

# Untersuchung von Arbeit, Gesundheit und Erwerbsteilhabe in Zeiten älter werdender Belegschaften in Deutschland

## Investigating Work, Age, Health and Work Participation in the Ageing Work Force in Germany

### Autoren

M. Ebener<sup>1</sup>, H. M. Hasselhorn<sup>2</sup>

### Institute

<sup>1</sup>Institut für Sicherheitstechnik, Bergische Universität Wuppertal

<sup>2</sup>Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fachbereich 3 Arbeit und Gesundheit, Berlin

### Schlüsselwörter

- Alter
- Arbeit
- Gesundheit
- Rente
- Motivation
- Demografie

### Key words

- age
- work
- health
- retirement
- motivation
- demography

### Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1398557>  
 Online-Publikation: 25.3.2015  
 Gesundheitswesen 2015; 77: e51–e56  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 0941-3790

### Korrespondenzadresse

**Dipl.-Psych. Melanie Ebener**  
 Institut für Sicherheitstechnik  
 Bergische Universität  
 Wuppertal  
 Gaußstraße 20  
 42119 Wuppertal  
 ebener@uni-wuppertal.de

### Zusammenfassung

Die Arbeitswelt wandelt sich, die Erwerbsbevölkerung altert und das Arbeitskräfteangebot wird von nun an deutlich schrumpfen. Absehbar ist, dass die Menschen künftig länger erwerbstätig bleiben müssen; heute allerdings erfolgt der Erwerbsaustritt meist lange vor Erreichen der Regelaltersgrenze. Welches sind die Gründe hierfür? Zu dieser Fragestellung werden ein Denkmodell und die deutsche lidA-Kohortenstudie vorgestellt. Das lidA-Denkmodell visualisiert Determinanten der Erwerbsteilhabe mittels 11 Domänen (z.B. „Arbeit“, „Gesundheit“, „Sozialstatus“ und „Lebensstil“). An dem Modell werden 4 Charakteristika der Erwerbsaufgabe deutlich: Erwerbsaufgabe ist das Ergebnis des Zusammenspiels verschiedener Domänen (Komplexität), Erwerbsaufgabe ist ein Prozess mit zum Teil frühen Determinanten im Lebenslauf (Prozesshaftigkeit), Erwerbsaufgabe wird durch individuelle Faktoren bestimmt (Individualität), Erwerbsaufgabe geschieht in strukturellen Rahmen (Struktureller Rahmen). Vor dem Hintergrund des Denkmodells untersucht die lidA-Studie ([www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)) Langzeiteffekte der Arbeit auf Gesundheit und Erwerbsteilhabe in einer älter werdenden Erwerbsbevölkerung aus interdisziplinärer Perspektive und ist derzeit die einzige Studie in Deutschland, die Beschäftigungsfähigkeit umfassend operationalisiert. Hierzu werden sozialversichert Beschäftigte der Jahrgänge 1959 und 1965 alle 3 Jahre interviewt (N[Welle 1]=6585, N[Welle 2]=4244) und ihre Daten bei Zustimmung mit individuellen Registerdaten zur Erwerbshistorie sowie Krankenkassendaten verknüpft. Das Studiendesign (Schaies ‚most efficient design‘) ermöglicht die Unterscheidung von Alters-, Kohorten- und Messzeitpunkteffekten. 2014 wurde die zweite Erhebungswelle abgeschlossen. In den kommenden Jahren will lidA den Zusammenhang von Arbeit, Gesundheit und

### Abstract

Working life in Germany is changing. The work force is ageing and the number of people available to the labour market will – from now on – shrink considerably. Prospectively, people will have to work longer; but still today, most people leave employment long before reaching official retirement age. What are the reasons for this? In this report, a conceptual framework and the German lidA Cohort Study are presented. The “lidA conceptual framework on work, age, health and work participation” visualises determinants of employment (11 “domains”) in higher working age, e.g., “work”, “health”, “social status” and “life style”. The framework reveals 4 key characteristics of withdrawal from work: leaving working life is the result of an interplay of different domains (complexity); (early) retirement is a process with in part early determinants in the life course (processual character); retirement has a strong individual component (individuality); retirement is embedded in a strong structural frame (structure). On the basis of this framework, the “lidA Cohort Study on work, age, health and work participation” ([www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)) investigates long-term effects of work on health and work participation in the ageing work force in Germany. It is the only large study in Germany operationalising the concept of employability in a broad interdisciplinary approach. Employees subject to social security and born in 1959 or in 1965 will be interviewed (CAPI) every 3 years (N[wave 1]=6585, N[wave 2]=4244) and their data will be linked (where consented) with social security data covering employment history and with health insurance data. The study design (“Schaie’s most efficient design”) allows for a tri-factor model that isolates the impact of age, cohort and time. In 2014, the second wave was completed. In the coming years lidA will analyse the association of work, health and work partici-

Erwerbsteilhabe Älterer analysieren, dabei Alters- und Generationenunterschiede identifizieren, empirische Belege für die Komplexität der Erwerbsteilhabe sammeln und damit den Nutzen konzeptionell breiter Herangehensweisen untersuchen.

