

I. Allgemeine Fragen und rechtliche Aspekte

Medizinische Berufe beim Übergang von der Arbeit in den Ruhestand

H.M. Hasselhorn

Einleitung

Wenn man erwerbstätige Menschen danach fragt, wie lange sie wohl erwerbstätig sein werden, werden die meisten so antworten: „Ich muss noch ... Jahre arbeiten.“ Das Wort „müssen“ verdeutlicht, dass es hier weniger um Wunsch oder freien Willen geht, sondern um Pflicht oder gar Zwang. Doch wie wäre es, wenn man arbeiten wollte, wenn man die Erwerbsarbeit als persönliche Bereicherung erlebte, die man missen würde, wenn man sie nicht hätte? Das klassische Spannungsfeld von Arbeit als Mühe und Plage und Arbeit als sinn- und identitätsstiftendem Element des Menschen begleitet die gesamte Menschheitsgeschichte. Unsere Forschungsergebnisse legen nahe, dass in Deutschland die Erwerbsarbeit eher in die Kategorie „Mühe und Plage“ eingeordnet wird - zumindest bei den „Baby-Boomern“, den geburtenstarken Jahrgängen von Mitte der 1950er Jahre bis Ende der 1960er Jahre. In diesem Beitrag wird die subjektive Erwerbsperspektive der „Baby-Boomer“ in Deutschland dargestellt. Ein Fokus wird auf medizinischen Berufen liegen.

Die Anzahl älterer Beschäftigter in Deutschland nimmt seit Jahren rasant zu. Laut Statistischem Bundesamt waren 2018 rund 15,8 Millionen Erwerbstätige 50 Jahre alt oder älter. Sie machen damit 38% aller Erwerbstätigen aus. Zehn Jahre zuvor waren es noch 5,3 Millionen Personen und somit 10,6 Prozentpunkte weniger gewesen [1]. Gleichzeitig werden in den kommenden Jahren immer weniger Personen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Politik und Teile der Wissenschaft sehen es als wirksame Gegenmaßnahme an, wenn noch mehr Ältere arbeiten würden und wenn sie dies noch länger im Leben täten.

Die deutsche lidA-Studie („leben in der Arbeit“, www.lida-studie.de) untersucht Langzeiteffekte der Arbeit auf Gesundheit und Erwerbsteilhabe einer älter werdenden Erwerbsbevölkerung in Deutschland aus interdisziplinärer Sicht [2]. Die Befragten sind Beschäftigte der Jahrgänge 1959 und 1965, die am Stichtag 31.12.2009 sozialversicherungspflichtig erwerbstätig waren. Die Kohorten-Studie umfasst bisher drei Erhebungswellen aus den Jahren 2011 (N = 6.585), 2014 (N = 4.244) und 2018 (N = 3.586). Die Teilnehmenden werden zu Hause mittels Computer Assisted Personal Interviews (CAPI) befragt. Alle drei lidA-Wellen sind repräsentativ für die sozialversicherungspflichtige Erwerbsbevölkerung dieser zwei Jahrgänge in Deutschland. Für die Studierendurchführung der lidA-Studie liegen positive Voten der zuständigen Ethikkom-

mission der Bergischen Universität Wuppertal vom 05.12.2008 und dem 20.07.2017 vor. Für den vorliegenden Beitrag wird auf Daten der dritten Erhebungswelle 2018 zurückgegriffen, die ein Fragenmodul zur Motivation, erwerbstätig zu sein, enthält.

Der Ausstieg aus dem Arbeitsleben wird von vielen Faktoren beeinflusst

Ob und wie lange Personen im höheren Erwerbsalter erwerbstätig sind, wird nicht durch einen einzelnen Umstand bestimmt, sondern ergibt sich aus dem Zusammenwirken verschiedener Größen. Die Betrachtung nur einzelner Faktoren reduziert schnell den komplexen Sachverhalt auf ein Niveau, auf dem nur noch Schlussfolgerungen mit geringer betrieblicher und sozialpolitischer Relevanz zu ziehen sind.

