

Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe

Ein Modell

In den zurückliegenden Jahrzehnten haben Disziplinen wie die Arbeitsepidemiologie, Medizinsoziologie und Arbeitsmedizin das Themenfeld „Arbeit und Gesundheit“ immer ausführlicher wissenschaftlich beschrieben, Zusammenhänge zwischen Erwerbsarbeit und Gesundheit wurden umfassend untersucht und belegt. Hauptzielgröße war dabei meistens die Gesundheit der Beschäftigten. Wir stellen im vorliegenden Beitrag die Frage, ob diese Fokussierung angesichts des demografischen Wandels noch ausreicht.

Der demografische Wandel hat in Deutschland nun auch die Arbeitswelt erfasst: Seit 2007 steigt die Zahl der älteren sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (50+ Jahre) jährlich um gut 300.000 Personen an [1]. Betriebliche und staatliche Initiativen nehmen sich des Themas Demografie an, und Konzepte wie „Arbeitsfähigkeit“, „Erwerbsfähigkeit“ und „Erwerbsteilhabe“ gewinnen an betrieblicher, politischer und letztlich auch gesellschaftlicher Bedeutung [2]. In politischen Initiativen wird als Lösungsstrategie für die Sicherung eines ausreichenden Erwerbspotenzials mehrheitlich die Gesundheit der älteren Erwerbsbevölkerung als zentraler Faktor gewertet. Allerdings schätzt in Deutschland bereits ein Drittel der Erwerbstätigen im Alter von 55 bis 64 Jahren ihre Gesundheit als „mäßig“ bis „sehr schlecht“ ein, gleichzeitig bewertet die Hälfte der gleichaltrigen Nicht-Erwerbstätigen ihre Gesundheit als „gut“ bis „sehr gut“ [3]. Dies wirft die Frage auf, ob Gesundheit noch ein ausreichender Garant für Erwerbsteilhabe ist. Warum sind Ers-

tere noch erwerbstätig und warum Letztere nicht mehr? Treffen die Prämissen, die die Forschung zum Thema „Arbeitswelt“ bestimmen, noch zu? Ist „Gesundheit“ noch die relevante Größe oder nur einer von mehreren Faktoren im Wechselspiel zwischen Arbeit und Chancen der Erwerbsteilhabe? Hierzu stellen wir im Folgenden ein multidisziplinär orientiertes theoretisches Denkmodell vor.

Ein theoretisches Modell verkürzt komplexe reale Sachverhalte auf wesentliche Aspekte und Zusammenhänge. Ziel der Modellierung kann sein, den Fokus der Aufmerksamkeit, der Bewertung und des Handelns zu lenken. An dieser Stelle möchten wir ein Modell zum Zusammenwirken von Arbeit und Erwerbsteilhabe vorstellen, das zentrale Komponenten der bisherigen Forschung aufgreift (Arbeit, sozioökonomischer Status, Gesundheit) und diese um die Konzepte Arbeitsfähigkeit, Motivation und Erwerbsteilhabe erweitert. Vor dem Hintergrund der demografisch bedingten Alterung der Erwerbsbevölkerung sind unsere Ziele, Folgendes anzuregen:

1. den Fokus der Arbeitsforschung auszuweiten in Richtung Erwerbsteilhabe, was die Konstrukte „Arbeitsfähigkeit“ und „Arbeitsmotivation“ einschließt,
2. „Gesundheit“ als Zwischengröße, aber nicht notwendigerweise als entscheidende Größe zu betrachten und
3. die hierbei ebenfalls zentralen Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Arbeit zu berücksichtigen.

Im Modell wird davon ausgegangen, dass die Erwerbsteilhabe älterer Personen bis 65 Jahre nicht direkt durch die Gesundheit bestimmt wird. Direkte Einflussfaktoren sind vielmehr die Arbeitsfähigkeit und die Motivation, erwerbstätig zu sein, 2 Faktoren, die auch – aber nicht nur – von der Gesundheit beeinflusst werden. Stattdessen nehmen wir an, dass Arbeitsfähigkeit und Motivation auch entscheidend von der Arbeit bestimmt werden. Die Gesundheit wird in unserem Modell als das Resultat sowohl des Lebensstils als auch der Arbeit gesehen, 2 Faktoren, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Sozialstatus stehen.

Der Arbeitsmarkt und die Gesetzgebung spielen im Prozess des Erwerbsausstiegs selbstverständlich auch eine Rolle; sie können den Erwerbsaustritt (gerade Älterer) forcieren oder hemmen. Unser Modell basiert allerdings auf der begründeten Annahme, dass es künftig in Deutschland einen deutlich vermehrten Arbeitskräftebedarf geben wird [4] und dass damit auch ältere Arbeitnehmer in zunehmendem Maße nachgefragt werden. Wir gehen also davon aus, dass die Entscheidung zur vorzeitigen Aufgabe der Erwerbstätigkeit in Zukunft eher eine Frage von Abwägungen aufseiten des Erwerbstätigen und nicht von äußeren, betrieblichen, gesamtwirtschaftlichen oder politischen Einflussnahmen ist.

Die Gesundheit von Personen im Erwerbsalter ist eine wichtige individuelle, aber auch gesellschaftliche Ressource. Im vorliegenden Beitrag interessiert zunächst die Kausalität, d. h. die Frage, wodurch der

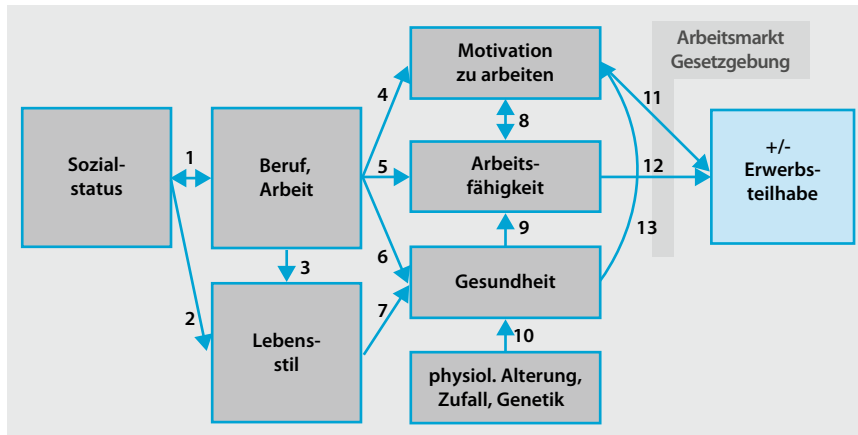


Abb. 1 ▲ Modell zum Zusammenhang von „Arbeit, Gesundheit und Erwerbsteilhabe“. Die Zahlen bezeichnen die Pfade (s. Text)

