

---

Technischer Abschlussbericht zum Vorhaben lidA 4 - BGW  
**Erwerbsteilhabe und die Arbeit während der  
Covid-19-Pandemie im Gesundheitsdienst  
– eine Untersuchung mit der repräsentativen lidA-  
Kohortenstudie**



---

**Laufzeit**

01.05.2023 – 31.12.2025

**Bericht vom**

28.02.2026

**Autoren**

Nina Garthe

Hans Martin Hasselhorn

Diese Forschungsarbeit wurde mit Mitteln der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) unterstützt. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

## Inhalt

<b>Kurzfassung</b> .....	4
1 Methodik .....	6
1.1 Plan und Verlauf des Vorhabens .....	6
1.2 Die lidA-Studie - eine Kohortenstudie zu Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe.....	7
1.3 Stichprobe .....	8
1.4 Verwendete Klassifikationen für Berufe im Gesundheitsdienst .....	8
1.5 Operationalisierung.....	9
2 Ergebnisse und Bewertung des Gesamtvorhabens.....	13
2.1 Themenbereich A: Die Erwerbsmotivation im Gesundheitsdienst .....	13
2.1.1 Verwertung.....	13
2.1.2 Ergebnisse.....	14
2.1.3 Bewertung und Schlussfolgerungen.....	18
2.2 Themenbereich B: Die Arbeit im Gesundheitsdienst während der Covid-19-Pandemie.....	20
2.2.1 Verwertung.....	20
2.2.2 Ergebnisse.....	20
2.2.3 Bewertung und Schlussfolgerungen.....	23
2.3 Themenbereich C: <i>Stay at Work</i> und <i>Return to Work</i> : Ältere Beschäftigte im Gesundheitsdienst halten und wiedereingliedern .....	25
2.3.1 Verwertung.....	25
2.3.2 Ergebnisse.....	25
2.3.3 Bewertung und Schlussfolgerungen.....	29
<b>Literatur</b> .....	30
<b>Anhang</b> .....	33

## Tabellen

<b>Tabelle 1.</b> Gantt-Chart: „lidA 4 – BGW“ Arbeitspakete, Beginn: 05/2023, Ende: 09/2024 .....	7
<b>Tabelle 2.</b> Operationalisierung der zentralen Fragen nach Themenbereich .....	12

## Abbildungen

<b>Abbildung 1.</b> Flow-Chart der Teilnehmenden an den vier Erhebungswellen der lidA-Studie .....	8
<b>Abbildung 2.</b> Verkürzung der Erwerbsmotivation infolge der persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie (Garthe, 2025a).....	15
<b>Abbildung 3.</b> Gründe, welche eine große Rolle für einen frühen Ausstiegswunsch spielen (nur Beschäftigte in der Pflege, welche vor einem Alter von 65 Jahren in den Ruhestand gehen möchten, nBeschäftigte = 4.667 - 4.842, nPflegekräfte = 250 – 263)) (Garthe, 2023c).....	16
<b>Abbildung 4.</b> Gründe für den tatsächlichen Eintritt in den Ruhestand (Garthe, 2023a).....	17
<b>Abbildung 5.</b> Gründe, aus welches Erwerbstätige mit Frühausstiegswunsch, doch länger arbeiten würden (nBeschäftigte = 4.660 - 4.732, nPflegekräfte = 252 – 257)) (Garthe, 2023c).....	18
<b>Abbildung 6.</b> Wohlergehen während der COVID-19-Pandemie in Gesundheitsberufen (Garthe & Du Prel, 2025a).....	21
<b>Abbildung 7.</b> Bewertung des Arbeitsstresses während der COVID-19-Pandemie (Garthe & Du Prel, 2025b) .....	22
<b>Abbildung 8.</b> Veränderungen der Arbeitsfähigkeit über die Zeit (Garthe & Du Prel, 2025b).....	23
<b>Abbildung 9.</b> Verteilung der Häufigkeit des Erhalts von „Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit“ (linker Kreis: Rundungsfehler) (n=7.517, alle Beschäftigten) (Hasselhorn, 2025a) .....	26
<b>Abbildung 10.</b> Erhaltene Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit (n=1.147) (Hasselhorn, 2023a) .....	27
<b>Abbildung 11.</b> Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit - Bewertung (n=1.147) (Hasselhorn, 2023a) .....	27
<b>Abbildung 12.</b> Angebot und Annahme von Maßnahmen im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) – ältere Beschäftigte insgesamt und ältere Pflegekräfte im Vergleich (Hasselhorn, 2025b) .....	28
<b>Abbildung 13.</b> Maßnahmen, die im Zuge eines BEM-Verfahrens bei Pflegepersonal umgesetzt wurden (n=12) (Hasselhorn, 2025b).....	29

## Kurzfassung

### Ziele

Das Projekt umfasste drei Ziele:

1. Erstens wurde den Fragen nachgegangen, warum ältere Beschäftigte das Erwerbsleben vorzeitig verlassen wollen und unter welchen Bedingungen sie doch länger erwerbstätig bleiben würden (*Themenbereich A*).
2. Zweitens wurde die Arbeitssituation von Beschäftigten im Gesundheitsdienst während der Covid-19-Pandemie untersucht (*Themenbereich B*).
3. Drittens wurden betriebliche Maßnahmen zum Erhalt von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit (Stay at Work) sowie zur Rückkehr in den Betrieb (Return to Work) untersucht (*Themenbereich C*).

In allen drei Themenbereichen wurden Berufsgruppen innerhalb wie außerhalb des Gesundheitsdienstes miteinander verglichen.

### Methoden

Zur Untersuchung der Fragestellungen wurden die IidA-Daten der Studienwellen 1 bis 4 verwendet (Erhebungen der Jahre 2011, 2014, 2018, 2022/23). Mittels Quer- und Längsschnittanalysen wurden Beschäftigte im Gesundheitsdienst mit Beschäftigten anderer Berufsgruppen verglichen.

### Ergebnisse

#### *Themenbereich A*

Bei der Frage danach, aus welchen Gründen die Beschäftigten das Erwerbsleben vorzeitig verlassen möchten, nannten Beschäftigte aus dem Gesundheitsdienst neben dem Wunsch nach mehr freier Zeit besonders häufig auch belastende Arbeitsbedingungen und gesundheitliche Probleme. Betrachtet man nun die Personen, die bereits in die Rente gegangen sind, fallen im Kontrast zu den frühen Rentner\*innen allgemein erneut hohe Arbeitsbelastungen als Ausstiegsgrund bei Rentner\*innen aus dem Gesundheitsdienst auf. Diese Ergebnisse bestätigen, dass die bekannten erhöhten psychosozialen und körperlichen Belastungen im Gesundheitsdienst, speziell bei älteren Pflegenden, verlässlich reduziert werden sollten.

#### *Themenbereich B*

Wie mittlerweile zahlreiche internationale Veröffentlichungen (Arafa, Mohammed, Mahmoud, Elshazley, & Ewis, 2021; Eurofound, 2023; Giusti et al., 2024), zeigen auch die Ergebnisse der IidA-Studie für Deutschland, dass die Beschäftigten im Gesundheitsdienst in besonderem Maße von der Covid-19-Pandemie betroffen waren. Sie berichteten von stark erhöhtem Stress, vermindertem Wohlbefinden sowie abnehmender psychischer Gesundheit und Arbeitsfähigkeit in Zeit der Pandemie. Viele Beschäftigte im Gesundheitsdienst hatten während der Pandemie (notwendigen) direkten Kontakt zu Infizierten und waren an der Behandlung und Pflege dieser Personen beteiligt, häufig in stationären Einrichtungen. Dadurch stieg auch das Infektionsrisiko (Fouad, Zawilla, & Maged, 2023). Die erhöhten Infektionszahlen bei diesen Beschäftigten sind demnach nicht verwunderlich. Einzelne ältere Beschäftigte aus der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege sowie Arzt- und Praxishilfen mussten sogar trotz eigener SARS-CoV-2-Infektion weiterarbeiten.

### *Themenbereich C*

Nur 15,4 % der älteren Beschäftigten in Deutschland erhielten in den letzten zwölf Monaten „Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit“; allerdings bewerteten von diesen 93 % die Maßnahmen als hilfreich. Rund 64 % der älteren Beschäftigten wünschten sich solche Maßnahmen, was eine deutliche Lücke zwischen Angebot und Nachfrage zeigt. Die 65 Personen aus der Pflege, welche solche Maßnahmen erhalten haben, nannten die Maßnahmen regelmäßige Feedbackgespräche mit dem oder der Vorgesetzten und die Reduzierung körperlicher Belastungen am häufigsten. An dritter Stelle stand die stufenweise Wiedereingliederung.

Analysen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) für die Pflegeprofession zeigte, dass unter älterem Pflegepersonal ungewöhnlich viele Personen BEM-berechtigt waren (d. h. 30+ AU-Tage berichteten), dass BEM-Berechtigte eher selten BEM-Angebote erhielten, dass nur sehr wenige BEM-Berechtigte letztendlich Maßnahmen erhielten, sowie, dass BEM-Maßnahmen nicht immer, aber häufig als hilfreich bewertet werden.

# 1 Methodik

## 1.1 Plan und Verlauf des Vorhabens

Das Projekt „Erwerbsteilhabe und die Arbeit während der Covid-19-Pandemie im Gesundheitsdienst – eine Untersuchung mit der repräsentativen IidA-Kohortenstudie“ umfasste drei Themenbereiche:

### Themenbereich A

Die wissenschaftliche Untersuchung der Frage, warum ältere Beschäftigte das Erwerbsleben vorzeitig verlassen wollen und unter welchen Bedingungen sie doch länger erwerbstätig bleiben würden. Im Rahmen dieses Themenbereiches sollten folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. Wie verändert sich die Erwerbsmotivation in den letzten Erwerbsjahren? Wie hat sie sich infolge der Covid-19-Pandemie verändert?
2. Aus welchen Gründen wollen Beschäftigte das Erwerbsleben vorzeitig verlassen?
3. Aus welchen Gründen haben Beschäftigte das Erwerbsleben tatsächlich vorzeitig verlassen?
4. Unter welchen Bedingungen würden Beschäftigte, welche das Erwerbsleben vorzeitig verlassen wollen, doch länger erwerbstätig bleiben?

### Themenbereich B

Die wissenschaftliche Untersuchung der Arbeitssituation von Beschäftigten im Gesundheitsdienst während der Covid-19-Pandemie. Im Rahmen dieses Themenbereiches sollten folgende Fragestellungen beantwortet werden:

#### *Arbeit und eigene Infektion*

1. Wie häufig haben sich die Beschäftigten im Rahmen ihrer Arbeit mit Covid-19 infiziert? In welchem Zeitraum der Pandemie?
2. Mussten die Beschäftigten während einer akuten Covid-19-Infektion weiterarbeiten?
3. Wie lange sind die Beschäftigten aufgrund der Covid-19-Infektion beruflich ausgefallen?

#### *Die Arbeit während der Covid-19-Pandemie*

4. Mussten die Beschäftigten trotz engen Kontakts mit Menschen mit einer Covid-19-Infektion weiterarbeiten? Wie häufig bestand Kontakt?
5. Wie wirkte sich die Covid-19-Pandemie auf das Wohlbefinden der Beschäftigten aus?
6. Wie bewerten die Beschäftigten Arbeitsstress, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit während der Covid-19-Pandemie im Vergleich zu den Jahren vor der Pandemie

### Themenbereich C

Die wissenschaftliche Untersuchung betrieblicher Maßnahmen zum Erhalt von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit (*Stay at Work*) sowie zur Rückkehr in den Betrieb (*Return to Work*). Im Rahmen dieses Themenbereiches sollten folgende Fragestellungen beantwortet werden:

*Stay at Work*

1. Wie häufig erfolgten betriebliche Maßnahmen zum Erhalt von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit bei den Beschäftigten? Gibt es Unterschiede in Abhängigkeit von der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten?
2. Welche Maßnahmen sind erfolgt und wurden gewünscht?
3. Wann wurden Maßnahmen als hilfreich bewertet?

*Return to Work*

4. Wie häufig wurden Maßnahmen im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) angeboten und angenommen?
5. In welcher Form wurden die Maßnahmen umgesetzt?
6. Waren die erhaltenen Maßnahmen wirksam?

Das Projekt umfasste ursprünglich eine Laufzeit vom 1. Mai 2023 bis 30. September 2024. Es wurde bis zum 31. Dezember 2025 kostenneutral verlängert. Ursprünglich lag folgender Verlaufsplan vor:

#	Arbeitspakete	2023 (Quartal)			2024 (Quartal)			
		2	3	4	1	2	3	4
1	Datenanalyse	M1a		M1b				
2	Verwertung						M2	
3	Projektmanagement							M3

**Tabelle 1.** Gantt-Chart: „lidA 4 – BGW“ Arbeitspakete, Beginn: 05/2023, Ende: 09/2024

**Meilensteine:**

- M1a Datenaufbereitung für lidA-Welle 4 abgeschlossen
- M1b Basisauswertungen sämtlicher wiss. Fragen liegen vor
- M2 alle Fragen als wissenschaftliche Artikel eingereicht
- M3 technischer Abschlussbericht liegt vor

Das Arbeitspaket „Verwertung“ erstreckte sich nach Verlängerung des Projekts bis ins 4. Quartal 2025. Die realisierte Verwertung der Ergebnisse zu den Fragestellungen aus den drei Themenbereichen werden im Abschnitt 2 dargestellt und zusammengefasst.

**1.2 Die lidA-Studie - eine Kohortenstudie zu Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe**

Zur Untersuchung der obengenannten Fragestellungen wurden die lidA-Daten der Studienwellen 1 bis 4 verwendet. Die seit 2009 laufende lidA-Studie ([www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)) ist eine von weltweit rund zehn repräsentativen Kohortenstudien mit Fokus auf „Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe“; in Deutschland ist sie einzigartig (Ferrie, 2014). lidA untersucht Langzeiteffekte der Arbeit auf Gesundheit und Erwerbsteilhabe in einer älter werdenden Erwerbsbevölkerung aus interdisziplinärer Perspektive. Weitergehende Informationen zur Studie und ihrem konzeptionellen Hintergrund finden sich in der Kurzveröffentlichung im Journal *Das Gesundheitswesen* (Ebener & Hasselhorn, 2015) und im ausführlichen „lidA Cohort Profile“ im *International Journal of Epidemiology* (Hasselhorn et al., 2014).

### 1.3 Stichprobe

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden sowohl Quer- als auch Längsschnittanalysen durchgeführt. Datenbasis für den Themenbereich A waren die Erhebungswellen 2 (2014) bis 4 (2022/23). Für den Themenbereich B waren es die Erhebungswellen 1 (2011) bis 4 (2022/23) und für den Themenbereich C die Erhebungswellen 3 (2018) bis 4 (2022/23). Für Querschnittanalysen mit den Daten der 4. Erhebungswelle konnte die große Stichprobe von 8.884 Teilnehmenden, davon 4.965 Erwerbstätige, genutzt werden (siehe Abb. 1). Im Rahmen der 4. Erhebungswelle wurde die Stichprobe der IidA-Studie aufgefrischt (weitere Teilnehmende der Geburtsjahrgänge 1959 und 1965) und ergänzt (Teilnehmende des Geburtsjahrgangs 1971). Die Stichprobe für die Längsschnittanalysen fällt daher deutlich kleiner aus (siehe Abb. 1).

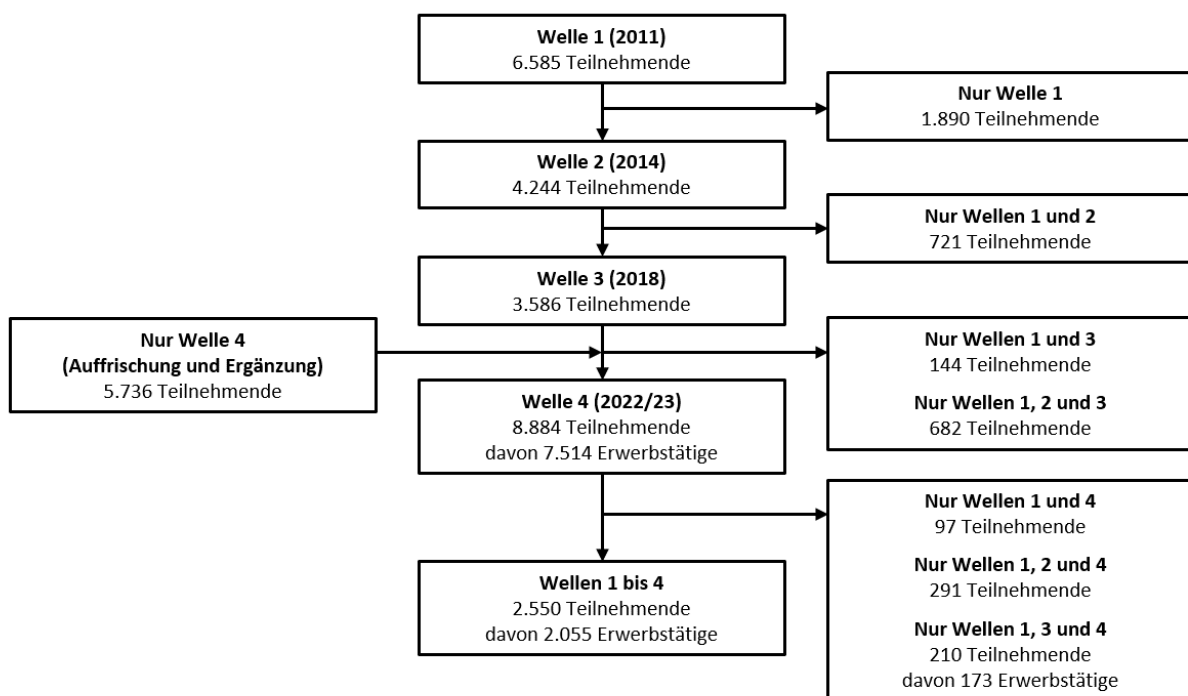


Abbildung 1. Flow-Chart der Teilnehmenden an den vier Erhebungswellen der IidA-Studie

### 1.4 Verwendete Klassifikationen für Berufe im Gesundheitsdienst

Zur Identifizierung der Beschäftigten im Gesundheitsdienst wurde die Klassifikation der Berufe (KIdB 2010, 3-Steller) genutzt. Da die Berufe im Gesundheitsdienst vielfältige Tätigkeiten abdecken, wurden für detaillierte Analysen fünf Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst genauer in den Blick genommen und miteinander verglichen. Aus Gründen des Datenschutzes sollten die untersuchten Berufsgruppen im Querschnitt der 4. Erhebungswelle mindestens 80 Teilnehmende umfassen. Folgende fünf Berufsgruppen konnten in die Analysen einbezogen werden:

- Gesundheits- und Krankenpflege, (261 Teilnehmende, 3,5 % aller Erwerbstätigen in IidA-Welle 4)
- Altenpflege (110 Teilnehmende, 1,5 % aller Erwerbstätigen in IidA-Welle 4)

- Heilerziehungs- und Familienpflege (131 Teilnehmende, 1,7 % aller Erwerbstätigen in IidA-Welle 4)
- Arzt- und Praxishilfe (125 Teilnehmende, 1,7 % aller Erwerbstätigen in IidA-Welle 4)
- Medizinisches Labor und Pharmazie (88 Teilnehmende, 1,2 % aller Erwerbstätigen in IidA-Welle 4)

## 1.5 Operationalisierung

In die Auswertung der Daten sind in den drei Themenbereichen unterschiedliche Fragen des Fragebogeninstrumentes der IidA-Welle 5 genutzt worden. In Tabelle 2 werden die zentralen Fragen, welche für die Analysen genutzt wurden, dargestellt.

Gegenstand	Operationalisierung im Fragebogeninstrument
<b>TB A: Die Erwerbsmotivation im Gesundheitsdienst</b>	
Erwerbsmotivation	<b>Unabhängig von den gesetzlichen Regelungen zur Rente, bis zu welchem Alter würden Sie gerne arbeiten?</b> (Alter in Jahren)
Veränderung der Erwerbsmotivation aufgrund der Covid-19-Pandemie	<b>Haben Ihre persönlichen Erfahrungen mit der Corona-Pandemie beeinflusst, bis zu welchem Alter Sie gerne arbeiten möchten?</b> (Ja, heute möchte ich länger arbeiten als vor der Pandemie/ Ja, heute möchte ich kürzer arbeiten als vor der Pandemie/ Nein, kein Einfluss)
Gründe für gewünschten vorzeitigen Erwerbsausstieg	Das reguläre gesetzliche Renteneintrittsalter liegt beim 66. bzw. 67. Lebensjahr. Sie haben gesagt, dass Sie gerne bis zum Alter von X arbeiten würden. <b>Welche Rolle spielen die folgenden Gründe dafür, dass Sie gerne zu diesem Zeitpunkt aus dem Arbeitsleben ausscheiden würden – keine Rolle, eine geringe Rolle oder eine große Rolle?</b> A: Zeit für freiwillige oder ehrenamtliche Tätigkeiten B: Mehr freie Zeit haben C: Betreuung von kranker oder pflegebedürftiger Person D: Betreuung von Enkelkind oder Kindern E: Partner/Partnerin hört dann auch auf zu arbeiten. F: Arbeitskraft ist nicht mehr gefragt. G: Vertrag läuft aus. H: Ausreichende finanzielle Absicherung erreicht I: Arbeit zu anstrengend J: Gesundheitliche Probleme K: Irgendwann muss Schluss sein. L: Ich kann zu diesem Zeitpunkt ohne Abschläge in die Altersrente gehen. (Spielt keine Rolle/ Spielt eine geringe Rolle/ Spielt eine große Rolle)
Gründe für Rente	<b>Oft sind es mehrere Gründe, die dazu beitragen, dass man in Rente geht. Ich nenne Ihnen nun eine Reihe von möglichen Gründen hierfür. Bitte sagen Sie mir für jeden, in welchem Ausmaß er zu Ihrem Schritt in die Rente beigetragen hat.</b> A: Ich hatte eine Altersgrenze erreicht. B: Mein Gesundheitszustand machte es erforderlich. C: Ich wollte so früh wie möglich aufhören. D: Ich brauchte mehr Zeit für mich selbst. E: Ich wollte mehr Zeit mit Familie oder Freunden verbringen.

	<p>F: Die Doppelbelastung durch Haushalt und Beruf war zu hoch.                  G: Mein Partner/meine Partnerin ist in den Ruhestand gegangen.                  H: Ich hatte kranke oder pflegebedürftige Personen zu betreuen.                  I: Meine Arbeit war zu belastend.                  J: Ich bin arbeitslos geworden.                  K: Ich hatte ein günstiges Ausstiegsangebot erhalten.                  L: Ich hatte es finanziell nicht mehr nötig zu arbeiten.                  M: Der Arbeitsweg war zu lang.                  N: Ich wollte mal etwas Anderes machen.                  O: Ich wurde bei der Arbeit nicht mehr gebraucht.                  P: Meine Arbeit hat mir keinen Spaß mehr gemacht.                  Q: Andere haben mich dazu gedrängt.                  (hat viel dazu beigetragen/ hat etwas dazu beigetragen/ hat nicht dazu beigetragen)</p>
Bedingungen für Verlängerung Erwerbstätigkeit	<p><b>Es kann ja unterschiedliche Bedingungen geben, unter denen Sie vielleicht doch gerne länger als bis X erwerbstätig sein würden. Bitte geben Sie an, ob die folgenden Punkte für Sie ein Grund sein könnten, länger erwerbstätig sein zu wollen oder nicht.</b></p> <p>A: Wenn die Arbeit nicht zu anstrengend wäre                  B: Wenn die Arbeit interessant wäre                  C: Wenn die Arbeit gut bezahlt würde                  D: Wenn ich dort auf nette Menschen träfe                  E: Wenn ich frei bestimmen könnte, wann ich arbeite                  F: Wenn ich frei bestimmen könnte, wie viel ich arbeite                  G: Wenn ich bei der Arbeit gebraucht würde.                  H: Etwas anderes.                  (ja/ nein)</p>
<b>TB B: Die Arbeit im Gesundheitsdienst während der Covid-19-Pandemie</b>	
Eigene Infektion	<b>Haben Sie sich mit dem Corona-Virus COVID-19 infiziert?</b> (ja/ nein)
Zeitpunkt der Infektion	<b>Wann haben Sie Ihre COVID-19-Infektion festgestellt?</b> (Jahr)
Weiterarbeit trotz eigener Infektion	<b>Ist es bei Ihnen zwischen April 2020 und April 2022 vorgekommen, dass Sie während Ihrer akuten Covid-19 Infektion an Ihrem üblichen Arbeitsplatz weiterarbeiten mussten?</b> (ja/ nein)
Ausfalldauer aufgrund eigener Infektion	<b>Wie lange sind Sie aufgrund der COVID-19-Infektion beruflich ausgefallen?</b> (Wochen)
Weiterarbeit trotz engen Kontakts mit Infizierten	<b>Ist es bei Ihnen zwischen April 2020 und April 2022 vorgekommen, dass Sie trotz engen ungeschützten Kontakts mit Menschen mit einer bestätigten COVID-19-Infektion weiterarbeiten mussten?</b> (ja/ nein)
Kontakt zu Infizierten	<b>Hatten Sie während Ihrer Arbeit Kontakt zu Menschen mit einer COVID-19-Infektion?</b> (Nein, mir ist kein Fall bekannt/ Ja, eher selten/ Ja, häufig)

Auswirkung auf das Wohlbefinden	<p><b>Bitte denken Sie jetzt an Ihre Arbeitssituation zwischen April 2020 und April 2022. Wie wirkte sich Ihre Arbeitssituation auf Ihr Wohlbefinden aus?</b></p> <p><b>Mir ging es infolge meiner Arbeit zwischen April 2020 und April 2022...</b></p> <p>1: viel schlechter 2: etwas schlechter 3: gleich gut 4: etwas besser 5: viel besser</p>
Stressempfinden aufgrund der Pandemie	<p><b>Haben sich zwischen April 2020 und April 2022 folgende Veränderungen in Bezug auf Ihre Arbeit ergeben: Ist Ihre Arbeit stressiger geworden?</b></p> <p>(ja/ nein)</p>
<b>TB C: Stay at Work und Return to Work</b>	
BEM - Berechtigung	<p><b>Sie haben über 30 Krankheitstage für die letzten 12 Monate angegeben. Beim sogenannten Betrieblichen Eingliederungsmanagement, BEM, prüft der Betrieb gemeinsam mit Beschäftigten, die länger arbeitsunfähig waren, mit welchen Maßnahmen deren Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt, erhalten und gefördert werden kann. Die folgenden Fragen betreffen das Angebot und die Teilnahme an einem BEM.</b></p> <p><b>Hat Ihnen Ihr Arbeitgeber in den letzten 12 Monaten ein Angebot zum BEM gemacht?</b></p> <p>(ja, er kam von sich aus auf mich zu/ja, auf meine Nachfrage/nein)</p>
BEM - Annahme	<p><b>Haben Sie das Angebot zum BEM angenommen?</b></p> <p>(ja/ nein/ich habe mich noch nicht entschieden)</p>
BEM - Erstgespräch	<p><b>Fand ein Erstgespräch zum BEM statt?</b></p> <p>(ja/nein)</p>
BEM - Umsetzung	<p><b>Wurden im Zuge Ihres BEM Maßnahmen für Ihre Wiedereingliederung umgesetzt?</b></p> <p>(ja/nein, ist aber geplant/nein)</p>
BEM - Maßnahmen	<p><b>Welche der folgenden Maßnahmen wurden im Zuge Ihres BEM umgesetzt?</b></p> <p><b>A: Stufenweise Wiedereingliederung, z.B. „Hamburger Modell“</b>  <b>B: Individuelle Begleitung und Unterstützung der Wiedereingliederung, z. B. durch einen „BEM-Coach“</b>  <b>C: Regelmäßige Feedbackgespräche mit meiner oder meinem Vorgesetzten</b>  <b>D: Längerfristige Reduzierung der Arbeitszeit</b>  <b>E: Flexibilisierung der Arbeitszeit, z. B. Gleitzeit</b>  <b>F: Verbesserung der Arbeitsorganisation, z. B. Arbeitsabläufe</b>  <b>G: Reduzierung der Arbeitsmenge</b>  <b>H: Verbesserung des Arbeitsplatzes, z. B. Stuhl, Tisch, Computer, Beleuchtung, Technik</b>  <b>I: Reduzierung der körperlichen Belastungen, z. B. Heben oder Tragen</b>  <b>J: Umsetzung auf einen neuen Arbeitsplatz</b></p>

	<p><b>K: Arbeit von zu Hause, z. B. Home-Office</b>  <b>L: berufliche Weiterqualifizierung</b>  <b>M: Sonstiges</b>                  (trifft zu/trifft nicht zu)</p>
BEM - Bewertung	<p><b>Und was meinen Sie: wie hilfreich war diese Maßnahme/waren diese Maßnahmen in Bezug auf Ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit?</b>                  1: gar nicht hilfreich                  2: wenig hilfreich                  3: etwas hilfreich                  4: sehr hilfreich</p>
Maßnahmen zur Erhaltung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit (MGA)	<p><b>Wenn die Arbeit für einen Beschäftigten sehr anstrengend geworden ist, kann man die Tätigkeit oder den Arbeitsplatz anpassen. Uns interessiert, ob es bei Ihnen in den letzten 12 Monaten solche Anpassungsmaßnahmen gegeben hat. Es geht nur um Maßnahmen mit dem Ziel, Ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Haben solche Maßnahmen stattgefunden?</b>                  (ja/nein)</p>
MGA - Maßnahmen	<p><b>Welche der folgenden Maßnahmen haben stattgefunden?</b>  <b>A: Stufenweise Wiedereingliederung, z. B. „Hamburger Modell“</b>  <b>B: Individuelle Begleitung und Unterstützung der Wiedereingliederung, z. B. durch einen „BEM-Coach“</b>  <b>C: Regelmäßige Feedbackgespräche mit meiner oder meinem Vorgesetzten</b>  <b>D: längerfristige Reduzierung der Arbeitszeit</b>  <b>E: Flexibilisierung der Arbeitszeit, z. B. Gleitzeit</b>  <b>F: Verbesserung der Arbeitsorganisation, z. B. Arbeitsabläufe</b>  <b>G: Reduzierung der Arbeitsmenge</b>  <b>H: Verbesserung des Arbeitsplatzes, z. B. Stuhl, Tisch, Computer, Beleuchtung, Technik</b>  <b>I: Reduzierung der körperlichen Belastungen, z. B. Heben oder Tragen</b>  <b>J: Umsetzung auf einen neuen Arbeitsplatz</b>  <b>K: Arbeit von zu Hause, z. B. Home-Office</b>  <b>L: berufliche Weiterqualifizierung</b>  <b>M: Sonstiges</b>                  (trifft zu/trifft nicht zu)</p>
MGA - Bewertung	<p><b>Und was meinen Sie: wie hilfreich waren diese Maßnahmen insgesamt in Bezug auf Ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit?</b>                  1: gar nicht hilfreich                  2: wenig hilfreich                  3: etwas hilfreich                  4: sehr hilfreich</p>
MGA - Wunsch	<p><b>Wünschen Sie sich denn zurzeit eine Maßnahme bei Ihrer Arbeit, um Ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten?</b>                  (ja/nein)</p>

**Tabelle 2.** Operationalisierung der zentralen Fragen nach Themenbereich

## 2 Ergebnisse und Bewertung des Gesamtvorhabens

Sämtliche Forschungsfragen des Projektes „Erwerbsteilhabe und die Arbeit während der Covid-19-Pandemie im Gesundheitsdienst – eine Untersuchung mit der repräsentativen lidA-Kohortenstudie“ konnten mit den Daten der lidA-Kohortenstudie beantwortet werden. Die Ergebnisse des Projektes wurden in verschiedenen Verwertungsprodukten (wissenschaftliche Fachartikel, Factsheets, Vortrag, Poster) veröffentlicht.

Diese Vielfalt an Verwertungsprodukten ermöglicht es, die Ergebnisse des Projektes verschiedenen Zielgruppen zugänglich zu machen. Die *wissenschaftlichen Fachartikel* erreichen hauptsächlich die deutschsprachige und/oder internationale wissenschaftliche Fachgesellschaft. In den *Factsheets* werden Ergebnisse des Projekts in kurzer und praxisnaher Form dargestellt. Sie sind online frei zugänglich und werden vom Fachgebiet Arbeitswissenschaft an die wissenschaftliche Fachgesellschaft, weitere Projekt- und Kooperationspartner\*innen sowie für Zuhörer\*innen von Vorträgen bereitgestellt. Die *Vorträge* und *Poster* ermöglichen, die Ergebnisse mit anderen Wissenschaftler\*innen sowie Fachkräften aus der Praxis zu diskutieren.

Im Folgenden werden für jeden Themenbereich die entstandenen Verwertungsprodukte dargestellt, die zentrale Ergebnisse kurz zusammengefasst und anschließend bewertet. Zuletzt werden Schlussfolgerungen für die Praxis und Forschung gezogen. Alle Produkte sind dem Abschlussbericht angehängt.

### 2.1 Themenbereich A: Die Erwerbsmotivation im Gesundheitsdienst

#### 2.1.1 Verwertung

##### Artikel

Garthe, N. (2025). Wie lange möchten ältere Beschäftigte im Gesundheitsdienst nach der COVID-19-Pandemie erwerbstätig bleiben? Ergebnisse der „lidA-Studie“. In A. Nienhaus (Hrsg.), *RiRe - Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* (Bd. 4, S. 66–77). Ecomed Medizin.

Borchart, D., Galatsch, M., Bruschini, M, Garthe, N. (2025). Contributing factors of the preferred retirement age in nursing professionals – Cross-sectional results of the German lidA cohort study. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-025-02511-3>

Garthe, N. (2023). Bleiben oder gehen? Ältere Beschäftigte in der Pflege. *Die Schwester Der Pfleger*, 12, 60–62.

Hasselhorn, H.M. & Borchart, D. (2025). Wie lange können, wollen und planen sie (zu) arbeiten? Eine Typisierung der älteren Beschäftigten in Deutschland. *Deutsche Rentenversicherung*, 02/2025, 133-153

##### Factsheet

Garthe, N. (2025). Wie verändert sich die Erwerbsmotivation in den letzten Erwerbsjahren? (lidA-Factsheet 2025 04). *Factsheet*.

Garthe, N. (2023). Aus welchen Gründen sind Beschäftigte des Gesundheitsdienstes früh in die Rente gegangen? (lidA-Factsheet 2023 04). *Factsheet*.

### Vortrag

Hasselhorn, H. M. (2023). *Ältere Beschäftigte in der Pflege: bleiben oder gehen?* 2023, 28. September 2023, Berlin.

Hasselhorn, H. M. (2023). *Older Health Workers and the transition from work to retirement – a German perspective*. ICOH Scientific Committee on Occupational Health for Health Workers, New York Academy of Medicine, 24. – 27. Oktober 2023, New York.

### Poster

Garthe, N. (21.09.2023). *Vorzeitig in die Rente oder doch länger arbeiten? Warum ältere Beschäftigte in der Pflege vorzeitig das Erwerbsleben verlassen möchten und warum sie doch länger arbeiten würden*. Gemeinsame Jahrestagung der DGMP – Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V. und der DGMS – Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V., 20. - 22. September 2023, Gießen.

## 2.1.2 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Forschungsfragen des Themenbereiches A kurz beantwortet. Detaillierte sowie weitere Ergebnisse werden in den Verwertungsprodukten präsentiert (siehe Anhang).

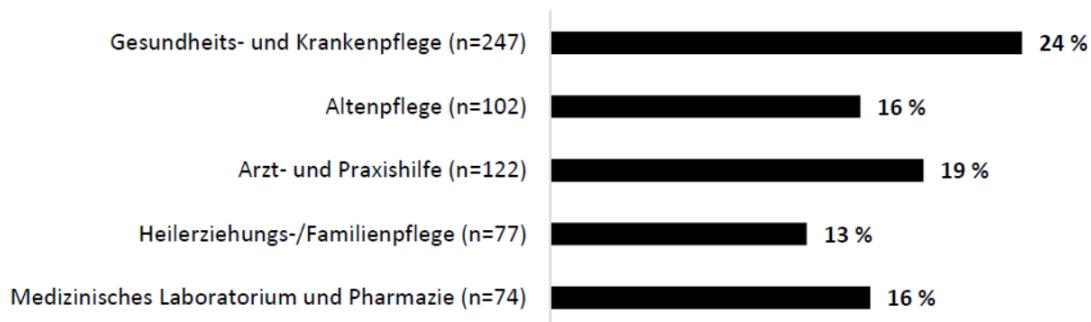
### 1. Wie verändert sich die Erwerbsmotivation in den letzten Erwerbsjahren? Wie hat sie sich infolge der Covid-19-Pandemie verändert?

Ein zentrales Ergebnis der repräsentativen lidA-Kohortenstudie ist, dass ein Großteil der Beschäftigten über 50 Jahren am liebsten deutlich vor der gesetzlichen Regelaltersgrenze in den Ruhestand gehen möchte (Hasselhorn & Ebener, 2023). Vergleiche von Berufsgruppen zeigten, dass Beschäftigte im Gesundheitsdienst besonders früh in den Ruhestand gehen möchten sowie weniger lange erwerbstätig bleiben möchten als die Gesamtgruppe der Beschäftigten (Garthe & Hasselhorn, 2023; Hasselhorn & Borchart, 2025).

Nach der Frage, wie lange sie noch erwerbstätig bleiben möchten, wurden sie nun ergänzend gefragt, ob ihre persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie ihr gewünschtes Ausstiegalter beeinflusst haben. In den fünf untersuchten Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst möchte ein Teil der Beschäftigten aufgrund der Covid-19-Pandemie weniger lange erwerbstätig bleiben als zuvor (Abb. 2). Von den Gesundheits- und Krankenpflegenden sagte dies etwa jede\*r Vierte aus und von den Arzt- und Praxishilfen etwa jede\*r Fünfte (Garthe, 2025a). Belastungen durch die COVID-19-Pandemie, wovon Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in anderen sozialen Berufen in besonderem Maße betroffen waren (Garthe & Du Prel, 2025a), verschärften die genannten Unterschiede nach Beruf zusätzlich (Garthe, 2025a).

Betrachtungen im Längsschnitt mit den Daten der dritten und vierten Welle der lidA-Studie zeigten zudem, dass bei einer wiederholten Befragung derselben Beschäftigten eines Jahrgangs nach vier Jahren ein Großteil das Alter, bis zu welchem er oder sie arbeiten möchte, ändert. Viele möchten länger arbeiten als

zuvor, doch einige auch weniger lange. Dies führt im Mittel zu einem Trend der Verlängerung der Erwerbsmotivation mit zunehmender Annäherung an das Ruhestandsalter (Garthe, 2025b).



**Abbildung 2.** Verkürzung der Erwerbsmotivation infolge der persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie (Garthe, 2025a)

## 2. Aus welchen Gründen wollen Beschäftigte das Erwerbsleben vorzeitig verlassen?

Personen, welche den Wunsch äußerten, bis maximal zu einem Alter von 65 Jahren arbeiten zu wollen, wurden gefragt, aus welchen Gründen sie denn das Erwerbsleben gern früher verlassen würden. Die drei am häufigsten genannten Gründe für alle Beschäftigten, welche an der vierten Welle der IidA-Studie teilnahmen waren „mehr freie Zeit zu haben“ (83 %), „Irgendwann muss Schluss sein“ (64 %) und „ausreichenden finanzielle Absicherung erreicht“ (50 %) (Hasselhorn & Ebener, 2023). Nimmt man nur die Pflegekräfte in den Blick, zeigt sich ein anderes Bild (Borchart, Galatsch, Bruschini, & Garthe, 2025; Hasselhorn, 2023c). Bei Pflegekräften spielt der Grund, dass die Arbeit zu anstrengend ist, signifikant häufiger eine große Rolle (75 %) als bei den Beschäftigten insgesamt (45 %). Auch gesundheitliche Probleme spielen bei über 50 % der Pflegekräfte eine große Rolle für ihren Frühausstiegswunsch (Abb. 3).

Welcher Anteil würde gerne vor dem 65. Lebensjahr aus dem Arbeitsleben ausscheiden?

67 % aller Beschäftigten

74 % der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflegenden

Welche Gründe spielen dafür eine große Rolle?

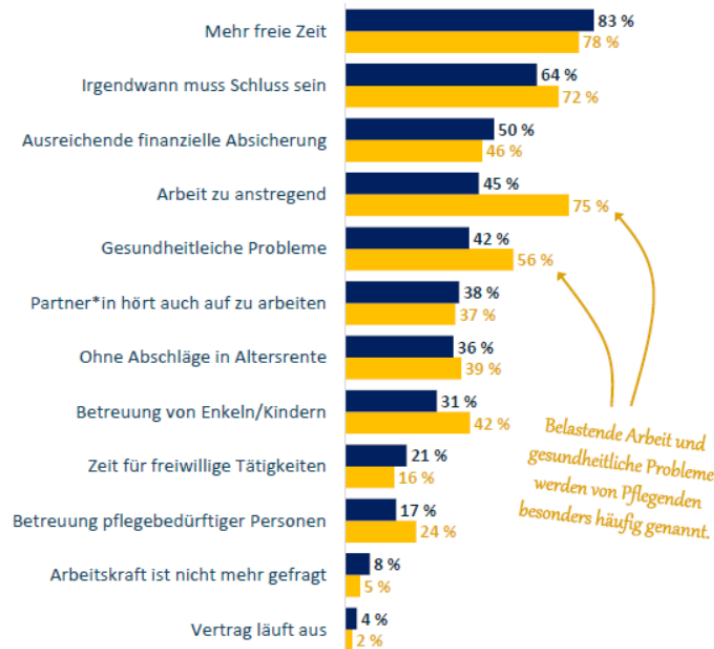


Abbildung 3. Gründe, welche eine große Rolle für einen frühen Ausstiegswunsch spielen (nur Beschäftigte in der Pflege, welche vor einem Alter von 65 Jahren in den Ruhestand gehen möchten, nBeschäftigte = 4.667 - 4.842, nPflegekräfte = 250 – 263)) (Garthe, 2023c)

3. Aus welchen Gründen haben Beschäftigte das Erwerbsleben tatsächlich vorzeitig verlassen?

Im Kontrast zu einem frühen Ausstiegswunsch von Beschäftigten stellt sich die Frage, aus welchen Gründen Rentner\*innen nun tatsächlich frühzeitig in den Ruhestand gegangen sind. Die IiDA-Studie konnte bis zur vierten Erhebungswelle bereits über 600 Personen auf ihrem Weg in den Ruhestand begleiten. Diese sind in Altersrentner\*innen und Erwerbsminderungsrentner\*innen (EM-Rentner\*innen) zu unterscheiden. 53 Personen arbeiteten zuvor im Gesundheitsdienst. Die Rentner\*innen wurden gefragt, welche Gründe nun dazu beigetragen haben, dass sie in den Ruhestand gegangen sind (Abb. 4).

Ähnlich wie beim Wunsch, früher in die Rente zu gehen, spielen bei Rentner\*innen aus dem Gesundheitsdienst ebenfalls gesundheitliche Probleme und Arbeitsbelastungen eine zentrale Rolle für einen tatsächlichen frühen Einstieg in die Rente. Die gesundheitlichen Probleme führten zumeist zu einem Einstieg in die Erwerbsminderungsrente. Bei einem frühen Zugang in die Altersrente stellte zudem der Wunsch nach mehr freier Zeit einen häufigen Ausstiegsgrund dar (Garthe, 2023a). Im Kontrast zu den frühen Rentner\*innen allgemein, fallen erneut hohe Arbeitsbelastungen als Ausstiegsgrund bei Rentner\*innen aus dem Gesundheitsdienst auf (Hasselhorn, 2023b).

Welche Gründe haben dazu beigetragen, dass Sie in die Rente gegangen sind?

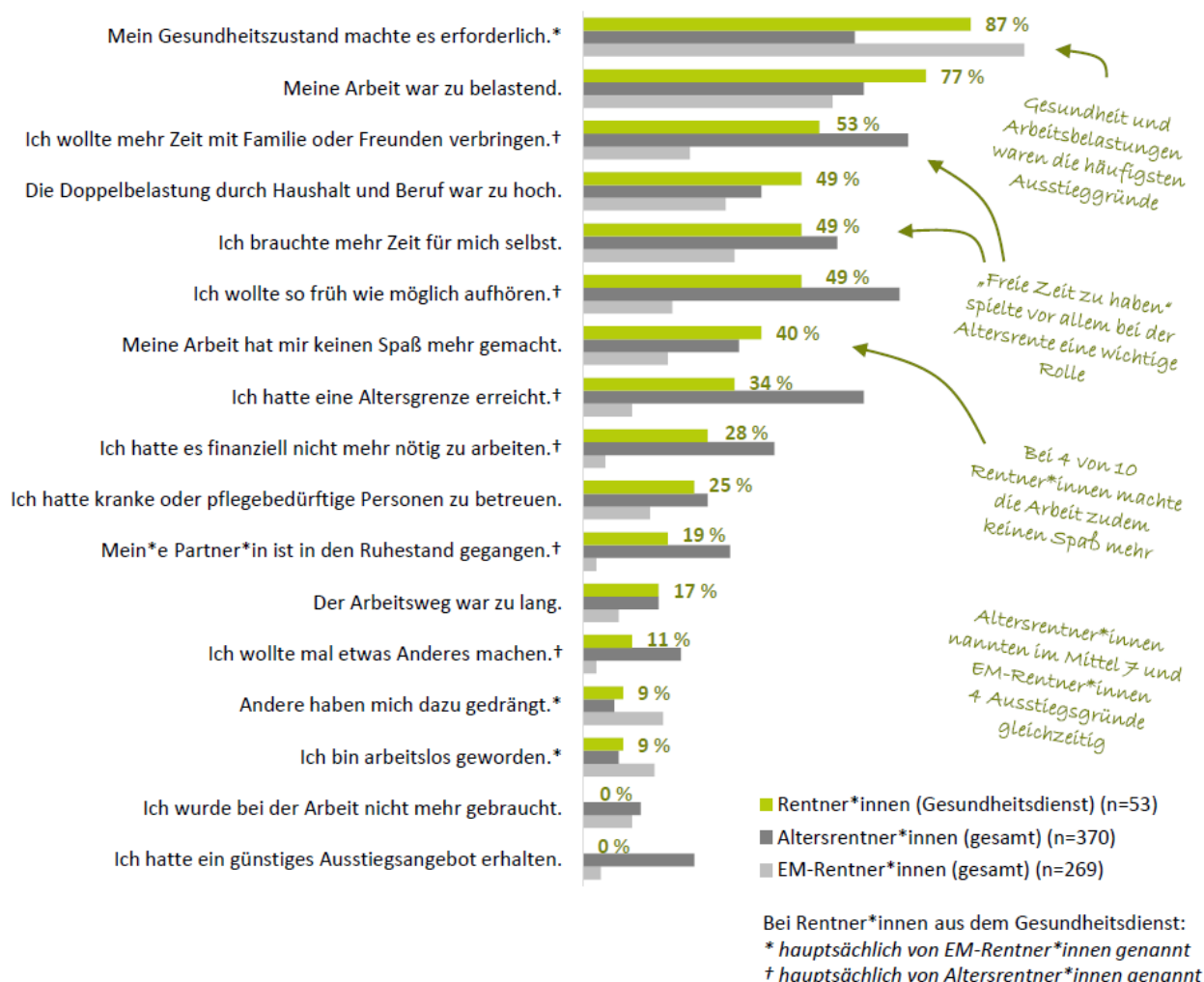
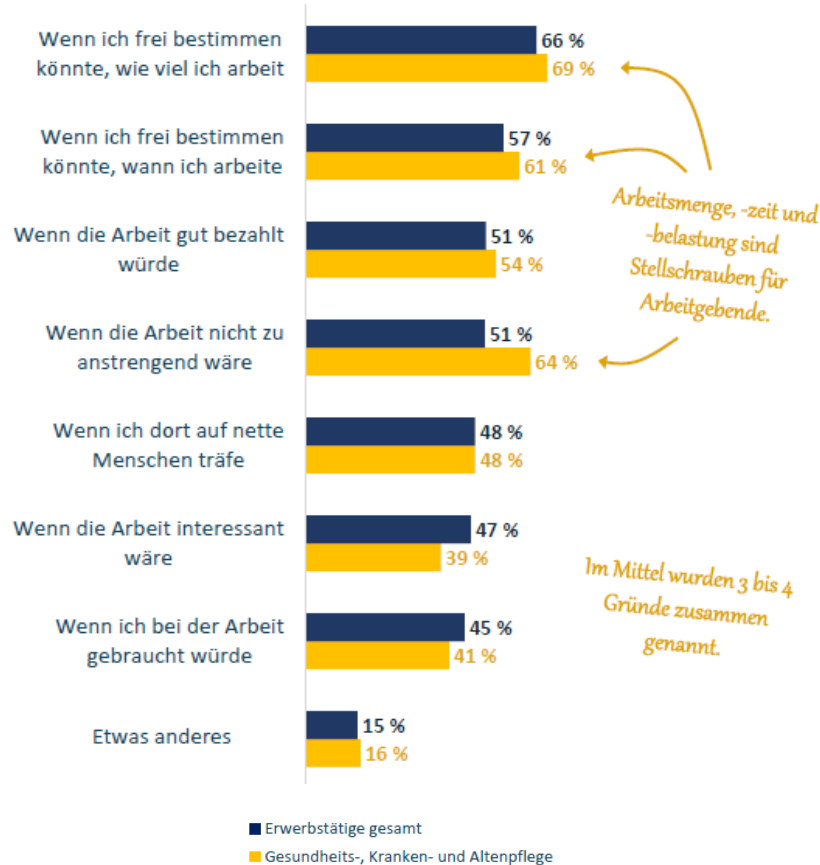


Abbildung 4. Gründe für den tatsächlichen Eintritt in den Ruhestand (Garthe, 2023a)

4. Unter welchen Bedingungen würden Beschäftigte, welche das Erwerbsleben vorzeitig verlassen wollen, doch länger erwerbstätig bleiben?

Mithilfe der IidA-Studie wurde bereits festgestellt, dass viele ältere Beschäftigte das Erwerbsleben lieber vor dem 65. Lebensjahr verlassen möchten. Bei diesen Beschäftigten wurde in der vierten Welle der Studie nun nachgefragt, ob es Gründe gibt, aus welchen sie doch noch etwas länger erwerbstätig bleiben würden. Tatsächlich wären viele Erwerbstätige, auch aus Pflegeberufen, bereit, länger als zuvor genannt zu arbeiten, wenn sich bei der Arbeit etwas ändern würde (Abb. 5). Vor allem für Pflegekräfte sind dies Veränderungen der Arbeitsmenge, -zeit und -belastung (Garthe, 2023b, 2023c). Eine gute Bezahlung könnte auch bei etwa der Hälfte der Erwerbstätigen zu einem späteren Ausstiegswunsch führen. Anzumerken ist jedoch auch, dass viele Beschäftigte drei bis vier Gründe gleichzeitig nannten.

## Aus welchen Gründen würden Sie doch länger arbeiten?



**Abbildung 5.** Gründe, aus welchem Erwerbstätige mit Frühausstiegswunsch, doch länger arbeiten würden ( $n_{\text{Beschäftigte}} = 4.660 - 4.732$ ,  $n_{\text{Pflegekräfte}} = 252 - 257$ ) (Garthe, 2023c)

### 2.1.3 Bewertung und Schlussfolgerungen

Beschäftigte in Pflegeberufen fallen auf, denn sie möchten weniger lange arbeiten als Beschäftigte gleichen Alters allgemein und in anderen sozialen Berufsgruppen. Dabei scheinen die Beschäftigten das Alter, bis zu welchem sie arbeiten möchten, mit der Zeit anzupassen. Im Mittel möchten die Beschäftigten mit zunehmenden Alter länger arbeiten als zuvor. Besonders Beschäftigte in der Altenpflege ändern ihre Einschätzung, wie lange sie noch arbeiten möchten, mit der Zeit deutlich. Ein großer Anteil der Altenpflegenden möchte länger und ein ebenso großer Anteil weniger lange arbeiten als vor vier Jahren. Hier ist allerdings zu beachten, dass Beschäftigte in der Altenpflege im Mittel länger planen zu arbeiten, als sie im Mittel angeben, dies zu können (Hasselhorn & Borchart, 2025). Dies ist ein Zeichen dafür, dass die Weiterarbeit nicht freiwillig erfolgt, sondern d. h., dass dies die Folge finanzieller Notwendigkeiten in dieser Gruppe ist – trotz aller gesundheitlicher Einschränkungen, die sie berichtet (Hasselhorn & Rohrbacher, 2025). Mit zunehmendem Alter können die Beschäftigten vermutlich besser einschätzen, wie lange sie noch arbeiten möchten und dies auch können. Bei dieser Einschätzung dürften insbesondere in den Pflegeberufen die erhöhten Arbeitsbelastungen, welche sich durch die COVID-19-Pandemie zusätzlich verschärft hatten, eine deutliche Rolle spielen.

Bei der Frage danach, aus welchen Gründen die Beschäftigten das Erwerbsleben vorzeitig verlassen möchten, nannten Beschäftigte aus dem Gesundheitsdienst neben dem Wunsch nach mehr freier Zeit besonders häufig auch belastende Arbeitsbedingungen und gesundheitliche Probleme. Betrachtet man nun die Personen, die bereits in die Rente gegangen sind, fallen im Kontrast zu den frühen Rentner\*innen allgemein erneut hohe Arbeitsbelastungen als Ausstiegsgrund bei Rentner\*innen aus dem Gesundheitsdienst auf. Diese Ergebnisse bestätigen, dass die bekannten erhöhten psychosozialen und körperlichen Belastungen im Gesundheitsdienst, speziell bei älteren Pflegenden, verlässlich reduziert werden sollten. Diese sind eine zentrale Stellschraube, um dem durch den demografischen Wandel bedingten erhöhten Bedarf an Fachkräften im Gesundheitsdienst heute und in Zukunft zu begegnen.

Weitere Erkenntnisse zu Handlungsmöglichkeiten für die Praxis zeigen die Ergebnisse zu der Frage, aus welchen Gründen die Beschäftigten mit Frühausstiegswunsch doch noch länger arbeiten würden. Tatsächlich wären viele Pflegende bereit länger als zuvor genannt zu arbeiten, wenn bei der Arbeit Veränderungen der Arbeitsmenge, -zeit und -belastung stattfinden würden. Mehr Einfluss der Beschäftigten in der Pflege auf ihre Arbeitszeit und Arbeitsmenge können daher ebenfalls dazu beitragen, dass ältere Beschäftigte in der Pflege länger erwerbstätig bleiben. Hier können direkte Vorgesetzte aktiv Gespräche mit den (älteren) Pflegenden suchen und zusammen mit diesen Veränderungen umsetzen. Anzumerken ist jedoch auch, dass viele Erwerbstätige drei bis vier Veränderungswünsche gleichzeitig nannten. Es kann also sein, dass sich mehrere Dinge bei der Arbeit ändern müssten, damit die Erwerbstätigen doch länger arbeiten möchten als bisher.

## 2.2 Themenbereich B: Die Arbeit im Gesundheitsdienst während der Covid-19-Pandemie

### 2.2.1 Verwertung

#### Artikel

Garthe, N. (2025). Wie lange möchten ältere Beschäftigte im Gesundheitsdienst nach der COVID-19-Pandemie erwerbstätig bleiben? Ergebnisse der „lidA-Studie“. In A. Nienhaus (Hrsg.), *RiRe - Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* (Bd. 4, S. 66–77). Ecomed Medizin.

Garthe, N., du Prel J.B. (2025). Die Arbeit während der COVID-19-Pandemie und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. *Gesundheits-, Bildungs- und soziale Berufe im Vergleich. Zbl Arbeitsmed.* <https://link.springer.com/article/10.1007/s40664-025-00580-5>

#### Vortrag

Garthe, N., & du Prel, J.-B. (04.04.2025). *Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Arbeitsstress, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit älterer Beschäftigter im Gesundheitsdienst – Ergebnisse der lidA-Studie.* 65. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., 02. - 05. April 2025, Wuppertal.

### 2.2.2 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Forschungsfragen des Themenbereiches B kurz beantwortet. Detaillierte sowie weitere Ergebnisse werden in den Verwertungsprodukten präsentiert (siehe Anhang).

#### 1. Wie häufig haben sich die Beschäftigten im Rahmen ihrer Arbeit mit Covid-19 infiziert? In welchem Zeitraum der Pandemie?

Während sich nur knapp über die Hälfte der befragten Beschäftigten bis zum Erhebungsende der vierten Welle der lidA-Studie im März 2023 mit SARS-CoV-2 infizierte, gaben dies über 60 % der Beschäftigten im Gesundheitsdienst an. Von diesen hat sich ein großer Teil laut eigener Aussage wahrscheinlich bei der Arbeit infiziert. Pflegekräfte haben sich zudem oftmals früher, bereits zu Beginn der Pandemie im Jahr 2020, infiziert (über 12 %; Erwerbstätige gesamt: etwa 7%) (Garthe, 2025a; Garthe & Du Prel, 2025a).

#### 2. Mussten die Beschäftigten während einer akuten Covid-19-Infektion weiterarbeiten?

Nach eigener Angabe mussten im Zeitraum von April 2020 bis April 2022 einige Beschäftigte im Gesundheitsdienst trotz SARS-CoV-2-Infektion (nicht im Homeoffice) weiterarbeiten. Das waren jeweils etwa 5 % in der Arzt- und Praxishilfe, 7 % in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie 9 % in der Altenpflege (Garthe & Du Prel, 2025a).

#### 3. Wie lange sind die Beschäftigten aufgrund der Covid-19-Infektion beruflich ausgefallen?

Pflegekräfte sind durchschnittlich länger beruflich ausgefallen als Beschäftigte in andere Berufen aus dem Gesundheitsdienst oder in anderen sozialen Berufen. Während Beschäftigte allgemein im Mittel etwa 2,5 Wochen aufgrund einer eigenen Covid-19-Infektion beruflich ausgefallen sind, waren es bei Gesundheits- und Krankenpflegenden 3,6 Wochen (Garthe & Du Prel, 2025a).

#### 4. Mussten die Beschäftigten trotz engen Kontakts mit Menschen mit einer Covid-19-Infektion weiterarbeiten? Wie häufig bestand Kontakt?

Etwa ein Drittel der Pflegekräfte musste trotz Kontakts zu Infizierten weiterarbeiten. Grundsätzlich berichten Beschäftigte, die im Gesundheitsdienst arbeiteten, von deutlich mehr sozialen Kontakten am Arbeitsplatz als die älteren Beschäftigten allgemein. So hatten etwa 50 % der Gesundheits- und Krankenpflegenden und der Altenpflegenden, über 60 % der Arzt- und Praxishilfen und nur etwa 24 % der Beschäftigten allgemein mehr als 25 soziale Kontakte pro Arbeitstag. Viel stärkere Kontraste zeigen sich bei der Häufigkeit der Kontakte zu Infizierten mit SARS-CoV-2 am Arbeitsplatz. Etwa 17 % der Beschäftigten allgemein, 60 % der Gesundheits- und Krankenpflegenden und der Altenpflegenden und 37 % der Arzt- und Praxishilfen berichteten von häufigen Kontakten zu Infizierten (Garthe & Du Prel, 2025a).

#### 5. Wie wirkte sich die Covid-19-Pandemie auf das Wohlbefinden der Beschäftigten aus?

Etwa 70 % der Pflegekräfte ging es infolge ihrer Arbeit während der COVID-19-Pandemie schlechter (Abb. 6). Dies traf auch auf etwa die Hälfte der Arzt- und Praxishilfen zu. Nur sehr wenigen Beschäftigten im Gesundheitsdienst ging es besser (Garthe & Du Prel, 2025a, 2025b).

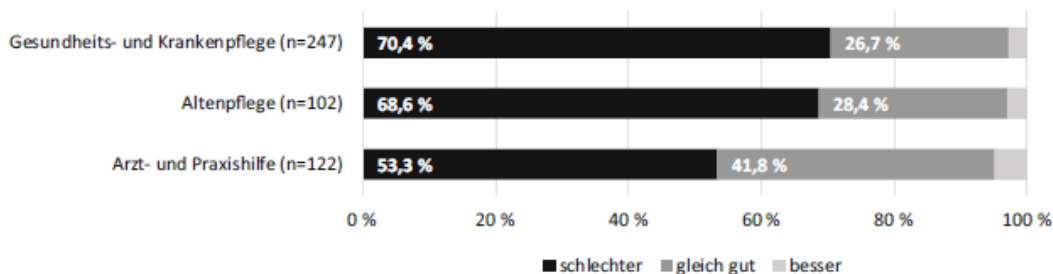
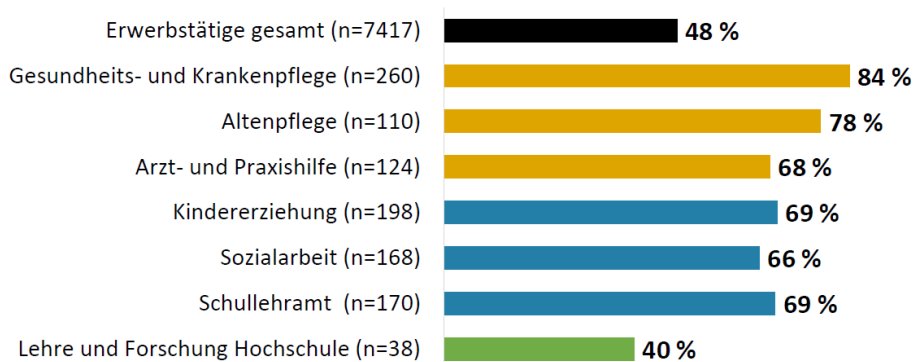


Abbildung 6. Wohlergehen während der COVID-19-Pandemie in Gesundheitsberufen (Garthe & Du Prel, 2025a)

#### 6. Wie bewerten die Beschäftigten Arbeitsstress, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit während der Covid-19-Pandemie im Vergleich zu den Jahren vor der Pandemie?

Etwa die Hälfte der befragten Beschäftigten bestätigte, dass die Arbeit während der COVID-19-Pandemie stressiger geworden sei (Abb. 7). Deutlich höher liegen die Anteile in Pflegeberufen (Gesundheits- und Krankenpflege: etwa 84 %, Altenpflege: etwa 78 %) (Garthe, 2025a), aber auch in anderen sozialen Berufen (Garthe & Du Prel, 2025a).

## Ist die Arbeit während der Covid-19-Pandemie stressiger geworden?



**Abbildung 7.** Bewertung des Arbeitsstress während der COVID-19-Pandemie (Garthe & Du Prel, 2025b)

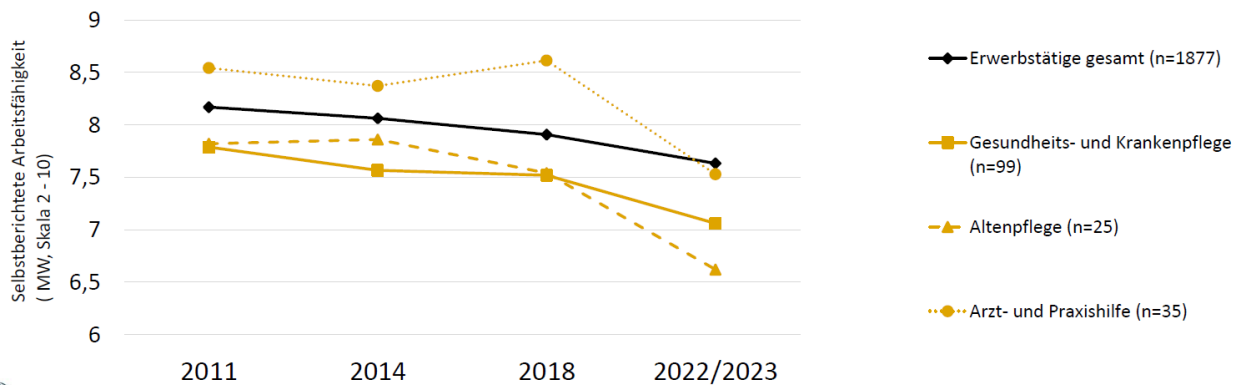
Neben erhöhtem Arbeitsstress legen die Ergebnisse der IidA-Studie auch deutliche Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit nahe.

Für die psychische Gesundheit ist auffällig, dass diese über alle Gruppen hinweg in der vierten Welle der IidA-Studie (2022/2023), also während bzw. unmittelbar nach der COVID-19-Pandemie, deutlich abgenommen hat. Analysen mittels *Repeated Measures Anova* (RMA) bestätigen einen signifikanten Zeiteffekt, also eine Veränderung der psychischen Gesundheit über die Zeit. So liegen die Mittelwerte für 2022/2023 signifikant unter den Mittelwerten der Jahre 2011 und 2018. Auffällige Verläufe zeigen sich für die Altenpflege, welche in 2022/2023 sogar einen höheren Mittelwert aufweisen, und für die Arzt- und Praxishilfe, deren im Vergleich zuvor höchsten Mittelwerte nach der COVID-19-Pandemie deutlich abfallen (Garthe & Du Prel, 2025a, 2025b).

Für die körperliche Gesundheit konnte ebenfalls ein signifikanter Zeiteffekt (RMA) festgestellt werden, allerdings nur für die Vergleiche zwischen den Jahren 2011 und 2018 sowie den Jahren 2011 und 2022/23. Beim Vergleich zwischen den Jahren 2018 und 2022/23, also vor und unmittelbar nach der COVID-19-Pandemie, zeigte sich kein signifikanter Effekt. Jedoch nimmt die körperliche Gesundheit in der Altenpflege über die Zeit von 2011 bis 2022/23 sehr stark ab, insbesondere zwischen den Jahren 2018 und 2022/23 (Garthe & Du Prel, 2025a, 2025b).

Für die Arbeitsfähigkeit zeigt sich nochmals ein anderes Bild (Abb. 8). Die Mittelwerte für 2022/2023 sind für alle dargestellten Berufsgruppen deutlich niedriger als zu allen Erhebungszeitpunkten zuvor. Ähnlich wie bei der psychischen Gesundheit sticht die Arzt- und Praxishilfe heraus. Bei dieser verschlechtert sich die Arbeitsfähigkeit zum Jahr 2022/23 besonders stark. Die erhöhten Belastungen der COVID-19-Pandemie wirken sich in dieser Berufsgruppe wohl vor allem auf die psychische Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit aus. Bei der Altenpflege zeigt sich für die Arbeitsfähigkeit ein ähnlicher Verlauf über die Zeit wie für die körperliche Gesundheit. Pflegekräfte weisen insgesamt eine niedrigere Arbeitsfähigkeit auf, und bei der Altenpflege ist eine zusätzliche Verschlechterung besonders deutlich zu sehen (Garthe & Du Prel, 2025a, 2025b).

## Wie veränderte sich die **Arbeitsfähigkeit** über die Zeit? (Covid-19-Pandemie 2020 - 2023)



**Abbildung 8.** Veränderungen der Arbeitsfähigkeit über die Zeit (Garthe & Du Prel, 2025b)

### 2.2.3 Bewertung und Schlussfolgerungen

Wie mittlerweile zahlreiche internationale Veröffentlichungen (Arafa, Mohammed, Mahmoud, Elshazley, & Ewis, 2021; Eurofound, 2023; Giusti et al., 2024), zeigen auch die Ergebnisse der lidA-Studie für Deutschland, dass die Beschäftigten im Gesundheitsdienst in besonderem Maße von der Covid-19-Pandemie betroffen waren. Sie berichteten von stark erhöhtem Stress, vermindertem Wohlbefinden sowie abnehmender psychischer Gesundheit und Arbeitsfähigkeit in Zeit der Pandemie. Viele Beschäftigte im Gesundheitsdienst hatten während der Pandemie (notwendigen) direkten Kontakt zu Infizierten und waren an der Behandlung und Pflege dieser Personen beteiligt, häufig in stationären Einrichtungen. Dadurch stieg auch das Infektionsrisiko (Fouad, Zawilla, & Maged, 2023). Die erhöhten Infektionszahlen bei diesen Beschäftigten sind demnach nicht verwunderlich. Einzelne ältere Beschäftigte aus der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege sowie Arzt- und Praxishilfen mussten sogar trotz eigener SARS-CoV-2-Infektion weiterarbeiten. Dieses Ergebnis weist auf einen sich in der Krisensituation zuspitzenden Pflegenotstand, insbesondere zu Beginn der Pandemie, hin. Andere Studien stellten einen Anstieg von Präsentismus in der Pflege fest, also ein Weiterarbeiten, obwohl Symptome einer Erkrankung an SARS-CoV-2 vorlagen (Ishimaru et al., 2023; Linsenmeyer et al., 2023).

Eine weitere Belastung stellten die wechselnden Arbeitsbedingungen dar. Diese waren geprägt durch wechselnde Schutzmaßnahmen und -vorgaben und die wechselnde Verfügbarkeit von Schutzausrüstungen, begleitet von einer (anfänglichen) Unwissenheit über die Infektionswege von SARS-CoV-2 (Schilling et al., 2021). Als besondere Belastung kamen für viele Pflegekräfte, beispielsweise in stationären Altenpflegeeinrichtungen, die vermehrten Erfahrungen mit Sterben und Tod hinzu (Gleich, Turlik, Schmidt, & Wohlrab, 2021). Zusammengenommen passen die bisherigen Forschungsergebnisse zu den neuen Ergebnissen aus der lidA-Studie, nämlich, dass die Gesundheits- und Krankenpflege und zum Teil auch die Altenpflege im Berufsvergleich besonders auffallen. Sie waren am stärksten von der Covid-19-Pandemie belastet.

Beschäftigte im Gesundheitsdienst werden aktuell und in Zukunft dringend benötigt, nicht zuletzt aufgrund des demografischen Wandels und des steigenden Fachkräftebedarfs. Jedoch gibt es in

Deutschland einen hohen Anteil älterer Beschäftigter im Gesundheitsdienst, welche von den stark erhöhten Belastungen der Covid-19-Pandemie besonders betroffen waren, zum Teil mit Langzeitfolgen (Qi et al., 2022). Diese Beschäftigten, vor allem die große Gruppe der Babyboomer, geht nun nach und nach in den Ruhestand und wenn es nach ihnen geht, auch deutlich früher als die Regelaltersgrenze in Deutschland dies vorsieht. Die Belastungen der Covid-19-Pandemie haben diesen Trend verschärft. Erste Forschende ziehen ein Fazit für die zukünftige Arbeit in der Pflege und den Umgang mit Pandemiesituationen. Sie legen nahe, ausgewählte Strategien, die im Laufe der Pandemie entwickelt wurden, zum Teil auch nach der Pandemie weiterführen (Martínez-Payá, Carrillo, & Guilabert, 2022) sowie besonderen Fokus auf die Erhaltung und den Schutz der Gesundheit zu legen (Schwartz, Sinskey, Anand, & Margolis, 2020). So sollen Strategien zum Umgang mit einer Pandemie gesichert und für die Zukunft schnell umsetzbar gemacht werden.

Offen bleibt die Herausforderung, diese (system)relevanten sozialen Berufe (noch) attraktiver zu machen, welche trotz der hohen Anforderungen von den meisten Beschäftigten gerne und mit einer starken Verbundenheit zum Beruf ausgeübt werden (Mersin, İbrahimoglu, Çağlar, & Akyol, 2020), was auch in der IidA-Studie nachweisbar ist (Hasselhorn, 2023b). Dies ist nicht ohne eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen möglich. Nur so können weitere Beschäftigte, wie junge Auszubildende, ältere Quereinsteigende und Personen aus dem Ausland für die Berufe gewonnen sowie ältere Beschäftigte in diesen Berufen gehalten werden.

## 2.3 Themenbereich C: *Stay at Work* und *Return to Work*: Ältere Beschäftigte im Gesundheitsdienst halten und wiederingliedern

### 2.3.1 Verwertung

#### Artikel

Hasselhorn, H.M., Riechmann-Wolf, M., Wrage, W., Wegewitz, U. & Sikora, A. (2025). Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) bei älteren Beschäftigten in Deutschland - Ergebnisse der lidA- (Kohorten-)Studie. *Rehabilitation* 64: 101-110. doi.org/10.1055/a-2536-3364

Hasselhorn, H.M. & Rohrbacher, M. (2025). Stay at Work – ein ressourcenorientiertes Konzept füllt eine Lücke. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 60(3): 164-169. doi.10.17147/asu-1-426483

Hasselhorn, H.M. (2025). Betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. *DGUV forum* 1/2025, S. 8-16

Hasselhorn, H.M. (2024). Ältere Erwerbstätige mit gesundheitlichen Einschränkungen. In: Hofmann, F., Reschauer, G. & Stößel, U. (Hrsg.) *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst* (Bd. 37). Freiburg: Edition FFAS, 2024, S. 33-42

#### Factsheets

Hasselhorn, H.M. (2025). Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) in Pflegeberufen (lidA-Factsheet 2025 03). *Factsheet*.

#### Vortrag

Hasselhorn, H. M. (2025). Arbeiten mit Krankheit – alte und neue Realität. Teleky-Vorlesung anlässlich der Jahrestagung 2025 der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, 26. September 2025, Klagenfurt.

Hasselhorn, H. M. (2023). Ältere Erwerbstätige mit gesundheitlichen Einschränkungen. 37. Freiburger Symposium „Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst“, 15. September 2023, Freiburg.

### 2.3.2 Ergebnisse

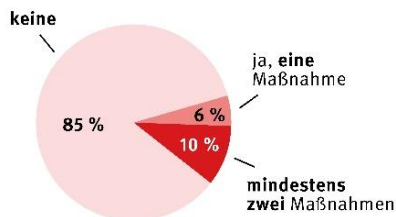
Im Folgenden werden die Forschungsfragen des Themenbereiches C kurz beantwortet. Detaillierte sowie weitere Ergebnisse werden in den Verwertungsprodukten präsentiert (siehe Anhang).

#### **1. Wie häufig erfolgten betriebliche Maßnahmen zum Erhalt von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit bei den Beschäftigten? Gibt es Unterschiede in Abhängigkeit von der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten?**

Nur 15,4 % der älteren Beschäftigten in Deutschland erhielten in den letzten zwölf Monaten „Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit“ (Abb. 9) (Hasselhorn, 2025a). Von den 396 Pflegenden in der lidA-Studie gaben 65 Personen (16 %) an, solche Maßnahmen erhalten zu haben, und zwar im Mittel 2,3 Maßnahmen pro Person (Hasselhorn, 2024). Ob ältere Beschäftigte Gesundheitsmaßnahmen erhalten, wird von Betriebsgröße, betrieblicher Gesundheitskultur und Qualität der Führung beeinflusst.

Beschäftigte mit schlechter körperlicher (aber nicht mentaler) Gesundheit und geringer Arbeitsfähigkeit erhielten häufiger Maßnahmen (Hasselhorn, 2023a).

„Haben Sie in den letzten 12 Monaten in Ihrem Betrieb Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit erhalten?“



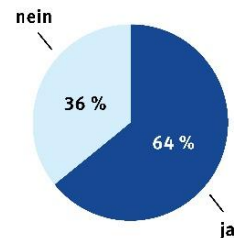
alle 7.517 Befragten

„Wie hilfreich waren diese Maßnahmen insgesamt in Bezug auf Ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit?“



nur die 1.156 Personen, die Maßnahmen erhalten haben

„Wünschen Sie sich (weitere) Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit?“



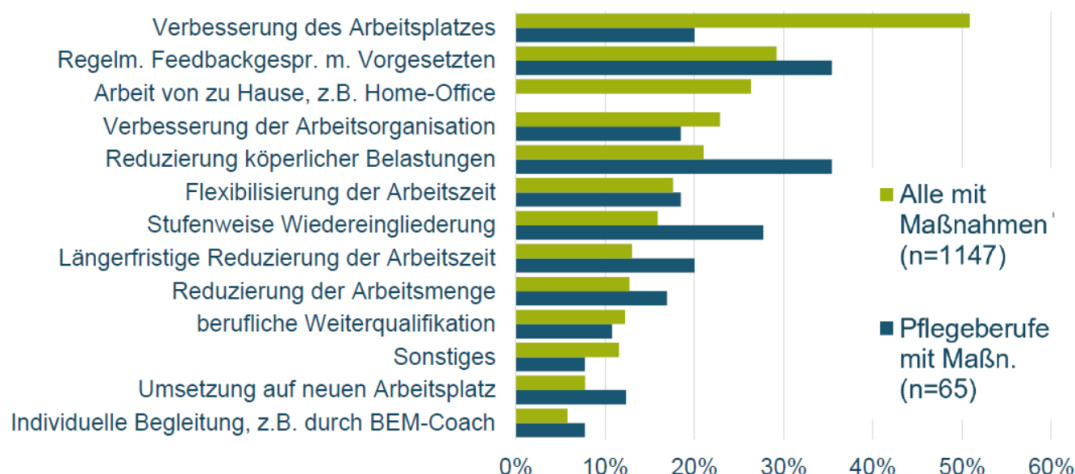
alle 7.517 Befragten

**Abbildung 9.** Verteilung der Häufigkeit des Erhalts von „Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit“ (linker Kreis: Rundungsfehler) (n=7.517, alle Beschäftigten) (Hasselhorn, 2025a)

## 2. Welche Maßnahmen sind erfolgt und wurden gewünscht?

Bei den älteren Beschäftigten allgemein fanden vor allem Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsplatzes, regelmäßige Feedbackgespräche mit dem oder der Vorgesetzten, Arbeit von zu Hause, Verbesserungen in der Arbeitsorganisation sowie eine Reduzierung körperlicher Belastungen statt (Abb. 10) (Hasselhorn, 2023a). Die 65 Personen aus der Pflege, welche solche Maßnahmen erhalten haben, nannten die Maßnahmen regelmäßige Feedbackgespräche mit dem oder der Vorgesetzten und die Reduzierung körperlicher Belastungen am häufigsten. An dritter Stelle stand die stufenweise Wiedereingliederung. Arbeit von zu Hause wurde bei Pflegenden gar nicht durchgeführt.

Rund 64 % der älteren Beschäftigten wünschten sich solche bzw. weitere Maßnahmen, was eine deutliche Lücke zwischen Angebot und Nachfrage zeigt. Unter den Pflegenden äußerten 47 % (185 von 396) einen Bedarf an (weiteren) Maßnahmen (Hasselhorn, 2024).

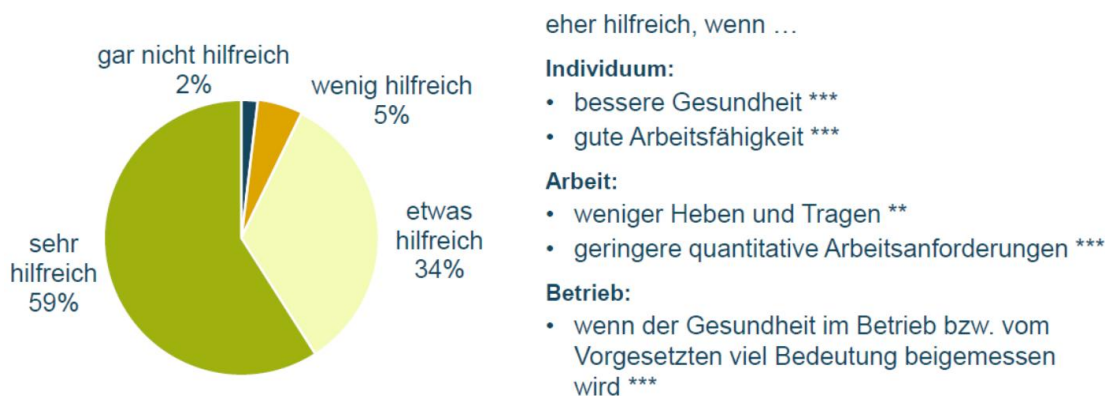


**Abbildung 10.** Erhaltene Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit (n=1.147) (Hasselhorn, 2023a)

### 3. Wann wurden Maßnahmen als hilfreich bewertet?

15,4 % der älteren Beschäftigten in Deutschland erhielten in den letzten zwölf Monaten „Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit“; allerdings bewerteten von diesen 93 % die Maßnahmen als hilfreich. 85 % aller Pflegenden, die Maßnahmen erhalten hatten, bewerteten diese als „hilfreich“. (Hasselhorn, 2024).

Die Maßnahmen wurden eher dann als hilfreich bewertet, wenn die Befragten eine bessere Gesundheit und höhere Arbeitsfähigkeit berichteten, im Beruf weniger schwere Lasten heben und tragen mussten, geringere quantitative Arbeitsanforderungen hatten und, wenn im Betrieb der Gesundheit der Mitarbeitenden eine hohe Bedeutung beigemessen wird (Abb. 11) (Hasselhorn, 2023a).