Das lidA-Denkmodell soll den Ruhestandsübergang älterer Beschäftigter in seiner Komplexität besser verstehbar machen und auch andere Forscher zu einer breiten Herangehensweise an das Thema anregen. Das Denkmodell stellt Einflüsse auf die Erwerbsteilhabe Älterer in elf „Domänen“ zusammen und zeigt, wie diese zusammenhängen (Abb. 1). Die Erwerbsteilhabe, also das bezahlte Arbeiten, endet durch den Erwerbsaustritt, der im gesetzlichen Regelrentenalter, aber auch früher oder später erfolgen kann. Dabei findet der Austritt nicht immer „von heute auf morgen“ statt: der eine Beschäftigte reduziert vorher seine Arbeitszeit, der andere ist vielleicht zuvor in Arbeitslosigkeit, unterbrochen von kurzen Gelegenheitsjobs. Nur vier von zehn Personen, die 2016 in Altersrente gingen, taten dies direkt aus einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung heraus.

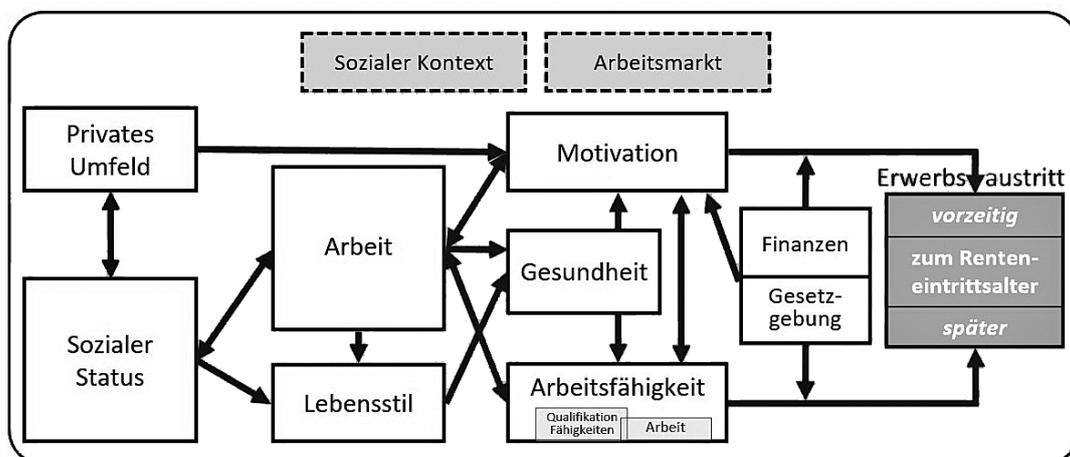


Abb. 1: Das lidA-Denkmodell zu Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe [3]

I. Allgemeine Fragen und rechtliche Aspekte

Im „Privaten Umfeld“ sind z.B. Aspekte wie Familienstand, Erwerbsstatus des Partners, Pflegeverpflichtungen sowie Aufgabenverteilung und Rollen wichtig für die Erwerbstätigkeit Älterer. Dies hängt eng mit dem „Sozialen Status“ zusammen, da anzunehmen ist, dass sich Familien mit unterschiedlichem sozialen Status z.B. in ihren Einstellungen und ihrer Aufgabenverteilung wesentlich unterscheiden. Gemäß des lidA-Denkmodells hat das private Umfeld unmittelbare Auswirkungen auf die „Motivation, erwerbstätig zu sein“, beispielsweise durch die Erwartungen, die Partner aneinander haben: Ist eine Frau bereits in Rente, möchte ihr Partner vielleicht weniger gerne weiter arbeiten gehen. Zur „Arbeit“ gehören die Arbeitsorganisation (z.B. Maßnahmen des Personalmanagements), aber auch der Arbeitsinhalt: Ist das, was man jeden Tag tut, sinnvoll? Kann man es ohne Mühe tun?

Während die Domäne „Gesundheit“ dem Inhalt nach recht eindeutig scheint, muss die „Arbeitsfähigkeit“ erläutert werden: darunter versteht man, ob eine Person in der Lage ist, ihre konkrete Aufgabe jetzt und in Zukunft erfolgreich auszuführen. Dies wird von der „Gesundheit“ beeinflusst, aber auch von der jeweiligen Arbeitssituation und der Qualifikation, die der Beschäftigte hat. „Gesundheit“ und „Arbeitsfähigkeit“ sind wiederum eng mit der „Motivation, erwerbstätig zu sein“ verknüpft. Diese Motivation - wenn vorhanden - bildet den Antrieb, seinen Job zu behalten oder sich einen anderen zu suchen und dabei vielleicht auch Widerstände zu überwinden. Der „Arbeitsmarkt“ und der „Soziale Kontext“ beeinflussen fast alle anderen Domänen, weshalb hier im Denkmodell auf Pfeile verzichtet wurde.