Gesundheitsstatus von Erwerbstätigen beeinflusst wird. Als zentrale Faktoren werden hier die Arbeitsbedingungen, der sozioökonomische Status sowie der Lebensstil angenommen. Erst im darauf folgenden Abschnitt „Erwerbsteilhabe“ diskutieren wir die Konsequenzen, die schlechte Gesundheit – neben anderen Faktoren – für die Arbeitsfähigkeit, Arbeitsmotivation und letztendlich Erwerbsteilhabe hat. Wir gehen davon aus, dass Gesundheit den Erwerbsverbleib nicht direkt beeinflusst, sondern – anhängig von geltenden Regularien – den Erwerbsaustritt über die Arbeitsfähigkeit und die Arbeitsmotivation beeinflussen wird.

Determinanten der Gesundheit Beschäftigter

Ein Ergebnis des bekannten britischen Reviews von Wadell und Burton „Is work good for your health and well-being?“ aus dem Jahr 2006 lautet: „There is a strong evidence base showing that work is generally good for physical and mental health and well-being“ [5]. Dies gelte für Gesunde, zahlreiche Erwerbstätige mit Behinderung und die meisten Menschen mit allgemeinen Gesundheitsproblemen, für die Arbeit auch eine therapeutische Funktion haben könne. Befragungsergebnisse des iga-Barometers 2010 unterstützen diese Einschätzung: In dieser repräsentativen telefonischen Befragung von etwa 2000 Erwerbstätigen meinten 86,1% der Frauen und 76,8% der Männer, dass ihre Arbeit sie „fit“ halte. Bei älteren Befragten war der Anteil noch höher als bei jün-

geren [6]. Ansätze medizinsoziologischer Forschung unterstreichen, dass Arbeit nicht nur eine Quelle potenziell gesundheitsgefährdender Belastungen ist, sondern auch einen wichtigen Beitrag zur sozialen Identität, zur Selbstwertschätzung und damit zum individuellen Wohlbefinden und zur Gesundheit leistet ([7]; Pfad 6 in **Abb. 1**).

Im wissenschaftlichen Fokus stehen allerdings weniger die positiven, sondern die negativen Effekte von Arbeit (die auch Wadell und Burton nicht ausschließen [5]). Zwei Studien machen diesbezüglich möglichen Größenordnungen deutlich: Nurminen et al. [8] haben 2001 epidemiologische Erkenntnisse auf finnische Todesfallregisterdaten aus dem Jahr 1996 angewendet und errechnet, dass in Finnland 7% aller Todesfälle im Erwerbsalter (und 4% aller Todesfälle überhaupt) auf berufliche Expositionen zurückzuführen sind. Besonders hoch war der auf die Arbeit zurückzuführende Anteil bei Lungenkrebs (24%) und ischämischer Herzkrankheit (17%). In Dänemark haben Tüchsen et al. [9] den (statistisch) auf die Erwerbstätigkeit zurückzuführenden Anteil von Krankenhausbehandlungen für die Erwerbsbevölkerung errechnet. Zwischen 7% (bei Frauen) und 8% (bei Männern) aller Krankenhausbehandlungen waren Folge der beruflichen Tätigkeit (Werte jeweils adjustiert für Sozialstatus). Diagnosegruppen mit hohen berufsbedingten Anteilen waren muskuloskeletale und Herz-Kreislauf-Krankheiten (jeweils Frauen 12%, Männer 10%), bei den Einzeldiagnosen war die ischämi-

sche Herzkrankheit mit 22% und 17% führend (Pfad 6).

Heute werden nicht nur die klassischen, vor allem körperlichen Arbeitsexpositionen als Risikofaktoren für die Gesundheit der Beschäftigten angesehen, sondern auch psychische. Zur Beweisführung für die kausale Beziehung zwischen psychischer Arbeitsbelastung und schlechter Gesundheit dienten in den letzten 30 Jahren vor allem das Demand-Control-Model [10] und das Effort-Reward-Imbalance Model (ERI; [11]). Diese Modelle zeigen Zusammenhänge zwischen dem „Entscheidungsspielraum“, der „Arbeitsintensität“, „Belohnung“ und der sozialen Interaktion auf dem Arbeitsplatz mit vor allem Herz-Kreislauf- und muskuloskeletaler Morbidität sowie mit Burnout und Depression. Damit decken diese beiden Modelle exemplarisch wichtige Teile der vielfältigen psychischen Stressoren des Arbeitsinhaltes, der Arbeitsorganisation und des sozialen Arbeitsumfeldes ab, die mit verringerter Gesundheit einhergehen ([12, 13]; Pfad 6).

Zusammenhänge zwischen Sozialstatusmerkmalen (Bildung, Berufsstatus und Einkommen) und erhöhtem Risiko für unterschiedliche somatische und psychische Erkrankungen sind in der wissenschaftlichen Literatur in den vergangenen 30 Jahren auch für Deutschland hinreichend belegt worden und können als gesichert gelten [7, 14, 15]. In Deutschland ist das Risiko, vorzeitig an einer Erkrankung zu versterben, in der untersten Sozialstatusgruppe im Vergleich zur höchsten um mehr als das Vierfache erhöht, [16] das Risiko, eine chronische Herzkrankheit zu erleiden, um ein Vielfaches (6-fach bei Männern mit niedriger Schulbildung, knapp 3-fach bei Männern mit niedrigem Berufsstatus; 3-fach bei Frauen mit niedriger Schulbildung, 2-fach bei Frauen mit niedrigem Berufsstatus; [17]). Diese Zusammenhänge finden sich auch im höheren Erwerbsalter [18]. Neuere Studien zeigen, dass sich die soziale Ungleichverteilung von Gesundheit bereits früh im Leben manifestiert, und verdeutlichen damit die Bedeutung eines möglichst frühzeitigen präventiven Eingreifens. Kinder von Eltern mit niedrigem Sozialstatus haben weniger Lebenschancen (z. B. einen höheren Sozialstatus zu erreichen oder einen

belastungsarmen Beruf auszuüben), ein erhöhtes gesundheitliches Risiko sowie ein erhöhtes vorzeitiges Sterberisiko im Erwachsenenalter [19, 20].