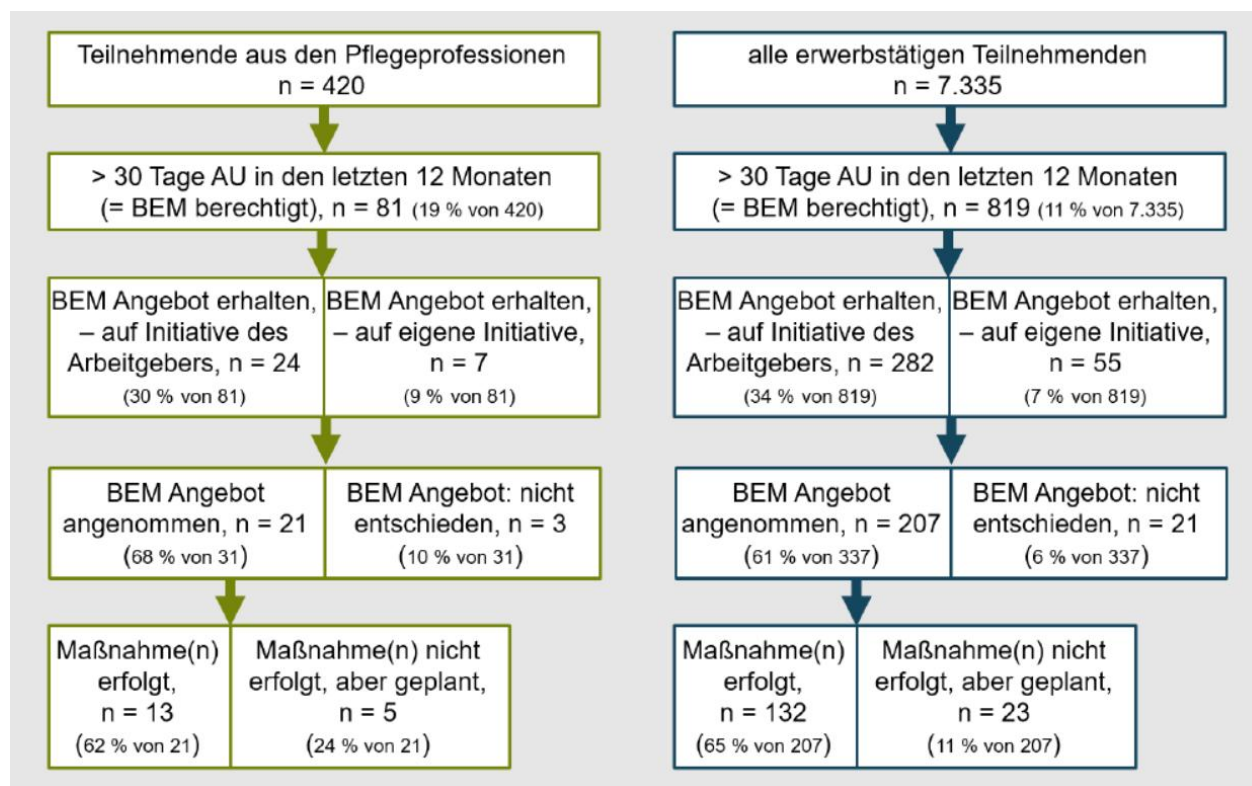


**Abbildung 11.** Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit - Bewertung (n=1.147) (Hasselhorn, 2023a)

#### 4. Wie häufig wurden Maßnahmen im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) angeboten und angenommen?

Von 7335 erwerbstätigen Befragten berichteten 11 % von mehr als 30 AU-Tagen in den letzten 12 Monaten und war damit BEM-berechtigt. Ein gutes Drittel von ihnen erhielt proaktiv ein BEM-Angebot vom Arbeitgeber. Die Chance auf ein Angebot war höher bei längerer AU-Dauer, in größeren Unternehmen, bei hoher Bedeutung der Mitarbeitergesundheit und bei Homeoffice-Option während der Corona-Pandemie. Etwa ein Drittel der Angebotsempfänger lehnte ab, meist wegen fehlendem Bedarf. 16 % aller BEM-Berechtigten erhielten letztendlich Maßnahmen (Hasselhorn, Riechmann-Wolf, Wrage, Wegewitz, & Sikora, 2025).

Spezifische Analysen für die Pflegeprofession (n=420, Hasselhorn 2025) zeigte, dass unter älterem Pflegepersonal ungewöhnlich viele Personen BEM-berechtigt waren (d. h. 30+ AU-Tage berichteten), dass BEM-Berechtigte eher selten BEM-Angebote erhielten, dass nur sehr wenige BEM-Berechtigte letztendlich Maßnahmen erhielten (Abb. 12) (Hasselhorn, 2025b).



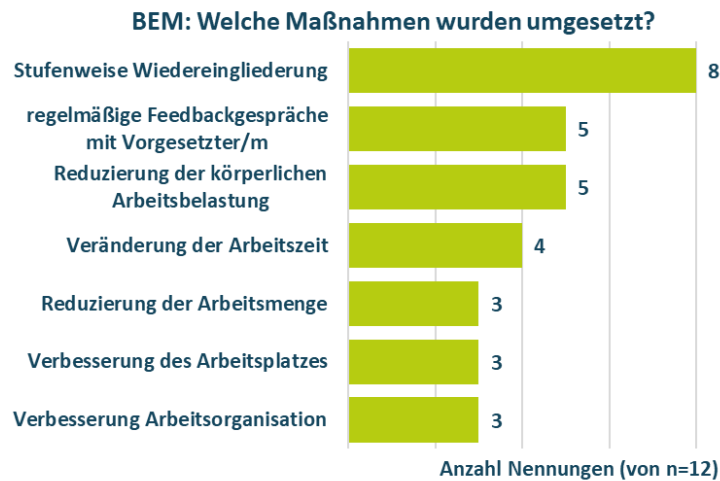
**Abbildung 12.** Angebot und Annahme von Maßnahmen im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) – ältere Beschäftigte insgesamt und ältere Pflegekräfte im Vergleich (Hasselhorn, 2025b)

#### 5. In welcher Form wurden die Maßnahmen umgesetzt?

Bei älteren Beschäftigten insgesamt erhielten 16 % aller BEM-Berechtigten Maßnahmen, insbesondere „stufenweise Wiedereingliederung“ und „Feedbackgespräche“ (Hasselhorn et al., 2025).

Die zwölf Pflegekräfte, die im Zuge des BEM Maßnahmen erhalten hatten (eine Person hier ohne Antworten), hatten im Mittel drei Maßnahmen erhalten (Abb. 13). Die häufigste war „Stufenweise Wiedereingliederung“. Diese wurde gefolgt von regelmäßigen Feedbackgesprächen, die allermeist mit

weiteren Maßnahmen einhergehen, meist Reduzierungen oder Flexibilisierungen der Arbeitszeit und arbeitsplatzbezogene Maßnahmen (Hasselhorn, 2025b).



**Abbildung 13.** Maßnahmen, die im Zuge eines BEM-Verfahrens bei Pflegepersonal umgesetzt wurden (n=12) (Hasselhorn, 2025b)

## 6. Waren die erhaltenen Maßnahmen wirksam?

Von 81 BEM-berechtigten Pflegekräften hatten zum Befragungszeitpunkt nur 13 Personen (16 %) Maßnahmen erhalten. Von diesen 13 Personen haben 9 das bei ihnen erfolgte BEM als „etwas“ oder „sehr hilfreich“ beurteilt. In der Gesamtgruppe lag der Anteil mit 86 % deutlich höher (Hasselhorn, 2025b).

### 2.3.3 Bewertung und Schlussfolgerungen

#### *Stay at Work - Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit*

Bei den Analysen wurde das „Präventionsdilemma“ im Arbeitsschutz sichtbar. Das heißt, dass diejenigen, die – gemessen an der Exposition – eigentlich am meisten Unterstützungsmaßnahmen benötigen, am wenigsten davon erhalten, dass sie von ihnen am wenigsten häufig als hilfreich eingeschätzt werden und dass sie sich auch am wenigsten weitere Maßnahmen wünschen. Dieses haben wir zum Anlass genommen, dass wir uns in Welle 5 vertieft mit diesem Thema befassen.

#### *Return to Work - BEM in der Pflege*

Die hohe Anzahl BEM-Berechtigter in der Pflege überrascht angesichts der bekannt hohen beruflichen Belastungen und daraus resultierenden Gesundheitsfolgen nicht. Dagegen ist die Quote an BEM-Angeboten mit 30 % sehr niedrig, insbesondere wenn man bedenkt, dass viele Pflegenden in Krankenhäusern tätig sind, wo von einem besseren Gesundheits- und Arbeitsschutzbewusstsein auszugehen sein sollte. Hier besteht weiterer Forschungs- und ggf. auch besonderer Interventionsbedarf.

## Literatur

- Arafa, A., Mohammed, Z., Mahmoud, O., Elshazley, M., & Ewis, A. (2021). Depressed, anxious, and stressed: What have healthcare workers on the frontlines in Egypt and Saudi Arabia experienced during the COVID-19 pandemic? *Journal of Affective Disorders*, 278, 365–371. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.080>
- Borchart, D., Galatsch, M., Bruschini, M., & Garthe, N. (2025). Contributing factors of the preferred retirement age in nursing professionals – Cross-sectional results of the German lidA cohort study. *Journal of Public Health*, 59(10), 851. <https://doi.org/10.1007/s10389-025-02511-3>
- Ebener, M., & Hasselhorn, H. M. (2015). 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]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 77(4), e51-6. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398557>
- Eurofound (2023). *Job quality of COVID-19 pandemic essential workers* (European Working Conditions Telephone Survey series). Luxemburg.
- Ferrie, J. E. (2014). IJE series old and new. *International Journal of Epidemiology*, 43(6), 1689–1690. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu231>
- Fouad, M. M., Zawilla, N. H., & Maged, L. A. (2023). Work performance among healthcare workers with post COVID-19 syndrome and its relation to antibody response. *Infection*, 51(4), 839–849. <https://doi.org/10.1007/s15010-022-01942-4>
- Garthe, N. (2023a). *Aus welchen Gründen sind Beschäftigte des Gesundheitsdienstes früh in die Rente gegangen?* (lidA-Factsheet 2023/04). Wuppertal.
- Garthe, N. (2023b). Bleiben oder gehen? Ältere Beschäftigte in der Pflege. *Die Schwester Der Pfleger*, 12, 60–62.
- Garthe, N. (2023c, September). *Vorzeitig in die Rente oder doch länger arbeiten? Warum ältere Beschäftigte in der Pflege vorzeitig das Erwerbsleben verlassen möchten und warum sie doch länger arbeiten würden.* Gemeinsame Jahrestagung der DGMP – Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V. und der DGMS – Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V., Gießen.
- Garthe, N. (2025a). Wie lange möchten ältere Beschäftigte im Gesundheitsdienst nach der COVID-19-Pandemie erwerbstätig bleiben? Ergebnisse der „lidA-Studie“. In A. Nienhaus (Ed.), *RiRe - Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Band 4* (pp. 66–77). Ecomed Medizin.
- Garthe, N. (2025b). *Wie verändert sich die Erwerbsmotivation in den letzten Erwerbsjahren?* (lidA-Factsheet 2025/04). Wuppertal.
- Garthe, N., & Du Prel, J.-B. (2025a). Die Arbeit während der COVID-19-Pandemie und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 16(3), e0247679. <https://doi.org/10.1007/s40664-025-00580-5>
- Garthe, N., & Du Prel, J.-B. (2025b, April). *Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Arbeitsstress, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit älterer Beschäftigter im Gesundheitsdienst – Ergebnisse der lidA-Studie.* 65. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., Wuppertal.

- Garthe, N., & Hasselhorn, H. M. (2023). Die Erwerbsperspektive in Berufen des Gesundheitsdienstes – Wie lange wollen, können und planen ältere Erwerbstätige (zu) arbeiten? *Gesundheitswesen*, 85(6), 514–521. <https://doi.org/10.1055/a-1915-4324>
- Giusti, E. M., Veronesi, G., Gianfagna, F., Magnavita, N., Campana, F., Borchini, R., . . . Ferrario, M. M. (2024). The independent and interactive effects of changes in overtime and night shifts during the COVID-19 pandemic on burnout among nurses: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 50(6), 475–484. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4176>
- Gleich, S., Turlik, V., Schmidt, S., & Wohlrab, D. (2021). COVID-19-Sterbefälle bei Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen in München – Todesursachen und Sterbeorte. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(9), 1136–1145. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03395-w>
- Hasselhorn, H. M. (2023a, September). *Ältere Erwerbstätige mit gesundheitlichen Einschränkungen*. 37. Freiburger Symposium „Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst“, Freiburg.
- Hasselhorn, H. M. (2023b, September). *Ältere Beschäftigte in der Pflege: bleiben oder gehen?* Deutscher Pfllegetag, Berlin.
- Hasselhorn, H. M. (2023c, October). *Older Health Workers and the transition from work to retirement – a German perspective*. ICOH Scientific Committee on Occupational Health for Health Workers, New York Academy of Medicine, New York.
- Hasselhorn, H. M. (2024). Ältere Erwerbstätige mit gesundheitlichen Einschränkungen. In F. Hofman, G. Reschauer, & U. Stößel (Eds.), *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst: Band 37* (pp. 33–42). Freiburg: Edition FFAS.
- Hasselhorn, H. M. (2025a). Betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. *DGUV forum*, 1/2025, 8–16.
- Hasselhorn, H. M. (2025b). *Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) in Pflegeberufen: IidA-Factsheet 2025/03*. Wuppertal.
- Hasselhorn, H. M., & Borchart, D. (2025). Wie lange können, wollen und planen sie (zu) arbeiten? Eine Typisierung der älteren Beschäftigten in Deutschland. *Deutsche Rentenversicherung*. (02/2025), 133–153.
- Hasselhorn, H. M., & Ebener, M. (2023). Frühzeitiger Ausstieg der Babyboomer aus dem Erwerbsleben – Ergebnisse der IidA-Studie. *Deutsche Rentenversicherung*, 02/2023, 152–174.
- Hasselhorn, H. M., Peter, R., Rauch, A., Schröder, H., Swart, E., Bender, S., . . . Müller, B. H. (2014). Cohort profile: The IidA Cohort Study—a German Cohort Study on Work, Age, Health and Work Participation. *International Journal of Epidemiology*, 43(6), 1736–1749. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu021>
- Hasselhorn, H. M., Riechmann-Wolf, M., Wrage, W., Wegewitz, U., & Sikora, A. (2025). Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) bei älteren Beschäftigten in Deutschland – Ergebnisse der IidA- (Kohorten-)Studie [Operational integration management (OIM) among the Older Work Force in Germany - Findings from the IidA Cohort Study]. *Die Rehabilitation*, 64(2), 101–110. <https://doi.org/10.1055/a-2536-3364>
- Hasselhorn, H. M., & Rohrbacher, M. J. (2025). „Stay at Work“ – ein ressourcenorientiertes Konzept füllt eine Lücke. *ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 2025(03), 164–169. <https://doi.org/10.17147/asu-1-426483>

- Ishimaru, T., Yoshikawa, T., Okawara, M., Kido, M., Nakashima, Y., Nakayasu, A., . . . Matsumoto, K. (2023). Presenteeism in front-line physicians involved in COVID-19-related clinical practice: A national survey of employed physician members of the Japan Medical Association. *Environmental Health and Preventive Medicine, 28*, 13. <https://doi.org/10.1265/ehpm.22-00194>
- Linsenmeyer, K., Mohr, D., Gupta, K., Doshi, S., Gifford, A. L., & Charness, M. E. (2023). Sickness presenteeism in healthcare workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: An observational cohort study. *Infection Control and Hospital Epidemiology, 44*(10), 1693–1696. <https://doi.org/10.1017/ice.2023.47>
- Martínez-Payá, M., Carrillo, I., & Guilabert, M. (2022). Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic in Nursing Homes: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph192416919>
- Mersin, S., İbrahimoglu, Ö., Çağlar, M., & Akyol, E. (2020). Compassionate love, burnout and professional commitment in nurses. *Journal of Nursing Management, 28*(1), 72–81. <https://doi.org/10.1111/jonm.12892>
- Qi, G., Yuan, P., Qi, M., Hu, X., Shi, S., & Shi, X. (2022). Influencing Factors of High PTSD Among Medical Staff During COVID-19: Evidences From Both Meta-analysis and Subgroup Analysis. *Safety and Health at Work, 13*(3), 269–278. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2022.06.003>
- Schilling, J., Tolksdorf, K., Marquis, A., Faber, M., Pfoch, T., Buda, S., . . . Diercke, M. (2021). Die verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Eine deskriptive Analyse von Januar 2020 bis Februar 2021. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 64*(9), 1093–1106. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03394-x>
- Schwartz, R., Sinskey, J. L., Anand, U., & Margolis, R. D. (2020). Addressing Postpandemic Clinician Mental Health: A Narrative Review and Conceptual Framework. *Annals of Internal Medicine, 173*(12), 981–988. <https://doi.org/10.7326/M20-4199>

## Anhang

- A. Garthe, N. (2025). Wie lange möchten ältere Beschäftigte im Gesundheitsdienst nach der COVID-19-Pandemie erwerbstätig bleiben? Ergebnisse der „lidA-Studie“. In A. Nienhaus (Hrsg.), *RiRe - Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* (Bd. 4, S. 66–77). Ecomed Medizin.
- B. Borchart, D., Galatsch, M., Bruschini, M, Garthe, N. (2025). Contributing factors of the preferred retirement age in nursing professionals – Cross-sectional results of the German lidA cohort study. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-025-02511-3>
- C. Garthe, N. (2023). Bleiben oder gehen? Ältere Beschäftigte in der Pflege. *Die Schwester Der Pfleger*, 12, 60–62.
- D. Hasselhorn, H.M. & Borchart, D. (2025). Wie lange können, wollen und planen sie (zu) arbeiten? Eine Typisierung der älteren Beschäftigten in Deutschland. *Deutsche Rentenversicherung*, 02/2025, 133-153
- E. Garthe, N. (2025). Wie verändert sich die Erwerbsmotivation in den letzten Erwerbsjahren? (lidA-Factsheet 2025 04). Factsheet.
- F. Garthe, N. (2023). Aus welchen Gründen sind Beschäftigte des Gesundheitsdienstes früh in die Rente gegangen? (lidA-Factsheet 2023 04). Factsheet.
- G. Hasselhorn, H. M. (2023). Ältere Beschäftigte in der Pflege: bleiben oder gehen? 2023, 28. September 2023, Berlin.
- H. Hasselhorn, H. M. (2023). Older Health Workers and the transition from work to retirement – a German perspective. ICOH Scientific Committee on Occupational Health for Health Workers, New York Academy of Medicine, 24. – 27. Oktober 2023, New York.
- I. Garthe, N. (21.09.2023). Vorzeitig in die Rente oder doch länger arbeiten? Warum ältere Beschäftigte in der Pflege vorzeitig das Erwerbsleben verlassen möchten und warum sie doch länger arbeiten würden. Gemeinsame Jahrestagung der DGMP – Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V. und der DGMS – Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V., 20. - 22. September 2023, Gießen.
- J. Garthe, N. (2025). Wie lange möchten ältere Beschäftigte im Gesundheitsdienst nach der COVID-19-Pandemie erwerbstätig bleiben? Ergebnisse der „lidA-Studie“. In A. Nienhaus (Hrsg.), *RiRe - Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* (Bd. 4, S. 66–77). Ecomed Medizin.
- K. Garthe, N., du Prel J.B. (2025). Die Arbeit während der COVID-19-Pandemie und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. *Gesundheits-, Bildungs- und soziale Berufe im Vergleich. Zbl Arbeitsmed*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40664-025-00580-5>
- L. Garthe, N., & du Prel, J.-B. (04.04.2025). *Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Arbeitsstress, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit älterer Beschäftigter im Gesundheitsdienst – Ergebnisse der lidA-Studie*. 65. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., 02. - 05. April 2025, Wuppertal.
- M. Hasselhorn, H.M., Riechmann-Wolf, M., Wrage, W., Wegewitz, U. & Sikora, A. (2025). Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) bei älteren Beschäftigten in Deutschland - Ergebnisse der lidA-(Kohorten-)Studie. *Rehabilitation* 64: 101-110. [doi.org/10.1055/a-2536-3364](https://doi.org/10.1055/a-2536-3364)
- N. Hasselhorn, H.M. & Rohrbacher, M. (2025). Stay at Work – ein ressourcenorientiertes Konzept füllt eine Lücke. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 60(3): 164-169. [doi.10.17147/asu-1-426483](https://doi.org/10.17147/asu-1-426483)

- O. Hasselhorn, H.M. (2025). Betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. *DGUV forum* 1/2025, S. 8-16
- P. Hasselhorn, H.M. (2024). Ältere Erwerbstätige mit gesundheitlichen Einschränkungen. In: Hofmann, F., Reschauer, G. & Stöbel, U. (Hrsg.) *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst* (Bd. 37). Freiburg: Edition FFAS, 2024, S. 33-42
- Q. Hasselhorn, H.M. (2025). Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) in Pflegeberufen (IidA-Factsheet 2025 03). *Factsheet*.
- R. Hasselhorn, H. M. (2025). Arbeiten mit Krankheit – alte und neue Realität. Teleky-Vorlesung anlässlich der Jahrestagung 2025 der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, 26. September 2025, Klagenfurt.
- S. Hasselhorn, H. M. (2023). Ältere Erwerbstätige mit gesundheitlichen Einschränkungen. 37. Freiburger Symposium „Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst“, 15. September 2023, Freiburg.

## **Wie lange möchten ältere Beschäftigte im Gesundheitsdienst nach der Covid-19-Pandemie erwerbstätig bleiben? Ergebnisse der lidA-Studie**

*Dr. phil. Nina Garthe<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Fachgebiet Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal, Wuppertal, Deutschland. ORCID ID: 0000-0001-9653-1807, [garthe@uni-wuppertal.de](mailto:garthe@uni-wuppertal.de)

### **Zusammenfassung**

#### *Hintergrund*

Ab dem Jahr 2020 stellte die Covid-19-Pandemie den Gesundheitsdienst vor große und neue Herausforderungen. Für die Beschäftigten im Gesundheitsdienst bedeutete dies eine Zusatzbelastung im Arbeitsalltag. Aufgrund des demografischen Wandels nimmt der Bedarf an Beschäftigten im Gesundheitsdienst, insbesondere in der Pflege, jedoch immer weiter zu. Nicht zuletzt, da sich die große Generation der Babyboomer unter den Beschäftigten befindet und nun nach und nach in den Ruhestand geht. Nun stellt sich die Frage, wie lange die älteren Beschäftigten im Gesundheitsdienst nach der Covid-19-Pandemie noch erwerbstätig bleiben möchten. Haben die Zusatzbelastung während der Pandemie dazu geführt, dass die Beschäftigten früher in den Ruhestand gehen möchten?

#### *Methode*

Mit Daten der vierten Welle der lidA(leben in der Arbeit)-Studie (2022/2023) werden Querschnittsanalysen von 7 515 Erwerbstätigen durchgeführt. Die Studie erlaubt zudem fünf Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst miteinander zu vergleichen: die Gesundheits- und Krankenpflege, die Altenpflege, die Heilerziehungs-/ Familienpflege, die Arzt- und Praxishilfe und das medizinische Laboratorium und die Pharmazie. Untersucht werden das gewünschte Ausstiegsalter der Beschäftigten sowie die Veränderung des gewünschten Ausstiegsalters aufgrund der Covid-19-Pandemie. Das gewünschte Ausstiegsalter wird durch folgende Frage erfasst: „Unabhängig von den gesetzlichen Regelungen zur Rente, bis zu welchem Alter würden Sie gerne arbeiten?“ Zusätzlich werden die persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie der Beschäftigten anhand der lidA-Studie zusammengefasst.

#### *Ergebnisse*

Zusammenfassend möchten die älteren Erwerbstätigen im Mittel nicht bis zur gesetzlichen Regelaltersgrenze von 66 bzw. 67 Jahren arbeiten. Vor allem möchten Gesundheits- und Krankenpflegende vergleichsweise früh aufhören zu arbeiten. Des Weiteren bestätigte zumeist etwa jede\*r fünfte Beschäftigte aus dem Gesundheitsdienst, dass die persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie dazu geführt haben, dass sie nun weniger lange erwerbstätig bleiben möchten als zuvor. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden war dies sogar jede\*r vierte Beschäftigte. Alle Berufsgruppen, jedoch besonders die Gesundheits- und Krankenpflege, waren in besonderem Maße durch die Covid-19-Pandemie belastet. Sie berichteten von deutlich erhöhtem Stress sowie vermindertem Wohlbefinden.

#### *Fazit*

In Deutschland gibt es einen hohen Anteil älterer Beschäftigter im Gesundheitsdienst, welche von den stark erhöhten Belastungen der Covid-19-Pandemie besonders betroffen waren. Diese Beschäftigten, vor allem die große Gruppe der Babyboomer, geht nun nach und nach in den Ruhestand und wenn es nach ihnen geht, auch deutlich früher als die Regelaltersgrenze in Deutschland dies vorsieht. Die Belastungen der Covid-19-Pandemie haben diesen Trend verschärft.

## 1. Einleitung

Berufe im Gesundheitsdienst sind bekannt für eine hohe psychische und körperliche Beanspruchung im Arbeitsalltag (BARMER, 2020). Dies stellt besonders für ältere Beschäftigte eine Herausforderung dar (Merkel, Ruokolainen & Holman, 2019). Aufgrund des demografischen Wandels nimmt der Bedarf an Beschäftigten im Gesundheitsdienst, insbesondere in der Pflege, jedoch immer weiter zu. Zum einen wächst der Anteil und die Anzahl älterer und alter Menschen mit Pflegebedarf in der Gesellschaft (Statistisches Bundesamt, 2023). Zum anderen wächst auch der Anteil älterer Beschäftigter in der Pflege (Statistisches Bundesamt, 2024). Vor allem die große Generation der Babyboomer befindet sich aktuell unter den älteren Beschäftigten und geht nun nach und nach in den Ruhestand.

Garthe und Hasselhorn (2023a) stellten mit Daten der lidA-Studie aus dem Jahr 2018 fest, dass ältere Beschäftigte in Gesundheitsberufen, insbesondere in der Pflege, früher in den Ruhestand gehen möchten, dies früher planen und laut eigener Aussage weniger lange arbeiten können als Beschäftigte anderer Berufsgruppen. Dabei lag das gewünschte und geplante Ausstiegsalter deutlich vor der Regelaltersgrenze von 66 bzw. 67 Jahren. Längsschnittdaten zum gewünschten Ausstiegsalter zeigten, dass die älteren Beschäftigten mit zunehmendem Alter länger arbeiten möchten als zuvor, ihren Wunsch mit der Zeit also anpassen (Garthe & Hasselhorn, 2023a). Durch diese Ergebnisse wird deutlich, dass zukünftige Analysen zum gewünschten Ausstiegsalter getrennt für verschiedene Altersgruppen durchgeführt werden sollten. Weitere Analysen bestätigten, dass ältere Beschäftigte zudem länger arbeiten möchten, wenn sich ihre Arbeitsbedingungen verbessern und weniger lange arbeiten möchten als zuvor, wenn sich ihre Arbeitsbedingungen verschlechtern (Garthe & Hasselhorn, 2023b). Neuere Ergebnisse aus der Befragungswelle 2022/2023 der lidA-Studie zeigen zudem, dass anstrengende Arbeit sowie gesundheitliche Probleme zu den Hauptgründen gehören, warum Beschäftigte früh in den Ruhestand gehen möchten – in der Pflege in deutlich höherem Grad als in anderen Berufsgruppen (Hasselhorn & Ebener, 2023).

Nun stellte die Covid-19-Pandemie ab dem Jahr 2020 die Gesellschaft und insbesondere den Gesundheitsdienst in Deutschland vor große und neue Herausforderungen. Für die Beschäftigten im Gesundheitsdienst bedeutete dies eine Zusatzbelastung im Arbeitsalltag. Erste Forschungsergebnisse aus Frankreich zeigten beispielsweise, dass die Beschäftigten im Gesundheitsdienst von erhöhtem Stress, Unsicherheit durch schnell wechselnde Vorgaben sowie einer sehr hohen Arbeitsbelastung betroffen waren (El-Hage et al., 2020). Ein Bericht von Eurofound, der die Arbeitsqualität systemrelevanter Berufe während der Covid-19-Pandemie reflektiert, beschreibt für Gesundheits- und Pflegeberufe die im Vergleich schlechteste Arbeitsqualität. Sie war geprägt durch ein hohes Infektionsrisiko, hohe körperliche Arbeitsbelastungen, eine Zusatzbelastung durch ungünstiges Sozialverhalten und eine hohe Arbeitsintensität (Eurofound, 2023). Diese Belastungen wirkten sich auch auf die Gesundheit der Beschäftigten aus. In einer Meta-Analyse wurde beispielsweise ein deutlicher Anstieg von Burnout unter den Beschäftigten in Gesundheitsberufen festgestellt (Çivilidağ, Durmaz & Uslu, 2024).

Nun stellt sich die Frage, wie lange die älteren Beschäftigten im Gesundheitsdienst nach der Covid-19-Pandemie noch erwerbstätig bleiben möchten. Haben die Zusatzbelastung und die persönlichen Erfahrungen während der Pandemie dazu geführt, dass die Beschäftigten früher in den Ruhestand gehen möchten? Die lidA-Studie, welche ältere Beschäftigte verschiedener Geburtsjahrgänge in ganz Deutschland nach der Covid-19-Pandemie befragte, erlaubt, diese Fragen zu beantworten. Die Größe der Studie ermöglicht eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Geburtsjahrgängen und verschiedenen Berufen aus dem Gesundheitsdienst.

### 1.1 Forschungsfragen

Folgende Forschungsfragen werden in diesem Beitrag beantwortet:

- 1) Bis zu welchem Alter möchten ältere Beschäftigte aus dem Gesundheitsdienst nach der Covid-19-Pandemie arbeiten?
- 2) Welchen Einfluss haben die persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie drauf?

3) Welche persönlichen Erfahrungen haben Beschäftigte im Gesundheitsdienst während der Covid-19-Pandemie gemacht?

**2. Methoden**

*2.1 Daten*

Um den Forschungsfragen nachzugehen, werden die Daten der lidA(leben in der Arbeit)-Studie ([www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)) genutzt. In der lidA-Kohortenstudie werden seit 2011 Personen der Geburtsjahrgänge 1959, 1965 und 1971 (Letztere ab Welle 4) zu den Themen Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe befragt. Die Studie ist für diese Geburtsjahrgänge repräsentativ.

Für die Analysen werden die Daten der vierten Welle (2022/2023) der lidA-Studie verwendet, in welcher 8 884 Personen befragt wurden. In dieser Befragungswelle, welche im Zeitraum von Mai 2022 bis März 2023 stattfand, wurden spezielle Fragen zur Covid-19-Pandemie gestellt. In die Analysen werden nur Befragte eingeschlossen, die in Vollzeit oder Teilzeit beschäftigt waren. Dies umfasst 7 515 Erwerbstätige.

*2.2 Operationalisierung*

*Berufsgruppen.* Fünf Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst werden miteinander verglichen: die *Gesundheits- und Krankenpflege* (n=261), die *Altenpflege* (n=110), die *Heilerziehungs-/ Familienpflege* (n=131), die *Arzt- und Praxishilfe* (n=125) und das *medizinische Laboratorium und die Pharmazie* (n=88). Die Berufsgruppen werden auf Basis der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010, 3- und 5-Steller, Bundesagentur für Arbeit, 2010) erstellt.

*Sozio-demografische Variablen.* Zur Beschreibung der fünf Berufsgruppen sowie der gesamten Stichprobe (alle Erwerbstätigen) werden das *Geschlecht* (männlich/weiblich), das *Geburtsjahr* (1959/1965/1971) sowie der *Erwerbsstatus* (Vollzeit/Teilzeit) verwendet. In allen fünf Berufsgruppen gibt es einen sehr hohen Frauenanteil sowie deutlich mehr Beschäftigte in Teilzeit als unter den Erwerbstätigen im Allgemeinen (*Tab. 1*).

**Tabelle 1:** Beschreibung der Stichprobe

	Alle Erwerbstätigen		Gesundheits- und Krankenpflege		Altenpflege		Heilerziehungs-/Familienpflege		Arzt- und Praxishilfe		Medizinisches Laboratorium und Pharmazie	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
	100	7 514	100	261	100	110	100	131	100	125	100	88
<b>Geschlecht</b>												
männlich	47,4	3564	13,8	36	8,2	9	18,3	24	4,8	6	15,9	14
weiblich	52,6	3950	86,2	225	91,8	101	81,7	107	95,2	119	84,1	74
<b>Geburtsjahr</b>												
1959	27,9	2092	27,6	72	34,5	38	30,5	40	24,0	30	30,7	27
1965	38,8	2917	44,8	117	33,6	37	35,1	46	42,4	53	34,1	30
1971	33,3	2501	27,6	72	31,8	35	34,4	45	33,6	42	35,2	31
<b>Erwerbsstatus</b>												
Vollzeit	68,4	5138	41,8	109	50,0	55	35,1	46	37,6	47	44,3	39
Teilzeit	31,6	2376	58,2	152	50,0	55	64,9	85	62,4	78	55,7	49

*Gewünschtes Ausstiegsalter.* In der lidA-Studie wurden die Beschäftigten Folgendes gefragt: „Unabhängig von den gesetzlichen Regelungen zur Rente, bis zu welchem Alter würden Sie gerne

arbeiten? (offene Antwort, in Jahren)“. Durch diese Frageformulierung soll bewusst ein Wunsch, unabhängig der eigenen Möglichkeiten, erfasst werden und kein realistischer Plan.

*Veränderung des gewünschten Ausstiegsalters aufgrund der Covid-19-Pandemie.* Allein Beschäftigte im Gesundheitsdienst wurden gefragt, ob „ihre persönlichen Erfahrungen mit der Corona-Pandemie, Einfluss darauf hatten, bis zu welchem Alter die gerne arbeiten möchten (Ja, heute möchte ich länger arbeiten als vor der Pandemie/ Ja, heute möchte ich kürzer arbeiten als vor der Pandemie/ Nein, kein Einfluss)“. Da nur sehr wenige Beschäftigte angaben, nun länger als vor der Pandemie arbeiten zu wollen, werden aus Datenschutzgründen nur die Ergebnisse zur Verkürzung des gewünschten Ausstiegsalters dargestellt.

*Fragen zur Covid-19-Pandemie.* Um die Situation und die persönlichen Erfahrungen der Beschäftigten im Gesundheitsdienst während der Covid-19-Pandemie zusammenzufassen, werden fünf Fragen ausgewertet. Die *Arbeit im Home-Office* während der Pandemie (ja/nein), die Bewertung, ob die *Arbeit während der Covid-19-Pandemie stressiger* geworden ist (ja/nein), die eigene *Infektion mit SARS-CoV-2* (ja/nein), das Auftreten von *Krankheitssymptomen aufgrund der Infektion mit SARS-CoV-2* (ja/nein), das Auftreten von *Spätfolgen der Infektion mit SARS-CoV-2*, welche sie noch zum Zeitpunkt der Befragung im Alltag einschränkten (ja/nein) sowie das *Wohlbefinden während der Covid-19-Pandemie* im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie (schlechter/gleich gut/besser) (Letztere Frage ging nur an Beschäftigte im Gesundheitsdienst).

### 2.3 Analysen

Mit den Daten der vierten Welle (2022/2023) der lidA-Studie werden Querschnittsanalysen durchgeführt. Diese umfassen die Darstellung von Häufigkeiten mit ergänzenden Chi-Quadrat-Tests sowie von Mittelwerten mit begleitenden ANOVAs getrennt nach Geburtsjahr jeweils für die gesamte Stichprobe sowie für die fünf Berufsgruppen.

Die Analysen erfolgen mit SPSS Version 28.

## 3. Ergebnisse

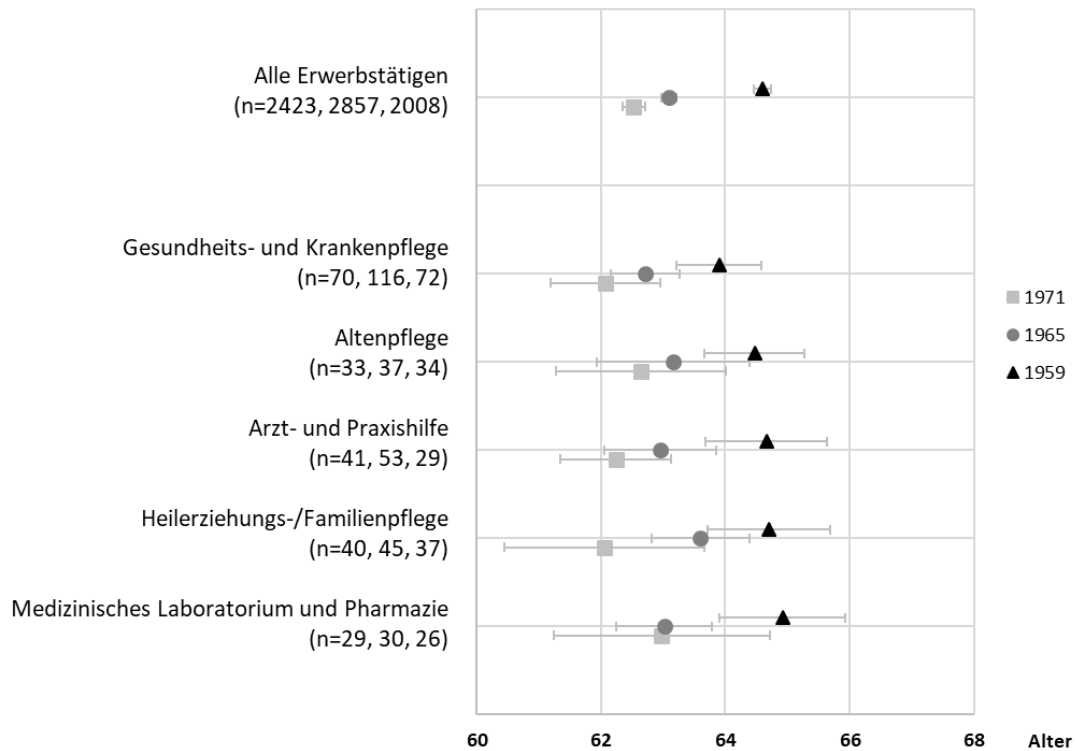
Um die Forschungsfragen zu beantworten, werden zunächst die Ergebnisse zum gewünschten Ausstiegsalter dargestellt (3.1). Anschließend wird der Frage nachgegangen, inwieweit die persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie das gewünschte Ausstiegsalter der Beschäftigten im Gesundheitsdienst beeinflusst haben (3.2). Zuletzt werden die Situation und die persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie für die fünf Berufsgruppen anhand der lidA-Daten zusammengefasst (3.3).

### 3.1 Das gewünschte Ausstiegsalter – Bis zu welchem Alter möchten die Beschäftigten arbeiten?

Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse für das gewünschte Ausstiegsalter getrennt nach Geburtsjahr. Für die Gesamtheit der Erwerbstätigen sowie für alle fünf Berufsgruppen zeigt sich, dass je älter die Beschäftigten sind, sie auch gerne länger erwerbstätig bleiben würden. Die Erwerbstätigen des Jahrgangs 1959 möchten im Mittel bis zum Alter von 64,6 Jahren arbeiten, die des Jahrgangs 1965 bis 63,1 Jahre und die 1971-Geborenen nur bis 62,5 Jahre. Der Unterschied zwischen den drei Geburtsjahrgängen lässt sich auf einen Alterseffekt zurückführen, denn Garthe und Hasselhorn (2023a) stellten in Längsschnittanalysen fest, dass dieselben Beschäftigten mit zunehmenden Alter aussagten auch länger arbeiten zu wollen. Sie passen ihr gewünschtes Ausstiegsalter mit der Zeit an (Hasselhorn, 2020).

Betrachtet man nun die Ergebnisse für die Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst fällt auf, dass die Mittelwerte der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege bei allen drei Geburtsjahrgängen unter den Mittelwerten aller Erwerbstätigen liegen. Dagegen möchten

Beschäftigte im medizinischen Laboratorium und in der Pharmazie im Mittel etwas länger erwerbstätig bleiben. Große Unterschiede zwischen den Geburtsjahrgängen zeigen sich zudem bei den Beschäftigten in der Heilerziehungs- und Familienpflege. Die Ergebnisse der ANOVA zeigen jedoch keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den fünf Berufsgruppen je Geburtsjahrgang. Auffällig ist, dass keine der untersuchten Gruppen im Mittel gerne bis zur gesetzlichen Regelaltersgrenze von 66 bzw. 67 Jahren erwerbstätig bleiben möchte.



**Abbildung 1:** Das gewünschte Ausstiegsalter der Gesundheitsberufe (2022/2023), getrennt nach Geburtsjahr (Gruppenmittelwerte mit Konfidenzintervallen). Gruppengrößen entsprechen den Symbolen von links nach rechts.

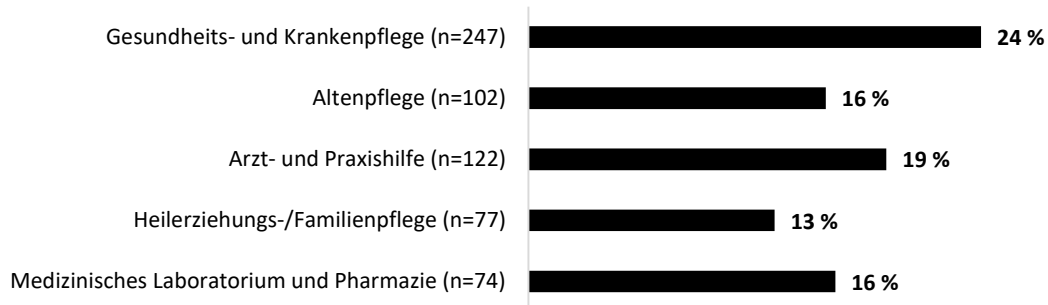
Zusammengefasst mochten die älteren Erwerbstätigen im Mittel nicht bis zum gesetzlichen Regelrentenalter arbeiten. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass das aktuelle Alter der Beschäftigten zum Zeitpunkt der Befragung eine wichtige Rolle spielt, denn die älteren Beschäftigten möchten länger erwerbstätig bleiben als die jüngeren. In den Analysen fällt die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegenden auf. Sie möchten im Berufsvergleich sowie im Vergleich mit allen Erwerbstätigen am wenigsten lange erwerbstätig bleiben.

### 3.2 Die Veränderung des gewünschten Ausstiegsalters infolge der Covid-19-Pandemie

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass Beschäftigte im Gesundheitsdienst weniger lange erwerbstätig bleiben möchten als die Gesamtgruppe der Erwerbstätigen. Nach der Frage, wie lange sie noch erwerbstätig bleiben möchten, wurden sie nun ergänzend gefragt, ob ihre persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie ihr gewünschtes Ausstiegsalter beeinflusst haben.

In allen Berufsgruppen möchte ein Teil der Beschäftigten aufgrund der Covid-19-Pandemie weniger lange erwerbstätig bleiben als zuvor (Abb. 2). Von den Gesundheits- und Krankenpflegenden sagte dies etwa jede\*r Vierte aus und von den Arzt- und Praxishilfen etwa jede\*r Fünfte. Analysen getrennt nach Geburtsjahrgang zeigten, dass es bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden vor allem die beiden

jüngeren Jahrgänge waren, die dieser Aussage zustimmten (nicht gezeigt). Dies sind auch die Beschäftigten, welche im Berufsvergleich am frühesten aufhören möchten zu arbeiten (*siehe Abb. 1*). Beschäftigte in der Heilerziehungs- und Familienpflege sowie im medizinischen Laboratorium und der Pharmazie stimmten weniger häufig zu. Hier sind es eher die älteren Beschäftigten, die häufig früher aufhören möchten zu arbeiten als zuvor (nicht gezeigt). Diese Gruppen möchten im Vergleich am längsten erwerbstätig bleiben (*siehe Abb. 1*).



**Abbildung 2:** Verkürzung der Erwerbsmotivation infolge der persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie

### 3.3 Die persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie

Nun stellt sich die Frage, welche persönlichen Erfahrungen die Beschäftigten im Gesundheitsdienst während der Covid-19-Pandemie gemacht haben. Die Befragung nach der Covid-19-Pandemie in den Jahren 2022/2023 ermöglichte den Beschäftigten, ihre Erfahrungen während der Pandemie rückblickend zu bewerten und diese für die Jahre der Pandemie zusammenzufassen.

Die Erfahrungen der Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst weichen in mehreren Aspekten von denen der Gesamtheit aller Erwerbstätigen deutlich ab. So haben etwa 60 % der Erwerbstätigen während der Covid-19-Pandemie im Homeoffice gearbeitet, jedoch – erwartungsgemäß – keine bis wenige Beschäftigte aus der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege sowie der Arzt- und Praxishilfe. In der Heilerziehungs- und Familienpflege sowie im medizinischen Labor und der Pharmazie war es etwa jede\*r Vierte. Des Weiteren bestätigte etwa die Hälfte der Erwerbstätigen, dass die Arbeit während der Covid-19-Pandemie stressiger geworden sei. In der Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege waren es sogar 4 von 5 Beschäftigte und in den weiteren Berufsgruppen etwa 70 % der Beschäftigten.

Unterschiede zeigen sich auch bei den Beschäftigten, die sich mit SARS-CoV-2 infiziert haben. Während sich etwa die Hälfte der befragten Erwerbstätigen in der lidA-Studie infizierte, waren es etwa 64 % in der Altenpflege sowie der Arzt- und Praxishilfe und etwa 72 % in der Heilerziehungs- und Familienpflege. Krankheitssymptome waren bei fast allen Infizierten vorhanden. Spätfolgen der Infektion mit SARS-CoV-2, welche die Beschäftigten im Alltag bis zum Zeitpunkt der Befragung einschränkten, nannten etwa 26 % der Infizierten und ein auffällig hoher Anteil der infizierten Altenpflegenden (etwa 54 %).

Ausschließlich Beschäftigte im Gesundheitsdienst wurden zusätzlich gefragt, wie sie ihr Wohlbefinden während der Covid-19-Pandemie bewerteten. Die Ergebnisse zeigen: wenigen ging es sogar besser, einem Großteil ging es jedoch schlechter, insbesondere den Gesundheits- und Krankenpflegenden (etwa 70 %) sowie den Altenpflegenden (etwa 69 %).

Zusammengefasst konnten die Beschäftigten aus dem Gesundheitsdienst kaum im Homeoffice arbeiten und haben sich deutlich häufiger als Erwerbstätige im Allgemeinen mit SARS-CoV-2 infiziert. Ein Großteil dieser Beschäftigten bewertete die Arbeit während der Covid-19-Pandemie zudem als stressiger und ihr Wohlergehen schlechter als vor der Pandemie.

**Tabelle 2:** Persönliche Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie

	Alle Erwerbstätigen		Gesundheits- und Krankenpflege		Altenpflege		Heilerziehungs-/ Familienpflege		Arzt- und Praxishilfe		Medizinisches Laboratorium und Pharmazie	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Homeoffice während der Covid-19-Pandemie <sup>a</sup>												
ja	60,5	4470	5,4	14	0,0	0	25,4	33	4,0	5	27,3	24
nein	39,5	2919	94,6	245	100,0	109	74,6	97	96,0	120	72,7	64
Arbeit während Covid-19-Pandemie stressiger geworden <sup>a</sup>												
ja	48,4	3587	84,2	219	78,2	86	66,9	87	67,7	84	71,6	63
nein	51,6	3830	15,8	41	21,8	24	33,1	43	32,3	40	28,4	25
Infektion mit SARS-CoV-2												
ja	53,8	4022	60,4	157	64,5	71	72,3	94	64,0	80	54,0	47
nein	46,2	3449	39,6	103	35,5	39	27,7	36	36,0	45	46,0	40
Krankheitssymptome aufgrund der Infektion mit SARS-CoV-2												
ja	83,2	3345	90,5	142	87,3	62	91,5	86	83,7	67	83,0	39
nein	6,6	264	6,4	10	11,3	8	3,2	3	8,8	7	6,4	3
keine Angabe	10,2	413	3,1	5	1,4	1	5,3	5	7,5	6	10,6	5
Spätfolgen der Infektion mit SARS-CoV-2												
ja	26,2	1055	29,9	47	53,5	38	36,2	34	26,3	21	14,9	7
nein	71,8	2888	67,5	106	45,1	32	62,8	59	73,8	59	83,0	39
keine Angabe	2,0	79	2,6	4	1,4	1	1,0	1	0,0	0	2,1	1
Wohlbefinden während der Covid-19-Pandemie <sup>a</sup>												
schlechter			70,4	174	68,6	70	63,2	48	53,3	65	62,2	46
gleich gut			26,7	66	28,4	29	31,6	24	41,8	51	37,8	28
besser			2,8	7	2,9	3	5,3	4	4,9	6	0,0	0

<sup>a</sup> Signifikanter Chi-Quadrat-Test ( $p < .05$ ) für Kreuztabellen der fünf Berufsgruppen

#### 4. Diskussion

Zusammenfassend möchten die älteren Erwerbstätigen im Mittel nicht bis zur gesetzlichen Regelaltersgrenze von 66 bzw. 67 Jahren arbeiten. Dabei möchten die älteren Beschäftigten im Mittel länger arbeiten als die jüngeren. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Beschäftigten ihr gewünschtes Ausstiegsalter mit zunehmendem Alter anpassen. Vor allem möchten Gesundheits- und Krankenpflegende vergleichsweise früh aufhören zu arbeiten (siehe Abschnitt 3.1). Des Weiteren bestätigte zumeist etwa jede\*r fünfte Beschäftigte aus dem Gesundheitsdienst, dass die persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie dazu geführt haben, dass sie nun weniger lange erwerbstätig bleiben möchten als zuvor. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden war dies sogar jede\*r vierte Beschäftigte (siehe Abschnitt 3.2). Alle Berufsgruppen, jedoch besonders die Gesundheits- und Krankenpflege, waren in besonderem Maße durch die Covid-19-Pandemie belastet. Sie berichteten von deutlich erhöhtem Stress sowie vermindertem Wohlbefinden (siehe Abschnitt 3.3).

Die neuen Ergebnisse aus der lidA-Studie bestätigen, dass auch bei der Unterscheidung zwischen verschiedenen Geburtsjahrgängen, Beschäftigte aus dem Gesundheitsdienst weniger lange arbeiten möchten als ältere Erwerbstätige im Allgemeinen. Dies war vor (Garthe & Hasselhorn, 2023a) wie nach der Covid-19-Pandemie der Fall. Der gewünschte Zeitpunkt des Ausstiegs aus dem Berufsleben drückt

zunächst einen subjektiven Wunsch unabhängig von gesetzlichen Regelungen, finanziellen Auswirkungen und persönlichen Möglichkeiten aus und ist nicht mit dem tatsächlichen Erwerbsausstieg gleichzusetzen (Hess, 2018). Dennoch ist zu vermuten, dass sich dieser Wunsch auf die aktuelle Arbeitsmotivation auswirkt und Bestrebungen zu einem früheren tatsächlichen Austritt aus der Erwerbstätigkeit fördern. In der Regel können und planen die älteren Beschäftigten länger zu arbeiten als sie möchten. Es ist jedoch bereits aufgefallen, dass Pflegepersonen im Mittel länger planen zu arbeiten als sie es laut eigener Aussage können (Garthe & Hasselhorn, 2023a). Dies könnte auf eine finanzielle Notwendigkeit zurückzuführen sein.

Zudem zeigen die Ergebnisse, dass die Zusatzbelastungen und persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie, diese Situation weiter verschärfen. Die Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie haben bei etwa jedem vierten Beschäftigten aus dem Gesundheitsdienst dazu geführt, dass sie weniger lange erwerbstätig bleiben möchten als vor der Pandemie. Dies ist ein bemerkenswert hoher Anteil, vor allem im Kontext alternder Belegschaften. Damit bestätigen die Ergebnisse auch, dass eine Verschlechterung von Arbeitsbedingungen, in diesem Falle durch die Covid-19-Pandemie, zu einer Verkürzung des gewünschten Ausstiegsalters führen kann (Garthe & Hasselhorn, 2023b). Für manche Beschäftigten könnte dies die Folge gesundheitlicher Langzeitauswirkungen sein. So wurde mittels systematischer Reviews und Meta-Analysen für Beschäftigte in der Pflege ein hohes Risiko für die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung festgestellt (Carmassi et al., 2020; Qi et al., 2022).

Wie mittlerweile zahlreiche internationale Veröffentlichungen (siehe z.B. Arafa, Mohammed, Mahmoud, Elshazley & Ewis, 2021; Eurofound, 2023; Giusti et al., 2024), zeigen auch die Ergebnisse der lidA-Studie für Deutschland, dass die Beschäftigten im Gesundheitsdienst in besonderem Maße von der Covid-19-Pandemie betroffen waren. Sie berichteten von stark erhöhtem Stress und vermindertem Wohlbefinden. Viele Beschäftigte im Gesundheitsdienst hatten während der Pandemie (notwendigen) direkten Kontakt zu Infizierten und waren an der Behandlung und Pflege dieser Personen beteiligt, häufig in stationären Einrichtungen. Dadurch stieg auch das Infektionsrisiko (Fouad, Zawilla & Maged, 2023). Die erhöhten Infektionszahlen bei diesen Beschäftigten sind demnach nicht verwunderlich. Andere Studien stellten einen Anstieg von Präsentismus in der Pflege fest, also ein Weiterarbeiten, obwohl Symptome einer Erkrankung an SARS-CoV-2 vorlagen (Ishimaru et al., 2023; Linsenmeyer et al., 2023). Eine weitere Belastung stellten die wechselnden Arbeitsbedingungen dar. Diese waren geprägt durch wechselnde Schutzmaßnahmen und -vorgaben und die wechselnde Verfügbarkeit von Schutzausrüstungen, begleitet von einer (anfänglichen) Unwissenheit über die Infektionswege von SARS-CoV-2 (Schilling et al., 2021). Als besondere Belastung kamen für viele Pflegekräfte, beispielsweise in stationären Altenpflegeeinrichtungen, die vermehrten Erfahrungen mit Sterben und Tod hinzu (Gleich, Turlik, Schmidt & Wohlrab, 2021). Zusammengefasst passen die bisherigen Forschungsergebnisse zu den neuen Ergebnissen aus der lidA-Studie, nämlich, dass die Gesundheits- und Krankenpflege und zum Teil auch die Altenpflege im Berufsvergleich besonders auffallen. Sie möchten am wenigsten lange erwerbstätig bleiben, am häufigsten infolge der Covid-19-Pandemie früher in den Ruhestand gehen als vor der Pandemie und waren am stärksten von der Covid-19-Pandemie belastet.

#### *4.1 Limitationen und Stärken*

Die Analysen weisen verschiedene Limitationen auf. Erstens wurden nur ausgewählte Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst miteinander verglichen. Zukünftige Studien sollten auch einen Vergleich mit Berufen außerhalb des Gesundheitsdienst untersuchen, um die Belastung der Covid-19-Pandemie in Relation zu anderen Berufen setzen zu können. Zweitens konnte mit der lidA-Studie die Veränderung des gewünschten Ausstiegsalters aufgrund der Covid-19-Pandemie sowie das Wohlergehen während der Pandemie nur für den Gesundheitsdienst untersucht werden. Drittens wurden nur Querschnittsanalysen durchgeführt. Längsschnittanalysen, die die Veränderung des gewünschten Ausstiegsalters sowie Veränderung von Stress und Wohlbefinden untersuchen, würden weitere Erkenntnisse bringen.

Zu den Stärken der Analysen gehören die Stratifizierung nach Geburtsjahrgängen für die alterssensible Frage zum gewünschten Ausstiegalter sowie die Möglichkeit verschiedene Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst unterscheiden zu können.

## 5. Fazit

Nach einer Definition von Eurofound gehören Gesundheitsberufe zu den sogenannten systemrelevanten Berufen, also zu den Berufen, welche für das Funktionieren einer Gesellschaft notwendig sind (Eurofound, 2023). Beschäftigte im Gesundheitsdienst werden aktuell und in Zukunft dringend benötigt, nicht zuletzt aufgrund des demografischen Wandels. Jedoch gibt es in Deutschland einen hohen Anteil älterer Beschäftigter im Gesundheitsdienst, welche von den stark erhöhten Belastungen der Covid-19-Pandemie besonders betroffen waren, zum Teil mit Langzeitfolgen (Qi et al., 2022). Diese Beschäftigten, vor allem die große Gruppe der Babyboomer, geht nun nach und nach in den Ruhestand und wenn es nach ihnen geht, auch deutlich früher als die Regelaltersgrenze in Deutschland dies vorsieht. Die Belastungen der Covid-19-Pandemie haben diesen Trend verschärft. Erste Forschende ziehen ein Fazit für die zukünftige Arbeit in der Pflege und den Umgang mit Pandemiesituationen. Sie legen nahe, ausgewählte Strategien, die im Laufe der Pandemie entwickelt wurden, zum Teil auch nach der Pandemie weiterführen (Martínez-Payá, Carrillo & Guilabert, 2022) sowie besonderen Fokus auf die Erhaltung und den Schutz der Gesundheit zu legen (Schwartz, Sinskey, Anand & Margolis, 2020). So sollen Strategien zum Umgang mit einer Pandemie gesichert und für die Zukunft schnell umsetzbar gemacht werden.

## Literaturverzeichnis

- Arafa, A., Mohammed, Z., Mahmoud, O., Elshazley, M. & Ewis, A. (2021). Depressed, anxious, and stressed. What have healthcare workers on the frontlines in Egypt and Saudi Arabia experienced during the COVID-19 pandemic? *Journal of Affective Disorders*, 278, 365–371.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.080>
- BARMER (2020). *BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 26). Rheinbreitbach.
- Bundesagentur für Arbeit (2010). *Klassifikation der Berufe 2010 – Band 1. Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen* (Bundesagentur für Arbeit, Hrsg.). Nürnberg.
- Carmassi, C., Foghi, C., Dell’Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E. et al. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks. What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 292, 113312.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>
- Çivilidağ, A., Durmaz, Ş. & Uslu, B. (2024). The effect of coronavirus (COVID-19) on job satisfaction, work stress and burnout of healthcare workers. A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 53 (7), 1482–1495. <https://doi.org/10.18502/ijph.v53i7.16043>
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yrondi, A., Brunault, P., Bienvenu, T. et al. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19). Quels risques pour leur santé mentale ? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. *L’Encephale*, 46 (3S), 73–80.  
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
- Eurofound (2023). *Job quality of COVID-19 pandemic essential workers*. European Working Conditions Telephone Survey series (Eurofound, Hrsg.) (Working conditions and sustainable work). Luxemburg: Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2806/850826>

- Fouad, M. M., Zawilla, N. H. & Maged, L. A. (2023). Work performance among healthcare workers with post COVID-19 syndrome and its relation to antibody response. *Infection*, 51 (4), 839–849. <https://doi.org/10.1007/s15010-022-01942-4>
- Garthe, N. & Hasselhorn, H. M. (2023a). Die Erwerbsperspektive in Berufen des Gesundheitsdienstes – Wie lange wollen, können und planen ältere Erwerbstätige (zu) arbeiten? *Gesundheitswesen*, 85 (6), 514–521. <https://doi.org/10.1055/a-1915-4324>
- Garthe, N. & Hasselhorn, H. M. (2023b). Wollen und können ältere Beschäftigte länger erwerbstätig bleiben, wenn sich ihre Arbeit verbessert? *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 73 (2), 49–63. <https://doi.org/10.1007/s40664-022-00490-w>
- Giusti, E. M., Veronesi, G., Gianfagna, F., Magnavita, N., Campana, F., Borchini, R. et al. (2024). The independent and interactive effects of changes in overtime and night shifts during the COVID-19 pandemic on burnout among nurses. A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 50 (6), 475–484. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4176>
- Gleich, S., Turlik, V., Schmidt, S. & Wohlrab, D. (2021). COVID-19-Sterbefälle bei Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen in München – Todesursachen und Sterbeorte. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64 (9), 1136–1145. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03395-w>
- Hasselhorn, H. M. (2020). Wie lange wollen und können Erwerbstätige in Deutschland arbeiten? *Deutsche Rentenversicherung* (04), 485–506.
- Hasselhorn, H. M. & Ebener, M. (2023). Frühzeitiger Ausstieg der Babyboomer aus dem Erwerbsleben – Ergebnisse der lidA-Studie. *Deutsche Rentenversicherung* (02), 152–174.
- Hess, M. (2018). Erwartetes und gewünschtes Renteneintrittsalter in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51 (1), 98–104. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1053-x>
- Ishimaru, T., Yoshikawa, T., Okawara, M., Kido, M., Nakashima, Y., Nakayasu, A. et al. (2023). Presenteeism in front-line physicians involved in COVID-19-related clinical practice. A national survey of employed physician members of the Japan Medical Association. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 28, 13. <https://doi.org/10.1265/ehpm.22-00194>
- Linsenmeyer, K., Mohr, D., Gupta, K., Doshi, S., Gifford, A. L. & Charness, M. E. (2023). Sickness presenteeism in healthcare workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. An observational cohort study. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 44 (10), 1693–1696. <https://doi.org/10.1017/ice.2023.47>
- Martínez-Payá, M., Carrillo, I. & Guilabert, M. (2022). Lessons learned from the COVID-19 pandemic in nursing homes. A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (24). <https://doi.org/10.3390/ijerph192416919>
- Merkel, S., Ruokolainen, M. & Holman, D. (2019). Challenges and practices in promoting (ageing) employees working career in the health care sector - case studies from Germany, Finland and the UK. *BMC Health Services Research*, 19 (1), 918. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4655-3>
- Qi, G., Yuan, P., Qi, M., Hu, X., Shi, S. & Shi, X. (2022). Influencing factors of high PTSD among medical staff during COVID-19. Evidences from both meta-analysis and subgroup analysis. *Safety and Health at Work*, 13 (3), 269–278. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2022.06.003>
- Schilling, J., Tolksdorf, K., Marquis, A., Faber, M., Pfoch, T., Buda, S. et al. (2021). Die verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland. Eine deskriptive Analyse von Januar 2020 bis Februar 2021. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64 (9), 1093–1106. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03394-x>
- Schwartz, R., Sinskey, J. L., Anand, U. & Margolis, R. D. (2020). Addressing postpandemic clinician mental health. A narrative review and conceptual framework. *Annals of Internal Medicine*, 173 (12), 981–988. <https://doi.org/10.7326/M20-4199>

Statistisches Bundesamt (2023). *Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. Pressemitteilung Nr. 124.* Zugriff am 13.10.2024. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23\\_124\\_12.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html)

Statistisches Bundesamt (2024). *Pflegekräftevorausberechnung*, Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/pflegekraeftevorausberechnung.html>



# Contributing factors of the preferred retirement age in nursing professionals – Cross-sectional results of the German lidA cohort study

Daniela Borchart<sup>1</sup> · Michael Galatsch<sup>2</sup> · Milena Bruschini<sup>2</sup> · Nina Garthe<sup>1</sup>

Received: 24 January 2025 / Accepted: 13 May 2025  
© The Author(s) 2025

## Abstract

**Aim** In Germany, the need for care will rise significantly. However, most nurses want to retire before reaching the official retirement age. The preferred retirement age is a critical factor of the retirement decision. This study examines contributing factors of the preferred retirement age and reasons for early retirement preference of older nurses.

**Methods** Interview data from the fourth wave 2022/2023 of the representative German lidA cohort study was analyzed ( $N_{\text{nurses}} = 418$ ). Proportions, including 95 %-confidence interval (CI) of twelve reasons for an early exit preference were investigated. Linear regression models were used to investigate the effects of personal and work-related factors of nurses' preferred retirement age.

**Results** The majority (70.6 %) preferred to retire early. The most significant reason for this preference was the desire for more leisure time (79.3 %). A higher age, better health, lower household income, long-term care settings, job satisfaction ( $B = 0.68$ , 95 %-CI = 0.38; 0.99) and job involvement ( $B = 0.68$ , 95 %-CI = 0.22; 1.15) were positively associated with nurses' preferred retirement age. Whereas physical strain ( $B = -0.36$ , 95 %-CI = -0.65; -0.08) and psychosocial stress ( $B = -0.65$ , 95 %-CI = -0.94; -0.37) were negatively associated with the outcome.

**Conclusion** Our results highlight the need for healthy and stimulating work conditions that fit with nurses' life circumstances. Besides the widely recognized physical and psychosocial work-related burdens, organizations should prioritize creating favorable conditions for job satisfaction and involvement. This is essential to motivate these urgently needed professionals to remain longer.

**Keywords** Retirement intentions · Early exits · Premature retirement · Labor market participation · Nursing staff

## Introduction

Like other countries, Germany is struggling with a shortage of nursing staff. According to current national projections, the number of people in need of care will increase by more than one third over the next two decades (Federal Statistical Office 2023). At the same time, the workforce is aging and shrinking, a trend accelerated by retirement of the babyboom generation (Fuchs et al. 2022). Approximately 40 % of nursing staff in residential care units are aged 50

or older (Federal Statistical Office 2020). The situation is further exacerbated by high rates of health-related premature retirement (Barmer 2020). In this context, it is of great societal importance to keep nurses in work for as long as possible. Retirement is seen as a processual transition leading to a definite decision that is determined by a complex interplay of external and internal factors (Hasselhorn and Ebener 2018). Accordingly, it is important to identify early determinants for premature exits in order to develop effective preventive strategies.

In this context, the preferred retirement age is seen as a crucial component on whether to stay or leave the workforce (Hasselhorn et al. 2015). Örestig et al. (2013) found that retirement preferences for Swedish older workers have an isolated influence on the actual retirement timing. Sousa-Ribeiro et al. (2024) showed that older Swedish workers had a clear preference to retire before the age of 65. In Germany, most employees do not want to work up until the official retirement age (Hofäcker 2015; Hasselhorn and Ebener

✉ Daniela Borchart  
borchart@uni-wuppertal.de

<sup>1</sup> Department of Occupational Health, Faculty of Mechanical and Security Engineering, University of Wuppertal (BUW), Wuppertal, Germany

<sup>2</sup> Institute of Nursing, School of Health Sciences, Zurich University of Applied Sciences (ZHAW), Winterthur, Switzerland

2023). Among nursing staff, the preference to retire early is more pronounced than in other professions (Hasselhorn and Ebener 2023).

Research on contributing factors on the preference of older nurses to stay, or leave the workforce early is still sparse (Markowski et al. 2020; Wargo-Sugleris et al. 2018). Previous findings indicate that nurses' decisions on whether or not to remain are associated with several factors. These include health, work ability, flexibility of time schedules, physical and psychosocial work conditions, involvement in work practices, job satisfaction and the financial opportunity to leave (Salminen et al. 2018; Uthaman et al. 2016; Cleaver et al. 2022; Wargo-Sugleris et al. 2018). For example, Sousa-Ribeiro et al. (2024) found an association between poorer self-rated health, poorer work ability and higher levels of effort-reward imbalance and the preference to retire early.

### Study aim and research question

The aim of this study is to identify contributing factors for nurses' preferred retirement age and to investigate relevant reasons for seeking premature retirement of German nursing professionals. To achieve this aim, the following explorative research questions were posed:

1. At what age do older nurses in Germany prefer to retire?
2. What are the reasons that these professionals prefer to retire early?
3. What work-related and individual factors have an impact on older nurses' preferred retirement age?

## Methods

### Study and participants

Data from the fourth wave of the German lidA (leben in der Arbeit) cohort study in 2022/23 was analyzed. The lidA-study is a longitudinal research project that explores the interplay between work, age, health, and labor market participation among individuals of three birth cohorts, born 1959, 1965 or 1971. A total of 8,884 employees were interviewed (Ruiz Marcos et al. 2023). The sample is considered representative of socially insured employees from these birth cohorts (Ruiz Marcos et al. 2023). The lidA-study conducted computer-assisted personal interviews (CAPI) with the participants. Further study information can be found in previous study publications (Ruiz Marcos et al. 2023; Hasselhorn et al. 2014). For the analysis, only data of participants who were employed full-time, part-time or marginal at the time of the survey wave was included (N = 7,514). Data from sworn civil servants, self-employed individuals, and those

already retired was excluded. 418 respondents were identified as employed nurses.

### Variables

**Preferred retirement age** Participants were asked until what age (in years) they would like to continue working (free answer option).

**Reasons for an early preferred retirement age** Respondents who named a preferred retirement age under 65 years were asked for reasons. The cut off was chosen because a retirement age of 65 years was the legal retirement age in Germany until 2011. A response 'before the age of 65 years clearly' indicates the preference for an early exit, while 65plus reflects standard norms. The participants were asked whether twelve reasons played a major, a minor or no role in their preference to leave employment early (Fig. 1). The reason options were inspired from the representative German Survey 'Transitions and Old Age Potential (TOP)' (GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften 2021).

Based on earlier research findings, this study investigates the impact of the following individual and work-related factors on the preferred retirement age.

**Sociodemographic and individual socioeconomic factors** Participants were born in 1959, 1965 or 1971 (*birth cohorts*). At the time of participation, they were about 63, 57 or 51 years old. The interviewer recorded participant's sex (male or female) at the beginning of the assessment. *Employment status* was classified by the participant's answer to their working hours specified in their employment contract (full-time/part-time). As described in the German Working Hours Act, a full-time job comprises of 36 to 40 hours per week, with a legal limit of 48 hours per week (German Working Hours Act, ArbZG). Financial resources were investigated by the *equivalent household net income* related to median income at time of measurement (Lampert and Kroll 2009).

**Professional status** The categorization is based on participants actual performed *job setting* and *job position*. The authors' expertise in nursing science and practical experience, combined with their knowledge of the German nursing sector, guided the methodological approach. This foundation allowed for accurate interpretation of free-text responses and workplace descriptions, leading to a clear definition of professional nursing positions and their respective settings. The coding of the variables is illustrated in Online Resource 1. In Germany, the nursing sector can be divided in three *job settings*: acute care, longterm care and ambulant care (Breinbauer 2020; Lützerath et al. 2022). The *job position* distinguishes between management position, specialized nurse,

registered nurse and nursing assistant. The categorization led to a total sample of 418 employed nurses.

**Working conditions** *Physical strain* was measured by the estimation on how participants rate their current work capacity related to their physical job demands on a five-point scale, from very good (low strain) to very poor (high strain). Physical strain is part of the work ability construct (item of the work ability index, dimension 2; Hasselhorn and Freude 2007; Ebener and Hasselhorn 2019). *Psychosocial work stress* was examined by the effort-reward imbalance ratio (ERI-R) by Siegrist et al. (2009). Employees were asked about potential efforts (3 items related to work interruptions, quantitative demands, time pressure) and rewards (7 items, e. g. opportunities for professional development, receiving deserved appreciation by supervisor). In lidA, the ERI-R ranges from 0.25 (low stress) to 7 (high stress). *Work time control* was investigated by a modified version (Albrecht et al. 2016) of the work time control scale by Ala-Mursula et al. (2005). The mean scale includes how much participants were able to influence the starting and finishing times of a workday, break times and time for dealing with private matters. The sumscore ranges from 0 (low control) to 100 (high control). Regarding their working hours, participants were asked to indicate whether they work shifts or not (*shift work yes/no*).

**Health.** Self-rated general health was measured by SF-12 single item (Ware et al. 1995), asking participants to rate their general health status on a five-point scale from poor to excellent.

**Motivational factors** *Job involvement* was measured by a mean scale from three items of the Job Diagnostic Survey (JDS, German version by Schmidt and Kleinbeck 1999) - the meaning of work focusing on one's present work situation (impact of performed work, experience of inner contentment if work is performed effectively, experienced responsibility for personal work performance), ranging from 1 (not involved) to 7 (highly involved). *Job satisfaction* was measured by the rating of the SOEP (German Socio-Economic Panel) single item on a ten point scale from completely unsatisfying to completely satisfying (Fietze 2011).

**Handling of missing data** Of the 418 employed nurses, nine participants had missing data for the outcome variable *preferred retirement age*. There were 22 participants with missing data for the variable *household net income*. Since these were not missing at random, a 'not specified' category was added to include the participants in the analyses. Another three participants had missing data for the independent variables *psychosocial work stress* and *job satisfaction*. To ensure comparability of the results, the three participants were excluded. The final sample consists the data of 406 employed nurses.

## Analysis

The analysis was conducted in three steps. First, the preferred retirement age of the study sample was estimated. Second, proportions including 95 %-confidence interval (CI) of the twelve reasons for a preferred retirement age under 65 years were presented. Third, the interplay of the individual and work-related factors, as well as the job setting and job position on the preferred retirement age was tested using multiple linear regression models. Because of different response ranges, the variables, physical strain, psychosocial stress, health, job involvement and job satisfaction were z-transformed for the multiple regression analysis enabling better comparison of the effects of these metric predictors on the outcome. Bivariate regression models were previously calculated. Only variables that showed a statistically significant effect in the bivariate models were included in the multiple model. To prevent multicollinearity intercorrelations, tolerance and VIF were checked.

The analysis was performed with IBM SPSS Statistics Version 28.0. (Armonk, NY, USA: IBM Corp.).

## Results

### Study sample and preferred retirement age

Descriptives are shown in Table 1. The majority of nurses were females (86 %), employed part-time (54 %) and working as registered nurses (61 %). The most frequently named job setting was acute care (50 %). On average nurses prefer to work until they are around 63 years old and 72 % prefer to retire before the age of 65. At the time-point of measurement 2022/23, the nurses were about 63, 57 or 51 years old.

### Reasons for a preferred retirement age under 65

Participants, who prefer to retire before the age of 65 (see Table 1), were asked to indicate the extent to which each of the twelve reasons play a major role for their preference. Figure 1 shows the proportions including 95 %-CI of those. The most common reason was 'more leisure time availability' (79 %). Nurses often cited the following reasons as highly relevant for the preference to retire early: strenuous working conditions, health habits and providing care for (grand-)children and for patient care in their private lives. Sensitivity analyses show, mainly females found the workload too demanding. In contrast, the reason 'own work is no longer in demand' was chosen less by nurses.

**Table 1** Characteristics of the study sample

	N	n(%)	m (sd)
<i>Sociodemographic and socioeconomic factors</i>			
birth cohort	406		
1959		121 (29.8)	
1965		171 (42.1)	
1971		114 (28.1)	
sex	406		
male		57 (14.0)	
female		349 (86.0)	
employment status	406		
full-time		186 (45.8)	
part-time (incl. marginal)		220 (54.2)	
equivalent household net income (median)	406		
< 60 % of median		24 (5.9)	
< 80 % of median		34 (8.4)	
< 100 % of median		91 (22.4)	
< 150 % of median		170 (41.9)	
at least 150 % of median		65 (16.0)	
not specified		22 (5.4)	
<i>Professional status</i>			
job setting	406		
acute care		204 (50.2)	
ambulant care		62 (15.3)	
long-term care		140 (34.5)	
job position	406		
management position		48 (11.8)	
specialized nurse		44 (10.8)	
registered nurse		246 (60.6)	
nursing assistant		68 (16.7)	
<i>Working conditions</i>			
self-rated physical strain	406		2.45 (0.99)
psychosocial work stress (ERI-R)	406		0.85 (0.42)
shift work	406	252 (62.1)	
work time control	406		28.70 (22.58)
<i>Health</i>			
self-rated general health	406		3.26 (0.99)
<i>Motivational factors</i>			
job involvement	406		6.45 (0.59)
job satisfaction	406		6.95 (1.87)
<i>Preferred retirement age</i>			
preferred retirement age	406		62.91 (2.92)
preferred retirement age under 65 years	406	293 (72.2)	

### Effects of individual and work factors on the preferred retirement age of nursing staff

Bivariate regression models show statistically significant associations of nurses' preferred retirement age for age, health, household income, job setting, job involvement, job

satisfaction, physical strain and psychosocial (ERI-)stress (Table 2). No statistical associations were found for sex, employment status, job position, work time control and shift work (Table 2). Nurses of higher age (63 years old), working in long-term care, with better health, higher job involvement and satisfaction prefer to retire later (positive association). Nurses with a high household income, high levels of ERI-stress and physical strain prefer to retire earlier (negative association).

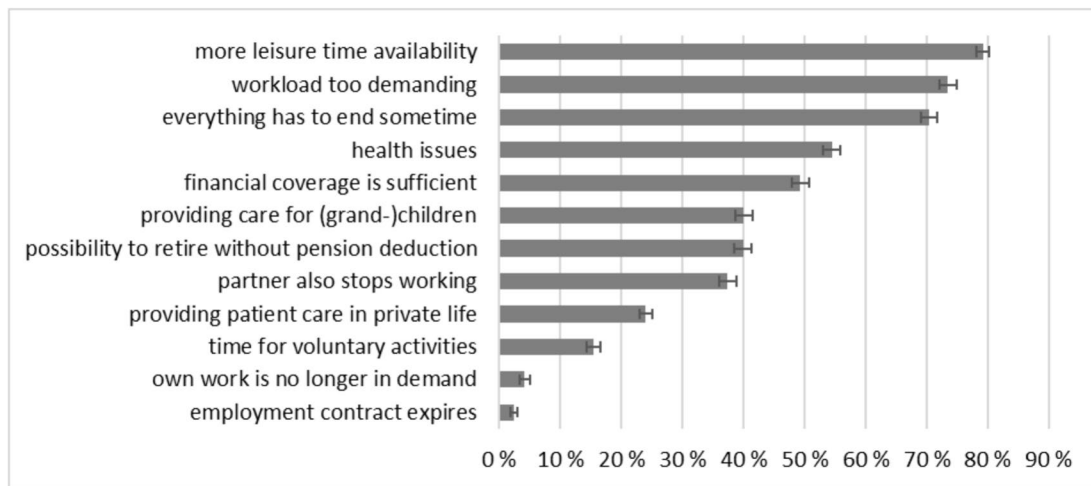
Factors were included in the multiple regression models whether bivariate tests showed a statistically significant association (Table 2). The effects of age, household income, job setting, job involvement and ERI-stress on the outcome do not change in statistical significance (bivariate to multivariate model). Further sensitivity tests (not shown), using stepwise analysis, with each individual predictor, show that the effect of health loses its statistical significance when physical strain is added. Both factors were investigated by estimations firstly, on how the participants perceive their own current health status in general (Ware et al. 1995), and secondly on how they rate their current work capacities due to physical work demands. Additionally, the effect of job satisfaction on the outcome loses its statistical significance when controlling for ERI-stress. The effect size of the variance explained in the multivariate model is small (korr.  $R^2 = 17\%$ ). The clinical relevance is noticeable (Ferguson 2009). In further additional sensitivity analyses (not shown), the interplay of factors was proven when controlling for sex, employment status and job position. These analyses yielded consistent results (effect sizes) without altering the statistical significance of predictors' effects on the outcome. The same applies when the analysis is conducted exclusively for females.

### Discussion

This study examines the interplay of work-related and individual factors influencing nurses' preferred retirement age and the reasons behind an early preference for retirement. The combined investigative approach offers new insights into the intricate dynamics associated with premature workforce exits of this essential professional group.

First, our results confirm that the preference to retire early in nurses is widespread: About 70 % of them stated a preference for retiring before the age of 65. Compared to other professional groups, nurses prefer to leave the workforce much earlier (Garthe and Hasselhorn 2023).

Second, the reasons given for the preference for retiring before the age of 65 shed light on the specific challenges faced by nurses. In line with Cleaver et al. (2022), our investigation shows that if premature retirement is preferred, the most frequently cited reason for that was to



**Fig. 1** Reasons that play a major role in the preference for retirement under the age of 65. Multiple selections possible (only of those who prefer to retire before the age of 65;  $n = 7 - 283$ )

have more leisure time availability (Fig. 1). The nomination underscores a need for more time self-determination, a preference that could be met through retirement (Schmitt 2018). Consistent with our findings, in the representative Danish study SeniorWorkingLife, it was found that motivational aspects - here referred to as factors such as the desire for more time for leisure activities and increased self-determination - had a relevant impact on older workers' intention to stay in or to leave the workforce (Andersen et al. 2020). Employees' thoughts on the question, until what age they want to continue working, were investigated in a further interview study using cognitive techniques (Friedrich 2024). In line with our results, reasons related to one's own decision-autonomy and options for a satisfying work life balance, or rather on how they would like to spend their remaining life time, were cited frequently if early exit is preferred. Interview findings imply that if an early exit is preferred, the expectation that 'everything has to end sometime' might indicate a feeling of work disengagement, or as a shift in focus towards another futural stage in life (Friedrich 2024).

Third, and in line with previous findings (Markowski et al. 2020; Uthaman et al. 2016), our results show that better health, higher levels of job involvement and job satisfaction are statistically positively associated with nurses' preferred retirement age. In line with earlier findings (Wargo-Sugleris et al. 2018; Salminen et al. 2018), nurses of a higher age and with lower financial resources prefer to retire later. Hasselhorn and Ebener (2023) showed that among older workers those of a higher working age (63 years) preferred to retire later. These employees are a special and selective group since they are still in employment, closer to the official retirement age, and can estimate more realistically when they will retire. That they are still employed could be due to the circumstance

that they want to and are able to work (healthy-worker-effect) or that they have to do so for financial reasons. In contrast, nurses with high work-related physical strain and high psychosocial stress prefer to exit earlier, confirming earlier research results (Uthaman et al. 2016; Andrews et al. 2005; Bahlman-van Ooijen et al. 2023). The findings do not confirm previous study implications (Uthaman et al. 2016; Andrews et al. 2005) that better work time control and not working shifts might enhance nurses' preferred retirement age.

Further, our results show that those working in a long-term care setting prefer to retire later than those working in acute care. One possible reason for this finding can be different, setting-related burdens (Lützerath et al. 2022; Breinbauer 2020). Earlier findings from the lidA-study (Garthe 2021) show that nurses in acute care are more likely to show poor work quality profiles (i. e. combination of high physical demands, low support by colleagues and supervisor, poor opportunities for professional development, poor income and autonomy patterns), than those in geriatric care, which is characterized as a long-term care setting. It is possible that unaccounted work conditions, such as collaborations with other professions or team cohesion (Montayre et al. 2023), may explain the differences of setting in retirement preferences. The effect of job position was not statistically significant in the regression analysis. In line with literature (Bidyuk and Oleskova 2018), the majority of participants work as registered nurses (60.6 %). This could have biased the effect of job position on the preferred retirement age. Another possible reason might be that job positions are related to care settings, which could suppress the effect of the job position on the outcome.

Previous research highlights high workloads, a reduced motivation and job satisfaction as key factors leading to early workforce exits in the nursing profession (Clever et al.