Das lidA-Denkmodell macht vier Merkmale des Ruhestandsübergangs deutlich. Das Merkmal *Komplexität* wurde bereits dargelegt: Aspekte aus verschiedenen Domänen sind beteiligt, deren Einflüsse (oft kausal) miteinander verknüpft sind. Zweitens verdeutlicht das Modell, dass der Ruhestandsübergang ein *Prozess* ist. Wie große Studien zeigen, werden schon früh im Leben entscheidende Weichen gestellt: bereits der soziale Status einer Person in früheren Jahren wirkt mitbestimmend über die Berufswahl, über die langjährigen Einflüsse aus der Tätigkeit und schließlich über die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit einer Person. Zum Dritten zeigt das Modell, dass die Wege des Erwerbsausstiegs auch eine starke *individuelle Komponente* haben. So hängen Entstehung und Umsetzung der Entscheidung, das Erwerbsleben früher oder später zu verlassen, von den Ressourcen des Einzelnen ab (z.B. Gesundheit, Arbeitsfähigkeit), seiner Lebenssituation (z.B. Lebensstandard sichern, Pflegeverpflichtungen) oder auch von seinem Umfeld (z.B. Erwartungen in Bezug auf Frühberentung). Diese Aspekte sind in vielfältiger, ganz persönlicher Weise kombiniert. Schließlich ist der Erwerbsausstieg ebenfalls stark geprägt durch strukturelle gesellschaftliche Rahmenbedingungen (*strukturelle Komponente*),

beispielsweise dem gesetzlich vorgegebenen Rentenalter oder Altersteilzeitregelungen.

Ergebnisse

„Meine Arbeit“ ist gut, „das Arbeiten“ ist schlecht ...

In der Erhebung von 2018 zeigte sich ein interessanter und auf den ersten Blick widersprüchlicher Befund. Die große Mehrheit der „Baby-Boomer“ schätzt ihre tägliche Arbeit: Dreiviertel aller erwerbstätigen Befragten meinten, dass ihnen die Arbeit, die sie machten, „sehr viel“ bedeute (Abb. 2). Fast alle empfanden ein „hohes Maß an persönlicher Verantwortung“ für ihre Arbeit.

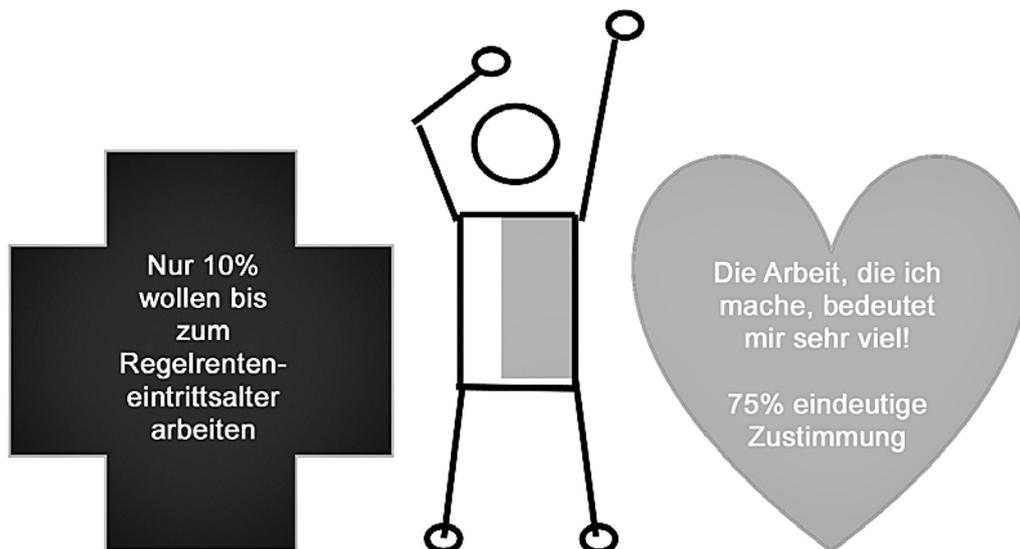


Abb. 2: Scheinbarer Widerspruch: Nur 10% wollen bis zum gesetzlichen Rentenalter erwerbstätig bleiben und 75% meinen, dass ihnen ihre jetzige Arbeit viel bedeutet (IidA-Ergebnisse Welle 3, ältere Erwerbstätige 2018)

