Beschäftigten der negative Gesundheitseffekt auf den beabsichtigten Erwerbsverbleib durch SOC abgeschwächt werden konnte. Es ist bekannt, dass Berufsgruppen mit höherem Status gerade im höheren Alter über einen deutlich besseren Gesundheitszustand verfügen (Burr et al. 2013) und in aller Regel länger im Erwerbsleben verbleiben als Gruppen mit niedrigerem Status (in Schweden machen solche Unterschiede bis zu 5 Jahre aus, Hasselhorn & Apt 2015). Doch dies widerspricht nicht unseren Ergebnissen, denn selbst wenn schlechte Gesundheit bei Berufsgruppen mit höherem Status seltener eintritt, so scheint sie – wenn sie denn eintritt – dennoch eine ähnlich ausgeprägte Wirkung auf die subjektive Erwerbsperspektive auszuüben wie in den übrigen Gruppen. Hinweise auf eine erhöhte Resilienz gegenüber schlechter Gesundheit in Bezug auf die Erwerbsperspektive konnten wir also für diese Gruppe mit hohem Berufsstatus nicht finden.

Für die vom allgemeinen Trend abweichenden Befunde für die Männer mit mittlerem Berufsstatus (Abb. 1d) können wir hier keine Erklärung finden, sie bedürfen vertiefender Analysen.

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit fanden wir ein ähnliches Muster: wenn die Arbeitsfähigkeit als niedrig bewertet wurde, war das Risiko, drei Jahre später vermehrt an die vorzeitige Erwerbsaufgabe zu denken, erhöht – unabhängig vom Berufsstatus. Dies ist insofern erwartungskonform, als die Arbeitsfähigkeit als Passung der individuellen Ressourcen mit den Anforderungen der Arbeit verstanden werden kann. Berufsgruppen mit höherem Status berichten häufig bessere Arbeitsfähigkeit als Gruppen mit geringerem Status (Hasselhorn & Freude 2007). Wenn Personen mit höherem Berufsstatus dennoch eine niedrige Arbeitsfähigkeit berichten, dann dürften Kompensations-Versuche bereits (vergeblich?) erfolgt sein, also Versuche, die Passung der eigenen Ressourcen und der Arbeitsanforderungen herzustellen.

Als Limitationen dieser Untersuchung sind zu nennen deren primär explorativer Charakter, die z. T. kleinen Fallzahlen in den zu vergleichenden Gruppen (z. B. statushohe Frauen mit subjektiv schlechter Gesundheit), die Messung des Zusammenhangs über nur zwei Messzeitpunkte und die Möglichkeit des selektiven Untersuchungskollektivs (es wurden nur Befragte berücksichtigt, die an beiden Erhebungswellen teilgenommen haben). Nicht auszuschließen ist, dass Befragte der Welle 1 an Welle 2 gesundheitsbedingt nicht mehr teilgenommen haben. Schließlich ist nicht auszuschließen, dass es durch die Complete Case Analyse zu möglichen Verzerrungen durch item-nonresponse kommt.

Unsere Ergebnisse geben keine Hinweise auf einen Einfluss des Berufsstatus auf die Häufigkeit von Gedanken an vorzeitige Erwerbsaufgabe bei schlechter Gesundheit bzw. Arbeitsfähigkeit. Dass solche Gedanken prädiktiv für folgende vorzeitige Berentung wegen Erwerbsminderung sein können, haben Harkonmäki et al. (2009) mit finnischen Daten gezeigt. Dennoch bleibt abzuwarten, ob unsere Befunde mit dem Endpunkt GvE sich auch bestätigen, wenn wir als Endpunkt das tatsächliche Erwerbsaustrittsverhalten untersuchen. Dies wird eine Aufgabe der lidA-Studie in den kommenden Jahren sein.