Anlass zur Diskussion bieten jedoch die Wirkpfade, über die sich der Sozialstatus auf die Gesundheit auswirkt (■ **Abb. 1**). Zwei zentrale Kanäle werden definiert, die den Sozialstatus mit Gesundheit verbinden: das Berufsleben (Pfade 1 und 6 in ■ **Abb. 1**) sowie der Lebensstil (Pfade 2 und 7 in ■ **Abb. 1**, [21, 22]). Es wird davon ausgegangen, dass mit einem niedrigeren Sozialstatus vermehrte Risiken (etwa berufliche Belastung, gesundheitsschädigendes Verhalten) und verminderte Ressourcen (etwa Anerkennung, Geld, berufliche Aufstiegschancen, Kapazitäten zur Bewältigung von Problemen) einhergehen, was wiederum die Gesundheit beeinflusst [15]. Die gesundheitsrelevanten Anteile des Lebensstils umfassen vor allem gesundheits-schädigende Verhaltensweisen wie Nikotin- und Alkoholabusus, Bewegungsmangel und Fehlernährung, die oftmals auch zur Kompensation erfahrener Belastungen eingesetzt werden [21]. Die Auswirkungen beruflicher Belastungen (s. oben) sowie eines ungesunden Lebensstils auf die Gesundheit können als gut erforscht und gesichert gelten [12, 15]. Dies gilt ebenfalls, auch wenn hierzu weniger Studien vorliegen, für die Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und beruflichen Belastungen bzw. Lebensstil: Mit sinkendem Sozialstatus nehmen berufliche Stressbelastungen und ungesunder Lebensstil zu [21, 22]. Umgekehrt determiniert der Sozialstatus des Elternhauses auch den späteren Beruf und die beruflichen Belastungen, wie Hakanen et al. [23] in einer prospektiven Studie zeigten, die einen Zeitraum von 35 Jahren umfasst: Ein höherer Sozialstatus ermöglichte eine bessere Ausbildung, die wiederum zu weniger belastenden Berufstätigkeiten führte (Pfad 1).

Neben den bekannten und wissenschaftlich etablierten Größen Lebensstil und Erwerbsarbeit und ihrem Einfluss auf Gesundheit werden auch kritische Lebensereignisse sowie genetische Faktoren in diesen Zusammenhang diskutiert (Pfad 10 in ■ **Abb. 1**). Mit Blick auf den Einfluss plötzlich und unkalkulierbar auftretender Lebensereignisse auf die Gesundheit zeigten sich Zusammen-

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:415–421 DOI 10.1007/s00103-012-1615-z
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

R. Peter · H.M. Hasselhorn

Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilnahme. Ein Modell

Zusammenfassung

Die Erforschung des Zusammenhangs von Arbeit, Alter und Gesundheit sowie des Erwerbsverbleibes im höheren Erwerbsalter hat sich in den vergangenen Jahrzehnten überwiegend auf die Gesundheit als zentrale Determinante konzentriert. Wir fragen im vorliegenden Beitrag, ob diese Fokussierung – gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des erwartbaren zunehmenden Anteils Älterer an der Erwerbsbevölkerung – noch zielführend ist. Es wird ein Denkmodell vorgestellt, das Gesundheit nur als mittelbar den Erwerbsausstieg beeinflussende Größe beschreibt. Wenn ein Beschäftigter vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden will, dann spielen hier letztendlich die Arbeitsfähigkeit und/oder die Motivation zur Erwerbsteilnahme eine Rolle. Dies sind 2 Faktoren, die ggf. anders gewichtete Interventionen erfordern als der Faktor Gesundheit. Unser Modell regt an, die Erwerbsteilnahme Älterer als ein komplexes prozessua-

les Geschehen mit den Komponenten Arbeit, Sozialstatus und Lebensstil, Gesundheit sowie insbesondere mit den Faktoren Arbeitsmotivation und Arbeitsfähigkeit zu verstehen. Diese Komplexität sollte bei der wissenschaftlichen Bearbeitung der Thematik Berücksichtigung finden; nicht zuletzt in Längsschnittuntersuchungen wie es in der deutschen lidA-Studie (Leben in der Arbeit, <http://www.lida-studie.de>) der Fall ist. Sollte sich das Denkmodell in wissenschaftlichen Studien (z. B. in lidA) bestätigen, kann es als Orientierungsrahmen für das präventive und interventionelle Handeln in der Praxis, d. h. in der Politik, in Betrieben und in der Fachöffentlichkeit dienen.

Schlüsselwörter

Alternde Erwerbsbevölkerung · Motivation · Arbeitsfähigkeit · Gesundheit · Erwerbsverbleib

Work, age, health, and work participation. A theoretical model

Abstract

Research into the associations between work, age, and health and the impact of these associations on employment status has focused on health as a crucial determinant of staying on the job. In our paper, we ask whether concentrating on health is still feasible, particularly when considering the change in demographics and the increasing proportion of older people in the workplace. We introduce a theoretical model describing health as a variable that indirectly influences leaving employment. According to our model, the immediate decision to leave employment is due to work motivation and work ability. These two factors may require intervention activities different from those needed to improve health. Our model explains employ-

ment participation as a result of complex associations between work, socioeconomic status, lifestyle, and health especially with work ability and work motivation. The complexity of these processes should be considered in studies by conducting longitudinal investigations like the German lidA study (<http://www.lida-studie.de>). If the model is verified in scientific studies like lidA, it can be used as a basis for preventive and intervening activities in practice, i.e., in politics, enterprises, and science.