**Einleitung**

Der gegenwärtige Wandel der Arbeitswelt ist in Deutschland gekennzeichnet durch verstärkte Ökonomisierung, Globalisierung und technologische Entwicklungen. Bei den Beschäftigten führt dies teils zu einem Mehr an bekannten Anforderungen (z.B. höhere Arbeitsintensität), teils zu neuartigen Anforderungen, z.B. durch „entgrenzte“ Beschäftigungsverhältnisse oder hoch selbstverantwortliche Tätigkeiten [1]. Parallel dazu verändert sich die Erwerbsbevölkerung. Erstens wird sie älter: Seit 1999 steigen Anteil und Anzahl Älterer (50 Jahre und älter) wieder an, zuletzt (2010 auf 2011) um über 450 000 Personen [2]. Hinzu kommt, dass ab 2014 die Zahl derer, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, jährlich um ca. 400 000 von heute 45 auf 41 Millionen im Jahr 2025 (32 Mio. 2050) zurückgehen wird [3]. Bei gleichbleibender Wirtschaftskraft und damit einem Bedarf von 41 Mio. Personen [3] bedeutet dies, dass künftig immer mehr ältere Menschen im Arbeitsleben verbleiben müssen. Damit stellt sich die Frage, ob künftige Generationen älterer Beschäftigter dies in ausreichendem Maß können – und wollen. Die meisten Beschäftigten in Deutschland verlassen ihre Erwerbstätigkeit deutlich vor Erreichen des Regelrenteneintrittsalters. Im Jahr 2011 waren Beschäftigte, die ihre Erwerbstätigkeit wegen Ruhestand aufgegeben haben, im Mittel 61,1 Jahre alt [4]. Die Gründe der vorzeitigen Erwerbsaufgabe sind vielfältig und wirken wechselseitig aufeinander ein. Peter und Hasselhorn [5] haben hierzu im Rahmen der lidA-(leben in der Arbeit-)Studie, einer großen deutschen Kohortenstudie, das lidA-Denkmodell entwickelt. Dieses inzwischen erweiterte Denkmodell und seine Implikationen für die Forschung stellen wir im ersten Teil des Beitrags vor. Im zweiten Teil wird die lidA-Studie vorgestellt, in der diese Thematik empirisch ausführlich untersucht wird.

**Das lidA-Denkmodell zu „Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe“**

Im lidA-Denkmodell zu „Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe“ wird davon ausgegangen, dass Einflüsse aus 11 „Domänen“ entscheidend dazu beitragen, wie lange Personen im Erwerbsleben verbleiben (Abb. 1). Das Modell setzt mögliche Einflüsse auf Erwerbsteilhabe (hier „Domänen“ genannt) in Beziehung zueinander. Es ist nicht empirisch zu überprüfen,

and identify age as well as generation differences. lidA will investigate the complexity of work participation and assess the benefit of broader conceptual and methodological research approaches in the field.

sondern bietet den Rahmen für empirisch testbare Hypothesen. Es macht 4 wesentliche Charakteristika des Erwerbsausstiegs deutlich, die im Folgenden näher ausgeführt werden:

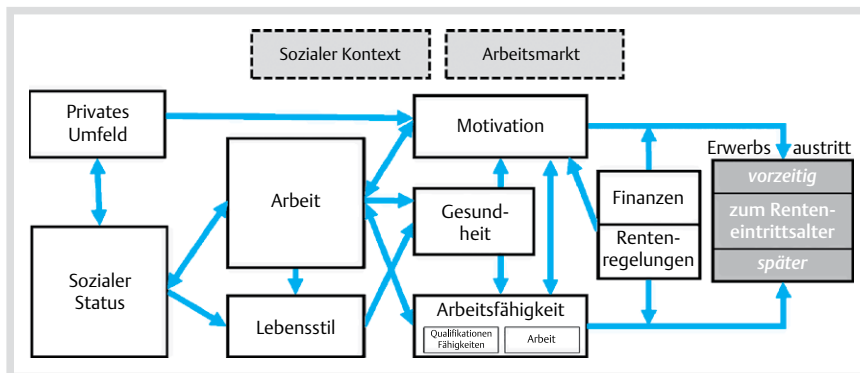
1. die Komplexität im Zusammenspiel der Domänen,
2. die Prozesshaftigkeit des Erwerbsausstiegs,
3. die starke individuelle Komponente, die beim (vorzeitigen) Erwerbsausstieg eine Rolle spielt, und schließlich
4. den strukturellen Rahmen des Geschehens.