**Table 2** Linear regression models: Preferred retirement age (in years) of older nurses (n = 406)

Variables	Bivariate Regressions B (CI -/+)	Multiple Regression B (CI -/+)	$\hat{\beta}$
<i>Sociodemographic and socioeconomic factors</i>			
birth cohort (ref. 1971)	*		
1959	1.59 (0.79; 2.38)*	1.53 (0.76; 2.29)*	0.22
1965	0.09 (-0.64; 0.82)	0.43 (-0.27; 1.14)	0.07
female sex (ref. male)	-0.50 (-1.38; 0.39)		
part-time employed (ref. full-time)	-0.17 (-0.79; 0.44)		
equivalent household net income (ref. 100 to 150 % of median)	*		
< 60 % of median	2.02 (0.69; 3.35)*	2.23 (0.96; 3.50)*	0.17
< 80 % of median	1.06 (-0.09; 2.20)	0.82 (-0.25; 1.90)	0.07
< 100 % of median	-0.16 (-0.95; 0.63)	-0.26 (-1.00; 0.49)	-0.03
at least 150 % of median	-0.94 (-1.83; -0.05)*	-0.88 (-1.73; -0.04)*	-0.10
not specified	0.24 (-1.14; 1.62)	-0.03 (-1.32; 1.26)	-0.00
<i>Professional status</i>			
job setting (ref. acute care)	*		
ambulant care	0.03 (-0.86; 0.89)	-0.37 (-1.24; 0.50)	-0.04
long-term care	1.08 (0.41; 1.75)*	0.85 (0.20; 1.50)*	0.13
job position (ref. registered nurse)			
management position	-0.09 (-1.07; 0.89)		
specialized nurse	-0.38 (-1.39; 0.64)		
nursing assistant	0.62 (-0.23; 1.47)		
<i>Working conditions</i>			
self-rated physical strain	-0.37 (-0.66; -0.08)*	-0.15 (-0.51; 0.21)	-0.05
psychosocial work stress (ERI-R)	-0.65 (-0.94; -0.37)*	-0.50 (-0.83; -0.18)*	-0.17
shift work	-0.26 (-0.89; 0.38)		
work time control	0.31 (-0.10; 0.71)		
<i>Health</i>			
self-rated general health	0.34 (0.04; 0.63)*	0.25 (-0.11; 0.61)	0.08
<i>Motivational factors</i>			
job involvement	0.70 (0.23; 1.16)*	0.58 (0.12; 1.04)*	0.12
job satisfaction	0.70 (0.39; 1.00)*	0.23 (-0.13; 0.58)	0.07
<b>Modell summary</b>		<b>korr. R<sup>2</sup> = 0.17</b>	
		<b>F(14, 405) = 6.90, p &lt; 0.001</b>	

n number of participants coefficient; B unstandardized regression coefficient, CI -/+ lower; higher 95 %-confidence interval

$\hat{\beta}$  standardized regression coefficient; level of significance (two-tailed)

\*  $p < 0.05$ ; Adj. R<sup>2</sup> corrected goodness-of-fit; F Anova F-Test. Metric predictors were z-transformed. Only variables that showed a statistically significant effect in the bivariate models were included in the multivariate model

2022; Uthaman et al. 2016; Wargo-Sugleris et al. 2018). The study reaffirms those findings by showing high rates of preferred early retirement among nurses in general and contributing to recognized pressures of the profession. Nurses indicated a demanding workload and health issues as highly relevant reasons for an early preferred retirement age more often than other professions (Hasselhorn and Ebener 2023). In line with the regression analysis (Table 2), it emphasizes the urgent need to address and alleviate overwhelming

psychological and physical burdens of nursing professionals tackling premature exits.

Overall, our results confirm a complex interplay of individual and work-related factors influencing nurses' retirement preferences, emphasizing the importance of considering both aspects in workforce prevention and policy development. The stable significant role of job involvement for nurses' retirement preferences is notable. Although the impact of effects in the regression models is limited by a

small explained variance, according to Ferguson (2009), the clinical relevance is noticeable. Our findings regarding the reasons for the preference to retire early, emphasize the importance for organizations to recognize the needs of nurses facing age-related changes in health and work capacities in combination with high professional burdens and at the same time strengthening motivating environments. This might present an opportunity in the prevention of early retirement.

## Strengths and Limitations

One strength is the representativeness of the lidA-study population, allowing for conclusions about the distributions and correlations of the investigated factors for older nurses of the surveyed birth cohorts in Germany. Another strength is the consideration of factors regarding the preference to retire early utilizing different methodological approaches: linear regressions on the preferred retirement age and, in the case that an early exit is preferred, reasons for this preference.

By surveying three birth cohorts, the generalizability to the entirety of older employees should be considered cautiously. Small case numbers within certain subgroups limited analysis options, e. g. stratified examinations by birth year were impossible.

## Conclusion

The preferred retirement age is seen as a relevant indicator for the actual timing of retirement. The findings underscore the need for targeted interventions addressing the challenges faced by nurses, with a special focus on the high workload and health risks of their work. Due to demographical transitions in society as well as in the nursing profession, there is a growing need for organizations to create healthy and appreciative work environments that foster meaningful engagement and address the diverse personnel and age-related factors, such as private care requirements and health issues, influencing the retirement decisions of older nurses. Additionally, it is evident that policy changes, such as the implementation of better working conditions, accessible possibilities to remain in the nursing profession and options of work adjustments are needed. Nurses are known to be highly involved in their work and our results indicate that besides health and challenging work conditions, motivational aspects like job involvement and satisfaction, as well as better fitting work time models and possibilities to give nurses more leisure time availability might be potential resources to strengthen nurses' preferences to stay in work and, in conclusion, to remain in the workforce longer.

While Hasselhorn and Ebener (2023) conclude that health and work demands play a relevant, but secondary

role for the preference to retire early among older workers in Germany in general, this seems different for the nursing profession. To make it more attractive for older nurses to work longer, health care institutions need to address these issues. However, our findings also emphasize the multitude of factors influencing the nurses employment perspective. Therefore, to retain older nurses, tailored solutions are needed, based on their individual and job-related circumstances, along with the implementation of interventions (e.g. individual talks, improvement of working conditions and necessary adaptations and accessible options) well in advance.

**Supplementary Information** The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1007/s10389-025-02511-3>.

**Authors' contributions** All authors contributed to the study conception and design. All authors have revised the article critically for important intellectual content and made final approval of the version to be submitted. All authors agree to be accountable for all aspects of the work to ensure that the questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Conceptualization: Daniela Borchart, Michael Galatsch, Nina Garthe; Methodology: Daniela Borchart, Nina Garthe; Formal analysis: Daniela Borchart; Visualization: Daniela Borchart, Nina Garthe; Writing - draft preparation: all authors; Writing - reviewing: all authors; Writing - editing: Daniela Borchart, Michael Galatsch, Nina Garthe; Data curation: Michael Galatsch, Nina Garthe, Milena Bruschini; Validation: Nina Garthe.

**Funding** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL. This work was supported by the Insurance Association for Health Service and Welfare Work (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, BGW) and the BARMER (a provider of statutory health insurance). The funding institutions did not have any influence on the design of the study, the data collection, analysis and interpretation of the data nor on the writing of the manuscript.

**Data availability** The data are located in controlled access data storage at the Department of Occupational Health Science at the University of Wuppertal and, however, available from the authors upon reasonable request and with permission from the Department of Occupational Health Science.

**Code availability** The analysis was performed with IBM SPSS Statistics Version 28.0. (Armonk, NY, USA: IBM Corp.). Analysis code is available upon request from the corresponding author. The coding of variables of nursing professionals is illustrated in Online Resource 1.

## Declarations

**Conflicts of interests** All authors declare that they have no conflicts of interest.

**Ethics approval** The data was collected in accordance with the Declaration of Helsinki (1964) and its later alterations. The lidA cohort study has received ethical approval from the Ethics Commission of the University of Wuppertal dated from 5 th December 2008 (Sch/Ei Hasselhorn) and 20 th November 2017 (MS/BB 171025 Hasselhorn).

**Consent to participate** Participants were informed about the aims and procedures of the lidA cohort study. Participation required verbal consent at each study wave.

**Consent for publication** Not applicable.

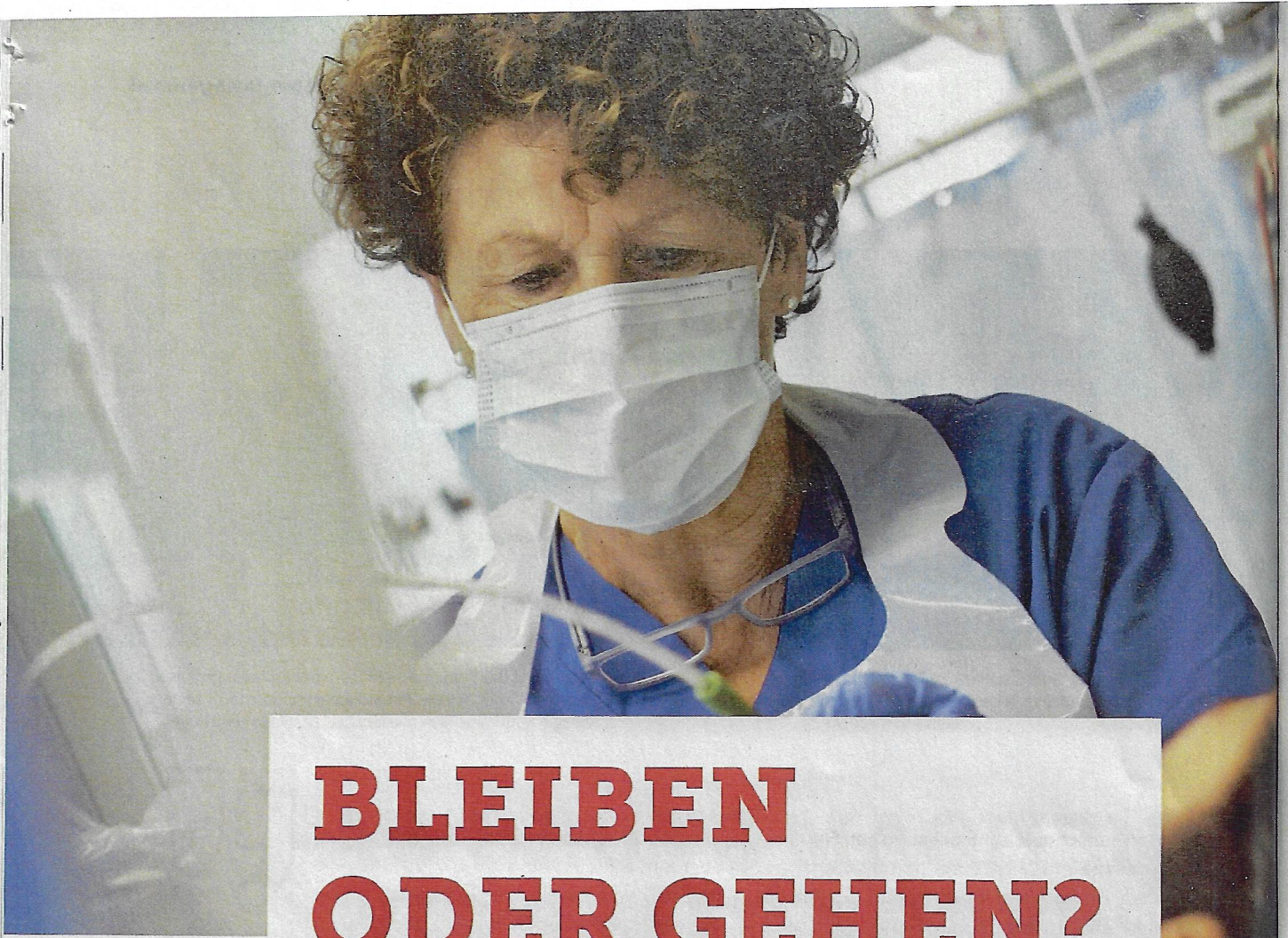
**Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

## References

- Ala-Mursula L, Vahtera J, Linna A, Pentti J, Kivimäki M (2005) Employee worktime control moderates the effects of job strain and effort-reward imbalance on sickness absence: the 10-town study. *J Epidemiol Commun Health* 59(10):851–857. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.030924>
- Albrecht SC, Kecklund G, Tucker P, Leineweber C (2016) Investigating the factorial structure and availability of work time control in a representative sample of the Swedish working population. *Scand J Public Health* 44(3):320–328. <https://doi.org/10.1177/1403494815618854>
- Andersen LL, Jensen PH, Sundstrup E (2020) Barriers and opportunities for prolonging working life across different occupational groups: the SeniorWorkingLife study. *Eur J Public Health* 30(2):241–246. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz146>
- Andrews J, Manthorpe J, Watson R (2005) Employment transitions for older nurses: a qualitative study. *J Adv Nurs* 51(3):298–306. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03501.x>
- Bahlman-van Ooijen W, Malfait S, Huisman-de Waal G, Hafsteinsdóttir TB (2023) Nurses' motivations to leave the nursing profession: a qualitative meta-aggregation. *J Adv Nurs* 79(12):4455–4471. <https://doi.org/10.1111/jan.15696>
- Barmer (2020) Barmer Pflegereport 2020: belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Berlin
- Bidyuk N, Oleskova H (2018) Current status and prospects for development of nursing professions in Germany. *Comp Prof Pedagog* 8(2):7–14. <https://doi.org/10.2478/rpp-2018-0013>
- Breinbauer M (2020) Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden
- Cleaver K, Markowski M, Wels J (2022) Factors influencing older nurses' decision making around the timing of retirement: an explorative mixed-method study. *J Nurs Manag* 30(1):169–178. <https://doi.org/10.1111/jonm.13447>
- Ebener M, Hasselhorn HM (2019) Validation of short measures of work ability for research and employee surveys. *Int J Environ Res Public Health* 16(18):. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183386>
- Federal Statistical Office (2020) 3.63 million people employed in the health sector have direct contact with patients. Press release No. N085. [https://www.destatis.de/EN/Press/2020/12/PE20\\_N085\\_224.html](https://www.destatis.de/EN/Press/2020/12/PE20_N085_224.html). Accessed 13 Dec 2024
- Federal Statistical Office (2023) Long-term care projection: 1.8 million more people in need of long-term care expected until 2055. Press release No. 124. [https://www.destatis.de/EN/Press/2023/03/PE23\\_124\\_12.html](https://www.destatis.de/EN/Press/2023/03/PE23_124_12.html). Accessed 9 Dec 2024
- Ferguson CJ (2009) An effect size primer: a guide for clinicians and researchers. *Prof Psychol: Res Pract* 40(5):532–538. <https://doi.org/10.1037/a0015808>
- Fietze S (2011) Arbeitszufriedenheit und Persönlichkeit: Wer schaffen will, muss fröhlich sein!": German Socio-Economic Panel Study (SOEP). SOEP Papers, Berlin
- Friedrich E (2024) Die eigene Lebensarbeitszeit im Fokus - Eine qualitative Analyse zum Verständnis und den Antworten älterer Beschäftigter zur subjektiven Erwerbsperspektive in Survey-Studien. University of Wuppertal, Bachelorthesis
- Fuchs J, Söhnlein D, Weber B (2022) Demografische Alterung führt zu einem stark sinkenden Erwerbspersonenpotenzial. *Wirtschaftsdienst (Hamburg, Germany)* 102(2):148–150. <https://doi.org/10.1007/s10273-022-3118-3>
- Garthe N (2021) Wie lange wollen ältere Erwerbstätige im Gesundheitsdienst arbeiten und welche Rolle spielt dabei ihre Arbeitsqualität? [https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS\\_2021\\_09\\_Profile\\_im\\_Gesundheitsdienst.pdf](https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2021_09_Profile_im_Gesundheitsdienst.pdf). Accessed 05 April 2024
- Garthe N, Hasselhorn HM (2023) Wollen und können ältere Beschäftigte länger erwerbstätig bleiben, wenn sich ihre Arbeit verbessert? [Is improvement of working conditions related to an increase in the subjective employment perspective of older workers?]. *Zbl Arbeitsmed* 73(2):49–63. <https://doi.org/10.1007/s40664-022-00490-w>
- Hasselhorn HM, Ebener M (2018) The differentiated role of health for employment participation among older workers - A discussion based on the 'lidA conceptual framework on work, age and employment.' In: Hohnerlein EM, Hennion S, Kaufmann O (eds) *Employment biographies and social protection in Europe*. Springer, Berlin, pp 199–214
- Hasselhorn HM (2023) Ebener M (2023) Frühzeitiger Ausstieg der Babyboomer aus dem Erwerbsleben – Ergebnisse der lidA-Studie. *Deutsche Rentenversicherung* 2:152–174
- Hasselhorn HM, Freude G (2007) Der Work Ability Index - ein Leitfaden. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin S 87. Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven
- Hasselhorn HM, Peter R, Rauch A, Schröder H, Swart E, Bender S, Du Prel J-B, Ebener M, March S, Trappmann M, Steinwede J, Müller BH (2014) Cohort profile: the lidA cohort study - a German cohort study on work, age, health and work participation. *Int J Epidemiol* 43(6):1736–1749. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu021>
- Hasselhorn HM, Ebener M, Müller BH (2015) Determinanten der Erwerbsteilhabe im höheren Erwerbsalter – das „lidA-Denkmodell zu Arbeit, Alter und Erwerbsteilhabe“. *Zeitschrift für Sozialreform* 61(4):403–432. <https://doi.org/10.1515/zsr-2015-0404>
- Hofäcker D (2015) In line or at odds with active ageing policies?: exploring patterns of retirement preferences in Europe. *Ageing Soc* 35(7):1529–1556. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1400035X>
- Lampert T, Kroll LE (2009) Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter M, Hurrelmann K (eds) *Gesundheitliche Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, pp 309–334
- Lützerath J, Bleier H, Schaller A (2022) Work-related health burdens of nurses in Germany: a qualitative interview study in different care settings. *Healthcare (Basel, Switzerland)* 10(2):. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020375>
- Markowski M, Cleaver K, Weldon SM (2020) An integrative review of the factors influencing older nurses' timing of retirement. *J Adv Nurs* 76(9):2266–2285. <https://doi.org/10.1111/jan.14442>
- Montayre J, Knaggs G, Harris C, Li W, Tang LM, de Almeida Neto A, Antoniou M (2023) What interventions and programmes are available to support older nurses in the workplace? A literature review of available evidence. *Int J Nurs Stud* 139:104446. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104446>
- Örestig J, Strandh M, Stattin M (2013) A Wish Come True? A longitudinal analysis of the relationship between retirement preferences

- and the timing of retirement. *Popul Ageing* 6(1–2):99–118. <https://doi.org/10.1007/s12062-012-9075-7>
- Ruiz Marcos J, Steinwede J, Kleudgen M (2023) *Methodenbericht lidA*. Welle, Bonn, p 4
- Salminen H, Vanhala M, von Bonsdorff M, von Bonsdorff M (2018) Perceived high involvement work practices and retirement intentions. *Electron J Bus Ethic Organ Stud* 23(1):29–35
- Schmidt K-H, Kleinbeck U (1999) Job diagnostic survey (JDS–deutsche Fassung). In: Dunkel H (ed) *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren*. vdf, Zürich, pp 205–230
- Schmitt A (2018) Übergang in und Anpassung an den Ruhestand als Herausforderung aus psychologischer Perspektive. *Organisationsberat Superv Coach* 25(3):337–347. <https://doi.org/10.1007/s11613-018-0555-3>
- GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (2021) *Transitions and old age potential: Übergänge und Alternspotenziale (TOP) — 1., 2. und 3. Welle*. GESIS Data Archive. No. ZA6597 Data file version 4.0.0. <https://doi.org/10.4232/1.13845>
- Siegrist J, Wege N, Pühlhofer F, Wahrendorf M (2009) A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health* 82(8):1005–1013. <https://doi.org/10.1007/s00420-008-0384-3>
- Sousa-Ribeiro M, Stengård J, Leineweber C, Bernhard-Oettel C (2024) Are trajectories of preferred retirement ages associated with health, work ability and effort-reward imbalance at work? Findings from a 6-Year Swedish longitudinal study. *Work Aging Retire* 10(3):225–240. <https://doi.org/10.1093/workar/waad006>
- Uthaman T, Chua TL, Ang SY (2016) Older nurses: a literature review on challenges, factors in early retirement and workforce retention. *Proc Singap Healthcare* 25(1):50–55. <https://doi.org/10.1177/2010105815610138>
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD (1995) SF-12: how to score the SF-12 physical and mental health summary scales. Health Institute, New England Medical Center, Boston
- Wargo-Sugleris M, Robbins W, Lane CJ, Phillips LR (2018) Job satisfaction, work environment and successful ageing: determinants of delaying retirement among acute care nurses. *J Adv Nurs* 74(4):900–913. <https://doi.org/10.1111/jan.13504>

**Publisher's Note** Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



# BLEIBEN ODER GEHEN?

## Ältere Beschäftigte in der Pflege

Wie erleben ältere Beschäftigte ihre letzten Berufsjahre und wie stellen sie sich den Übergang in den Ruhestand vor? Unter welchen Umständen können sie sich vorstellen, länger im Beruf zu bleiben? Eine repräsentative Studie der Bergischen Universität Wuppertal gibt Aufschluss.

**Text: Dr. phil. Nina Garthe**

Der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung steigt immer weiter an. Somit erhöht sich in Deutschland nicht nur die Zahl pflegebedürftiger Menschen, sondern auch der Anteil der Pflegepersonen, die älter sind als 50 Jahre. Der Anstieg älterer Beschäftigter ist insbesondere auf die zahlenmäßig große Generation der sogenannten Babyboomer zurückzuführen, die in den nächsten 10 bis 15 Jahren in den Ruhestand geht [1].

Mehr als bei anderen Berufsgruppen zeigt sich bei älteren Beschäftigten in der Pflege eine lebenslange Belastung durch psychisch und

physisch schwere Arbeit. Diese Belastungen führen bei älteren Pflegepersonen nicht nur zu überdurchschnittlich hohen Krankenständen [2], sondern auch dazu, dass viele Beschäftigte ihren Beruf frühzeitig verlassen, etwa durch einen Berufswechsel oder einen frühen Eintritt in die Erwerbsminderungsrente [1].

Es stellt sich somit die Frage, wie ältere Beschäftigte, die noch in der Pflege tätig sind, auf ihre letzten Erwerbsjahre und ihren Übergang in den Ruhestand blicken. Bis zu welchem Alter würden sie gerne arbeiten? Aus welchen Gründen möchten sie möglicherwei-

se früher in den Ruhestand gehen? Und wie kann Arbeit gestaltet werden, damit die Beschäftigten länger im Beruf bleiben?

Antworten gibt die repräsentative Kohortenstudie „IidA – leben in der Arbeit“ der Bergischen Universität Wuppertal. In den Jahren 2011, 2014, 2018 und 2022/2023 wurden ältere Menschen aus ganz Deutschland mittels persönlicher Interviews zu Hause beziehungsweise 2022 und 2023 auch per Telefon zu ihren Arbeitsbedingungen, ihrer Gesundheit, ihrem Blick auf den Ruhestand sowie weiteren Themen befragt. Zuletzt konnten 8.884 Personen der drei Geburtsjahrgänge 1959, 1965 und 1971 befragt werden. Sie waren zum Befragungszeitpunkt etwa 63, 57 oder 51 Jahre alt. Von den Befragten waren 292 Personen in der Krankenpflege, 103 in der Altenpflege und 6.752 in anderen Berufen tätig.

**Bis zu welchem Alter möchten ältere Beschäftigte arbeiten?** Etwa zwei von drei älteren Beschäftigten (66 %), die nicht in der Pflege tätig sind, möchten maximal bis zum 64. Lebensjahr arbeiten. In den Pflegeberufen liegen die Anteile sogar noch etwas höher: 69 % der in der Altenpflege Beschäftigten und 74 % der in der Krankenpflege Beschäftigten möchten maximal bis zum 64. Lebensjahr erwerbstätig bleiben. Insgesamt möchten nur sehr wenige

ältere Beschäftigte bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter von 67 Jahren arbeiten (Altenpflege: 15 %, Krankenpflege: 7 %, andere Berufe: 13 %). Ergebnisse im Längsschnitt zeigen jedoch auch, dass Beschäftigte mit der Zeit und mit zunehmendem Alter ihren Wunschzeitpunkt des Ruhestandsübergangs anpassen und in den allermeisten Fällen erhöhen [3].

**Aus welchen Gründen möchten ältere Beschäftigte früh in den Ruhestand gehen?** Bei denjenigen, die maximal bis zum 64. Lebensjahr arbeiten möchten, wurde nachgefragt, aus welchen Gründen sie zu diesem frühen Zeitpunkt in den Ruhestand gehen möchten. Zu insgesamt zwölf Gründen konnten die Beschäftigten aussagen, ob diese eine große Rolle für ihren Wunsch spielen, früh aus dem Arbeitsleben auszusteigen [4]. Der von allen Beschäftigten am häufigsten genannte Grund ist der Wunsch nach „mehr freier Zeit“ (Krankenpflege: 83 %, Altenpflege: 68 %, andere Berufe: 83 %). Auch die Aussage „irgendwann muss Schluss sein“ wird von sehr vielen Beschäftigten als Grund genannt (Altenpflege: 65 %, Krankenpflege: 73 %, andere Berufe: 64 %).

Beim Vergleich der Beschäftigten, die in der Pflege und in anderen Berufen arbeiten, fällt auf, dass die Gründe, „die Arbeit ist zu anstrengend“ (Altenpflege: 66 %, Krankenpflege:

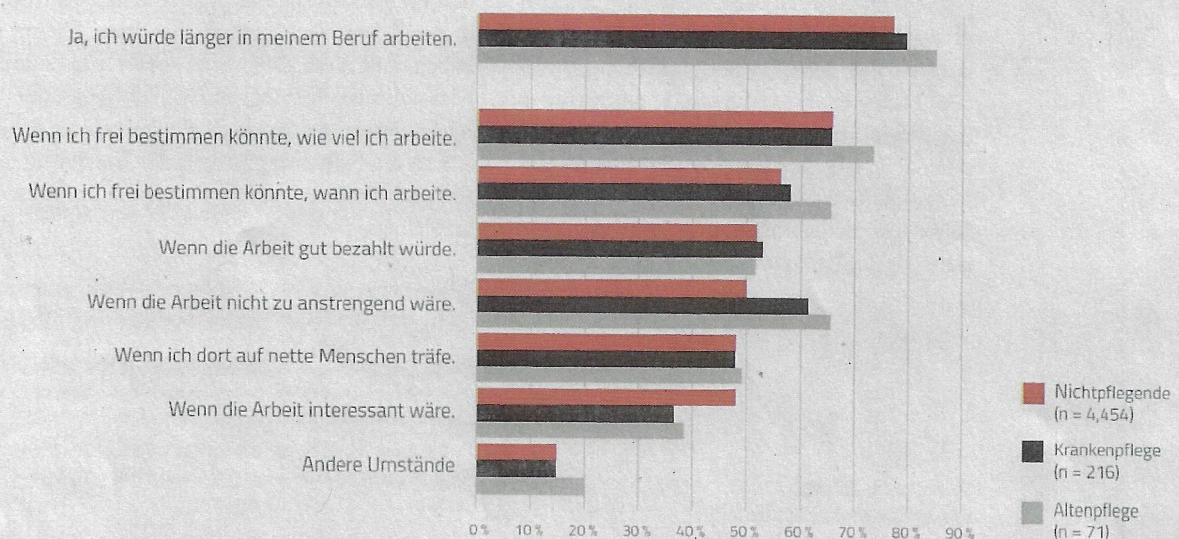


Abb. 1 Würden Sie unter Umständen länger in Ihrem Beruf arbeiten? Wenn ja: Was müsste sich dafür ändern?



## Wie lange können, wollen und planen sie (zu) arbeiten? Eine Typisierung der älteren Beschäftigten in Deutschland

Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn und Dr. phil. Daniela Borchart, Wuppertal

*Was meinen ältere Beschäftigte, wenn sie gefragt werden, bis zu welchem Alter sie erwerbstätig sein können, wollen oder es planen? Anhand von Daten der lidA-Studie (2022/23; n = 7 137) sowie qualitativen Interviews untersucht der Beitrag das Verständnis dieser drei Aspekte der „Erwerbsperspektive“. Vier Cluster von Berufsgruppen wurden identifiziert: (1) „Länger aktiv in Verantwortung“ (7 Prozent aller), (2) „Kann lang, will aber früher raus“ (14 Prozent), (3) „Stabile Mitte mit Rückzugswunsch“ (50 Prozent) und (4) „Am Limit – begrenzte Spielräume“ (26 Prozent). Die qualitativen Befunde stützen die quantitativen Ergebnisse: „Können“ wird vornehmlich mit Gesundheit und Arbeitsbelastung verknüpft, „Wollen“ zeigt Wunschvorstellungen, „Planen“ reflektiert eher Realitäten, nicht zuletzt finanzielle. Die Studie bestätigt die Validität und Aussagestärke der drei Fragen und betont die Heterogenität älterer Erwerbstätiger in Hinblick auf ihr Erleben der letzten Arbeitsjahre. Für Betriebe bedeuten die Ergebnisse, dass sie frühzeitig den Dialog mit älteren Beschäftigten zu „Können“, „Wollen“ und „Planen“ suchen sollten, um sie langfristig zu binden. Sozialpolitisch würde eine pauschale Gleichbehandlung aller Berufsgruppen beim Übergang in den Ruhestand bestehende Ungleichheiten verschärfen. Viele arbeiten bereits „am Limit“ – starre Regelungen könnten sie zusätzlich belasten. Die Wissenschaft sollte schließlich das Verständnis für die Perspektiven und Herausforderungen älterer Erwerbstätiger weiter ausbauen, um dem demografischen Wandel gerecht zu werden.*

### 1. Einleitung

In den kommenden Jahren werden in Deutschland rund neun Millionen Babyboomerinnen und Babyboomer in den Ruhestand gehen (Hasselhorn und Ebener 2023). Die Mehrheit der älteren Beschäftigten entscheidet sich für einen vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben – meist deutlich vor Erreichen der Regelaltersgrenze. Daran hat sich bislang wenig geändert: Seit 2013 liegt die Erwerbsquote der 64-jährigen Männer stabil bei etwa 40 Prozent, die der gleichaltrigen Frauen seit 2017 bei rund 30 Prozent (BiB 2022). Wenn die Politik hier steuern will, indem sie Menschen länger als bisher im Erwerbsleben halten möchte, sollte sie die ältere Erwerbsbevölkerung kennen: Wer sind sie? Wie lange können sie und wie lange wollen sie erwerbstätig sein? Zu welchem Zeitpunkt planen sie, aus dem Erwerbsleben auszusteigen?

Mithilfe aktueller Daten der lidA-Studie ([www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)) haben wir festgestellt, dass unter den älteren Beschäftigten in Deutschland nach wie vor eine „Kultur des Frühausstiegs“ vorherrscht (Hasselhorn und Ebener 2023). So wollten die Befragten bis zum Alter von 63,2 Jahren erwerbstätig bleiben, auch wenn sie äußerten, bis zum Alter von 65,7 Jahren erwerbstätig bleiben zu können. Diese Mittelwerte verbergen allerdings, dass hierbei deutliche Unterschiede zwischen Untergruppen bestehen können, beispielweise zwischen Altersgruppen und zwischen Männern und Frauen (Hasselhorn 2020) sowie zwischen Gruppen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund (Schröder et al. 2020, du Prel et al. 2018). Ebenso ist davon auszugehen, dass sich Angehörige verschiedener Berufsgruppen in ihren Einschätzungen darin unterscheiden, wie lange sie noch erwerbstätig sein können, möchten und planen, erwerbstätig

zu sein, dies allein schon aufgrund der so unterschiedlichen berufstypischen Arbeitsexposition. Doch eine umfassende Übersicht hierzu liegt bislang nicht vor. Differenziertere Erkenntnisse könnten helfen, um aus Sicht des Personalmanagements oder auch der Politik berufliche Risikogruppen in Zeiten immer länger werdender Erwerbsleben zu identifizieren.

Der vorliegende Beitrag versucht, durch die Verknüpfung zweier wissenschaftlicher Herangehensweisen die zuletzt beschriebene Wissenslücke zu schließen. Im ersten Teil wird auf Basis der Befragungsdaten der vierten Welle der lidA-Studie (2022/23) die „subjektive Erwerbsperspektive“ differenziert für ältere Beschäftigte in 54 Berufsgruppen und vier Clustern beschrieben. Unter der „subjektiven Erwerbsperspektive“ verstehen wir, wie Beschäftigte ihre künftige Erwerbsteilnahme einschätzen. Dies wurde in lidA anhand der drei unten genannten offenen Fragen untersucht. Die Antworten, die hierauf gegeben werden, bezeichnen wir in diesem Beitrag als „Zielalter“.

- „Unabhängig von den gesetzlichen Regelungen zur Rente, bis zu welchem Alter würden Sie gerne arbeiten?“ (im Beitrag fortan als „Wollen“ bezeichnet)
- „Und was glauben Sie, bis zu welchem Alter können Sie arbeiten?“ („Können“)
- „Und mit welchem Alter planen Sie, in den Ruhestand zu gehen?“ („Planen“)

Im zweiten Teil dieses Beitrags wird die Thematik durch einen weiteren methodischen Zugang vertieft. Die drei oben genannten Fragen wurden im Rahmen des lidA-Projekts als Indikatoren entwickelt, um die letzte Phase des Erwerbslebens und den Übergang in den Ruhestand hinsichtlich der grundsätzlichen Erwerbsbereitschaft (Wollen), der subjektiven Prognose der Arbeitsfähigkeit (Können) und des angestrebten Ruhestandseintrittsalters (Planen) näher zu bestimmen. Anhand kognitiver Einzelinterviews mit älteren Beschäftigten analysieren wir, wie diese scheinbar einfachen Fragen tatsächlich ver-

standen werden. Abschließend werden die Ergebnisse beider Teile zusammengeführt und im Kontext früherer Analysen eingeordnet und diskutiert.

## 2. Methoden

### 2.1 Quantitative Analysen auf Basis der lidA-Studie

Seit 2011 begleitet die lidA-Studie ältere Beschäftigte in Deutschland auf ihrem Weg vom Arbeitsleben in den Ruhestand (Hasselhorn et al. 2014). In drei- bis vierjährigen Abständen werden die Teilnehmenden (geboren 1959, 1965 oder 1971) zu Hause oder telefonisch zu ihrer Arbeit, Erwerbstätigkeit, Gesundheit, ihrem Privatleben und auch zu ihren persönlichen Vorstellungen zum Rentenübergang interviewt. lidA umfasst bisher vier Erhebungswellen aus den Jahren 2011 ( $N_{\text{Welle 1}} = 6\,585$ ), 2014 ( $N_{\text{Welle 2}} = 4\,244$ ), 2018 ( $N_{\text{Welle 3}} = 3\,586$ ) und 2022/23 ( $N_{\text{Welle 4}} = 8\,884$ ). Eine nähere Beschreibung der lidA-Studie findet sich bei Ebener et al. (2023) und im lidA Cohort-Profil (Hasselhorn et al. 2014). Die quantitativen Analysen zu diesem Beitrag sind auf Daten der Welle 4 (2022/23) begrenzt. Zu diesem Zeitpunkt waren die Teilnehmenden in der Regel 51, 57 oder 63 Jahre alt.

Für den quantitativen Teil der Analyse wurden 7 137 von 8 884 Teilnehmenden der vierten Erhebungswelle einbezogen. Zum Zeitpunkt der Befragung waren diese Personen entweder in Vollzeit, Teilzeit oder geringfügig beschäftigt oder nahmen an einer Beschäftigungsmaßnahme teil. Zusätzlich lag für diese Personen mindestens eine gültige Antwort auf eine der drei zentralen Fragen zur Erwerbsperspektive vor. Zudem konnten sie einer von 54 ausreichend großen Berufstätigkeitsgruppen zugeordnet werden. Die Berufsgruppeneinteilung basiert auf der Klassifikation der Berufe (KldB 2010, 3- bis 5-Steller; Bundesagentur für Arbeit 2021). Auf Basis der Mittelwerte für Können, Wollen und Planen wurde eine hermeneutische

Typisierung der 54 Berufsgruppen vorgenommen. Diese erfolgte durch visuelle Mustererkennung unter primärer Berücksichtigung der Können-Werte. Dabei konnten vier Cluster identifiziert werden, die charakteristische Kombinationen der drei Indikatoren der Erwerbsperspektive abbilden.

In einem zweiten Schritt wurden die Cluster (und ebenso die Berufsgruppen) durch direkt und indirekt berufsbezogene Variablen charakterisiert, die als Einflussfaktoren auf die Erwerbsperspektive angesehen werden können und somit zum Verständnis der Befunde beitragen können:

- Allgemeine Gesundheit: Im Beitrag wird der Anteil der Befragten berichtet, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand mit „gut“ oder „sehr gut“ bewerten. Diese Einschätzung stützt sich auf eine international anerkannte, validierte Einzelfrage (Idler und Benyamini 1997).
- Finanzielle Voraussetzungen für einen vorzeitigen Ausstieg: Erfasst wird der Anteil der Personen, die der Aussage „Ich könnte es mir finanziell leisten, vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszuschneiden“ „eher“ oder „völlig“ zustimmen (Eigenfrage mit vier Antwortmöglichkeiten im Rahmen der lidA-Studie).
- Entwicklungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz: Als hoch eingeschätzt wurden Entwicklungsmöglichkeiten, wenn auf der entsprechenden COPSOQ-Skala (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) ein Wert von 76 oder mehr erreicht wurde (Skala von 0–100, Nübling et al. 2006).
- Körperliche Arbeitsbelastung: Eine hohe körperliche Belastung lag vor, wenn die Befragten angaben, mehr als die Hälfte ihrer Arbeitszeit gebückt, hockend, kniend, liegend oder über Kopf zu arbeiten und/oder regelmäßig schwere Lasten zu heben oder zu tragen (Frauen: über 10 kg, Männer: über 20 kg) (Hasselhorn und Müller 2024).

Statistische Gruppenvergleiche wurden für kategoriale Variablen mittels Chi<sup>2</sup>-Test und

für kontinuierliche Variablen anhand einer Varianzanalyse (ANOVA) mit Bonferroni-Korrektur durchgeführt.

## 2.2 Kognitive Interviews

Um das Verständnis der in der lidA-Studie untersuchten Fragen zur Erwerbsmotivation (Können, Wollen, Planen) aus Sicht von Befragten zu analysieren, wurden kognitive Einzelinterviews mit älteren Beschäftigten unterschiedlicher Professionen durchgeführt. Diese Interviewmethode wird unter anderem zur Validierung von Befragungsinstrumenten verwendet und um Interpretationsmuster zu identifizieren (Lenzner et al. 2015).

Die kognitive Interviewstudie wurde im Rahmen einer Qualifizierungsarbeit am Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft der Bergischen Universität Wuppertal unter Beachtung der Deklaration von Helsinki (World Medical Association 2013) durchgeführt (Friedrich 2023). Potenzielle Teilnehmende wurden persönlich oder per E-Mail kontaktiert und DSGVO-konform über Ziel, Inhalt und Aufwand informiert. Die Interviews fanden online via Videokonferenz anhand eines halbstrukturierten Leitfadens statt. Die Gespräche wurden aufgezeichnet, mit Word-Online transkribiert und anlehnend an Mayring (2022) mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die induktiv-deduktive Kategorienbildung erfolgte auf Basis eines eigens entwickelten Kategoriensystems, das iterativ überarbeitet und mit der Autorin als Betreuerin abgestimmt wurde.

Im Rahmen der qualitativen Untersuchung erfolgten 13 Einzelinterviews im Zeitraum von August bis September 2023 mit sieben erwerbstätigen Frauen und sechs Männern im Alter von 52 bis 64 Jahren. Die Teilnehmenden waren in verschiedenen Branchen und Tätigkeiten beschäftigt und gingen ihrer Tätigkeit vorwiegend in Vollzeit nach. Teilnahmevoraussetzungen waren ferner ein Mindestalter von 50 Jahren und das Nachgehen einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit. Zudem wurde darauf geachtet,

dass Frauen wie Männer aus unterschiedlichen Berufen und Bildungsgruppen vertreten waren.

### 3. Ergebnisse

Zunächst werden die quantitativen Ergebnisse zur Erwerbsperspektive aus der lidA-Studie vorgestellt. Anschließend wird auf Basis der qualitativen Interviews untersucht, was die Befragten unter den Fragen zur Erwerbsperspektive verstehen.

#### 3.1 Erwerbsperspektive nach Berufsgruppen

Etwas mehr als die Hälfte aller 7 137 ausgewählten Personen in der Untersuchungsgruppe der quantitativen lidA-Studie ist weiblich (siehe Tabelle 1). Die Gruppe der ältesten Teilnehmenden (Jahrgang 1959) ist erwartungsgemäß kleiner als die beiden jüngeren Jahrgänge, da sich viele von ihnen bereits im (frühen) Ruhestand oder in der Freistellungsphase der Altersteilzeit befinden. Die Größe der Berufsgruppen hat eine Spanne von  $n = 36$  (Objekt- und Personenschutz) bis  $n = 377$  (Verwaltungsberufe).

Die Abbildung gibt die subjektive Erwerbsperspektive der 54 Berufsgruppen wieder. Sie ist absteigend sortiert nach dem Mittelwert der Antwort auf die Frage nach dem Können. Die dort dargestellten Altersangaben zu den Aspekten Können, Wollen und Planen im Kontext der Erwerbstätigkeit zeigen markante Unterschiede zwischen Berufsgruppen.

Die größte Streuung zeigt sich bei den Gruppenmitteln für das Können. In akademischen und geschäftsführenden Berufen reichen die Werte bis zu 68,5 Jahren (Geschäftsführung sowie akademische Professionen, die mit Menschen arbeiten). Im Gegensatz dazu wird die Dauer der eigenen Erwerbsfähigkeit in psychisch und/oder körperlich beanspruchenden Bereichen wie der Krankenpflege (64,1 Jahre), dem Bau (64,2 Jahre), der Alten-

pflege (64,4 Jahre) oder in der Kindererziehung (64,4 Jahre) deutlich niedriger eingeschätzt. Besonders hohe Mittelwerte im Wollen finden sich in publizistischen Berufen (65,9 Jahre), akademischen menschbezogenen Berufen (65,6 Jahre), Geschäftsführung (65,3 Jahre) sowie bei außerschulischen Lehrkräften (65,1 Jahre). Demgegenüber werden besonders frühe Austrittswünsche vor allem von Beschäftigten in körperlich belastenden Tätigkeiten – etwa in Industrie-, Bau und Metallberufen (62,5 bis 62,9 Jahre) oder in Chemie- und Kunststoffberufen (62,4 Jahre) – geäußert. Auffällig ist, dass sich im unteren Bereich der Verteilung die Gruppe der Bank- und Versicherungsfachleute (62,6 Jahre) befindet.

Auch das mittlere Alter des Planens variiert entsprechend: Während in unternehmensleitenden oder wissensintensiven Berufen wie Geschäftsführung, publizistische Tätigkeiten oder der außerschulischen Bildung ein Erwerbsausstieg im Zeitraum um 66 Jahre geplant wird, liegen die durchschnittlichen Planungswerte in manchen körperlichen belasteten Berufsgruppen – etwa in Industrie-, Metall- und Bauberufen – deutlich darunter (zum Beispiel 63,7 bis 64,1 Jahre). Auffällige Ausnahmen stellen am oberen Ende die Beschäftigten in Objekt- und Personenschutz mit dem höchsten Wert (66,2 Jahre) sowie im unteren Bereich erneut Fachleute in Banken und Versicherung (63,9 Jahre) dar.

Die 54 Berufsgruppen wurden vier Clustern zugeordnet, die jeweils charakteristische Konstellationen der drei Aspekte der Erwerbsperspektive abbilden. Entscheidendes Kriterium für die Zuordnung war in erster Linie die Ausprägung des Gruppenmittels im Bereich Können (siehe Abbildung). Die vier Cluster unterscheiden sich hochsignifikant (jeweils  $p < .001$ ) hinsichtlich aller drei Aspekte der Erwerbsperspektive sowie in Bezug auf die unabhängigen Variablen: Gesundheit, finanzielle Möglichkeiten für einen vorzeitigen Erwerbsausstieg, Entwicklungsmöglichkeiten im Beruf und körperliche Arbeitsbelastung (siehe Tabelle 2 sowie Tabelle 3 im Anhang). Die Cluster lassen sich wie folgt beschreiben:

- Cluster 1: „Länger aktiv in Verantwortung“, 7 Prozent der Befragten. In diesem Cluster finden sich Berufsgruppen mit besonders langfristigen Erwerbsperspektiven. Hierzu gehören Tätigkeiten in Geschäftsführung, akademischer Arbeit mit Menschen (vor allem Psychologie, Medizin) oder in publizistischen Kontexten. Die durchschnittlichen Altersangaben für Wollen und Planen liegen im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen sehr hoch, nämlich über 65 Jahren und die für Können sogar über 67 Jahren. Cluster 1 ist charakterisiert durch gute gesundheitliche Verfassung, gute finanzielle Ressourcen, hohe Entwicklungsmöglichkeiten und geringe körperliche Belastungen. Die Erwerbstätigkeit erscheint hier als freiwillig und durch günstige Rahmenbedingungen unterstützt.
- Cluster 2: „Kann lang, will aber früher raus“, 14 Prozent der Befragten. Hierzu zählen Berufsgruppen, die im Schnitt angeben, lange, das heißt mindestens bis 66,5 Jahre erwerbsfähig sein zu können. Dennoch liegen die Mittelwerte für Wollen und Planen unter dem Wert von 65 Jahren. Ausstiegswünsche und -pläne vor dem Alter von 65 Jahren bewerten wir als „bewusst frühzeitig“ (Hasselhorn und Ebener 2023). Cluster 2 umfasst männerdominierte Berufsgruppen der IT, Ingenieurwesen, Naturwissenschaften oder in strategischen Unternehmensfunktionen. Die Diskrepanz zwischen der günstig eingeschätzten Prognose der eigenen Arbeitsfähigkeit und dem subjektiven Rückzugswunsch deutet auf das häufige Vorliegen alternativer Lebensentwürfe bei hohen Gestaltungsspielräumen hin. Ihre gesundheitlichen Ressourcen sind relativ hoch und die in Tabelle 2 berichteten Arbeitsbedingungen günstig. Eher noch als Befragte aus Cluster 1 meinen Befragte aus Cluster 2, sich einen frühzeitigen Erwerbsausstieg leisten zu können.
- Cluster 3: „Stabile Mitte mit Rückzugswunsch“, 50 Prozent der Befragten. In diesem Cluster befinden sich Berufsgruppen, die im Durchschnitt angeben, bis zwischen

65,0 und 66,5 Jahre arbeiten zu können, sie würden jedoch gern vor dem Alter von 65 Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheiden und planen dies auch so. Diese größte Gruppe umfasst vor allem Fach-, Büro- und Dienstleistungsberufe mit meist durchschnittlichen gesundheitlichen und finanziellen Ressourcenlagen. Die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten sind in Cluster 3 niedrig. Es handelt sich mehrheitlich um Berufsgruppen ohne extreme Belastungen oder besondere Vorteile.

- Cluster 4: „Am Limit – begrenzte Spielräume“, 26 Prozent der Befragten. Dieses Cluster umfasst alle Berufsgruppen, die im Schnitt angeben, bis maximal zum Alter von 64 Jahren berufstätig sein zu können. Das mittlere Alter für das Wollen und insbesondere das Planen ragen nahe an das Alter für das Können heran. Die Gruppe ist geprägt durch psychisch und/oder körperlich fordernde Berufstätigkeiten wie Pflege, Bau, Hotel- und Lieferdienste. Neben der hohen Arbeitsbelastung kennzeichnen eingeschränkte berufliche Entwicklungsmöglichkeiten sowie geringe gesundheitliche und finanzielle Ressourcen diese Beschäftigtengruppen.

Fünf Berufsgruppen konnten keinem dieser vier Cluster zugeordnet werden (siehe Tabelle 3 im Anhang).

Die Ergebnisse offenbaren die Ausprägung klar unterscheidbarer Gruppen in Bezug auf die Erwerbsperspektive im höheren Erwerbsalter. Während sich Cluster 1 durch Ressourcenreichtum und hohen Gestaltungsspielraum auszeichnet, kumulieren in Cluster 4 Belastungen und strukturelle Einschränkungen. Cluster 2 verweist auf einen gewünschten und durch gute finanzielle Ressourcen frühzeitig ermöglichten Rückzug trotz guter Voraussetzungen, Cluster 3 auf eine stabile Erwerbssituation mit geringen Entwicklungsmöglichkeiten. Insgesamt deuten die quantitativen Ergebnisse an, dass Vorstellungen zum Erwerbsausstieg nicht nur durch individuelle Bedingungen und Vorstellungen, sondern stark durch berufliche

**Tabelle 1:** Verteilung der Teilnehmenden nach Geschlecht und Geburtsjahrgang, 7 137 ältere Beschäftigte

	Anzahl	Spalten (%)
gesamt	7 137	100 %
Männer	3 385	47,4 %
Frauen	3 752	52,6 %
Geburtsjahr 1959	1 959	27,5 %
Geburtsjahr 1965	2 789	39,1 %
Geburtsjahr 1971	2 386	33,4 %

Quelle: lidA-Welle 4, 2022/23.

Rahmenbedingungen und damit verbundene soziale Lagen geprägt sind.

### 3.2 Wie interpretieren Befragte die an sie gestellten Fragen zur Erwerbsperspektive?

Um die Erwerbsperspektiven der Befragten und die damit verbundenen Gruppenunterschiede besser nachvollziehen zu können, werden im Folgenden die Ergebnisse kognitiver Interviews mit älteren Beschäftigten getrennt nach Können, Wollen und Planen dargestellt.

#### 3.2.1 Verständnis der Frage nach dem Können

Die Frage, wie lange man meint, arbeiten zu können, bringen die Befragten in besonderem Maß mit ihrer persönlichen körperlichen und geistigen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit in Verbindung.

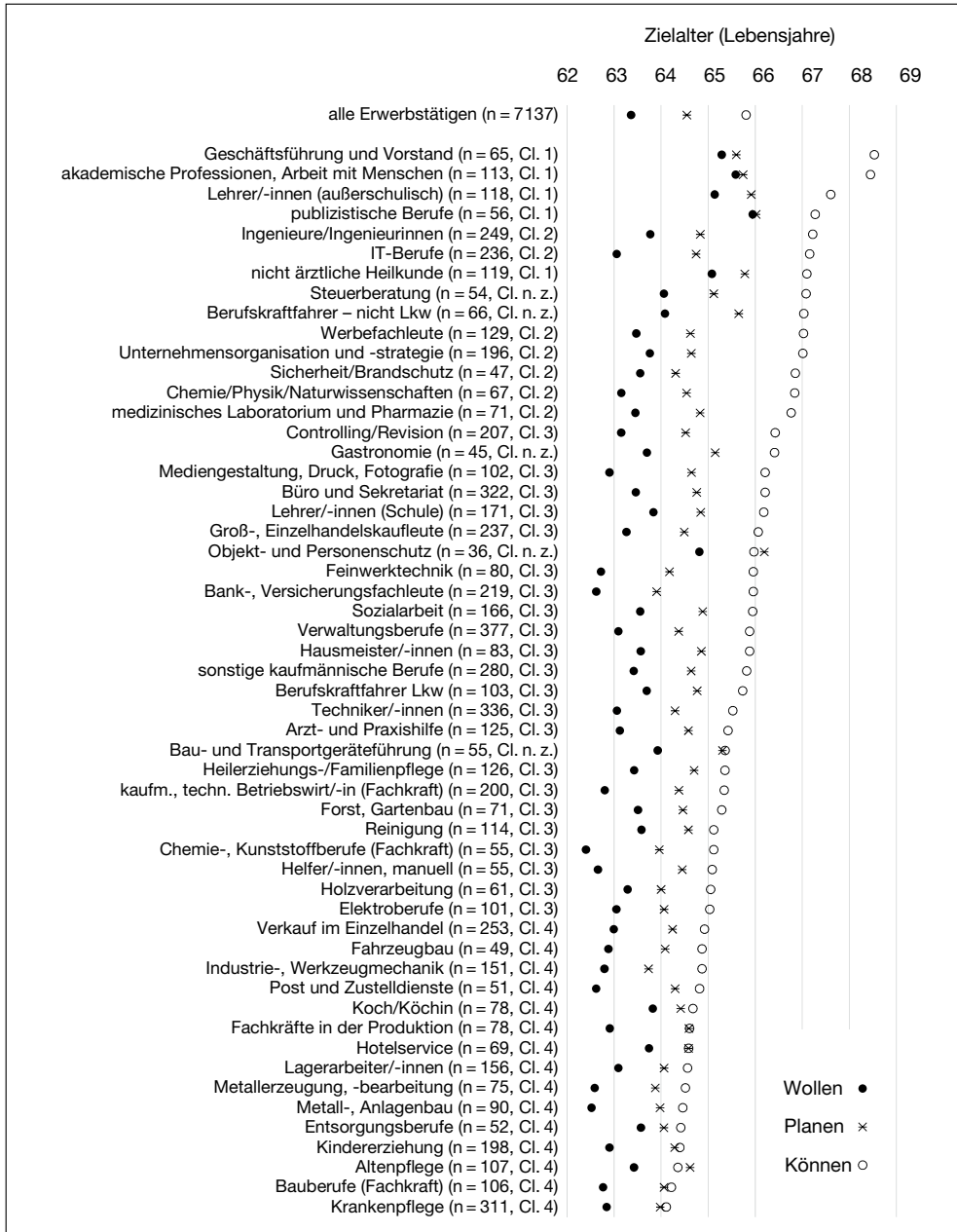
Chemiefacharbeiter, 62 Jahre: „Da ist einmal die Schwere der Arbeit, sprich jetzt körperlich, dann geistig. [...] Also in mei-

nem Beruf würde ich sagen, es reicht jetzt. Der Schichtdienst ist anstrengend genug und geht echt an die Substanz. Mit einer anderen Arbeit oder vielleicht anderen Arbeitszeiten oder wenn ich weniger arbeite, würde es noch ein paar Jahre gehen.“

Fachkrankenschwester, 59 Jahre: „Ja, da [zur Frage nach dem Können] gehört für mich die Gesundheit dazu. Also, dass ich meine Arbeit, die ich ausübe, auch schaffe. Das kommt immer drauf an, was man macht. Ich gehe da jetzt von meiner jetzigen Tätigkeit aus. Und diese muss ich in dem Spektrum erfüllen, wie ich sie jetzt auch erfülle. Also einmal die Gesundheit oder ob der Druck vom Arbeitgeber größer wird. Momentan habe ich keinen Druck und gesundheitlich würde ich sagen, kann ich auch länger arbeiten.“

Einige Beschäftigte sind bei der Beantwortung dieser Frage dadurch verunsichert, dass sie die weitere Entwicklung ihrer eigenen Gesundheit nicht abschätzen können. Ebenso spielt für manche eine Rolle, dass sie Veränderungen ihrer Arbeit und die künftige Arbeitsplatzsicherheit nicht ausreichend absehen können.

**Abbildung:** Erwerbsperspektive (Bis wann wollen/können/planen Sie, erwerbstätig [zu] sein?) bei 7 137 älteren Beschäftigten in 54 Berufsgruppen in Deutschland



Anmerkungen: Mittelwerte nach Berufsgruppen, absteigend sortiert nach Können; n = Anzahl, Cl. = Clusterzuordnung, siehe Text und Tabelle 2, n. z. = keinem Cluster zugeordnet.

**Tabelle 2:** Verteilung der Teilnehmenden auf vier typische Erwerbsperspektiven-Cluster, 7 137 ältere Beschäftigte

	Anzahl Befragter (Anteil an allen 7 137 Befragten)	Bis zu welchem Alter arbeiten?			berichtet „(sehr) gute Gesundheit“	kann sich Frühausstieg finanziell leisten	hohe Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit	hohe körperliche Arbeitsbelastung
		Wollen	Planen	Können				
alle Teilnehmende	7 137 (100 %)	63,4	64,5	65,8	52 %	49 %	26 %	11 %
Cluster 1 „Länger aktiv in Verantwortung“	471 (7 %)	65,3	65,8	67,8	64 %	56 %	43 %	4 %
Cluster 2 „Kann lang, will aber früher raus“	995 (14 %)	63,5	64,7	67,1	61 %	62 %	39 %	2 %
Cluster 3 „Stabile Mitte mit Rückzugswunsch“	3 591 (50 %)	63,2	64,5	65,8	54 %	50 %	24 %	7 %
Cluster 4 „Am Limit – begrenzte Spielräume“	1 824 (26 %)	63,0	64,2	64,5	42 %	39 %	19 %	26 %

Anmerkungen: Zuordnung auf Basis der Berufsgruppenmittelwerte für Wollen, Planen und Können (siehe auch die Abbildung, fünf Berufsgruppen konnten nicht zugeordnet werden). Charakterisierung nach Wollen, Planen, Können, Gesundheit, finanzieller Möglichkeit des Frühausstiegs, Entwicklungsmöglichkeiten und Ausmaß körperlicher Arbeitsbelastung. Die Gruppenunterschiede sind für alle Variablen statistisch signifikant (jeweils  $p < .001$ );

Cluster 1: „Länger aktiv in Verantwortung“: akademische Professionen, Arbeit mit Menschen; Geschäftsführung und Vorstand; Lehrer/-innen (außerschulisch); nicht ärztliche Heilkunde, publizistische Berufe; Cluster 2: „Kann lang, will aber früher raus“: Chemie/Physik/Naturwissenschaften; Ingenieure/Ingenieurinnen; IT-Berufe; medizinisches Laboratorium und Pharmazie; Sicherheit/Brandschutz; Unternehmensorganisation und -strategie; Werbefachleute; Cluster 3: „Stabile Mitte mit Rückzugswunsch“: Arzt- und Praxishilfe; Bank-, Versicherungsfachleute; Berufskraftfahrer LKW; Büro und Sekretariat; Chemie-, Kunststoffberufe (Fachkraft); Controlling/Revision; Elektroberufe; Feinwerktechnik; Forst, Gartenbau; Groß-, Einzelhandelskaufleute; Hausmeister/-innen; Heilerziehungs-/Familienpflege; Helfer/-innen, manuell; Holzverarbeitung; kaufm., techn. Betriebswirte/Betriebswirtinnen (Fachkraft); Lehrer/-innen (Schule); Mediengestaltung, Druck, Fotografie; Reinigung; sonstige kaufmännische Berufe; Sozialarbeit; Techniker/-innen; Verwaltungsberufe; Cluster 4: „Am Limit – begrenzte Spielräume“: Altenpflege; Bauberufe (Fachkraft); Entsorgungsberufe; Fachkräfte in der Produktion; Fahrzeugbau; Hoteldienstleistungen; Industrie-, Werkzeugmechanik; Kindererziehung; Köche/Köchinnen; Krankenpflege; Lagerarbeiter/-innen; Metall-, Anlagenbau; Metallherstellung, -bearbeitung; Post und Zustelldienste; Verkauf im Einzelhandel.

Quelle: lidA-Welle 4, 2022/23.

Meister im Gartenbau, 52 Jahre: „Die Frage ist spekulativ. Also ich gehe jetzt von meinen gesundheitlichen Voraussetzungen aus. Es ist aber auch möglich, dass man gekündigt wird.“

Helferin Elektroinstallation, -montage, 54 Jahre: „Wenn ich gesund bin, kann ich arbeiten. Aber wie lange ich gesund bin, das kann ich nicht wissen. Dann stellt sich die Frage, schaffe ich das [die Arbeit] und dann ist alles sehr schnelllebig geworden: Ich weiß nicht, ob ich in ein oder zwei Jahren noch den gleichen Arbeitsplatz habe.“

Manche Beschäftigte sehen ihre Motivation als weitere Einflussgröße für ihre Einschätzung, wie lange sie arbeiten können. Motivationale Gründe wurden allerdings stärker bei der Frage nach dem Wollen als Entscheidungsgründe genannt. In einigen Statements wird das Können klar vom Wollen abgegrenzt.

Ausbilder kaufmännische Berufe, 64 Jahre: „Es ist notwendig, dass ich das [digitale Neuerungen] kann, ich kann das aber nicht und ich habe auch keine Lust mehr, mir das anzueignen.“

Lehrer (außerschulisch), 59 Jahre: „Also es gibt Dinge, die kann ich, ohne dass ich sie tun möchte. Möglicherweise kann ich [eine andere, körperliche Tätigkeit] lernen, wenn ich mir große Mühe gebe. Will ich aber nicht.“

In einem Zitat wird ausgedrückt, dass das Können auch getrieben sein kann von der finanziellen Notwendigkeit, lange erwerbstätig sein zu müssen.

Erzieherin, 57 Jahre „Und dann ist da im Hinterkopf, [...] dass dann die Rente, die du bekommst, auch ausreicht, um zu leben. Dass du wirklich eigentlich gezwungen bist, bis zu dem Alter zu arbeiten. Das prägt [meine Einschätzung vom Können] schon.“

### 3.2.2 Verständnis der Frage nach dem Wollen

Die Frage danach, bis zu welchem Alter sie gerne arbeiten würden, interpretieren die Befragten vor allem als Ausdruck ihrer Motivation, erwerbstätig zu bleiben. Mit dem Begriff „würden Sie gerne“ verbinden die Befragten eine autonome und zugleich hypothetische Wunschvorstellung.

Schulsozialarbeiterin, 59 Jahre: „Dass ich frei entscheide, wie lange ich arbeiten möchte. Im Grunde verstehe ich die Frage so, dass ich das [mein Ausstiegalter] relativ selbst bestimmen kann. Die Frage zielt meines Erachtens darauf ab, dass herausgefunden werden soll, ob das vorgegebene Rentenalter angemessen ist oder abweicht von den Wünschen und Bedürfnissen in der Gesellschaft.“

Helferin Elektroinstallation, -montage, 54 Jahre: „Wenn ich der Meinung bin, dass ich soweit bin. Für mich ist das dieses Wunschenken. Ich würde gerne mit 60 in Rente gehen, mit Vollbezügen und dann noch ein Bonus oben drauf. Das ist nicht realistisch.“

Gleichzeitig orientieren sie sich bei der Beantwortung dieser Frage auch häufig an eigenen Fähigkeiten und teils an äußeren Umständen, vor allem ihren Arbeitsanforderungen.

Lehrer (berufsbildende Naturwissenschaft), 56 Jahre: „Mein Arbeitsalltag ist sehr abwechslungsreich und sehr herausfordernd und ich glaube, dass man das ab einem bestimmten Alter nicht mehr leisten kann. Und dann hört die Freiwilligkeit [zu arbeiten] bei mir auf.“

Erzieherin, 57 Jahre: „Wir müssen normal bis 67. 65 wäre für mich so die Schmerzgrenze zu arbeiten und 60 wäre jetzt das, wo ich sage, würde ich gerne, das wäre

gut für mich, bis dahin schaffe ich das alles noch.“

Das Wollen bringen die Teilnehmenden häufig in Verbindung mit arbeitsbezogener Zufriedenheit oder auch Sinnhaftigkeit. Hierzu gehört auch, welchen Stellenwert das Arbeiten in ihrem Leben einnimmt und welche Belohnungen sie dadurch erfahren (zum Beispiel Kompetenzerleben).

Helferin Elektroinstallation, -montage, 54 Jahre: „Also mein jetziger Wunsch wäre, wirklich mit 65 zum Beispiel in die Rente zu gehen. [...] Ich gehe gerne arbeiten, ich liebe meine Arbeit, ich bin ein Arbeitsmensch.“

Ausbilder kaufmännische Berufe, 64 Jahre: „Mir gefällt es da. Ich habe das Gefühl, ich bin gut in meinem Job und kann andere anlernen. Es gibt da durchaus Kollegen und Kolleginnen, denen ist das schon vollkommen egal. ‚Mir doch wurscht, weg hier und gut‘. Ist bei mir eben anders.“

### 3.2.3 Verständnis der Frage nach dem Planen

Das Planen, wann man vorhat, in den Ruhestand zu gehen, wird von den Befragten sehr unterschiedlich wahrgenommen: mal eher als bereits konkrete Vorstellung, bei anderen als noch offene Vorstellung flexibler Prozesse oder auch als situativ und nur bedingt beeinflussbar. Die Beantwortung der Frage lässt eine Mischung aus Wunsch, Norm sowie Optionen erkennen. Das Planen ist gebunden an Vorbedingungen wie finanzielle Ressourcen, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, deren künftige Entwicklungen allerdings nicht immer und nicht von allen frühzeitig einzuschätzen sind.

Erzieherin, 57 Jahre: „Das Planen ist ein Gedankenspiel. Wobei natürlich, je nachdem, was man so plant, einem klar sein dürfte, dass sich nicht alles auch so um-

setzen lässt. Also ich plane es mit 60, aber ich weiß jetzt schon, dass es nicht hinhaut, weil die Rente nicht ausreichen würde.“

Ausbilderin kaufmännische Berufe, 54 Jahre: „Die Frage ist am greifbarsten. Mein Plan ist durchzuhalten, bis ich ohne Abzüge in Rente gehen kann. Der Plan steht für mich im Fokus. Die Fragen nach dem Wollen und Können sind mir zu theoretisch.“

Helferin Elektroinstallation, -montage, 54 Jahre: „Ja, ich bin bei 65. Irgendwann setzt sich das in den Kopf und dann hat man dieses Wunschdenken. Das ist doch das Durchschnittsalter, wo die meisten in Rente gehen. Und deswegen ist das total mit [dieser Zahl] verknüpft.“

Fachkrankenpflegerin, 59 Jahre: „Also ich werde offiziell mit 65 [in Rente gehen], das werde ich durchziehen. Weil ich eben sonst zu viele Abzüge habe.“

Lehrer (berufsbildende Naturwissenschaft), 56 Jahre: „Ich plane, so lange zu arbeiten, wie ich Spaß und Freude an meiner Arbeit habe, die ich jetzt habe. Die mich körperlich und mental in die Lage versetzt, auch über das Renteneintrittsalter von 67 Jahren weiterzuarbeiten. Ich hätte kein Problem, über dieses Alter hinweg gesund und motiviert und interessiert diese Tätigkeit weiterzumachen.“

Schulsozialarbeiterin, 59 Jahre: „Also mein Plan ist, dass ich aufgrund der finanziellen Situation nicht in Rente gehe mit 67, sondern darüber hinaus noch vermutlich entweder selbstständig oder in Teilzeit weiterarbeiten werde.“

Die kognitiven Interviews zeigen, dass die drei Aspekte Können, Wollen und Planen von den Befragten unterschiedlich interpretiert und auf jeweils spezifische Aspekte ihrer Lebens- und Arbeitssituation bezogen werden:

- Das Können bestätigt sich als „subjektive Prognose der Arbeitsfähigkeit“ (siehe Abschnitt 1) und ist erwartungsgemäß stark mit gesundheitlichen Voraussetzungen und Arbeitsanforderungen verknüpft, den zwei Kernelementen des „Konzepts der Arbeitsfähigkeit“ (Ilmarinen 2009).
- Darüber hinaus spiegelt das Wollen durchaus eine „subjektive Erwerbsbereitschaft“ (siehe oben) wider, und zwar als autonome und zugleich hypothetische Wunschvorstellung, bei der auch weitere Einflüsse erkennbar sind, wie zum Beispiel die Bewertung der eigenen Arbeitssituation oder auch der eigenen Arbeitsfähigkeit.
- Das Planen hingegen erscheint als pragmatische Schnittstelle zwischen Wunsch und Realität – beeinflusst von Normen, (Un-)Sicherheiten und strukturellen Rahmenbedingungen. Wie erwartet, reflektiert es ein „angestrebtes Ruhestandseintrittsalter“ (siehe oben).

#### 4. Diskussion

Unter „subjektiver Erwerbsperspektive“ verstehen wir in diesem Beitrag die Selbsteinschätzungen von Beschäftigten zu drei Aspekten ihres Erwerbslebens: a) wie lange sie glauben, noch erwerbstätig sein zu können (Können), b) wie lange sie gerne erwerbstätig bleiben würden (Wollen) und c) bis wann sie tatsächlich planen, erwerbstätig zu sein (Planen). Unsere Analysen zeigen, dass die subjektiven Einschätzungen bei älteren Beschäftigten in Deutschland meist unterhalb der Regelaltersgrenze liegen – häufig sogar deutlich. Im Durchschnitt geben die Befragten an, bis etwa 65,8 Jahre arbeiten zu können, sie würden gerne bis 63,3 Jahre arbeiten und planen den Ausstieg mit 64,5 Jahren. Ziel des Beitrags ist es, ein vertieftes Verständnis der subjektiven Erwerbsperspektive der Babyboomer-Generation zu entwickeln. Hierzu übertragen wir die Erkenntnisse aus den kognitiven Interviews auf die vier Erwerbsperspektiven-Cluster, die wir auf Basis der Angaben älterer Beschäftigter

aus 54 Berufsgruppen in der vierten Welle der lidA-Studie identifiziert haben.

##### 4.1 Cluster 1 – „Länger aktiv in Verantwortung“

Cluster 1 (7 Prozent der Befragten) ist durch eine überdurchschnittlich lange Erwerbsperspektive in allen drei Aspekten – Können, Wollen und Planen – gekennzeichnet. Die zugehörigen Berufsgruppen weisen hohe Anteile gesunder Beschäftigter auf und umfassen vor allem nichtmanuelle Tätigkeiten mit hoher Verantwortung und Gestaltungsspielraum – häufig in leitenden, wissensintensiven oder menschenbezogenen Berufen. Sorgen um die künftige Arbeitsfähigkeit, wie sie etwa in Cluster 4 verbreitet sein dürften, werden hier nur eine untergeordnete Rolle spielen. Auffällig ist zudem: Trotz der häufigen finanziellen Möglichkeit eines früheren Ausstiegs zeigen die Befragten in diesem Cluster hohe Werte beim Wollen und Planen, was auf eine starke Bindung an Beruf und Berufstätigkeit hindeutet. Das folgende Zitat steht für diese Lebenslage: „Ich plane, so lange zu arbeiten, wie ich Spaß und Freude an meiner Arbeit habe, die ich jetzt habe. Die mich körperlich und mental in die Lage versetzt, auch über das Renteneintrittsalter von 67 Jahren weiterzuarbeiten. Ich hätte kein Problem, über dieses Alter hinweg gesund und motiviert und interessiert diese Tätigkeit weiterzumachen.“

##### 4.2 Cluster 2 – „Kann lang, will aber früher raus“

Auch Cluster 2 (14 Prozent der Befragten) weist hohe Mittelwerte beim Können auf. Allerdings liegen die Werte für Wollen und Planen deutlich niedriger als bei Cluster 1. Die hohe Arbeitsfähigkeit dieser Gruppe lässt sich durch eine mehrheitlich gute gesundheitliche Verfassung, geringe körperliche Arbeitsbelastung und vielfältige berufliche Entwicklungsmöglichkeiten erklären.

Umso bemerkenswerter ist der ausgeprägte Wunsch nach einem früheren Rückzug aus dem Erwerbsleben.

Wie lässt sich die Diskrepanz zwischen objektiver Arbeitsfähigkeit und dem verbreiteten Wunsch nach einem frühen Ausstieg erklären? Ein Grund könnte sein, dass die finanziellen Ressourcen für einen vorzeitigen Erwerbsaustritt in diesem Cluster am höchsten sind. Aktuelle IidA-Ergebnisse (Hasselhorn 2025) und auch die Ergebnisse der kognitiven Interviews bestätigen: Wer sich den frühen Ausstieg leisten kann, plant auch, früher auszusteigen (siehe hierzu auch Hess 2018). Allerdings liegt auch in Cluster 1 eine günstige finanzielle Lage vor, doch dort geht sie nicht mit dem Wunsch oder der Planung eines frühen Erwerbsausstiegs einher. Einen Unterschied macht die Art der Tätigkeit aus: Während in Cluster 1 vor allem menschenbezogene Berufe vertreten sind, haben die Beschäftigten in Cluster 2 überwiegend technische, daten- oder objektzentrierte Tätigkeiten. Die geringere soziale Einbindung dieser Tätigkeiten könnte zu einer schwächeren emotionalen Bindung an die Arbeit führen – und damit den Wunsch nach einem früheren Ausstieg fördern.

### 4.3 Cluster 3 – „Stabile Mitte mit Rückzugswunsch“

Mit 50 Prozent der Befragten stellt Cluster 3 die größte Gruppe dar. Die Erwerbsperspektive liegt im mittleren Bereich, wobei das Können tendenziell höher ausfällt als das Wollen und Planen. Gesundheit, Entwicklungsmöglichkeiten und finanzielle Ressourcen werden in Cluster 3 als nur durchschnittlich beurteilt. Auffällig ist jedoch die vergleichsweise geringe Verbreitung körperlich belastender Tätigkeiten. Dieses Cluster vereint eine große Bandbreite an Fach-, Dienstleistungs- und Verwaltungsberufen. Im Gegensatz zu Clustern 1 und 2 stammen die hier vertretenen Berufsgruppen überwiegend aus dem mittleren bis unteren Bildungsbereich. Die Abbildung und Tabelle 3

(siehe Anhang) verdeutlichen die Heterogenität der in diesem Cluster zusammengefassten Tätigkeitsgruppen.

Die Können-Werte liegen unter denen von Cluster 1 und 2, was darauf hinweist, dass hier nicht mehr von durchweg förderlichen Arbeitsbedingungen ausgegangen werden kann – ein Befund, der nach den Ergebnissen der kognitiven Interviews zur begrenzten Erwerbsperspektive beiträgt. Da gesundheitliche, finanzielle oder arbeitsplatzbezogene Aspekte in diesem Cluster nicht immer günstig ausgeprägt sind, dürften bei einigen der Befragten Unsicherheiten zum geplanten Zeitpunkt des Erwerbsausstiegs vorliegen. Dies verdeutlicht beispielsweise dieses Zitat: „Das Planen ist ein Gedankenspiel. Wobei natürlich, je nachdem, was man so plant, einem klar sein dürfte, dass sich nicht alles auch so umsetzen lässt. Also ich plane es mit 60, aber ich weiß jetzt schon, dass es nicht hinhaut, weil die Rente nicht ausreichen würde.“

Die Vielfalt der Berufsgruppen in Cluster 3 legt es nahe, besonders auffällige Fälle hervorzuheben. So zeigen beispielsweise Bank- und Versicherungsfachleute eine Differenz von mehr als drei Jahren zwischen dem mittleren Können (66,0 Jahre) und Wollen (62,6 Jahre), was sich möglicherweise durch die relativ hohe Verfügbarkeit finanzieller Mittel erklärt (58 Prozent geben an, sich einen vorzeitigen Ausstieg leisten zu können). Ein anderes Bild zeigt sich bei Reinigungskräften: Bei ihnen liegen alle drei Dimensionen der Erwerbsperspektive relativ nah beieinander – und relativ hoch. Dies dürfte vor allem darauf zurückzuführen sein, dass sich diese Beschäftigtengruppe den frühen Ruhestand nur sehr selten leisten kann (18 Prozent). Trotz außerordentlich hoher körperlicher Arbeitsbelastung geben sie an, länger arbeiten zu können. Ein Befragungszitat macht den hier zugrunde liegenden Denkprozess deutlich: „[...] Dass du wirklich eigentlich gezwungen bist, bis zu dem Alter zu arbeiten. Das prägt [meine Einschätzung vom Können] schon.“ Aber nicht nur das Können wird hier zum Müssen – auch das Wollen und das

Planen: „Mein Plan ist durchzuhalten, bis ich ohne Abzüge in Rente gehen kann.“

#### 4.4 Cluster 4 – „Am Limit – begrenzte Spielräume“

Rund ein Viertel der Befragten (26 Prozent) befindet sich in Cluster 4. Dieses hebt sich durch seine bei allen drei Aspekten niedrige Erwerbsperspektive ab. Die in den Tabellen 2 und 3 aufgeführten Indikatoren offenbaren kumulative strukturelle Nachteile: meist eingeschränkte Gesundheit und finanzielle Ressourcen, geringe Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit und einen hohen Anteil mit körperlich hochbelastender Tätigkeit.

Die besonders niedrigen Mittelwerte beim Können spiegeln in hohem Maße die stark ausgeprägten körperlichen – und zum Teil auch psychischen – Arbeitsanforderungen wider (siehe auch Hasselhorn 2020). Jahrzehntelanges Arbeiten unter solch belastenden Arbeitsbedingungen hinterlässt Spuren und trägt maßgeblich zur Erklärung des schlechteren Gesundheitszustands im höheren Erwerbsalter bei (zum Beispiel Bernard und Putz-Anderson 1997, Seidler et al. 2022, Dragano et al. 2017). Damit erklärt es auch die begrenzte Erwerbsperspektive dieses Clusters. Ein Befragter beschreibt diesen Mechanismus treffend: „Da ist einmal die Schwere der Arbeit, sprich jetzt körperlich, dann geistig. [...] Also in meinem Beruf würde ich sagen, es reicht jetzt. Der Schichtdienst ist anstrengend genug und geht echt an die Substanz.“

Auffällig ist, dass in allen Berufen dieses Clusters die drei Aspekte der Erwerbsperspektive nahe zusammenliegen oder sogar zusammenfallen. Als kritisch zu bewerten ist insbesondere, dass das geplante Erwerbsalter bei allen Berufsgruppen nahe dem individuell für möglich gehaltenen Alter liegt. Diese enge Spanne – etwa in der Altenpflege (Planen 64,6 versus Können 64,4 Jahre), bei Versorgungsdiensten (64,1 versus 64,4 Jahre) oder in der Krankenpflege (64,0 versus 64,1 Jahre) – deutet auf geringe berufliche Handlungsoptionen und eine Erwerbspla-

nung bis an die Grenze der subjektiv wahrgenommenen Belastbarkeit hin. Es ist nahelegend, dass wirtschaftliche Zwänge und mangelnde Alternativen hinter dieser Planung stehen (Hess 2018, Hasselhorn 2025). In solchen Fällen fehlt ein „Puffer“, um gesundheitliche Verschlechterungen oder unvorhergesehene Ereignisse abzufangen – mit potenziell negativen Folgen für Gesundheit, Beschäftigung und soziale Sicherung.

In diesem Beitrag betrachten wir die Erwerbsperspektive nach typischen Clustern und den diesen zugrundeliegenden Berufsgruppen. Sie werden mithilfe von vier Variablen beschrieben, von denen wir (begründet) annehmen, dass sie starke berufsbezogene Einflussfaktoren auf die Erwerbsperspektive darstellen, nämlich Gesundheit, finanzielle Möglichkeiten des Frühausstiegs, berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und körperliche Arbeitsexposition. Es ist keine Frage, dass es hier noch eine Vielzahl weiterer Einflussfaktoren gibt. Das lidA-Denkmodell (Hasselhorn et al. 2015) verdeutlicht, dass der Prozess des Erwerbsausstiegs durch zahlreiche Faktoren aus elf Domänen beeinflusst wird (sozialer Status, privates Umfeld, Gesundheit, Lebensstil, Arbeitsumstände, Arbeitsfähigkeit, Motivation, Finanzen, Gesetzgebung, sozialer Kontext und Arbeitsmarkt). Viele der Einflussfaktoren sind individuell – sie tragen nicht zu den in dieser Studie dargestellten Unterschieden der Erwerbsperspektive zwischen Berufsgruppen und Clustern bei. Andere dagegen sind spezifisch für Beruf und Art der Erwerbstätigkeit. Für ihren großen Einfluss auf Erleben, Gestaltung und Verlauf der letzten Arbeitsjahre spricht die Deutlichkeit der Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und Clustern sowie die Plausibilität der Befunde in dieser Studie.

#### 4.5 Limitationen

Diese Untersuchung hat die Stärke, dass sie Ergebnisse aktueller Daten einer großen populationsbezogenen Untersuchungs-

gruppe zur Diskussion stellt, welche auf einer repräsentativ gezogenen Stichprobe beruht. Als weitere Stärke sehen wir die Verbindung quantitativer Forschungsergebnisse und denen einer qualitativen Interviewstudie. Die Kombination der Ergebnisse ermöglicht einen vertieften Einblick in das Verständnis der drei Fragen zur Erwerbsperspektive und in die Bewertungsgründe der Beschäftigten.

Obwohl die Teilnehmenden 51, 57 oder 63 Jahre alt waren, wurden in dieser Studie keine Altersunterschiede untersucht. Ekerdt et al. (2000) haben darauf hingewiesen, dass die Erwerbsperspektive von der Nähe zum Ruhestandsalter abhängig ist, was Garthe und Hasselhorn (2023) mit Längsschnittuntersuchungen bestätigt haben. Die Differenzierung der Berufsgruppenanalysen nach Geburtsjahrgang hätte allerdings zu zu kleinen Untersuchungsgruppen geführt.

Im qualitativen Teil der Studie wurden 13 Personen befragt, was wir als ausreichende Anzahl für den Erhalt valider Ergebnisse in dieser Studie ansehen. Anzahl und Auswahl der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner beeinflussen die gefundenen Erkenntnisse. In der qualitativen Forschung orientiert sich die Stichprobengröße an verschiedenen Kriterien, unter anderem der Studienzielsetzung, der Gruppenhomogenität und dem Erreichen einer inhaltlichen Sättigung (Lenzner et al. 2015; Hennink und Kaiser 2022). Eine allgemein geltende Mindestanzahl gibt es demnach nicht. Lenzner et al. (2015) beschreiben für kognitive Interviews zur Validierung von Studienfragen eine übliche Spannweite von 5 bis 30 Teilnehmenden. Übereinstimmend berichten Hennink und Kaiser (2022), dass bei Einzelinterviews häufig zwischen 9 und 17 Gesprächen eine inhaltliche Sättigung erreicht wird, gerade bei klar vorgegebenen Fragestellungen, wie sie in der vorliegenden Studie gegeben sind. In unserer Studie schien die inhaltliche Sättigung mit 13 Interviews erreicht.

## 5. Schlussfolgerungen

Die diskutierten quantitativen Befunde weisen darauf hin, dass die drei hier untersuchten Aspekte der Erwerbsperspektive, das Können, Wollen und Planen, nicht austauschbar sind. Die kognitiven Interviews bestätigen, dass die drei Endpunkte von den Befragten nicht gleich verstanden werden. Während das Können insbesondere mit der eigenen Arbeit und Arbeitsfähigkeit in Verbindung gebracht wird, wird das Wollen eher als eigenständige Wunschvorstellung beschrieben, das Planen dagegen eher als pragmatische Schnittstelle zwischen Wunsch und (nicht zuletzt finanziellen) Realitäten.

Der vorliegende Beitrag bestätigt weitgehend die Inhaltsvalidität der drei in der lidA-Studie gestellten Fragen zur Erwerbsperspektive. Zudem zeigt er, dass sich berufliche Gruppen älterer Beschäftigter in Deutschland deutlich in ihrer Erwerbsperspektive unterscheiden – sowohl hinsichtlich des angestrebten Alters für Können, Wollen und Planen als auch in deren Zusammenspiel. So gibt es Berufsgruppen, die einen frühen Ausstieg aus dem Erwerbsleben planen, obwohl sie sich grundsätzlich in der Lage sehen, länger zu arbeiten – und umgekehrt. Aus den Studienergebnissen lassen sich Schlussfolgerungen auf drei Ebenen ableiten: für Betriebe, die Sozialpolitik und die Wissenschaft.