Keywords

Aging-working population · Motivation · Work ability · Health · Work participation

hänge zwischen schweren Lebensereignissen und erhöhten Krebs-, Herz-Kreislauf- sowie Depressionsrisiken, allerdings insbesondere bei Personen, mit schon vorhandenen chronischen Belastungen [24]. Wenig bekannt ist darüber, wie genetische Faktoren und Merkmale eines ungesunden Lebensstils zusammenwirken, was sich exemplarisch für Übergewicht zeigen lässt. In einer frühen Zwillingstudie wur-

de für Übergewicht ein genetischer Erklärungsanteil von 70% formuliert [25]. Dieser bezog sich auf die Gesamtheit des genetischen Hintergrundes, da damals die Identifizierung einzelner verantwortlicher Gene noch nicht möglich war. Hingegen zeigt eine neuere Studie, die ein spezifisches, vermutlich mit Übergewicht assoziiertes Gen untersucht, nur noch einen genetischen Anteil von 12% [26]. In kei-

ner dieser Studien können jedoch verhaltensbezogene, vor allem ernährungsbedingte Einflüsse auf die Übergewichtsausprägung ausgeschlossen werden, da diese nicht mit untersucht wurden. Es kann also – mit aller Vorsicht – vermutet werden, dass der verhaltensbezogene, auf Fehlernährung und Bewegungsmangel zurückzuführende Übergewichtanteil beträchtlich ist. Mehr noch, erste Befunde zeigen, dass ein ungesunder Lebensstil genetische Faktoren beeinflusst. Bewegungsmangel, einer der wichtigsten modifizierbaren Risikofaktoren für eine Reihe von chronischen Erkrankungen, ist nicht nur unmittelbar mit diesen assoziiert, sondern auch mit genetischen Veränderungen (mit Prozessen zellulärer Alterung), die ihre Entstehung begünstigen [27]. Bislang konnte erst in einer Studie gezeigt werden, dass bei jungen Männern (mittleres Alter 32 Jahre), die einen Polymorphismus in einem bestimmten Gen aufwiesen und die gleichzeitig durch berufliche Faktoren belastet waren, vorzeitige arteriosklerotische Veränderungen auftraten [28]. Auch wenn erste Hinweise auf eine genetische Beteiligung an gesundheitlichen Risiken, die durch Lebensstil- oder berufliche Faktoren verursacht werden, existieren, ist die Forschung auf diesem Gebiet noch weit von gesicherten Erkenntnissen entfernt. Insofern kommt Lebensereignissen (Schicksalsschlägen) und genetischen Faktoren im von uns vorgeschlagenen Modell eine gewisse Funktion zu, sie nehmen jedoch keine zentrale Position ein (Pfad 10).

Determinanten der Erwerbsteilhabe

Erwerbsteilhabe wird nach unserem Modell immer durch Arbeitsfähigkeit und Motivation vermittelt, aber nur indirekt durch Gesundheit. Dies könnte auf den ersten Blick überraschen, denn der Zusammenhang zwischen schlechter Gesundheit und Erwerbsausstieg ist vielfach belegt [29].

Arbeiten trotz schlechter Gesundheit und nicht arbeiten trotz guter Gesundheit

Ein Blick auf den Gesundheitsstatus der älteren Bevölkerung zeigt, dass Gesundheit und Erwerbstätigkeit einander nicht notwendigerweise bedingen. Nach Hochrechnungen von Burr et al. [3] waren im Jahr 2010 in Deutschland in der Altersgruppe von 55 bis 64 Jahren etwa 1,7 Mio. Personen trotz schlechter selbst berichteter Gesundheit erwerbstätig, das entspricht 31% aller Erwerbstätigen in dieser Altersgruppe. Andererseits berichtete die knappe Mehrheit (52%) der etwa 4 Mio. nicht erwerbstätigen Personen dieser Altersgruppe eine gute Gesundheit, also etwa 2 Mio. Personen (persönliche Mitteilung H. Burr). Letzteres gilt nicht nur in Deutschland. Börsch-Supan et al. [30] identifizierten bei ihren Analysen der europäischen SHARE-Studie einen „beachtlich hohen“ Anteil an Personen im Erwerbsalter, die sich als voll berentet und gleichzeitig als gesund und/oder frei von Einschränkungen bezeichneten. Suhrcke et al. [31] haben Beschäftigungsquoten und „gesunde Lebenserwartung“ der Bevölkerungen verschiedener europäischer Länder gegenübergestellt und zeigten, dass paradoxerweise dort, wo die gesunde Lebenserwartung gemessen ab dem Alter von 50 Jahren am höchsten ist, die Erwerbsbeteiligung Älterer am niedrigsten ist. Sie schlussfolgern, dass im internationalen Vergleich das vorzeitige Rentengeschehen von anderen Aspekten als vom Gesundheitszustand der älteren Erwerbsbevölkerung gesteuert sein muss.

Gesundheit und vorzeitiger Erwerbsausstieg

Wurm et al. [29] fassten in einer Übersichtsarbeit zum Thema „Ruhestand und Gesundheit“ die Ergebnisse von 25 Studien (meist Längsschnitt) zum Einfluss von subjektiv und auch objektiv erhobener Gesundheit auf den Erwerbsaustritt zusammen. Die Befunde waren eindeutig: In fast allen betrachteten Studien wurde ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und späterem Erwerbsaustritt festgestellt. Es gibt 3 Zustände schlechter Gesundheit, die unterschiedlich auf die Erwerbsteilhabe

be wirken. Chronisch schlechte Gesundheit scheint weniger prädiktiv für einen späteren Erwerbsaustritt zu sein [32] als eine Gesundheitsverschlechterung [29, 33] und insbesondere sog. „health shocks“ [32, 34]. Hierbei handelt es sich um rapide, ernste Gesundheitsverschlechterungen [29], beispielsweise durch Herzinfarkt, Schlaganfall, Tumordiagnosen [31], die in aller Regel keine oder kaum eine Möglichkeit zur Erwerbsteilhabe zulassen.