**1. Komplexität**

Zunächst zeigt das Denkmodell, dass Erwerbsteilhabe Älterer ein komplexes Geschehen ist: Faktoren aus verschiedenen Domänen sind beteiligt, deren Einflüsse (oft kausal) verknüpft sind. Dies widerspricht gängigen gesellschaftlichen und politischen Ansichten, wonach einzelne (oder nur wenige) Faktoren entscheidend für Erwerbsbeteiligung Älterer seien, bspw. die Gesundheit [6]. Angesichts der großen Zahl älterer Erwerbstätiger mit schlechter Gesundheit in Deutschland und der ebenfalls großen Zahl gleichaltriger nicht-erwerbstätiger Personen mit (sehr) guter Gesundheit (jeweils ca. 3 Mio., Tab. 1) ziehen Hasselhorn und Müller [7] allerdings den Schluss, dass der Effekt der Gesundheit auf die Erwerbsteilhabe durch die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten bzw. die Motivation, erwerbstätig zu sein, mediiert wird: Schlechte Gesundheit führt nur dann zur Erwerbsaufgabe, wenn Arbeitsfähigkeit und/oder Motivation, erwerbstätig zu bleiben, nicht mehr ausreichen. Umgekehrt kann auch gute Gesundheit zum vorzeitigen Erwerbsaustritt führen, wenn nämlich die Motivation, erwerbstätig zu sein, fehlt [8,9]. Schließlich wird die Komplexität noch dadurch erhöht, dass verschiedene Austrittspfade aus dem Erwerbsleben (z.B.

**Tab. 1** Selbstberichtete Gesundheit bei 51–65-jährigen in Deutschland nach Erwerbsstatus, hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands (Quelle: GEDA 2009, RKI 2011, gewichtete Daten, eigene Berechnungen, aus [7]).

	Gesundheit gut/sehr gut	schlecht	Summe
erwerbstätig	6,3 Mio	2,7 Mio	9,0 Mio
nicht erwerbstätig	3,0 Mio	2,9 Mio	5,9 Mio
Summe	9,3 Mio	5,6 Mio	



**Abb. 1** Das lidA-Denkmodell zu „Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe“ (erweitert nach [5]).

Erwerbsminderungsrente vs. Altersteilzeit) unterschiedlich gewichtete Determinanten haben.

## 2. Prozessuales Geschehen

Traditionelle Epidemiologie setzt Expositionen in Beziehung zu Gesundheit. Dem hat die neuere *life course epidemiology* [10] die Bedeutung früherer Expositionen und des Wandels für das Verständnis gegenwärtiger Gesundheit hinzugefügt. Vergleichbares verdeutlicht das Denkmodell auch für die Erwerbsteilhabe. Erwerbsausstieg gilt in der wissenschaftlichen Literatur heute weitgehend als das Ergebnis eines Prozesses, der sich über Jahre hinziehen kann. Dies legt bspw. das Ausstiegsmodell von Behr [11] nahe, in dem auf Gedanken an den Erwerbsausstieg die Ausstiegsabsicht und schließlich der eigentliche Erwerbsausstieg folgen. Nach dem lidA-Denkmodell lassen sich die dem Ausstiegsprozess zugrundeliegenden Determinanten bis in die Jugend zurückverfolgen: bereits der (früh determinierte) soziale Status einer Person bestimmt über die Wahl der Ausbildung und die daraus resultierende Arbeitsexposition langfristig die Gesundheit [12] und letztendlich die Arbeitsfähigkeit einer Person. Auch Naegele und Sporket [13] weisen darauf hin, dass die „typischen Beschäftigungsrisiken“ älterer Arbeitnehmer (Krankheits-, Qualifikations-, Motivationsrisiken) schon in frühen Jahren entstehen/angelegt werden.

## 3. Individuelle Komponente

Die Wege des (meist vorzeitigen) Erwerbsausstiegs werden, wenn nicht Arbeitslosigkeit oder eine plötzliche schwere Erkrankung zugrunde liegen, in hohem Maß durch den Einzelnen bestimmt. Entstehung und Umsetzung einer Entscheidung, das Erwerbsleben zu verlassen, hängen ab von den Ressourcen des Einzelnen (z.B. Arbeitsfähigkeit, Gesundheit), seinen Absichten (z.B. mit dem berenteten Partner die Freizeit zu genießen), seiner Lebenssituation (z.B. Lebensstand, Pflegeverpflichtungen), seinem Arbeits- und sozialen Umfeld (z.B. soziale Bedeutung der Arbeit) und dessen Einstellungen (z.B. Erwartungen bzgl. Frühberentung).