Dem steht ein anderes Ergebnis gegenüber: nämlich, dass mehr als die Hälfte „so früh wie möglich“ aus dem Erwerbsleben ausscheiden will (Abb. 2). Nur jeder Zehnte würde gerne bis zum gesetzlich vorgesehenen Renteneintrittsalter arbeiten und das gilt nicht nur, wenn gesundheitliche Einschränkungen vorliegen oder die Arbeit hohe körperliche oder psychische Belastungen mit sich bringt. Auch bei denen, bei denen „alles stimmt“, die eine gute Gesundheit haben und gleichzeitig ihre Arbeitsfähigkeit als hoch einschätzen, sind es nur 19%, die bis zu ihrem gesetzlich vorgesehenen Renteneintrittsalter erwerbstätig sein möchten (Abb. 3, oben links). Den übrigen 81% fehlt offenbar die Motivation, erwerbstätig zu sein. Eine Schlussfolgerung daraus ist, dass - wenn es

I. Allgemeine Fragen und rechtliche Aspekte

um die Frage der Erwerbsperspektive geht - ein Aspekt besonders bedeutsam zu sein scheint: die Motivation, erwerbstätig zu sein.

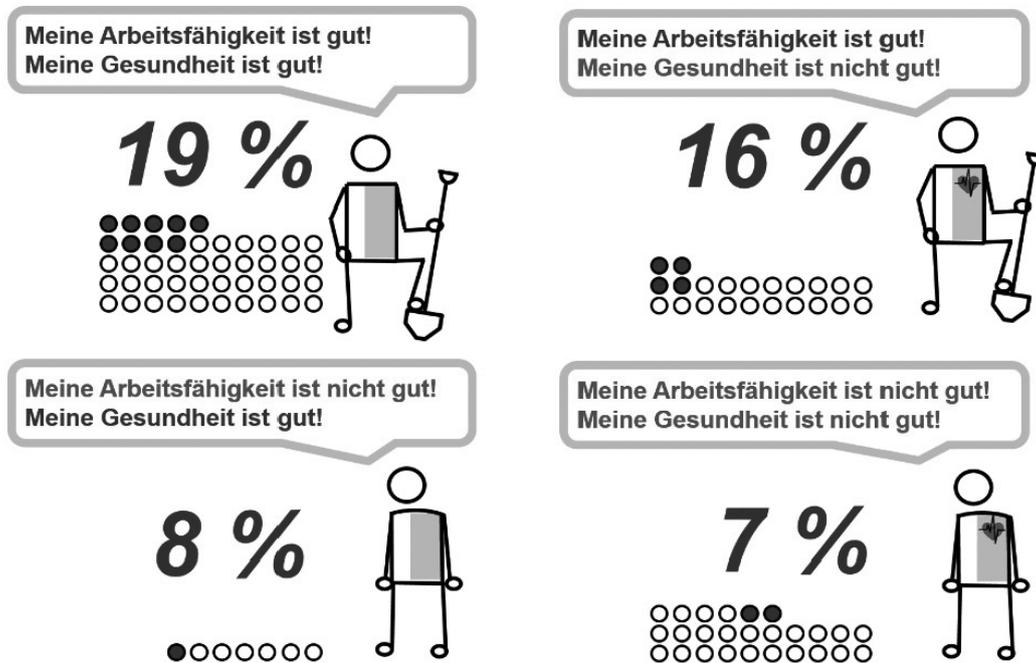


Abb. 3: Aufteilung der Befragten in vier Gruppen mit selbstberichteter guter bzw. schlechter Arbeitsfähigkeit und Gesundheit. Die Anzahl der Punkte zeigt den Anteil der entsprechenden Gruppe an (Summe = 100%). Die dunkel eingefärbten Punkte und Prozentwerte zeigen den Anteil derer innerhalb ihrer Gruppe an, die bis zu ihrem gesetzlichen Regelrenteneintrittsalter erwerbstätig sein möchten (IidA-Ergebnisse Welle 3, ältere Erwerbstätige 2018)