Wir gehen davon aus, dass ein gesundheitsbedingter vorzeitiger Erwerbsausstieg in aller Regel kein plötzlicher Schritt, sondern eher als Prozess zu verstehen ist [29, 32, 35], der zeitliche Abfolgen und Zwischenstufen zulässt. Empirisch belegte Beispiele hierfür sind der „graduelle Erwerbsaustritt“ bei geringgradigen Gesundheitseinschränkungen ([32], für England) und ein vermehrter Jobwechsel bei gesundheitlichen Einschränkungen ([33], für die USA). Im Rahmen dieses Prozesses versuchen die Betroffenen, ihre persönlichen, nun gesundheitlich beeinträchtigten Ressourcen mit ihren Arbeitsanforderungen in Einklang zu bringen, so dass die eigene „Arbeitsfähigkeit“ erhalten bleibt (Pfade 5 und 9 in **Abb. 1**). Erst wenn dieses nicht ausreichend gelingt, wird der Erwerbsausstieg angestrebt (Pfad 12 in **Abb. 1**). Wenn Personen trotz erhaltener Arbeitsfähigkeit ihre Erwerbstätigkeit gesundheitsbedingt einstellen, müsste dies motivationale Gründe haben (Pfade 13 und 11 in **Abb. 1**). Der direkte Weg von Gesundheit zum Erwerbsausstieg ohne Beeinträchtigung oder motivationale Beeinflussung ist aus unserer Sicht nicht realistisch.

Arbeitsfähigkeit und vorzeitiger Erwerbsausstieg

Verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass die „Arbeitsfähigkeit“ eines Beschäftigten prospektiv mit der Erwerbsteilhabe und ggf. mit dem vorzeitigen Erwerbsausstieg assoziiert ist (z. B. [36, 37, 38]). Das Konstrukt „Arbeitsfähigkeit“ umschreibt die Passung der Ressourcen eines Individuums mit den Charakteristika seiner Arbeit [39]. Gesundheit ist eine zentrale Komponente der individuellen Ressourcen,

aber nicht die einzige: Gemäß dem in den 1970er-Jahren in Finnland entwickelten „Konzept der Arbeitsfähigkeit“ [39] zählen hierzu auch funktionale Fähigkeiten (körperlich, mental, sozial) sowie Kompetenzen, Einstellungen und Werte des Beschäftigten [40]. Günstige Arbeitsumstände können individuelle Einschränkungen kompensieren, d. h., gute Arbeitsfähigkeit trotz schlechter Gesundheit ist möglich. Dies zeigen Befunde von Hasselhorn et al. [41], die in einer Untersuchung von 512 Pflegenden mit schlechter Gesundheit bei 37% (191) eine gute Arbeitsfähigkeit feststellten. Dem entsprechend belegten Holtermann et al. [42], dass Weiterarbeit trotz gesundheitlicher Einschränkungen möglich ist, solange die Arbeit es zulässt (z. B. körperlich leichte Arbeit trotz Rückenbeschwerden). Das oben skizzierte Verständnis von „Arbeitsfähigkeit“ ist als „Concept of Work Ability“ in Finnland und weltweit Grundlage für betriebliche Präventionsmaßnahmen geworden und wird auch bei der betrieblichen Wiedereingliederung verwendet [39].

Das „Konzept der Arbeitsfähigkeit“ bezieht sich grundsätzlich auf alle Erwerbstätigen. Allerdings wird es bei der Frage der Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen praktisch besonders bedeutsam, so bei der Rehabilitation und betrieblichen Wiedereingliederung. Es verwundert daher nicht, dass das WHO-Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in seinen Grundzügen dem „Konzept der Arbeitsfähigkeit“ entspricht, da es erstens einen ganzheitlichen Wirkungsansatz unterstellt und zweitens functioning/disability nicht als persönliches Attribut, sondern als Kluft zwischen funktionalen Fähigkeiten und Anforderungen von außen versteht [43].

Motivation und Erwerbsausstieg

Nach unserem Modell ist die Motivation zur Erwerbsteilhabe (künftig kurz „Motivation“) ein direkter Einflussfaktor für Erwerbsteilhabe und ggf. vorzeitigen Erwerbsaustritt. Sowohl Arbeitsfähigkeit als auch Gesundheit beeinflussen die Motivation (Pfade 8 und 11 in **Abb. 1**). Gleichzeitig tragen motivationale Fakto-

ren, Werte und Einstellungen konzeptgemäß zur Arbeitsfähigkeit bei (Pfad 8 in **Abb. 1**, [39]).

Von der Vielfalt der Motivationsfaktoren gehen wir auf 3 häufig genannte ein: auf die finanzielle Lage, die familiäre Situation und die Rolle der Arbeit.

Finanzielle Lage

Empirische ökonomische Analysen des Erwerbsausstiegsverhaltens fokussieren auf den „trade off“ des Einzelnen, auf das Abwägen finanzieller Auswirkungen eines Vorruhestands (Kosten) gegen potenzielle Gewinne wie Freizeit. Oft wird hierbei der Faktor Gesundheit mit berücksichtigt, meist aber nur als Kontrollvariable ([29], S. 47 f.); die Arbeit als Einflussfaktor wird nur selten in die Berechnungen eingeschlossen. Inzwischen liegen Ergebnisse aus internationalen sozialepidemiologischen Studien vor, die die wirtschaftliche Lage des Einzelnen im Kanon verschiedener Einflussfaktoren der Erwerbsteilhabe untersuchen. Der Rang, den die finanzielle Lage bei solchen multifaktoriellen Berechnungen einnimmt, ist unterschiedlich. Dies ist etwa auf unterschiedliche Studienfragestellungen und -designs sowie die internationale Vielfalt der sozialen Sicherungssysteme zurückzuführen. Bei Proper et al. [44] erwies sich die finanzielle Lage des Einzelnen als zweitwichtigster prospektiver Einflussfaktor für einen Erwerbsverbleib, deutlich hinter „challenging work“, aber noch vor „sozialen Kontakten“. In der englischen ELSA-Studie war niedriger Wohlstand ein Prädiktor für einen längeren vollen Erwerbsverbleib, und eine gute Altersversorgung war signifikant mit vorzeitiger Aufgabe der Vollzeittätigkeit verbunden [45]. Die Prädiktionskraft der wirtschaftlichen Indikatoren lag in der ELSA-Studie auf dem Niveau der weiteren erhobenen Prädiktoren Beschäftigungsstatus des Partners, eigene Gesundheit und Gesundheitszustand des Partners [45].