## 4. Strukturelle Komponente

Bei aller Individualität ist der Erwerbsausstieg eingebettet in strukturelle Rahmenbedingungen. Diese sind zumeist vom Staat vorgegeben, um die Erwerbsbeteiligung Älterer in der Gesellschaft zu steuern. Regelungen zu Renten und Alterssicherung bestimmen die subjektiven Kosten und Nutzen eines vorzeitigen Ausstiegs und haben damit eine entscheidende Funktion bei dessen Erwägung, Planung und Umsetzung („Kostenkalkül“, [14]). In unserem Modell moderieren sie den Einfluss von Arbeitsfähigkeit und Motivation, erwerbstätig zu sein. So ist aufgrund des Wegfalls der Regelungen zur Altersteilzeit und der Einführung der „Rente mit 67“ anzunehmen, dass die Domänen Finanzen und Rentenregelungen bei älteren Personen, die nicht mehr erwerbstätig sein können (geringe Arbeitsfähigkeit) oder wollen (geringe Motivation) den Schritt zum vorzeitigen Erwerbsausstieg zunehmend verhindern werden. Diese Personen verbleiben im Erwerbsleben und stellen eine Herausforderung für Betriebe dar.

Das Denkmodell zeigt die Komplexität des Erwerbsausstiegs im höheren Erwerbsalter. Es relativiert damit Rolle und Einfluss einzelner Domänen, z.B. der Gesundheit [7]. Für die Domäne „Arbeit“ trifft dies nur bedingt zu, sie nimmt eine zentrale Position ein, da der Erwerbsausstieg durch das Aufgeben von Erwerbsarbeit definiert ist. Arbeit selbst kann den Erwerbsausstieg

in dreierlei Hinsicht beeinflussen: Einerseits wirken Arbeitsinhalt und Arbeitsbedingungen direkt auf den Ausstiegswunsch und Ausstieg. Belastende körperliche Arbeit kann etwa vorzeitigen Ausstieg [15] und „herausfordernde Arbeit“ kann längere Erwerbsteilhabe [16] präzisieren. Zudem kann die Arbeit außerberufliche Belastungen kompensieren und Beschäftigte länger in Erwerbstätigkeit halten, z. B. indem sie zum Ausgleich für private Belastungen wird [17] oder soziale Kontakte ermöglicht [18]. Zuletzt beeinflussen betriebliche Einstellungen und Strategien die Beschäftigung älterer Mitarbeiter [19].

Das oben Gesagte hat folgende Implikationen für die Wissenschaft: Um die Erwerbsteilhabe Älterer verstehen und erklären zu können, muss Wissenschaft die Komplexität der Determinanten beachten. Ein breit verstandener Diskurs ist erforderlich, an dem sich die Sozial-, Wirtschafts-, Gesundheits-, Arbeits- und die Geisteswissenschaften beteiligen, und der eine differenzierte Sicht auf sämtliche Domänen sowie deren Wechselwirkungen zulässt. Die Forderung nach Interdisziplinarität in diesem Feld ist keineswegs neu [20], Sukopp sieht sie sogar als „intrinsische Forderung“ der Arbeitswissenschaft [21]. Jedoch ist interdisziplinäres Forschen hier keineswegs der Normalfall geworden [22], sodass die Forderung danach unverändert aktuell ist. Die Prozesshaftigkeit des Phänomens erfordert neue methodische Herangehensweisen: So sollten Kohortenansätze unter Berücksichtigung der Lebenslaufperspektive es ermöglichen, frühe Determinanten, Weichenstellungen, Verlaufsmuster und „Risikogruppen“ zu entdecken. Hierbei kann die Verknüpfung von Befragungsdaten mit Registerdaten neue Erkenntnisse liefern. Die ausgeprägte Individualität legt neben quantitativen auch qualitative Zugangswege nahe, um sowohl Erwerbsausstieg als auch Nicht-Ausstieg besser zu verstehen. Schließlich erfordern Veränderungen des strukturellen Rahmens der Erwerbsteilhabe wie die Umsetzung der „Rente mit 67“ sowie der Einführung der „Rente ab 63“ adäquate Begleitforschung, um deren gesellschaftliche Konsequenzen zu erfassen und verstehen.

Im Folgenden beschreiben wir die deutsche lidA-Studie ([www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)), die in den kommenden Jahren der Wissenschaft die Gelegenheit bietet, die genannten Implikationen umzusetzen.

## Die lidA-Studie

Die lidA-Studie hat das Ziel, Langzeiteffekte der Arbeit auf Gesundheit und Erwerbsteilhabe in einer älter werdenden Erwerbsbevölkerung aus interdisziplinärer Perspektive zu untersuchen. Ein Projektkonsortium führt die lidA-Studie durch (Institut f. Sicherheitstechnik, Uni Wuppertal, Institut f. Arbeitsmarkt- u. Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, IAB; infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH; Institut f. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Uni Ulm, Institut f. Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie an der Uni Magdeburg und die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, BAuA, als assoziierter Partner). Die erste Projektphase (2009–2015) wird gefördert durch das BMBF.