### 5.1 Schlussfolgerungen für Betriebe

Für Betriebe zeigen die Ergebnisse, wie wichtig es ist, die Erwerbsperspektive ihrer Beschäftigten wahrzunehmen und frühzeitig mit ihnen zu thematisieren. Die drei Komponenten Können, Wollen und Planen spielen dabei eine unterschiedlich große Rolle – auch in Abhängigkeit von der Berufsgruppenzugehörigkeit. Wünschen sich Beschäftigte einen frühen Ruhestand, kann dies auf eine schwindende Bindung an den Betrieb und die eigene Arbeit hinweisen – mit möglichen

Auswirkungen auf die Produktivität (Henkens und Leenders 2010). Die Ursachen für ihren frühen Ausstiegswunsch können sowohl inner- als auch außerhalb des Betriebs liegen. Eine zentrale Herausforderung für Unternehmen besteht darin, diese Beschäftigten zu motivieren, länger erwerbstätig zu bleiben. Dies ist vermutlich möglich, da viele ältere Beschäftigte ihr gewünschtes Renteneintrittsalter mit zunehmendem Alter nach hinten verschieben und die Qualität der Arbeitsbedingungen hierbei nachweislich eine Rolle spielt (Garthe und Hasselhorn 2023).

Erleben Beschäftigte hingegen, dass sie nicht mehr lange arbeiten können, sind betriebliche Lösungen gefragt, um ihre Arbeitsbedingungen an ihre individuellen Ressourcen anzupassen und so eine Weiterbeschäftigung zu ermöglichen. Andernfalls werden einige frühzeitig ausscheiden – häufig über die Erwerbsminderungsrente. Andere wiederum werden gezwungen sein, die letzten Arbeitsjahre – häufig trotz gesundheitlicher Einschränkungen und ungünstiger Arbeitsbedingungen – durchzuhalten, weil sie sich einen vorzeitigen Ausstieg finanziell nicht leisten können.

Was das Planen angeht, so ist zu bedenken, dass der Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand als ein (oft jahrelanger) „Prozess“ angesehen wird (Beehr 1986, Wang und Shultz 2009). Daten der lidA-Studie zeigen, dass die meisten älteren Beschäftigten ihre Entscheidung zum Eintritt in die frühe Altersrente mindestens ein Jahr vor dem Renteneintritt getroffen haben (lidA-Welle 4, 2022/23, unveröffentlicht). Nach dieser Entscheidung dürfte es oft zu spät sein, sie noch umzustimmen. Frühzeitige Gespräche und ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden könnten möglicherweise die Erwerbsperspektive und den Verbleib im Betrieb positiv beeinflussen. Offen bleibt jedoch, inwieweit Beschäftigte überhaupt bereit sind, frühzeitig mit ihren Vorgesetzten über dieses Thema zu sprechen.

## 5.2 Schlussfolgerungen für die Sozialpolitik

Aus sozialpolitischer Sicht und nicht zuletzt vor dem Hintergrund der andauernden Diskussion über (Regel-)Altersgrenzen legen die ausgeprägten Unterschiede der Erwerbsperspektive zwischen den Berufsgruppen nahe, die Erwerbsbevölkerung im höheren Erwerbsalter als äußerst heterogen zu verstehen: Unterschiedliche Erwerbsperspektiven spiegeln unterschiedliche Arbeitsexpositionen, Ausstiegsoptionen und bei einigen Berufsgruppen auch Zwangslagen wider. Eine Gleichbehandlung aller Berufsgruppen bei der Regulierung des Altersübergangs vergrößert soziale Ungleichheiten (Phillipson 2019, European Commission 2021). Um diese Ungleichheiten – und damit möglicherweise auch Ungerechtigkeiten (Brussig und Hasselhorn 2024) – zu reduzieren, wäre gegebenenfalls eine tätigkeitsdifferenzierte Regelung des Übergangs erforderlich.

Es liegt nahe, die Erwerbsperspektive als Hinweis auf die künftige Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung in Deutschland zu betrachten. Ob, und gegebenenfalls in welchem Maße dies zutrifft, wird die weitere Forschung auf Basis der lidA-Studie zeigen. Von noch größerer sozialpolitischer Relevanz könnte die Erwerbsperspektive jedoch sein, wenn man sie als Indikator einer „Übergangskultur“ versteht (siehe hierzu Hasselhorn und Ebener 2023). In diesem Sinne spiegelt sie die öffentliche Haltung zu Arbeit, Beschäftigung und Ruhestand wider. Für die sozialpolitische Gestaltung der letzten Berufsjahre und des Übergangs in den Ruhestand wird auch diese Haltung relevant sein. Auch deshalb ist es essenziell, diese gesellschaftlichen Vorstellungen zu kennen und gegebenenfalls bei sozialpolitischen Maßnahmen zu berücksichtigen, welche die letzten Erwerbsjahre und den Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand berühren.

### 5.3 Schlussfolgerungen für die Wissenschaft

Die Forschung zum Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand erfordert geeignete Instrumente zur Einschätzung der Erwerbsperspektive der Erwerbsbevölkerung. Diese Studie zeigt, dass die drei untersuchten Aspekte – Können, Wollen und Planen – valide und hilfreiche Indikatoren sind, um die Lebenslage älterer Beschäftigter in der Übergangsphase vom Arbeitsleben in den Ruhestand besser zu verstehen. Sie beleuchten jeweils unterschiedliche Facetten des Phänomens und sind daher nicht austauschbar. Gleichzeitig wäre zu fragen, ob zu einem umfassenden Verständnis der Erwerbsperspektive nicht auch noch weitere Aspekte wie beispielsweise Gerechtigkeitsvorstellungen zum Übergang gehören und untersucht werden sollten, zum Beispiel in weiterführenden Interviewstudien. Zudem wäre es sinnvoll, Indikatoren der Erwerbsperspektive in wiederkehrende populationsbezogene Erhebungen der Erwerbsbevölkerung zu integrieren, um gesellschaftliche Reaktionen auf sozialpolitische Maßnahmen und öffentliche Debatten zu erfassen.

Ein weiterer wichtiger Schritt ist die vergleichende Identifikation individueller und arbeitsbezogener Einflussfaktoren auf das Können, Wollen und Planen. Dies kann das Verständnis der Erwerbsperspektive vertiefen – insbesondere in Hinblick darauf, ob und gegebenenfalls wie sie beeinflusst werden kann. Schließlich sollte untersucht werden, inwieweit die in der lidA-Studie verwendeten Aspekte der Erwerbsperspektive eine prognostische Aussage über die zukünftige Erwerbsbeteiligung ermöglichen.

### 6. Danksagung

Wir danken Elisa Friedrich für die Durchführung der kognitiven Interviews.

### Literatur

- Beehr, T. A.* (1986): The process of retirement. A review and recommendations for future investigation. *Personnel Psychology*, 39 (1), 31–55, doi: 10.1111/j.1744-6570.1986.tb00573.x.
- Bernard, B. P.* und *Putz-Anderson, V.* (1997): *Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors: A Critical Review of Epidemiologic Evidence for Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Neck, Upper Extremity, and Low Back.* National Institute for Occupational Safety and Health: Cincinnati, OH, USA.
- Brussig, M.* und *Hasselhorn, H. M.* (Hrsg.) (2024): *Gerechtigkeit im Altersübergang. Stand, Perspektiven und Rollen der Forschung.* DIFIS-Studie 2024/8. 92 Seiten. <https://difis.org/api/boxfiledownload/643>.
- Bundesagentur für Arbeit (2021): *Klassifikation der Berufe 2010 – überarbeitete Fassung 2020.* Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen, Nürnberg, November 2021.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung [BiB] (2022): *Renteneintritt der Babyboomer: Für viele ist schon mit 63 Schluss.* Pressemitteilung 21/22 vom 10.12.2022, [https://www.bib.bund.de/DE/Presse/Mitteilungen/2022/pdf/2022-12-10-Erwerbsbeteiligung.pdf;jsessionid=BE-E89A7E5A3E196CE7DFF18B13E8EA6C.intranet661?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.bib.bund.de/DE/Presse/Mitteilungen/2022/pdf/2022-12-10-Erwerbsbeteiligung.pdf;jsessionid=BE-E89A7E5A3E196CE7DFF18B13E8EA6C.intranet661?__blob=publicationFile&v=7).
- Dragano, N./Siegrist, J./Nyberg, S. T.* et al. (2017): Effort-Reward Imbalance at Work and Incident Coronary Heart Disease: A Multicohort Study of 90,164 Individuals. *Epidemiology* 2017;28 (4), 619–626, doi: 10.1097/EDE.0000000000000666.
- Du Prel, J.-B./Schrettenbrunner, C.* und *Hasselhorn, H. M.* (2018): Vertikale und horizontale soziale Ungleichheit und Motivation zum vorzeitigen Erwerbsausstieg. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52 (Suppl 1): 3–13, doi: 10.1007/s00391-018-1450-4.

- Ebener, M./Garthe, N. und Hasselhorn, H. M.* (2023): Warum wollen ältere Beschäftigte früh in die Rente? Ergebnisse der lidA-Kohortenstudie aus 2022/23. Broschüre. Fachgebiet Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal; <https://uni-w.de/e5v4e> (abgerufen am 09.05.2025).
- Ekerdt, D./Kosloski, K. und DeViney, S.* (2000): The Normative Anticipation of Retirement by Older Workers. *Research on Aging*, 22 (1), 3-22, doi: 10.1177/0164027500221001.
- European Commission (2021): Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. 2021 pension adequacy report – Current and future income adequacy in old age in the EU. Volume 1, Publications Office, 2021, [data.europa.eu/doi/10.2767/013455](https://data.europa.eu/doi/10.2767/013455).
- Friedrich, E.* (2023): Die eigene Lebensarbeitszeit im Fokus – Eine qualitative Analyse zum Verständnis und den Antworten älterer Beschäftigter zur subjektiven Erwerbsperspektive in Survey-Studien. Bachelorarbeit. Bergische Universität Wuppertal (nicht veröffentlicht).
- Garthe, N. und Hasselhorn, H. M.* (2023): Wollen und können ältere Beschäftigte länger erwerbstätig bleiben, wenn sich ihre Arbeit verbessert? *Zentralblatt für Arbeitsmedizin* 73: 49–63, doi: 10.1007/s40664-022-00490-w.
- Hasselhorn, H. M.* (2020): Wie lange wollen und können Erwerbstätige in Deutschland arbeiten? *Deutsche Rentenversicherung* 04/2020: 485–506, [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/DRV\\_Hefte\\_deutsch/2020/artikel\\_heft\\_4\\_hasselhorn.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/DRV_Hefte_deutsch/2020/artikel_heft_4_hasselhorn.pdf?__blob=publicationFile&v=1).
- Hasselhorn, H. M.* (2025): Wer sich den frühen Erwerbsausstieg nicht leisten kann, plant länger zu arbeiten. Factsheet. Bergische Universität Wuppertal, 2025, [https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS\\_2025\\_02\\_Fr%C3%BChausstieg\\_leisten\\_k%C3%B6nnen.pdf](https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Factsheets/FS_2025_02_Fr%C3%BChausstieg_leisten_k%C3%B6nnen.pdf).
- Hasselhorn, H. M./Peter, R. und Rauch, A.* et al. (2014): Cohort profile: The lidA Cohort Study – a German Cohort Study on Work, Age, Health and Work Participation. *International Journal of Epidemiology* 43 (6): 1736–1749, doi: 10.1093/ije/dyu021.
- Hasselhorn, H. M./Ebener, M. und Müller, B. H.* (2015): Determinanten der Erwerbsteilhabe im höheren Erwerbsalter – das „lidA-Denkmodell zu Arbeit, Alter und Erwerbsteilhabe“. *Zeitschrift für Sozialreform* 61(4): 403–432, doi: 10.1515/zsr-2015-0404.
- Hasselhorn, H. M. und Ebener, M.* (2023): Frühzeitiger Ausstieg der Babyboomer aus dem Erwerbsleben – Ergebnisse der lidA-Studie. *Deutsche Rentenversicherung* 02/2023: 152–174, [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/DRV\\_Hefte\\_deutsch/2023/ausgewaehelter\\_artikel\\_heft\\_2\\_hasselhorn\\_ebener.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/DRV_Hefte_deutsch/2023/ausgewaehelter_artikel_heft_2_hasselhorn_ebener.pdf?__blob=publicationFile&v=2).
- Hasselhorn, H. M. und Müller, B. H.* (2024): (Noch) Länger arbeiten bei schwerer körperlicher Tätigkeit? – Impulse von der lidA-Studie. *Sicher ist Sicher* 2024, 9: 394–398.
- Hess, Moritz* (2018): Expected and preferred retirement age in Germany. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 51 (1): 98–104, doi: 10.1007/s00391-016-1053-x (Open Access).
- Henkens, K. und Leenders, M.* (2010): Burn-out and older workers' intentions to retire. *International Journal of Manpower* 31: 306–321, doi: 10.1108/01437721011050594.
- Hennink, M. und Kaiser, B. N.* (2022): Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine* (1982), 292, 114523. doi: 10.1016/j.socsci-med.2021.114523.
- Idler, E. L. und Benyamini, Y.* (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38: 21–37, doi: 10.2307/2955359.

- Ilmarinen, J.* (2009): Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2009, 35 (1): 1–5, doi: 10.5271/sjweh.1304.
- Lenzner, T./Neuert, C. und Otto, W.* (2015): Kognitives Pretesting. Mannheim, GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines), doi: 10.15465/gesis-sg\_010.
- Mayring, P.* (2022): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 13. überarbeitete Auflage, Beltz, Weinheim, Basel.
- Nübling, M./Stöbel, U./Hasselhorn, H. M./Michaelis, M. und Hofmann, F.* (2006): Measuring psychological stress and strain at work: Evaluation of the COPSOQ questionnaire in Germany. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 3, 1–14. <http://www.egms.de/static/pdf/journals/psm/2006-3/psm000025.pdf>.
- Phillipson, C.* (2019) ‘Fuller’ or ‘extended’ working lives? Critical perspectives on changing transitions from work to retirement. *Ageing & Society* 39: 629–650, doi: 10.1017/S0144686X18000016.
- Schröder, C. C./Hasselhorn, H. M./du Prel, J.-B. und Breckenkamp, J.* (2020): Subjective employment perspective among older workers with and without migrant background in Germany—Results of the lidA cohort study. *Journal of Occupational Health* 2020, 62: e12166, doi: 10.1002/1348-9585.12166.
- Seidler, A./Schubert, M./Freiberg, A./Drössler, S. et al.* (2022): Psychosocial occupational exposures and mental illness— a systematic review with meta-analyses. *Deutsches Ärzteblatt international* 2022, 119: 709–15, doi: 10.3238/arztebl.m2022.0295.
- Wang, M. und Shultz, K. S.* (2009): Employee retirement: A review and recommendations for future investigation. *Journal of Management*, 36 (1), 172–206, doi: 10.1177/0149206309347957.
- World Medical Association (2013): World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* 310 (20): 2191–2194, doi: 10.1001/jama.2013.281053.

*Anschrift des Verfassers und der Verfasserin:*

Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn  
 Dr. phil. Daniela Borchart  
 Bergische Universität Wuppertal  
 Fakultät für Maschinenbau  
 und Sicherheitstechnik  
 Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft  
 Gaußstraße 20  
 42119 Wuppertal

**Anhang**

**Tabelle 3:** 54 Berufsgruppen der lidA-Studie – Mittelwerte für die Erwerbsperspektive (Wollen, Planen und Können) sowie Gesundheit, finanzielle Möglichkeit des Frühausstiegs, Entwicklungsmöglichkeiten und Ausmaß körperlicher Arbeitsbelastung

	Anzahl Be-fragter	Bis zu welchem Alter arbeiten?			berichtet „(sehr) gute Gesundheit“	kann sich Früh- ausstieg finanziell leisten	hohe Ent- wicklungs- möglichkeiten bei der Arbeit	hohe kör- perliche Arbeits- belastung
		Wol- len	Pla- nen	Kön- nen	(Anteil)	(Anteil)	(Anteil)	(Anteil)
alle Teilnehmende	7 137	63,4	64,5	65,8	52 %	49 %	26 %	11 %
akademische Pro- fessionen, Arbeit mit Menschen (Cl. 1)	113	65,6	65,7	68,4	69 %	66 %	43 %	1 %
Altenpflege (Cl. 4)	107	63,4	64,6	64,4	36 %	34 %	16 %	35 %
Arzt- und Praxishilfe (Cl. 3)	125	63,1	64,6	65,4	51 %	41 %	22 %	10 %
Bank-, Versicherungs- fachleute (Cl. 3)	219	62,6	63,9	66,0	58 %	58 %	25 %	0 %
Bau- und Transport- geräteführung (Cl. n.z.)	55	63,9	65,3	65,4	40 %	34 %	11 %	7 %
Bauberufe (Fachkraft) (Cl. 4)	106	62,8	64,1	64,2	34 %	37 %	29 %	50 %
Berufskraftfahrer – nicht Lkw (Cl. n.z.)	66	64,1	65,6	67,0	48 %	44 %	6 %	3 %
Berufskraftfahrer Lkw (Cl. 3)	103	63,7	64,8	65,7	52 %	39 %	8 %	10 %
Büro und Sekretariat (Cl. 3)	322	63,5	64,8	66,2	58 %	49 %	17 %	1 %
Chemie-, Kunststoff- berufe (Fachkraft) (Cl. 3)	55	62,4	64,0	65,1	51 %	53 %	25 %	13 %
Chemie/Physik/Natur- wissenschaften (Cl. 2)	67	63,2	64,5	66,8	61 %	61 %	36 %	1 %
Controlling/Revision (Cl. 3)	207	63,1	64,5	66,4	67 %	58 %	28 %	0 %
Elektroberufe (Cl. 3)	101	63,1	64,1	65,0	52 %	47 %	28 %	27 %
Entsorgungsberufe (Cl. 4)	52	63,6	64,1	64,4	40 %	49 %	23 %	23 %
Fachkräfte in der Produktion (Cl. 4)	78	62,9	64,6	64,6	44 %	44 %	19 %	23 %

	Anzahl Be- fragter	Bis zu welchem Alter arbeiten?			berichtet „(sehr) gute Ge- sundheit“	kann sich Früh- ausstieg finanziell leisten	hohe Ent- wicklungs- möglichkei- ten bei der Arbeit	hohe kör- perliche Arbeits- belastung
		Wol- len	Pla- nen	Kön- nen	(Anteil)	(Anteil)	(Anteil)	(Anteil)
Fahrzeugbau (Cl. 4)	49	62,9	64,1	64,9	33 %	35 %	37 %	31 %
Feinwerktechnik (Cl. 3)	80	62,7	64,2	66,0	64 %	48 %	24 %	6 %
Forst, Gartenbau (Cl. 3)	71	63,5	64,5	65,3	36 %	57 %	19 %	31 %
Gastronomie (Cl. n. z.)	45	63,7	65,2	66,4	53 %	38 %	5 %	18 %
Geschäftsführung und Vorstand (Cl. 1)	65	65,3	65,6	68,5	65 %	75 %	55 %	2 %
Groß-, Einzelhandels- kaufleute (Cl. 3)	237	63,3	64,5	66,1	61 %	62 %	28 %	2 %
Hausmeister/-innen (Cl. 3)	83	63,6	64,9	65,9	45 %	44 %	22 %	22 %
Heilerziehungs-/ Familienpflege (Cl. 3)	126	63,4	64,7	65,4	51 %	35 %	18 %	6 %
Helfer/-innen, manuell (Cl. 3)	55	62,7	64,4	65,1	42 %	31 %	4 %	26 %
Holzverarbeitung (Cl. 3)	61	63,3	64,0	65,1	46 %	34 %	25 %	39 %
Hotelservice (Cl. 4)	69	63,7	64,6	64,6	38 %	44 %	3 %	28 %
Industrie-, Werkzeug- mechanik (Cl. 4)	151	62,8	63,7	64,9	48 %	46 %	15 %	22 %
Ingenieure/Ingenieu- rinnen (Cl. 2)	249	63,8	64,8	67,2	61 %	70 %	35 %	1 %
IT-Berufe (Cl. 2)	236	63,1	64,7	67,2	58 %	64 %	47 %	0 %
kaufm., techn. Betriebswirt/-in (Fach- kräfte) (Cl. 3)	200	62,8	64,4	65,3	54 %	51 %	12 %	1 %
Kindererziehung (Cl. 4)	198	62,9	64,3	64,4	40 %	42 %	28 %	25 %
Koch/Köchin (Cl. 4)	78	63,8	64,4	64,7	49 %	34 %	21 %	22 %
Krankenpflege (Cl. 4)	311	62,8	64,0	64,1	37 %	41 %	28 %	25 %
Lagerarbeiter/-innen (Cl. 4)	156	63,1	64,1	64,6	35 %	29 %	5 %	28 %
Lehrer/-innen (außerschulisch) (Cl. 1)	118	65,1	65,9	67,6	67 %	55 %	44 %	3 %
Lehrer/-innen (Schule) (Cl. 3)	171	63,8	64,8	66,2	55 %	56 %	38 %	2 %

	Anzahl Befragter	Bis zu welchem Alter arbeiten?			berichtet „(sehr) gute Gesundheit“	kann sich Früh- ausstieg finanziell leisten	hohe Ent- wicklungs- möglichkeiten bei der Arbeit	hohe kör- perliche Arbeits- belastung
		Wol- len	Pla- nen	Kön- nen	(Anteil)	(Anteil)	(Anteil)	(Anteil)
Mediengestaltung, Druck, Fotografie (Cl. 3)	102	62,9	64,6	66,2	50 %	50 %	33 %	3 %
mediz. Laboratorium und Pharmazie (Cl. 2)	71	63,5	64,8	66,8	59 %	51 %	21 %	8 %
Metall-, Anlagenbau (Cl. 4)	90	62,5	64,0	64,5	41 %	51 %	23 %	46 %
Metallerzeugung, -bearbeitung (Cl. 4)	75	62,6	63,9	64,5	43 %	43 %	11 %	11 %
nicht ärztliche Heilkunde (Cl. 1)	119	65,1	65,8	67,1	59 %	39 %	40 %	11 %
Objekt- und Personen- schutz (Cl. n.z.)	36	64,8	66,2	66,0	53 %	28 %	17 %	0 %
Post und Zustell- dienste (Cl. 4)	51	62,6	64,3	64,8	37 %	35 %	8 %	29 %
publizistische Berufe (Cl. 1)	56	65,9	66,0	67,3	59 %	52 %	29 %	0 %
Reinigung (Cl. 3)	114	63,6	64,6	65,1	42 %	18 %	3 %	41 %
Sicherheit/Brand- schutz (Cl. 2)	47	63,6	64,3	66,9	43 %	49 %	30 %	4 %
sonstige kaufmännische Berufe (Cl. 3)	280	63,4	64,6	65,8	54 %	50 %	16 %	7 %
Sozialarbeit (Cl. 3)	166	63,6	64,9	65,9	48 %	48 %	41 %	2 %
Steuerberatung (Cl. n.z.)	54	64,1	65,1	67,1	67 %	50 %	46 %	0 %
Techniker/-innen (Cl. 3)	336	63,1	64,3	65,5	55 %	62 %	34 %	7 %
Unternehmensorgani- sation und -strategie (Cl. 2)	196	63,8	64,6	67,0	66 %	65 %	43 %	2 %
Verkauf im Einzel- handel (Cl. 4)	253	63,0	64,2	64,9	47 %	35 %	13 %	17 %
Verwaltungsberufe (Cl. 3)	377	63,1	64,4	65,9	55 %	50 %	26 %	1 %
Werbefachleute (Cl. 2)	129	63,5	64,6	67,0	64 %	49 %	38 %	2 %

Anmerkungen: Cl. = Clusterzuordnung, n. z. = keinem Cluster zugeordnet.

Quelle: lidA-Welle 4, 2022/23.

## WIE VERÄNDERT SICH DIE ERWERBSMOTIVATION IN DEN LETZTEN ERWERBSJAHREN?

Ein zentrales Ergebnis der repräsentativen lidA-Kohortenstudie ist, dass ein Großteil der Beschäftigten über 50 Jahren am liebsten deutlich vor der gesetzlichen Regelaltersgrenze in den Ruhestand gehen möchte [1]. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede nach Alter und Beruf. Ältere Beschäftigte möchten häufiger länger arbeiten als jüngere Beschäftigte [1]. Untersuchungen zu Berufsgruppen zeigten, dass Beschäftigte im Gesundheitsdienst im Berufsvergleich besonders früh in den Ruhestand gehen möchten [2]. Belastungen durch die COVID-19-Pandemie, wovon Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in anderen sozialen Berufen in besonderem Maße betroffen waren [3], verschärften diese Unterschiede nach Beruf zusätzlich [4].

Erste Längsschnittanalysen mit Beschäftigten verschiedener Altersgruppen zeigten zudem, dass im Jahr 2018 ein größerer Anteil derselben Beschäftigten bis zum Alter von 65 Jahren arbeiten wollte als noch im Jahr 2014. Bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst stieg dieser Anteil im Vergleich jedoch nur sehr gering an [2].

Offen bleibt die Frage, wie sich die Erwerbsmotivation, also die Frage danach, bis zu welchem Alter die Beschäftigten arbeiten möchten, bei Beschäftigten gleichen Alters über die Zeit verändert und, ob sich die Beschäftigten im Gesundheitsdienst auch in dieser Hinsicht von anderen Berufsgruppen unterscheiden.

### DATEN

- lidA-Studie ([www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de))
- Befragungswelle 3 (2018, N=3.586) und 4 (2022/23, N=8.884)

### STICHPROBE

- Personen des Geburtsjahrgangs 1965
- Nur Personen, die an beiden Befragungswellen 3 und 4 teilgenommen haben, zu beiden Zeitpunkten erwerbstätig waren und zu welchen gültige Antworten auf die untersuchten Fragen vorliegen.
- Die Stichprobe umfasst 1.315 Beschäftigte.

### ANALYSEN

Untersucht wird die Frage:

**„Bis zu welchem Alter würden Sie gerne arbeiten?“ (Alter in Jahren).**

Zu dieser Frage werden die Mittelwerte und Konfidenzintervalle für beide Zeitpunkte ermittelt und miteinander verglichen. Antworten kleiner als das eigene Alter und größer 70 werden trunziert.

Ergänzend werden die Anteile derer dargestellt, die zur Befragung im Jahr 2022/23 ein geringeres, gleiches oder höheres Alter genannt haben als 2018.

Die Analysen werden sowohl für die gesamte Stichprobe als auch für sechs ausgewählte Berufsgruppen durchgeführt (siehe Tabelle 1).

TAB. 1: STICHPROBE

	Beschäftigte insgesamt	Altenpflege	Gesundheits- und Krankenpflege	Arzt- und Praxishilfe	Kindererziehung	Sozialarbeit	Schullehramt
n	1.315	17	68	28	37	28	30
Teilzeit*	33 %	71 %	52 %	61 %	65 %	46 %	27 %
Frauen	54 %	100 %	85 %	100 %	> 80 %	68 %	70 %

\*im Jahr 2018. Vergleichbare Anteile in 2022/23



Mit Mittel möchten 2022/23 alle untersuchen Gruppen von Beschäftigten mit zunehmendem Alter länger arbeiten als im Jahr 2018. Sie waren in den Befragungsjahren 53 und später 57 Jahre alt. Vereinfacht wollten die 53-jährigen Beschäftigten im Jahr 2018 im Mittel bis zum Alter von 62,2 Jahren arbeiten und vier Jahre später fast ein Jahr länger (62,9, graue Punkte in Abb. 1).

Die untersuchten Berufsgruppen unterscheiden sich zum Teil deutlich von diesem allgemeinen Trend. Besonders auffällig sind die niedrigen Mittelwerte für die Gesundheits- und Krankenpflege sowie für die Kindererziehung. Die Mittelwerte für die Altenpflege liegen knapp unterhalb dem Gesamtdurchschnitt. Deutlich über dem Durchschnitt liegen dagegen die Antworten der Beschäftigten im Schullehramt und der Arzt- und Praxishilfe.

Weitere Unterschiede zeigen sich beim Vergleich der Mittelwerte über die Zeit. Während die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege im Mittel ca. 1,2 Jahre länger arbeiten wollten als zuvor, zeigen sich nur geringe Veränderungen bei den Mittelwerten der Beschäftigten im Schullehramt und der Arzt- und Praxishilfe, welche im Mittel bereits im Jahr 2018 ein höheres Alter genannt hatten.

Die Mittelwerte zeigen den Trend einer Verlängerung der Erwerbsmotivation in allen untersuchten Berufsgruppen. Doch trifft dies auch auf jeden Beschäftigten zu?

ABB. 1: BIS ZU WELCHEM ALTER MÖCHTEN DIESELBEN BESCHÄFTIGTEN IN DEN JAHREN 2018 UND 2022/23 ARBEITEN? (MITTELWERTE UND KONFIDENZINTERVALLE)

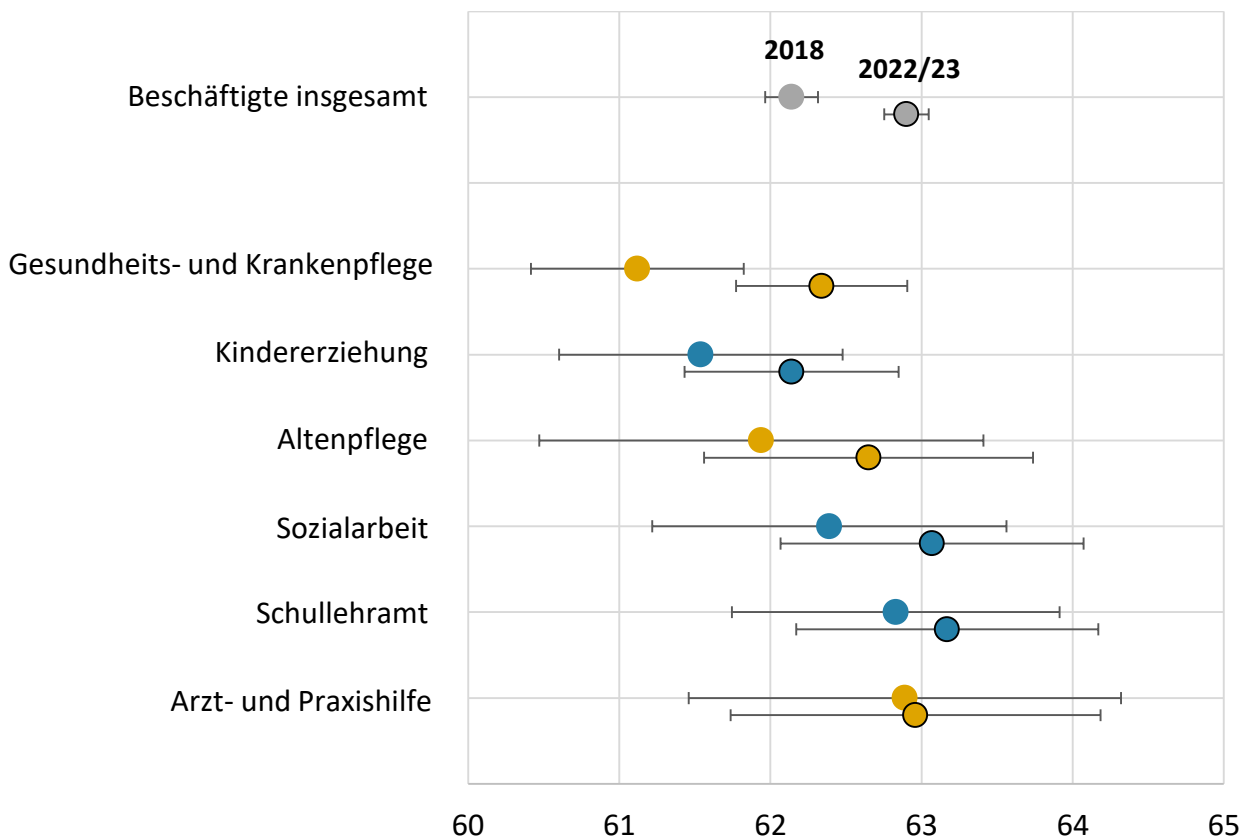
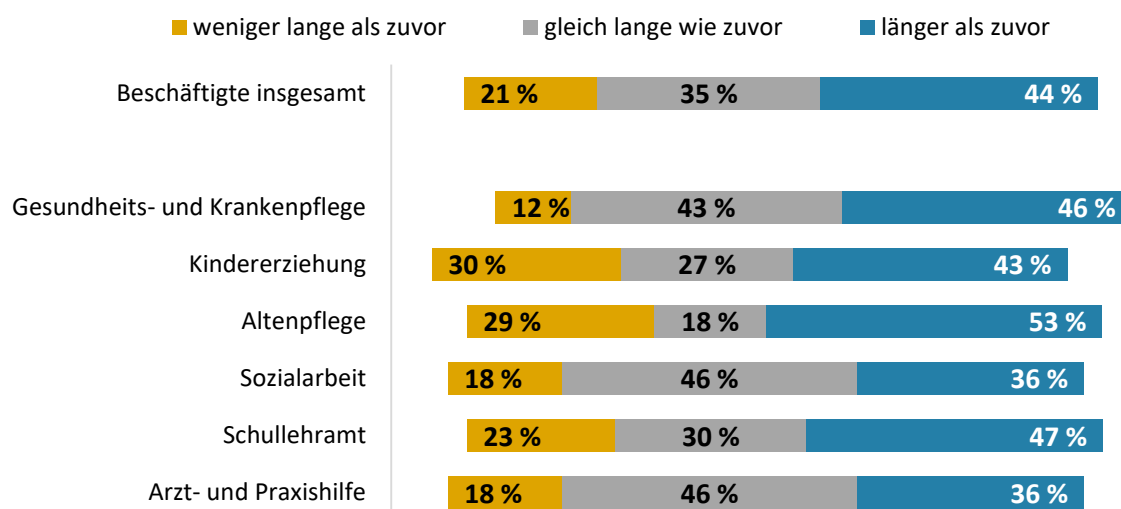


ABB. 2: WELCHER ANTEIL DERSELBEN BESCHÄFTIGTEN MÖCHTE IM JAHR 2022/23 WENIGER LANGE, GLEICH LANGE ODER LÄNGER ARBEITEN ALS IM JAHR 2018?



Viele Beschäftigten nannten vier Jahre später entweder das gleiche oder ein späteres Wunschalter (Abb. 2).

Doch insgesamt möchte auch jede\*r fünfte Beschäftigte im Jahr 2022/23 weniger lange arbeiten als noch in 2018. In der Kindererziehung und der Altenpflege ist es sogar fast jede\*r Dritte.

Die meisten Veränderungen im Wunschalter nannten Beschäftigte in der Altenpflege, der Kindererziehung und dem Schullehramt.

Der Großteil der Beschäftigten, die mit steigendem Alter kürzer oder länger arbeiten wollten, nannte in der Befragung 2022/23 ein Wunschalter von einem bis drei Jahre früher oder später als zuvor (nicht gezeigt).

**Bei einer wiederholten Befragung derselben Beschäftigten eines Jahrgangs nach vier Jahren ändert ein Großteil das Alter, bis zu welchem er oder sie arbeiten möchte. Viele möchten länger arbeiten als zuvor, doch einige auch weniger lange. Dies führt im Mittel zu einem Trend der Verlängerung der Erwerbsmotivation.**

## SCHLUSSFOLGERUNGEN

Beschäftigte in Pflegeberufen und der Kindererziehung fallen erneut auf, denn sie möchten zu beiden Zeitpunkten weniger lange arbeiten als Beschäftigte gleichen Alters allgemein und in anderen sozialen Berufsgruppen. Auffällig viele Veränderungen – Verkürzungen und Verlängerungen der Erwerbsmotivation – zeigen sich in der Altenpflege.

Die Beschäftigten scheinen das Alter, bis zu welchem sie arbeiten möchten, ihrem eigenen Alter anzupassen. Mit zunehmendem Alter können sie vermutlich besser einschätzen, wie lange sie noch arbeiten möchten und dies auch können.

Bei dieser Einschätzung dürften insbesondere in den Pflegeberufen die erhöhten Arbeitsbelastungen, welche sich durch die COVID-19-Pandemie zusätzlich verschärft hatten, eine deutliche Rolle spielen.

## Referenzen

[1] Hasselhorn HM & Ebener M (2023) Frühzeitiger Ausstieg der Babyboomer aus dem Erwerbsleben – Ergebnisse der lidA-Studie. *Deutsche Rentenversicherung* 02/2023, 152-174.

[2] Garthe N & Hasselhorn HM (2022) Die Erwerbsperspektive in Berufen des Gesundheitsdienstes – Wie lange wollen, können und planen ältere Erwerbstätige (zu) arbeiten? *Das Gesundheitswesen*. doi:10.1055/a-1915-4324

[3] Garthe N & du Prel JB (2025) Die Arbeit während der COVID-19-Pandemie und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. *Zbl Arbeitsmed*. <https://doi.org/10.1007/s40664-025-00580-5>

[4] Garthe N (2025) Wie lange wollen ältere Beschäftigte im Gesundheitsdienst nach der COVID-19-Pandemie erwerbstätig bleiben? Ergebnisse der „lidA-Studie. In: Nienhaus A (Hrsg.). *RiRe – Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege*. Band 4. Landsberg am Lech. Seiten 66-77.

## LEHRSTUHL FÜR ARBEITSWISSENSCHAFT

Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik

Bergische Universität Wuppertal, Gaußstraße 20, 42119 Wuppertal

Gefördert mit Mitteln der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

(BGW). Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei der Autorin: N Garthe

lidA  
leben in der Arbeit



www.lidA-studie.de  
www.arbwiss.uni-wuppertal.de

## AUS WELCHEN GRÜNDEN SIND BESCHÄFTIGTE DES GESUNDHEITSDIENSTES FRÜH IN DIE RENTE GEGANGEN?

Etwa zwei Drittel der älteren Beschäftigten in Deutschland würden das Erwerbsleben gerne früher verlassen, also bis höchstens zum 64. Lebensjahr arbeiten. Die häufigsten Gründe für diesen Wunsch sind *mehr freie Zeit haben zu wollen* (83 %), dass *irgendwas Schluss sein muss* (64 %) sowie etwas seltener *hohe Arbeitsbelastungen* (45 %) und *gesundheitliche Probleme* (41 %) [1]. Betrachtet man nur Beschäftigte aus der der Gesundheits-, Kranken und Altenpflege werden *Arbeitsbelastungen* (75 %) und *gesundheitliche Probleme* (56 %) deutlicher häufiger als Gründe genannt [2].

Im Kontrast zu einem frühen Ausstiegswunsch stellt sich die Frage, aus welchen Gründen Rentner\*innen nun tatsächlich frühzeitig in die Rente gegangen sind? Und welche Gründe wurden besonders häufig von Rentner\*innen genannt, die zuvor im Gesundheitsdienst, wie der Pflege, tätig waren? Die lidA-Studie bietet Antworten auf diese Fragen, da sie ältere Menschen auf ihrem Weg von der Arbeit in den Ruhestand begleitet.

### Wer wurde was gefragt?

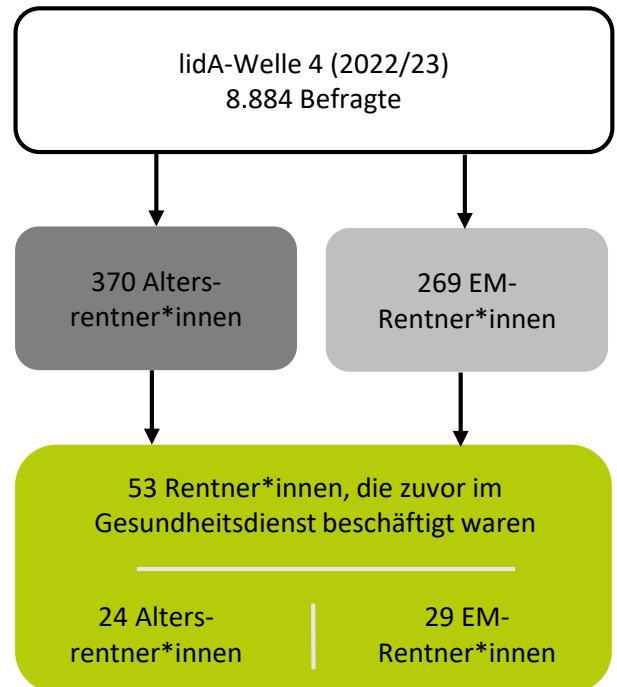
In der lidA-Studie wurden in den Jahren 2011, 2014, 2018 und 2022/23 dieselben älteren Menschen der Jahrgänge 1959 und 1965 befragt. 2022/23 wurden zudem weitere Menschen der Jahrgänge 1959, 1965 und 1971 befragt.

Die Studie erlaubt, zwischen *Altersrentner\*innen* und *Erwerbsminderungsrentner\*innen* (EM-Rente) zu unterscheiden. Teilweise erwerbsgemindert ist, wer zwischen drei und weniger als sechs Stunden täglich arbeiten kann. Bei voller Erwerbsminderung sind es weniger als drei Stunden.

Im Fokus dieses Factsheets stehen Rentner\*innen, die zuvor in verschiedenen Berufen des Gesundheitsdienstes gearbeitet haben. In der Befragung 2022/23 waren sie 63 oder 57 Jahre alt.

Wir haben sie gefragt, welche Gründe dazu beigetragen haben, dass sie in die Rente gegangen sind.

### Wie viele wurden befragt?



### Wer sind die frühen Rentner\*innen, die zuvor im Gesundheitsdienst beschäftigt waren?

#### Geschlecht

♀ 89 % Frauen  
♂ 11 % Männer

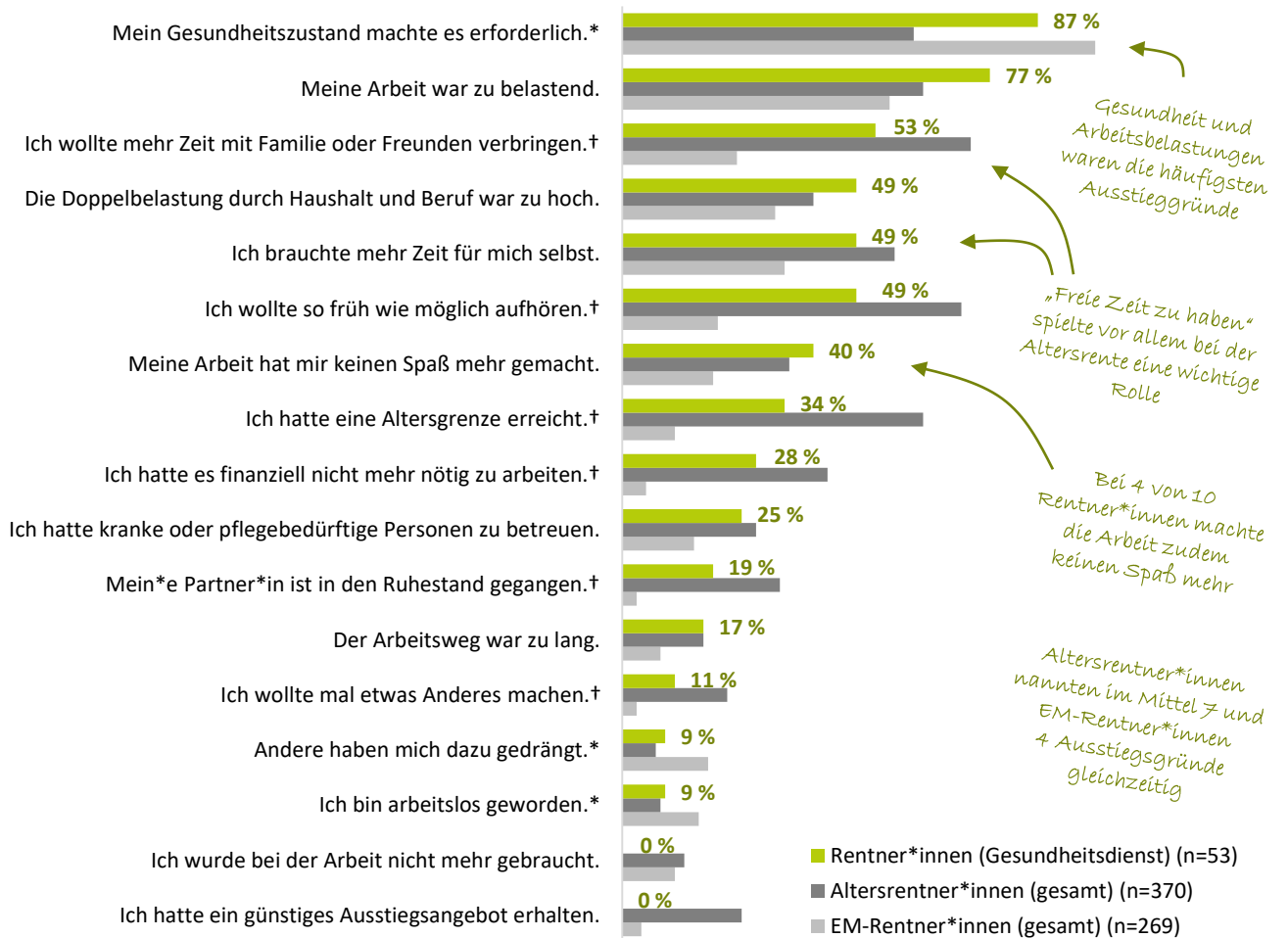
#### Alter

83 % **63** Jahre alt  
17 % **57** Jahre alt

#### Frühere Berufe

**33 %** Gesundheits- und Krankenpflege  
**30 %** Heilerziehungspflege und Sozialarbeit  
**17 %** Altenpflege  
**11 %** Arzt- und Praxishilfe  
**9 %** Andere Berufe

## Welche Gründe haben dazu beigetragen, dass Sie in die Rente gegangen sind?



Bei Rentner\*innen aus dem Gesundheitsdienst:  
 \* hauptsächlich von EM-Rentner\*innen genannt  
 † hauptsächlich von Altersrentner\*innen genannt

## Schlussfolgerungen

Ähnlich wie beim *Wunsch*, früher in die Rente zu gehen, spielen bei Rentner\*innen aus dem Gesundheitsdienst ebenfalls gesundheitliche Probleme und Arbeitsbelastungen eine zentrale Rolle für einen *tatsächlichen* frühen Einstieg in die Rente. Die gesundheitlichen Probleme führten zumeist zu einem Einstieg in die Erwerbsminderungsrente. Bei einem frühen Zugang in die Altersrente stellte zudem der Wunsch nach mehr freier Zeit einen häufigen Ausstiegsgrund dar.

Im Kontrast zu den frühen Rentner\*innen allgemein, fallen erneut hohe Arbeitsbelastungen als Ausstiegsgrund bei Rentner\*innen aus dem Gesundheitsdienst auf. Diese Ergebnisse bestätigen, dass die bekannten erhöhten psychosozialen und körperlichen Belastungen im Gesundheitsdienst, speziell bei Pflegenden, reduziert werden sollten. Diese sind eine zentrale Stellschraube, um dem durch den demografischen Wandel bedingten erhöhten Bedarf an Fachkräften im Gesundheitsdienst heute und in Zukunft zu begegnen.

## Referenzen

[1] Hasselhorn HM, Ebener M (2023). Frühzeitiger Ausstieg der Babyboomer aus dem Erwerbsleben – Ergebnisse der lidA-Studie. *Deutsche Rentenversicherung*, 152-174.

[2] Garthe N (2023). Vorzeitig in die Rente oder doch länger arbeiten? Warum ältere Beschäftigte in der Pflege vorzeitig das Erwerbsleben verlassen möchten und warum sie doch länger arbeiten würden. Poster. *Gemeinsamer Kongress der DGMP und der DGMS*, 20. - 22. Sep. 2023, Gießen.

## LEHRSTUHL FÜR ARBEITSWISSENSCHAFT

Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik

Bergische Universität Wuppertal, Gaußstraße 20, 42119 Wuppertal

Gefördert mit Mitteln der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).

Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Autorin: N Garthe

lidA  
leben in der Arbeit



www.lidA-studie.de

www.arbwiss.uni-wuppertal.de

# „Ältere Beschäftigte in der Pflege: bleiben oder gehen?“

Deutscher Pflegetag 2023, Berlin

28. September 2023

von Hans Martin Hasselhorn

[hasselhorn@uni-wuppertal.de](mailto:hasselhorn@uni-wuppertal.de)

Präsentation im Auftrag der BGW, Berufsgenossenschaft für  
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege



Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft  
Bergische Universität Wuppertal



[www.arbwiss.uni-wuppertal.de](http://www.arbwiss.uni-wuppertal.de)

- Bei den älteren Erwerbstätigen in Pflegeberufen zeigt sich - mehr als bei anderen Berufsgruppen – die **lebenslange Belastung durch schwere Arbeit**.
- Dennoch stützt ihre Arbeit die Pflegeprofession mit **besonderen Ressourcen** aus.
- Wenn Arbeitgeber im Gesundheitsdienst wollen, dass ihre älteren Beschäftigten länger im Unternehmen verbleiben, sollten sie **frühzeitig regelmäßige individuelle Gespräche mit den Pflegenden suchen**, die deren Perspektive in Beruf und Leben zum Thema haben.  
Auf diese Gespräche sollten Maßnahmen folgen.

### *Leitung*

Hans Martin Hasselhorn, Facharzt für Arbeitsmedizin

### *Sekretariat*

Lesley Brühn

### *Senior Researchers*

Jean-Baptist du Prel, Melanie Ebener, Nina Garthe, Daniela Borchart

### *Promovend*

Max Rohrbacher

### *Thematik:*

Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe

### *Kontakt:*

[arbwiss@uni-wuppertal.de](mailto:arbwiss@uni-wuppertal.de), [www.arbwiss.uni-wuppertal.de](http://www.arbwiss.uni-wuppertal.de)



Fachgebiet Arbeitswissenschaft  
Bergische Universität Wuppertal

A photograph of a signpost with two directional signs. The sign on the left points left and says 'RETIREMENT'. The sign on the right points right and says 'WORK'. The background shows bare trees and a clear blue sky.

**RETIREMENT**

**WORK**

- Kohortenstudie zu Gesundheit und Älterwerden in der Arbeit
- alle drei bis vier Jahre: persönliches Interview (CAPI, 2022/23 auch CATI) zu Themen: Arbeit, Gesundheit, Perspektiven, privates Umfeld ...
- Teilnehmende
  - Geburtskohorten 1959, 1965 und 1971
  - repräsentativ für sozialversicherte Erwerbsbevölkerung der beiden Jahrgänge
  - Anzahl  $N_{2011} = 6.585$   
 $N_{2014} = 4.244$   
 $N_{2018} = 3.586$   
 $N_{2022/23} = 8.884$
- mehr zu lidA auf [www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)

lidA  
leben in der Arbeit

# „Ältere Beschäftigte in der Pflege: bleiben oder gehen?“

1. *Wie lange wollen die Beschäftigten in Deutschland arbeiten, die sich im höheren Erwerbsalter befinden?  
Und wie sieht dies in der Pflege aus?*
2. *Welche Ausstiegsgründe geben diejenigen an, die gerne frühzeitig aus dem Erwerbsleben aussteigen würden?  
Und wie sieht dies in der Pflege aus?*
3. *Welche Gründe nennen Personen, die bereits vorzeitig eine Rente aus eigener Erwerbstätigkeit beziehen, für ihren Renteneintritt?*
4. *Ressourcen der Pflege*

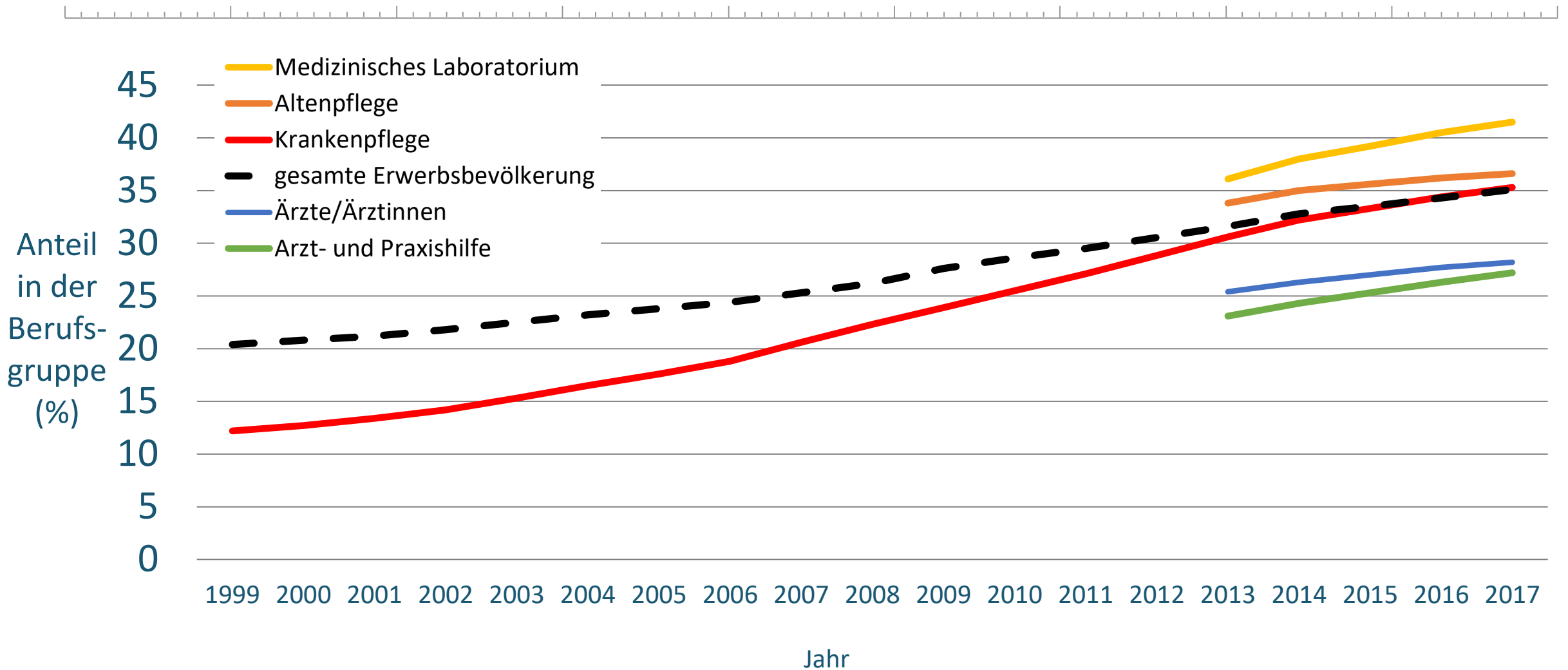


# „Ältere Beschäftigte in der Pflege: bleiben oder gehen?“

- 1. Wie lange wollen die Beschäftigten in Deutschland arbeiten, die sich im höheren Erwerbsalter befinden?  
Und wie sieht dies in der Pflege aus?*
- 2. Welche Ausstiegsgründe geben diejenigen an, die gerne frühzeitig aus dem Erwerbsleben aussteigen würden?  
Und wie sieht dies in der Pflege aus?*
- 3. Welche Gründe nennen Personen, die bereits vorzeitig eine Rente aus eigener Erwerbstätigkeit beziehen, für ihren Renteneintritt?*
- 4. Ressourcen der Pflege*



# Anteil Beschäftigter im Alter von 50+ Jahren in ausgewählten Berufsgruppen in D. von 1999 bis 2017



(Quelle: Daten aus BIDS, 2023, eigene Darstellung)

58 63 64

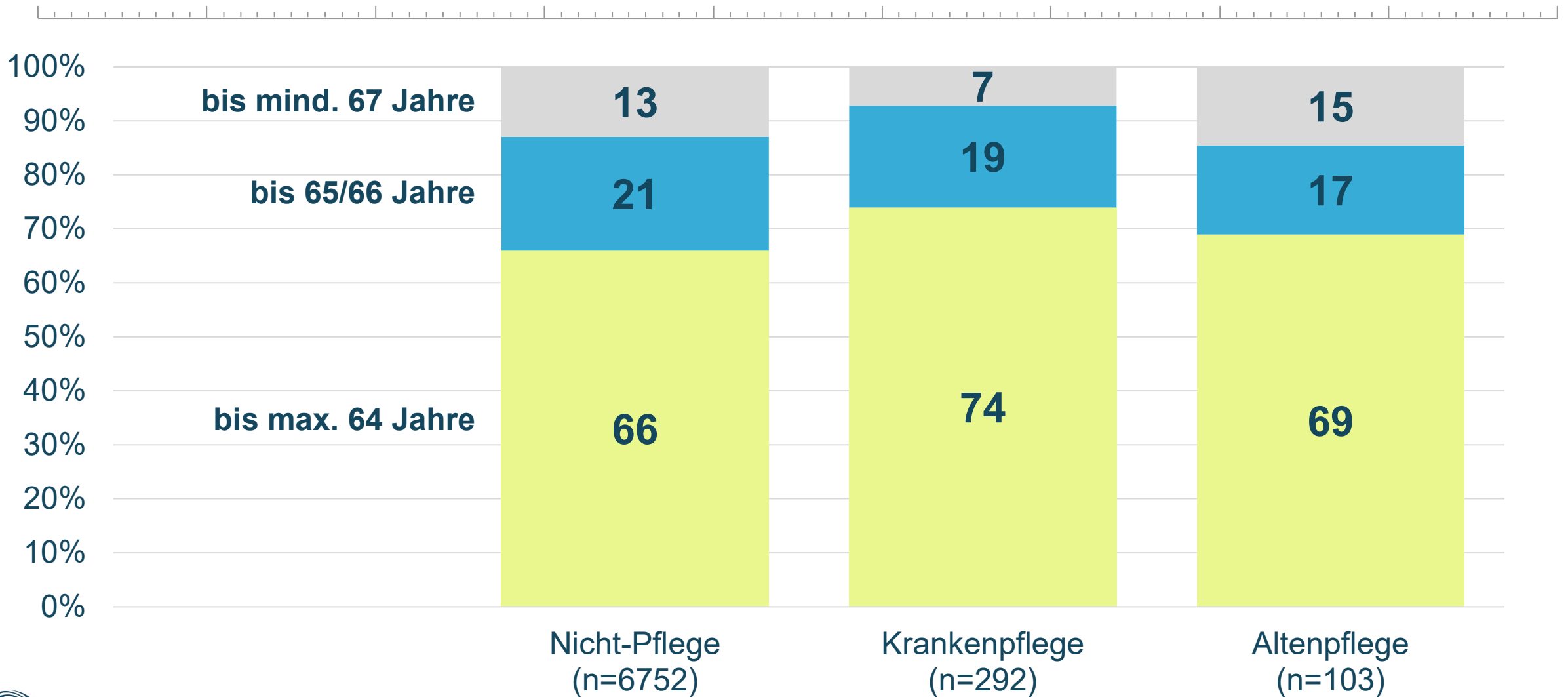
**Unabhängig von den gesetzlichen  
Regelungen zur Rente:**

**Bis zu welchem Alter  
würden Sie gerne arbeiten?**

60 59 66  
62 65 61  
67 71



# Bis zu welchem Alter würden Sie gerne arbeiten?

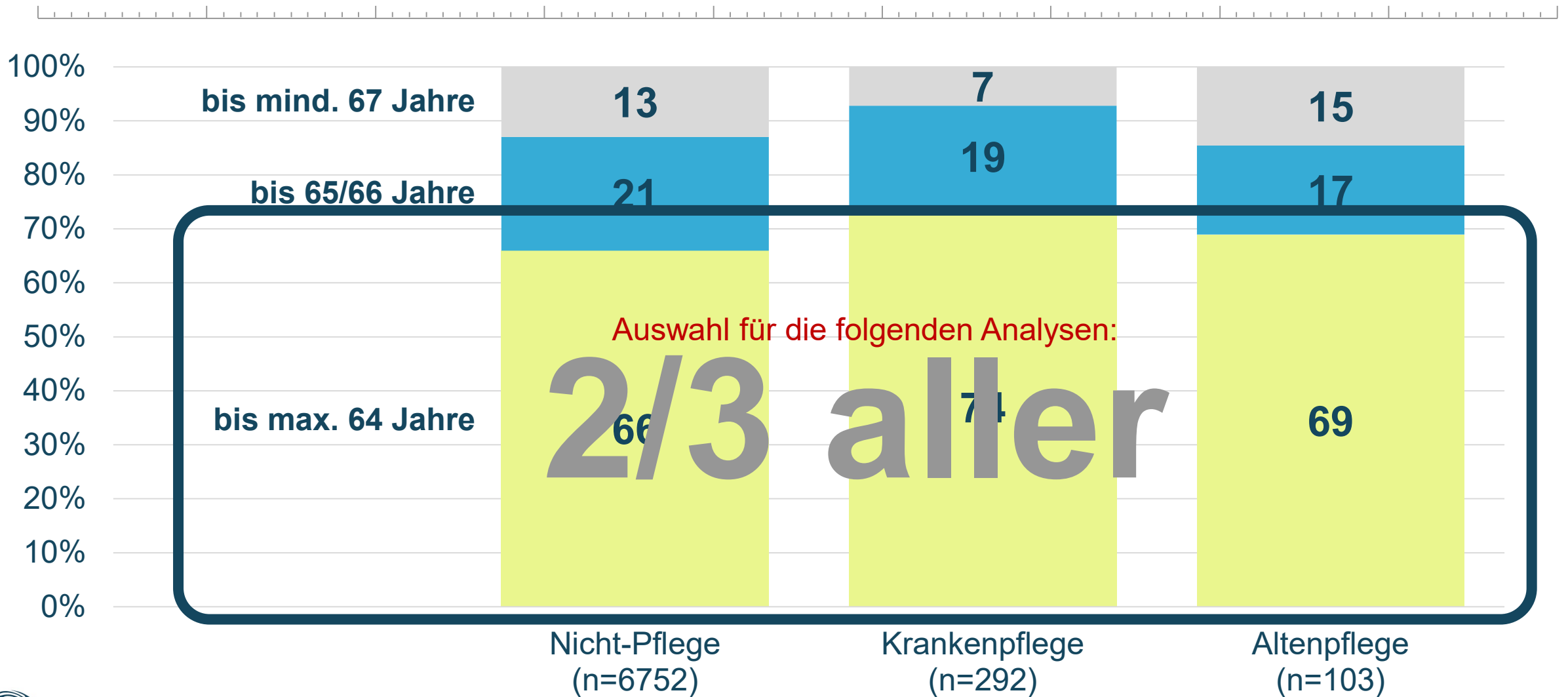


# „Ältere Beschäftigte in der Pflege: bleiben oder gehen?“

1. *Wie lange wollen die Beschäftigten in Deutschland arbeiten, die sich im höheren Erwerbsalter befinden?  
Und wie sieht dies in der Pflege aus?*
2. *Welche Ausstiegsgründe geben diejenigen an, die gerne frühzeitig aus dem Erwerbsleben aussteigen würden?  
Und wie sieht dies in der Pflege aus?*
3. *Welche Gründe nennen Personen, die bereits vorzeitig eine Rente aus eigener Erwerbstätigkeit beziehen, für ihren Renteneintritt?*
4. *Ressourcen der Pflege*



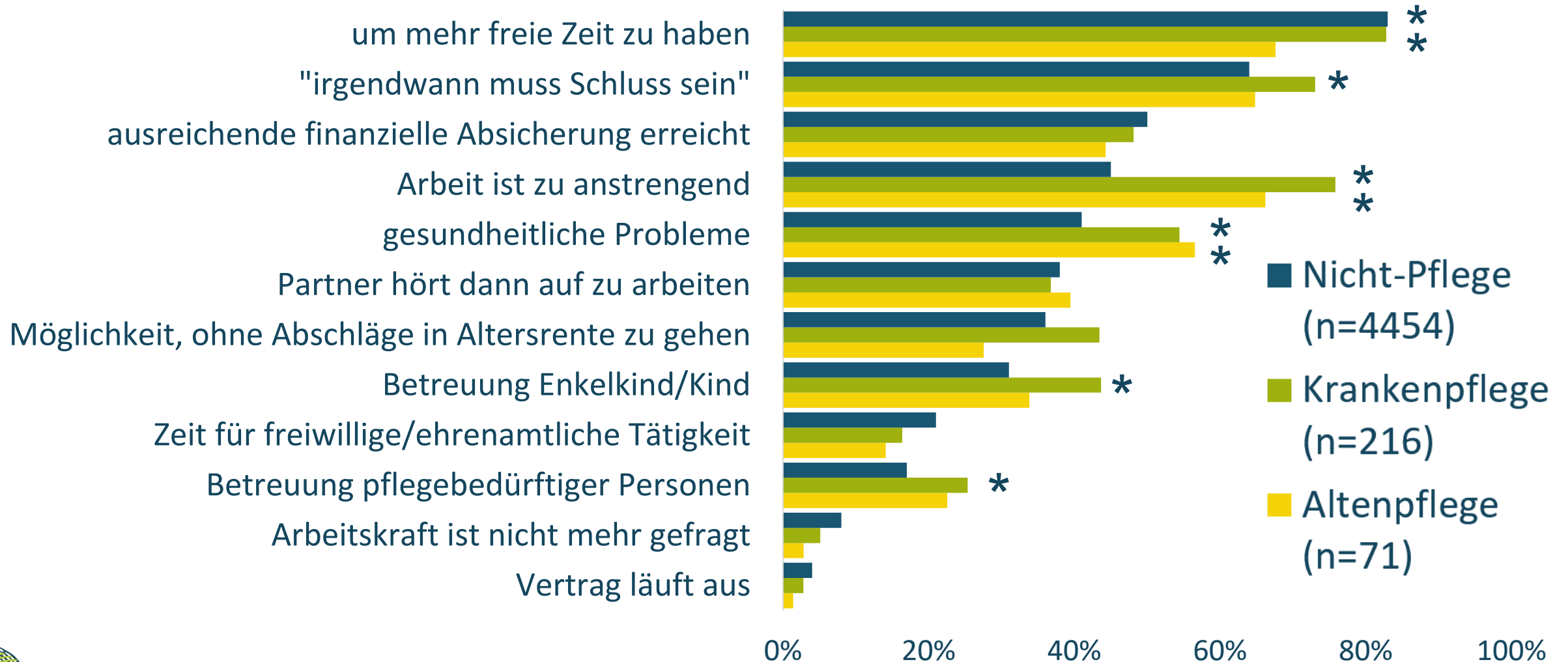
# Bis zu welchem Alter würden Sie gerne arbeiten?



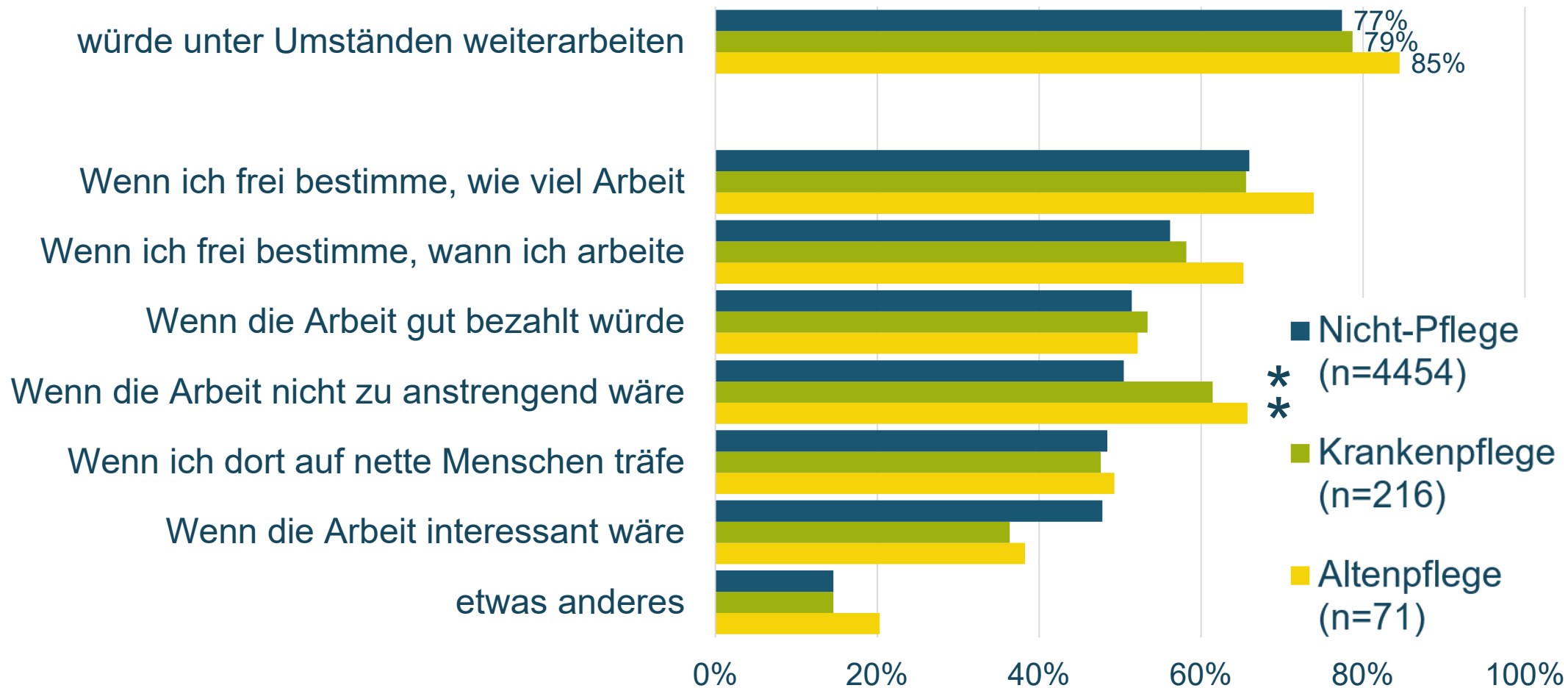
# Gründe für einen früheren Ausstiegswunsch

Nennung: „Dieser Grund spielt eine große Rolle“

(nur Erwerbstätige mit Ausstiegswunsch < 65. Lj.)



# „Würden Sie unter Umständen doch länger arbeiten?“ (nur Erwerbstätige mit Ausstiegswunsch < 65. Lj.)

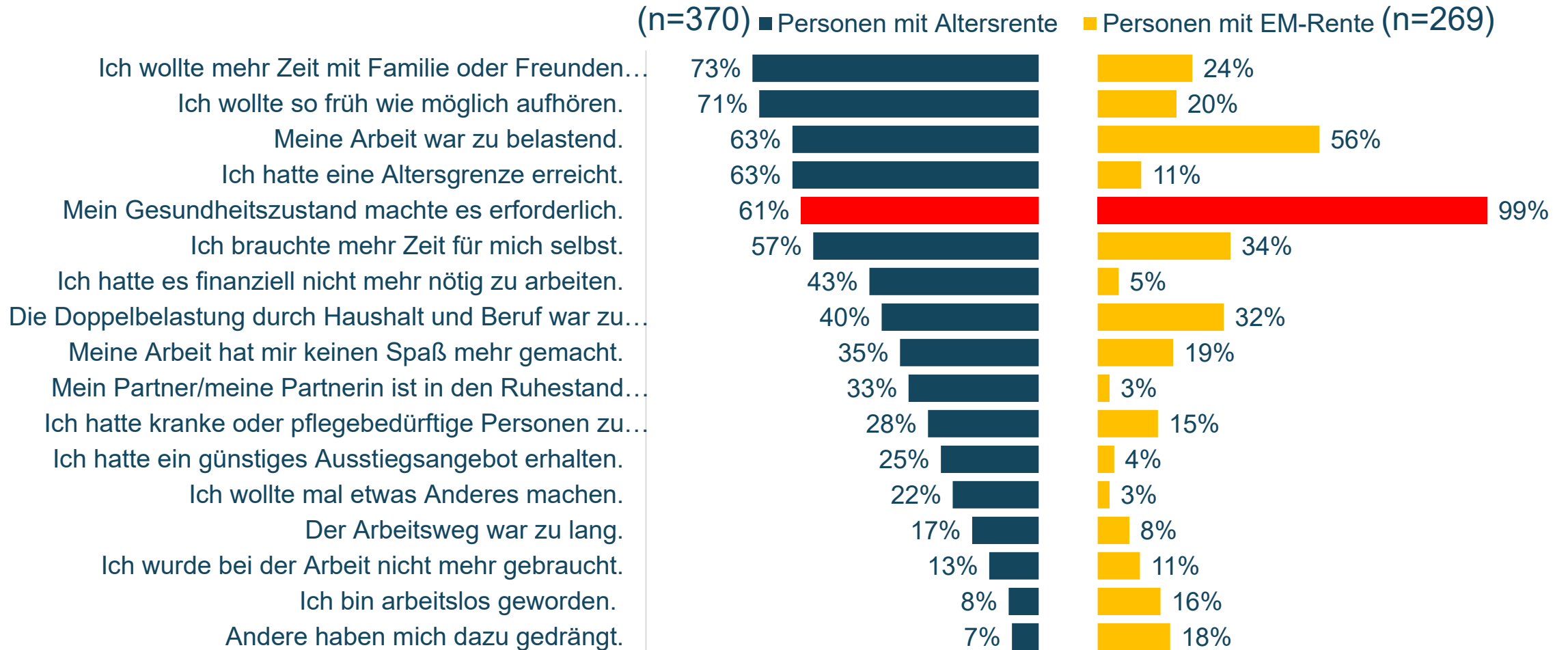


# „Ältere Beschäftigte in der Pflege: bleiben oder gehen?“

1. *Wie lange wollen die Beschäftigten in Deutschland arbeiten, die sich im höheren Erwerbsalter befinden?  
Und wie sieht dies in der Pflege aus?*
2. *Welche Ausstiegsgründe geben diejenigen an, die gerne frühzeitig aus dem Erwerbsleben aussteigen würden?  
Und wie sieht dies in der Pflege aus?*
3. *Welche Gründe nennen Personen, die bereits vorzeitig eine Rente aus eigener Erwerbstätigkeit beziehen, für ihren Renteneintritt?*
4. *Ressourcen der Pflege*



# Welche Gründe nennen Frührentner für ihren Renteneintritt?



Anteil der Personen mit Nennung  
"Dieser Grund hat zum Schritt in die Rente etwas oder viel beigetragen"

# „Ältere Beschäftigte in der Pflege: bleiben oder gehen?“

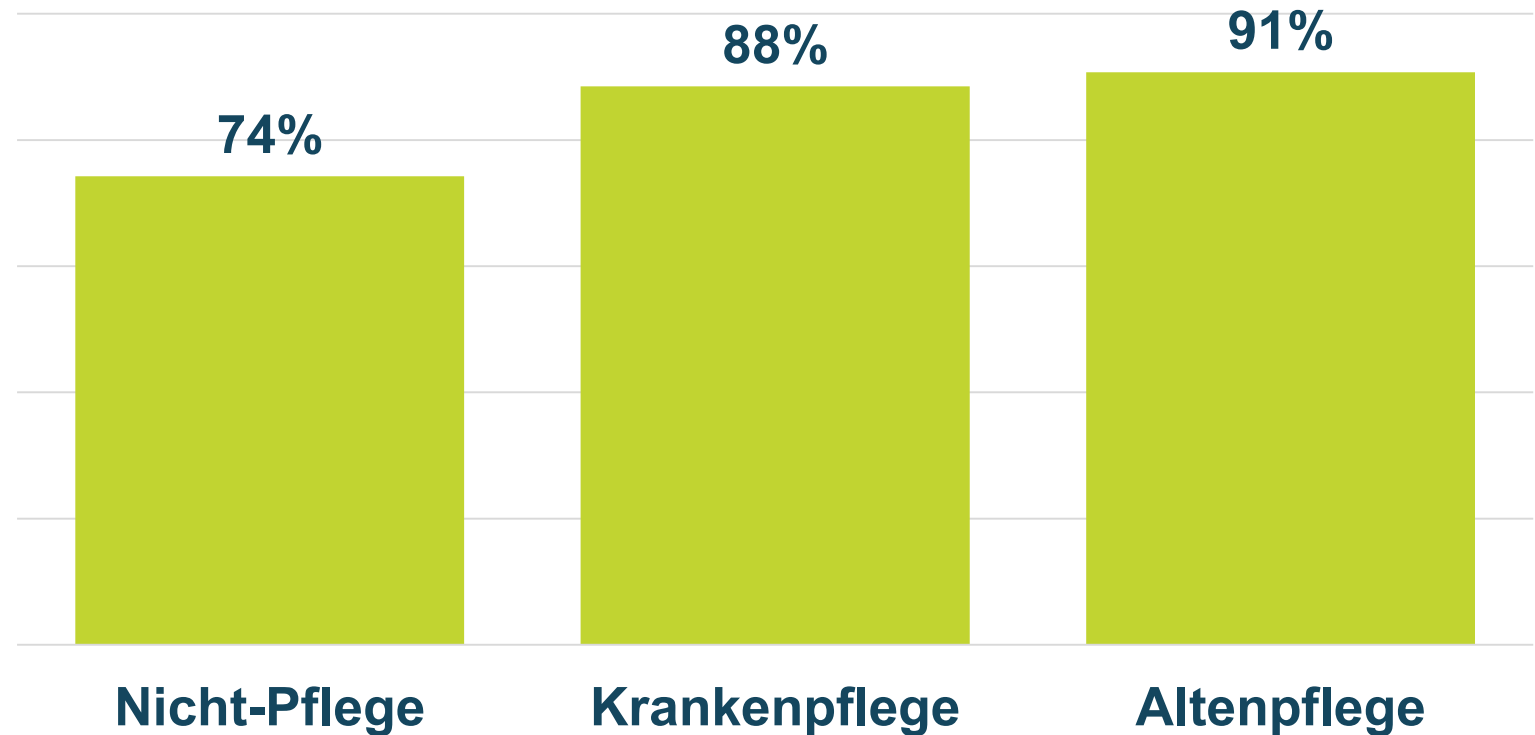
1. *Wie lange wollen die Beschäftigten in Deutschland arbeiten, die sich im höheren Erwerbsalter befinden?  
Und wie sieht dies in der Pflege aus?*
2. *Welche Ausstiegsgründe geben diejenigen an, die gerne frühzeitig aus dem Erwerbsleben aussteigen würden?  
Und wie sieht dies in der Pflege aus?*
3. *Welche Gründe nennen Personen, die bereits vorzeitig eine Rente aus eigener Erwerbstätigkeit beziehen, für ihren Renteneintritt?*
4. *Ressourcen der Pflege*



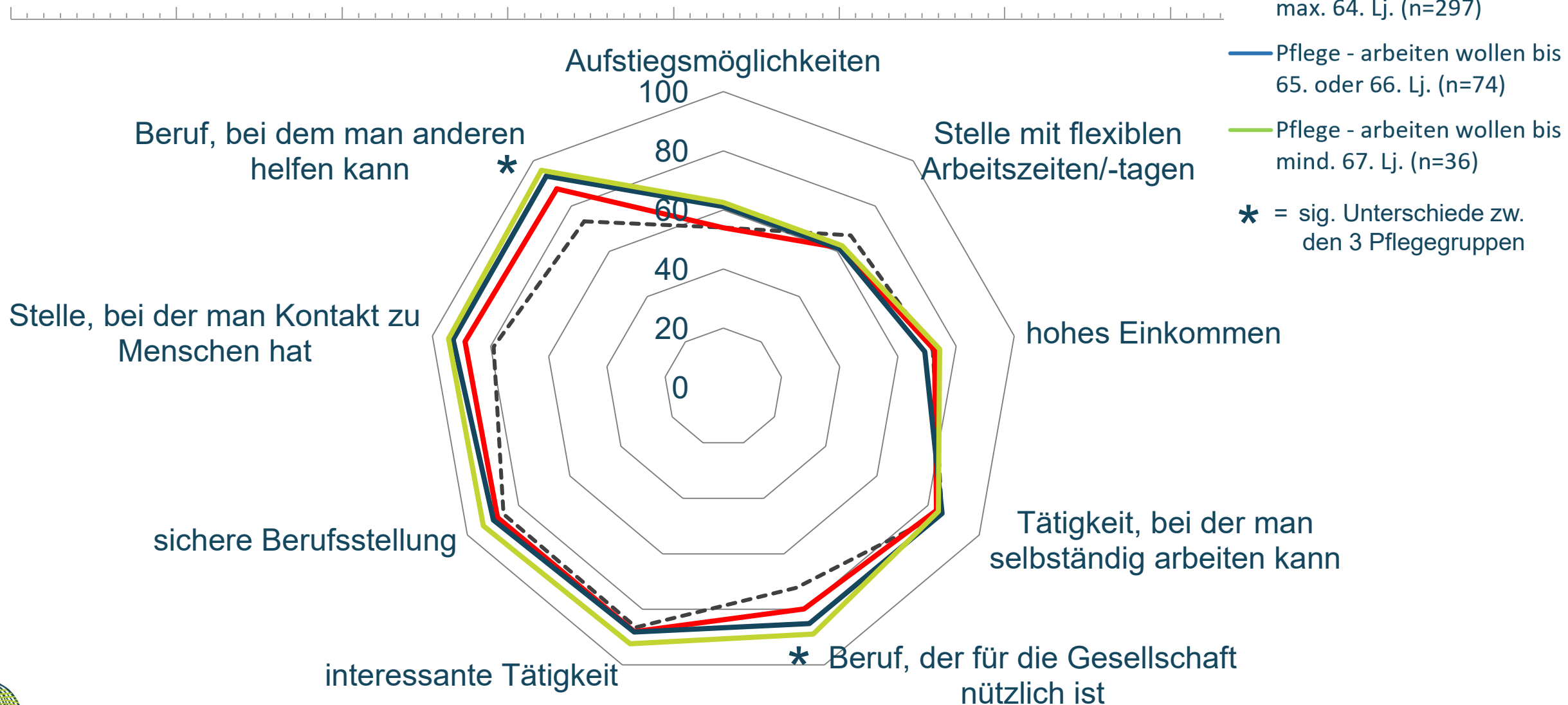
„Die Arbeit, die ich mache,  
bedeutet mir sehr viel.“

Bitte sagen Sie mir, inwieweit die nun folgende Aussage auf Sie und Ihre momentane Arbeitssituation zutrifft: „**Die Arbeit, die ich mache, bedeutet mir sehr viel.**“

- 1: stimmt überhaupt nicht
- 2: stimmt nicht
- 3: stimmt ein wenig
- 4: unentschieden
- 5: stimmt schon eher
- 6: stimmt
- 7: stimmt vollständig



# Wichtige Aspekte des Arbeitslebens



- Bei den älteren Erwerbstätigen in Pflegeberufen zeigt sich - mehr als bei anderen Berufsgruppen – die **lebenslange Belastung durch schwere Arbeit**.
- Dennoch stützt ihre Arbeit die Pflegeprofession mit **besonderen Ressourcen** aus.
- Wenn Arbeitgeber im Gesundheitsdienst wollen, dass ihre älteren Beschäftigten länger im Unternehmen verbleiben, sollten sie **frühzeitig regelmäßige individuelle Gespräche mit den Pflegenden suchen**, die deren Perspektive in Beruf und Leben zum Thema haben.  
Auf diese Gespräche sollten Maßnahmen folgen.