Familiäre Situation

Die Lebenspartnerkonstellation hat maßgeblichen Einfluss auf den Zeitpunkt des Erwerbsaustritts [32, 45, 46, 47, 48]. Eine dänische Rentenversicherung analysierte diesbezüglich die Rentendaten ihrer Versicherten des Jahrgangs 1947. Innerhalb

eines Jahres nach Austritt des ersten Partners war fast die Hälfte der verbliebenen Partner ebenfalls aus dem Erwerbsleben ausgeschieden [47]. Es zeigte sich, dass Paare ihren „Rückzug aus dem Erwerbsleben koordinieren“, sodass sie möglichst zeitgleich aus diesem ausscheiden [47]. Diese Befunde werden unter anderem in der englischen ELSA-Studie [32, 45] und durch Analysen der European Community Household Panel von Jiménez-Martin et al. [48] im Grundsatz bestätigt. Nicht nur die Erwerbstätigkeit des Partners, sondern auch dessen Gesundheit spielen eine Rolle für den Erwerbsverbleib, allerdings sind hier unterschiedliche Einflussrichtungen denkbar: Ein vorzeitiger Erwerbsaustritt erfolgt zur intensiveren Versorgung des erkrankten Partners, oder es ist eine verlängerte Erwerbstätigkeit zur wirtschaftlichen Absicherung erforderlich ([29], S. 110). Hinweise auf Letzteres fanden Jiménez-Martin et al. [48] für verschiedene europäische Länder und Crawford und Tetlow in England [45].

Arbeit

Die Erwerbsarbeit, d. h. der Arbeitsgegenstand, das Arbeitsumfeld und die Rahmenbedingungen der Arbeit, gelten als wesentliche Einflussfaktoren auf den Erwerbsaustritt – auch über die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeit hinaus. Der Zusammenhang zwischen dem psychosozialen Arbeitsmilieu und dem Wunsch, aus dem Erwerbsleben auszuscheiden, wurde von Siegrist et al. [49] mit Daten der SHARE-Studie aufgezeigt: In 10 europäischen Ländern waren sowohl ein geringer Einfluss bei der Arbeit als auch ein ERI-Ungleichgewicht mit einem (bis hin zu einem doppelten) erhöhten Risiko für einen Erwerbsaustrittswunsch verbunden.

Adverse Arbeitsbedingungen können als „Push-Faktoren“ zum vorzeitigen Erwerbsaustritt beitragen [50], andere, positive Aspekte der Arbeit können ihn verzögern oder verhindern. Studien, die diese Komplexität widerspiegeln, gibt es nur wenige [44]. Nilsson [46] unterschied in einer schwedischen Querschnittserhebung bei 1792 Erwerbstätigen im Alter von 55 bis 64 Jahren, ob man mindestens bis zum Alter von 65 erwerbstätig sein könnte oder wollte. Die Arbeits-

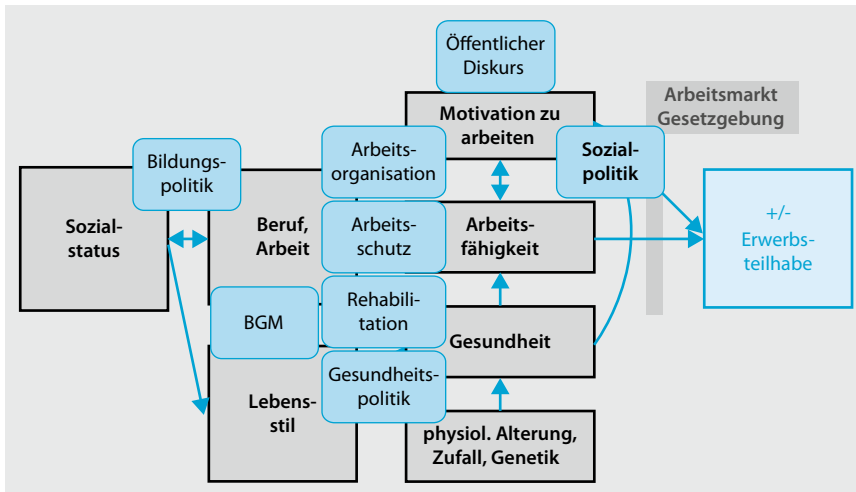


Abb. 2 ▲ Präventions- und Interventionsansatzpunkte an Schnittstellen im Modell zum Zusammenhang von „Arbeit, Gesundheit und Erwerbsteilhabe“ (Beispiele)

bedingungen selbst waren eher mit „Können“ assoziiert, während Faktoren wie die „Bedeutung der Arbeit“, „Arbeitszeiten“ und „Einstellungen des Managements“ mit „Wollen“ assoziiert waren. Quantitative Längsschnittergebnisse von Proper et al. [44] zeigten, dass „challenging work“ der prospektiv stärkste Grund war, im Erwerbsleben zu verbleiben, gefolgt von finanziellen Gründen. In einem zweiten Teil ihrer Studie haben Proper et al. in Interviews mit älteren Erwerbstätigen in den Niederlanden 5 arbeitsbezogene Aspekte als Motivationsfaktoren für längeres Arbeiten herausgearbeitet:

1. herausfordernde Arbeit,
2. soziale Kontakte,
3. Belohnung und Anerkennung,
4. Gesundheit und
5. Kompetenzen.

Drei Wege werden deutlich: Der Faktor Arbeit führt erstens über die Gesundheit (s. vorne, Pfadkombination 6, 9 und 12 in **Abb. 1**), zweitens – unabhängig von Gesundheit – direkt über die Arbeitsfähigkeit (s. dort, Pfade 5 und 12 in **Abb. 1**) und drittens über die Motivation (Pfade 4 und 11 in **Abb. 1**) zum Erwerbsaustritt.

Zusammenfassend stellen die finanzielle Lage, die familiäre Situation und arbeitsbezogene Belastungen und Ressourcen nach unserem Modell die zentralen Einflussgrößen auf die Motivation für einen vorzeitigen Erwerbsaustritt oder für einen Erwerbsverbleib dar.

Ausblick

Gesundheit ist von der Forschung in der Vergangenheit mehr oder minder implizit als zentrale Bestimmungsgröße für die Erwerbsteilhabe behandelt worden. Die Erforschung der Determinanten von Gesundheit – als Proxy für Erwerbsteilhabe – hat sich auf die komplexen Zusammenhänge zwischen Sozialstatus, Arbeit und Lebensstil konzentriert. Diese Zusammenhänge sind gut belegt. Zahlreiche Befunde legen jedoch nahe, dass Gesundheit oft nicht die zentrale, über den Erwerbsverbleib oder -ausstieg entscheidende Größe ist.