## 1. Stichprobe

In lidA wurden abhängig Beschäftigte aus 2 Alterskohorten (geb. 1959 und 1965) befragt. Diese Kohorten sind Teil der deutschen „Babyboomer-Generation“, die einen bedeutenden Anteil der Erwerbspersonen der kommenden Jahre stellen wird, und stehen an der Schwelle zum höheren Erwerbsalter. Der Abstand von 6 Jahren zwischen den Kohorten verspricht hinreichende Unterschiede im Gesundheitszustand [23].

Die Studienteilnehmer wurden aus der Grundgesamtheit der Personen gezogen, die zum 31.12.2009 in Deutschland sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren. Dies schließt Personen mit Minijobs ein, aber nicht Beamte und Selbstständige. Die Ziehung erfolgte per Zufallsauswahl aus Registerdaten des IAB, der sogenannten Integrierten Erwerbsbiografie (IEB). Die in der IEB enthaltenen Strukturmerkmale (z.B. Geschlecht, Nationalität) ermöglichen es, zu jedem Zeitpunkt die Repräsentativität der Stichprobe gegenüber der Grundgesamtheit abzugleichen. Analysen zeigen, dass die realisierte Stichprobe gegenüber der sozialversicherten Erwerbsbevölkerung in den beiden Alterskohorten „unter soziodemografischen Gesichtspunkten als weitestgehend unverzerrt betrachtet werden kann“ [24]. In der ersten Welle wurden 6585 Fälle realisiert, in der zweiten Welle 4244 Fälle (Abb. 2).

## 2. Design

In der lidA-Studie sollen Effekte des Alters, der Kohorte und des Erhebungszeitpunktes voneinander zu trennen sein. Als Design für diesen Zweck wurde das „most efficient design“ nach Schaie ausgewählt [25]. Personen, die 1959 oder 1965 geboren wurden, werden im Abstand von 3 Jahren befragt (Abb. 2). In der dritten Befragungswelle soll eine dritte Kohorte (Geburtsjahr-

gang 1971) eingeschlossen werden, die 2017 so alt sein wird, wie die jüngere Kohorte es zu Beginn der Studie war. Die resultierenden Daten ermöglichen

- ▶ die Analyse von Altersunterschieden, z.B. in der Gesundheit oder der Motivation, erwerbstätig zu sein (ab Welle 1, durchgezogene Pfeile in Abb. 2),
- ▶ das Verfolgen von Altersverläufen, z.B. Veränderungen der Gesundheit oder Motivation, erwerbstätig zu sein, in einer Alterskohorte (ab Welle 2, gepunktete Pfeile in Abb. 2) und
- ▶ Kohortenvergleiche zur Untersuchung von „Generationeneffekten“, z.B. von Gesundheits- und Motivationsunterschieden in verschiedenen Kohorten zu Zeiten gleichen Alters (also zu verschiedenen Messzeitpunkten) (ab Welle 3, gestrichelte Pfeile in Abb. 2).

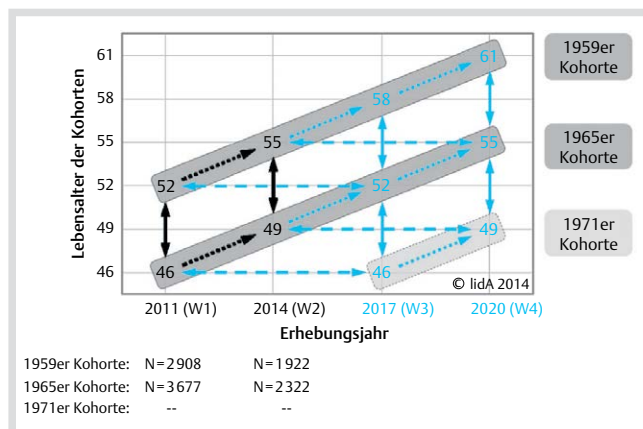
## 3. Datenquellen

In lidA werden Informationen aus 3 Datenquellen miteinander verbunden:

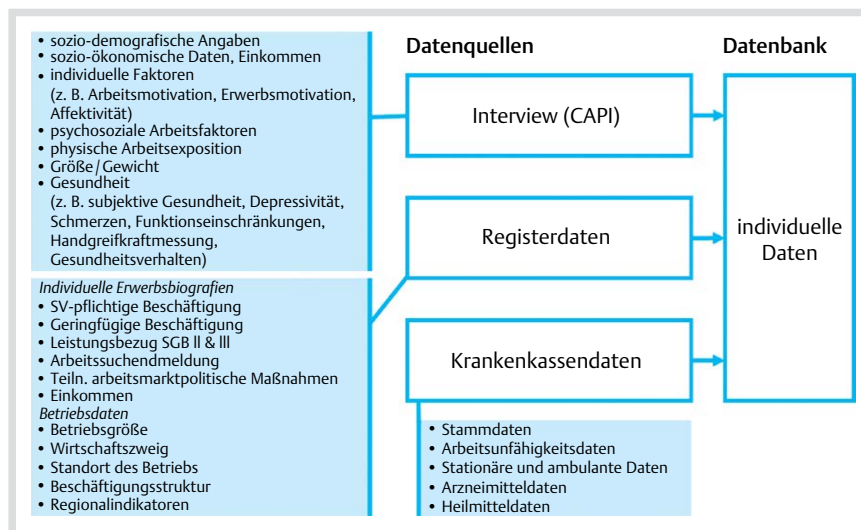
Im computergestützten Interview (CAPI) erheben Interviewer in der Wohnung des Teilnehmers Angaben zur Lebenssituation, Arbeit und Gesundheit des Befragten (Abb. 3). Zum Einsatz kommen validierte Skalen zu verschiedenen Konstrukten. So wurde z.B. Depressivität mit dem BDI-V [26] erhoben. Außerdem wurde die Handgreifkraft des Befragten gemessen.

Eine methodisches Alleinstellungsmerkmal der lidA-Studie ist die Tatsache, dass bei Zustimmung der Teilnehmer den Befragungsdaten weitere Daten zugespielt werden: Registerdaten des IAB und Daten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Datenverknüpfungen machen umfangreiche Datenschutzmaßnahmen erforderlich [27].

Die Registerdaten des IAB umfassen die IEB mit Informationen zu Beschäftigung und Leistungsbezug aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten seit 1975 (für BRD) bzw. 1990 (alle) sowie das Betriebs-Historik-Panel mit Daten zu den Unternehmen (Abb. 3). Eine Stärke dieser Daten ist, dass sie nicht retrospektiv verzerrt sind und keiner Panelmortalität unterliegen [28]. Aus den Daten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden in lidA zentrale Indikatoren aus den Sektoren Arbeitsunfähigkeit, ambulante und stationäre Versorgung und Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln zugespielt. Eine vergleichbare Zusammenspiel solcher 3 Datenquellen ist für eine deutschlandweite Erhebung bisher nicht bekannt [27].



**Abb. 2** Design der lidA-Studie (schwarze Zahlen: realisierte Befragungen, türkise Zahlen: noch ausstehende Befragungen; schwarze Pfeile: bereits mögliche Analysen, türkise Pfeile: zukünftig mögliche Analysen, nach „most efficient design“ von Schaie und Caskie [25]).



**Abb. 3** Datenquellen der lidA-Studie (nach [28]).



#### 4. Stand der Studie

Ein erfolgreicher Pretest zur Vorbereitung der Befragung wurde im Frühjahr 2010 durchgeführt. Die erste Befragungswelle fand 2011 statt, die zweite Befragungswelle 2014. In beiden Wellen wurden die angestrebten Fallzahlen erreicht (• Abb. 2).

Die Registerdaten des IAB wurden 2013 erstmalig den Befragungsdaten zugespielt und seitdem jährlich aktualisiert. Die Gewinnung der GKV-Daten ist wesentlich schwieriger und aufwändiger, da mit den kooperierenden Kassen einzelne Verträge abgeschlossen werden müssen und die einzelnen Datenkörper unterschiedliche Strukturen aufweisen [27]. In lidA liegen sie aktuell für den Zeitraum 2008 – 2011 vor, bis zum Ende der ersten Förderphase kommen die Daten aus 2012 und 2013 hinzu. Publikationen des Projekts sind zu finden unter <http://www.lida-studie.de>. Basisdaten und erste Ergebnisse berichten Hasselhorn et al. [23]. Ein *scientific use file* wird Mitte 2015 beim Forschungsdatenzentrum des IAB zur Verfügung stehen.

#### Ausblick

Der Beitrag zeigt, dass eine umfassende Herangehensweise erforderlich ist, um die Erwerbsbeteiligung und -aufgabe Älterer zu verstehen. Dies gilt nicht nur für Deutschland, sondern für die meisten Staaten in Europa. In einigen Ländern ist bereits heute zu beobachten, wie Staat und Betriebe über Rentenregelungen hinaus Anreize schaffen, Beschäftigte länger im Erwerbsleben zu halten. So wurden in Norwegen die Zuverdienstmöglichkeiten zur Rente liberalisiert, sodass heute die Entscheidung zur Rente (ab 62 Jahren möglich) getrennt ist von der Entscheidung, aus dem Erwerbsleben auszuschneiden.