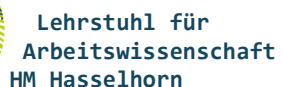
# Vielen Dank für Diskussion und Aufmerksamkeit

Dieser Präsentation liegt teilweise zugrunde die folgende Veröffentlichung: Hasselhorn, H. M., Ebener, M. (2023) Frühzeitiger Ausstieg der Babyboomer aus dem Erwerbsleben – Ergebnisse der lidA-Studie. *Deutsche Rentenversicherung* 02/2023, 152-174. [Download](#)

Mehr zur lidA-Studie  
& aktuelle Ergebnisse unter [www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)



Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn  
Bergische Universität Wuppertal  
Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft  
Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik  
Gaußstraße 20, 42119 Wuppertal  
Tel. 0202 439 2088 (Sekretariat)  
[www.arbwiss.uni-wuppertal.de](http://www.arbwiss.uni-wuppertal.de), [arbwiss@uni-wuppertal.de](mailto:arbwiss@uni-wuppertal.de)



Lehrstuhl für  
Arbeitswissenschaft  
HM Hasselhorn



# Older Health Workers and the transition from work to retirement – a German perspective

by Prof. Hans Martin Hasselhorn, Univ. of Wuppertal, Germany



DEPARTMENT OF  
OCCUPATIONAL HEALTH SCIENCE  
UNIVERSITY OF WUPPERTAL, GERMANY

Research funded by:



[www.arbwiss.uni-wuppertal.de](http://www.arbwiss.uni-wuppertal.de), [hasselhorn@uni-wuppertal.de](mailto:hasselhorn@uni-wuppertal.de)

# *Older Health Workers and the transition from work to retirement – a German perspective*

## *Overview*

1. Background
2. Work and health in Nursing: The German case
3. Transition to retirement
4. Nurses' resources
5. Pulling the threads together: The new WEITBLICK project
6. Conclusions



# 1. Background: *(early) exit in Germany*

- 
- Germany is one of the fastest ageing societies in Europe
  - In the next ten years: > 9 Million baby boomers (born 1955-1965) will reach retirement age
  - of > 1 Million new pensions in 2021:
    - 16 % disability pensions
    - > 26 % early old age pensions *without* deductions
    - 21 % early old age pensions *with* deductions
    - 35 % regular old age pensions
  - For 20 years employment rates among older workers in Germany have been greatly increasing
    - but not for the “older old” > 63 years.
  - **“What are the reasons for early labour market exit among many baby boomers in Germany?”**



# *Older Health Workers and the transition from work to retirement*

## *– a German perspective*

### *Overview*

1. Background
2. **Work and health in Nursing: The German case**
3. Transition to retirement
4. Nurses' resources
5. Pulling the threads together: The new WEITBLICK project
6. Conclusions



## 2. Work and health in Nursing: The German case

- Health Sector
  - over 5 Million workers, 13.2 % (2019) of total work force
- Nursing profession
  - over 1.8 Million nurses (12/2022)
    - 2/3 Health Care Nurses, 1/3 Geriatric Nurses
  - pronounced shortage: 500,000 more nurses needed until 2034
  - profession is ageing



## Nurse's Early Exit Study, NEXT

- 2002-2005
- Questionnaire assessment among 56,000 Nurses in 11 European countries
- ICOH-Scientific Committee OH for Health Care Workers central

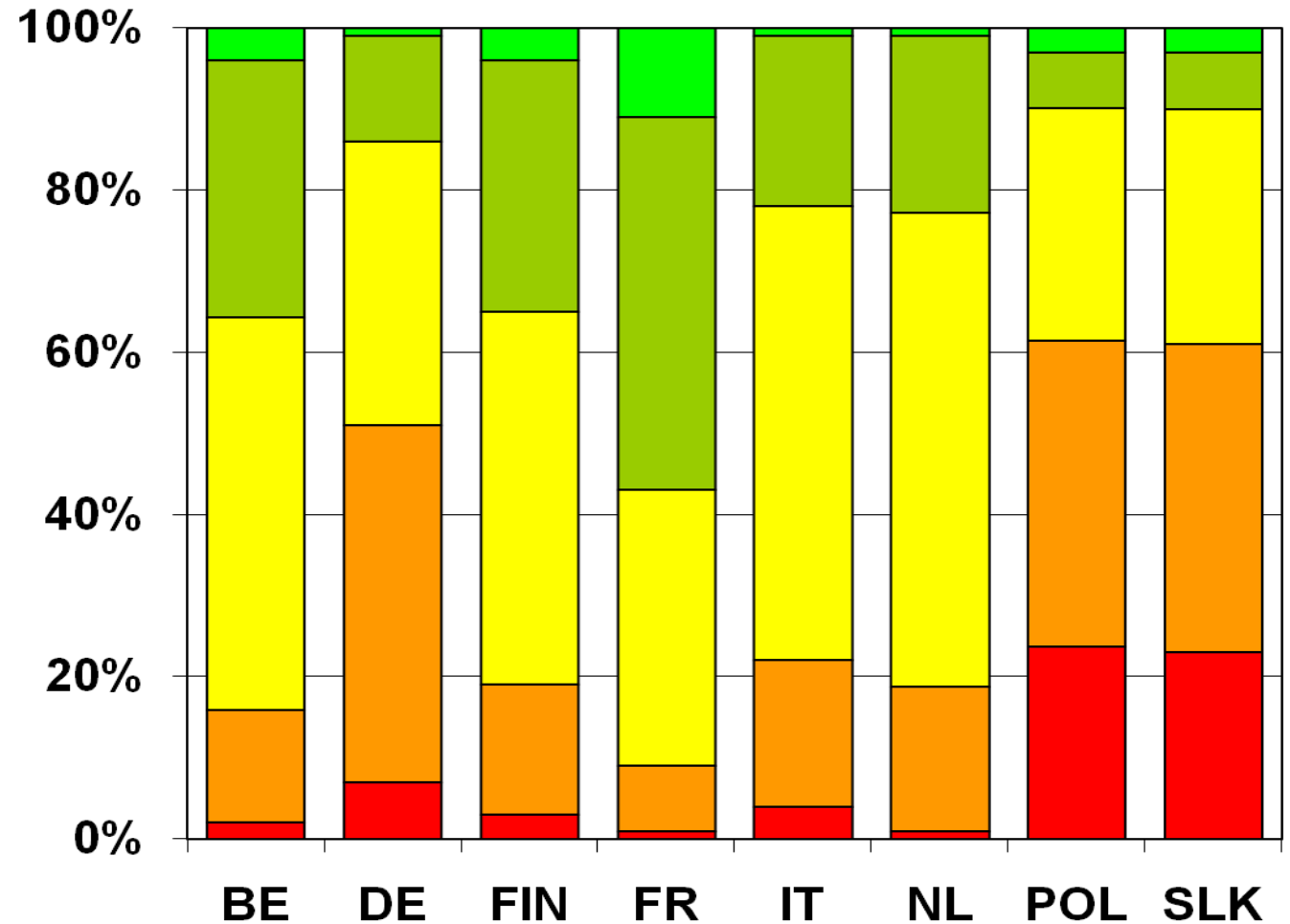
	BE	GER	FIN	FR	UK	IT	N	NL	PL	SLK
<i>Structure</i>										
<b>Job insecurity</b>				😊				😊	⬤	⬤
<i>Work content</i>										
<b>Quantitative demands</b>		⬤	⬤				😊	😊	⬤	⬤
<i>Social work environment</i>										
<b>Social support from colleagues</b>					😊	⬤		😊		
<i>Work organisation</i>										
<b>Professional development</b>	⬤			😊	😊	⬤	⬤			
<b>Working time quality</b>		⬤			😊	⬤	😊	😊	⬤	⬤
<b>Leadership quality</b>	😊	😊		⬤	😊		-		⬤	😊
<b>Decision latitude, control</b>			⬤		😊		😊	😊	⬤	⬤
<i>Outcomes</i>										
<b>Burnout</b>				⬤			😊	😊		⬤
<b>Work ability</b>		⬤		⬤			😊	😊	⬤	
<b>Considering leaving profession</b>	😊	⬤			⬤	⬤	😊	😊	😊	😊



# How did nurses rate their own professional image?

“In my country the image of the nursing profession is ...”

- very good
- good
- normal
- poor
- very poor



Source: data from the European NEXT-Study, 2003, N=22,170



# Older Health Workers and the transition from work to retirement – a German perspective

## Overview

1. Background
2. Work and health in Nursing: The German case
3. Transition to retirement among older workers
  - a) How long do they want, plan, can (to) work?
  - b) Why do many older workers want to leave early?
  - c) Under which circumstances would they work longer?
  - d) What are the reasons for early exit among early retirees?
4. Nurses' resources
5. Pulling the threads together: The new WEITBLICK project
6. Conclusions



- Participants
  - birth cohorts 1959 and 1965 and 1971<sub>(2022/23)</sub>
  - representative for socially insured workers of that age
  - Wave 1                     $N_{2011} = 6.585$
  - Wave 2                     $N_{2014} = 4.244$
  - Wave 3                     $N_{2018} = 3.586$
  - Wave 4                     $N_{2022/23} = 8.884$  **this presentation**
- every three years: personal interview (CAPI) at home (2022/23 also phone) covering: work, health, perspectives, private life...
- more: [www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)

### 3a) How long do older workers in Germany *want, plan, can (to) work?*



targeted age (group means)

62 63 64 65 66 67 68

ALL

want to work until  
age 63.3 years (mean)

able to work until  
age 65.8 years (mean)

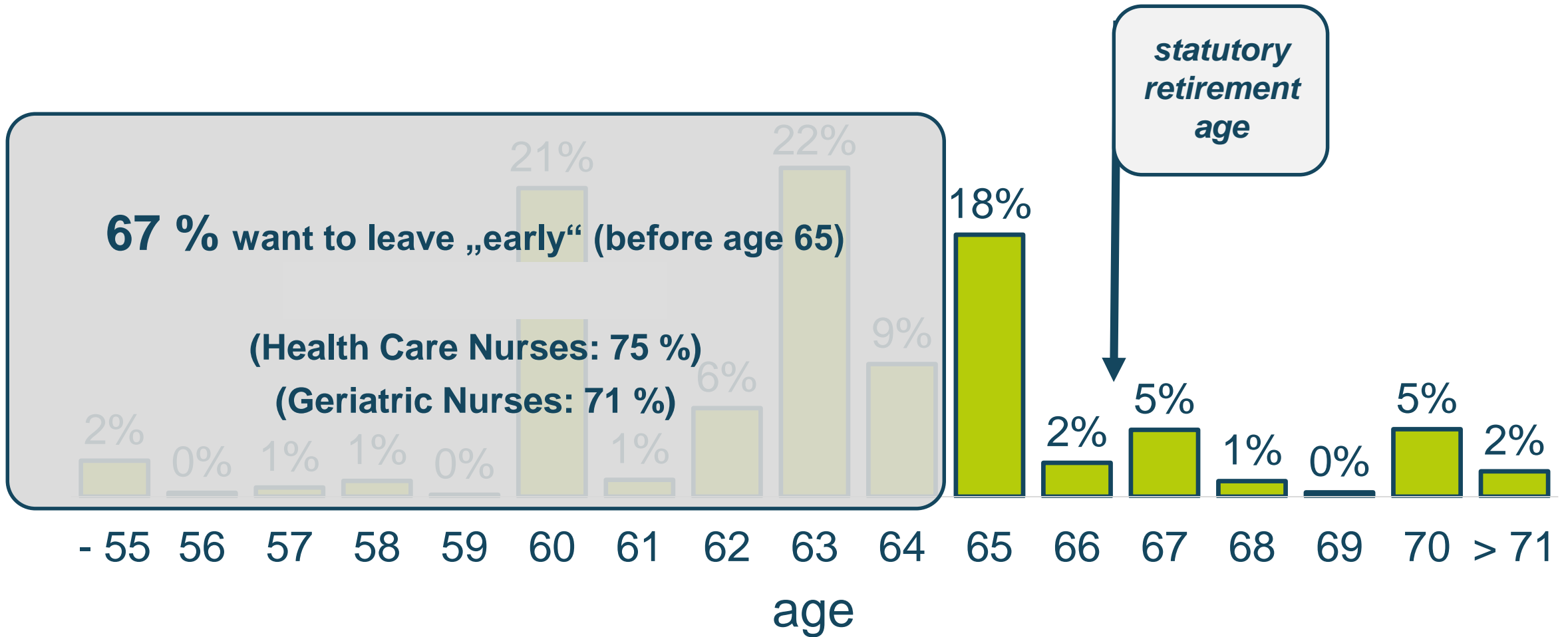
plan to work until  
age 64.5 years (mean)

- Until what age ....
- ABLE to work
  - WANT to work
  - PLAN to work

*Socially insured workers in Germany, 51, 57  
or 63 years old, 2022/23, N=7.470 to 7.481*



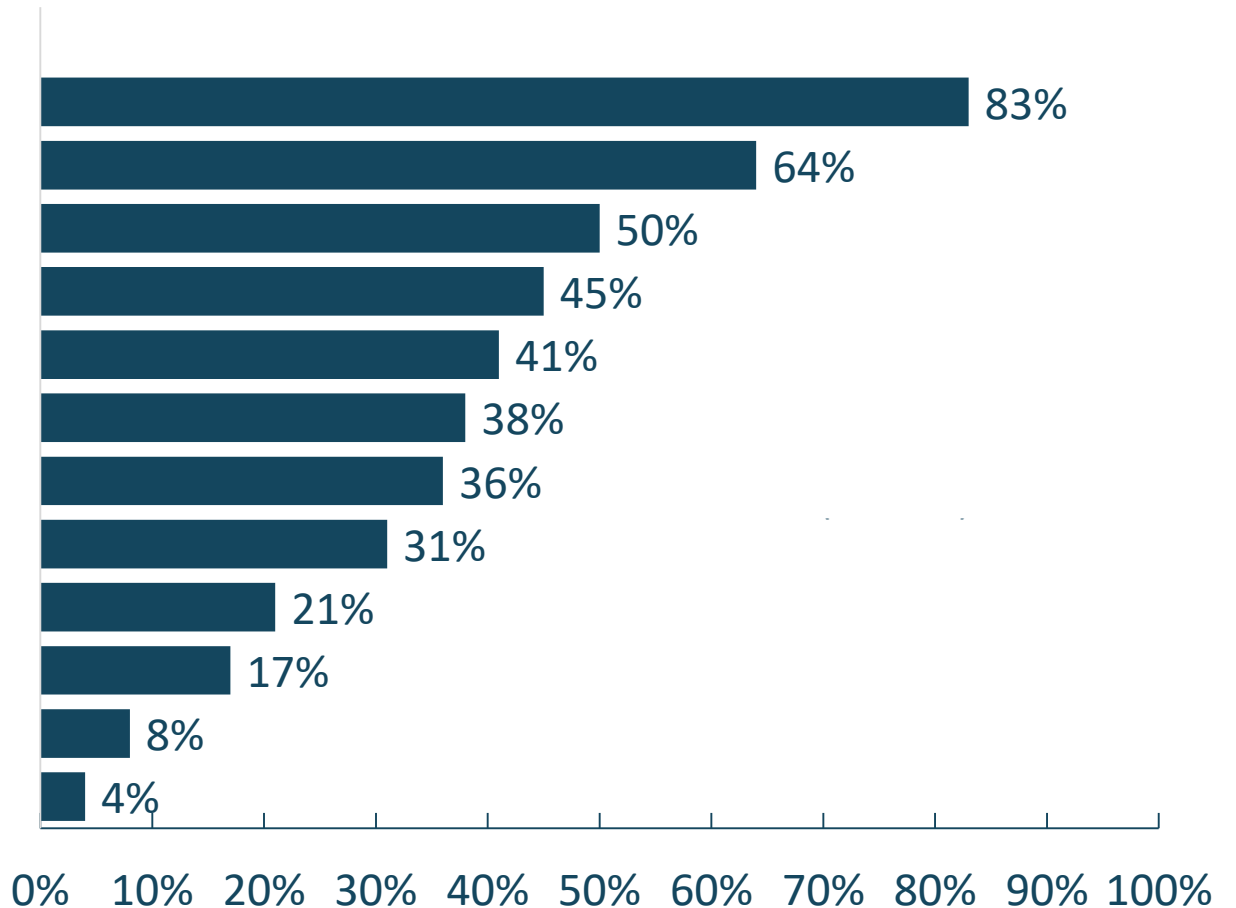
# “Until what age do you want to work?”



## 3b. Why do many older workers want to leave early?

“this reason plays a major role“

- adequate financial security
- care of grandchildren or children
- care of the sick/persons in need of care
- contract expires
- health problems
- I can retire without deductions
- it has to end at some point
- manpower no longer needed
- more free time
- partner stops working
- time to do volunteer work
- work too strenuous/hard

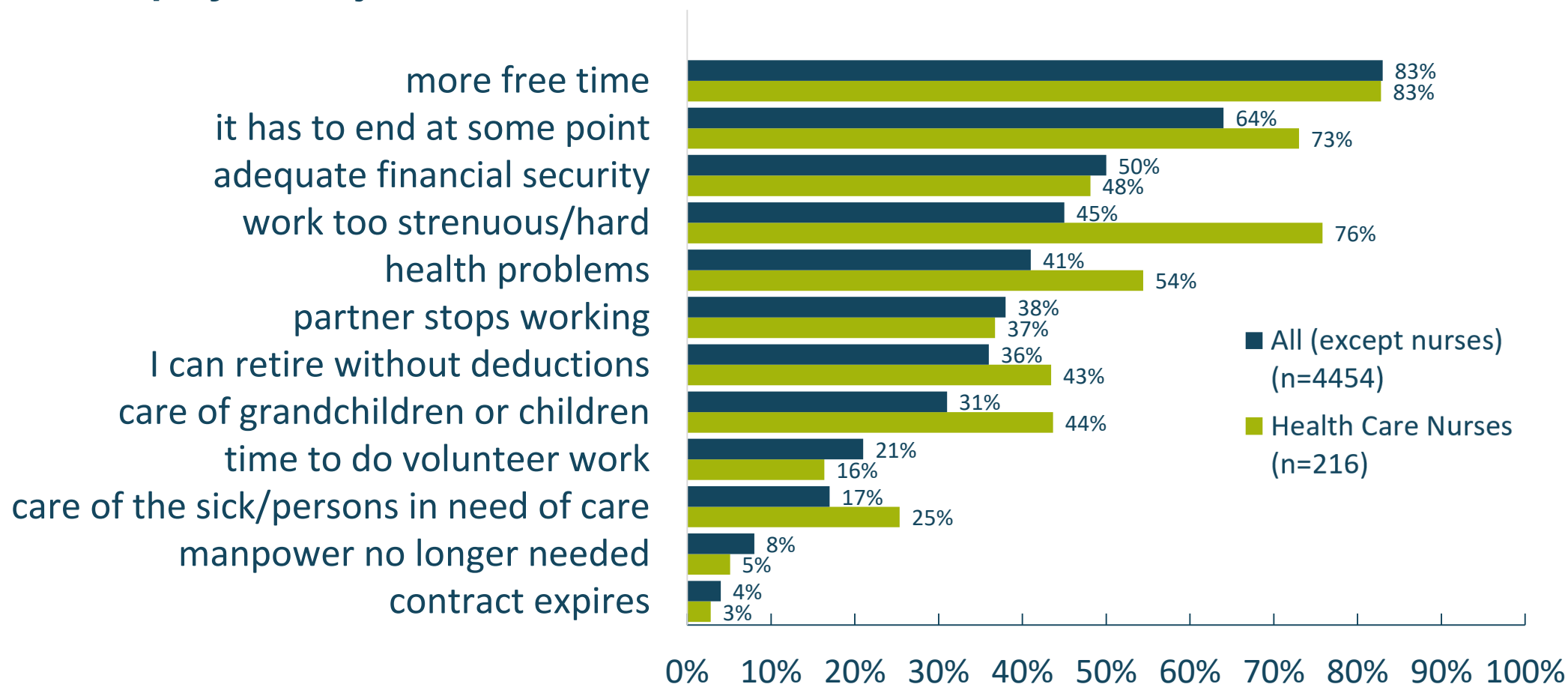


*Only workers wanting to work until max. 64 years, 2022/23*



## 3b. Why do many older workers want to leave early?

“this reason plays a major role“



Only workers wanting to work until max. 64 years, 2022/23



# 3b. Why do many older workers want to leave early?

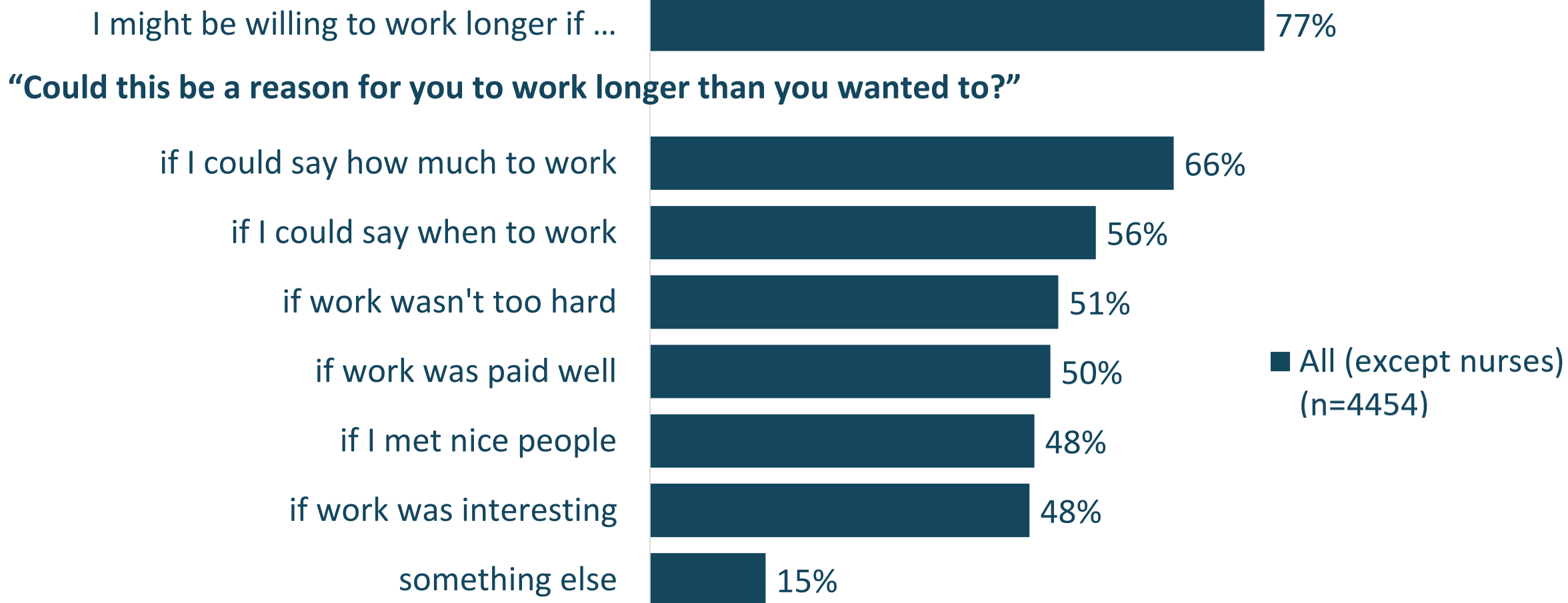
“this reason plays a major role“



Only workers wanting to work until max. 64 years, 2022/23



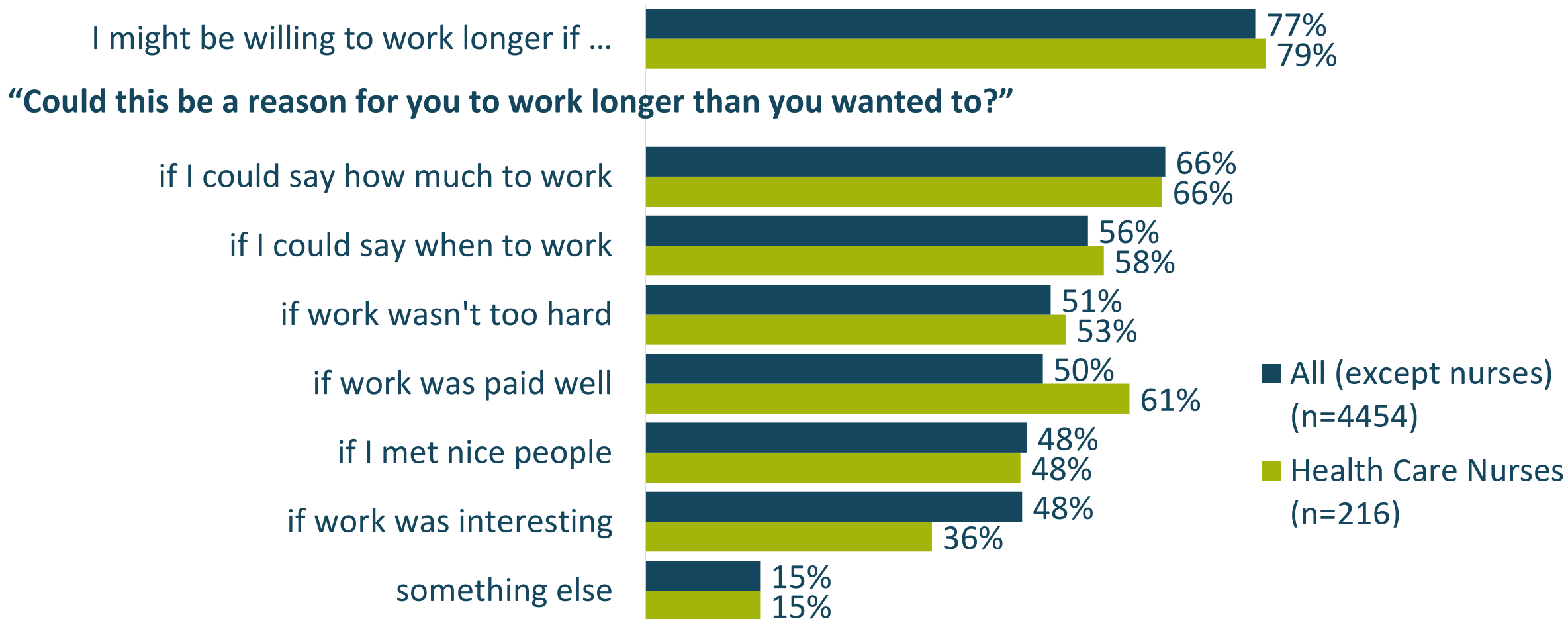
### 3c. Under which circumstances would they work longer?



*Only workers wanting to work until max. 64 years, 2022/23*



### 3c. Under which circumstances would they work longer?



*Only workers wanting to work until max. 64 years, 2022/23*



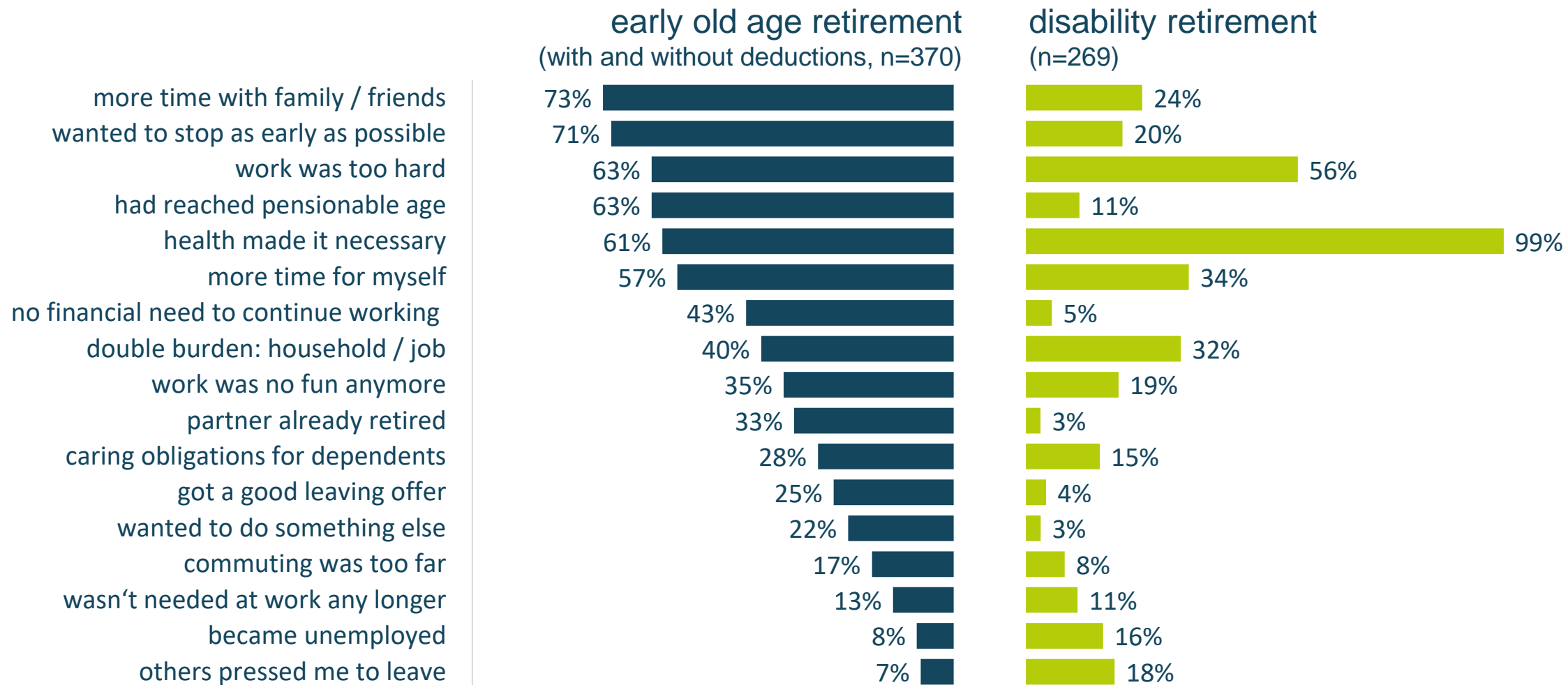
### 3c. Under which circumstances would they work longer?



*Only workers wanting to work until max. 64 years, 2022/23*



# 3d. What are the reasons for early exit among early retirees?



proportion of retirees stating:  
"this reason has contributed *somewhat* or *a lot*"



# *Older Health Workers and the transition from work to retirement*

## *– a German perspective*

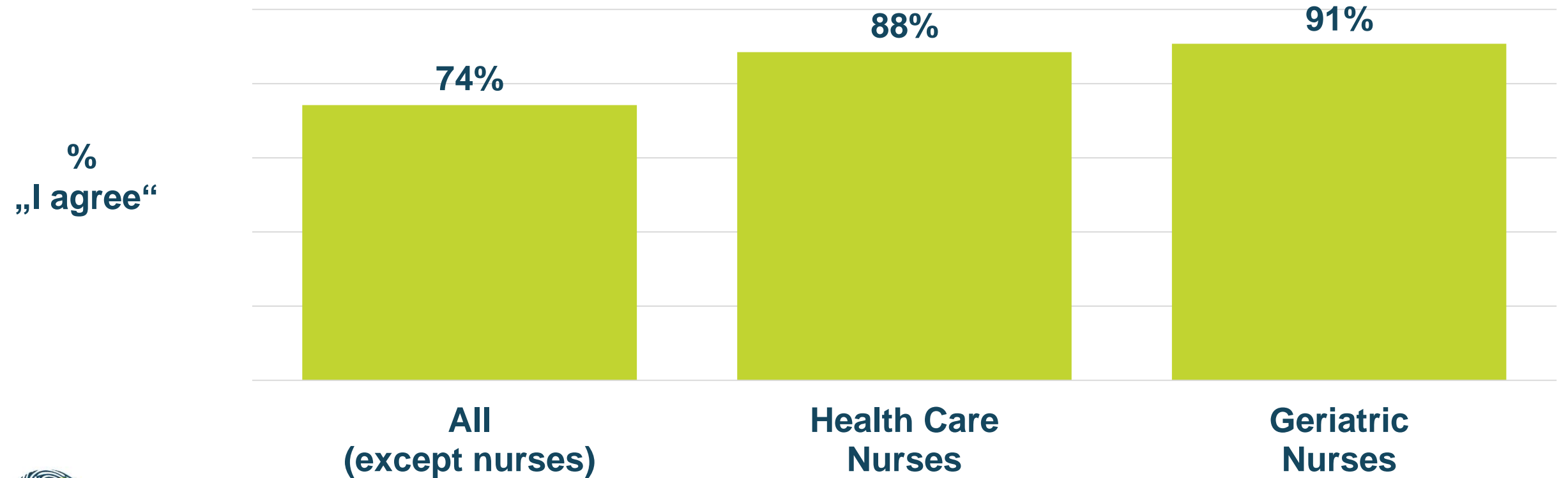
### *Overview*

1. Background
2. Work and health in Nursing: The German case
3. Transition to retirement
4. **Nurses' resources**
5. Pulling the threads together: The new WEITBLICK project
6. Conclusions



„The work that I do, means a lot to me“

Please, let me know, to which degree the following statement reflects you and your current working situation: „The work that I do, means a lot to me“



# *Older Health Workers and the transition from work to retirement*

## *– a German perspective*

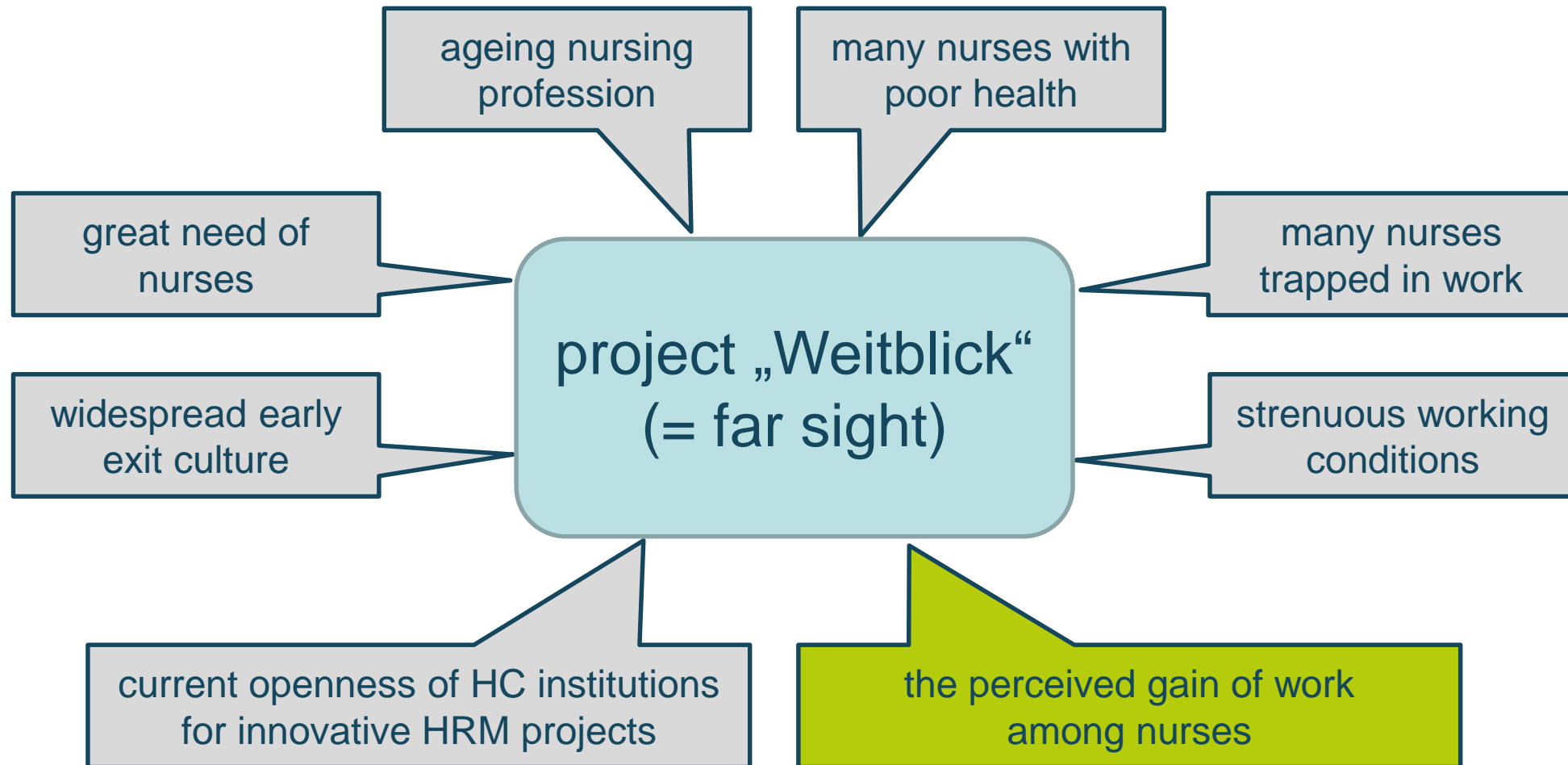
---

### *Overview*

1. Background
2. Work and health in Nursing: The German case
3. Transition to retirement
4. Nurses' resources
5. Pulling the threads together: The new WEITBLICK project
6. Conclusions



# New project: „Weitblick“ („farsight“)



Intervention project aimed at supporting older nurses  
**to improve – and possibly extend – their last working years**

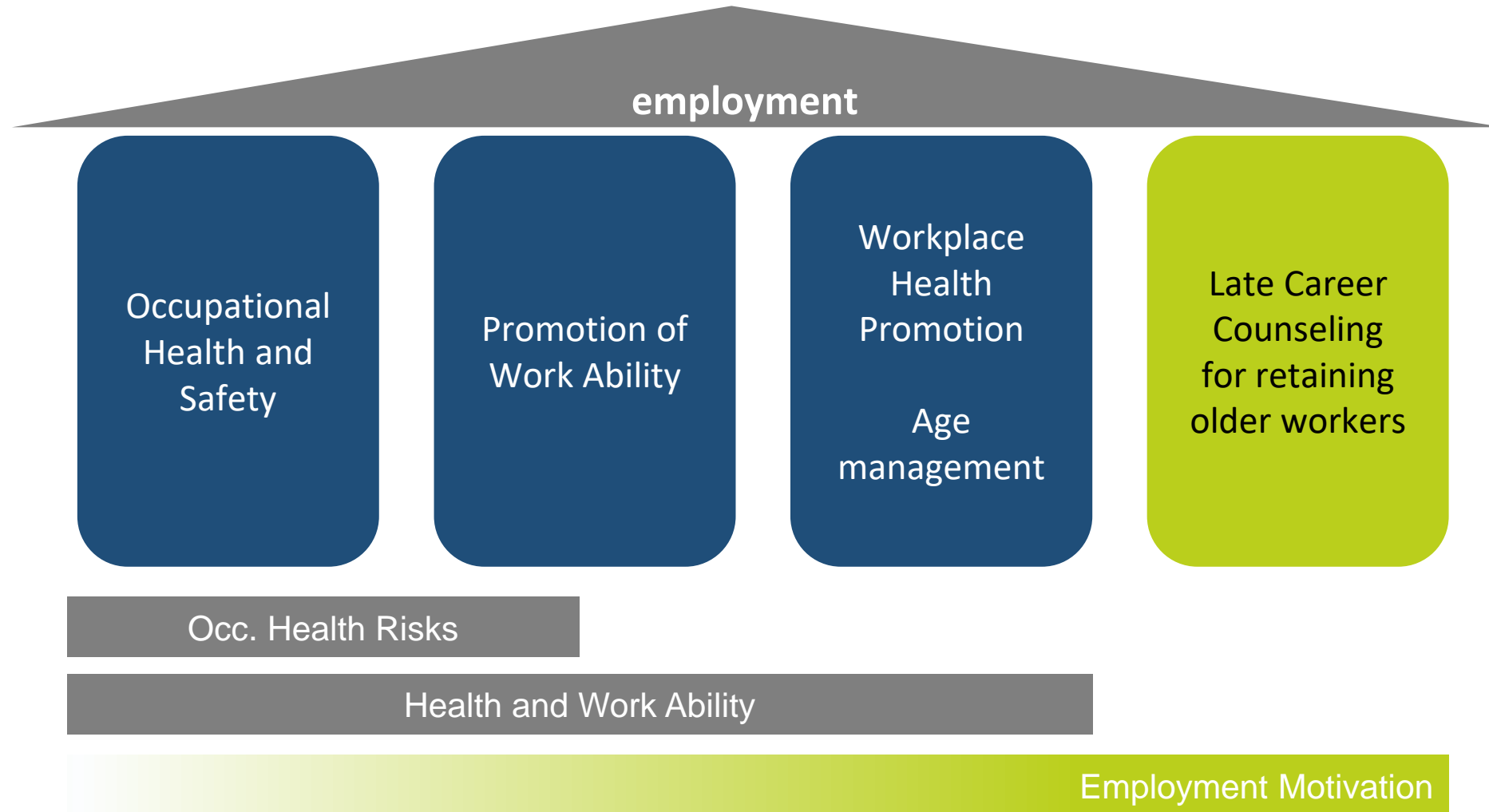
- by reflecting their career and work
- by finding / enforcing personal resources and motives for their work
- by defining individual aims for the successful continuation of their work and
- by encouraging them to follow them,
- AND by creating awareness in the organisation's leadership level

*Concept based on Danish project „Pre-retirement Counselling“ by Poul-Erik Tindbaek et al.*

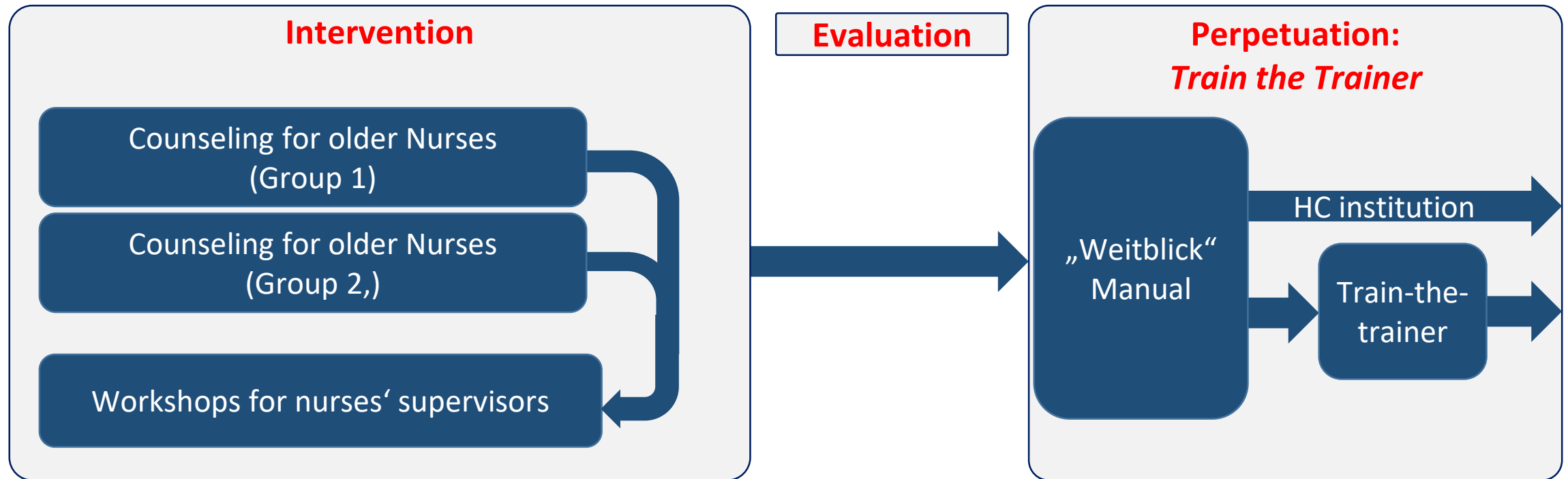
<https://www.en3karriere.dk/wp-content/uploads/2013/03/Pre-retirement-counselling.-A-shotcut-to-active-ageing-1.pdf>



# „Weitblick“ - Concept



# „Weitblick“ – Dual Career Counseling Design



# *Older Health Workers and the transition from work to retirement*

## *– a German perspective*

### *Overview*

1. Background
2. Work and health in Nursing: The German case
3. Transition to retirement
4. Nurses' resources
5. Pulling the threads together: The new WEITBLICK project
6. **Conclusions**



# bringing it to the point

- In the older working population in Germany, an early exit culture prevails.
- Most of those who can afford to retire early do so.
- The dominant reasons are **self-determination** of life and **feeling of entitlement**, rather than **poor work & health**.
- The (ageing) nursing profession continues to have hard working conditions, but also reports strong psychological gains from work.
- Many, but not all, are trapped in work.
- An intervention programme to create awareness for the last working years among the nurses and their supervisors might improve the workers' *quality of work, quality of life* and the motivation to continue working.



## lidA study

- Hasselhorn HM, Peter R, Rauch A et al. (2014) Cohort profile: The lidA Cohort Study – a German Cohort Study on Work, Age, Health and Work Participation. International Journal of Epidemiology, 2014, 1736-1749. doi: 10.1093/ije/dyu021

## Early exit culture in Germany (lidA findings Wave 4, 2022/23, in German)

- Hasselhorn HM, Ebener M (2023) Frühzeitiger Ausstieg der Babyboomer aus dem Erwerbsleben – Ergebnisse der lidA-Studie. Deutsche Rentenversicherung 02/2023 152-174

## Project „Pre-retirement Counselling“ by en3karriere, Poul-Erik Tindbaek

- <https://www.en3karriere.dk/wp-content/uploads/2013/03/Pre-retirement-counselling.-A-shotcut-to-active-ageing-1.pdf>



Thank you!

Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn  
Department of Occupational Health Science  
University of Wuppertal  
Gaußstraße 20, D-42119 Wuppertal, Germany  
Phone +49 (0)202 439 3849  
[www.arbwiss.uni-wuppertal.de](http://www.arbwiss.uni-wuppertal.de)  
[hasselhorn@uni-wuppertal.de](mailto:hasselhorn@uni-wuppertal.de)



**BERGISCHE  
UNIVERSITÄT  
WUPPERTAL**



Dr. phil. Nina Garthe

## Hintergrund

Viele Beschäftigte, insbesondere Beschäftigte in Pflegeberufen, würden gerne früher in den Ruhestand gehen als bis zu ihrer Regelaltersgrenze von 66 bzw. 67 Jahren erwerbstätig zu bleiben.

**Aus welchen Gründen möchten diese Beschäftigten früher in den Ruhestand gehen?**

**Wie könnte ihre Arbeit gestaltet werden, so dass sie doch noch länger arbeiten würden?**

## Methoden

**Daten:** lidA-Studie, Welle 4 (2022/23), repräsentativ für Jahrgang 1959, 1965, 1971

**Stichprobe:** 7.292 Beschäftigte, 263 Gesundheits-, Kranken- oder Altenpflegende

**Analysen:** Querschnitt, deskriptiv

## Ergebnisse

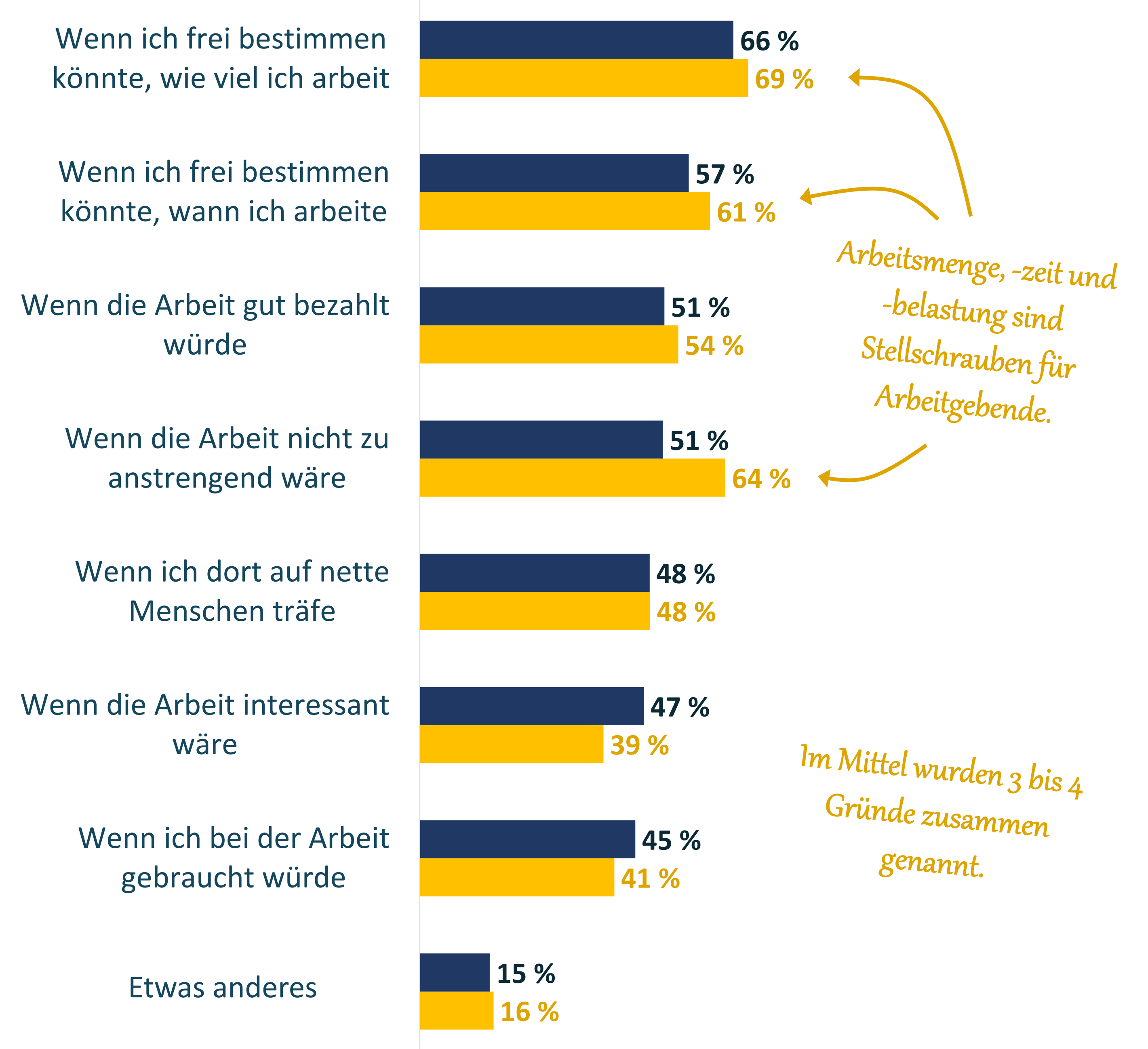
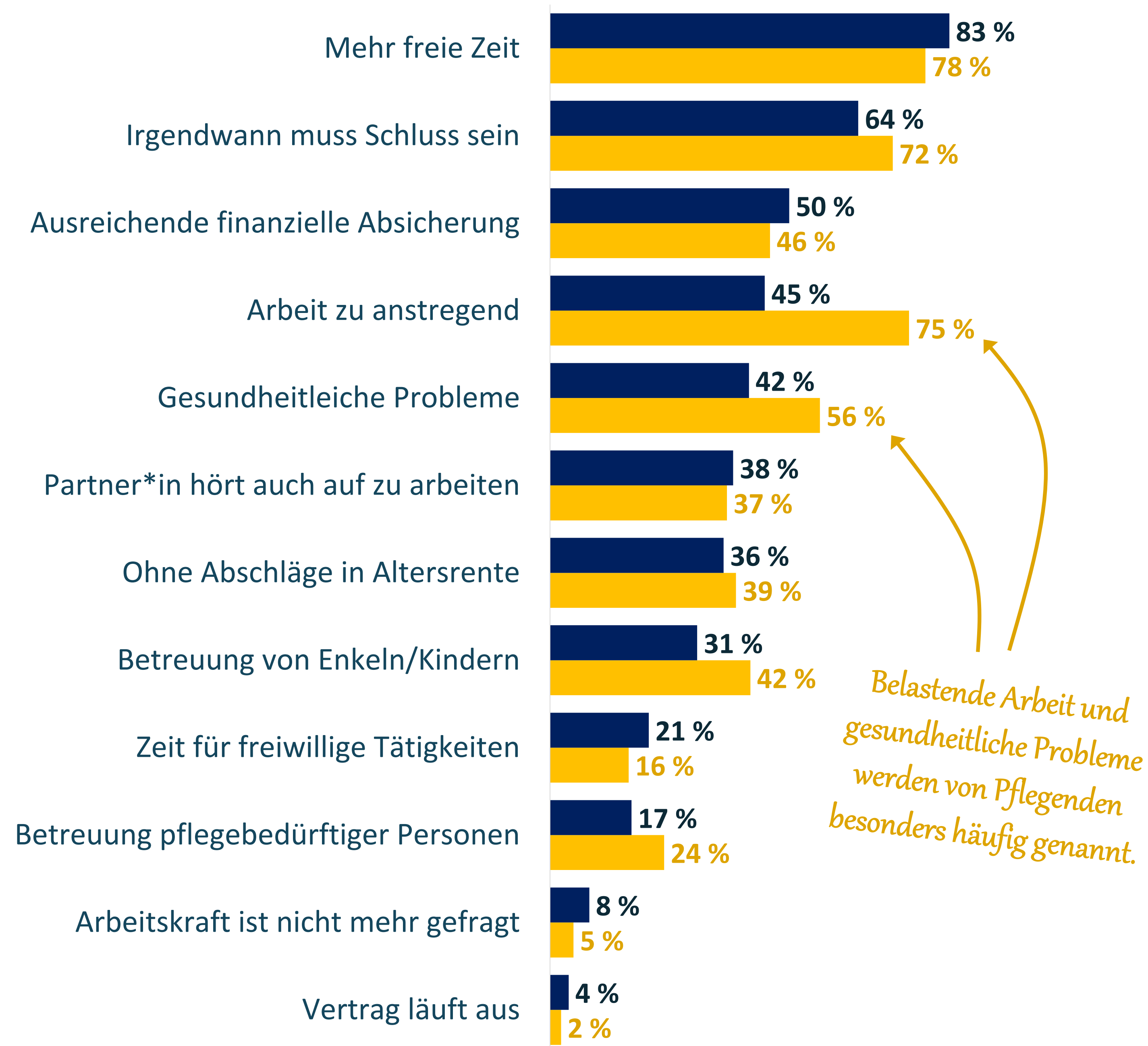
**Welcher Anteil würde gerne vor dem 65. Lebensjahr aus dem Arbeitsleben ausscheiden?**

**67 %** aller Beschäftigten

**74 %** der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflegenden

**Welche Gründe spielen dafür eine große Rolle?**

**Aus welchen Gründen würden Sie doch länger arbeiten?**



N<sub>Beschäftigte</sub> = 4.667 - 4.842, N<sub>Pflegende</sub> = 250 - 263

N<sub>Beschäftigte</sub> = 4.660 - 4.732, N<sub>Pflegende</sub> = 252 - 257

## Schlussfolgerungen

Pflegende möchten überdurchschnittlich häufig vorzeitig in den Ruhestand gehen. Mehr Einfluss der Beschäftigten in der Pflege auf ihre Arbeitszeit und Arbeitsmenge sowie Maßnahmen zur körperlichen und psychischen Entlastung können dazu beitragen, dass ältere Beschäftigte in der Pflege länger erwerbstätig bleiben. Hier können direkte Vorgesetzte aktiv Gespräche mit den (älteren) Pflegenden suchen und zusammen mit diesen Veränderungen umsetzen.

## **Wie lange möchten ältere Beschäftigte im Gesundheitsdienst nach der Covid-19-Pandemie erwerbstätig bleiben? Ergebnisse der lidA-Studie**

*Dr. phil. Nina Garthe<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Fachgebiet Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal, Wuppertal, Deutschland. ORCID ID: 0000-0001-9653-1807, [garthe@uni-wuppertal.de](mailto:garthe@uni-wuppertal.de)

### **Zusammenfassung**

#### *Hintergrund*

Ab dem Jahr 2020 stellte die Covid-19-Pandemie den Gesundheitsdienst vor große und neue Herausforderungen. Für die Beschäftigten im Gesundheitsdienst bedeutete dies eine Zusatzbelastung im Arbeitsalltag. Aufgrund des demografischen Wandels nimmt der Bedarf an Beschäftigten im Gesundheitsdienst, insbesondere in der Pflege, jedoch immer weiter zu. Nicht zuletzt, da sich die große Generation der Babyboomer unter den Beschäftigten befindet und nun nach und nach in den Ruhestand geht. Nun stellt sich die Frage, wie lange die älteren Beschäftigten im Gesundheitsdienst nach der Covid-19-Pandemie noch erwerbstätig bleiben möchten. Haben die Zusatzbelastung während der Pandemie dazu geführt, dass die Beschäftigten früher in den Ruhestand gehen möchten?

#### *Methode*

Mit Daten der vierten Welle der lidA(leben in der Arbeit)-Studie (2022/2023) werden Querschnittsanalysen von 7 515 Erwerbstätigen durchgeführt. Die Studie erlaubt zudem fünf Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst miteinander zu vergleichen: die Gesundheits- und Krankenpflege, die Altenpflege, die Heilerziehungs-/ Familienpflege, die Arzt- und Praxishilfe und das medizinische Laboratorium und die Pharmazie. Untersucht werden das gewünschte Ausstiegsalter der Beschäftigten sowie die Veränderung des gewünschten Ausstiegsalters aufgrund der Covid-19-Pandemie. Das gewünschte Ausstiegsalter wird durch folgende Frage erfasst: „Unabhängig von den gesetzlichen Regelungen zur Rente, bis zu welchem Alter würden Sie gerne arbeiten?“ Zusätzlich werden die persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie der Beschäftigten anhand der lidA-Studie zusammengefasst.

#### *Ergebnisse*

Zusammenfassend möchten die älteren Erwerbstätigen im Mittel nicht bis zur gesetzlichen Regelaltersgrenze von 66 bzw. 67 Jahren arbeiten. Vor allem möchten Gesundheits- und Krankenpflegende vergleichsweise früh aufhören zu arbeiten. Des Weiteren bestätigte zumeist etwa jede\*r fünfte Beschäftigte aus dem Gesundheitsdienst, dass die persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie dazu geführt haben, dass sie nun weniger lange erwerbstätig bleiben möchten als zuvor. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden war dies sogar jede\*r vierte Beschäftigte. Alle Berufsgruppen, jedoch besonders die Gesundheits- und Krankenpflege, waren in besonderem Maße durch die Covid-19-Pandemie belastet. Sie berichteten von deutlich erhöhtem Stress sowie vermindertem Wohlbefinden.

#### *Fazit*

In Deutschland gibt es einen hohen Anteil älterer Beschäftigter im Gesundheitsdienst, welche von den stark erhöhten Belastungen der Covid-19-Pandemie besonders betroffen waren. Diese Beschäftigten, vor allem die große Gruppe der Babyboomer, geht nun nach und nach in den Ruhestand und wenn es nach ihnen geht, auch deutlich früher als die Regelaltersgrenze in Deutschland dies vorsieht. Die Belastungen der Covid-19-Pandemie haben diesen Trend verschärft.

## 1. Einleitung

Berufe im Gesundheitsdienst sind bekannt für eine hohe psychische und körperliche Beanspruchung im Arbeitsalltag (BARMER, 2020). Dies stellt besonders für ältere Beschäftigte eine Herausforderung dar (Merkel, Ruokolainen & Holman, 2019). Aufgrund des demografischen Wandels nimmt der Bedarf an Beschäftigten im Gesundheitsdienst, insbesondere in der Pflege, jedoch immer weiter zu. Zum einen wächst der Anteil und die Anzahl älterer und alter Menschen mit Pflegebedarf in der Gesellschaft (Statistisches Bundesamt, 2023). Zum anderen wächst auch der Anteil älterer Beschäftigter in der Pflege (Statistisches Bundesamt, 2024). Vor allem die große Generation der Babyboomer befindet sich aktuell unter den älteren Beschäftigten und geht nun nach und nach in den Ruhestand.

Garthe und Hasselhorn (2023a) stellten mit Daten der lidA-Studie aus dem Jahr 2018 fest, dass ältere Beschäftigte in Gesundheitsberufen, insbesondere in der Pflege, früher in den Ruhestand gehen möchten, dies früher planen und laut eigener Aussage weniger lange arbeiten können als Beschäftigte anderer Berufsgruppen. Dabei lag das gewünschte und geplante Ausstiegsalter deutlich vor der Regelaltersgrenze von 66 bzw. 67 Jahren. Längsschnittanalysen zum gewünschten Ausstiegsalter zeigten, dass die älteren Beschäftigten mit zunehmenden Alter länger arbeiten möchten als zuvor, ihren Wunsch mit der Zeit also anpassen (Garthe & Hasselhorn, 2023a). Durch diese Ergebnisse wird deutlich, dass zukünftige Analysen zum gewünschten Ausstiegsalter getrennt für verschiedene Altersgruppen durchgeführt werden sollten. Weitere Analysen bestätigten, dass ältere Beschäftigte zudem länger arbeiten möchten, wenn sich ihre Arbeitsbedingungen verbessern und weniger lange arbeiten möchten als zuvor, wenn sich ihre Arbeitsbedingungen verschlechtern (Garthe & Hasselhorn, 2023b). Neuere Ergebnisse aus der Befragungswelle 2022/2023 der lidA-Studie zeigen zudem, dass anstrengende Arbeit sowie gesundheitliche Probleme zu den Hauptgründen gehören, warum Beschäftigte früh in den Ruhestand gehen möchten – in der Pflege in deutlich höherem Grad als in anderen Berufsgruppen (Hasselhorn & Ebener, 2023).

Nun stellte die Covid-19-Pandemie ab dem Jahr 2020 die Gesellschaft und insbesondere den Gesundheitsdienst in Deutschland vor große und neue Herausforderungen. Für die Beschäftigten im Gesundheitsdienst bedeutete dies eine Zusatzbelastung im Arbeitsalltag. Erste Forschungsergebnisse aus Frankreich zeigten beispielsweise, dass die Beschäftigten im Gesundheitsdienst von erhöhtem Stress, Unsicherheit durch schnell wechselnde Vorgaben sowie einer sehr hohen Arbeitsbelastung betroffen waren (El-Hage et al., 2020). Ein Bericht von Eurofound, der die Arbeitsqualität systemrelevanter Berufe während der Covid-19-Pandemie reflektiert, beschreibt für Gesundheits- und Pflegeberufe die im Vergleich schlechteste Arbeitsqualität. Sie war geprägt durch ein hohes Infektionsrisiko, hohe körperliche Arbeitsbelastungen, eine Zusatzbelastung durch ungünstiges Sozialverhalten und eine hohe Arbeitsintensität (Eurofound, 2023). Diese Belastungen wirkten sich auch auf die Gesundheit der Beschäftigten aus. In einer Meta-Analyse wurde beispielsweise ein deutlicher Anstieg von Burnout unter den Beschäftigten in Gesundheitsberufen festgestellt (Çivilidağ, Durmaz & Uslu, 2024).

Nun stellt sich die Frage, wie lange die älteren Beschäftigten im Gesundheitsdienst nach der Covid-19-Pandemie noch erwerbstätig bleiben möchten. Haben die Zusatzbelastung und die persönlichen Erfahrungen während der Pandemie dazu geführt, dass die Beschäftigten früher in den Ruhestand gehen möchten? Die lidA-Studie, welche ältere Beschäftigte verschiedener Geburtsjahrgänge in ganz Deutschland nach der Covid-19-Pandemie befragte, erlaubt, diese Fragen zu beantworten. Die Größe der Studie ermöglicht eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Geburtsjahrgängen und verschiedenen Berufen aus dem Gesundheitsdienst.

### 1.1 Forschungsfragen

Folgende Forschungsfragen werden in diesem Beitrag beantwortet:

- 1) Bis zu welchem Alter möchten ältere Beschäftigte aus dem Gesundheitsdienst nach der Covid-19-Pandemie arbeiten?
- 2) Welchen Einfluss haben die persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie drauf?

3) Welche persönlichen Erfahrungen haben Beschäftigte im Gesundheitsdienst während der Covid-19-Pandemie gemacht?

**2. Methoden**

*2.1 Daten*

Um den Forschungsfragen nachzugehen, werden die Daten der lidA(leben in der Arbeit)-Studie ([www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)) genutzt. In der lidA-Kohortenstudie werden seit 2011 Personen der Geburtsjahrgänge 1959, 1965 und 1971 (Letztere ab Welle 4) zu den Themen Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe befragt. Die Studie ist für diese Geburtsjahrgänge repräsentativ.

Für die Analysen werden die Daten der vierten Welle (2022/2023) der lidA-Studie verwendet, in welcher 8 884 Personen befragt wurden. In dieser Befragungswelle, welche im Zeitraum von Mai 2022 bis März 2023 stattfand, wurden spezielle Fragen zur Covid-19-Pandemie gestellt. In die Analysen werden nur Befragte eingeschlossen, die in Vollzeit oder Teilzeit beschäftigt waren. Dies umfasst 7 515 Erwerbstätige.

*2.2 Operationalisierung*

*Berufsgruppen.* Fünf Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst werden miteinander verglichen: die *Gesundheits- und Krankenpflege* (n=261), die *Altenpflege* (n=110), die *Heilerziehungs-/ Familienpflege* (n=131), die *Arzt- und Praxishilfe* (n=125) und das *medizinische Laboratorium und die Pharmazie* (n=88). Die Berufsgruppen werden auf Basis der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010, 3- und 5-Steller, Bundesagentur für Arbeit, 2010) erstellt.

*Sozio-demografische Variablen.* Zur Beschreibung der fünf Berufsgruppen sowie der gesamten Stichprobe (alle Erwerbstätigen) werden das *Geschlecht* (männlich/weiblich), das *Geburtsjahr* (1959/1965/1971) sowie der *Erwerbsstatus* (Vollzeit/Teilzeit) verwendet. In allen fünf Berufsgruppen gibt es einen sehr hohen Frauenanteil sowie deutlich mehr Beschäftigte in Teilzeit als unter den Erwerbstätigen im Allgemeinen (*Tab. 1*).

**Tabelle 1:** Beschreibung der Stichprobe

	Alle Erwerbstätigen		Gesundheits- und Krankenpflege		Altenpflege		Heilerziehungs-/ Familienpflege		Arzt- und Praxishilfe		Medizinisches Laboratorium und Pharmazie	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
	100	7 514	100	261	100	110	100	131	100	125	100	88
<b>Geschlecht</b>												
männlich	47,4	3564	13,8	36	8,2	9	18,3	24	4,8	6	15,9	14
weiblich	52,6	3950	86,2	225	91,8	101	81,7	107	95,2	119	84,1	74
<b>Geburtsjahr</b>												
1959	27,9	2092	27,6	72	34,5	38	30,5	40	24,0	30	30,7	27
1965	38,8	2917	44,8	117	33,6	37	35,1	46	42,4	53	34,1	30
1971	33,3	2501	27,6	72	31,8	35	34,4	45	33,6	42	35,2	31
<b>Erwerbsstatus</b>												
Vollzeit	68,4	5138	41,8	109	50,0	55	35,1	46	37,6	47	44,3	39
Teilzeit	31,6	2376	58,2	152	50,0	55	64,9	85	62,4	78	55,7	49

*Gewünschtes Ausstiegsalter.* In der lidA-Studie wurden die Beschäftigten Folgendes gefragt: „Unabhängig von den gesetzlichen Regelungen zur Rente, bis zu welchem Alter würden Sie gerne

arbeiten? (offene Antwort, in Jahren)“. Durch diese Frageformulierung soll bewusst ein Wunsch, unabhängig der eigenen Möglichkeiten, erfasst werden und kein realistischer Plan.

*Veränderung des gewünschten Ausstiegsalters aufgrund der Covid-19-Pandemie.* Allein Beschäftigte im Gesundheitsdienst wurden gefragt, ob „ihre persönlichen Erfahrungen mit der Corona-Pandemie, Einfluss darauf hatten, bis zu welchem Alter die gerne arbeiten möchten (Ja, heute möchte ich länger arbeiten als vor der Pandemie/ Ja, heute möchte ich kürzer arbeiten als vor der Pandemie/ Nein, kein Einfluss)“. Da nur sehr wenige Beschäftigte angaben, nun länger als vor der Pandemie arbeiten zu wollen, werden aus Datenschutzgründen nur die Ergebnisse zur Verkürzung des gewünschten Ausstiegsalters dargestellt.

*Fragen zur Covid-19-Pandemie.* Um die Situation und die persönlichen Erfahrungen der Beschäftigten im Gesundheitsdienst während der Covid-19-Pandemie zusammenzufassen, werden fünf Fragen ausgewertet. Die *Arbeit im Home-Office* während der Pandemie (ja/nein), die Bewertung, ob die *Arbeit während der Covid-19-Pandemie stressiger* geworden ist (ja/nein), die eigene *Infektion mit SARS-CoV-2* (ja/nein), das Auftreten von *Krankheitssymptomen aufgrund der Infektion mit SARS-CoV-2* (ja/nein), das Auftreten von *Spätfolgen der Infektion mit SARS-CoV-2*, welche sie noch zum Zeitpunkt der Befragung im Alltag einschränkten (ja/nein) sowie das *Wohlbefinden während der Covid-19-Pandemie* im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie (schlechter/gleich gut/besser) (Letztere Frage ging nur an Beschäftigte im Gesundheitsdienst).

### 2.3 Analysen

Mit den Daten der vierten Welle (2022/2023) der lidA-Studie werden Querschnittsanalysen durchgeführt. Diese umfassen die Darstellung von Häufigkeiten mit ergänzenden Chi-Quadrat-Tests sowie von Mittelwerten mit begleitenden ANOVAs getrennt nach Geburtsjahr jeweils für die gesamte Stichprobe sowie für die fünf Berufsgruppen.

Die Analysen erfolgen mit SPSS Version 28.

## 3. Ergebnisse

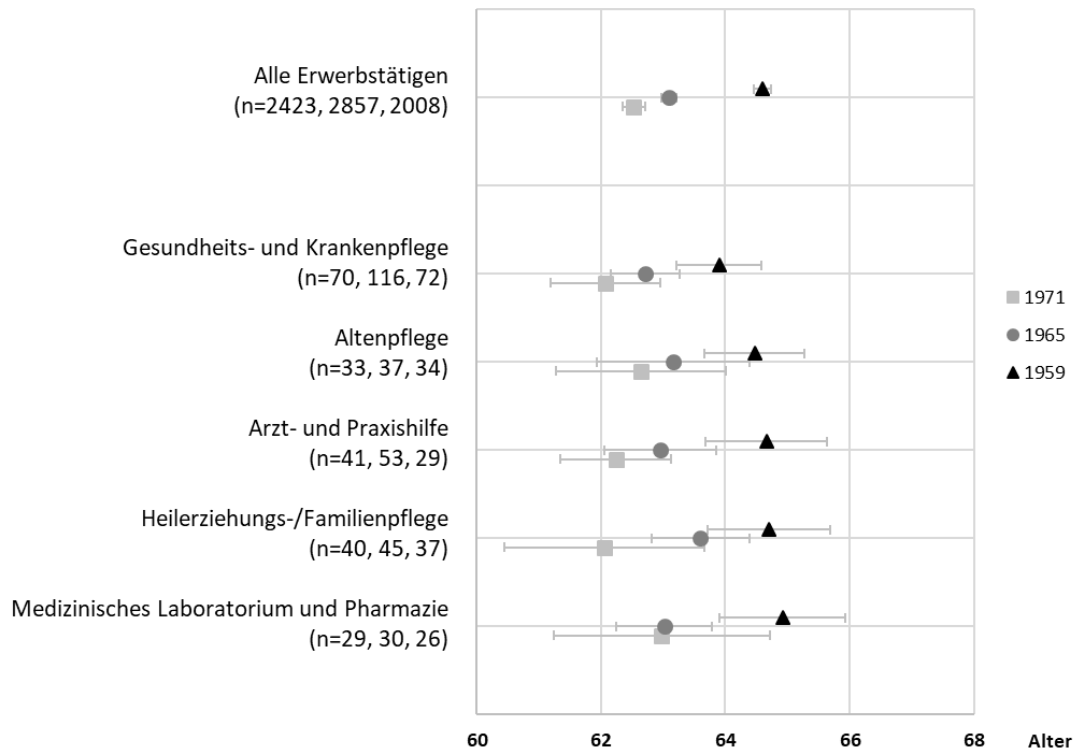
Um die Forschungsfragen zu beantworten, werden zunächst die Ergebnisse zum gewünschten Ausstiegsalter dargestellt (3.1). Anschließend wird der Frage nachgegangen, inwieweit die persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie das gewünschte Ausstiegsalter der Beschäftigten im Gesundheitsdienst beeinflusst haben (3.2). Zuletzt werden die Situation und die persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie für die fünf Berufsgruppen anhand der lidA-Daten zusammengefasst (3.3).

### 3.1 Das gewünschte Ausstiegsalter – Bis zu welchem Alter möchten die Beschäftigten arbeiten?

Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse für das gewünschte Ausstiegsalter getrennt nach Geburtsjahr. Für die Gesamtheit der Erwerbstätigen sowie für alle fünf Berufsgruppen zeigt sich, dass je älter die Beschäftigten sind, sie auch gerne länger erwerbstätig bleiben würden. Die Erwerbstätigen des Jahrgangs 1959 möchten im Mittel bis zum Alter von 64,6 Jahren arbeiten, die des Jahrgangs 1965 bis 63,1 Jahre und die 1971-Geborenen nur bis 62,5 Jahre. Der Unterschied zwischen den drei Geburtsjahrgängen lässt sich auf einen Alterseffekt zurückführen, denn Garthe und Hasselhorn (2023a) stellten in Längsschnittanalysen fest, dass dieselben Beschäftigten mit zunehmenden Alter aussagten auch länger arbeiten zu wollen. Sie passen ihr gewünschtes Ausstiegsalter mit der Zeit an (Hasselhorn, 2020).

Betrachtet man nun die Ergebnisse für die Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst fällt auf, dass die Mittelwerte der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege bei allen drei Geburtsjahrgängen unter den Mittelwerten aller Erwerbstätigen liegen. Dagegen möchten

Beschäftigte im medizinischen Laboratorium und in der Pharmazie im Mittel etwas länger erwerbstätig bleiben. Große Unterschiede zwischen den Geburtsjahrgängen zeigen sich zudem bei den Beschäftigten in der Heilerziehungs- und Familienpflege. Die Ergebnisse der ANOVA zeigen jedoch keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den fünf Berufsgruppen je Geburtsjahrgang. Auffällig ist, dass keine der untersuchten Gruppen im Mittel gerne bis zur gesetzlichen Regelaltersgrenze von 66 bzw. 67 Jahren erwerbstätig bleiben möchte.



**Abbildung 1:** Das gewünschte Ausstiegsalter der Gesundheitsberufe (2022/2023), getrennt nach Geburtsjahr (Gruppenmittelwerte mit Konfidenzintervallen). Gruppengrößen entsprechen den Symbolen von links nach rechts.

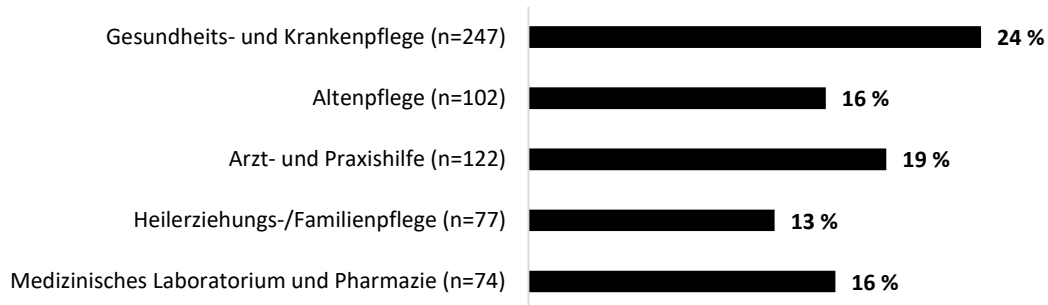
Zusammengefasst mochten die älteren Erwerbstätigen im Mittel nicht bis zum gesetzlichen Regelrentenalter arbeiten. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass das aktuelle Alter der Beschäftigten zum Zeitpunkt der Befragung eine wichtige Rolle spielt, denn die älteren Beschäftigten möchten länger erwerbstätig bleiben als die jüngeren. In den Analysen fällt die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegenden auf. Sie möchten im Berufsvergleich sowie im Vergleich mit allen Erwerbstätigen am wenigsten lange erwerbstätig bleiben.

### 3.2 Die Veränderung des gewünschten Ausstiegsalters infolge der Covid-19-Pandemie

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass Beschäftigte im Gesundheitsdienst weniger lange erwerbstätig bleiben möchten als die Gesamtgruppe der Erwerbstätigen. Nach der Frage, wie lange sie noch erwerbstätig bleiben möchten, wurden sie nun ergänzend gefragt, ob ihre persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie ihr gewünschtes Ausstiegsalter beeinflusst haben.

In allen Berufsgruppen möchte ein Teil der Beschäftigten aufgrund der Covid-19-Pandemie weniger lange erwerbstätig bleiben als zuvor (Abb. 2). Von den Gesundheits- und Krankenpflegenden sagte dies etwa jede\*r Vierte aus und von den Arzt- und Praxishilfen etwa jede\*r Fünfte. Analysen getrennt nach Geburtsjahrgang zeigten, dass es bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden vor allem die beiden

jüngeren Jahrgänge waren, die dieser Aussage zustimmten (nicht gezeigt). Dies sind auch die Beschäftigten, welche im Berufsvergleich am frühesten aufhören möchten zu arbeiten (*siehe Abb. 1*). Beschäftigte in der Heilerziehungs- und Familienpflege sowie im medizinischen Laboratorium und der Pharmazie stimmten weniger häufig zu. Hier sind es eher die älteren Beschäftigten, die häufig früher aufhören möchten zu arbeiten als zuvor (nicht gezeigt). Diese Gruppen möchten im Vergleich am längsten erwerbstätig bleiben (*siehe Abb. 1*).



**Abbildung 2:** Verkürzung der Erwerbsmotivation infolge der persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie

### 3.3 Die persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie

Nun stellt sich die Frage, welche persönlichen Erfahrungen die Beschäftigten im Gesundheitsdienst während der Covid-19-Pandemie gemacht haben. Die Befragung nach der Covid-19-Pandemie in den Jahren 2022/2023 ermöglichte den Beschäftigten, ihre Erfahrungen während der Pandemie rückblickend zu bewerten und diese für die Jahre der Pandemie zusammenzufassen.

Die Erfahrungen der Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst weichen in mehreren Aspekten von denen der Gesamtheit aller Erwerbstätigen deutlich ab. So haben etwa 60 % der Erwerbstätigen während der Covid-19-Pandemie im Homeoffice gearbeitet, jedoch – erwartungsgemäß – keine bis wenige Beschäftigte aus der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege sowie der Arzt- und Praxishilfe. In der Heilerziehungs- und Familienpflege sowie im medizinischen Labor und der Pharmazie war es etwa jede\*r Vierte. Des Weiteren bestätigte etwa die Hälfte der Erwerbstätigen, dass die Arbeit während der Covid-19-Pandemie stressiger geworden sei. In der Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege waren es sogar 4 von 5 Beschäftigte und in den weiteren Berufsgruppen etwa 70 % der Beschäftigten.

Unterschiede zeigen sich auch bei den Beschäftigten, die sich mit SARS-CoV-2 infiziert haben. Während sich etwa die Hälfte der befragten Erwerbstätigen in der lidA-Studie infizierte, waren es etwa 64 % in der Altenpflege sowie der Arzt- und Praxishilfe und etwa 72 % in der Heilerziehungs- und Familienpflege. Krankheitssymptome waren bei fast allen Infizierten vorhanden. Spätfolgen der Infektion mit SARS-CoV-2, welche die Beschäftigten im Alltag bis zum Zeitpunkt der Befragung einschränkten, nannten etwa 26 % der Infizierten und ein auffällig hoher Anteil der infizierten Altenpflegenden (etwa 54 %).

Ausschließlich Beschäftigte im Gesundheitsdienst wurden zusätzlich gefragt, wie sie ihr Wohlbefinden während der Covid-19-Pandemie bewerteten. Die Ergebnisse zeigen: wenigen ging es sogar besser, einem Großteil ging es jedoch schlechter, insbesondere den Gesundheits- und Krankenpflegenden (etwa 70 %) sowie den Altenpflegenden (etwa 69 %).

Zusammengefasst konnten die Beschäftigten aus dem Gesundheitsdienst kaum im Homeoffice arbeiten und haben sich deutlich häufiger als Erwerbstätige im Allgemeinen mit SARS-CoV-2 infiziert. Ein Großteil dieser Beschäftigten bewertete die Arbeit während der Covid-19-Pandemie zudem als stressiger und ihr Wohlergehen schlechter als vor der Pandemie.