Ausgehend von diesen Ergebnissen haben wir ein Modell vorgestellt, in dem Gesundheit nicht direkt, sondern über die Arbeitsfähigkeit und die Arbeitsmotivation auf den Erwerbsverbleib wirkt. Dieses Modell ist als theoretischer Ansatz zur Neueinordnung der Rolle von Gesundheit bei der Erwerbsteilhabe zu verstehen, der einen Rahmen für zukünftige Forschung bilden kann. Ein solches Modell ist in der Regel zu simpel, um alle relevanten Faktoren auf allen relevanten Ebenen (Makro-, Meso-, Mikroebene) abzubilden, aber auch zu komplex, um in einer empirischen Analyse untersucht werden zu können [51]. Obwohl unser Modell sich implizit auch an den genannten 3 Ebenen (Makro: z. B. Arbeitsmarkt, Sozialstatus; Meso: z. B. soziale Vernetzung; Mikro: z. B. Motivation) orientiert, erhebt es keinen Anspruch auf Vollständigkeit, son-

dern versucht, an die bisherige Forschung anzuschließen, aber auch neue Aspekte wie die Motivation einzubeziehen. Letztere bedarf der Operationalisierung.

Unser Modell impliziert, dass ein Erwerbsausstieg oft kein punktuellere Ereignis ist, sondern das Ergebnis eines langen und multifaktoriellen Geschehens darstellt. Ferner betont es, dass die Arbeitswelt und der sozioökonomische Status nicht voneinander trennbar sind und, wo immer möglich, gemeinsam betrachtet werden müssen. Der sozioökonomische Status enthält nicht nur Komponenten, die mit Arbeit zusammenhängen, sondern auch solche, die der weiteren sozialen Verortung des Individuums in der Gesellschaft zuzuordnen sind (etwa soziale Herkunft), im Modell aber nicht explizit berücksichtigt werden.

Das Modell könnte in Zukunft als Orientierungsansatz für das Handeln in der Praxis (etwa in Politik, Betrieb, der Fachöffentlichkeit) verwendet werden. In **Abb. 2** sind beispielhaft verschiedene Ebenen und Ansätze der Prävention und Intervention an den Schnittstellen des Modells abgebildet. Um diese umsetzen zu können, sind für Politik und Praxis zuverlässige, wissenschaftlich evaluierte Indikatoren erforderlich.

Um diese zu spezifizieren, müssen in weit größerem Ausmaß als bisher Längsschnittstudien durchgeführt werden, die die in **Abb. 1** dargestellten Zusammenhänge untersuchen und dabei die aus dem demografischen Wandel und dem zu erwartenden höheren Anteil älterer Erwerbstätiger resultierenden Veränderungen berücksichtigen. Dazu möchte die lidA (leben in der Arbeit)-Studie einen Beitrag leisten. lidA ist eine zunächst auf 6 Jahre geplante, prospektive Untersuchung bei 2 Geburtsjahrgängen älterer Erwerbstätiger. Sie ist bundesweit repräsentativ für die sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigten in diesen beiden Altersgruppen. Neuartig an lidA ist insbesondere die Verknüpfung individueller Befragungsdaten mit Registerdaten (Krankenkassen, Sozialversicherung) sowie die Untersuchung der gesamten, in **Abb. 1** dargestellten Komplexität.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. R. Peter

Institut für Epidemiologie und
Medizinische Biometrie, Universität Ulm
Helmholtzstr. 22, 89081 Ulm
richard.peter@uni-ulm.de