In Bezug auf die wissenschaftliche Analyse der Erwerbsteilhabe Älterer ist in Europa ein Gefälle festzustellen. Primärstudien stammen v.a. aus Skandinavien und den Niederlanden, die von der Möglichkeit profitieren, ihre umfangreichen Befragungsdaten zu Arbeit und Gesundheit mit Registerdaten (z.B. zur Beschäftigung) zu verknüpfen [15]. Großbritannien nutzt ebenfalls umfangreiche Längsschnittstudien (z.B. ELSA [29]) und hat eine Tradition qualitativer Forschung auf diesem Gebiet (z.B. [17]). Gleichwohl ist auch in diesen Ländern die *multifaktorielle* empirische Betrachtung der Erwerbsteilhabe Älterer noch selten [30]. Die lidA-Studie greift demografische, gesellschaftliche und internationale wissenschaftliche Entwicklungen auf. Sie ist derzeit die einzige Studie in Deutschland, die das Leitkonzept der EU-Beschäftigungspolitik, „Beschäftigungsfähigkeit“, konsequent operationalisiert, indem sie sowohl qualifikatorische, arbeits- und berufsbiografische Aspekte als auch gesundheitliche und motivationale Faktoren bei älter werdenden Arbeitnehmern untersucht und im Rahmen eines Längsschnittansatzes die Wirkungen auf biografische Brüche und den Übertritt in Rente verfolgt. Damit werden – geleitet vom lidA-Denkmodell – verschiedene wissenschaftliche Perspektiven zusammengebracht, insbesondere die der Arbeitsmarktforschung und der Sozialepidemiologie. Erste Ergebnisse der Arbeit zeigen die anderen lidA-Beiträge in diesem Heft.

Mit der Verknüpfung von Befragungsdaten mit Registerdaten, einschließlich Krankenkassendaten, in einer deutschlandweiten Repräsentativerhebung hat lidA für Deutschland Neuland betreten und die Machbarkeit des Ansatzes erwiesen. In Zukunft könnten die bestehenden Datenquellen ergänzt werden, z.B. durch Registerdaten der Rentenversicherung und mixed-

method-Ansätze, die quantitative und qualitative Forschung kombinieren.

Zukünftig wird lidA die Babyboomer-Generation in eine Zeit abzusehenden Arbeitskräftemangels und sich ändernder Rahmenbedingungen von Arbeit begleiten. Dabei verfolgt die Studie den Zusammenhang von „Arbeit, Gesundheit und Erwerbsteilhabe“ in einer alternden Erwerbsbevölkerung und ist bestrebt, Alters- und Generationenunterschiede zu identifizieren. Ferner wird lidA empirische Belege für die Komplexität der Erwerbsteilhabe Älterer sammeln und damit perspektivisch Wissenschaft, Wirtschaft und Politik Argumente für den Nutzen differenzierter Sicht- und Herangehensweisen liefern. Hier ist die Kooperation mit weiteren wissenschaftlichen Kreisen wünschenswert.

#### Danksagung

Die Autoren danken den Teilnehmern der lidA-Studie, den Kollegen und Kolleginnen im lidA-Konsortium sowie den anonymen Gutachtern für ihre Anmerkungen zu diesem Artikel. Die Pearson Assessment & Information GmbH genehmigte freundlicherweise den Einsatz des BDI-V. Die Durchführung der Studie wird finanziell unterstützt vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen 01ER0825, 01ER0826, 01ER0827 und 01ER0806).

**Interessenkonflikt:** Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

#### Literatur

- 1 Böhle F. Arbeit und Belastung. In: Böhle F, Voss GG, Wachtler G. Hrsg. Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010; 451–481
- 2 Hasselhorn HM, Ebener M. Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation bei älter werdenden Belegschaften. In: Badura B. et al. Hrsg. Fehlzeiten-Report. 2014; Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2014 In Druck
- 3 Fuchs J. Demografische Entwicklung und Veränderung des Arbeitsmarktes. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2013; 56: 399–405
- 4 DESTATIS, Statistisches Bundesamt 2014. Pressemitteilung vom 21.2.2014–60/14
- 5 Peter R, Hasselhorn HM. Arbeit, Alter und Gesundheit – ein Modell. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2013; 56: 415–421
- 6 EU-Kommission. Proposal for a Regulation Of The European Parliament and of the Council on Establishing a Health for Growth Programme (9.11.2011, KOM (2011) 709, 2011/0339 (COD))
- 7 Hasselhorn HM, Müller B. Die (begrenzte) Rolle der Gesundheit zur Sicherung der Erwerbsteilhabe. In: Weber A, Peschkes L, de Boer WEL, Hrsg. Return to Work – Arbeit für alle – Grundlagen der beruflichen Reintegration. Stuttgart: Gentner Verlag, 2014
- 8 Pond R, Stephen C, Alpass F. How health affects retirement decisions: three pathways taken by middle-older aged New Zealanders. Ageing Soc 2010; 30: 527–545
- 9 De Wind A, Geuskens GA, Reeuwijk KG et al. Pathways through which health influences early retirement: a qualitative study. BMC Public Health 2013; 13: 292
- 10 Kuh D, Ben-Shlomo Y. A life course approach to chronic disease epidemiology: tracing the origins of ill-health from early to adult life. 2. Aufl. Oxford University Press, 2004
- 11 Behr TA. The process of retirement: A review and recommendation for further investigation. Pers Psychol 1986; 29: 31–55
- 12 Hakanen JJ, Bakker AB, Jokisaari M. A 35-Year Follow-Up Study on Burnout Among Finnish Employees. J Occup Health Psychol 2011; 16: 345–360
- 13 Naegele G, Sporket M. Perspektiven einer lebenslauforientierten Ältere-Arbeitnehmer-Politik. In: Nägele G. Hrsg. Soziale Lebenslaufpolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. GWV Fachverlage GmbH, 2010