**Tabelle 2:** Persönliche Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie

	Alle Erwerbstätigen		Gesundheits- und Krankenpflege		Altenpflege		Heilerziehungs-/ Familienpflege		Arzt- und Praxishilfe		Medizinisches Laboratorium und Pharmazie	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Homeoffice während der Covid-19-Pandemie <sup>a</sup>												
ja	60,5	4470	5,4	14	0,0	0	25,4	33	4,0	5	27,3	24
nein	39,5	2919	94,6	245	100,0	109	74,6	97	96,0	120	72,7	64
Arbeit während Covid-19-Pandemie stressiger geworden <sup>a</sup>												
ja	48,4	3587	84,2	219	78,2	86	66,9	87	67,7	84	71,6	63
nein	51,6	3830	15,8	41	21,8	24	33,1	43	32,3	40	28,4	25
Infektion mit SARS-CoV-2												
ja	53,8	4022	60,4	157	64,5	71	72,3	94	64,0	80	54,0	47
nein	46,2	3449	39,6	103	35,5	39	27,7	36	36,0	45	46,0	40
Krankheitssymptome aufgrund der Infektion mit SARS-CoV-2												
ja	83,2	3345	90,5	142	87,3	62	91,5	86	83,7	67	83,0	39
nein	6,6	264	6,4	10	11,3	8	3,2	3	8,8	7	6,4	3
keine Angabe	10,2	413	3,1	5	1,4	1	5,3	5	7,5	6	10,6	5
Spätfolgen der Infektion mit SARS-CoV-2												
ja	26,2	1055	29,9	47	53,5	38	36,2	34	26,3	21	14,9	7
nein	71,8	2888	67,5	106	45,1	32	62,8	59	73,8	59	83,0	39
keine Angabe	2,0	79	2,6	4	1,4	1	1,0	1	0,0	0	2,1	1
Wohlbefinden während der Covid-19-Pandemie <sup>a</sup>												
schlechter			70,4	174	68,6	70	63,2	48	53,3	65	62,2	46
gleich gut			26,7	66	28,4	29	31,6	24	41,8	51	37,8	28
besser			2,8	7	2,9	3	5,3	4	4,9	6	0,0	0

<sup>a</sup> Signifikanter Chi-Quadrat-Test ( $p < .05$ ) für Kreuztabellen der fünf Berufsgruppen

#### 4. Diskussion

Zusammenfassend möchten die älteren Erwerbstätigen im Mittel nicht bis zur gesetzlichen Regelaltersgrenze von 66 bzw. 67 Jahren arbeiten. Dabei möchten die älteren Beschäftigten im Mittel länger arbeiten als die jüngeren. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Beschäftigten ihr gewünschtes Ausstiegsalter mit zunehmendem Alter anpassen. Vor allem möchten Gesundheits- und Krankenpflegende vergleichsweise früh aufhören zu arbeiten (siehe Abschnitt 3.1). Des Weiteren bestätigte zumeist etwa jede\*r fünfte Beschäftigte aus dem Gesundheitsdienst, dass die persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie dazu geführt haben, dass sie nun weniger lange erwerbstätig bleiben möchten als zuvor. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden war dies sogar jede\*r vierte Beschäftigte (siehe Abschnitt 3.2). Alle Berufsgruppen, jedoch besonders die Gesundheits- und Krankenpflege, waren in besonderem Maße durch die Covid-19-Pandemie belastet. Sie berichteten von deutlich erhöhtem Stress sowie vermindertem Wohlbefinden (siehe Abschnitt 3.3).

Die neuen Ergebnisse aus der lidA-Studie bestätigen, dass auch bei der Unterscheidung zwischen verschiedenen Geburtsjahrgängen, Beschäftigte aus dem Gesundheitsdienst weniger lange arbeiten möchten als ältere Erwerbstätige im Allgemeinen. Dies war vor (Garthe & Hasselhorn, 2023a) wie nach der Covid-19-Pandemie der Fall. Der gewünschte Zeitpunkt des Ausstiegs aus dem Berufsleben drückt

zunächst einen subjektiven Wunsch unabhängig von gesetzlichen Regelungen, finanziellen Auswirkungen und persönlichen Möglichkeiten aus und ist nicht mit dem tatsächlichen Erwerbsausstieg gleichzusetzen (Hess, 2018). Dennoch ist zu vermuten, dass sich dieser Wunsch auf die aktuelle Arbeitsmotivation auswirkt und Bestrebungen zu einem früheren tatsächlichen Austritt aus der Erwerbstätigkeit fördern. In der Regel können und planen die älteren Beschäftigten länger zu arbeiten als sie möchten. Es ist jedoch bereits aufgefallen, dass Pflegepersonen im Mittel länger planen zu arbeiten als sie es laut eigener Aussage können (Garthe & Hasselhorn, 2023a). Dies könnte auf eine finanzielle Notwendigkeit zurückzuführen sein.

Zudem zeigen die Ergebnisse, dass die Zusatzbelastungen und persönlichen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie, diese Situation weiter verschärfen. Die Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie haben bei etwa jedem vierten Beschäftigten aus dem Gesundheitsdienst dazu geführt, dass sie weniger lange erwerbstätig bleiben möchten als vor der Pandemie. Dies ist ein bemerkenswert hoher Anteil, vor allem im Kontext alternder Belegschaften. Damit bestätigen die Ergebnisse auch, dass eine Verschlechterung von Arbeitsbedingungen, in diesem Falle durch die Covid-19-Pandemie, zu einer Verkürzung des gewünschten Ausstiegsalters führen kann (Garthe & Hasselhorn, 2023b). Für manche Beschäftigten könnte dies die Folge gesundheitlicher Langzeitauswirkungen sein. So wurde mittels systematischer Reviews und Meta-Analysen für Beschäftigte in der Pflege ein hohes Risiko für die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung festgestellt (Carmassi et al., 2020; Qi et al., 2022).

Wie mittlerweile zahlreiche internationale Veröffentlichungen (siehe z.B. Arafa, Mohammed, Mahmoud, Elshazley & Ewis, 2021; Eurofound, 2023; Giusti et al., 2024), zeigen auch die Ergebnisse der lidA-Studie für Deutschland, dass die Beschäftigten im Gesundheitsdienst in besonderem Maße von der Covid-19-Pandemie betroffen waren. Sie berichteten von stark erhöhtem Stress und vermindertem Wohlbefinden. Viele Beschäftigte im Gesundheitsdienst hatten während der Pandemie (notwendigen) direkten Kontakt zu Infizierten und waren an der Behandlung und Pflege dieser Personen beteiligt, häufig in stationären Einrichtungen. Dadurch stieg auch das Infektionsrisiko (Fouad, Zawilla & Maged, 2023). Die erhöhten Infektionszahlen bei diesen Beschäftigten sind demnach nicht verwunderlich. Andere Studien stellten einen Anstieg von Präsentismus in der Pflege fest, also ein Weiterarbeiten, obwohl Symptome einer Erkrankung an SARS-CoV-2 vorlagen (Ishimaru et al., 2023; Linsenmeyer et al., 2023). Eine weitere Belastung stellten die wechselnden Arbeitsbedingungen dar. Diese waren geprägt durch wechselnde Schutzmaßnahmen und -vorgaben und die wechselnde Verfügbarkeit von Schutzausrüstungen, begleitet von einer (anfänglichen) Unwissenheit über die Infektionswege von SARS-CoV-2 (Schilling et al., 2021). Als besondere Belastung kamen für viele Pflegekräfte, beispielsweise in stationären Altenpflegeeinrichtungen, die vermehrten Erfahrungen mit Sterben und Tod hinzu (Gleich, Turlik, Schmidt & Wohlrab, 2021). Zusammengenommen passen die bisherigen Forschungsergebnisse zu den neuen Ergebnissen aus der lidA-Studie, nämlich, dass die Gesundheits- und Krankenpflege und zum Teil auch die Altenpflege im Berufsvergleich besonders auffallen. Sie möchten am wenigsten lange erwerbstätig bleiben, am häufigsten infolge der Covid-19-Pandemie früher in den Ruhestand gehen als vor der Pandemie und waren am stärksten von der Covid-19-Pandemie belastet.

#### *4.1 Limitationen und Stärken*

Die Analysen weisen verschiedene Limitationen auf. Erstens wurden nur ausgewählte Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst miteinander verglichen. Zukünftige Studien sollten auch einen Vergleich mit Berufen außerhalb des Gesundheitsdienst untersuchen, um die Belastung der Covid-19-Pandemie in Relation zu anderen Berufen setzen zu können. Zweitens konnte mit der lidA-Studie die Veränderung des gewünschten Ausstiegsalters aufgrund der Covid-19-Pandemie sowie das Wohlergehen während der Pandemie nur für den Gesundheitsdienst untersucht werden. Drittens wurden nur Querschnittsanalysen durchgeführt. Längsschnittanalysen, die die Veränderung des gewünschten Ausstiegsalters sowie Veränderung von Stress und Wohlbefinden untersuchen, würden weitere Erkenntnisse bringen.

Zu den Stärken der Analysen gehören die Stratifizierung nach Geburtsjahrgängen für die alterssensible Frage zum gewünschten Ausstiegalter sowie die Möglichkeit verschiedene Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst unterscheiden zu können.

## 5. Fazit

Nach einer Definition von Eurofound gehören Gesundheitsberufe zu den sogenannten systemrelevanten Berufen, also zu den Berufen, welche für das Funktionieren einer Gesellschaft notwendig sind (Eurofound, 2023). Beschäftigte im Gesundheitsdienst werden aktuell und in Zukunft dringend benötigt, nicht zuletzt aufgrund des demografischen Wandels. Jedoch gibt es in Deutschland einen hohen Anteil älterer Beschäftigter im Gesundheitsdienst, welche von den stark erhöhten Belastungen der Covid-19-Pandemie besonders betroffen waren, zum Teil mit Langzeitfolgen (Qi et al., 2022). Diese Beschäftigten, vor allem die große Gruppe der Babyboomer, geht nun nach und nach in den Ruhestand und wenn es nach ihnen geht, auch deutlich früher als die Regelaltersgrenze in Deutschland dies vorsieht. Die Belastungen der Covid-19-Pandemie haben diesen Trend verschärft. Erste Forschende ziehen ein Fazit für die zukünftige Arbeit in der Pflege und den Umgang mit Pandemiesituationen. Sie legen nahe, ausgewählte Strategien, die im Laufe der Pandemie entwickelt wurden, zum Teil auch nach der Pandemie weiterführen (Martínez-Payá, Carrillo & Guilabert, 2022) sowie besonderen Fokus auf die Erhaltung und den Schutz der Gesundheit zu legen (Schwartz, Sinskey, Anand & Margolis, 2020). So sollen Strategien zum Umgang mit einer Pandemie gesichert und für die Zukunft schnell umsetzbar gemacht werden.

## Literaturverzeichnis

- Arafa, A., Mohammed, Z., Mahmoud, O., Elshazley, M. & Ewis, A. (2021). Depressed, anxious, and stressed. What have healthcare workers on the frontlines in Egypt and Saudi Arabia experienced during the COVID-19 pandemic? *Journal of Affective Disorders*, 278, 365–371.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.080>
- BARMER (2020). *BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 26). Rheinbreitbach.
- Bundesagentur für Arbeit (2010). *Klassifikation der Berufe 2010 – Band 1. Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen* (Bundesagentur für Arbeit, Hrsg.). Nürnberg.
- Carmassi, C., Foghi, C., Dell’Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E. et al. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks. What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 292, 113312.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>
- Çivilidağ, A., Durmaz, Ş. & Uslu, B. (2024). The effect of coronavirus (COVID-19) on job satisfaction, work stress and burnout of healthcare workers. A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 53 (7), 1482–1495. <https://doi.org/10.18502/ijph.v53i7.16043>
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yrondi, A., Brunault, P., Bienvenu, T. et al. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19). Quels risques pour leur santé mentale ? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. *L’Encephale*, 46 (3S), 73–80.  
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
- Eurofound (2023). *Job quality of COVID-19 pandemic essential workers*. European Working Conditions Telephone Survey series (Eurofound, Hrsg.) (Working conditions and sustainable work). Luxemburg: Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2806/850826>

- Fouad, M. M., Zawilla, N. H. & Maged, L. A. (2023). Work performance among healthcare workers with post COVID-19 syndrome and its relation to antibody response. *Infection*, 51 (4), 839–849. <https://doi.org/10.1007/s15010-022-01942-4>
- Garthe, N. & Hasselhorn, H. M. (2023a). Die Erwerbsperspektive in Berufen des Gesundheitsdienstes – Wie lange wollen, können und planen ältere Erwerbstätige (zu) arbeiten? *Gesundheitswesen*, 85 (6), 514–521. <https://doi.org/10.1055/a-1915-4324>
- Garthe, N. & Hasselhorn, H. M. (2023b). Wollen und können ältere Beschäftigte länger erwerbstätig bleiben, wenn sich ihre Arbeit verbessert? *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 73 (2), 49–63. <https://doi.org/10.1007/s40664-022-00490-w>
- Giusti, E. M., Veronesi, G., Gianfagna, F., Magnavita, N., Campana, F., Borchini, R. et al. (2024). The independent and interactive effects of changes in overtime and night shifts during the COVID-19 pandemic on burnout among nurses. A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 50 (6), 475–484. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4176>
- Gleich, S., Turlik, V., Schmidt, S. & Wohlrab, D. (2021). COVID-19-Sterbefälle bei Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen in München – Todesursachen und Sterbeorte. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64 (9), 1136–1145. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03395-w>
- Hasselhorn, H. M. (2020). Wie lange wollen und können Erwerbstätige in Deutschland arbeiten? *Deutsche Rentenversicherung* (04), 485–506.
- Hasselhorn, H. M. & Ebener, M. (2023). Frühzeitiger Ausstieg der Babyboomer aus dem Erwerbsleben – Ergebnisse der lidA-Studie. *Deutsche Rentenversicherung* (02), 152–174.
- Hess, M. (2018). Erwartetes und gewünschtes Renteneintrittsalter in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51 (1), 98–104. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1053-x>
- Ishimaru, T., Yoshikawa, T., Okawara, M., Kido, M., Nakashima, Y., Nakayasu, A. et al. (2023). Presenteeism in front-line physicians involved in COVID-19-related clinical practice. A national survey of employed physician members of the Japan Medical Association. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 28, 13. <https://doi.org/10.1265/ehpm.22-00194>
- Linsenmeyer, K., Mohr, D., Gupta, K., Doshi, S., Gifford, A. L. & Charness, M. E. (2023). Sickness presenteeism in healthcare workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. An observational cohort study. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 44 (10), 1693–1696. <https://doi.org/10.1017/ice.2023.47>
- Martínez-Payá, M., Carrillo, I. & Guilabert, M. (2022). Lessons learned from the COVID-19 pandemic in nursing homes. A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (24). <https://doi.org/10.3390/ijerph192416919>
- Merkel, S., Ruokolainen, M. & Holman, D. (2019). Challenges and practices in promoting (ageing) employees working career in the health care sector - case studies from Germany, Finland and the UK. *BMC Health Services Research*, 19 (1), 918. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4655-3>
- Qi, G., Yuan, P., Qi, M., Hu, X., Shi, S. & Shi, X. (2022). Influencing factors of high PTSD among medical staff during COVID-19. Evidences from both meta-analysis and subgroup analysis. *Safety and Health at Work*, 13 (3), 269–278. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2022.06.003>
- Schilling, J., Tolksdorf, K., Marquis, A., Faber, M., Pfoch, T., Buda, S. et al. (2021). Die verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland. Eine deskriptive Analyse von Januar 2020 bis Februar 2021. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64 (9), 1093–1106. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03394-x>
- Schwartz, R., Sinskey, J. L., Anand, U. & Margolis, R. D. (2020). Addressing postpandemic clinician mental health. A narrative review and conceptual framework. *Annals of Internal Medicine*, 173 (12), 981–988. <https://doi.org/10.7326/M20-4199>

Statistisches Bundesamt (2023). *Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. Pressemitteilung Nr. 124.* Zugriff am 13.10.2024. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23\\_124\\_12.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html)

Statistisches Bundesamt (2024). *Pflegekräftevorausberechnung*, Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/pflegekraeftevorausberechnung.html>

Zbl Arbeitsmed  
<https://doi.org/10.1007/s40664-025-00580-5>  
Eingegangen: 10. Dezember 2024  
Angenommen: 20. März 2025

© The Author(s) 2025



Nina Garthe · Jean-Baptist du Prel

Fachgebiet Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal, Wuppertal, Deutschland

# Die Arbeit während der COVID-19-Pandemie und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit

## Gesundheits-, Bildungs- und soziale Berufe im Vergleich

### Einleitung

„Deutschland ist gut durch die Pandemie gekommen. Das verdanken wir nicht zuletzt einer konsequenten Corona-Politik“, erklärte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im Februar 2023 [5]. Wir blicken nun auf die COVID-19-Pandemie zurück, welche unser gesellschaftliches und Arbeitsleben zeitweise weitreichend verändert hat. Die Chronik des Pandemieverlaufs des Bundesministeriums für Gesundheit zeigt rückblickend, wie schnell sich der Erreger SARS-CoV-2 ausgebreitet hat [5]. Nach dem ersten Fall in Deutschland im Januar 2020 wurde im Februar schon von einer weltweiten Ausbreitung berichtet. Hierzulande wurden bereits im März 2020 erste Schutzempfehlungen für die Bevölkerung ausgesprochen sowie Pläne für Entlastungen des Gesundheitsdienstes durch Vereinfachung der Bürokratie umgesetzt. Mit der Kennzeichnung des Infektionsgeschehens als *Pandemie* gingen weitreichende Folgen für die Bevölkerung und die Arbeitswelt einher [35]. Erste Tests waren Mitte 2020 und erste Impfungen im Dezember 2020 verfügbar, gefolgt von dem ersten *harten Lockdown*. Nach mehreren Infektionswellen mit unterschiedlich starken Einschränkungen für Bevölkerung und Arbeitswelt wurde die Pandemie Anfang 2023 für beendet erklärt.

Schutzmaßnahmen, wie Testungen, Impfungen und Lockdowns haben sich

auf den Arbeitsalltag der Beschäftigten in Deutschland ganz unterschiedlich ausgewirkt. Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurde der Begriff *systemrelevante Berufe* prominent. Der Begriff schließt Berufe ein, die den Kampf gegen SARS-CoV-2 unterstützten oder dazu beitrugen, dass die Gesellschaft trotz des Pandemiegeschehens weiter funktionieren konnte [10]. Laut Eurofound [10] umfasst dieser berufliche Tätigkeiten im Gesundheits- und Pflegebereich, im Bildungsbereich, in Büros, in der Reinigung und Entsorgung, in der Lebensmittelindustrie, in der Geschäftsführung und in der Politik, in der manuellen Arbeit, im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologien, in der Wissenschaft und Technik, im Sicherheitsbereich und im Transportbereich. Die dort Beschäftigten mussten zum Teil mit besonderer Schutzausrüstung vor Ort weiterarbeiten, während viele Beschäftigte anderer Berufe in die Arbeit aus dem Homeoffice wechseln konnten. Beschäftigte mit häufigen beruflichen Kontakten, vor allem diejenigen aus dem Gesundheits- und Pflegebereich sowie dem Bildungsbereich, waren besonders betroffen. Insbesondere Beschäftigte im Gesundheitsdienst waren zudem schon vor der Pandemie als besonders beanspruchte Gruppe mit hohen Arbeitsbelastungen bekannt [3]. Letztere stellen dabei eine besondere Herausforderung für ältere Beschäftigte

dar, welche mittlerweile einen Großteil der Beschäftigten im weiblich geprägten Pflegebereich darstellen [29].

Dieser Beitrag legt den Fokus auf ältere Beschäftigte aus dem Gesundheits- und Pflegebereich sowie dem Bildungsbereich. Wie wirkte sich die COVID-19-Pandemie auf die Beschäftigten in diesen Berufen mit häufigem Kontakt zu Menschen aus, die größtenteils nicht ins Homeoffice wechseln konnten? Die Daten der lidA-Kohortenstudie ermöglichen, die Arbeitsbedingungen der älteren Beschäftigten in diesen Berufsgruppen in Deutschland während der COVID-19-Pandemie zu beschreiben sowie deren Wohlbefinden, Stresserleben, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit vor und direkt nach der Pandemie miteinander zu vergleichen. Hierzu beantwortet dieser Beitrag Forschungsfragen zur eigenen Infektion mit SARS-CoV-2 (a), Fragen zur Weiterarbeit während der COVID-19-Pandemie (b) sowie Fragen zu den Auswirkungen der Pandemie (c).

- Wie häufig haben sich die Beschäftigten im Rahmen ihrer Arbeit mit SARS-CoV-2 infiziert? Wie lange sind die Beschäftigten aufgrund der SARS-CoV-2-Infektion beruflich ausgefallen?
- Mussten die Beschäftigten trotz engen Kontakts mit an SARS-CoV-2 Infizierten oder mit einer eigenen Infektion weiterarbeiten?

- c. Wie wirkte sich die COVID-19-Pandemie auf Wohlbefinden, Arbeitsstress, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit aus?

## Methodik

### Daten

Für die Analysen wurden die Daten der lidA(leben in der Arbeit)-Studie genutzt ([www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)). Die deutsche lidA-Studie ist eine prospektive Kohortenstudie zu den Themen Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilnahme, in welcher sozialversicherte Personen der Geburtsjahrgänge 1959, 1965 und 1971 (Letztere ab der 4. Erhebungswelle) befragt werden. Die Studie ist für Sozialversicherte dieser Jahrgänge repräsentativ.

Die lidA-Studie umfasst aktuell vier Erhebungswellen. Im Jahr 2011 (Welle 1) wurden 6585 Teilnehmende befragt, im Jahr 2014 (Welle 2) 4244 Teilnehmende und im Jahr 2018 (Welle 3) 3586 Teilnehmende. In der 4. Erhebungswelle, welche von Mai 2022 bis März 2023 stattfand, konnten durch Auffrischung der Panelstichprobe und Hinzunahme der 1971-Geborenen insgesamt 8884 Teilnehmende befragt werden. In den ersten drei Erhebungswellen wurden die Daten ausschließlich mittels CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing) bei den Befragten zuhause erhoben. In der vierten Welle wurde pandemiebedingt eine Kombination aus CAPI und CAPI-by-phone verwendet [27].

### Operationalisierung

**Berufsgruppen.** Insgesamt werden sechs Berufsgruppen miteinander verglichen. Diese umfassen drei Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst, die *Gesundheits- und Krankenpflege*, die *Altenpflege* sowie die *Arzt- und Praxishilfe*, als auch drei Berufsgruppen außerhalb des Gesundheitsdienstes, die *Kindernerziehung*, die *Sozialarbeit* und das *Schullehramt*. Letztere Berufsgruppen wurden ausgewählt, da in diesen – ähnlich zu den Berufsgruppen im Gesundheitsdienst – ein hoher Frauenanteil vorherrscht, häufige Kontakte mit Menschen zum Arbeitsalltag gehören und eine ausreichend hohe Fallzahl vor-

liegt (mindestens 100 Befragte). Die Berufsgruppen wurden auf Basis der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010, 3- und 5-Steller; [4]) erstellt.

**Soziodemografische Variablen.** Zur Beschreibung der Stichprobe und der Berufsgruppen wurden das *Geschlecht* (männlich/weiblich), das *Geburtsjahr* (1959/1965/1971) sowie der *Erwerbsstatus* (Vollzeit/Teilzeit) verwendet.

**Variablen zu SARS-CoV-2.** Infolge der COVID-19-Pandemie wurden spezielle Fragen zu SARS-CoV-2 in die lidA-Studie aufgenommen. Diese umfassen die Anzahl *sozialer Kontakte am Arbeitsplatz* pro Arbeitstag (bis 5/6 bis 25/26 bis 100/mehr als 100), *Kontakte zu Infizierten mit SARS-CoV-2 am Arbeitsplatz* (nein, kein Fall bekannt/ja, eher selten/ja, häufig), die *Sorge um Infektion mit SARS-CoV-2 während der Arbeit* (nie/selten/manchmal/oft/fast immer) sowie, ob die *Arbeit während der COVID-19-Pandemie stressiger geworden ist* (ja/nein). Weitere Fragen erfassen die eigene *Infektion mit SARS-CoV-2* (ja/nein), das *Jahr der Diagnose* (2020/2021/2022/2023), ob sich die Beschäftigten laut eigener Einschätzung *bei der Arbeit mit SARS-CoV-2 infiziert haben* (ja, sehr wahrscheinlich/möglicherweise/nein, wahrscheinlich nicht) und die *berufliche Ausfalldauer* aufgrund der Infektion (in Wochen). Beschäftigte im Gesundheitsdienst wurden zusätzlich gefragt, wie sie ihr *Wohlergehen während der COVID-19-Pandemie* im Vergleich zu den Jahren zuvor bewerten (schlechter/gleich gut/besser). Ebenfalls wurden sie gefragt, ob sie im Zeitraum von April 2020 bis April 2022 *trotz eigener Infektion mit SARS-CoV-2 sowie trotz engen ungeschützten Kontakts zu Infizierten mit SARS-CoV-2 weiterarbeiten mussten* (ja/nein).

**Gesundheit und Arbeitsfähigkeit.** *Psychische und körperliche Gesundheit* wurden mit dem Short Form Health Survey (SF-12) [22, 34] gemessen. Die Summenwerte liegen auf einer Skala von 0 (sehr schlechte Gesundheit) bis 100 (sehr gute Gesundheit). Zur Erfassung der *Arbeitsfähigkeit* wurde die zweite Dimension des Work Ability Indexes (WAI Dim 2) verwendet

[8]. Die Summenwerte liegen auf einer Skala von 2 (niedrige Arbeitsfähigkeit) bis 10 (hohe Arbeitsfähigkeit). Die so gemessene Arbeitsfähigkeit beschreibt die aktuelle selbstberichtete Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen und körperlichen Anforderungen bei der Arbeit.

### Analysen

Die Analysen umfassen sowohl Quer- als auch Längsschnittdaten.

Für die Querschnittsanalysen werden die Daten der vierten Welle (2022/2023) der lidA-Studie genutzt, um die Arbeitssituation während der COVID-19-Pandemie sowie das SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen zu beschreiben. In die Analysen werden nur Personen einbezogen, die zum Befragungszeitpunkt in Vollzeit oder Teilzeit beschäftigt waren ( $n = 7514$ ). Für die gesamte Stichprobe sowie für die sechs Berufsgruppen werden deskriptive Analysen (Häufigkeiten und Mittelwerte) sowie ergänzende Chi-Quadrat-Tests durchgeführt.

Die Längsschnittdaten umfassen die Daten aller vier Wellen der lidA-Studie. Ziel der Analysen ist, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten in den Jahren vor und nach der COVID-19-Pandemie miteinander zu vergleichen. In die Analysen werden nur Personen einbezogen, welche zu allen Zeitpunkten teilgenommen haben (Panelfälle, Geburtsjahrgänge 1959 und 1965) und in Vollzeit oder Teilzeit beschäftigt waren sowie jeweils gültige Angaben zu den Outcomes gegeben haben ( $n = 1864-1877$ ). So kann sichergestellt werden, dass sich die Ergebnisse im Längsschnitt immer auf dieselben Personen beziehen. Für Gesundheit und Arbeitsfähigkeit werden Gruppenmittelwerte je Befragungswelle getrennt nach Berufsgruppen miteinander verglichen. Um zu untersuchen, ob sich die Mittelwerte signifikant voneinander unterscheiden, werden GLM Repeated Measures ANOVAs (RMA) berechnet. Hierbei werden drei Effekte unterschieden: Der *Zeiteffekt*, welcher die Mittelwerte unabhängig der Gruppen über die Zeit miteinander vergleicht, der *Gruppeneffekt*, welcher die Mittelwerte der Gruppen unabhängig der Zeit miteinander

N. Garthe · J.-B. du Prel

## Die Arbeit während der COVID-19-Pandemie und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Gesundheits-, Bildungs- und soziale Berufe im Vergleich

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Ältere Beschäftigte aus dem Gesundheits- und Pflegebereich standen während der COVID-19-Pandemie vor besonderen Herausforderungen. Ziel des Beitrags ist es, die Arbeitsbedingungen dieser Beschäftigten während der COVID-19-Pandemie zu beschreiben sowie deren Wohlbefinden, Stresserleben, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit vor und direkt nach der Pandemie miteinander zu vergleichen.

**Methodik.** Mit den Daten der lidA-Studie werden Quer- und Längsschnittanalysen durchgeführt. Dabei werden sechs Berufsgruppen aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich miteinander verglichen: die Gesundheits- und Krankenpflege, die

Altenpflege, die Arzt- und Praxishilfe sowie die Kindererziehung, die Sozialarbeit und das Schullehramt. Die Analysen umfassen Vergleiche von Häufigkeiten, Gruppenmittelwerten und GLM Repeated Measures ANOVAs.

**Ergebnisse.** Die Ergebnisse bestätigen, dass sich die COVID-19-Pandemie in besonderem Maße belastend auf ältere Beschäftigte der untersuchten Berufsgruppen auswirkte. So berichteten die Beschäftigten von häufigen Sorgen, sich zu infizieren, sowie häufigen Infektionen bei der Arbeit. Einzelne Beschäftigte aus dem Gesundheitsdienst mussten sogar trotz eigener SARS-CoV-2-Infektion weiterarbeiten. Für alle sechs Berufsgruppen zeigte sich während der COVID-

19-Pandemie ein geringeres Wohlbefinden sowie erhöhter Stress als auch eine deutliche Verschlechterung der psychischen Gesundheit und der Arbeitsfähigkeit direkt nach der Pandemie im Vergleich zu den Jahren davor.

**Diskussion.** In den sozialen Berufen herrschte bereits vor der COVID-19-Pandemie ein Personalmangel. Dieser hat sich durch die Auswirkungen der Pandemie auf Stress, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich weiter verschärft.

### Schlüsselwörter

Ältere Beschäftigte · SARS-CoV-2 · Pflege · Arbeitsstress · Psychische Gesundheit

## Work during the COVID-19 pandemic and its impact on health and work ability. Comparison of health, education and social professions

### Abstract

**Background.** Older employees in the healthcare sector faced special challenges during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. The aim of this article is to describe the working conditions of these employees during the COVID-19 pandemic and to compare their well-being, work stress, health and work ability before and directly after the pandemic.

**Methods.** Using data from the lidA study, cross-sectional and longitudinal analyses are conducted. A comparison was made between six occupational groups from the healthcare, education and social sectors: healthcare and nursing, geriatric care, medical assistance as

well as child education, social work and school teaching. The analyses include comparisons of frequencies, group means and generalized linear models (GLM) repeated measures ANOVA.

**Results.** The results confirm that the COVID-19 pandemic had a particularly stressful impact on older employees in the examined occupational groups. Employees reported frequent worries about becoming infected as well as frequent infections at work. Some employees in the healthcare sector even had to continue working despite having a severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection. For all six occupational

groups, a lower level of well-being, increased stress and a significant deterioration in mental health and work ability were observed immediately after the pandemic compared to the years before.

**Discussion.** There was already a shortage of staff in social occupations before the COVID-19 pandemic. This shortage has probably been exacerbated by the effects of the pandemic on work stress, health and work ability.

### Keywords

Older workers · SARS-CoV-2 · Nursing · Work stress · Mental health

der vergleicht, und der *Interaktionseffekt*, welcher getestet, ob sich die Mittelwerte der Gruppen über die Zeit signifikant unterschiedlich verändern. Zum Zeit- und Gruppeneffekt werden ergänzende Post-hoc-Tests (Bonferroni-korrigiert) durchgeführt, bei welchen jeweils die einzelnen Zeitpunkte bzw. die Gruppen miteinander verglichen werden.

Als Sensitivitätsanalysen werden die RMA nur für die drei Berufsgruppen aus dem Gesundheitsdienst sowie nur für die zwei Zeitpunkte Welle 3 und Welle 4 durchgeführt (hier aus Platzgrün-

den nicht dargestellt). Letzteres soll den Kontrast zwischen der Erhebung vor und nach der COVID-19-Pandemie gezielt untersuchen.

Alle Analysen wurden mit SPSS Version 28.0 durchgeführt.

### Ergebnisse

#### Beschreibung der Stichprobe

In **Tab. 1** werden die gesamte Stichprobe aller Erwerbstätigen sowie die sechs Berufsgruppen zum Zeitpunkt der vier-

ten Welle der lidA-Studie (2022/2023) beschrieben. Bis auf die Verteilung der Beschäftigten nach Geburtsjahr, weichen die sechs Berufsgruppen auffällig von der Gesamtstichprobe ab. In den ausgewählten Berufsgruppen arbeiteten anteilig deutlich mehr Frauen als in der Gesamtstichprobe (53 %), insbesondere in der Gesundheits- und Krankenpflege (etwa 86 %), der Altenpflege (etwa 92 %), der Arzt- und Praxishilfe (etwa 95 %) und der Kindererziehung (etwa 94 %). Zudem fanden sich partiell mehr Beschäftigte in

**Tab. 1** Beschreibung der Stichprobe (IidA-Welle 4, 2022/2023)

n	Erwerbstätige gesamt		Gesundheits- und Krankenpflege		Alten- pflege		Arzt- und Praxis- hilfe		Kinder- erziehung		Sozial- arbeit		Schullehr- amt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Geschlecht<sup>a</sup></b>														
Männlich	3564	47,4	36	13,8	9	8,2	6	4,8	13	6,5	39	23,2	58	33,9
Weiblich	3950	52,6	225	86,2	101	91,8	119	95,2	186	93,5	129	76,8	113	66,1
<b>Geburtsjahr</b>														
1959	2092	27,9	72	27,6	38	34,5	30	24,0	64	32,2	55	32,7	64	37,4
1965	2917	38,8	117	44,8	37	33,6	53	42,4	76	38,2	57	33,9	63	36,8
1971	2501	33,3	72	27,6	35	31,8	42	33,6	59	29,6	56	33,3	44	25,7
<b>Erwerbsstatus<sup>a</sup></b>														
Vollzeit	5138	68,4	109	41,8	55	50,0	47	37,6	82	41,2	90	53,6	116	67,8
Teilzeit	2376	31,6	152	58,3	55	50,0	78	62,4	117	58,8	78	46,4	55	32,2
<b>Soziale Kontakte am Arbeitsplatz<sup>a</sup></b>														
Bis 5	2698	36,9	25	9,8	8	7,3	7	5,7	11	5,7	35	21,6	13	7,8
6 bis 25	2854	39,0	103	40,4	45	40,9	39	32,0	80	41,2	77	47,5	56	33,3
26 bis 100	1270	17,4	104	40,8	49	44,5	67	54,9	91	46,9	46	28,4	68	40,5
Mehr als 100	494	6,8	23	9,0	8	7,3	9	7,4	12	6,2	4	2,5	31	18,5
<b>Kontakte zu Infizierten mit SARS-CoV-2 am Arbeitsplatz<sup>a</sup></b>														
Nein, kein Fall be- kannt	3165	43,4	17	6,5	10	9,2	26	21,0	41	21,0	39	23,6	33	19,6
Ja, eher selten	2922	40,0	86	33,1	33	30,3	52	41,9	76	39,0	75	45,5	73	43,5
Ja, häufig	1210	16,6	157	60,4	66	60,6	46	37,1	78	40,0	51	30,9	62	36,9
<b>Sorge um Infektion mit SARS-CoV-2</b>														
Nie, selten, manch- mal	5836	78,7	157	60,4	67	60,9	78	63,4	119	60,4	115	68,5	97	57,1
Oft, fast immer	1575	21,3	103	39,6	43	39,1	45	36,6	78	39,6	53	31,5	73	42,9

<sup>a</sup> Signifikanter Chi-Quadrat-Test ( $p < 0,05$ ) für Kreuztabellen der sechs Berufsgruppen

Teilzeit und solche mit häufigen sozialen Kontakten am Arbeitsplatz.

Auch hatten, wie erwartet, viele der Beschäftigten häufigen beruflichen Kontakt zu SARS-CoV-2-Infizierten, vor allem diejenigen in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege (Erwerbstätige gesamt: etwa 16 %, Pflege: etwa 60 %). Während nur etwa 20 % aller älteren Erwerbstätigen die Sorge teilten, sich selbst zu infizieren, waren es in den Pflegeberufen, bei der Kindererziehung und im Schullehramt jeweils etwa 40 %.

### (a) Die eigene Infektion mit SARS-CoV-2

Während sich nur knapp über die Hälfte der befragten Erwerbstätigen bis zum Erhebungsende im März 2023 mit SARS-CoV-2 infizierte, gaben dies über 60 % der Beschäftigten im Gesundheitsdienst und etwa 72 % in der Kindererziehung

an (Tab. 2). Von diesen hat sich ein großer Teil laut eigener Aussage wahrscheinlich bei der Arbeit infiziert. Nur jeweils etwa 30 % der Beschäftigten in der Altenpflege, 32 % in der Kindererziehung, 40 % im Schullehramt sowie 46 % in der Gesundheits- und Krankenpflege gaben an, sich wahrscheinlich *nicht* bei der Arbeit infiziert zu haben. Pflegekräfte haben sich zudem oftmals früher, bereits zu Beginn der Pandemie im Jahr 2020, infiziert (über 12 %; Erwerbstätige gesamt: etwa 7 %) und sind durchschnittlich länger beruflich ausgefallen.

### (b) Weiterarbeit während der COVID-19-Pandemie

Nach eigener Angabe mussten im Zeitraum von April 2020 bis April 2022 einige Beschäftigte im Gesundheitsdienst trotz SARS-CoV-2-Infektion (nicht im Home-office) weiterarbeiten. Das waren jeweils

etwa 5 % in der Arzt- und Praxishilfe, 7 % in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie 9 % in der Altenpflege (Tab. 2). Etwa ein Drittel der Pflegekräfte musste zudem trotz Kontakts zu Infizierten weiterarbeiten.

### (c) Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

Etwa 70 % der Pflegekräfte ging es infolge ihrer Arbeit während der COVID-19-Pandemie schlechter (Abb. 1). Dies traf auch auf etwa die Hälfte der Arzt- und Praxishilfen zu (signifikanter Chi-Quadrat-Test für den Gruppenvergleich;  $\chi^2[4] = 11,243; p = 0,024$ ). Nur sehr wenigen Beschäftigten im Gesundheitsdienst ging es besser.

Etwa die Hälfte der befragten Erwerbstätigen bestätigte, dass die Arbeit während der COVID-19-Pandemie stressiger geworden sei (Abb. 2). Deut-

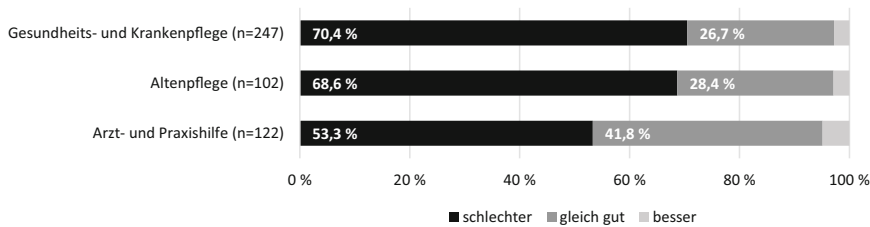
**Tab. 2** Infektion mit SARS-CoV-2 und Weiterarbeit während der COVID-19-Pandemie

n	Erwerbstätige gesamt		Gesundheits- und Krankenpflege		Altenpflege		Arzt- und Praxishilfe		Kindererziehung		Sozialarbeit		Schullehramt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7514			261		110		125		199		168		171	
	MW (SD) <sup>a</sup>													
	MW (SD) <sup>a</sup>													
	MW (SD) <sup>a</sup>													
<b>Infektion mit SARS-CoV-2<sup>b</sup></b>														
Ja	4022	53,8	157	60,4	71	64,5	80	64,0	142	71,7	98	58,7	93	54,7
Nein	3449	46,2	103	39,6	39	35,5	45	36,0	56	28,3	69	41,3	77	45,3
<b>Zeitpunkt der Diagnose<sup>b</sup></b>														
2020	264	6,6	19	12,2	9	12,7	3	3,8	6	4,3	5	5,2	3	3,2
2021	459	11,5	12	7,7	9	12,7	10	12,5	26	18,4	13	13,4	9	9,7
2022/2023	3279	81,9	125	80,1	53	74,6	67	83,8	109	77,3	79	81,4	81	87,1
<b>Infektion bei der Arbeit<sup>b</sup></b>														
Ja, sehr wahrscheinlich	833	21,8	57	37,3	39	58,2	26	33,3	68	48,9	25	26,0	36	40,0
Möglicherweise	689	18,0	26	17,0	8	11,9	13	16,7	26	18,7	18	18,8	18	20,0
Nein, wahrscheinlich nicht	2300	60,2	70	45,8	20	29,9	39	50,0	45	32,4	53	55,2	36	40,0
Berufliche Ausfalldauer (in Wochen)	3969		155		71		80		142		97		93	
		2,5 (3,6)			3,6 (7,7)		2,4 (1,5)		2,6 (3,6)		2,9 (3,0)		2,4 (2,5)	
<b>Weiterarbeit trotz Infektion mit SARS-CoV-2</b>														
Ja			11	7,2	6	8,8	4	5,2						
Nein			141	92,8	62	91,2	73	94,8						
<b>Weiterarbeit trotz Kontakt zu Infizierten mit SARS-CoV-2<sup>c</sup></b>														
Ja			65	28,1	26	28,3	13	13,4						
Nein			166	71,9	66	71,7	84	86,6						

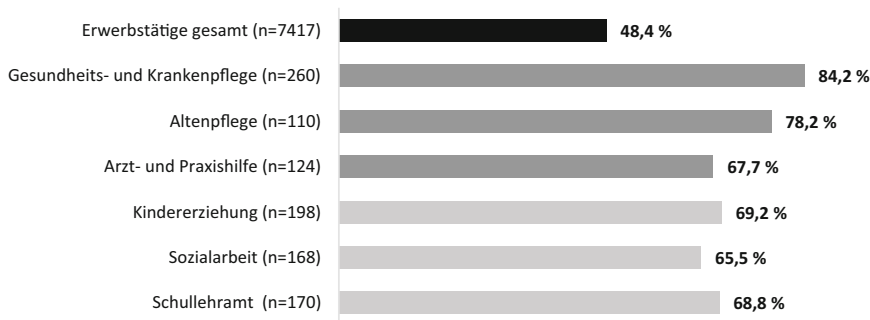
<sup>a</sup> MW Arithmetischer Mittelwert, SD „standard deviation“, Standardabweichung

<sup>b</sup> Signifikanter Chi-Quadrat-Test ( $p < 0,05$ ) für Kreuztabellen der sechs Berufsgruppen

<sup>c</sup> Signifikanter Chi-Quadrat-Test ( $p < 0,05$ ) für Kreuztabellen der drei Berufsgruppen



**Abb. 1** ▲ Wohlergehen während der COVID-19-Pandemie in Gesundheitsberufen



**Abb. 2** ▲ Arbeit ist während der COVID-19-Pandemie stressiger geworden (ja)

lich höher liegen die Anteile in allen sechs untersuchten Berufsgruppen, besonders in den Pflegeberufen (Gesundheits- und Krankenpflege: etwa 84%, Altenpflege: etwa 78%; signifikanter Chi-Quadrat-Test für den Gruppenvergleich;  $\chi^2[5] = 27,726$ ;  $p \leq 0,001$ ).

▣ **Abb. 3, 4 und 5** zeigen die Mittelwerte für die psychische und körperliche Gesundheit sowie die Arbeitsfähigkeit der Berufsgruppen zu den vier Erhebungszeitpunkten der lidA-Studie. Da in diesen Analysen nur Panelfälle einbezogen werden konnten, liegen hier deutlich kleinere Fallzahlen vor. Die Ergebnisse der zugehörigen Repeated Measures ANOVA (RMA) werden in **Tab. 3** dargestellt.

Für die psychische Gesundheit ist auffällig, dass diese über alle Gruppen hinweg in der vierten Welle der lidA-Studie (2022/2023), also während bzw. unmittelbar nach der COVID-19-Pandemie, deutlich abgenommen hat (**Abb. 3**). Die RMA bestätigen einen signifikanten Zeiteffekt. So liegen die Mittelwerte für 2022/2023 signifikant unter den Mittelwerten der Wellen 1 und 3. Der Gruppeneffekt und Interaktionseffekt für die psychische Gesundheit sind jedoch nicht signifikant. Die Gruppen haben zumeist ähnliche Mittelwerte und verändern sich ähnlich über die Zeit. Dies ist wahrscheinlich auf die bewusst

homogene Auswahl der Berufsgruppen zurückzuführen, welche während der COVID-19-Pandemie ähnlich exponiert waren. Abweichende Verläufe zeigen sich jedoch für die Altenpflege, welche in 2022/2023 sogar einen höheren Mittelwert aufweisen, und für die Arzt- und Praxishilfe, deren im Vergleich zuvor höchsten Mittelwerte nach der COVID-19-Pandemie deutlich abfallen.

Für die körperliche Gesundheit konnte ebenfalls ein signifikanter Zeiteffekt festgestellt werden, allerdings nur für die Vergleiche zwischen den Wellen 1 und 3 sowie Wellen 1 und 4. Beim Vergleich zwischen den Wellen 3 und 4 zeigte sich kein signifikanter Effekt, obwohl die Mittelwerte bei vier von sechs Gruppen in Welle 4 kleiner sind als noch in Welle 3. Die zwei Berufsgruppen Schullehramt und Sozialarbeit haben in 2022/2023 höhere Mittelwerte als zuvor. Sensitivitätsanalysen, welche nur die Wellen 3 und 4 einbeziehen, weisen jedoch einen signifikanten Zeiteffekt für den Vergleich der beiden Wellen auf. Vergleicht man nun die Berufsgruppen miteinander, unterscheiden sich die Mittelwerte für die Altenpflege und die Sozialarbeit signifikant voneinander. Ihre Gruppenmittelwerte liegen im Vergleich am weitesten auseinander (**Abb. 4**), und der Verlauf über die Zeit weicht ebenfalls stark von-

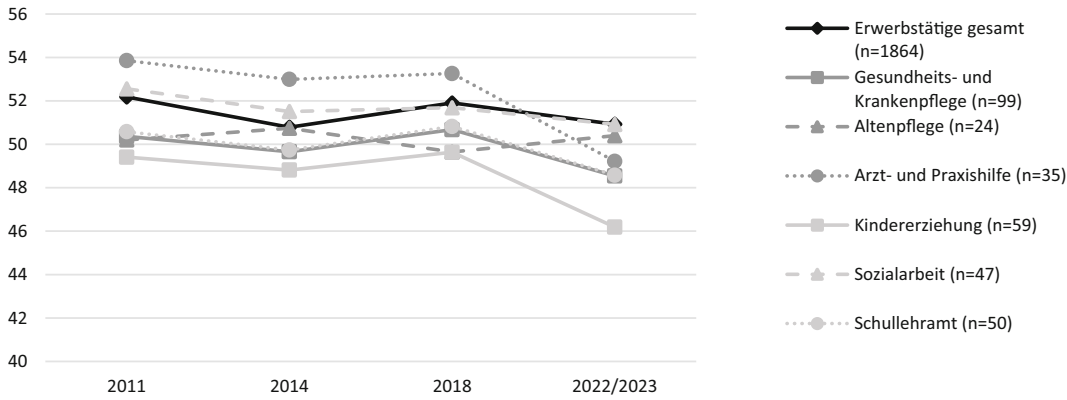
einander ab. In der Altenpflege dagegen nimmt die körperliche Gesundheit über die Zeit stark ab.

Für die Arbeitsfähigkeit zeigt sich nochmals ein anderes Bild (**Abb. 5**). Die Mittelwerte für 2022/2023 sind für alle Berufsgruppen deutlich niedriger als zu allen Erhebungszeitpunkten zuvor. Dies spiegelt sich in den signifikanten Zeiteffekten wider (**Tab. 3**, Post-hoc-Tests für den Zeiteffekt). Auch diverse Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander (**Tab. 3**, Post-hoc-Tests für den Gruppeneffekt). Ähnlich wie bei der psychischen Gesundheit, sticht die Arzt- und Praxishilfe heraus. Bei ihnen verschlechtert sich die Arbeitsfähigkeit zu Welle 4 besonders stark. Die erhöhten Belastungen der COVID-19-Pandemie wirken sich in dieser Berufsgruppe wohl vor allem auf die psychische Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit aus. Bei der Altenpflege zeigt sich für die Arbeitsfähigkeit ein ähnlicher Verlauf über die Zeit, wie für die körperliche Gesundheit. Pflegekräfte weisen insgesamt eine niedrigere Arbeitsfähigkeit auf, und bei der Altenpflege ist eine zusätzliche Verschlechterung besonders deutlich zu sehen.

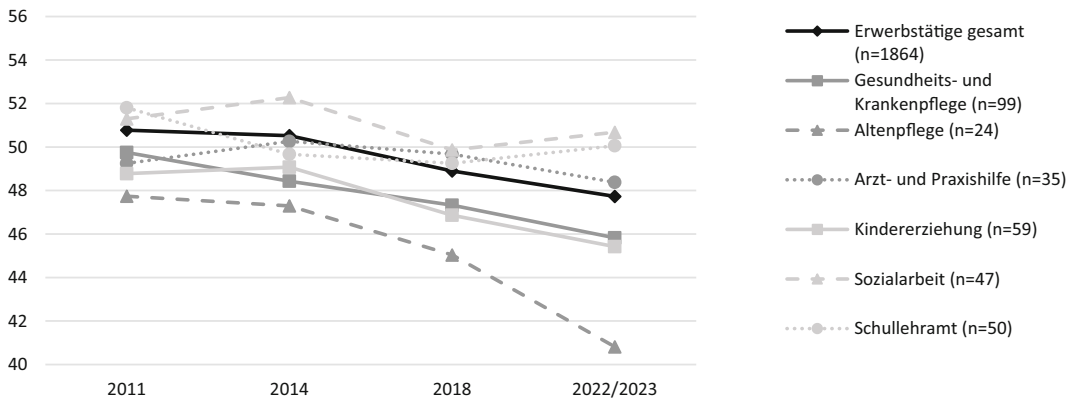
## Diskussion

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass sich die COVID-19-Pandemie deutlich negativ auf die älteren Beschäftigten aus dem Gesundheits-, Bildungs- sowie dem sozialen Bereich auswirkte. Insbesondere die Beschäftigten in den Gesundheitsberufen berichteten von geringerem Wohlbefinden, erhöhtem Stress sowie abnehmender psychischer Gesundheit und geringerer Arbeitsfähigkeit während bzw. direkt nach der COVID-19-Pandemie.

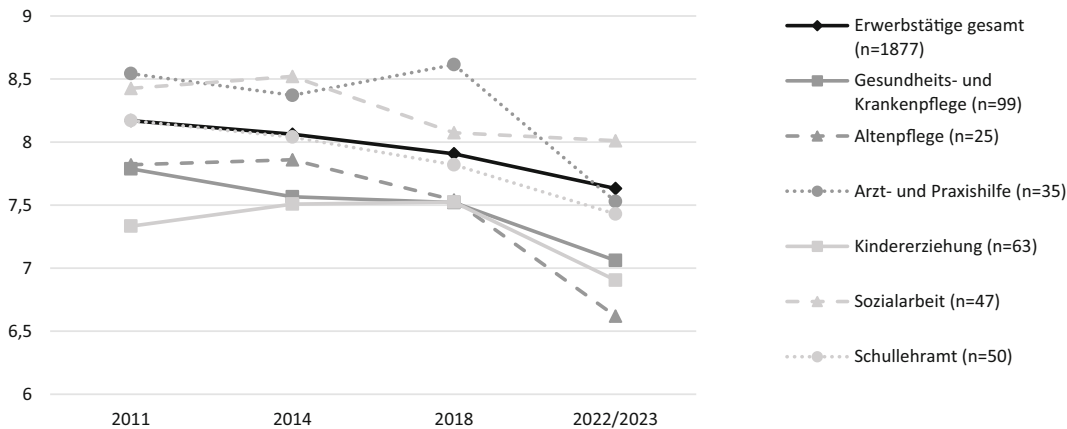
Die Beschäftigten berichteten von vielen Kontakten mit Infizierten mit SARS-CoV-2, von häufigen Sorgen, sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren, sowie häufigen Infektionen bei der Arbeit. Ein erhöhtes Infektionsrisiko durch häufigen beruflichen Kontakt mit Infizierten [33] scheint sich damit auch in dieser Studie zu bestätigen und ist im Einklang mit den in internationalen Studien beobachteten erhöhten Infektionsraten in Gesundheits-



**Abb. 3** ◀ Selbstberichtete psychische Gesundheit im Zeitverlauf (Gruppenmittelwerte, Skala von 0 bis 100)



**Abb. 4** ◀ Selbstberichtete körperliche Gesundheit im Zeitverlauf (Gruppenmittelwerte, Skala von 0 bis 100)



**Abb. 5** ◀ Arbeitsfähigkeit im Zeitverlauf (Gruppenmittelwerte, Skala von 2 bis 10)

berufen [11, 18]. Für viele dieser sozialen Berufe ist Abstandhalten und Kontaktvermeidung im Arbeitsalltag schwierig umzusetzen. Direkter Kontakt ist etwa bei der Versorgung und Pflege in der stationären Altenpflege unerlässlich. Auch bei der Arbeit mit Kindern, welche zudem häufiger *Carrier* sind [15], gestalten sich Kontaktbeschränkungen und das Einhalten von Schutzmaßnahmen schwierig. Insbesondere zu Beginn der Pandemie, zu welcher sich Pflegekräfte häufiger infizierten als andere Berufsgruppen, fehlte

das gesicherte Wissen zu den Infektionswegen von SARS-CoV-2 wie auch geeignete Schutzmaßnahmen und Ausstattungen in den Pflegeeinrichtungen [9]. Zu Beginn der Pandemie standen zudem noch keine Schutzimpfungen zur Verfügung, und frühere SARS-CoV-2-Varianten gingen mit einem schwereren Krankheitsverlauf einher [28].

Einzelne ältere Beschäftigte aus der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege sowie Arzt- und Praxishilfen mussten sogar trotz eigener SARS-CoV-2-Infekti-

on weiterarbeiten. Dieses Ergebnis weist auf einen sich in der Krisensituation zuspitzenden Pflegenotstand, insbesondere zu Beginn der Pandemie, hin. Passend dazu stellte beispielsweise eine japanische Studie bei professionellen Gesundheits- und Krankenpflegenden einen Anstieg von Präsentismus fest, wenn mehr Erkrankte mit SARS-CoV-2 zu versorgen waren [16]. Vor allem in stationären Einrichtungen wurden die Pflegekräfte zur Versorgung der Pflegebedürftigen sowie der Erkrankten gebraucht [10, 19].

**Tab. 3** Ergebnisse der Repeated Measures ANOVA für sechs Berufsgruppen und vier Zeitpunkte

		<b>Zeiteffekt: Signifikanter Post-hoc-Vergleich (<math>p &gt; 0,05</math>; Bonferroni-korrigiert) der vier Zeitpunkte</b>	<b>Gruppeneffekt: Signifikanter Post-hoc-Vergleich (<math>p &gt; 0,05</math>; Bonferroni-korrigiert) der sechs Gruppen</b>
<b>Psychische Gesundheit</b>			
Zeiteffekt	$F(3, 924) = 4,06; p = 0,007$ ; partial $\eta^2 = 0,01$	W1/W4, W3/W4	–
Gruppeneffekt	$F(5, 308) = 1,69; p = 0,138$ ; partial $\eta^2 = 0,03$	–	–
Interaktionseffekt Zeit $\times$ Gruppe	$F(15, 924) = 0,40; p = 0,978$ ; partial $\eta^2 = 0,01$	–	–
<b>Körperliche Gesundheit</b>			
Zeiteffekt	$F(3, 924) = 10,92; p < 0,001$ ; partial $\eta^2 = 0,03$	W1/W4, W1/W3, W2/W4	–
Gruppeneffekt	$F(5, 308) = 3,22; p = 0,008$ ; partial $\eta^2 = 0,05$	–	Altenpflege/Sozialarbeit
Interaktionseffekt Zeit $\times$ Gruppe	$F(15, 924) = 1,28; p = 0,211$ ; partial $\eta^2 = 0,02$	–	–
<b>Arbeitsfähigkeit</b>			
Zeiteffekt <sup>a</sup>	$F(3, 939) = 24,08; p < 0,001$ ; partial $\eta^2 = 0,07$	W1/W4, W2/W4, W3/W4	–
Gruppeneffekt	$F(5, 313) = 6,69; p < 0,001$ ; partial $\eta^2 = 0,10$	–	Gesundheits- und Krankenpflege/Arzt- und Praxishilfe, Sozialarbeit/Kindererziehung, Arzt- und Praxishilfe/Kindererziehung, Sozialarbeit/Kindererziehung
Interaktionseffekt Zeit $\times$ Gruppe <sup>a</sup>	$F(15, 939) = 1,15; p = 0,307$ ; partial $\eta^2 = 0,02$	–	–

<sup>a</sup> Sphärizität nicht angenommen, Korrektur nach Greenhouse-Geisser

Für die Beschäftigten im Gesundheitsdienst zeigte sich während der COVID-19-Pandemie ein geringeres Wohlbefinden. Eine repräsentative populationsbezogene deutsche Langzeitstudie fand eine Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens in der deutschen Bevölkerung während der COVID-19-Pandemie [36]. Doch besonders für Pflegekräfte gingen mit der Pandemie ein höherer Arbeits- bzw. Pflegeaufwand [7], Sorgen, sich zu infizieren [9], sowie erhöhte emotionale Belastungen [23] einher. Besondere emotionale Belastungen entstanden dabei auch durch die negativen Auswirkungen der Pandemie und der Schutzmaßnahmen auf Bewohner\*innen in stationären Pflegeeinrichtungen [26]. Hier sind etwa Belastungen durch die Begleitung von Menschen mit schweren Verläufen oder die erhöhten Sterbefälle in der Langzeit- und Altenpflege zu nennen [13, 17].

Für alle Berufsgruppen konnte zudem deutlich erhöhter Stress durch die COVID-19-Pandemie festgestellt werden. Dabei sind die Ursachen für den erhöhten Stress vielfältig und in

den Berufsgruppen unterschiedlich: Bei Beschäftigten in Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäusern waren beispielsweise das erhöhte Infektionsrisiko und damit einhergehende wechselnde Schutzmaßnahmen, an welche sich die Beschäftigten anpassen mussten [9], sowie besondere Kontakt- und Besuchsregelungen ursächlich [26]. In allen Berufen galt es aufgrund von Erkrankungen mit Personalmangel und Krankheitsausfällen umzugehen. Bei Lehrkräften waren die Umstellung auf ein Homeschooling und damit verbundene technische Herausforderungen sowie der Umgang mit der Einhaltung von Schutzmaßnahmen in der Schule Stressoren [37]. Abgesehen von der Zeit mit Homeschooling war in den untersuchten Berufsgruppen größtenteils kein Homeoffice möglich. In anderen Berufsgruppen, wie in der IT-Branche, unter Wissenschaftler\*innen und Ingenieur\*innen mit gut umsetzbarem Wechsel ins Homeoffice, wurde es während der COVID-19-Pandemie zum Teil sogar weniger stressig. Hier lagen eine gute Jobqualität, ein sehr geringes

Infektionsrisiko sowie wenig Stress und Burnout vor [10].

Untersuchungen im Längsschnitt über 11 Jahre zeigten für alle Berufsgruppen eine deutliche Verschlechterung der psychischen Gesundheit und der Arbeitsfähigkeit während bzw. direkt nach der COVID-19-Pandemie im Vergleich zu den Jahren davor. Die Verschlechterung der psychischen Gesundheit ist daher möglicherweise auf den Einfluss der COVID-19-Pandemie zurückzuführen. Für die Arbeitsfähigkeit ist zusätzlich zu einem Alterseffekt, ein Einfluss der pandemiebedingten Belastungen wahrscheinlich.

Für die ebenfalls festgestellten Verschlechterungen in der körperlichen Gesundheit über alle Gruppen hinweg ist eher anzunehmen, dass die körperliche Gesundheit aufgrund des zunehmenden Alters abnimmt. In der Altenpflege nimmt die körperliche Gesundheit über die Zeit sehr stark ab. Pandemiebedingt können hier verstärkter physischer Einsatz bei der Arbeit und Überstunden aufgrund von Personalmangel durch das erhöhte Infektionsgeschehen ursächlich

sein [7, 25]. Die zwei Berufsgruppen Schullehramt und Sozialarbeit berichten im Vergleich von einer besseren körperlichen Gesundheit zu verschiedenen Zeitpunkten und haben in 2022/2023 sogar höhere Mittelwerte als zuvor. Insgesamt nimmt die körperliche Gesundheit in der Sozialarbeit und dem Schullehramt vermutlich weniger stark ab, da sie in ihrer Arbeit physisch nicht so stark exponiert sind. Eine mögliche Erklärung für die Verbesserung der körperlichen Gesundheit in diesen Berufsgruppen während und trotz der COVID-19-Pandemie, ist der erhöhte Anteil an Homeoffice zu dieser Zeit [10].

In allen Analysen fallen die Beschäftigten aus dem Gesundheits- und Pflegebereich sowie dem Bildungsbereich im Vergleich zu der großen Gruppe aller älteren Beschäftigten in Deutschland ähnlich negativ auf. Dennoch zeigen sich auch Unterschiede zwischen diesen beiden Bereichen. Obwohl bewusst Berufe mit ähnlichen Arbeitsmerkmalen, wie hohem Frauenanteil, geringen Homeoffice-Möglichkeiten und häufigen Kontakten mit Menschen, untersucht wurden, sticht der Gesundheitsdienst im Vergleich nochmals negativ heraus. Für Beschäftigte in diesem Bereich werden die deutlichen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Stress, Sorgen und psychische Gesundheit sowie darüberhinausgehend auf die Häufigkeit von Burnout auch durch internationale Studienergebnisse bestätigt [1, 2, 7, 14, 21, 30, 31]. Für diese Beschäftigten wirkte die COVID-19-Pandemie wie ein Vergrößerungsglas, welches die bereits vorhandenen Problembereiche verstärkte. Vor allem die Beschäftigten im Pflegebereich waren zuvor schon stärker belastet und hatten eine schlechtere Gesundheit und eine niedrigere Arbeitsfähigkeit [3]. Die vielfältigen Herausforderungen im Arbeitsalltag, durch beispielsweise wechselnde Schutzmaßnahmen und Personalausfälle [9] sowie die emotionalen Herausforderungen durch die vermehrten Erfahrungen mit schwerwiegenden Krankheitsverläufen, Sterben und Tod [13] kamen durch die Pandemie hinzu. Systematische Reviews und Metaanalysen zeigen zudem, dass die Belastungen über die Pandemie hi-

nausgehen. So wurde für Beschäftigte im Pflegebereich ein erhöhtes Risiko für die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung festgestellt [6, 24].

## Limitationen

Die Analysen für diesen Beitrag haben mehrere Limitationen. So konnten im Querschnitt nur drei spezifische und im Längsschnitt nur zwei Geburtskohorten untersucht werden, auf welche sich die lidA-Studie fokussiert. Dies stellt jedoch gleichzeitig eine Stärke der lidA-Studie dar, da dadurch je Geburtskohorte viele Beschäftigte befragt wurden konnten und eine Differenzierung zwischen den Kohorten möglich ist. Ebenso konnten nur sozialversicherte Beschäftigte untersucht werden, welche jedoch einen Großteil der Beschäftigten in den untersuchten Berufsgruppen bilden. Vor allem für die Längsschnittanalysen können Selektionseffekte, wie ein *Healthy-Worker-Effekt*, nicht ausgeschlossen werden. Ausstiegspfade aus dem Erwerbsleben, wie in eine Langzeiterkrankung, in eine Erwerbsminderungsrente, ein früher Eintritt in die Altersrente, haben hier zu einem Ausschluss aus der Stichprobe geführt. Die zuerst genannten Ausstiegspfade wurden jedoch insbesondere von älteren Pflegekräften infolge der COVID-19-Pandemie vermehrt genutzt [32]. Ebenso liegen im Längsschnitt durch „loss to follow-up“ nur geringe Fallzahlen vor, was die Aussagekraft dieser Analysen einschränkt. Bei den Längsschnittergebnissen wurde bewusst auf die Darstellung der Konfidenzintervalle zugunsten der Leserlichkeit verzichtet. Stärke und Schwäche des Beitrages ist die Fokussierung auf Berufsgruppen mit hohem Frauenanteil und vielen sozialen Kontakten, welche im Rahmen der COVID-19-Pandemie als systemrelevante Berufe bezeichnet wurden. Ergebnisse für andere (systemrelevante) Berufsgruppen, wie in der Lebensmittelindustrie oder dem Transportbereich, fallen vermutlich nochmals anders aus. Eine weitere Limitation ist, dass die Fragen zur Weiterarbeit während der Pandemie nur den Beschäftigten im Gesundheitsdienst gestellt wurden, wes-

halb hier kein Berufsgruppenvergleich möglich ist.

## Ausblick

Besonders in den sozialen Berufen herrschte bereits vor der COVID-19-Pandemie ein Personalmangel. Dieser hat sich durch die Auswirkungen der Pandemie auf Stress, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich weiter verschärft. Deutschland ist laut Karl Lauterbach zwar gut durch die Pandemie gekommen [5], jedoch nicht ohne akute und auch langfristige Belastungen für Beschäftigte im Gesundheitsdienst. Hier treffen zudem die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und des demografischen Wandels ungünstig zusammen. So wurde der große Anteil an älteren Beschäftigten der Babyboomer-Generation hierzulande nicht nur durch die Pandemie besonders stark belastet, sondern diese werden nach den Ergebnissen der lidA-Studie größtenteils auch deutlich vor der Regelaltersgrenze aus dem Erwerbsleben ausscheiden [12]. Beides wird den Pflegenotstand noch verstärken.

Offen bleibt die Herausforderung diese (system)relevanten sozialen Berufe (noch) *attraktiver* zu machen, welche trotz der hohen Anforderungen von den meisten Beschäftigten gerne und mit einer starken Verbundenheit zum Beruf ausgeübt werden [20]. Dies ist nicht ohne eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen möglich. Nur so können weitere Beschäftigte, wie junge Auszubildende, ältere Quereinsteigende und Personen aus dem Ausland für die Berufe gewonnen sowie ältere Beschäftigte in diesen Berufen gehalten werden.

## Fazit für die Praxis

**Insbesondere in den Pflegeberufen führten die zusätzlichen Pandemiebelastungen zur Erhöhung des Stressniveaus und zur Verschlechterung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Ziel muss es auf Grund dieser Pandemierfahrungen sein, auch in Hinblick des sich abzeichnenden Pflegenotstandes im Zuge des demografischen Wandels,**

## Beschäftigte in Pflegeberufen zu entlasten.

### Korrespondenzadresse

**Dr. phil. Nina Garthe**

Fachgebiet Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal  
Gaußstraße 20, 42119 Wuppertal, Deutschland  
garthe@uni-wuppertal.de

**Förderung.** Dieser Beitrag wurde gefördert durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).

**Funding.** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

**Datenverfügbarkeit.** Die in dieser Studie erhobenen Datensätze können auf begründete Anfrage beim Korrespondenzautor angefordert werden.

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** N. Garthe und J.-B. du Prel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Design und Durchführung der lidA-Studie wurden von der Ethikkommission der Bergischen Universität Wuppertal vom 5. Dezember 2008 und 20. November 2017 genehmigt (MS/BB 171025 Hasselhorn). Alle Verfahren entsprachen den ethischen Standards des institutionellen und/oder nationalen Forschungsausschusses und der Helsinki-Deklaration von 1964 und ihren späteren Änderungen.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

### Literatur

- Alnazy E, Khraisat OM, Al-Bashaireh AM, Bryant CL (2021) Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLoS ONE* 16(3):e247679. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
- Arafa A, Mohammed Z, Mahmoud O, Elshazley M, Ewis A (2021) Depressed, anxious, and stressed. What have healthcare workers on the frontlines in Egypt and Saudi Arabia experienced during the

- COVID-19 pandemic? *J Affect Disord* 278:365–371. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.080>
- BARMER (2020) BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen Bd. 26. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Rheinbreitbach
  - Bundesagentur für Arbeit (2010) Klassifikation der Berufe 2010 – Band 1. Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen. Nürnberg
  - Bundesministerium für Gesundheit (2024) Coronavirus-Pandemie: Was geschah wann? Chronik aller Entwicklungen im Kampf gegen COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) und der dazugehörigen Maßnahmen des Bundesgesundheitsministeriums. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus>
  - Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, Cordone A, Bertelloni CA, Bui E, Dell'Osso L (2020) PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks. What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res* 292:113312. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>
  - Çivilidağ A, Durmaz Ş, Uslu B (2024) The effect of coronavirus (COVID-19) on job satisfaction, work stress and burnout of healthcare workers. A systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health* 53(7):1482–1495. <https://doi.org/10.18502/ijph.v53i7.16043>
  - Ebener M, Hasselhorn HM (2019) Validation of short measures of work ability for research and employee surveys. *Int J Environ Res Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183386>
  - El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Biennu T, Etain B, Paquet C, Gohier B, Bennabi D, Birmes P, Sauvaget A, Fakra E, Prieto N, Bulteau S, Vidailhet P, Camus V, Leboyer M, Krebs M-O, Auquier B (2020) Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19). Quels risques pour leur santé mentale? *Encephale* 46(35):73–80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
  - Eurofound (2023) Job quality of COVID-19 pandemic essential workers. European Working Conditions Telephone Survey series. Working conditions and sustainable work, Luxemburg
  - Fouad MM, Zawilla NH, Maged LA (2023) Work performance among healthcare workers with post COVID-19 syndrome and its relation to antibody response. *Infection* 51(4):839–849. <https://doi.org/10.1007/s15010-022-01942-4>
  - Garthe N, Hasselhorn HM (2023) Die Erwerbsperspektive in Berufen des Gesundheitsdienstes – Wie lange wollen, können und planen ältere Erwerbstätige (zu) arbeiten? *Gesundheitswesen* 85(6):514–521. <https://doi.org/10.1055/a-1915-4324>
  - Gleich S, Turlik V, Schmidt S, Wohlrab D (2021) COVID-19-Sterbefälle bei Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen in München – Todesursachen und Sterbeorte. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 64(9):1136–1145. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03395-w>
  - Hajebi A, Abbasinejad M, Zafar M, Hajebi A, Taremian F (2022) Mental health, burnout, and job stressors among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Iran. A cross-sectional survey. *Front Psychiatry* 13:891430. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.891430>
  - Huppertz H-I (2023) Kinder und Jugendliche in der SARS-CoV-2-Pandemie 2020 bis 2023 in Deutschland. In: Landesärztekammer Hessen (Hrsg) *Hessisches Ärzteblatt. Schwerpunkt Kinder & Jugendliche*. Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln, S 141–145
  - Ishimaru T, Yoshikawa T, Okawara M, Kido M, Nakashima Y, Nakayasu A, Kimori K, Imamura S, Matsumoto K (2023) Presenteeism in front-line physicians involved in COVID-19-related clinical practice. A national survey of employed physician members of the Japan Medical Association. *Environ Health Prev Med* 28:13. <https://doi.org/10.1265/ehpm.22-00194>
  - Lee DS, Ma S, Chu A, Wang CX, Wang X, Austin PC, McAlister FA, Kalmady SV, Kapral MK, Kaul P, Ko DT, Rochon PA, Schull MJ, Rubin BB, Wang B (2021) Predictors of mortality among long-term care residents with SARS-CoV-2 infection. *J Am Geriatr Soc* 69(12):3377–3388. <https://doi.org/10.1111/jgs.17425>
  - Lichtman A, Greenblatt E, Malenfant J, Kuo A (2021) Universal symptom monitoring to address presenteeism in healthcare workers. *Am J Infect Control* 49(8):1021–1023. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.02.009>
  - Malik F-T-N, Ishraqzaman M, Kalimuddin M, Choudhury S, Ahmed N, Badiuzzaman M, Ahmed MN, Banik D, Huq TS, Al Mamun MA (2020) Clinical presentation, management and in-hospital outcome of healthcare personnel with COVID-19 disease. *Cureus* 12(8):e10004. <https://doi.org/10.7759/cureus.10004>
  - Mersin S, İbrahimoğlu Ö, Çağlar M, Akyol E (2020) Compassionate love, burnout and professional commitment in nurses. *J Nurs Manag* 28(1):72–81. <https://doi.org/10.1111/jonm.12892>
  - Mukhtar S (2020) Psychological health during the coronavirus disease 2019 pandemic outbreak. *Int J Soc Psychiatry* 66(5):512–516. <https://doi.org/10.1177/0020764020925835>
  - Nübling M, Andersen HH, Mühlbacher A (2006) Data Documentation 16. Entwicklung eines Verfahrens zur Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskalen auf Basis der SOEP – Version des SF 12 (Algorithmus). Berlin
  - Peng X, Yang Y, Gao P, Ren Y, Hu D, He Q (2022) Negative and positive psychological experience of frontline nurses in combatting COVID-19. A qualitative study. *J Nurs Manag* 30(7):2185–2193. <https://doi.org/10.1111/jonm.13481>
  - Qi G, Yuan P, Qi M, Hu X, Shi S, Shi X (2022) Influencing factors of high PTSD among medical staff during COVID-19. Evidences from both meta-analysis and subgroup analysis. *Saf Health Work* 13(3):269–278. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2022.06.003>
  - Reme B-A, Grøslund M, Gjefsen H, Magnusson K (2023) Impact of the COVID-19 pandemic on sick leave among healthcare workers. A register-based observational study. *Occup Environ Med* 80(6):319–325. <https://doi.org/10.1136/oemed-2022-108555>
  - Rodriguez-Rodriguez V, Rojo-Perez F, de Arenaza Escribano PC, Molina-Martínez M-Á, Fernandez-Mayoralas G, Sánchez-González D, Rojo-Abuin J-M, Rodríguez-Blázquez C, Forjaz MJ, García MS (2022) The impact of COVID-19 on nursing homes. Study design and population description. *Int J Environ Res Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416629>
  - Ruiz Marcos J, Steinwede J, Kleudgen M (2023) Methodenbericht lidA Welle 4. Bonn
  - Schilling J, Tolktsdorf K, Marquis A, Faber M, Pföch T, Buda S, Haas W, Schuler E, Altmann D, Grote U, Diercke M (2021) Die verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland. Eine deskriptive Analyse von Januar 2020 bis Februar 2021.

- Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung  
Gesundheitsschutz 64(9):1093–1106. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03394-x>
29. Statistisches Bundesamt (2024) Pflegekräftevorausberechnung. Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/pflegekraeftevorausberechnung.html>
  30. Stone KW, Jagger MA, Horney JA, Kintziger KW (2023) Changes in anxiety and depression among public health workers during the COVID-19 pandemic response. *Int Arch Occup Environ Health* 96(9):1235–1244. <https://doi.org/10.1007/s00420-023-02002-6>
  31. Taleb S, Vahedian-Azimi A, Karimi L, Salim S, Mohammad F, Samhadaneh D, Singh K, Hussein N-R, Ait Hssain A (2024) Evaluation of psychological distress, burnout and structural empowerment status of healthcare workers during the outbreak of coronavirus disease (COVID-19). A cross-sectional questionnaire-based study. *BMC Psychiatry* 24(1):61. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05088-x>
  32. Vogler C (2021) Verlorene Kapazitäten: Zehntausende zusätzliche Pflegekräfte möglich. *BARMER-Pflegereport 2020*. *Pflege Positionen* 2:68–69
  33. Währendorf M, Schaps V, Reuter M, Hoebel J, Wachtler B, Jacob J, Alibone M, Dragano N (2023) Berufsbedingte Unterschiede bei COVID-19-Morbidität und -Mortalität in Deutschland. Eine Analyse von Krankenkassendaten von 3,17 Mio. Versicherten. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 66(8):857–868. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03738-9>
  34. Ware JE, Kosinski M, Keller SD (1995) SF-12: How to score the SF-12 physical and mental health summary scales, 2. Aufl. Health Institute, New England Medical Center, Boston
  35. World Health Organisation (2024) Timeline: WHO's COVID-19 response. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>
  36. Zacher H, Rudolph CW (2021) Individual differences and changes in subjective wellbeing during the early stages of the COVID-19 pandemic. *Am Psychol* 76(1):50–62. <https://doi.org/10.1037/amp0000702>
  37. Zierer K (2022) Herausforderung Homeschooling. Theoretische Grundlagen und empirische Ergebnisse zum Fernunterricht, 1. Aufl. wbv, Bielefeld

**Hinweis des Verlags.** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie  
auf Arbeitsstress, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit  
älterer Beschäftigter im Gesundheitsdienst

-  
Ergebnisse der lidA-Studie



*Dr. phil. Nina Garthe*

*&*

*PD Dr. med. Jean-Baptist du Prel*

*Es bestehen keine Interessenskonflikte.*



- Berufe im Gesundheitsdienst
  - bekannt für hohe körperliche und psychische Anforderungen im Arbeitsalltag (BARMER 2020)
- Covid-19-Pandemie
  - neue Belastungen kamen hinzu (Eurofound 2023)
- die lidA-Studie
  - begleitet ältere Beschäftigte in verschiedenen Berufsgruppen
  - Covid-19-Modul in Welle 4 (2022/2023) enthalten



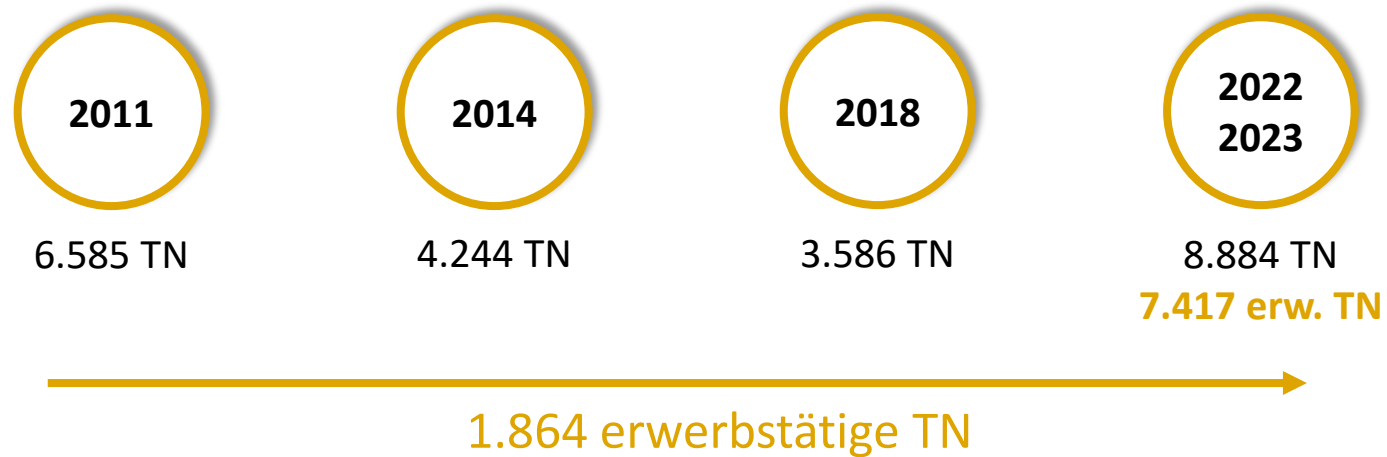
**Wie wirkte sich die Covid-19-Pandemie  
auf Arbeitsstress, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit aus?**





## Daten

- lidA-Studie
- Geburtsjahrgänge 1959, 1965 (und 1971 ab Welle 4)
- Wiederholungsbefragung mittels CAPI (und CAPI-by-Phone)





## Berufsgruppen im Vergleich

### Gesundheitsdienst

- Gesundheits- und Krankenpflege
- Altenpflege
- Arzt- und Praxishilfe

### Außerhalb Gesundheitsdienst

*(hoher Frauenanteil, häufige soziale Kontakte)*

- Kindererziehung
- Sozialarbeit
- Schullehramt



## Maße

Arbeitsstress („Ist die Arbeit während der Covid-19-Pandemie stressiger geworden?“)

Körperliche und psychische Gesundheit (SF-12)

Arbeitsfähigkeit (WAI Dim2)



## Analysen

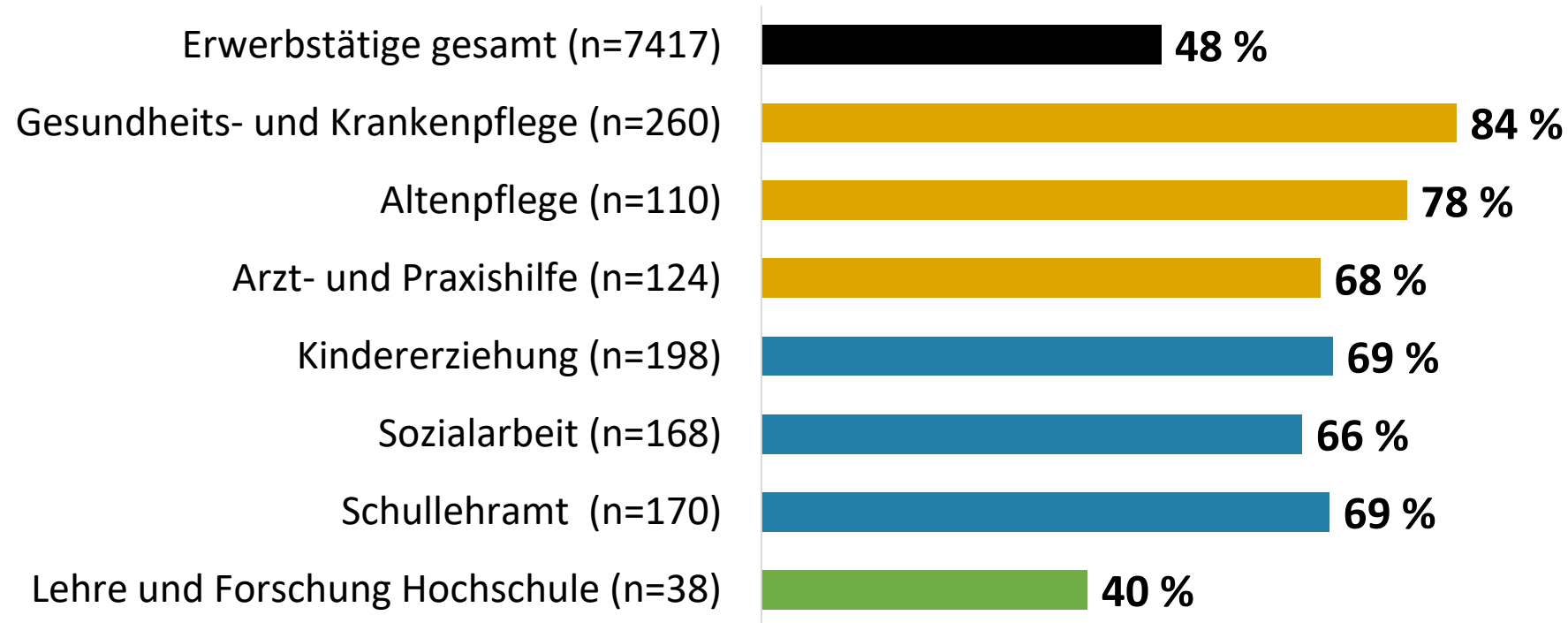
Häufigkeitsverteilungen

Mittelwertvergleiche

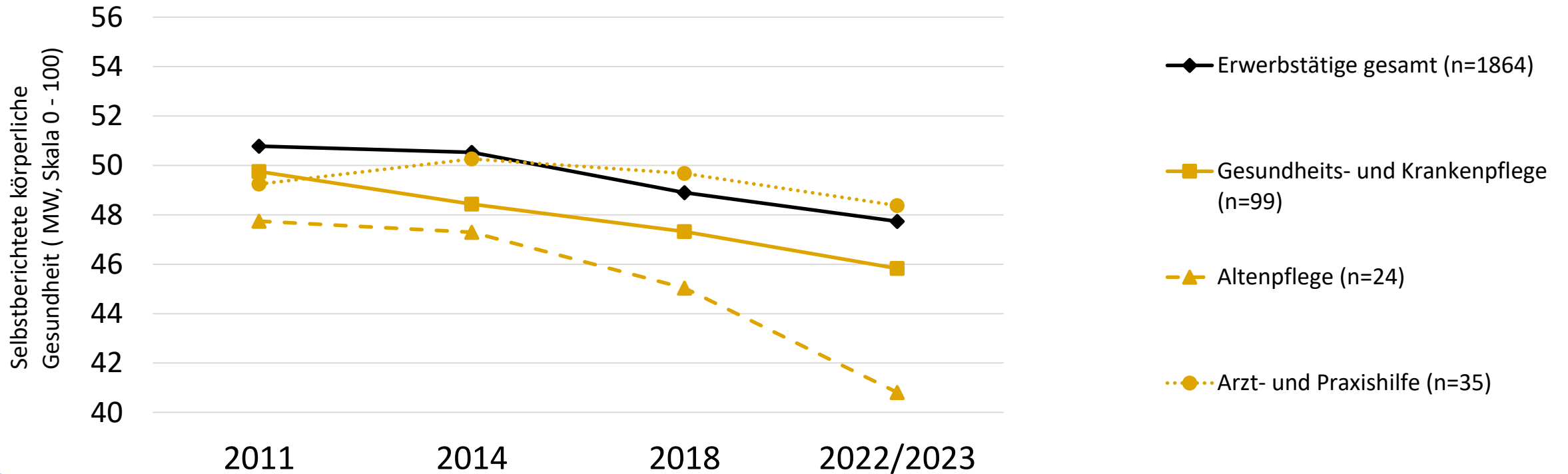
Repeated Measures ANOVA (RMA) + post-hoc  
Vergleiche von Zeitpunkten und Gruppen



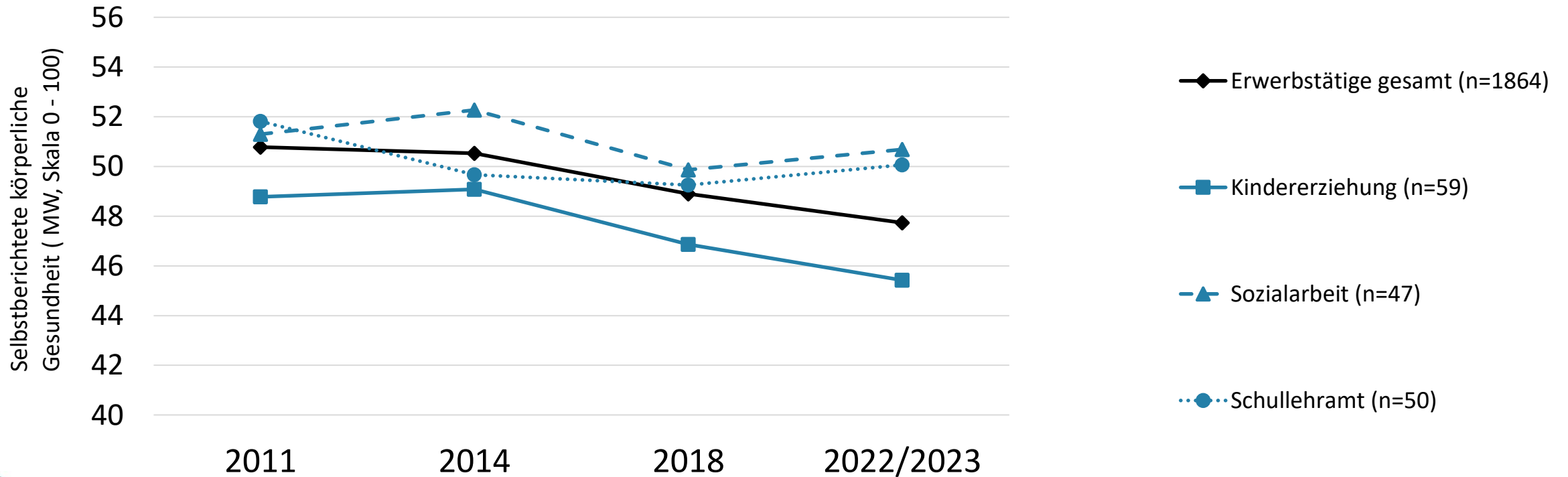
## Ist die Arbeit während der Covid-19-Pandemie stressiger geworden?