Die Erwerbsperspektive nach Berufsgruppen

Aufgrund ihrer Größe ermöglicht die IidA-Studie den detaillierten Blick auf Tätigkeitsgruppen, so auch auf die medizinischen Berufe. Hierzu wurden die Vollzeit, Teilzeit und auch geringfügig beschäftigten Erwerbstätigen nach Berufsgruppen aufgeteilt und nur die Berufsgruppen ausgewählt, die 38 oder mehr Personen umfassten. Abbildung 4 fasst die Antworten auf drei Fragen zusammen, nämlich danach, wie lange die Befragten erwerbstätig sein wollen (Dreiecke), können (Kreise) und planen (Vierecke). Die Berufsgruppen wurden dort sortiert nach dem Mittelwert der Ergebnisse auf die Frage nach dem Wollen.

Zunächst einmal offenbart der Berufsgruppenvergleich eine große Spanne an mittleren Lebensjahren für alle drei Endpunkte, vor allem aber für das Können (3,3 Lebensjahre), gefolgt vom Planen (2,1 Jahre) und schließlich vom Wollen (1,9 Jahre). Die medizinischen Berufsgruppen zeigen sehr unterschiedliche und auch recht extreme Muster: Qualifiziertes Pflegepersonal will im Mittel le-

diglich bis zum Alter von 61,5 Jahren arbeiten und meint, auch nur bis zum Alter von 63,3 Jahren arbeiten zu können, der niedrigste Wert unter allen Berufsgruppen. Das geplante Alter liegt ebenfalls im unteren Bereich und mit im Mittel 63,6 Lebensjahren sogar oberhalb des Könnens. Relevant ist hier die Beobachtung durch ENGSTLER, dass das geplante Ausstiegsalter mit 50%iger Übereinstimmung dem realen Erwerbsausstieg sehr nahe kommt [4]. Die Sprechstundenhelfer belegen bei allen drei Fragen ziemlich genau die Mittelwerte aller Befragten (Wollen 62,6 Jahre, Können 65,1 Jahre, Planen 64,0 Jahre). Die Krankengymnasten dagegen besetzen das andere Extrem im Berufsgruppenvergleich: sie wollen relativ lange arbeiten (63,4 Jahre), sie können relativ lange arbeiten (65,2 Jahre) und vor allem planen sie, mit im Mittel 65,4 Lebensjahren erst spät in Rente zu gehen. Da die Ärzte mit 19 Personen in Abbildung 4 nicht berücksichtigt sind, seien hier die entsprechenden Mittelwerte erwähnt: Wollen 65,3 Jahre, Können 67,3 Jahre, Planen 65,8 Jahre. Diese sind durchaus plausibel, aber aufgrund der geringen Fallzahl eher vorsichtig zu behandeln. Die deutlichen Unterschiede zwischen den Erwerbsgruppen bleiben weitgehend bestehen, wenn statistisch für Bildungsstand, Geschlecht und auch Alter kontrolliert wird. Folglich werden es weitere Faktoren sein, die sie begründen. So sind Ursachen auch in den jeweiligen Arbeitsbedingungen dieser Berufsgruppen zu vermuten, deren Verschiedenheit offensichtlich ist.