- 14 Wurm S, Engstler H, Tesch-Römer C. Ruhestand und Gesundheit. In: Kochsiek K, Hrsg. Altern und Gesundheit (Altern in Deutschland, Bd 7). Stuttgart: Nova Acta Leopoldina, 2009; 81–192
- 15 Labriola M, Feveile H, Christensen KB *et al.* The impact of ergonomic work environment exposures on the risk of disability pension: prospective results from DWECs/DREAM. *Ergonomics* 2009; 52: 1419–1422
- 16 Proper KI, Deeg DJH, van der Beek AJ. Challenges at work and financial rewards to stimulate longer workforce participation. *Hum Resour Health* 2009; 7: 70
- 17 Higgs P, Mein G, Ferrie J *et al.* Pathways to early retirement: structure and agency in decision making among British civil servants. *Ageing Soc* 2003; 23: 761–778
- 18 Nilsson K. Why work beyond 65? Discourse on the Decision to Continue Working or Retire Early. *Nordic J working life studies* 2012; 2; 3: 7–28
- 19 Oakman J, Howie L. How can organisations influence their older employees' decision of when to retire? *Work* 2013; 45: 389–397
- 20 Raehlmann I. Interdisziplinäre Arbeitswissenschaft in der Humanisierungsforschung und -politik. Ein überfälliger Neustart. *Z f Arbwiss* 2011; 1: 9–17
- 21 Sukopp T. Zu Bedingungen menschenwürdigen Arbeitens in der post-industriellen Gesellschaft. *Z f Arbwiss* 2011; 1: 25–33
- 22 Löffler W. Interdisziplinarität als Lösung für das Grundproblem der Arbeitswissenschaft? Ein wissenschaftstheoretischer Blick von außen. *Z f Arbwiss* 2011; 1: 5–7
- 23 Hasselhorn HM, Peter R, Rauch A *et al.* Cohort profile: The lidA Cohort Study – a German Cohort Study on Work, Age, Health and Work Participation. *Int J Epidemiol* 2014; 1–14 doi:10.1093/ije/dyu021
- 24 Schröder H, Kersting A, Gilberg R *et al.* Methodenbericht zur Haupterhebung lidA – leben in der Arbeit. In: FDZ-Methodenreport, 01/2013 (de). Nürnberg; 2013;
- 25 Schaie KW, Caskie GIL. Methodological issues in Aging Research. In: Teti DM, Hrsg. Handbook of Research Methods in Developmental Psychology. Cambridge UK: Blackwell Publ.; 2005; 21–39
- 26 Schmitt M, Beckmann M, Dusi D *et al.* Messgüte des vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V). *Diagnostica* 2003; 49: 147–156
- 27 March S, Rauch A, Thomas D *et al.* Datenschutzrechtliche Vorgehensweise bei der Verknüpfung von Primär- und Sekundärdaten in einer Kohortenstudie: die lidA Studie. *Gesundheitswesen* 2012; 74: e122–e129
- 28 Ebener M, Burghardt A, March S *et al.* Multimethodale Erfassung von Gesundheit und Arbeit am Beispiel der lidA-(leben in der Arbeit-) Studie. *Umweltmedizin Hygiene Arbeitsmedizin* 2014; 19: 178
- 29 Banks J, Tetlow G.. Extending working lives. In: Banks J *et al.*, Hrsg. Living in the 21<sup>st</sup> century: older people in England, – the 2006 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 3). London: Institute for Fiscal Studies, 2008; 19–56
- 30 De Wind A, Geuskens GA, Ybema JF *et al.* Health, job characteristics, skills, and social and financial factors in relation to early retirement – results from a longitudinal study in the Netherlands. *Scand J Work Environ Health* 2014; 40: 186–194