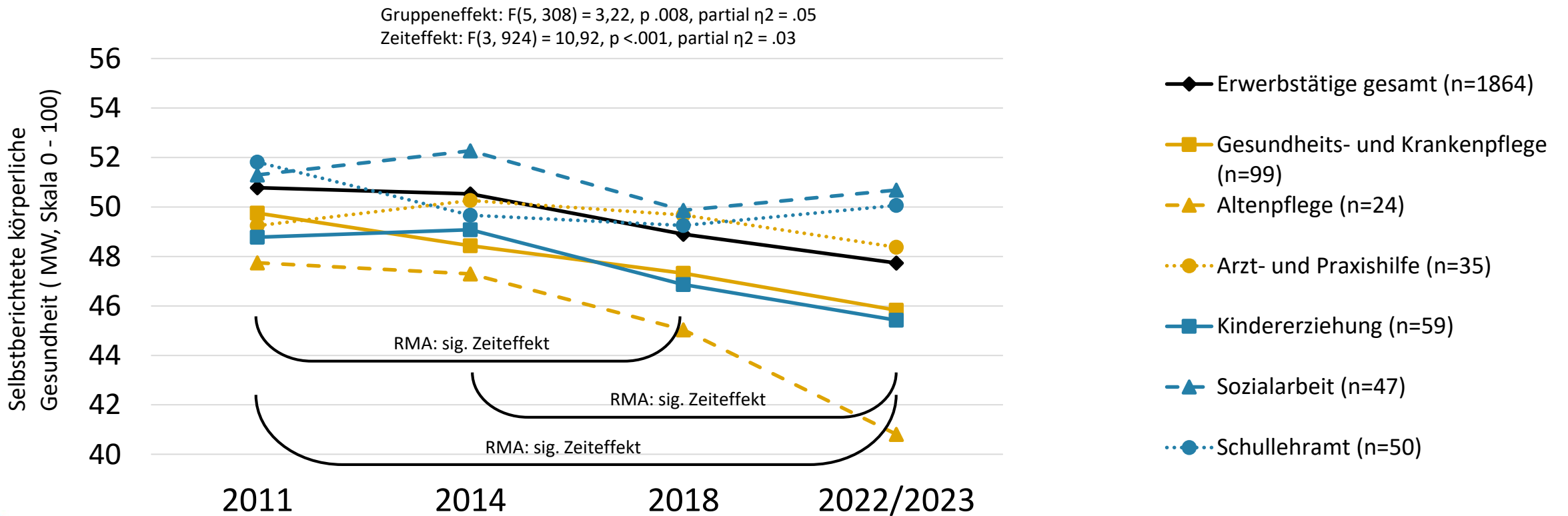
## Wie veränderte sich die körperliche Gesundheit über die Zeit? (Covid-19-Pandemie 2020 - 2023)



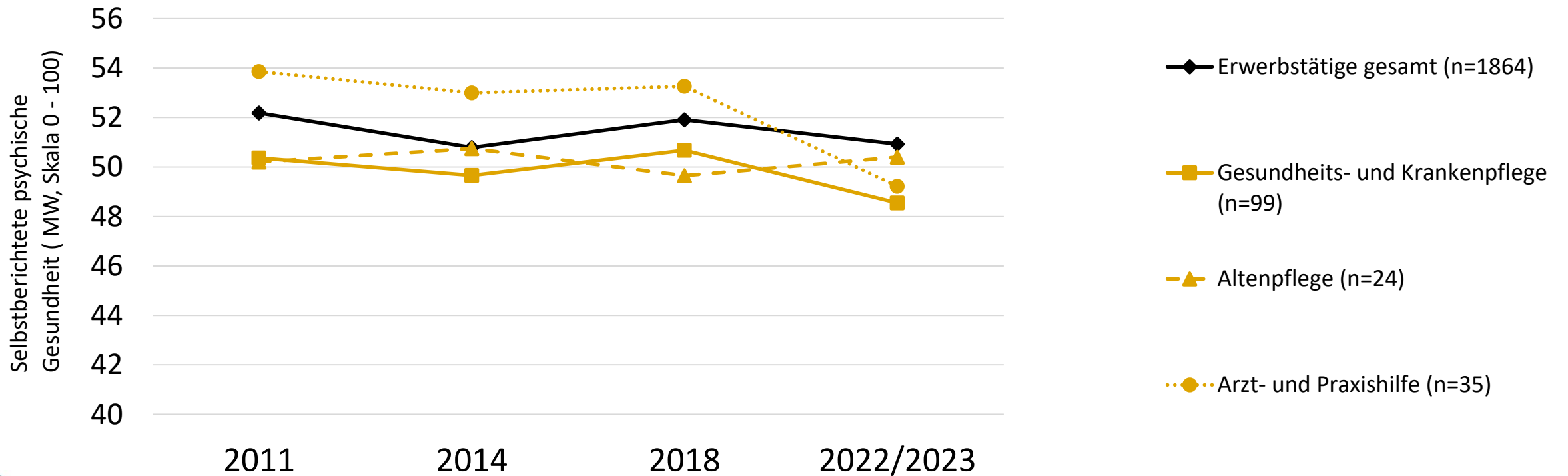
## Wie veränderte sich die körperliche Gesundheit über die Zeit? (Covid-19-Pandemie 2020 - 2023)



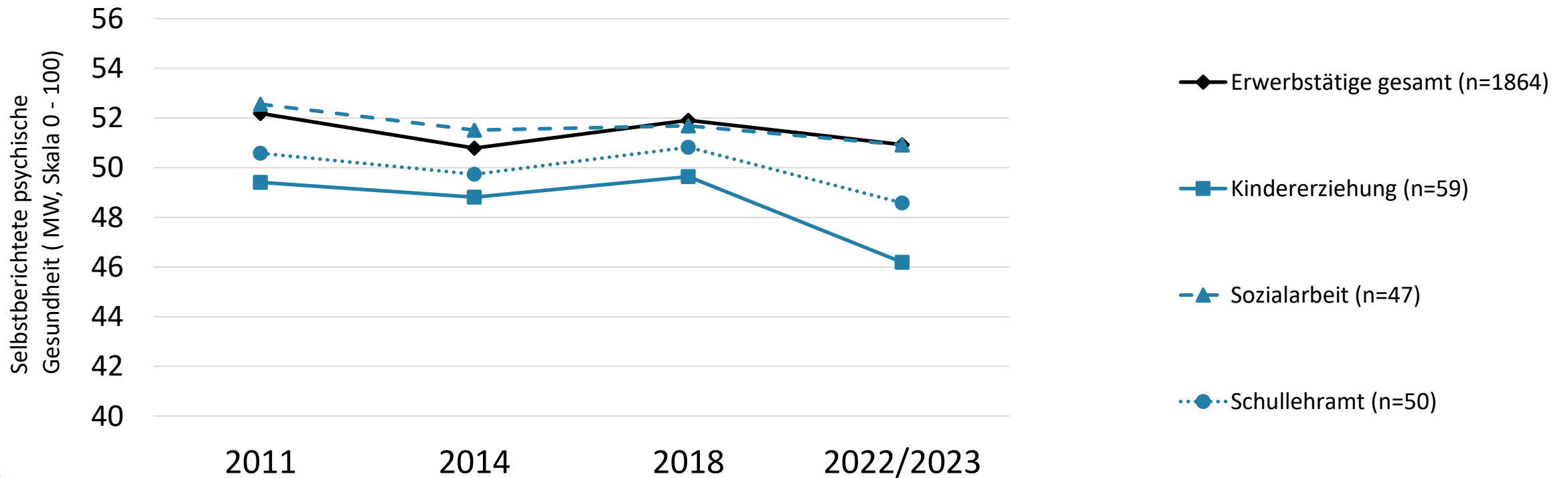
## Wie veränderte sich die körperliche Gesundheit über die Zeit? (Covid-19-Pandemie 2020 - 2023)



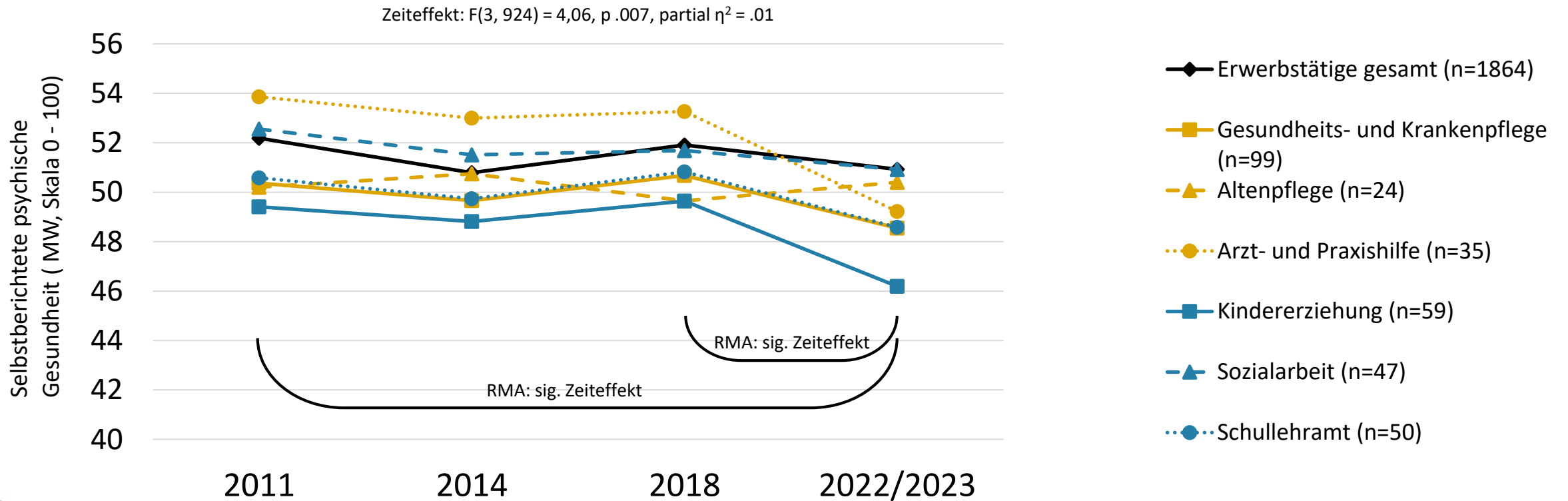
## Wie veränderte sich die psychische Gesundheit über die Zeit? (Covid-19-Pandemie 2020 - 2023)



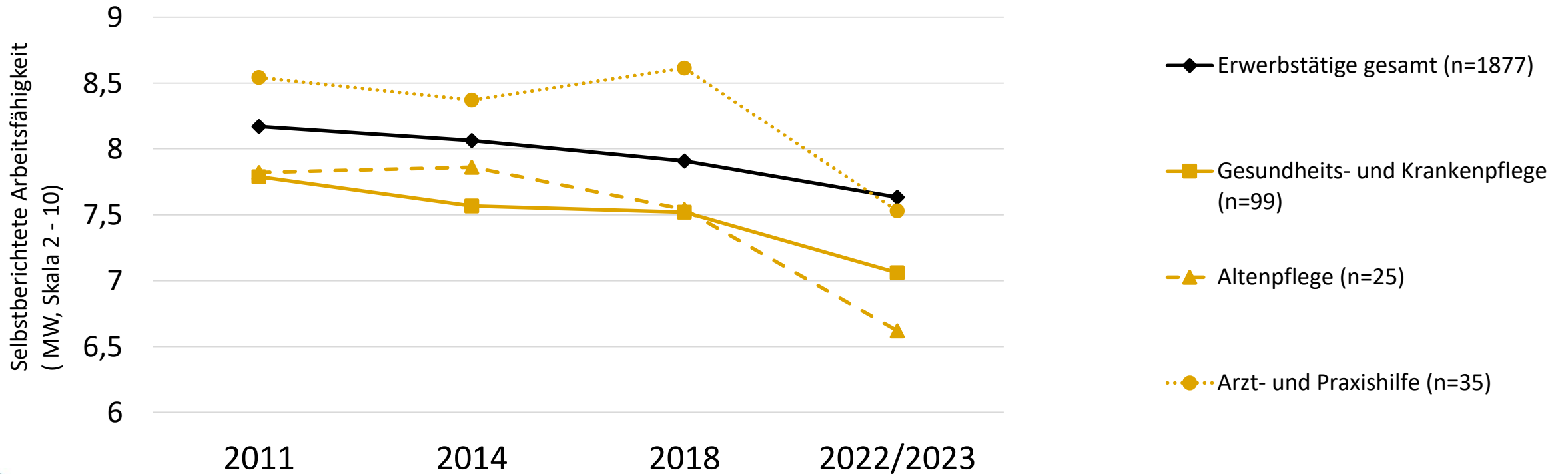
## Wie veränderte sich die **psychische** Gesundheit über die Zeit? (Covid-19-Pandemie 2020 - 2023)



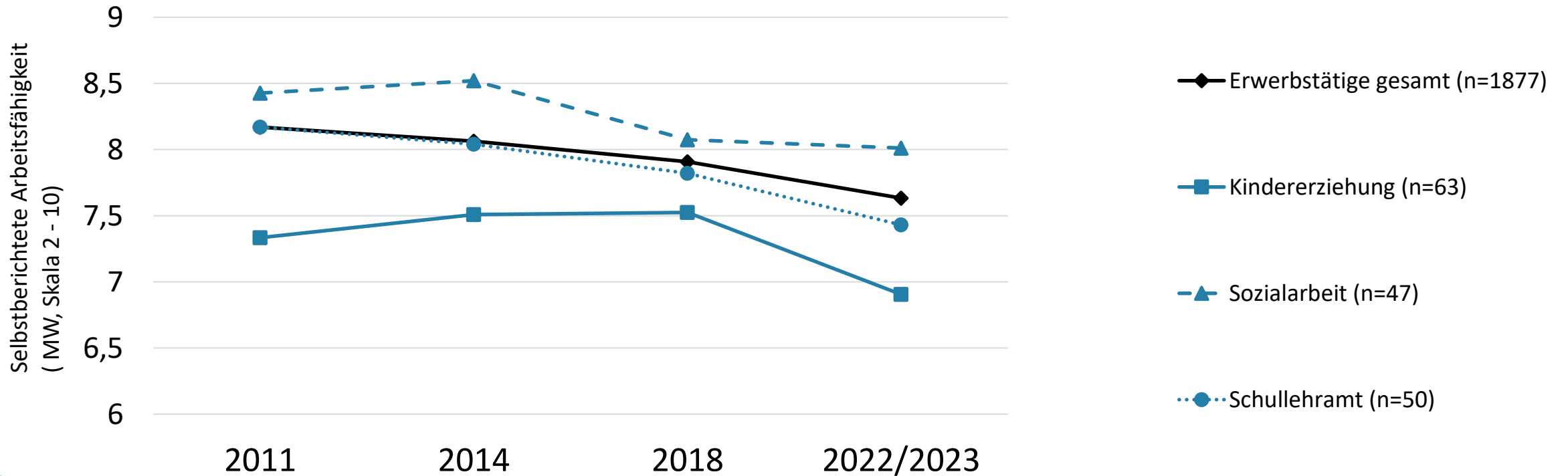
## Wie veränderte sich die psychische Gesundheit über die Zeit? (Covid-19-Pandemie 2020 - 2023)



## Wie veränderte sich die **Arbeitsfähigkeit** über die Zeit? (Covid-19-Pandemie 2020 - 2023)

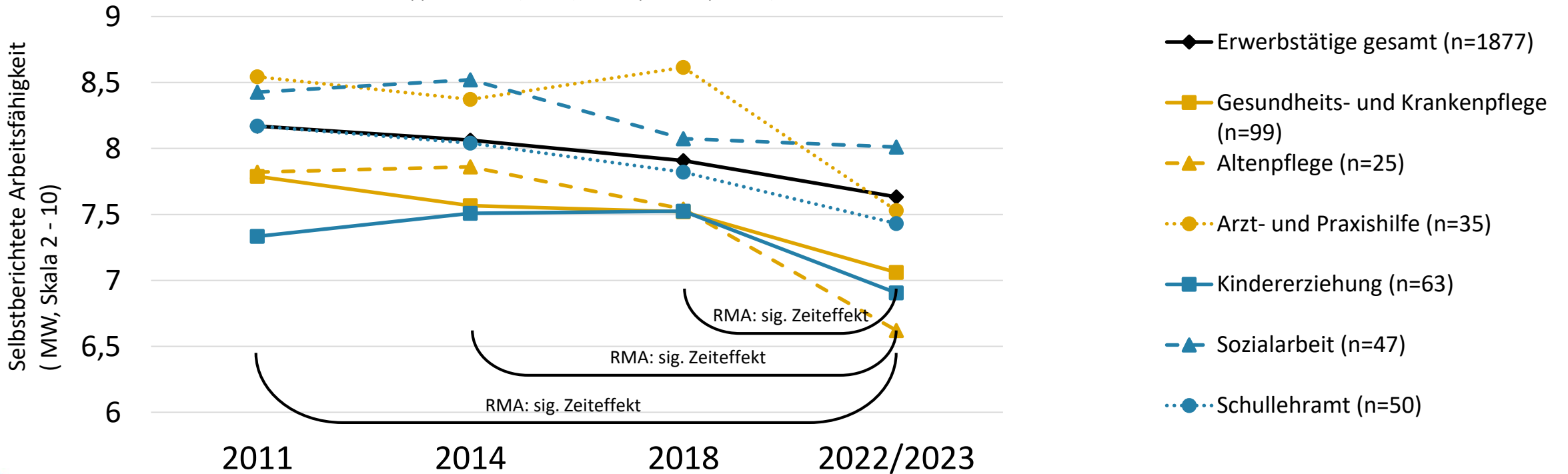


## Wie veränderte sich die **Arbeitsfähigkeit** über die Zeit? (Covid-19-Pandemie 2020 - 2023)

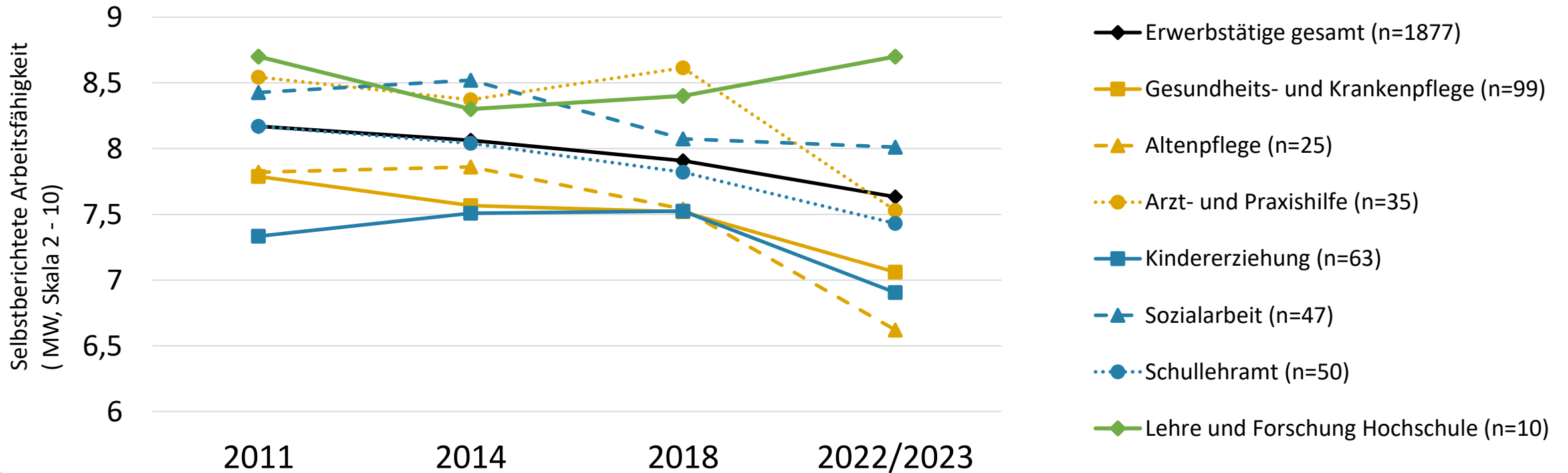


## Wie veränderte sich die **Arbeitsfähigkeit** über die Zeit? (Covid-19-Pandemie 2020 - 2023)

Zeiteffekt:  $F(3, 939) = 24,08, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .07$   
Gruppeneffekt:  $F(5, 313) = 6,69, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .10$



## Wie veränderte sich die **Arbeitsfähigkeit** über die Zeit? (Covid-19-Pandemie 2020 - 2023)





- Covid-19-Pandemie wirkte sich deutlich auf Arbeitsstress, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit aus
- Gesundheitsdienst fällt auch im Vergleich zu anderen sozialen Berufen negativ auf

Besonders auffällig sind die Berufsgruppen:



- Gesundheits- und Krankenpflege
- Arzt- und Praxishilfe
- Altenpflege
- Kindererziehung

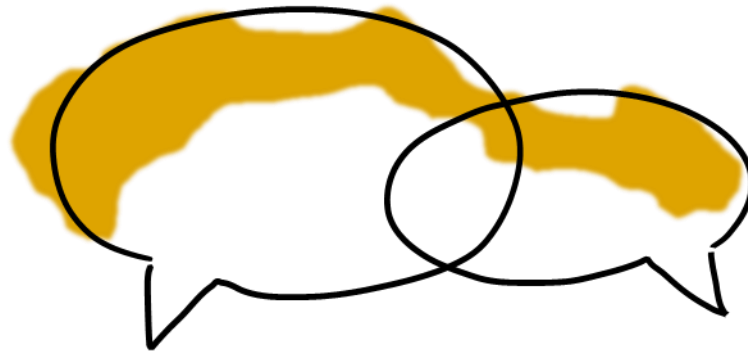


- Lernen aus den Pandemie-Erfahrungen
- mehr Aufmerksamkeit und attraktivere Arbeitsbedingungen im Gesundheitsdienst



---

Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!



- 
- BARMER (2020) *BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 26, Rheinbreitbach
  - Eurofound (2023) *Job quality of COVID-19 pandemic essential workers*. European Working Conditions Telephone Survey series. Working conditions and sustainable work, Luxemburg

# Persönliche PDF-Datei für Hasselhorn H, Riechmann-Wolf M, Wrage W, Wegewitz U, Sikora A.

Mit den besten Grüßen von Thieme

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

**Betriebliches Eingliederungs-  
management (BEM) bei älte-  
ren Beschäftigten in  
Deutschland – Ergebnisse  
der lidA-(Kohorten-)Studie**

## Die Rehabilitation

2025

101–110

10.1055/a-2536-3364

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

### Copyright & Ownership

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Die Rehabilitation* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,  
Oswald-Hesse-Straße 50,  
70469 Stuttgart, Germany  
ISSN 0034-3536

# Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) bei älteren Beschäftigten in Deutschland – Ergebnisse der lidA-(Kohorten-) Studie

## Operational integration management (OIM) among the Older Work Force in Germany – Findings from the lidA Cohort Study

Autorinnen/Autoren

Hans Martin Hasselhorn<sup>1</sup> , Merle Riechmann-Wolf<sup>2</sup> , Wiebke Wrage<sup>3</sup>, Uta Wegewitz<sup>3</sup>, Alexandra Sikora<sup>3</sup>

### Institute

- 1 Fachgebiet Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal
- 2 Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- 3 Fachbereich 3 „Arbeit und Gesundheit“, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Standort Berlin

### Schlüsselwörter

Betriebliches Eingliederungsmanagement BEM, ältere Beschäftigte, Maßnahmen, Arbeitsplatz

### Keywords

Operational integration management, older workers, measures, work place

### Bibliografie

Rehabilitation 2025; 64: 101–110

DOI 10.1055/a-2536-3364

ISSN 0034-3536

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Prof. Hans Martin Hasselhorn  
 Fachgebiet Arbeitswissenschaft Bergische  
 Universität Wuppertal  
 Gaußstraße 20  
 42119 Wuppertal  
 Deutschland  
 hasselhorn@uni-wuppertal.de



Zusätzliches Material finden Sie unter  
<https://doi.org/10.1055/a-2536-3364>

### ZUSAMMENFASSUNG

**Ziel der Studie** Ziel der vorliegenden Studie ist die Untersuchung der Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) bei älteren Beschäftigten in Deutschland.

**Methodik** In der repräsentativen lidA-Studie („Leben in der Arbeit“, [www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)) werden seit 2011 deutschlandweit sozialversicherungspflichtige Beschäftigte der Geburtsjahrgänge 1959, 1965 und (seit 2022/23) 1971 zu den Themen Arbeit, Gesundheit und Erwerbsteilhabe interviewt. Die zurückliegende Erhebungswelle 2022/2023 enthält ein neu entwickeltes Modul zur Umsetzung des BEM.

**Ergebnisse** Von 7335 erwerbstätigen Befragten berichteten 819 (11,2%), dass sie in den zurückliegenden 12 Monaten mehr als 30 Arbeitsunfähigkeits(AU)-Tage hatten. Sie dürften damit als berechtigt für ein BEM gelten. Von diesen hatten 282 (34,4%) von ihrem Arbeitgeber proaktiv ein Angebot zum BEM-Verfahren erhalten. Eine höhere Chance auf ein Angebot fand sich bei längerer AU-Dauer, in größeren Unternehmen, bei Unternehmen, die der Gesundheit der Mitarbeitenden eine höhere Bedeutung beimessen und bei Beschäftigten, die während der Corona-Pandemie die Option hatten, im Homeoffice zu arbeiten. Etwa ein Drittel derer, die ein BEM-Angebot erhalten hatten, lehnte dies ab; meistens, weil kein Bedarf bestand. 132 der 819 BEM-Berechtigten (16,1%) gaben an, (eine oder mehrere) BEM-Maßnahmen erhalten zu haben, insbesondere „stufenweise Wiedereingliederung“, gefolgt von „regelmäßigen Feedbackgesprächen mit dem Vorgesetzten“. 114 von ihnen (90,8% von 132) bewerteten die erhaltenen Maßnahmen als „etwas“ oder „sehr hilfreich“.

**Schlussfolgerungen** 20 Jahre nach seiner Einführung wird das BEM hierzulande noch deutlich zu selten eingesetzt, obwohl die BEM-Maßnahmen von denen, die sie erhalten, in aller Regel als hilfreich bewertet werden. Vertiefter zu untersuchen wäre, wo nach wie vor betriebliche Hemmnisse beim Einsatz dieses offenbar sinnvollen Instruments der Wiedereingliederung liegen und wie man diese überwinden könnte. Nationale Akteure im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung und die Arbeitsschutzbehörden der Länder sowie die gesetzlichen Krankenkassen und die Deut-

sche Rentenversicherung könnten zur Sensibilisierung der Unternehmen im Zuge ihrer Beratungstätigkeiten beitragen.

## ABSTRACT

**Aim of the study** The aim of this study was to investigate the implementation of the statutory operational integration management (OIM) among the older workforce in Germany.

**Methods** Since 2011, the representative lidA cohort study ([www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)) has been investigating work, health and employment among the socially insured working population, born in 1959, 1965, and (since 2022/23) in 1971 in Germany. The recent assessment wave 2022/2023 included a newly developed OIM module.

**Findings** Of 7,335 employed participants, 819 (11.2%) reported more than 30 days sickness absence in the past 12 months, thus indicating eligibility to OIM. Of those, 282 (34.4%) had received an OIM offer proactively by their employer. Higher odds of receiving an offer were found for those with longer sickness absence, in larger enterprises, in enterprises which value the workers' health, and among those who, during the

COVID-19 pandemic, had used the option to work from home. About a third of those who had received an offer declined it, mainly because they felt no need for it; 132 of the 819 OIM eligible participants (16.1%) reported they had been offered and had accepted at least one measure implemented by the enterprise, most often "stepwise reintegration", followed by "regular feedback talks with the superior". Among them, 114 (90.8% of 132) rated the measures implemented as "somewhat", or "very helpful".

**Conclusions** Twenty years after the legal introduction of OIM, it is still insufficiently implemented, although – where measures have been implemented – these are almost always rated as helpful by those who have received them. The barriers to implementation of this obviously useful instrument in enterprises and proposals as to how to overcome them need to be investigated more intensively. National stakeholders in Occupational Safety and Health, the statutory occupational health insurance, labour authorities, and the statutory health insurances, as well as the statutory pension insurance could contribute in raising awareness in the course of their consultation activities in the enterprises.

## Einleitung

Arbeitgeber in Deutschland sind gemäß § 167 Absatz 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch verpflichtet, Beschäftigten, die länger als 6 Wochen innerhalb von 12 Monaten arbeitsunfähig sind, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten. Ziel des BEM ist, gemeinsam mit den zurückkehrenden Beschäftigten Möglichkeiten zu finden, wie die aktuelle Arbeitsunfähigkeit (AU) überwunden, wie erneuter AU vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (ebd.). Damit weist das BEM eine Schnittmenge mit den Zielen der Rehabilitation auf, nämlich in einem multiprofessionellen Prozess die Teilhabe von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter Achtung der Selbstbestimmung zu sichern [1].

Die Ergebnisse bisheriger bevölkerungsbasierter Befragungen zeigen, dass in Deutschland weniger als die Hälfte aller potenziell Berechtigten ein BEM angeboten bekommt (40% bei [2, 3], 36% bei [4]). Auf Basis von Betriebs- bzw. Betriebsrätebefragungen berichteten Lösch et al. [5], dass im Jahr 2009 65% bzw. im Jahr 2015 77% der befragten Betriebe angegeben hatten, ein BEM eingeführt zu haben. Während bei Lösch et al. [5] und bei Loerbroks et al. [4] vor allem die Betriebsgröße als Einflussfaktor für ein BEM-Angebot genannt wird, zeigte sich bei Wrage et al. [2] auch ein positiver Zusammenhang mit dem Vorhandensein von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung und wertschätzendem Vorgesetztenverhalten.

Während der Arbeitgeber zum BEM-Angebot verpflichtet ist, steht den Beschäftigten die Annahme eines BEM-Angebots frei. Beschäftigte nehmen das BEM-Angebot mehrheitlich an. Darauf weisen die von Wrage et al. [2] bzw. Loerbroks et al. [4] berichteten Inanspruchnahmequoten von 68% bzw. 77% hin. Bei den Beschäftigten, die das Angebot nicht annehmen, stellt sich die Frage nach möglichen Ablehnungsgründen. Dieser Fragestellung wurde in bisherigen quantitativen Studien nur indirekt nachgegangen, indem

statistische Zusammenhänge zwischen arbeits- oder personenbezogenen Faktoren und der Inanspruchnahme betrachtet wurden. Diesen zufolge ist die Chance größer, dass Beschäftigte mit psychischen Beeinträchtigungen [4] oder längeren AU-Zeiten [2] ein BEM-Angebot annehmen als Beschäftigte ohne psychische Erkrankungen oder mit kürzeren AU-Zeiten. Große Unternehmen weisen zwar vergleichsweise hohe Angebots-, jedoch geringere Inanspruchnahmequoten auf [2–4].

Die Auseinandersetzung mit der Inanspruchnahme gibt indirekt Hinweise auf den von Arbeitgebern und Beschäftigten erwarteten Nutzen des BEM. Jedoch mangelt es bislang an repräsentativen Studien zur Einschätzung des möglichen Nutzens aus Sicht der Beschäftigten. In Hinblick auf den Erhalt spezifischer BEM-Maßnahmen gibt es bislang vor allem Erkenntnisse aus qualitativen Studien, welche die Erfahrungen von Beschäftigten im Rückkehrprozess untersucht haben. So haben Stegmann et al. [6] bei Beschäftigten mit einer psychischen Erkrankung insbesondere die unterstützende Funktion der stufenweisen Wiedereingliederung (STWE) aufgezeigt. Darüber hinaus wurden u. a. die Verfügbarkeit betrieblicher Vertrauenspersonen, eine professionelle Begleitung während der Rückkehr, das Angebot regelmäßiger Feedbackgespräche, soziale Unterstützung durch Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen sowie weitere präventive Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes für diese Gruppe als hilfreich identifiziert [ebd.]. Niehaus et al. [7] haben Betriebe dazu befragt, welche konkreten Maßnahmen im Einzelfall angeboten werden. Sehr häufig wurden damals die STWE, die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz, die Verbesserung der technischen Ausstattung des Arbeitsplatzes, die Organisation eines Arbeitsversuchs sowie die Verringerung der Arbeitszeit als Angebote im Einzelfall genannt. Aktuellere (und repräsentative) Studien mit einer systematischen krankheitsübergreifenden Abfrage

konkreter BEM-Maßnahmen aus Beschäftigtenperspektive sind nicht bekannt.

Im Rahmen dieser Arbeit soll auf Basis der 2022/23 in der vierten Welle der lidA-Studie erhobenen Daten der beschriebene Forschungsstand zum BEM aus der Perspektive der Beschäftigten ergänzt werden. Dabei soll untersucht werden, wie häufig ein BEM-Angebot gemacht wird, wer es erhält, wer dieses in Anspruch nimmt, welche Ablehnungsgründe ggf. genannt werden, welche Maßnahmen im Rahmen des BEM erfolgen und wie diese bzw. das BEM insgesamt durch die Beschäftigten letztendlich bewertet werden. Die lidA-Studie bietet hierzu aktuelle repräsentative Daten zu Beschäftigten im höheren Erwerbsalter, also einer Personengruppe, die häufiger von längeren Krankheitsphasen betroffen ist.

## Methoden

### Studiendesign

In der lidA-Studie werden seit 2011 ältere Beschäftigte in Deutschland mittels persönlicher Interviews zu den Themen Arbeit, Gesundheit und Erwerbsteilhabe befragt. Befragte sind Angehörige der Geburtsjahrgänge 1959 und 1965 sowie in Welle 4 erstmals auch Personen des Geburtsjahrgangs 1971. Bisher umfasst die lidA-Kohortenstudie vier Erhebungswellen aus den Jahren 2011 ( $N_{\text{Welle 1}} = 6585$ ), 2014 ( $N_{\text{Welle 2}} = 4244$ ), 2018 ( $N_{\text{Welle 3}} = 3586$ ) und 2022/23 ( $N_{\text{Welle 4}} = 8884$ ).

### Setting

In den ersten drei Erhebungswellen fanden sämtliche Interviews bei den Befragten zu Hause statt (CAPI, Computer Assisted Personal Interview), in der vierten, hier relevanten Erhebungswelle entweder zu Hause oder telefonisch („CAPI by phone“). In der vierten Welle wurde die bisher untersuchte Stichprobe auf jeweils über 3000 Personen pro Geburtsjahrgang aufgefüllt. Zusätzlich wurden erstmals fast 3000 Personen des Geburtsjahrgangs 1971 befragt. Die Befragung erfolgte von Mai 2022 bis März 2023.

### Teilnehmende

Die Teilnehmenden ab Welle 1 waren am Stichtag 31.12.2009 sozialversicherungspflichtig erwerbstätig, die in Welle 4 erstmals Teilnehmenden am Stichtag 31.12.2019. Demnach sind Beamte, Angehörige des Militärs und Selbstständige nicht in lidA berücksichtigt. Die Stichprobenziehungen erfolgten aus dem Datensatz der Integrierten Erwerbsbiografien (IEB) der Bundesagentur für Arbeit. Aus 222 zufällig gezogenen Rekrutierungspunkten in ganz Deutschland erfolgte die erneut zufällige Ziehung der Teilnehmenden. Die doppelte Zufallsauswahl ermöglichte die hohe Repräsentativität der Stichprobe für alle sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigen der untersuchten Jahrgänge [8]. Weitere vertiefende Informationen zur lidA-Studie finden sich im lidA Cohort-Profil [9].

Für die hier untersuchte Fragestellung wurden Teilnehmende berücksichtigt, die zum Befragungszeitpunkt (2022/23) in Vollzeit, Teilzeit oder geringfügig beschäftigt waren, sich in einer öffentlich geförderten Beschäftigungsmaßnahme befanden oder sich auf die Frage nach der gegenwärtigen Erwerbstätigkeit als „längere Zeit krank“ bezeichneten. Schließlich musste eine gültige Antwort vor-

liegen zur Frage nach der Anzahl der AU-Tage in den zurückliegenden 12 Monaten.

## Variablen

### Arbeitsunfähigkeitstage

Die Anzahl der AU-Tage der letzten 12 Monate basiert auf Selbstauskünften der Befragten.

### Fragen zu BEM-Angebot und -Annahme

Die in der lidA-Welle 4 eingesetzte Fragenbatterie zur Erhebung des BEM-Angebots sowie dessen Annahme wurde von den Autorinnen und Autoren dieses Beitrags vor dem Hintergrund eigener Fragebogeninstrumente zusammengestellt und basiert daher auf in früheren/anderen Studien eingesetzten Erhebungsinstrumenten, der Gutenberg-Gesundheitsstudie [10], der Studie „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung“ [11] und der lidA-Studie Welle 3. Verschiedene übernommene Fragen wurden modifiziert. Das Fragenset ist im Zusatzmaterial dokumentiert.

Die subjektive Bewertung des BEM insgesamt wurde mit der folgenden Frage erfasst „Als wie hilfreich haben Sie das BEM insgesamt empfunden?“ (► **Online-Tab. 1**).

### BEM-Maßnahmen

Die Liste der abgefragten potenziellen BEM-Maßnahmen entstammt dem Fragenkatalog des Forschungsprojekts „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA; [11]), wobei eine Maßnahme („Schulung der Kollegen und Vorgesetzten zum Umgang mit psychischen Erkrankungen“) nicht aufgenommen wurde, da sie projektspezifisch für das BAuA-Forschungsvorhaben ist. Außerdem wurde eine Maßnahme neu aufgenommen: „Arbeit von zu Hause“. Die subjektive Bewertung des Erfolgs der Maßnahmen wurde mit der folgenden Frage erfasst: „Und was meinen Sie: wie hilfreich war diese Maßnahme / waren diese Maßnahmen in Bezug auf Ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit?“ (► **Online-Tab. 1**).

### Weitere Einflussfaktoren

Als mögliche weitere Einflussvariablen wurden in den Analysen berücksichtigt: Geschlecht, Alter (Jahrgänge 1959, 1965, 1971), Bildungsstand, Wochenarbeitsstunden, Arbeiten im Homeoffice, Unternehmensgröße und die Gesundheitskultur im Betrieb sowie Krankheiten.

Der Bildungsstand wurde gemäß den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie aus einer Kombination des höchsten erreichten schulischen sowie beruflichen Bildungsabschlusses erfasst [12]. Dieser Bildungs-Ausbildungs-Score wurde trichotomisiert in „niedriger Bildungsstand (zumeist Beschäftigte ohne Qualifizierung)“, „mittlerer Bildungsstand“ (vorwiegend Beschäftigte mit beruflicher Ausbildung); „hoher Bildungsstand“ (Fachhochschul- und universitäre Ausbildung).

Arbeiten im Homeoffice wurde berücksichtigt, weil die Erhebung zum Zeitpunkt der Corona-Pandemie erfolgte und Einflüsse

► **Tab. 1** Soziodemografische Charakteristika der Untersuchungsgruppe, gesamt und nach selbst berichteter Arbeitsunfähigkeit ≤ 30 vs. > 30 Tage in den letzten 12 Monaten.

		Total	Arbeitsunfähigkeitstage in letzten 12 Monaten	
		n (Spalten % pro Kategorie)	≤ 30 Tage n (Zeilen %)	> 30 Tage n (Zeilen %) (BEM-Berechtigte)
Geschlecht ***	Männlich	3480 (47,4%)	3137 (90,1%)	343 (9,9%)
	Weiblich	3855 (52,6%)	3379 (87,7%)	476 (12,3%)
Geburtsjahr ***	1959	2017 (27,5%)	1748 (86,7%)	269 (13,3%)
	1965	2857 (39%)	2516 (88,1%)	341 (11,9%)
	1971	2457 (33,5%)	2248 (91,5%)	209 (8,5%)
Bildungsstand ***	Gering	1232 (17,7%)	1022 (83%)	210 (17%)
	Mittel	3889 (55,9%)	3442 (88,5%)	447 (11,5%)
	Hoch	1833 (26,4%)	1725 (94,1%)	108 (5,9%)
Unternehmensgröße *	bis 10	739 (10,3%)	679 (91,9%)	60 (8,1%)
	10 bis < 50	1158 (16,2%)	1042 (90%)	116 (10%)
	50 bis < 250	1273 (17,8%)	1135 (89,2%)	138 (10,8%)
	250 bis < 1000	1248 (17,4%)	1101 (88,2%)	147 (11,8%)
	1000 +	2735 (38,2%)	2396 (87,6%)	339 (12,4%)
Arbeitsunfähigkeitstage in letzten 12 Monaten		17,3 AU-Tage	8,3 AU-Tage	88,9 AU-Tage

\* zeigt signifikante Gruppenunterschiede in der Prävalenz von > 30 Tagen AU an (\* = p < 0,05; \*\* = p < 0,01; \*\*\* = p < 0,001, Chi<sup>2</sup>-Tests). Fehlende Werte je Kategorie nicht ausgewiesen.

auf BEM-Angebot und -Inanspruchnahme nicht auszuschließen sind.

Als Indikatoren der betrieblichen Gesundheitskultur wurden zwei für die IIdA-Erhebungen eigens entwickelte Fragen verwendet (Formulierungen und Antwortkategorien siehe Abschnitt „Ergebnisse“).

Krankheiten wurden erfasst, indem mittels vorgegebener Krankheitskategorien nach in den letzten vier Jahren ärztlich festgestellten oder behandelten Krankheiten oder Gesundheitsstörungen gefragt wurde. Sie konnten aus Powergründen nur bei den bivariaten Analysen berücksichtigt werden. Teilnehmende, die ein BEM-Angebot angenommen haben, wurden nach der dem BEM zugrundeliegenden Diagnosegruppe gefragt.

### Endpunkte

Im Beitrag untersuchte zentrale Endpunkte sind der Erhalt eines BEM-Angebots durch den Arbeitgeber, die Inanspruchnahme des BEM-Angebots und die Bewertung des BEM durch die Teilnehmenden.

### Statistische Analysen

Die statistischen Analysen umfassen deskriptive Auswertungen und inferenzstatistische Analyseverfahren (Chi<sup>2</sup>-Tests, bivariate und multiple logistische Regressionsanalysen). Odds Ratios (OR) mit 95%-Konfidenzintervall (KI) werden berichtet. IBM SPSS Statistics 28 wurde verwendet.

Gruppenunterschiede bezüglich der Anteile BEM-berechtigter Beschäftigter (Personen mit mehr als 30 AU-Tagen in den vergan-

genen 12 Monaten) wurden mittels Chi<sup>2</sup>-Tests auf Signifikanz untersucht. Die Analysen zur Bedeutung der betrachteten Einflussfaktoren für den Erhalt eines BEM-Angebots durch den Arbeitgeber erfolgten mittels bivariater und multipler logistischer Regressionsanalysen. Die Fälle, bei denen die BEM-Berechtigten das BEM-Angebot ihres Arbeitgebers erst auf eigene Initiative erhalten hatten, wurden hier nicht berücksichtigt.

## Ergebnisse

### Stichprobenbeschreibung

Von 8884 Teilnehmenden der IIdA-Welle 4 erfüllten 7335 Personen die Einschlusskriterien und stellten damit die Untersuchungsgruppe dar. Die sozio-demografischen Charakteristika der Untersuchungsgruppe sind in ► **Tab. 1** dargestellt, einschließlich der jeweiligen Anteile Beschäftigter mit *bis zu 30* AU-Tagen in den vergangenen 12 Monaten vs. *mehr als 30* AU-Tagen. Letztere Gruppe erfüllt die zentrale Zugangsvoraussetzung für das BEM. Signifikant höhere Prävalenzen von mehr als 30 AU-Tagen fanden sich bei Frauen sowie bei Beschäftigten im höheren Alter, mit niedrigem Bildungsstand und aus größeren Unternehmen.

### BEM-Angebot und -Annahme

Von allen 7335 Personen berichteten 819 Beschäftigte (11,2%), dass sie in den zurückliegenden 12 Monaten mehr als 30 AU-Tage hatten (► **Abb. 1**). Von diesen nach Gesetzeslage BEM-berechtig-

ten Beschäftigten wurden 282 (34,4%) proaktiv von ihrem Arbeitgeber zum BEM-Verfahren eingeladen, bei weiteren 55 Beschäftigten (6,7%) erfolgte das Angebot auf Eigeninitiative.

Von den 337 Befragten, die ein BEM-Angebot erhalten hatten, nahmen 207 Personen (61,4%) dieses an, 21 (6,2%) hatten sich noch nicht entschieden und 109 (32,3%) nahmen das Angebot nicht an. Die Hauptgründe für die Nicht-Akzeptanz waren die Einschätzung, dass „kein Bedarf oder keine Notwendigkeit aufgrund Art der Erkrankung bzw. Unfallfolge“ bestünde ( $n = 65$ ; 59,6% von 109) sowie „Umsetzung hätte nicht Vorstellungen entsprochen“ ( $n = 19$ ; 17,4%) (► **Abb. 2**).

Von den 207 Teilnehmenden, die das BEM-Angebot angenommen hatten, berichteten die meisten ( $n = 114$ ; 55,1%), dass das BEM aufgrund muskuloskelettaler Beschwerden erfolgt sei. Am zweithäufigsten wurden psychische Beschwerden angegeben ( $n = 58$ ; 28,0%). Von 204 dieser 207 Teilnehmenden haben 132 (64,7% von 204; 3 fehlende Antworten) BEM-Maßnahmen für die Wiedereingliederung erhalten, bei weiteren 23 (11,3%) waren solche Maßnahmen geplant.

### Prädiktoren des Erhalts eines BEM-Angebots durch den Arbeitgeber

Potenzielle Prädiktoren für den Erhalt eines BEM-Angebots durch den Arbeitgeber („Arbeitgeber kam auf mich zu“,  $n = 282$ ) sind in ► **Tab. 2** dargestellt. Demnach spielten für die Chance der 819 BEM-Berechtigten, ein Angebot zu erhalten, das Geschlecht, das Alter und die wöchentlichen Arbeitsstunden keine Rolle. Dagegen hatten BEM-Berechtigte mit geringem Bildungsstand eine geringere Chance als jene mit einem hohen, ein BEM-Angebot zu erhalten ( $OR = 0,48$ ; 95%-KI 0,29–0,79), die Signifikanz verschwand jedoch im multiplen Modell ( $OR = 0,68$ ; 95%-KI 0,37–1,25). Ebenso hatten Beschäftigte, die nie von zu Hause aus arbeiteten, eine geringere Chance auf ein BEM-Angebot als diejenigen, denen während der COVID-19-Pandemie das Arbeiten von zu Hause möglich war (bivariat:  $OR = 0,37$ ; 95%-KI 0,26–0,53; multiples Modell:  $OR = 0,54$ ; 95%-KI 0,35–0,85).

Mit steigender Anzahl von AU-Tagen in den letzten 12 Monaten stieg auch die Chance auf den Erhalt eines Angebots. Ein deutlicher Gradient zeigte sich für die Unternehmensgröße: Je kleiner das Unternehmen, desto niedriger war die Chance auf ein BEM-Angebot. Ebenso zeigte das eingeschätzte Ausmaß, in dem das Unternehmen bzw. der Vorgesetzte der Gesundheit der Mitarbeitenden eine hohe Bedeutung beimisst, einen positiven Zusammenhang zum BEM-Angebot. Im multiplen Modell verschwand die Signifikanz des Effekts für die Frage zu den Vorgesetzten.

Die (nur bivariat durchführbare) Untersuchung, ob spezifische Erkrankungen bzw. medizinische Diagnosen der Beschäftigten mit dem Erhalt eines BEM-Angebots assoziiert sind, zeigte, dass Beschäftigte mit psychischen Beschwerden signifikant häufiger ein BEM-Angebot berichteten als alle Übrigen ( $\chi^2$ -Test,  $p < 0,05$ ).

### Im Zuge des BEM erfolgte Maßnahmen

Von den 132 Beschäftigten, die angaben, betriebliche Maßnahmen im Zuge des BEM erhalten zu haben, berichteten 51 (38,9%) vom Erhalt einer Maßnahme, 48 (36,7%) von zwei bis drei Maßnahmen und 32 (24,4%) von vier oder mehr (maximal sieben) Maßnahmen (1 fehlende Angabe).

Weitaus am häufigsten genannt wurde die Maßnahme „stufenweise Wiedereingliederung“ (93 Nennungen; 70,4%). Danach folgten mit geringerer Häufigkeit „regelmäßige Feedbackgespräche mit dem Vorgesetzten“ ( $n = 38$ ; 28,7%), „Reduzierung der körperlichen Belastungen“ ( $n = 32$ ; 24,2%), „längerfristige Reduzierung der Arbeitszeit“ ( $n = 25$ ; 18,9%) sowie „Reduzierung der Arbeitsmenge“ ( $n = 22$ ; 16,6%). Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation sowie des Arbeitsplatzes erhielten jeweils 20 Personen (je 15,1%). Anschließend folgten eine Reihe grundsätzlicher Veränderungen wie „Umsetzung auf einen neuen Arbeitsplatz“ ( $n = 18$ ; 13,6%), „individuelle Begleitung und Unterstützung z. B. durch einen BEM-Coach“ ( $n = 17$ ; 12,8%), „Arbeiten von zu Hause“ und „Flexibilisierung der Arbeitszeit“ (jeweils  $n = 13$ ; 9,8%). Die Maßnahme „berufliche Weiterqualifizierung“ wurde von 3 Personen (2,2%) genannt.

### Subjektive Bewertung der BEM-Maßnahmen und des gesamten BEM

Von den 132 Befragten, die angaben, im Zuge des BEM Maßnahmen erhalten zu haben, wurden die Maßnahmen von 84 Personen (64,1%) als „sehr hilfreich“ und von weiteren 35 Personen (26,7%) als „etwas hilfreich“ bezeichnet. Zwölf Personen (9,2%) bewerteten sie als „wenig“ oder „gar nicht hilfreich“ (1 Person ohne Angabe). Es war kein Zusammenhang mit der Art der dem BEM zugrundeliegenden Krankheitsgruppe feststellbar. Das BEM insgesamt wurde von den 132 Personen ähnlich beurteilt: „sehr hilfreich“ ( $n = 80$ ; 60,6%), „etwas hilfreich“ ( $n = 34$ ; 25,8%), „wenig hilfreich“ ( $n = 13$ ; 9,8%), „gar nicht hilfreich“ ( $n = 5$ ; 3,8%).

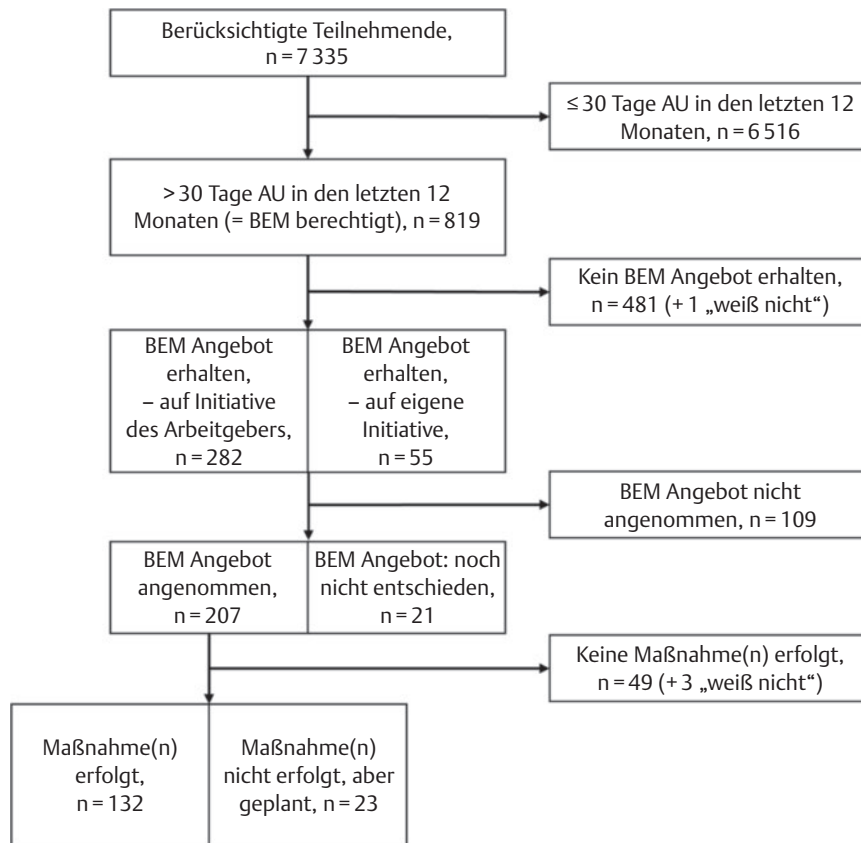
## Diskussion

### Zusammenfassung der Ergebnisse

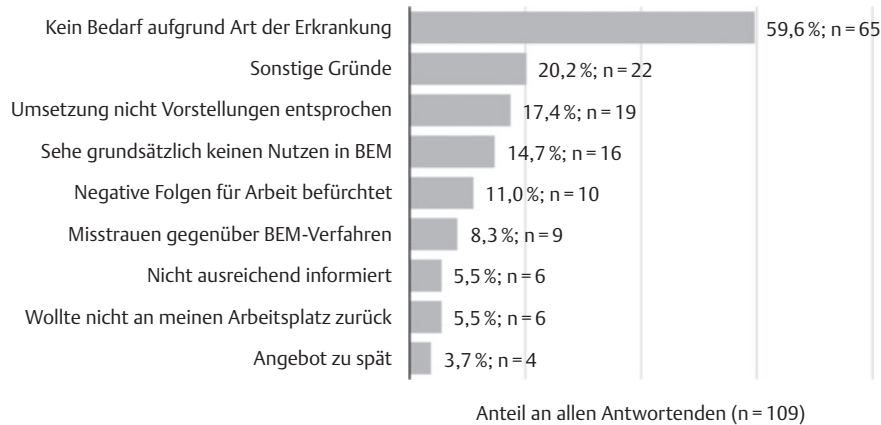
Die vorliegende Studie nutzt aktuelle Daten der lidA-Studie, um Verbreitung, Umsetzung und den subjektiven Erfolg des betrieblichen Eingliederungsmanagements in der älteren Erwerbsbevölkerung zu untersuchen. Nur etwa ein Drittel der BEM-Berechtigten wurde vom Arbeitgeber proaktiv zur Durchführung eines BEM-Verfahrens eingeladen. Signifikant häufiger war dies bei Beschäftigten mit mehr AU-Tagen der Fall. Seltener eingeladen wurden dagegen Beschäftigte in mittleren und kleinen Betrieben sowie in Betrieben, in denen der Gesundheit der Mitarbeitenden (eher) keine hohe Bedeutung beigemessen wird und ebenso Personen, die während der COVID-19-Pandemie nie im Homeoffice tätig gewesen sind. Etwa ein Drittel derer mit BEM-Angebot lehnte dies ab; meistens, weil sie keinen Bedarf hierfür sahen. Die mit Abstand häufigste genannte BEM-Maßnahme war die „stufenweise Wiedereingliederung“, gefolgt von „regelmäßigen Feedbackgesprächen mit dem Vorgesetzten“. Letztendlich haben von insgesamt 819 BEM-Berechtigten 132 Personen und damit 16,1% Maßnahmen im Zuge eines BEM erhalten. Wenn Maßnahmen erfolgt sind, wurden sie von den Beschäftigten fast immer als hilfreich bewertet.

### Angebot

Die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ermittelte Angebotsquote liegt mit 34,4% knapp unter den von Loerbroks et al. [4] mit 36% und Wrage et al. [2] mit 40% berichteten Quoten.



► **Abb. 1** Angaben der Teilnehmenden zum BEM-Verlauf in Welle 4 der lidA-Studie.



► **Abb. 2** Häufigkeit und Verteilung der Gründe für die Ablehnung eines BEM-Angebots. 159 Nennungen von 109 Beschäftigten, die das BEM-Angebot ihres Arbeitgebers abgelehnt haben.

Weitere 6,7% der im Rahmen der lidA-Studie befragten BEM-Anspruchsberechtigten erhielten ein BEM-Angebot auf Nachfrage. Die Werte sprechen eher für eine Stagnation der Verbreitung des BEM in Deutschland als für eine Zunahme in den letzten Jahren, auch wenn aus methodischen Gründen und aufgrund von Stichpro-

benunterschieden ein studienübergreifender Vergleich nur als Hinweis auf allgemeine Tendenzen verstanden werden kann.

In verschiedenen Untersuchungen ist die Unternehmensgröße als ein für das BEM-Angebot relevanter Faktor identifiziert worden [3–5]. Auch in den hier durchgeführten bivariaten und multiplen

► **Tab. 2** Prädiktoren für den Erhalt eines BEM-Angebots durch den Arbeitgeber bei 819 Beschäftigten mit mehr als 30 AU-Tagen in den zurückliegenden 12 Monaten; bivariante und multiple (unter Einschluss sämtlicher hier aufgeführter Prädiktoren) logistische Regressionsanalysen (► **fett**: signifikant).

	N (bivariat)	bivariates Modell OR (95%- Konfidenzintervall)	multiples Model OR (95%- Konfidenzintervall)
<b>Geschlecht (Referenz = Männer)</b>	314		
Frauen	423	0,98 (0,73–1,31)	0,98 (0,68–1,43)
<b>Geburtsjahr (Referenz = 1959)</b>	237		
1965	318	1,04 (0,74–1,46)	1,33 (0,89–1,98)
1971	182	1,25 (0,86–1,83)	1,42 (0,9–2,24)
<b>Bildungsstand (Referenz = hoch)</b>	103		
Gering	434	<b>0,48 (0,29–0,79)</b>	0,68 (0,37–1,25)
Mittel	200	0,83 (0,54–1,28)	0,96 (0,57–1,6)
<b>Gesamte wöchentliche Arbeitsstunden (Referenz &lt;25)</b>	84		
25 bis <35 Stunden	122	1,35 (0,77–2,37)	1,25 (0,64–2,42)
35 bis <45 Stunden	390	1,31 (0,81–2,11)	1,13 (0,62–2,05)
45+ Stunden	141	1,25 (0,72–2,16)	1,01 (0,51–1,99)
<b>Arbeit ganz oder teilweise von zu Hause (Referenz = ja)</b>	144		
Nein	593	<b>0,37 (0,26–0,53)</b>	<b>0,54 (0,35–0,85)</b>
<b>Arbeitsunfähigkeitstage in den zurückliegenden 12 Monaten (Referenz = 31 bis 40 Tage)</b>	204		
41 bis 50	111	1,34 (0,83–2,17)	1,29 (0,74–2,25)
51 bis 60	93	1,51 (0,92–2,49)	<b>1,86 (1,03–3,35)</b>
>60	329	<b>1,9 (1,31–2,74)</b>	<b>2,22 (1,45–3,39)</b>
<b>Unternehmensgröße (Referenz = 1.000+ Beschäftigte)</b>	323		
1 bis <10	51	<b>0,1 (0,03–0,26)</b>	<b>0,08 (0,02–0,23)</b>
10 bis <50	109	<b>0,24 (0,14–0,41)</b>	<b>0,26 (0,15–0,47)</b>
50 bis <250	121	<b>0,39 (0,25–0,61)</b>	<b>0,39 (0,24–0,65)</b>
250 bis <1000	133	<b>0,66 (0,44–0,99)</b>	0,69 (0,44–1,08)
<b>„Der Gesundheit der Mitarbeiter wird im Unternehmen eine hohe Bedeutung beigemessen.“ (Referenz = „stimme voll zu“)</b>	230		
Stimme eher zu	267	<b>0,68 (0,48–0,97)</b>	0,66 (0,41–1,06)
Stimme eher nicht zu	176	<b>0,43 (0,29–0,65)</b>	<b>0,38 (0,2–0,69)</b>
Stimme gar nicht zu	64	<b>0,28 (0,15–0,54)</b>	<b>0,31 (0,13–0,73)</b>
<b>„Mein direkter Vorgesetzter misst der Gesundheit der Mitarbeiter eine hohe Bedeutung bei.“ (Referenz = „stimme voll zu“)</b>	254		
Stimme eher zu	250	0,74 (0,52–1,04)	0,73 (0,45–1,18)
Stimme eher nicht zu	161	<b>0,58 (0,39–0,86)</b>	0,94 (0,52–1,69)
Stimme gar nicht zu	72	<b>0,44 (0,25–0,77)</b>	0,91 (0,41–2,05)

Analysen zeigt sich wie bei Loerbroks et al. [4] ein deutlicher Gradient. Danach haben Beschäftigte in großen Unternehmen eine höhere Chance auf ein BEM-Angebot. Dieser Zusammenhang wird darauf zurückgeführt, dass große Unternehmen eher als kleinere über Strukturen und Ressourcen verfügen, um BEM-Prozesse und -Routinen zu etablieren [4, 7, 13].

Im Gegensatz zu anderen Untersuchungen [3, zur STWE: 14, 15] zeigten sich in den hier durchgeführten Analysen keine altersabhängigen Unterschiede in der Chance auf ein BEM-Angebot. Die hier untersuchte Stichprobe weist einen deutlich höheren Alters-

durchschnitt auf als die von Hollederer [3] untersuchte Stichprobe, in der 50% der Teilnehmenden 50 Jahre oder jünger waren. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für längere AU-Zeiten [16]. Wie auch bei Hollederer [3] und Loerbroks et al. [4] gehen in der vorliegenden Untersuchung längere AU-Zeiten mit einer höheren Chance auf ein BEM-Angebot einher. Sowohl Kostenträger, Leistungserbringer als auch Arbeitgeber dürften mit zunehmender AU-Dauer verstärkt Handlungsdruck verspüren. Dabei sollte ein solcher Gradient nicht nachweisbar sein, wenn Arbeitgeber ihrer gesetzlichen

Verpflichtung unverzüglich nachkämen. Der präventive Charakter des BEM käme dann auch deutlicher zum Tragen [17].

Weiterhin ist der Bildungsstand den hier durchgeführten bivariaten Analysen zufolge ein signifikanter Faktor für den Erhalt eines BEM-Angebots. Das Ergebnis bestätigt den bisherigen Erkenntnisstand [3, zur STWE: 14, 15]. Demnach weisen sozio-ökonomisch schlechter gestellte (hier: bildungsschwächere) BEM-Anspruchsberechtigte eine geringere Chance auf, ein BEM-Angebot zu erhalten. Der Zusammenhang ließ sich in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht im multiplen Analysemodell bestätigen. Möglicherweise werden bildungsspezifische Effekte durch andere Einflussfaktoren übernommen, beispielsweise durch ‚Homeoffice‘. Es ist bekannt, dass Angehörige der unteren Einkommensgruppen – das dürften u. a. auch geringer qualifizierte Beschäftigte sein – während der COVID-19-Pandemie von der Homeoffice-Option seltener Gebrauch machen konnten [18]. Der Befund, dass die Chance auf ein BEM-Angebot höher ausfällt, wenn die Homeoffice-Option genutzt wird, widerlegt zunächst einmal die Annahme, dass Unternehmen ihre Beschäftigten im Homeoffice leicht aus dem Arbeits- und Gesundheitsschutz-Blick verlieren. Darüber hinaus weist er auf die Privilegierung besser Qualifizierter in der betrieblichen Prävention und Wiedereingliederung hin.

In der vorliegenden Untersuchung ist auch deutlich geworden, dass die wahrgenommene Gesundheitsorientierung des Arbeitgebers bzw. Unternehmens mit einer höheren Chance auf ein BEM-Angebot assoziiert ist. Entsprechendes hatte sich bereits anhand der im Rahmen der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung erhobenen Daten gezeigt [2, 3]. Da in der vorliegenden Untersuchung den Befragten bei der Beantwortung der Fragen bekannt war, ob ein BEM-Angebot gemacht worden war oder nicht, kann dies die wahrgenommene Gesundheitsorientierung der eigenen Organisation beeinflusst haben. Dass der Aspekt der Gesundheitsorientierung des direkten Vorgesetzten im multiplen Modell keinen signifikanten Einfluss auf das BEM-Angebot mehr hat, könnte darauf zurückzuführen sein, dass die strukturellen Bedingungen hier bedeutsamer sind als individuelles Verhalten. Zugleich ist davon auszugehen, dass auch das Vorgesetztenverhalten von der (allgemein) wahrnehmbaren Organisationskultur (wie auch Gesundheitsorientierung) des Unternehmens selbst beeinflusst ist [19].

## Annahme/Ablehnung

Der Anteil der Beschäftigten, die ein angebotenes BEM nicht angenommen haben, liegt in der vorliegenden Studie bei 34,5 % (109/337–21), vgl. ► **Abb. 1** und damit etwa in der Größenordnung der Ergebnisse von Wrage et al. [2] mit 32 % und über dem von Loerbroks et al. [4] mit 23 %. Die vorliegende Studie gibt erstmalig Einblick in die Gründe für die Nicht-Annahme und liefert dadurch Hinweise auf möglichen Handlungsbedarf. Unter den Beschäftigten, die das Angebot ausgeschlagen hatten, nannten 59,6 % (65 von 109) als Ablehnungsgrund, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung keinen Bedarf für ein BEM sehen. Damit bleiben rund 40 %, die möglicherweise einen grundsätzlichen Bedarf an Maßnahmen sehen, aber aus verschiedenen Gründen dennoch von einer Teilnahme absehen. Häufig werden Gründe angegeben, die im Einflussbereich des Betriebes liegen und sich durch bessere Organisation und Kommunikation des BEM vermeiden ließen. Handlungsbedarf lässt sich hier nicht nur bezüglich der Ausgestaltung der Maßnahmen ablei-

ten („Umsetzung hat Vorstellungen nicht entsprochen“, „sehe grundsätzlich keinen Nutzen“), sondern auch in Bezug auf die Kommunikation mit und Vertrauen gegenüber den betrieblich Beteiligten („negative Folgen befürchtet“, „Misstrauen gegenüber BEM-Verfahren“).

## Maßnahmen

Zusätzlich zu den neuen repräsentativen BEM-Angebots- und Annahmedaten konnten in dieser Studie zum ersten Mal weitergehende Informationen zu durchgeführten Maßnahmen im BEM gesammelt werden. Von allen Befragten, die das BEM angenommen haben, wurde immerhin bei 76 % bereits mindestens eine BEM-Maßnahme durchgeführt bzw. war noch geplant. Auf Rang 1 der durchgeführten Maßnahmen wurde auch in der aktuellen Studie die STWE als die mit Abstand häufigste durchgeführte Maßnahme im BEM genannt [6, 7]. Dabei wissen wir jedoch nicht, ob die STWE explizit im Rahmen des BEM stattfand oder unabhängig davon im Zuge der Rückkehr zur Arbeit und deshalb berichtet wurde. Der STWE kommt im Rückkehrprozess eine Sonderrolle zu, denn sie kann sowohl eine eigenständige medizinisch-therapeutische Maßnahme der Rückkehr für arbeitsunfähige Beschäftigte sein, als auch im Rahmen des BEM gemeinsam mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten veranlasst, vorbereitet und durchgeführt werden [20]. Auf Rang 2 und 3 der durchgeführten Maßnahmen folgten „regelmäßige Feedbackgespräche mit dem Vorgesetzten“ sowie die „Reduzierung der körperlichen Belastungen“. Letzteres könnte auf das relativ hohe Alter der untersuchten Studienpopulation zurückzuführen sein. Die Rangfolge zur Häufigkeit der Maßnahmen stellt jedoch ausdrücklich kein „besser“ oder „schlechter“ dar, denn für das Gelingen eines BEM im Einzelfall ist es entscheidend, individuell passende Maßnahmen zu identifizieren und zu vereinbaren [21].

## Bewertung

Bisher lagen aus populationsbasierten quantitativen BEM-Studien keine Erkenntnisse darüber vor, wie hilfreich Beschäftigte in Anspruch genommene BEM-Verfahren wahrnehmen. Dabei ist diese Einschätzung neben objektiven Indikatoren durchaus relevant, um den Nutzen des BEM zu erfassen. Beschäftigte mit BEM-Erfahrung können zudem als Kommunikatoren und im günstigsten Fall als Promotoren des BEM verstanden werden. Der überwiegende Anteil der hier Befragten, die im Rahmen des BEM umgesetzte Maßnahmen berichtet haben, bewerteten diese Maßnahmen in Bezug auf die eigene Gesundheit und Arbeitsfähigkeit als etwas (26,7 %) oder sehr hilfreich (64,1 %) und ein geringer Anteil als wenig oder gar nicht hilfreich (9,2 %). Älteren Studien zur Evaluation der STWE zufolge wurde diese ebenfalls von etwa zwei Drittel der Teilnehmenden als (sehr) positiv beurteilt, der Anteil (sehr) schlechter Bewertungen lag bei unter 10 % [16, 22].

## Limitationen

Die Stärken dieser Studie basieren auf ihrer Größe, Repräsentativität, Aktualität und auf dem Umstand, dass erstmals neue Aspekte wie die Bewertung der BEM-Maßnahmen erhoben wurden. Allerdings ist zu bedenken, dass Personen nicht berücksichtigt werden konnten, die bspw. aufgrund einer gescheiterten oder nicht erfolgten Wiedereingliederung aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Zudem lassen sich keine verlässlichen Aussagen zum wahrge-

nommenen Nutzen von BEM-Verfahren im Gesamten ableiten, da bei etwa 20 % derer, die ein BEM-Angebot angenommen hatten, gar keine Maßnahmen umgesetzt worden waren und ihnen keine entsprechende Frage gestellt wurde. Gemutmaßt werden kann, dass ihre verfahrensspezifische Nutzenbewertung weniger positiv ausgefallen wäre als die hier berichtete Nutzenbewertung der BEM-Teilnehmenden mit umgesetzten Maßnahmen.

Da die Studie auf selbstberichten Daten basiert, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Angaben der Anzahl der AU-Tage in den letzten 12 Monaten verzerrt sind. So beschreibt bspw. der Teleskopeffekt, dass länger zurückliegende Zeiträume in der Erinnerung verkürzt werden.

## Schlussfolgerungen

Die Befunde dieser Untersuchung sprechen dafür, dass 20 Jahre nach seiner Einführung das BEM dort, wo es eingesetzt wird, aus Sicht der Beschäftigten in aller Regel hilfreich ist, dass es aber zu wenig eingesetzt wird. Hier könnte eine Stärkung des BEM über die Etablierung eines individuellen Rechtsanspruchs hilfreich sein, wie Nebe dies anregt [23]. Vertiefter zu untersuchen wäre ebenfalls, wo nach wie vor betriebliche Hemmnisse beim Einsatz dieses offenbar sinnvollen Instruments der Wiedereingliederung liegen und wie man diese überwinden könnte. Nationale Akteure im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung und die Arbeitsschutzbehörden der Länder sowie die gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung könnten zur Sensibilisierung der Unternehmen im Zuge ihrer Beratungstätigkeiten beitragen.

Wünschenswert wäre, wenn auch in künftigen Untersuchungen auf bereits genutzte Erhebungsmodule zurückgegriffen wird, um eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erreichen. Das hier verwendete Modul (► **Online-Tab. 1**) hat sich als grundsätzlich brauchbar erwiesen. Zusätzlich sollte allerdings auch die Einschätzung der Beschäftigten zur Umsetzung (einschließlich Umsetzungsproblemen) und zu längerfristigen Effekten des BEM erhoben werden.