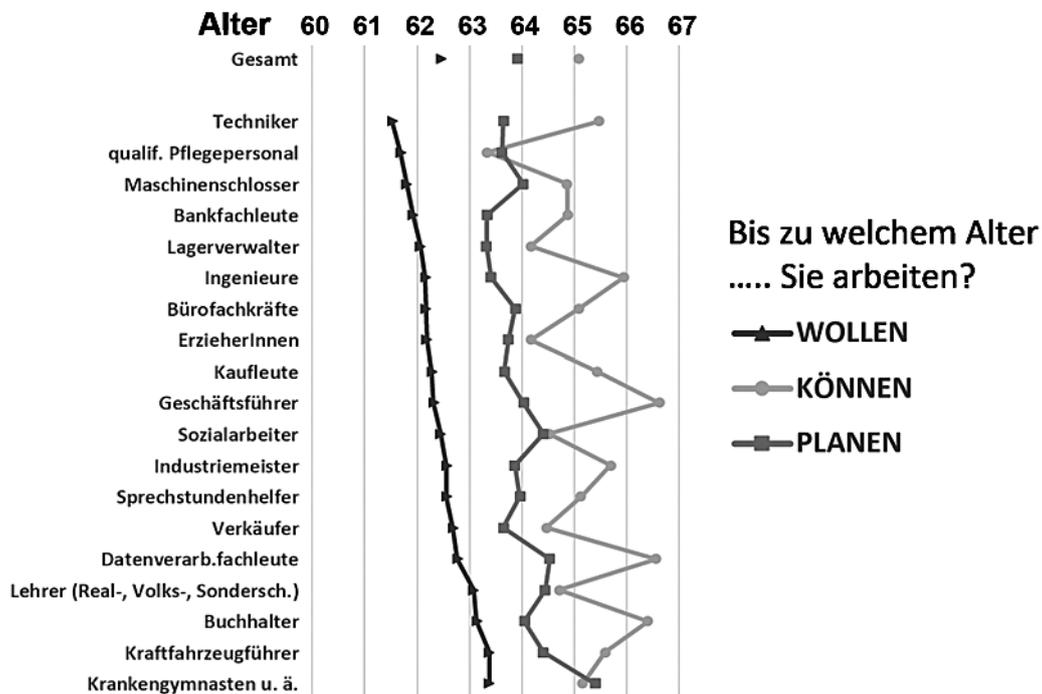


Abb. 4: Subjektive Erwerbsperspektive [Wie lange wollen, können, planen Sie, erwerbstätig (zu) sein? in Lebensjahren] nach Berufsgruppe (IidA-Ergebnisse Welle 3, ältere Erwerbstätige 2018)

Schlussfolgerungen

In diesem Beitrag wurde festgestellt, dass die meisten älteren Erwerbstätigen frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden wollen. Ergebnisse deuten darauf hin, dass es im Durchschnitt weniger die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit sind, die hierzu beitragen, sondern die Motivation, erwerbstätig zu sein. Berufsgruppen unterscheiden sich substanziell in Bezug auf ihre subjektive Erwerbsperspektive. Pflegepersonal möchte nicht und - vor allem - kann nach eigener Einschätzung nicht lange erwerbstätig sein. Das höhere geplante Austrittsalter deutet allerdings darauf hin, dass Pflegepersonal schon damit rechnet, sich lange durch die letzte Phase des Erwerbslebens zu schleppen - auch wenn man nicht mehr kann und/oder will. Die Datenlage deutet auf deutlich günstigere Einschätzung der Umstände durch Sprechstundenhelfer und Krankengymnasten hin. Mit den künftigen lidA-Erhebungswellen bietet sich die Möglichkeit, den weiteren Verlauf dieser Berufsgruppen in Hinblick auf ihre Gesundheit, Arbeitsfähigkeit, Motivation und natürlich auch Erwerbsteilhabe zu verfolgen.

Das lidA-Denkmodell zeigt die zahlreichen Einflussfaktoren darauf auf, wie lange man erwerbstätig sein wird. Sie umfassen das Privatleben, die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und auch die Arbeit selbst. Die Arbeit und die Faktoren, die darüber entscheiden, wie lange man erwerbstätig ist, sind zahlreich und in aller Regel eng miteinander verwoben. Über die Arbeitswelt hinaus sind hier von ganz besonderer Bedeutung die Erwerbsmotivation sowie die Arbeitsfähigkeit, jeweils in ihrem Wechselspiel mit der Gesundheit.

Dass sich - nicht zuletzt im Gesundheitsdienst - Betriebe „demografiefest“ machen müssen, ist allseits bekannt und eine Reihe von Erkenntnissen und „tools“ steht hier zur Verfügung [5-11]. Gleichwohl sind Betriebe ganz besonders gefordert, wenn es ihnen darum geht, ihre älteren Beschäftigten besonders lang an ihre Unternehmen zu binden und im Erwerbsleben zu halten: Hier sollten sie zum einen die Komplexität der vielen Einflussfaktoren auf den Zeitpunkt des individuellen Erwerbsausstiegs beachten. Es wäre wohl zu kurz gegriffen, wenn sie hier ausschließlich auf die Förderung der Gesundheit setzen, aber nicht zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit beitragen würden, z.B. durch ergonomische Arbeitsgestaltung. Dass selbst unter guten Umständen nur 19% der älteren Beschäftigten bis mindestens zu ihrem Regelrenteneintrittsalter arbeiten wollen, sollte Betriebe zum Nachdenken darüber bringen, wie die Motivation, erwerbstätig zu sein und zu bleiben, verstärkt werden kann. Dazu gehört auch eine Betriebskultur, in der die besonderen Stärken und Erfahrungen älterer Mitarbeiter wertgeschätzt werden. Auch die Prozesshaftigkeit der Erwerbsteilhabe ist bedeutend: das Personalmanagement muss hier langfristig