5. Literatur

- Blossfeld H (1985) Bildungsexpansion und Berufschancen: empirische Analysen zur Lage der Berufsanfänger in der Bundesrepublik. Campus, Frankfurt, S. 68-69.
- Burr H, Kersten N, Kroll L, Hasselhorn HM (2013) Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Beruf und Alter in der Erwerbsbevölkerung. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz 56:349-358.
- Eurostat 2015. Figures from EUROSTAT Data Explorer, Employment (main characteristics and rates) - annual averages (lfsi_emp_a), http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=lfsi_emp_a (Zugriff am 15. Oktober 2015).
- Freund AM, Baltes PB (2002) Life-management strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 642-662.
- Fuchs J, Kubis A, Schneider L (2015) Zuwanderungsbedarf aus Drittstaaten in Deutschland bis 2050 - Szenarien für ein konstantes Erwerbspersonenpotenzial - unter Berücksichtigung der zukünftigen inländischen Erwerbsbeteiligung und der EU-Binnenmobilität. Gütersloh: Bertelsmann. Download unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_IB_Zuwanderungsbedarf_aus_Drittstaaten_in_Deutschland_bis_2050_2015.pdf (Zugriff am 15. Oktober 2015).
- Hasselhorn HM, Freude G (2007) Der Work Ability Index – ein Leitfaden. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, NW Verlag Bremerhaven, 2007, ISBN 978-3-86509-6, 2007, 56 Seiten.
- Hasselhorn HM, Müller BH (2014) Die (begrenzte) Rolle der Gesundheit zur Sicherung der Erwerbsteilhabe. In: Weber A, Peschkes L, de Boer W (Ed) Return to Work – Arbeit für alle - Grundlagen der beruflichen Reintegration. Gentner Verlag, Stuttgart, S. 93-102.
- Hasselhorn HM, Peter R, Rauch A et al. (2014) Cohort profile: The lidA Cohort Study – a German Cohort Study on Work, Age, Health and Work Participation. *International Journal of Epidemiology*, 2014, 1736-1749; doi: 10.1093/ije/dyu021.
- Hasselhorn HM, Ebener M, Müller BH (2015) Determinanten der Erwerbsteilhabe im höheren Erwerbsalter – das „lidA-Denkmodell zu Arbeit, Alter und Erwerbsteilhabe“. *ZSR* 61;4: 403-432.
- Hasselhorn HM, Apt W (2015) Understanding employment participation of older workers: Creating a knowledge base for future labour market challenges." Research Report. Federal Ministry of Labour and Social Affairs (BMAS) and Federal Institute for Occupational Safety and Health (BAuA). BMAS/BAuA, Berlin, 2015, 120 Seiten, http://www.jp-demographic.eu/wp-content/uploads/2015/07/JPIUEP_Brochure1.pdf (Zugriff am 22. Oktober 2015).
- Harkonmäki K, Martikainen P, Lahelma E, Pitkaniemi J, Halmeenmäki T, Silventoinen K, Rahkonen O (2009) Intentions to retire, life dissatisfaction and the subsequent risk of disability retirement. *Scandinavian Journal of Public Health* 37:252–259.
- Müller A, De Lange A, Weigl M, Oxfart C, Van der Heijden B (2013) Compensating losses in bridge employment? Examining relations between compensation strategies, health problems, and intention to remain at work. *Journal of Vocational Behavior* 83:68–77.
- Takala EP, Seitsamo J (2015) Domain: Work Ability. In: Hasselhorn HM, Apt W (Ed) Understanding employment participation of older workers: Creating a knowledge base for future labour market challenges. Research Report. Federal Ministry of Labour and Social Affairs (BMAS) and Federal Institute for Occupational Safety and Health (BAuA). BMAS/BAuA, Berlin. http://www.jp-demographic.eu/wp-content/uploads/2015/07/JPIUEP_Brochure1.pdf (Zugriff am 22. Oktober 2015).
- Van den Heuvel S, de Wind A (2015) Domain: Health and health-related behaviour. In: Hasselhorn HM, Apt W (Ed) Understanding employment participation of older workers: Creating a knowledge base for future labour market challenges. Research Report. Federal Ministry of Labour and Social Affairs (BMAS) and Federal Institute for Occupational Safety and Health (BAuA). BMAS/BAuA, Berlin. http://www.jp-demographic.eu/wp-content/uploads/2015/07/JPIUEP_Brochure1.pdf (Zugriff am 22. Oktober 2015).
- Wirth H, Gresch C, Müller W, Pollak R, Weiss F (2009) Validating the ESeC-scheme as operationalization of social class: The case of Germany. Mannheim: 2009 (Arbeitspapiere - Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung; 119) ISSN 1437-8574.