Danksagung. Die Erstellung dieses Beitrages wurde gefördert durch das BMBF FKZ 01ER0827.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seinen Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Hasselhorn HM, Burr H (2011) Arbeit und Gesundheit. BKK Gesundheitsreport 2011 – Zukunft der Arbeit. BKK Bundesverband, S 106–111
- BMAS (2010) Aufbruch in altergerechte Arbeitswelt. Bericht der Bundesregierung gemäß § 154 Abs. 4 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch zur Anhebung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre
- Burr H, Kersten N, Kroll L, Hasselhorn HM (2013) Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Beruf und Alter in der Erwerbsbevölkerung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 56:349–358
- Fuchs J (2013) Demografie und Fachkräftemangel. Die künftigen arbeitsmarktpolitischen Herausforderungen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 56:349–358
- Wadell G, Burton AK (2006) Is work good for your health and well-being? TSO, London
- Friedrichs M (2011) Wie schätzen die Beschäftigten ihre Arbeit ein? Gesamtergebnisse der Sonntagsfragen. In: Friedrichs M, Jungmann F, Liebermann S et al (Hrsg) iga-Barometer 3. Welle 2010– Einschätzungen der Erwerbsbevölkerung zum Stellenwert der Arbeit, zum Gesundheitsverhalten, zum subjektiven Gesundheitszustand und zu der Zusammenarbeit in altersgemischten Teams. <http://www.iga-info.de>, S 12–40
- Siegrist J, Marmot M (Hrsg) (2008) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Huber, Bern
- Nurminen M, Karjalainen A (2001) Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. Scand J Work Environ Health 27:161–213
- Tüchsen F, Mikkelsen KL, Hannerz H et al (2004) Work environment and somatic hospital admissions in Denmark 1994–1999. Sci Total Environ 328:287–294
- Karasek RA, Theorell T (1990) Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books, New York
- Siegrist J (1996) Soziale Krisen und Gesundheit. Hogrefe, Göttingen
- Vegchel N van, Jonge J de, Bosma H, Schaufeli WB (2005) Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. Soc Sci Med 60:1117–1131
- Eller NH, Netterström B, Gyneltberg F et al (2009) Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. Cardiol Rev 17:83–97
- Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Huber, Bern
- Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) (2009) Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2. überarbeitete Aufl. VS, Wiesbaden
- Geyer S, Peter R (1999) Occupational status and all-cause mortality: a study with health insurance data from Nordrhein-Westfalen, Germany. Eur J Public Health 2:114–118
- Peter R, Yong M, Geyer S (2003) Schul- und Berufsausbildung, beruflicher Status und ischämische Herzkrankheiten – eine prospektive Studie mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Soz Präventivmed 48:44–54
- Schöllgen I, Huxold O, Tesch-Römer C (2010) Socio-economic status and health in the second half of life: findings from the German Aging Survey. Eur J Aging 7:17–28
- Hart CL, Taylor MD, Smith GD et al (2003) Childhood IQ, social class, deprivation, and their relationships with mortality and morbidity risk in later life: prospective observational study linking the Scottish Mental Survey 1932 with the Midspan Studies. Psychosom Med 65:877–883
- Metcalfe C, Smith GD, Sterne JAC et al (2005) Cause-specific hospital admission and mortality among working men: association with socioeconomic circumstances in childhood and adult life, and the mediating role of daily stress. Eur J Public Health 15:238–244
- Peter R (2009) Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter: ein Ansatz zur Erklärung der Ungleichverteilung von Gesundheit? In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Soziologie gesundheitlicher Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2. überarb. Aufl. VS, Wiesbaden, S 117–132
- Helmer U, Schorb F (2009) Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Soziologie gesundheitlicher Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2. überarb. Aufl. VS, Wiesbaden, S 133–148
- Hakanen JJ, Bakker AB, Jokisaari M (2011) A 35-year follow-up study of burnout among Finnish employees. J Occup Health Psychol 16:345–360
- Geyer S (1999) Macht Unglück krank? Die Konsequenzen belastender Lebensereignisse. Juventa, Weinheim
- Stunkhardt AJ, Harris JR, Pedersen NL, McClearn GE (1990) The body-mass index of twins who have been reared apart. N Engl J Med 322:1483–1487
- Wernstedt I, Ericsson AL, Berndtsson A et al (2004) A common polymorphism in the interleukin-6 gene promoter is associated with overweight. Int J Obes 28:1272–1279
- Cherkas LF, Hunkin JL, Kato BS et al (2008) The association between physical activity in leisure time and leukocyte telomere length. Arch Intern Med 168:154–158
- Hintsanen M, Elovainio M, Puttonen S et al (2007) Neuregulin-1 genotype moderates the association between job strain and early atherosclerosis in young men. Ann Behav Med 33:148–155
- Wurm S, Engstler H, Tesch-Römer C (2009) Ruhestand und Gesundheit. In: Kochsiek K (Hrsg) Altern und Gesundheit (Altern in Deutschland, Bd 7). Nova Acta Leopoldina, Stuttgart, S 81–192
- Börsch-Supan A, Brügiavini A, Croda E (2008) The role of institutions in European patterns of work and retirement. Università degli Studi, Venezia, Dipartimento di Scienze Economiche. Working paper, 44, Venezia, S 74
- Suhrcke M, Fumagalli E, Hancock R (2010) Is there a wealth dividend of ageing societies? Public Health Rev 32:377–400
- Banks J, Tetlow G (2008) Extending working lives. In: Banks J, Breeze E, Lessof C, Nazroo J (Hrsg) Living in the 21st century: older people in England, – the 2006 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 3). Institute for Fiscal Studies, London, S 19–56. <http://www.ifs.org.uk/elsa/publications.php>
- Bound J, Schoenbaum M, Stinebrickner TR, Waidmann (1999) The dynamic effects of health on the labor force transitions of older workers. Labour Econ 6:179–202
- Hagan R, Jones AM, Rice N (2009) Health and retirement in Europe. Int J Environ Res Public Health 6:2676–2695. doi:10.3390/ijerph6102676
- Peterson CL, Murphy G (2010) Transition from the labor market: older workers and retirement. Int J Health Serv 40(4):609–627
- Alavinia SM, Boer AGE de, Duivenbooden JC von et al (2009) Determinants of work ability and its predictive value for disability. Occup Med 59:32–37
- Salonen P, Arola H, Nygård CH et al (2003) Factors associated with premature departure from working life among ageing food industry employees. Occup Med 53:65–68
- Ilmarinen J, Tuomi K (1992) Work ability of ageing workers. Scand J Work Environ Health 2:8–10
- Ilmarinen J (2009) Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention Scand J Work Environ Health 35:1–5
- Hasselhorn HM, Freude G (2007) Der Work Ability Index – ein Leitfadenschriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. NW, Bremerhaven
- Hasselhorn HM, Müller BH, Li J, Schmidt SG (2009) Kann Pflegepersonal mit schlechter Gesundheit eine gute Arbeitsfähigkeit haben? In: Kraus T, Gube M, Kohl R (Hrsg) Dokumentation der 49. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, Aachen, 11.–14.3., S 215–218
- Holtermann A, Hansen JV, Burr H, Søgaard K (2010) Prognostic factors for long-term sickness absence among employees with neck-shoulder and low-back pain. Scand J Work Environ Health 36:34–41
- Varekamp I, Dijk FJH van, Kroll LE (2013) Workers with a chronic disease and work disability. Problems and solutions. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 56:406–414
- Proper KI, Deeg DJH, Beek A van der (2009) Challenges at work and financial rewards to stimulate longer workforce participation. Human Resources Health 7:70. DOI: 10.1186/1478-4491-7-70
- Crawford R, Tetlow G (2010) Employment, retirement and pensions. In: Banks J, Breeze E, Lessof C, Nazroo J et al (Hrsg) Financial circumstances, health and well-being of the older population in England – the 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4) 19–56. Institute for Fiscal Studies, London, S 11–75
- Nilsson K, Hydbom AR, Rylander L (2011) Factors influencing the decision to extend working life or retire. Scand J Work Environ Health 37:473–480
- ATP Faktum (2011) Par går på pension samtidigt – trots aldersforsknel. <http://www.atp.dk/faktum> (Zugegriffen: 08.08.2012)
- Jiménez-Martin S, Labeaga JM, Granado MM (1999) Health status and retirement decisions for older European couples (Working paper No. 99–82, Economics Series 30). Departamento de Economía, Universidad Carlos III de Madrid, Madrid. <http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/10016/6170/1/we998230.pdf> (Zugegriffen: 18.05.2012)
- Siegrist J, Wahrendorf M, Knesebeck O von dem et al (2007) Quality of work, well-being and intended early retirement of older employees – baseline results from the SHARE. Study. Eur J Pub Health 17:62–68
- Lund T, Villadsen E (2005) Who retires early and why? Determinants of early retirement pension among Danish employees 57–62 years. Eur J Ageing 2:275–280
- Rugulies R (2011) Invited commentary: structures and context matters – the need to emphasize „social“ in psychosocial epidemiology. Am J Epidemiol [Epub ahead of print]. DOI: 10.1093/aje/kws033