ausgerichtet sein. Schon Personen mit Mitte Fünfzig haben Vorstellungen dazu, wann sie mit dem Arbeiten aufhören, und richten ihr Arbeits- und Berufsleben evtl. daran aus. Wenn Beschäftigte ihren Wunsch nach frühem Erwerbsaustritt erstmals gegenüber dem Betrieb äußern, besteht oft nur noch geringer Spielraum dafür, auf die Arbeitsfähigkeit und Motivation des Einzelnen fördernd einzuwirken. Die Individualität der Erwerbsteilhabe bedeutet für Betriebe, dass „one size fits all“-Lösungen zum Erhalt der Belegschaft und Bindung der älteren Beschäftigten kaum wirksam sein werden. Statt dessen werden Personalmanager und nicht zuletzt die direkten Vorgesetzten die Situation für jeden Beschäftigten gesondert betrachten müssen.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt: Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote nach Geschlecht und Alter 2008 und 2018. Ergebnis des Mikrozensus. (30.11.2019) <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/erwerbstaetig-erwerbstaetigenquote>
2. HASSELHORN, H.M., PETER, R., RAUCH, A. et al.: Cohort profile: The lidA Cohort Study: a German Cohort Study on Work, Age, Health and Work Participation. *International Journal of Epidemiology* 43 (6): 1736-1749 (2014)
3. HASSELHORN, H.M., EBENER, M., MÜLLER, B.H.: Determinanten der Erwerbsteilhabe im höheren Erwerbsalter - das „lidA-Denkmodell zu Arbeit, Alter und Erwerbsteilhabe“. *Zeitschrift für Sozialreform* 61 (4): 403-432 (2015)
4. ENGSTLER, H.: (2019) Wie erfolgreich sind ältere Arbeitskräfte in der zeitlichen Umsetzung ihrer Ausstiegspläne? Soziale Unterschiede der Übereinstimmung zwischen geplantem und realisiertem Alter der Erwerbsbeendigung. *Gerontol Geriatr.* 52(1):14-24. doi: 10.1007/s00391-018-1451-3
5. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Projekt „Älter werden in der Pflege“. (30.11.2019) <https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Demografischer-Wandel/Projekt-Aelter-werden-in-der-Pflege.html>
6. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Demografiefeste Personalpolitik in der Krankenhauspflege. (30.11.2019) <https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Demografischer-Wandel/Leitfaden-Demografiefeste-Personalpolitik-Krankenhauspflege.html>
7. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.): Fels in der Brandung - Ältere Beschäftigte in der Krankenpflege (2. Aufl.). Berlin, Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2010), (30.11.2019) https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/fels-in-der-brandung-pflege.pdf?_blob=publicationFile&v=1
8. Technische Universität Dresden (Hrsg.): demogAP - Eine Handlungshilfe für demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege. Dresden (2012), (30.11.2019) <https://www.inqa.de/DE/Angebote/Publikationen/demografiefeste-arbeitsplaetze-in-der-pflege.html>
9. JANDOVÁ, A., PARITSCHKOW, S.: Demografische Entwicklung in der Pflege - Mögliche Handlungsfelder für Betriebsärzte. In: Hofmann, F., Reschauer, G., Stößel, U. (Hrsg.): *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst*, Bd. 27. Freiburg, edition FFAS 28-37 (2014)

I. Allgemeine Fragen und rechtliche Aspekte

10. SCHINDEL, M.: Demografieorientiertes Personalmanagement im Pflegedienst. In: Hofmann, F., Reschauer, G., Stöbel, U. (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst, Bd. 31. Freiburg, edition FFAS 43-59 (2018)
11. VON REIBNITZ, C.: Demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege. In: Hofmann, F., Reschauer, G., Stöbel, U. (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst, Bd. 26. Freiburg, edition FFAS 44-53 (2013)

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Hans Martin Hasselhorn
Bergische Universität Wuppertal
Lehrstuhl für Arbeitswissenschaften
Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik
Gaußstr. 20
42119 Wuppertal