## Fördermittel

Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie, BG RCI – P0102-000-2022; Deutsche Rentenversicherung Bund – 0421/40-64-50-78; BARMER Krankenkasse – 4500129332; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BMAS – DA2-83000

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Deutsche Vereinigung für Rehabilitation. Reha-Definition der DVfR. <https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/reha-definition-der-dvfr> (letzter Zugriff 16.12.2024)
- [2] Wrage W, Sikora A, Wegewitz U. Verbreitung des betrieblichen Eingliederungsmanagements: Sind Gesundheitsorientierung und soziale Ressourcen bedeutsamer als Betriebsgröße? Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. *Gesundheitswesen* 2023; 85: 453–460. DOI: 10.1055/a-1791-1122
- [3] Holleder A. Prevalence and utilization of company integration management in Germany: Results of the 2018 BIBB/BAuA survey of employed persons. *Journal of Occupational Health* 2021; 63: e12276. DOI: 10.1002/1348-9585.12276
- [4] Loerbroks A, Scharf J, Angerer P et al. The Prevalence and Determinants of Being Offered and Accepting Operational Management Services-A Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021; 18: DOI: 10.3390/ijerph18042158
- [5] Lösch R, Amler N, Drexler H. Arbeits- und Gesundheitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – Ein systematisches Review zum Umsetzungsstand gesetzlicher Vorgaben. *Das Gesundheitswesen* 2022; 84: 422–437. DOI: 10.1055/a-1354-6227
- [6] Stegmann R, Schulz IL, Schröder UB. Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Betriebliche Wiedereingliederung aus der Perspektive der Zurückkehrenden. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; baa: Bericht. 2021; DOI: 10.21934/baa:bericht20210127
- [7] Niehaus M, Marfels B, Vater G et al. Betriebliches Eingliederungsmanagement: Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Köln: (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bd. FB374); 2008
- [8] Ruiz Marcos J, Steinwede J, Kleudgen M. Methodenbericht – lidA Welle 4. Bonn: Infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH; 2023
- [9] 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. *International Journal of Epidemiology* 2014; 1736–1749. DOI: 10.1093/ije/dyu021
- [10] Riechmann-Wolf M, Jankowiak S, Hegewald J et al. Fragebogen zur Rückkehr in den Beruf. Nicht veröffentlicht, Teil des Projekt F2447: BAuA – Forschung – Physische und psychosoziale Arbeitsbelastungen und kardiometabolische Gesundheit bei Beschäftigten in der 10-Jahres-Längsschnittuntersuchung der Gutenberg-Gesundheitsstudie – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. 2025; <https://www.baua.de/DE/Forschung/Forschungsprojekte/f2447.html> (letzter Zugriff 31.3.2025)
- [11] Sikora A, Schneider G, Stegmann R et al. Returning to work after sickness absence due to common mental disorders: study design and baseline findings from an 18 months mixed methods follow-up study in Germany. *BMC Public Health* 2019; 19: 1653. DOI: 10.1186/s12889-019-7999-z
- [12] Jöckel KH, Babitsch B, Bellach BM et al. Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In: Ahrens W, Bellach B-M, Jöckel K-H (Hrsg.) Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. München: MMV Medizin Verlag; 1998: 7–38
- [13] Ohlbrecht H, Detka C, Kuczyk S et al. Return to Work and Stay at Work – Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement. *Rehabilitation* 2018; 57: 157–164. DOI: 10.1055/a-0608-9402
- [14] Bürger W, Glaser-Möller N, Kulick B et al. Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. *Rehabilitation* 2011; 50: 74–85. DOI: 10.1055/s-0030-1261900

- [15] Marschall J, Hildebrandt S, Kleinlercher KM et al. DAK Gesundheitsreport 2020. Stress in der modernen Arbeitswelt. Sonderanalyse: Digitalisierung und Homeoffice in der Corona-Krise. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 33. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag; 2020
- [16] Schneider U, Linder R, Verheyen F. Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program: evidence from Germany. The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care 2016; 17: 629–643. DOI: 10.1007/s10198-015-0707-8
- [17] Kohte W. Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess. WSI-Mitteilungen 2010; 7: 374–384. [https://www.wsi.de/data/wsimit\\_2010\\_07\\_kohte.pdf](https://www.wsi.de/data/wsimit_2010_07_kohte.pdf) (letzter Zugriff 31.3.2025)
- [18] Braband C, Consiglio V, Hainbach N et al. Die ungleichen Auswirkungen auf Beschäftigte im ersten Pandemiejahr. Berlin: Bertelsmann Stiftung; 2022
- [19] Smith P, LaMontagne AD, Lilley R et al. Are there differences in the return to work process for work-related psychological and musculoskeletal injuries? A longitudinal path analysis. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2020; 55: 1041–1051. DOI: 10.1007/s00127-020-01839-3
- [20] Schulz IL, Sikora A, Schröder UB et al. Stufenweise Wiedereingliederung – Eine integrative Maßnahme der Rückkehr. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; baua: Fakten2021
- [21] Sikora A, Schulz IL, Schröder UB et al. Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) – Ein individueller, systematischer und lebendiger Prozess. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; baua: Fakten2021
- [22] Bürger W. Stufenweise Wiedereingliederung nach orthopädischer Rehabilitation – Teilnehmer, Durchführung, Wirksamkeit und Optimierungsbedarf. Rehabilitation 2004; 43: 152–161. DOI: 10.1055/s-2003-814985
- [23] Nebe K. Das Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarktes – ohne BEM und StW? – Ein Plädoyer, Rechtsdurchsetzung zu stärken; Beitrag D3-2023 unter [https://www.reha-recht.de/fileadmin/user\\_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum\\_D/2023/D3-2023\\_Gesetz\\_zur\\_F%C3%B6rderung\\_eines\\_inklusiven\\_Arbeitsmarktes.pdf](https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2023/D3-2023_Gesetz_zur_F%C3%B6rderung_eines_inklusiven_Arbeitsmarktes.pdf) (letzter Zugriff 31.3.2025)

**Zusatzmaterial:**

**Online-Tab. 1** Fragenset zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, BEM, in der lidA-Studie Welle 4 (2022/23)

Frage	Quelle
<p><i>BEM 1</i> Sie haben über 30 Krankheitstage für die letzten 12 Monate angegeben. Beim sogenannten Betrieblichen Eingliederungsmanagement, BEM, prüft der Betrieb gemeinsam mit Beschäftigten, die länger arbeitsunfähig waren, mit welchen Maßnahmen deren Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt, erhalten und gefördert werden kann.</p> <p>Die folgenden Fragen betreffen das Angebot und die Teilnahme an einem BEM. Hat Ihnen Ihr Arbeitgeber in den letzten 12 Monaten ein Angebot zum BEM gemacht? 1: ja, er kam von sich aus auf mich zu 2: ja, auf meine Nachfrage hin 3: nein</p>	<p>Hinführung: modifiziert nach BAuA-Frage (Sikora et al. 2019)</p> <p>Frage: Gutenberg-Health.Study (Riechmann-Wolf et al. 2025)</p>
<p><i>BEM 2</i> Haben Sie das Angebot zum BEM angenommen? 1: ja 2: nein 3: ich habe mich noch nicht entschieden.</p>	<p>Gutenberg-Health.Study (Riechmann-Wolf et al. 2025)</p>
<p><i>BEM 3</i> Aus welchen Gründen haben Sie das Angebot zum BEM abgelehnt? (Mehrfachantworten möglich) 1: kein Bedarf oder Notwendigkeit aufgrund Art der Erkrankung bzw. Unfallfolge 2: das Angebot kam zu spät 3: sehe grundsätzlich keinen Nutzen in BEM 4: Misstrauen gegenüber BEM-Verfahren und/oder Beteiligten 5: habe mich nicht ausreichend informiert gefühlt 6: Umsetzung hätte nicht meinen Vorstellungen entsprochen 7: habe negative Folgen für die eigene Arbeitssituation befürchtet 8: wollte nicht wieder an meinen Arbeitsplatz zurück 9: sonstige Gründe <i>Für jeden der Gründe:</i> 1: trifft zu 0: trifft nicht zu</p>	<p>Modifiziert nach Gutenberg-Health.Study (Riechmann-Wolf et al. 2025)</p>
<p><i>BEM 4</i> Fand ein Erstgespräch zum BEM statt? 1: ja 2: nein</p>	<p>Aus Projekt F2385 der BAuA (Sikora et al. 2019)</p>
<p><i>BEM 5</i> Wurden im Zuge Ihres BEM Maßnahmen für Ihre Wiedereingliederung umgesetzt? 1: ja 2: nein, ist aber geplant 3: nein</p>	<p>Modifiziert nach Projekt F2385 der BAuA (Sikora et al. 2019)</p>
<p><i>BEM 6</i> Welche der folgenden Maßnahmen wurden im Zuge Ihres BEM umgesetzt? (Mehrfachantworten möglich) A: Stufenweise Wiedereingliederung, z.B. „Hamburger Modell“ B: Individuelle Begleitung und Unterstützung der Wiedereingliederung, z. B. durch einen „BEM-Coach“ C: Regelmäßige Feedbackgespräche mit meiner oder meinem Vorgesetzten D: Längerfristige Reduzierung der Arbeitszeit E: Flexibilisierung der Arbeitszeit, z. B. Gleitzeit</p>	<p>Modifiziert nach Projekt F2385 der BAuA (Sikora et al. 2019)</p>

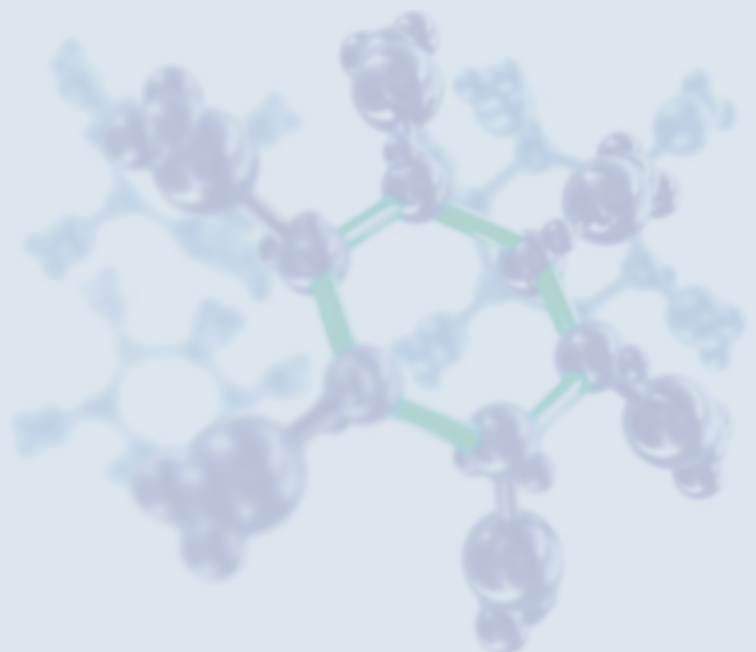
<p>F: Verbesserung der Arbeitsorganisation, z. B. Arbeitsabläufe  G: Reduzierung der Arbeitsmenge  H: Verbesserung des Arbeitsplatzes, z. B. Stuhl, Tisch, Computer, Beleuchtung, Technik  I: Reduzierung der körperlichen Belastungen, z. B. Heben oder Tragen  J: Umsetzung auf einen neuen Arbeitsplatz  K: Arbeit von zu Hause, z. B. Home-Office  L: berufliche Weiterqualifizierung  M: Sonstiges  <i>Für jede der Maßnahmen:</i>  1: trifft zu  0: trifft nicht zu</p>	
<p><i>BEM 7</i>  Und was meinen Sie: wie hilfreich war diese Maßnahme / waren diese Maßnahmen in Bezug auf Ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit?  1: gar nicht hilfreich  2: wenig hilfreich  3: etwas hilfreich  4: sehr hilfreich</p>	lidA-Welle 3 (2018, ohne Autor), ähnlich in F2385 der BAuA (Sikora et al. 2019)
<p><i>BEM 8</i>  Als wie hilfreich haben Sie das BEM insgesamt empfunden?  1: gar nicht hilfreich  2: wenig hilfreich  3: etwas hilfreich  4: sehr hilfreich</p>	F2385 der BAuA (Sikora et al. 2019)
<p><i>BEM 9</i>  Aufgrund welcher Art gesundheitlicher Beschwerden erfolgte das BEM? (Mehrfachantworten möglich)  1: Muskel-/Skelett-Beschwerden  2: Kardiologische Beschwerden  3: Psychische Beschwerden  4: Neurologische Beschwerden  5: Gynäkologische Beschwerden  6: Atemwegserkrankungen  7: Stoffwechselerkrankungen, z. B. Diabetes  8: Tumorerkrankung  9: Sonstige: _____  <i>Für jede der Beschwerden:</i>  1: trifft zu  0: trifft nicht zu</p>	Eigene Frage

## ORIGINALIA

„Stay at Work“ – ein ressourcenorientiertes Konzept füllt eine Lücke

## ORIGINALIA

Wegeunfälle von Mitarbeitenden eines Großunternehmens der chemischen Industrie: Eine Unfalldatenanalyse von 1995 bis 2022



## „Stay at Work“ – ein ressourcenorientiertes Konzept füllt eine Lücke

H. M. Hasselhorn  
M. Rohrbacher

Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft (Leitung: Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn),  
Bergische Universität Wuppertal

(eingegangen am 10.12.2024, angenommen am 05.02.2025)

### ABSTRACT / ZUSAMMENFASSUNG

#### „Stay at Work“ – a resource-oriented concept fills a gap

**Introduction:** The “Stay at Work” (SaW) concept offers a resource-oriented perspective on employees who work continuously despite health restrictions and do not show increased absenteeism.

**Method:** In the present study, data from the lidA cohort study are used to investigate the phenomenon of SaW within the middle-aged working population cross-sectionally.

**Results:** The results show that SaW employees often have more favorable personal and work-related resources than employees with frequent periods of incapacity for work. In particular, work factors such as leadership quality and influence at work seem to be key influencing factors. Nevertheless, they also represent a potentially vulnerable group.

**Conclusions:** This article takes a first step towards a better scientific classification of SaW and shows how this perspective can strengthen occupational prevention work in Germany.

**Keywords:** Stay at Work – working with illness – employment history – employability – occupational safety – corporate health management

doi:10.17147/asu-1-426483

ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2025; 60: 164–169

#### „Stay at Work“ – ein ressourcenorientiertes Konzept füllt eine Lücke

**Einleitung:** Das Konzept „Stay at Work“ (SaW) bietet eine ressourcenorientierte Perspektive auf Erwerbstätige, die trotz gesundheitlicher Einschränkungen kontinuierlich arbeiten und dabei keine erhöhten Fehlzeiten aufweisen.

**Methode:** In der vorliegenden Studie werden Daten der lidA-Kohortenstudie verwendet, um das Phänomen SaW innerhalb der mittelalten Erwerbsbevölkerung querschnittlich zu untersuchen.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass SaW-Beschäftigte oft über günstigere personale und arbeitsbezogene Ressourcen verfügen als Beschäftigte mit häufigen Arbeitsunfähigkeitszeiten. Insbesondere Arbeitsfaktoren wie Führungsqualität und Einfluss bei der Arbeit scheinen dabei zentrale Einflussfaktoren zu sein. Dennoch stellen sie zugleich eine potenziell vulnerable Gruppe dar.

**Schlussfolgerungen:** Der Beitrag leistet einen ersten Schritt zur besseren wissenschaftlichen Einordnung von SaW und zeigt Potenziale auf, wie diese Perspektive die betriebliche Präventionsarbeit in Deutschland stärken kann.

**Schlüsselwörter:** Stay at Work – Arbeiten mit Krankheit – Erwerbsverlauf – Beschäftigungsfähigkeit – Arbeitsschutz – betriebliches Gesundheitsmanagement

### Einleitung

Die arbeitsmedizinische Forschung beschäftigt sich hierzulande mit der Untersuchung arbeitsbedingter Determinanten und Risikofaktoren der Gesundheit, mit gesundheitlichen Risikogruppen, krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit (AU), Wiedereingliederung (BEM, Rehabilitation) oder Erwerbsminderung. Der vorherrschende Fokus auf diese risiko- und defizitorientierten Betrachtungsweisen prägt nicht nur die Forschung, sondern ebenso die betriebliche Prävention und nicht zuletzt die fachpolitische Rhetorik, Regulierung und Forschungsförderung.

#### Stay at Work (SaW)

Weniger Beachtung als Beschäftigte mit höheren Ausfallzeiten findet im Arbeitsschutz die große Gruppe Beschäftigter, die trotz schlechter Gesundheit kontinuierlich arbeitet, ohne durch erhöhte Fehlzeiten

aufzufallen. Viele schaffen es, trotz gesundheitlicher Einschränkungen „nachhaltig erwerbstätig“ zu bleiben – ein Phänomen, das als „Stay at Work“ bekannt ist (de Vries 2012). Das Konzept SaW ist allerdings noch relativ neu und nicht einheitlich definiert (de Vries et al. 2011; Lecours et al. 2024, 2022; van Hees et al. 2022a).

Ein breites Verständnis von SaW umfasst alle Zustände des andauernden Erwerbstätigseins von Beschäftigten mit gesundheitlichen/funktionellen Einschränkungen, also auch das Arbeiten mit chronischer Krankheit beziehungsweise nach einer langen AU-Phase (betriebliche Wiedereingliederung; siehe z. B. Bosma et al. 2021; Vooijs et al. 2015).

Ein enges Verständnis von SaW dagegen bezieht sich auf die Erwerbstätigkeit von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die keine erhöhten AU-Zeiten aufweisen (vgl. de Vries 2012; de Vries et al. 2012). Hierbei könnte es sich um eine resiliente und „erfolgreiche Gruppe“ handeln. Diese Gruppe ist aus betrieblicher Präventionssicht aus zwei Gründen besonders interessant:

- Zum einen können Arbeitsschutz und betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) von ihr lernen: Welche Faktoren ermöglichen den Betroffenen, trotz gesundheitlicher Einschränkungen langfristig ohne größere Ausfälle zu arbeiten? Welche persönlichen und betrieblichen Ressourcen sowie äußeren Rahmenbedingungen spielen eine Rolle? Welche Krankheitsbilder und Ressourcen-Konstellationen sind typisch?
- Zum anderen sollte der Arbeitsschutz diese Gruppe als potenziell vulnerabel betrachten, um frühzeitig sekundärpräventiv handeln zu können: Wann schlägt SaW in Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung um? Wie lassen sich Warnsignale erkennen und das Kippen in Arbeitsunfähigkeit verhindern? Bei wem ist SaW nicht etwa nachhaltig, sondern Ausdruck von Präsentismus (Lohaus u. Habermann 2019) oder „reverse malingering“ (Erlangen von Vorteilen durch Präsentismus; Lurati 2013)?

### Evidenzlage zu SaW

Die Evidenzlage dazu, wie Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen nachhaltig erwerbstätig sein können, ist noch begrenzt, insbesondere bei Anlegung eines engen Verständnisses von SaW. Die Forschung hierzu umfasst nur wenige quantitative (de Vries et al. 2011b, 2012), dafür aber einige qualitative Arbeiten (Bosma et al. 2020, 2021; de Vries et al. 2011a; Lecours et al. 2022; Smith-Young et al. 2014) und fokussierte Reviews (Aksnes u. Ulstein 2024; Audet u. Lecours 2024; de Vries et al. 2011b; Lecours et al. 2024; Six Dijkstra et al. 2023; Teborg et al. 2024; van Hees et al. 2022b; Vooijs et al. 2015). Konzeptionelle Modelle, die in der wissenschaftlichen Arbeit herangezogen werden, umfassen unter anderem das ICF-Modell (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; Ask et al. 2015; de Vries et al. 2011; Nevala et al. 2015; Vooijs et al. 2015), die Arena of Work Disability Prevention (WDP Arena; Six Dijkstra et al. 2023) sowie das „model of sustainable employability“ (van der Klink et al. 2016; van Hees et al. 2022a), das wiederum auf dem „capability approach“ von Sen (1993) basiert. Die meisten Studien fokussieren sich auf spezifische Krankheitsbilder, häufiger auf Arbeiten mit chronischen Schmerzen (de Vries 2012; Vooijs et al. 2015) oder psychischen Störungen (van Hees et al. 2022b).

Je nach Ansatz, inhaltlichem Fokus und wissenschaftlichem Blickwinkel werden unterschiedliche Determinanten für SaW beschrieben, nämlich insbesondere

- Personale Faktoren:
  - Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstwirksamkeit, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Verantwortlichkeitsgefühl, positive Grundeinstellung (z. B. de Vries 2012; de Vries et al. 2011a),
  - Bewältigungsstile wie ständige Verhandlungen, Übernahme von Kontrolle, Akzeptieren eigener Grenzen, Erkennen früher Signale, Offenlegung (z. B. Bosma et al. 2020; de Vries 2012; Smith-Young et al. 2014; van Hees et al. 2022b),
  - Gesundheitsfaktoren wie Ausmaß gesundheitlicher Einschränkungen, Komorbidität, (Psycho-)Therapie (z. B. van Hees et al. 2022b; Vooijs et al. 2015),
  - individuelle Faktoren wie finanzielle Notwendigkeit, Arbeit als Therapie, Arbeit als Wert (de Vries 2012), Motivation (z. B. de Vries 2012; van Hees et al. 2022a) sowie

- Arbeitsfaktoren:

- Aspekte der Arbeitsorganisation, insbesondere Handlungsspielraum (z. B. de Vries et al. 2011a; van Hees et al. 2022a),
- quantitative Arbeitsanforderungen (z. B. de Vries et al. 2011a; van Hees et al. 2022a),
- soziales Arbeitsumfeld wie organisationales Klima, soziale Unterstützung, Anerkennung, sich gebraucht fühlen (de Vries 2012; Frederiksen et al. 2015; van Hees 2022a, 2022b) sowie
- Modifikationen der Arbeit wie Tätigkeitswechsel, geänderte Arbeitszeiten, Anpassung des Arbeitsplatzes, Schulungen (de Vries 2012; de Vries et al. 2011a, 2011b).

### Forschungsbedarf und -fragen zu Stay at Work

Das Phänomen SaW und eine daraus abgeleitete ressourcenorientierte Sichtweise könnten dem Arbeitsschutz und dem betrieblichen Gesundheitsmanagement neue Impulse und Instrumente für die betriebliche Präventionsarbeit geben, vor allem in der Sekundär- und potenziell auch in der Tertiärprävention. Voraussetzung ist die Vertiefung der Forschung im Arbeitsschutz hierzu. In diesem Beitrag werden die Daten der lidA-Studie genutzt, um in einem ersten explorativen Schritt zur Thematik zu untersuchen,

1. wie viele und wer der Gruppe der SaW in der mittelalten Erwerbsbevölkerung zuzuordnen ist und
2. welche personen- und arbeitsbezogenen potenziellen Einflussfaktoren mit SaW in welchem Ausmaß assoziiert sind.

### Methode

Für die vorliegenden Analysen wurden Daten der lidA-Kohortenstudie ([www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)) verwendet. Die lidA-Kohortenstudie widmet sich der Erforschung von Arbeit, Gesundheit und Erwerbstätigkeit in der älteren Erwerbsbevölkerung in Deutschland, bis hin zum Übergang in den Ruhestand (Hasselhorn et al. 2014). Ihr Design, ihre hohe Teilnehmerzahl und Repräsentativität ermöglichen eine differenzierte Betrachtung des Zusammenspiels von Arbeit, Gesundheit und Erwerbsteilhabe in einer älter werdenden Erwerbsbevölkerung aus einer interdisziplinären Perspektive.

Seit 2011 werden in der Studie (initial) sozialversichert Beschäftigte der deutschen Babyboomer-Kohorte, nämlich der Jahrgänge 1959 und 1965, in Drei- bis Vier-Jahres-Abständen zu Hause persönlich befragt ( $N_{\text{Welle1}}(2011) = 6585$ ,  $N_{\text{Welle2}}(2014) = 4244$ ,  $N_{\text{Welle3}}(2018) = 3586$ ). In der vierten, aktuellen Erhebungswelle wurden die Teilnehmenden entweder zu Hause oder telefonisch („CAPI by phone“) interviewt. In dieser Welle wurde die bisher untersuchte Stichprobe auf jeweils über 3000 Personen pro Geburtsjahrgang aufgefüllt, zusätzlich wurden erstmals nahezu ebenso viele Personen des Geburtsjahrgangs 1971 befragt ( $N_{\text{Welle4}}(2022/23) = 8884$ ).

Die aktuelle querschnittliche Studie untersucht Personen, die an der ersten Studienwelle teilgenommen haben und deren Erwerbsstatus entweder „Vollzeit“, „Teilzeit“, „geringfügig beschäftigt“, „in Beschäftigungsmaßnahme“ oder „in Qualifizierungsmaßnahme“ entsprach. Zusätzlich wurden Fälle ausgeschlossen, die fehlende Werte auf der Zielvariable (s. unten) vorwiesen. Insgesamt wurden  $N = 6289$  Fälle eingeschlossen. Die Befragten waren zum Befragungszeitpunkt mehrheitlich 52 (geb. 1959) bzw. 46 (geb. 1965) Jahre alt.

### Zielvariable: Stay at Work

Die Zielvariable „Stay at Work“ umfasst die drei Kategorien „(sehr) gute Gesundheit [G]“, „Stay at Work [SaW]“ (zufriedenstellende bis sehr schlechte Gesundheit und < 12 AU-Tage/Jahr) und „krank [K]“ (zufriedenstellende bis sehr schlechte Gesundheit und ≥ 12 AU-Tage/Jahr). Die Zielvariable „Stay at Work“ wurde durch die Kombination zweier Variablen gebildet: einerseits der international gut etablierten und validierten (Idler u. Benyamini 1997) Einzelfrage zur empfundenen eigenen allgemeinen Gesundheit („Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“ Antwortkategorien: sehr gut – gut – zufriedenstellend – weniger gut – schlecht) und andererseits der Angabe zur Anzahl der Tage krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit in den letzten zwölf Monaten (Tage/Jahr). Der Cut-off 11/12 AU-Tage zur Unterscheidung der Gruppen SaW und K basiert auf Anregung von de Vries (2012), diesen Schnitt bei 5 % aller Arbeitstage zu machen (bei 220 Arbeitstagen im Jahr).

### Sozioökonomischer Status

Der sozioökonomische Status wurde mittels zweier Variablen erfasst, der Bildung und des Haushaltsnettoäquivalenzeinkommens. Zur Messung der Bildung wurden Angaben zur höchsten schulischen Bildung und der höchsten beruflichen Qualifikation kombiniert (Ahrens et al. 1998). Die daraus resultierenden acht Kategorien wurden anschließend zu drei Kategorien (gering/mittel/hoch) aggregiert. Zur Beschreibung des Einkommens wurden die Angaben zum Haushaltseinkommen berücksichtigt. Durch eine Äquivalenzbilanzierung des Haushaltsnettoeinkommens auf Basis der modifizierten OECD-Skala entsteht das Haushalts-Nettoäquivalenzeinkommen (HH-NÄE). Für die statistischen Analysen wurden fünf Einkommensgruppen anhand des gesellschaftlichen Medians des HH-NÄE gebildet (vgl. Lampert u. Kroll 2009): < 60 % / < 80 % / < 100 % / < 150 % / ≥ 150 % des gesellschaftlichen Medians.

### Personale Faktoren

Die Arbeitsmotivation wurde in Anlehnung an die deutsche Fassung des Job Diagnostic Survey (Richard u. Durand 2020) erhoben. Drei Items „Die Arbeit, die ich mache, bedeutet mir sehr viel“, „Ich empfinde eine große persönliche Zufriedenheit, wenn ich meine Arbeit gut mache“, „Ich empfinde ein hohes Maß an persönlicher Verantwortung für die Arbeit, die ich tue“ wurden auf einer Skala von 1 (stimmt überhaupt nicht) bis 7 (stimmt vollständig) erfasst. Im Anschluss erfolgte die Bildung eines Skalenmittelwerts. Der finale Score umfasst eine Spanne von 1 (minimal) bis 7 (maximal).

Negative (NA) und positive Affektivität (PA) wurde in Anlehnung an die deutsche Version der „Positive and Negative Affect Schedule“ (PANAS; Krohne et al. 1996) mit jeweils fünf Items (über eine fünfstufige Likert-Skala) erfasst. Über die Skalenmittelwerte wurde anschließend ein Gesamtscore (separat für NA und PA) berechnet (1 [minimal] bis 5 [maximal]).

### Arbeitsfaktoren

Soziale Unterstützung, Führungsqualität, quantitative Anforderungen sowie Einfluss bei der Arbeit wurden mittels der deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II, mittlere Version; Nübling et al. 2006) erfasst und anschließend in separate Summenscores (0 [minimal/niedrigste Ausprägung bis 100 [maximal/höchste]) umgewandelt.

Die körperlichen Arbeitsanforderungen wurden über die Kombination zweier Variablen erfasst. Erhoben wurde die Häufigkeit der Exposition gegenüber Zwangshaltungen und Heben und/oder Tragen von schweren Lasten. Personen, die angaben, dass mindestens eine der beiden Expositionen „mehr als die Hälfte der Arbeitszeit“ vorkommt, wurden der Gruppe „hohe Exposition“ zugeordnet, jene, die für beide Variablen angaben, „nie“ exponiert zu sein, der Gruppe „keine Exposition“, die Übrigen wurden der Gruppe „mittlere Exposition“ zugeordnet.

### Statistische Analysen

Die Beschreibung der drei Gruppen G, SaW und K erfolgt anhand sozioökonomischer, personaler sowie arbeitsbezogener Faktoren (→ **Tabelle 1**). Um die statistische Signifikanz der Gruppenunterschiede zu überprüfen, wurden Chi-Quadrat-Tests für kategoriale unabhängige Variablen und Varianzanalysen (ANOVA) für stetige unabhängige Variablen durchgeführt.

### Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt die Verteilung der drei Statusgruppen G, SaW sowie K sowie die Unterschiede zwischen den drei Gruppen hinsichtlich sozioökonomischer, personaler und arbeitsbezogener Faktoren. Mehr als die Hälfte des Samples (54,8 % von N = 6289) gibt an, eine (sehr) gute Gesundheit zu haben (G). Fast ein Drittel (30,4 %) berichtet hingegen eine mäßige bis schlechte Gesundheit und zugleich weniger als 12 Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr. Diese Gruppe wird als „Stay at Work“ bezeichnet, da sie trotz gesundheitlicher Einschränkungen weiterhin arbeitet. Die verbleibenden Personen gehören zur Gruppe K (14,8 %), die sich durch eine Kombination aus mäßiger bis schlechter Gesundheit und mindestens 12 Arbeitsunfähigkeitstagen pro Jahr auszeichnet. Der zentrale Unterschied zwischen SaW und K liegt somit in den höheren Arbeitsunfähigkeitstagen der Gruppe K.

Abgesehen vom Geschlecht unterscheiden sich die drei Gruppen für alle untersuchten Faktoren hochsignifikant (jeweils  $p < 0,001$ ). Es zeichnet sich ein deutlicher Gradient ab: Personen in G stehen bei sämtlichen sozioökonomischen, personalen und Arbeitsfaktoren günstiger da als die übrigen Gruppen. So haben sie deutlich häufiger eine hohe Bildung (24,9 %) als Personen in SaW (16,6 %) und K (13,2 %) und verfügen häufiger über ein hohes HH-NÄE. Auch wenn die Unterschiede zwischen SaW und K weniger ausgeprägt sind, ist die Gruppe SaW im Mittel sozioökonomisch bessergestellt als K. Auch bei den personalen Faktoren steht SaW im Vergleich zu K etwas besser da. Deutliche Unterschiede zwischen SaW und K werden bei den arbeitsbezogenen Faktoren sichtbar: Personen in SaW berichten im Durchschnitt erheblich bessere Werte bei der sozialen Unterstützung durch KollegInnen, der Führungsqualität und bei ihrem Einfluss bei der Arbeit. Zudem sind sie deutlich seltener hohen oder mittleren körperlichen Anforderungen ausgesetzt als Personen der Gruppe K. Allerdings berichten sie im Mittel höhere quantitative Anforderungen.

### Diskussion

In der Einleitung dieses Beitrags wurde argumentiert, dass es sich bei Beschäftigten mit hoher Krankheitslast und wenigen AU-Tagen in den zurückliegenden 12 Monaten (SaW) einerseits um eine ressour-

**Tabelle 1:** Charakterisierung der Gruppen (Spaltenprozentage oder Mittelwerte)  
*Table 1: Characterization of the groups (column percentages or means)*

Unabhängige Variablen		Gesund (G)	SaW	Krank und ≥ 12 AU-Tage/Jahr (K)	p-Wert
		N = 3449 (54,8 %) N (%) oder MW (SA; M)	N = 1912 (30,4 %) N (%) oder MW (SA; M)	N = 928 (14,8 %) N (%) oder MW (SA; M)	
Geburtsjahr	1959	1396 (40,5 %)	896 (46,9 %)	465 (50,1 %)	<0,001
	1965	2053 (59,5 %)	1016 (53,1 %)	463 (49,9 %)	
Geschlecht	männlich	1620 (47,0 %)	924 (48,3 %)	405 (43,6 %)	0,063
	weiblich	1829 (53,0 %)	988 (51,7 %)	523 (56,4 %)	
Tage Arbeitsunfähigkeit in letzten 12 Monaten		5,57 (15,22; 1)	2,88 (3,35; 2)	44,77 (50,02; 28)	<0,001
<i>Sozioökonomischer Status</i>					
Bildung	gering	700 (20,4 %)	565 (29,8 %)	327 (35,5 %)	<0,001
	moderat	1872 (54,7 %)	1017 (53,6 %)	472 (51,3 %)	
	hoch	853 (24,9 %)	314 (16,6 %)	121 (13,2 %)	
HH-NÄE	< 60 %	332 (10,6 %)	268 (15,4 %)	141 (16,5 %)	<0,001
	< 80 %	562 (17,9 %)	391 (22,4 %)	174 (20,3 %)	
	< 100 %	521 (16,6 %)	294 (16,9 %)	160 (18,7 %)	
	< 150 %	1125 (35,9 %)	562 (32,2 %)	299 (34,9 %)	
	≥ 150 %	593 (18,9 %)	229 (13,1 %)	82 ( 9,6 %)	
<i>Personale Faktoren</i>					
Arbeitsmotivation (hohe Ausprägung günstig)	1–7 (max.)	6,19 (0,79)	6,04 (0,88)	5,98 (0,95)	<0,001
Negative Affektivität (niedrige Ausprägung günstig)	1–5 (max.)	1,89 (0,43)	2,10 (0,49)	2,12 (0,55)	<0,001
Positive Affektivität (hohe Ausprägung günstig)	1–5 (max.)	4,04 (0,53)	3,88 (0,58)	3,87 (0,62)	<0,001
<i>Arbeitsfaktoren</i>					
Soziale Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen (hohe Ausprägung günstig)	0–100 (hoch)	74,57 (22,54)	70,61 (23,39)	68,17 (26,25)	<0,001
Führungsqualität (hohe Ausprägung günstig)	0–100 (hoch)	57,14 (23,19)	52,83 (23,62)	47,29 (25,61)	<0,001
Quantitative Anforderungen (niedrige Ausprägung günstig)	0–100 (hoch)	42,74 (23,36)	47,25 (23,42)	45,39 (23,90)	<0,001
Einfluss bei der Arbeit (hohe Ausprägung günstig)	0–100 (hoch)	40,12 (28,17)	35,79 (27,26)	31,65 (25,75)	<0,001
Körperliche Exposition (niedrige Ausprägung günstig)	keine	1828 (53,3 %)	795 (41,8 %)	307 (33,2 %)	<0,001
	mittel	1304 (38,0 %)	824 (43,3 %)	411 (44,4 %)	
	hoch	300 ( 8,7 %)	285 (15,0 %)	208 (22,5 %)	
Daten werden als gültige Säulenprozentage oder Mittelwerte (MW) angezeigt. SA = Standardabweichung, M = Median (nur bei Tagen Arbeitsunfähigkeit), P-Werte wurden für kategoriale Variablen mittels Chi <sup>2</sup> -Tests und für kontinuierliche Variablen mittels ANOVA (Varianzanalyse) ermittelt.					

cenreiche und gleichzeitig um eine vulnerable Beschäftigtengruppe handeln könnte. Die zugrunde liegende literaturbasierte Hypothese ist, dass bei SaW besonders günstige personale und arbeitsbedingten Ressourcen vorliegen, die sie insbesondere von K unterscheiden, gleichzeitig allerdings kann in SaW das Vorliegen von Präsentismus nicht ausgeschlossen werden. In der hier vorgelegten ersten Analyse von mittelalten Beschäftigten zeigt sich für die meisten untersuchten sozioökonomischen, personalen und Arbeitsfaktoren ein Gradient, bei dem die Gruppe G (gute Gesundheit) die günstigsten Werte erreicht, die Gruppe K (krank und hohe AU) die ungünstigsten und die Gruppe

„SaW“ dazwischenliegt, dabei oft näher an K als an G. Allein bei den Arbeitsfaktoren hebt sich SaW mit günstigeren Mittelwerten deutlich von K ab, aber niemals günstiger als G.

Auf den ersten Blick bestätigen die Ergebnisse die Hypothese, dass SaW besonders ressourcenreich sei, nur teilweise. Eher erscheint die Gruppe als eine etwas abgemilderte Variante von K, allerdings mit günstigeren Arbeitsumständen.

Neben der sozialen Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen hebt sich die Gruppe SaW insbesondere durch einen deutlich höheren Einfluss auf die Arbeit sowie eine bessere wahrgenommene

Führungsqualität ab, ein Befund, der im Einklang mit der bestehenden Evidenz steht (Abma et al. 2013; Bosma et al. 2020; van Hees et al. 2022b).

Dennoch wird die Diskussion der Befunde dadurch erschwert, dass vergleichbare arbeitsepidemiologische Studien nach Kenntnis der Autoren noch nicht vorliegen. Nichtsdestotrotz bietet die Literaturlage eine Reihe von Ansatzpunkten zur Diskussion, die gleichzeitig eine Diskussion der Limitationen der vorliegenden Untersuchung ist:

### Variablenauswahl

Bei der hier vorliegenden und auf Sekundärdaten beruhenden Analyse konnten zahlreiche in der Literatur beschriebene Determinanten von SaW (Bosma et al. 2020; de Vries et al. 2011a; Richard u. Durand 2020; van Hees et al. 2022b) nicht berücksichtigt werden, da sie in lidA-Welle 1 nicht erhoben worden sind. Dazu gehören insbesondere personale Faktoren wie Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungsstile. Wir hatten uns bewusst für Analysen der lidA-Welle 1 (2011) entschieden, da wir nur in dieser positive und negative Affektivität erfasst hatten. Affektivität war bei de Vries et al. (2011a) als Einflussfaktor gelistet, dort allerdings nur als einer von vielen personalen. Das Fehlen einiger SaW-spezifischer Einflussfaktoren im bisherigen Datensatz spricht dafür, für die kommende lidA-Welle 5 (geplant für 2027) ein spezifisches „SaW-Modul“ zu erstellen, das möglichst viele spezifische Einflussfaktoren beinhaltet.

### Präsentismus

In der Einleitung wurde angedeutet, dass sich nach unserer Operationalisierung von SaW auch Beschäftigte mit häufigem Präsentismus (Lohaus u. Habermann 2019) in SaW befinden könnten. Präsentismus ist nicht nur Ausdruck eines intensiveren beruflichen Engagements, sondern kann durchaus als Konsequenz ungünstiger individueller beziehungsweise Arbeitsumstände oder gar Notlagen verstanden werden. Dies wäre zu Beispiel der Fall, wenn Beschäftigte krank zur Arbeit gehen, um nicht Gefahr zu laufen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren oder andere Nachteile zu erleiden („reverse malingering“; Lurati 2013). Da Präsentismus nicht nachhaltig ist, sondern im Gegenteil als gesundheitsgefährdend (Lohaus u. Habermann 2019) gilt, dürfte die Gruppe Beschäftigter mit häufigem Präsentismus nach unserem Verständnis SaW nicht zugeordnet werden. Leider wurde Präsentismus nur in lidA-Welle 3 (2018) erfasst.

### Operationalisierung von SaW

Bei der Operationalisierung von SaW haben wir uns am Vorgehen von de Vries (2012) orientiert. Dies erforderte Entscheidungen hinsichtlich eines Gesundheitsindikators, eines Cut-offs zur Unterscheidung zwischen „guter“ und „schlechter“ Gesundheit sowie eines weiteren Cut-offs für die selbstberichteten AU-Tage der zurückliegenden 12 Monate. Die Wahl ist bezüglich des Gesundheitsindikators gut begründbar, denn der Einzelfrage „allgemeine Gesundheit“ des SF-12 wird eine hohe Prädiktionskraft in Bezug auf spätere Morbidität und Mortalität bescheinigt (Idler u. Benyamini 1997). Ihre Stärke in Hinsicht auf die Operationalisierung von SaW ist auch, dass sie die „allgemeine Gesundheit“ zum Gegenstand hat und nicht etwa spezifische Diagnosen. Dies ermöglicht eine ganzheitliche Perspektive auf Gesundheit, die sowohl ihre Subjektivität als auch Mehrdimensionalität berücksichtigt. Wenn es dagegen um die Untersuchung

von Determinanten für SaW geht, wäre die Einbindung spezifischer Diagnosen durchaus zu erwägen. In diesem Zusammenhang sollte künftig ein vertiefter wissenschaftlicher Austausch erfolgen.

Der Cut-off bei den AU-Tagen (zwischen 11 und 12) wurde in Anlehnung an de Vries (2012) gewählt, der bei seinen Studien einen Schnitt bei 5 % aller Arbeitstage gemacht hat (also bei 11 von 220 Arbeitstagen im Jahr). Seine Begründung war, dass dies der mittleren AU-Rate in den Niederlanden und in Europa entspräche. In unserer Untersuchungsgruppe lag der Mittelwert zum Untersuchungszeitpunkt bei 10,4 AU-Tagen, also nahe an dem gewählten Cut-off. Es sei hier aber erwähnt, dass der AU-Mittelwert in Deutschland seither kontinuierlich angestiegen ist, in der jüngsten lidA-Welle (2022/23) auf 16,7 AU-Tage. Beim jüngsten Geburtsjahrgang (51 Jahre) lag er mit 13,4 AU-Tagen in 2022/23 genau zwei Tage über dem Mittelwert der 52-Jährigen in 2011, so dass diese Zunahme nicht nur auf das Älterwerden des Teilnehmenden zurückgeführt werden kann. Die Schlussfolgerung ist, dass die Wahl des Cut-offs für die AU-Tage zur Operationalisierung der Gruppe der SaW heutzutage durchaus auch gut begründet anders erfolgen könnte.

### Längsschnitt

In unserer explorativen Studie wurde SaW in einer Querschnittsanalyse untersucht. Nun sollte SaW nach dem oben formulierten Verständnis nachhaltig sein, das heißt, die Erwerbstätigkeit sollte (trotz schlechter Gesundheit) anhaltend individuell förderlich erfolgen. Dies legt die längsschnittliche Betrachtung von SaW nahe. Durch eine solche Analyse lassen sich nicht nur die Stabilität von SaW über die Zeit hinweg untersuchen, sondern auch Muster identifizieren, die Aufschluss über individuelle Ressourcen und Verwundbarkeiten geben. So können längsschnittliche Analysen helfen, zwischen Personen zu unterscheiden, die ressourcenreich sind – also nachhaltig in SaW verbleiben oder sogar eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation (Wechsel zu G) erfahren – und solchen, die besonders vulnerabel sind. Letztere zeigen sich häufig durch wiederholte Wechsel von SaW zu K (und vice versa), was auf eine instabile Erwerbssituation und potenziell ungünstige Rahmenbedingungen hinweist. Diese Differenzierung ist zentral, um gezielte Interventionen und Unterstützungsmöglichkeiten zu entwickeln, die den spezifischen Bedarfen beider Gruppen gerecht werden.

### Schlussfolgerungen

Gerade in Zeiten immer älter werdender Belegschaften könnte SaW (im engeren Sinne) als ressourcenorientiertes Konzept neue Impulse in die betriebliche Präventionsarbeit bringen, und zwar im Arbeitsschutz ebenso wie im BGM oder gar dem Personalmanagement. Voraussetzung ist, dass dieses bisher dort weitgehend nicht beachtete Phänomen besser kennengelernt wird. Hierzu wäre die breite und intensive wissenschaftliche Beschäftigung mit SaW wünschenswert. Die vorliegende erste arbeitsepidemiologische Studie in Deutschland hierzu gibt schon zahlreiche Impulse für weitere quantitative Untersuchungen, aber auch qualitative und Multi-Methodenansätze wären bei SaW indiziert.

Gleichzeitig sollte die Wissenschaft den fachöffentlichen Diskurs zu SaW in Deutschland suchen, fördern und gezielt den Erkenntnistransfer in die betriebliche Praxis unterstützen, denn angesichts knapper und älter werdender Belegschaften drängt hier die Zeit.

**Interessenkonflikt:** Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

## Literatur

- Abma FI, Bültmann U, Varekamp I, van der Klink JJ: Workers with health problems: Three perspectives on functioning at work. *Disability and Rehabilitation* 2013; 35: 20–26. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.687027>.
- Ahrens W, Bellach B, Jöckel K: Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. *Schriften des Robert Koch-Instituts (RKI) 1*. Berlin: RKI, 1998.
- Aksnes SY, Ulstein J: Sustainable employment for people with disabilities: A scoping review on workplace practices and positive employment outcomes. *Scand J Disabil Res* 2024; 26: 189–210. <https://doi.org/10.16993/sjdr.1089> (Open Access).
- Ask T, Skouen JS, Assmus J, Koåle A: Self-reported and tested function in health care workers with musculoskeletal disorders on full, partial or not on sick leave. *J Occup Rehabil* 2015; 25: 506–517. doi: 10.1007/s10926-014-9557-y (Open Access).
- Audet J, Lecours A: Which interventions are used in the rehabilitation, return, and stay at work process of aging workers having suffered an occupational injury? A scoping review. *Work* (Preprint), 2024; 1–19.
- Borchart D, Ebener M, Tiede R, Garthe N, Hasselhorn HM: Ältere Beschäftigte im Unternehmen halten? Impulse für Führungskräfte – AmtEa Broschüre. Fachgebiet Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal, 2021. <https://uni-w.de/16zkj> (abgerufen am 05.02.2025).
- Bosma AR, Boot CRL, Schaafsma FG, Anema JR: Facilitators, barriers and support needs for staying at work with a chronic condition: A focus group study. *BMC Public Health* 2020; 20: 201. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8320-x> (Open Access).
- Bosma AR, Boot CRL, Snippen NC, Schaafsma FG, Anema JR: Supporting employees with chronic conditions to stay at work: Perspectives of occupational health professionals and organizational representatives. *BMC Public Health* 2021; 20: 592. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10633-y> (Open Access).
- de Vries HJ: Working with pain: Sustainable work participation of workers with chronic nonspecific musculoskeletal pain (Doctoral dissertation). University of Groningen, 2012.
- de Vries HJ, Brouwer S, Groothoff JW, Geertzen JHB, Reneman MF: Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: A qualitative study of workers' experiences. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011a; 12: Article 126. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-126> (Open Access).
- de Vries HJ, Reneman MF, Groothoff JW, Geertzen JHB, Brouwer S: Factors promoting staying at work in people with chronic nonspecific musculoskeletal pain: A systematic review. *Disability and Rehabilitation* 2011b; 34: 443–458. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.607551>.
- de Vries HJ, Reneman MF, Groothoff JW, Geertzen JHB, Brouwer S: Workers who stay at work despite chronic nonspecific musculoskeletal pain: Do they differ from workers with sick leave? *J Occup Rehab* 2012; 22: 489–502. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9360-6> (Open Access).
- Du Prel JB, Koscec Bjelajac A, Franić Z, Henftling L, Brborović H, Schernhammer E, McElvenny DM, Merisalu E, Pranjic N, Canu IG, Godderis L: Relationship between work-related stress and depression: A scoping review. *Public Health Rev* 2024; 45: 1606968. doi: 10.3389/phrs.2024.1606968 (Open Access).
- Frederiksen P, Karsten MMV, Indahl A, Werner EL: What challenges manual workers' ability to cope with back pain at work, and what influences their decision to call in sick? *Journal of Occupational Rehabilitation* 20015; 25: 707–716. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9578-1>.
- 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. *International J Epidemiol* 2014; 43: 1736–1749. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu021> (Open Access).
- Idler EL, Benyamini Y: Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21–37.
- Krohme HW, Egloff B, Kohlmann CW, Tausch A: Untersuchungen mit einer deutschen Version der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Diagnostica*, 1996; 42: 139–156.
- Lampert T, Kroll LE: Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Hurrelmann K, Richter M (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, 2., akt. Aufl., Bd. 40. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, 2009, S. 309–334. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9_18).
- Lecours A, Coutu M-F, Durand M-J: Fostering stay at work after a period of disability: A scoping review of occupational rehabilitation strategies to support workers in the adoption of preventive behaviours. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2024; 34: 56–70. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10122-6>.
- Lecours A, Durand M-J, Coutu M-F, Groleau C, Bédard-Mercier R: Stay at work after a period of disability due to an occupational injury: A complex process marked by social exchanges. *J Occup Rehab* 2022; 32: 319–328. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-10008-5>.
- Lohaus D, Habermann W: Presenteeism: A review and research directions. *Human Res Manage Rev* 2019; 29: 43–58. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.02.010>.
- Lurati AR: Reverse malingering – Staying on the job at any cost. *Workplace Health & Safety*, 2013; 61: 297–298. <https://doi.org/10.1177/216507991306100704>.
- Nevala N, Pehkonen I, Koskela I et al.: Workplace accommodation among persons with disabilities: a systematic review of its effectiveness and barriers or facilitators. *J Occup Rehabil* 2015; 25: 432–448. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9548-z>.
- Nübling M, Stößel U, Hasselhorn H-M, Michaelis M, Hofmann F: Measuring psychological stress and strain at work: Evaluation of the COPSOQ questionnaire in Germany. *GMS Psycho-Social-Medicine* 2006; 3: 1–14. <http://www.egms.de/static/pdf/journals/psm/2006-3/psm000025.pdf> (Open Access).
- Richard MC, Durand MJ: Workers age 55 and over working with pain: A descriptive interpretive study. *J Occup Rehab* 2020; 30: 211–220. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09865-y>.
- Schmidt K-H, Kleinbeck U (1999). *Job Diagnostic Survey (JDS – deutsche Fassung)*. In: Dunkel H (Hrsg.): *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren*. Zürich: vdf Hochschulverlag AG, 1999, S. 205–230.
- Sen AK: Capability and well-being. In: Nussbaum M, Sen AK (Hrsg.): *The quality of life*. Oxford University Press: Oxford; 1993. <http://dx.doi.org/10.1093/0198287976.003.0003> (Open Access).
- Six Dijkstra M, Bieleman H, Soer R, Reneman M, Gross D: Exploring the arena of work disability prevention model for stay at work factors among industrial workers: A scoping review. *Occup Health Science* 2023; 7: 321–352. <https://doi.org/10.1007/s41542-022-00125-9> (Open Access).
- Smith-Young J, Solberg S, Gaudine A: Constant negotiating: Managing work-related musculoskeletal disorders while remaining at the workplace. *Qualitative Health Research* 2014; 24: 217–231. <https://doi.org/10.1177/1049732313519868>.
- Teborg S, Hünefeld L, Gerdes TS: Exploring the working conditions of disabled employees: A scoping review. *J Occup Med Toxicol* 2024; 19: 2. <https://doi.org/10.1186/s12995-023-00397-z> (Open Access).
- van der Klink JJ, Bültmann U, Burdorf A, Schaufeli WB, Zijlstra FR, Abma FI, Brouwer S, van der Wilt GJ: Sustainable employability – definition, conceptualization, and implications: A perspective based on the capability approach. *Scand J Work Environ Health* 2016; 42: 71–79. doi: 10.5271/sjweh.3531 (Open Access).
- van Hees, S. G. M., Carlier, B. E., Blonk, R. W. B., & Oomens, S. (2021). Understanding work participation among employees with common mental disorders: What works, for whom, under what circumstances and how? A systematic realist review protocol. *Work*, 69, 827–838. <https://doi.org/10.3233/WOR-213515>
- van Hees SGM, Carlier BE, Blonk RWB, Oomens S: Promoting factors to stay at work among employees with common mental health problems: A multiple-stakeholder concept mapping study. *Front Psychol* 2022a; 13: Article 815604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.815604> (Open Access).
- van Hees SGM, Carlier BE, Vossen E, Blonk RWB, Oomens S: Towards a better understanding of work participation among employees with common mental health problems: A systematic realist review. *Scand J Work Environ Health* 2022b; 48: 173–189. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4005> (Open Access).
- Vooijs M, Leensen MCJ, Hoving JL, Daams JG, Wind H, Frings-Dresen MHW: Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: A systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 2015; 88: 1015–1029. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1025-2> (Open Access).

## Kontakt

**Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn**

Bergische Universität Wuppertal  
Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft  
Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik  
Gaußstraße 20, 42119 Wuppertal  
hasselhorn@uni-wuppertal.de



Editorial 2

## SCHWERPUNKT

Wie erleben ältere Beschäftigte digitalisierte Arbeit? 3

Betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit 8

Demografischer Wandel und Fachkräftemangel – Lösungen durch künstliche Intelligenz 17

Der Later Life Workplace Index (LLWI): Altern den Belegschaften erfolgreich begegnen 22

Gewalt unter Schülerinnen und Schülern – Ergebnisse einer Umfrage unter Lehrkräften 26

Soziale Selbstverwaltung als Markenzeichen der Sozialversicherungen stärken 35

## AGENDA

„Wir müssen die Sichtbarkeit unserer Selbstverwaltungen erhöhen“ 37

Interview mit Gabriele Axmann und Bernhard Wagner

Soziale Selbstverwaltung – neue Wege und Altbewährtes 41

Die überarbeitete DGUV Vorschrift 2 – verständlicher, zielgerichteter, moderner 42

Nachrichten aus Brüssel 46

Aus der Rechtsprechung 47

Personalmeldungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung 49

# Betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit

## Key Facts

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

## Autor

➔ Prof. Hans Martin Hasselhorn

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

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

## Betriebliche Maßnahmen wirken

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Infokasten 1: Die lidA-Studie

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

#### lidA-Broschüre – Arbeiten mit Krankheit

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

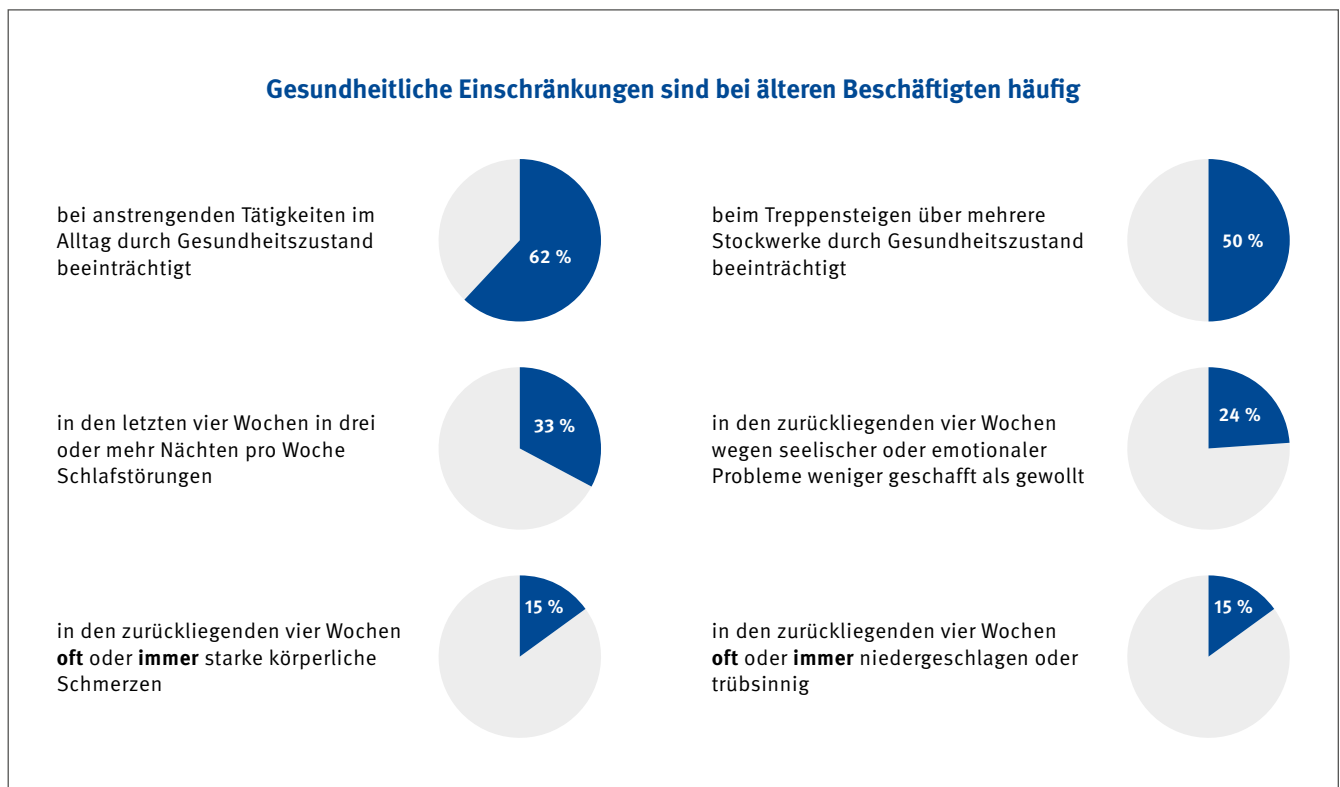


Abbildung 1: Arbeiten mit Krankheit bei älteren Beschäftigten in Deutschland – beispielhafte Ergebnisse aus der vierten Erhebungswelle der repräsentativen lidA-Studie 2022/2023, 7.517 befragte Erwerbstätige im Alter von 51, 57 oder 63 Jahren

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

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

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

### Welche Maßnahmen erhalten ältere Beschäftigte?

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

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



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

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

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

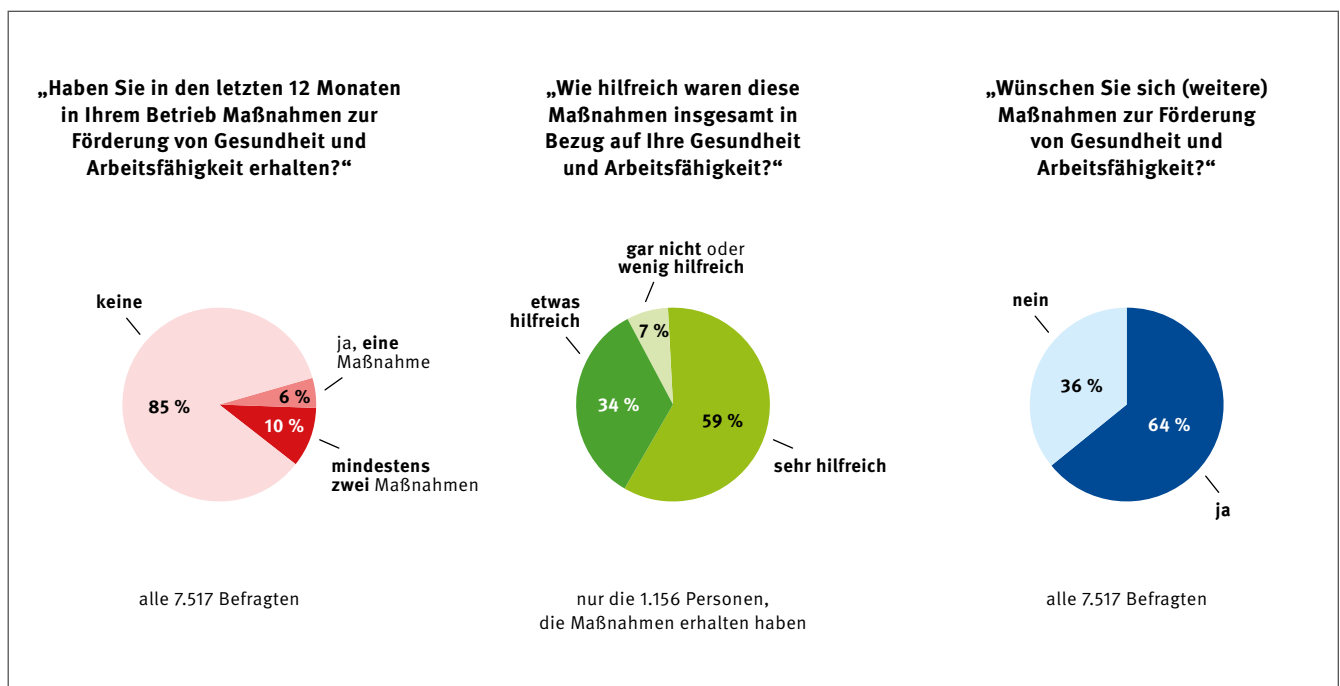


Abbildung 2: Verteilung der Häufigkeit des Erhalts von Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit bei 7.517 älteren Beschäftigten in Deutschland (linker Kreis: Rundungsfehler)

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

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

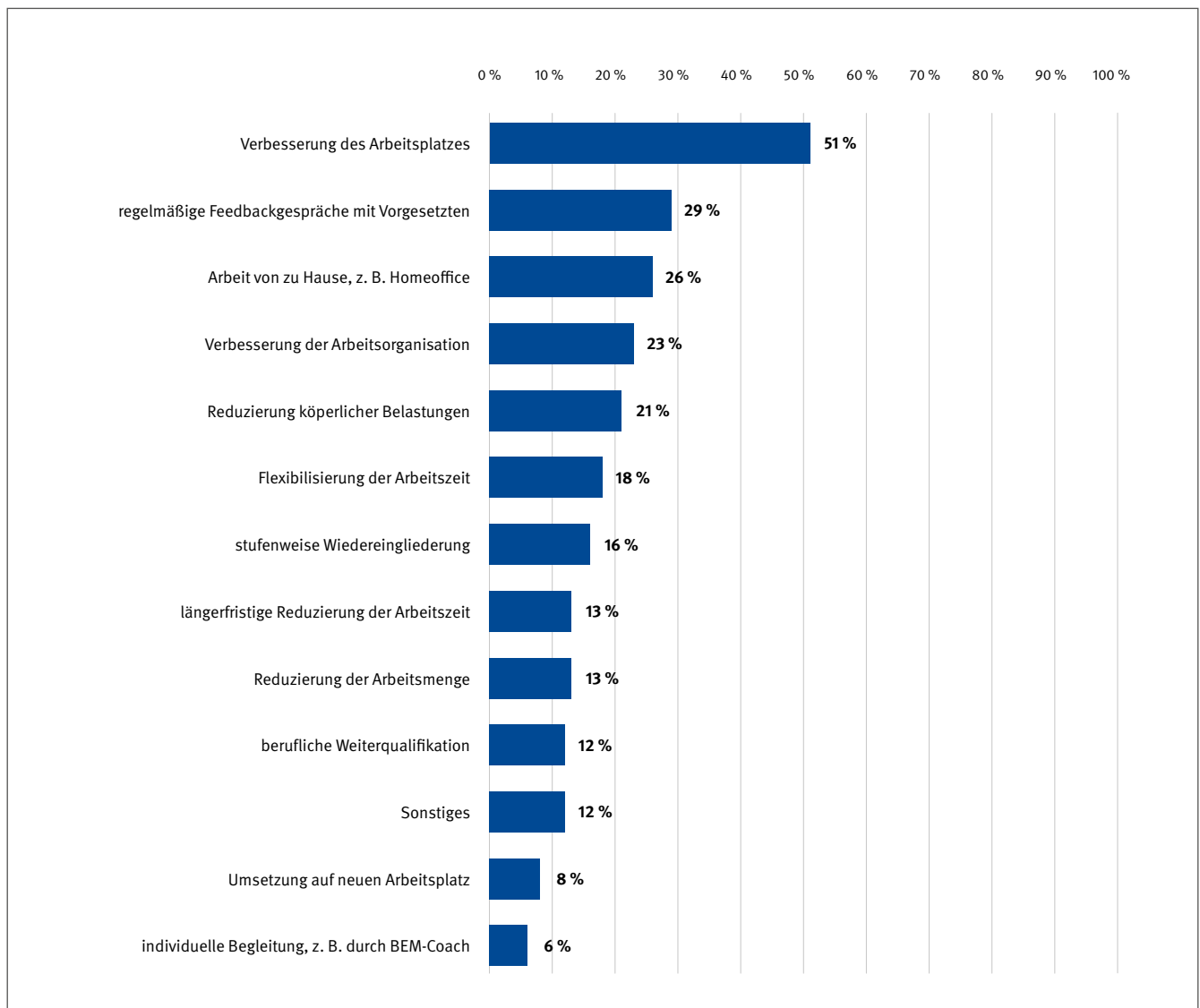
die Maßnahmen: stufenweise Wiedereingliederung, Reduzierung körperlicher Belastungen, längerfristige Reduzierung der Arbeitszeit, individuelle Begleitung zum Beispiel durch BEM-Coach, Umsetzung auf einen neuen Arbeitsplatz und die Reduzierung der Arbeitsmenge. Umgekehrt wurden von Beschäftigten mit guter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

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

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

### Bestimmt der objektive Bedarf den Erhalt?

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



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

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

Datenquelle: lidA Erhebungswelle 4, 2022/2023

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

### **Einfluss von Erreichbarkeit**

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

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

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

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

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

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

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

### Schlussfolgerungen

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

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

### Ungleichheiten bei Erhalt, Wirksamkeit und Wunsch

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

### Präventionspotenzial und Herausforderungen

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

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

Mehrere Ansatzpunkte für die betriebliche Präventionsarbeit lassen sich ableiten:

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

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


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

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

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

gleichzeitig auch soziale Ungleichheiten in der Prävention zu reduzieren.

### Förderhinweis

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

### Fußnoten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[13] Hasselhorn, H. M.; Peter, R.; Rauch, A. et al. (2014): Cohort profile: The lidA Cohort Study – a German cohort study on work, age, health and work participation. In: International Journal of Epidemiology, 43(6), S. 1736–1749; <https://doi.org/10.1093/ije/dyu021> (abgerufen am 17.12.2024); Ebener, M.; Garthe, N.; Hasselhorn, H. M. (2023): Warum wollen ältere Beschäftigte früh in die Rente? Ergebnisse der lidA-Kohortenstudie aus 2022/23. Broschüre. Fachgebiet Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal; [https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Brosch%C3%BCre\\_und\\_Flyer/vollst%C3%A4ndiglidA-Brosch%C3%BCreWelle4.pdf](https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Brosch%C3%BCre_und_Flyer/vollst%C3%A4ndiglidA-Brosch%C3%BCreWelle4.pdf) (abgerufen am 9.1.2025).

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

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

Stößel ♦ Reschauer ♦ Michaelis

# Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst

Band 37

edition ffas  
Freiburg im Breisgau

Alle Rechte vorbehalten

© 2024 edition FFAS, Postfach 5171, 79018 Freiburg

ISBN: 978-3-940278-22-7

Druck: schwarz auf weiß GmbH  
Habsburgerstr. 9  
79104 Freiburg

<i>U. Stöbel, G. Reschauer, M. Michaelis</i> Vorwort	9
<b>I. Allgemeine und rechtliche Aspekte</b>	13
<i>C. Bernhard-Klimt</i> Mutterschutz beginnt mit Arbeitsschutz	14
<i>C. Hartung, C. Altenburg, M. Dulon, G. Schedlbauer, A. Nienhaus</i> Alternative bedarfsorientierte betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung: Erprobung von regionalen Kompetenzzentren für BGW- Kleinstbetriebe	17
<i>G. Meyer</i> Resiliente Versorgungsstrukturen in der Pflege – ein Beitrag zum Arbeitsschutz des Personals?	22
<i>H.M. Hasselhorn</i> Ältere Erwerbstätige mit gesundheitlichen Einschränkungen	33
<i>M. Mörig</i> Welche Arbeitskulturr wünscht sich der medizinische Nachwuchs?	43
<b>II. Dermatologische Fragestellungen</b>	49
<i>S. Schäfer, H. v. Schwarzkopf</i> Neues und Bewährtes zum Hautschutz	50
<b>III. Infektionsepidemiologische und infektiologische Fragestellungen</b>	61
<i>A.Nienhaus</i> COVID-19 und Post-COVID-19 als Berufskrankheit oder Arbeitsunfall	62
<i>S. Popp, A. Schablon, C. Peters, A.Nienhaus</i> Heliobacter Pylori als mögliches Berufsrisiko bei Zahnärztinnen und Zahnärzten	76

<i>K. Schwarz, R. Diel, A. Nienhaus</i> SARS-CoV-2-Infektionsrisiko bei zahnärztlichem Personal – ein systematisches Review und Metaanalyse	88
<i>D. Steinmann</i> Update alte und neue Infektionserreger und Impfungen – Bedeutung für die Arbeitsmedizin	106
<i>G. Sütfels</i> Rehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit Post-COVID-Syndrom – Konzepte, Ergebnisse und Voraussetzungen für ein gelingendes betriebliches Eingliederungsmanagement	114
<b>IV. Gefahrstoffe und physikalische Belastungen</b>	129
<i>H. Drexler</i> Gesundheitliche Auswirkungen des Klimawandels – Herausforderungen für Arbeits- und Umweltmedizin	130
<i>A. Heinemann</i> Die neue TRGS 530 „Friseurhandwerk“	136
<i>J. Dischinger</i> Strahlenschutz – die neue Richtlinie für ermächtigte Ärzte	142
<i>S. Schulz-Stübner</i> Es bläst und strahlt der Heinzelmann, wo man sonst nur wischen kann: Sinn und Unsinn komplementärer Flächendesinfektionsverfahren	154
<i>W. Wegscheider</i> Gefahrstoffexpositionen bei der Flächendesinfektion und Aufbereitung von Endoskopen	158
<b>V. Körperliche Belastungen und Beanspruchungen – Epidemiologie und Prävention</b>	169
<i>G. Horst-Schaper</i> Übergriffe gegenüber Mitarbeitenden – was passiert danach?	170

<i>S. Baars</i>	
Die neue AMR 13.2 – Belastungsarten, Risikokzept, Vorsorgeanlässe, Tools zur Gefährdungsbeurteilung	177
<i>S. Reißmann, A. Schablon</i>	
Handlungshilfe Gewalt – Prävention in der Notaufnahme	188
<i>S. Küfner</i>	
BGW Ergo-Coach- Ergonomisches Arbeiten im Betrieb verankern	196
<b>VI. Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen – Epidemiologie und Prävention</b>	<b>203</b>
<i>M. Quernes, N. Häberle, A. Kleine-Albers, I. Nolle, M. Nübling, M. Vomstein, H.-J. Lincke</i>	
Die Weiterentwicklung des COPSOQ-Zusatzmoduls zur sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz in der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen	204
<i>M. Kersten, A. Kozak, M. Adler, C. Wohlert, S. Stamer, S. Gregersen</i>	
Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung: Welche Analyseverfahren sind für Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens geeignet?	219
<i>J. Küllenberg</i>	
Dilemmakompetenz: Schwierige Entscheidungen schaffen, ohne von ihnen geschafft zu werden	232
<b>Anhang</b>	<b>233</b>
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	234
Register der Autorinnen und Autoren der Bände 1-37	238
Schlagwortregister der Bände 1-37	247

## Ältere Erwerbstätige mit gesundheitlichen Einschränkungen

H. M. Hasselhorn

Während uns aus den Medien die Idee des „healthy ageing“ entgegentritt, ist die Realität für ältere Beschäftigte ein andere. „Arbeiten mit Krankheit“ hat mit dem anhaltenden Älterwerden der Erwerbsbevölkerung und dem Anstieg der Erwerbstätigkeit älterer Beschäftigter in Deutschland zugenommen. Dies zeigen Hochrechnungen auf Basis repräsentativer Daten von Dettmann et al. [1]. Demnach waren 2009/2010 in der Altersgruppe von 51 bis 65 Jahren etwa 2,7 Millionen Beschäftigte mit schlechter Gesundheit erwerbstätig, fünf Jahre später waren dies bereits 3,9 Millionen. Dies entspricht der Zunahme von 1,2 Millionen älteren Beschäftigten mit schlechter Gesundheit in Deutschland in nur fünf Jahren.

Hinter diesen hohen Zahlen verbergen sich zahllose individuelle Schicksale, betriebliche Problemlagen und die sozialpolitische Herausforderung der *Sicherung des Verbleibs* von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Erwerbsleben („Stay at Work“) bis hin zur Wiedereingliederung („Return to Work“).

In diesem Beitrag soll das Thema Arbeiten mit Krankheiten in Deutschland beleuchtet und dabei der Fokus auf die Pflegeprofession gelegt werden. Die folgenden Fragen werden behandelt:

- Wie gesund oder krank ist die ältere Erwerbsbevölkerung in Deutschland?
- Ist Arbeit mit Krankheit möglich?
- Welche betrieblichen Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit gibt es?
- Wie wird das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) in der Pflege realisiert?

Datengrundlage sind die Daten der vierten Welle der lidA-Studie [2]. Im Rahmen dieser Kohortenstudie werden seit 2011 ältere sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Deutschland mittels persönlicher standardisierter Interviews zu den Themen Arbeit, Gesundheit und Erwerbsteilhabe befragt. Die Befragten sind Personen der Geburtsjahrgänge 1959 und 1965 sowie in Welle 4 erstmals auch Personen des Geburtsjahrgangs 1971.

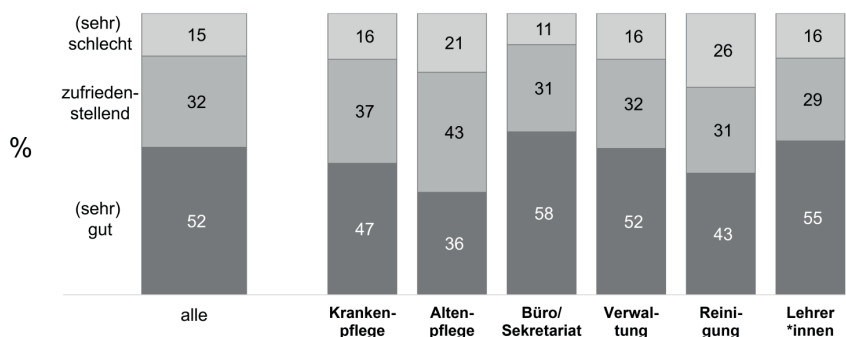
Die vierte Erhebungswelle der lidA-Kohortenstudie fand 2022/23 statt. 8.884 Personen wurden zu Hause mittels CAPI (Computer Assisted Personal Interview) oder telefonisch („CAPI by phone“) befragt. Die Befragten waren

sozialversicherungspflichtig erwerbstätig. Damit wurden Beamte, Angehörige des Militärs, Selbstständige etc. nicht berücksichtigt. Die Zufallsauswahl der Teilnehmenden aus dem Beschäftigtendatensatz der Bundesagentur für Arbeit ermöglichte die hohe Repräsentativität der Stichprobe für alle sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigen der drei Jahrgänge [3, 4].

### Wie gesund oder krank ist die ältere Erwerbsbevölkerung in Deutschland?

Die Frage „Wie schätzen Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand ein?“ ist eine in wissenschaftlichen Befragungen vielfach verwendete Frage. Sie erscheint so simpel und doch sagen die Antworten auf diese Frage einiges über die künftige Krankheitslast und sogar Mortalität aus [5, 6]. Abb. 1 zeigt, dass die Hälfte der älteren Erwerbsbevölkerung ihre eigene Gesundheit als *sehr gut* bzw. *gut* einschätzt; etwa ein Drittel bezeichnet sie als *zufriedenstellend* und ein Sechstel als *schlecht* oder *sehr schlecht*.

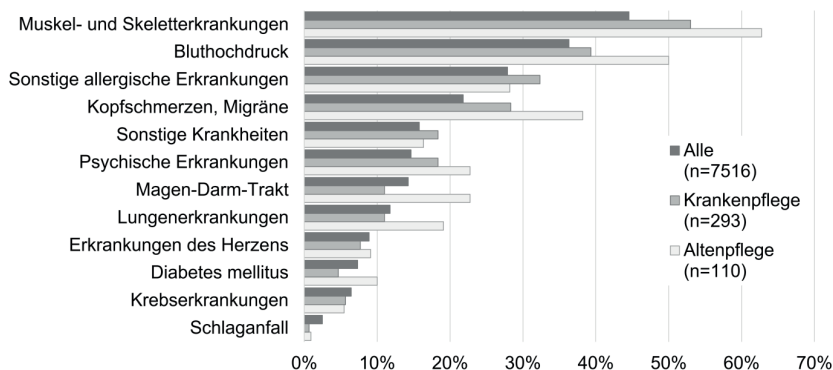
Der Vergleich einiger ausgewählter Berufe weist darauf hin, dass Angehörige von Pflegeberufen gemeinsam mit Reinigungspersonal ihre Gesundheit noch weniger günstig einschätzen als die Gesamtheit älterer Beschäftigter sowie einiger weiterer Berufsgruppen. Dies passt zu Befunden, wonach Pflegepersonal aller Pflegekategorien erhöhte Risiken für einen vorzeitigen gesundheitsbedingten Austritt aus dem Erwerbsleben aufweist [7, 8].



Legende: Vergleich der Ergebnisse für die Gesamtgruppe mit denen ausgewählter Berufsgruppen. Daten: lidA-Welle 4, 2022/23, N(alle)=7.507, n(Berufsgruppen)= 110- 323

**Abb. 1:** Antworten auf die Frage: „Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“ bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Geburtsjahrgänge 1959, 1956 und 1971

Die Aufschlüsselung nach Krankheitsgruppen in Abb. 2 belegt die im Vergleich zur Gesamtheit höhere Krankheitslast für Pflegekräfte und insbesondere für Altenpflegekräfte.



Legende: Vergleich der Ergebnisse der Gesamtgruppe mit denen von Beschäftigten in der Krankenpflege sowie Altenpflege. Daten: lidA-Welle 4, 2022/23, N(alle) = 7.507, n(Berufsgruppen) = 110 bis 293

**Abb. 2: Häufigkeiten verschiedener Krankheitsgruppen bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Geburtsjahrgänge 1959, 1956 und 1971 (4-Jahresprävalenzen)**

Aus den Befunden zur ersten Fragestellung lässt sich zusammenfassen, dass a) schlechte Gesundheit bei Beschäftigten über 50 Jahren weit verbreitet ist und b) manche Berufsgruppen wie die Pflegeprofessionen hier häufiger betroffen sind.

### Ist Arbeit mit Krankheit möglich?

Gesundheitliche Einschränkungen gehen nicht automatisch mit Leistungseinbußen am Arbeitsplatz einher. Dies legt nahe, dass bei Menschen mit eingeschränkter Gesundheit individuelle, arbeitsbezogene und auch soziale Faktoren die Arbeitsfähigkeit beeinflussen können.

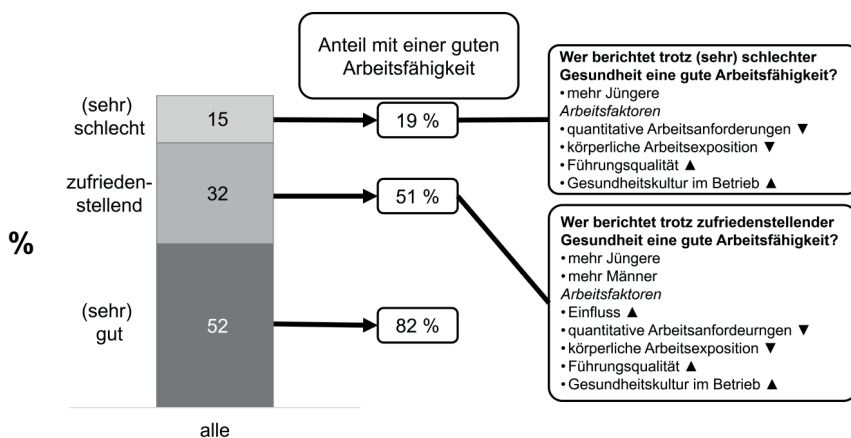
Wie groß ist der Anteil derer, die trotz gesundheitlicher Einschränkungen ihre Erwerbsarbeit verrichten können? Einer niederländischen Studie zufolge

## I. Allgemeine und rechtliche Aspekte

sind etwa 70 % aller Erwerbstätigen mit chronischen unspezifischen Muskel-Skelett-Schmerzen ohne Einbußen erwerbstätig und weisen auch nicht vermehrte AU-Tage auf [9].

Varekamp et al. [10] berichten in einer Übersichtsarbeit, dass bei ca. der Hälfte aller Beschäftigten mit chronischen Krankheiten keine Einbußen ihrer Arbeitsleistung vorliegen. Welche Faktoren sind es, die einen Einfluss darauf haben, ob Beschäftigte mit schlechter Gesundheit eine gute Arbeitsfähigkeit aufweisen können? (Unter *Arbeitsfähigkeit* sei hier – unter Berufung auf das *Konzept der Arbeitsfähigkeit* – die Passung der Anforderungen am Arbeitsplatz mit den körperlichen und psychischen Ressourcen der Beschäftigten verstanden [11]).

Zunächst einmal zeigt Abbildung 3, dass hierzulande selbst unter älteren Beschäftigten mit *(sehr) guter* Gesundheit nicht etwa alle, sondern lediglich 82 % eine gute Arbeitsfähigkeit berichten. Dies ist zu erwarten, denn ungünstige Arbeitsbedingungen dürften sich auch negativ auf die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten mit guter Gesundheit auswirken. Von allen Beschäftigten, die ihre Gesundheit als „zufriedenstellend“ bezeichnen, berichtet immerhin fast jede/r Zweite eine gute Arbeitsfähigkeit.



Legende: Daten: lidA-Welle 4, 2022/23, Logistische Regressionsanalysen, n = 1.040 bzw. 2.266

**Abb. 3: Prädiktoren guter Arbeitsfähigkeit bei älteren Erwerbstätigen mit eingeschränkter Gesundheit**

Logistische Regressionsanalysen zeigen, dass dies eher bei den jüngeren Teilnehmenden sowie bei Männern der Fall war. Zudem stieg die Wahrscheinlichkeit für eine hohe Arbeitsfähigkeit mit höherem Einfluss bei der Arbeit, geringeren quantitativen Arbeitsanforderungen, einer weniger körperlich belastenden Arbeit, einer besseren Führungsqualität und insbesondere dann, wenn der Betrieb der Gesundheit der Beschäftigten eine hohe Bedeutung beimisst. Bei der Gruppe mit (*sehr schlechter*) Gesundheit berichteten lediglich 19 % eine gute Arbeitsfähigkeit. Die Prädiktoren ähnelten denen der zuvor berichteten Analysen, wobei der letzte Aspekt, die positive Gesundheitskultur im Betrieb, einen besonders hohen statistischen Einfluss zeigte.

Diesen Absatz zusammenfassend lässt sich feststellen:

- a) Arbeit mit Krankheit ist bei vielen gut möglich, aber nicht bei allen und
- b) gute Arbeitsbedingungen und eine gute betriebliche Gesundheitskultur tragen dazu bei.

### **Betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit**

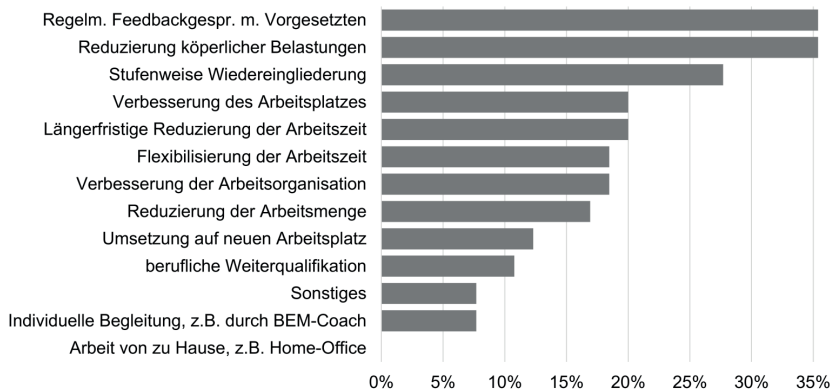
Es ist bekannt, dass *Maßnahmen zur Modifikation von Arbeitsbedingungen* das Potenzial haben, die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen zu stärken. Dabei handelt es sich nicht nur um klassische Arbeitsschutzmaßnahmen, sondern oft auch arbeitsorganisatorische [1].

Die Forschung zum Verbleib von Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen im Berufsleben wird international als „*Stay at Work Research*“ bezeichnet [9]. Sie ist vornehmlich in Australien, Nordamerika, in den skandinavischen Ländern sowie in den Niederlanden verbreitet, in Deutschland dagegen weniger. In Anlehnung an niederländische Studien wird in lidA seit der dritten Erhebungswelle ein Fragenset zu solchen Maßnahmen im Betrieb verwendet. Sie wurden wie folgt erfragt:

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

## I. Allgemeine und rechtliche Aspekte

Von den 396 Pflegenden gaben 65 Personen (16 %) an, solche Maßnahmen erhalten zu haben, und zwar im Mittel 2,3 Maßnahmen pro Person. Die häufigsten Maßnahmen waren Feedbackgespräche mit den Vorgesetzten



und die Reduzierung körperlicher Belastungen (siehe Abb. 4). 85 % aller Pflegenden, die Maßnahmen erhalten hatten, bewerteten diese als „hilfreich“. Allerdings äußerten 47 % (185 von 396) aller Pflegenden Bedarf nach (ggf. weiteren) Maßnahmen.

**Abb. 4: Verteilung von erhaltenen Maßnahmen zum Erhalt von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit bei 65 Pflegenden. Daten: lidA-Welle 4, 2022/23**

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei älterem Pflegepersonal

- betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit fast immer als wirksam beurteilt werden und
- dass Maßnahmen sehr häufig gewünscht werden, aber zu selten erfolgen.

### Betriebliches Eingliederungsmanagement in der Pflege

Gemäß § 167 Absatz 2 SGB IX sind Arbeitgeber verpflichtet, Beschäftigten, die innerhalb von 12 Monaten länger als 30 Arbeitstage arbeitsunfähig gemeldet waren, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten. Ziel des BEM ist, zusammen mit den betroffenen Beschäftigten zu klären, wie die aktuelle Arbeitsunfähigkeit überwunden werden kann, wie erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und wie der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Die vierte Welle der lidA-Studie enthält ein Modul an Fragen zum BEM-Prozess, der hier für die Beschäftigten in der Pflege ausgewertet werden soll.

420 erwerbstätige Pflegende hatten gültige Angaben zu ihren Arbeitsunfähigkeitstagen gemacht. Von diesen berichteten 81 (19 %) mehr als 30 Tage Arbeitsunfähigkeit in den zurückliegenden 12 Monaten. Diese wären also BEM-berechtigt.

Das Flussdiagramm in Abb. 5 zeigt, dass von den 81 BEM-Berechtigten Pflegenden 31 (39 %) ein BEM-Angebot erhalten haben, allerdings 7 von ihnen erst auf eigene Initiative. Die Angebote wurden von 21 Personen angenommen (68 %). Von diesen haben zum Befragungszeitpunkt 13 Maßnahmen erhalten, bei 5 weiteren Personen waren sie geplant, aber noch nicht erfolgt. Letztendlich hatten also zum Befragungszeitpunkt von 81 BEM-Berechtigten nur 13 Personen (16 %) Maßnahmen erhalten. Von diesen 13 Personen haben allerdings 9 das bei ihnen erfolgte BEM insgesamt als *etwas* oder *sehr hilfreich* beurteilt.

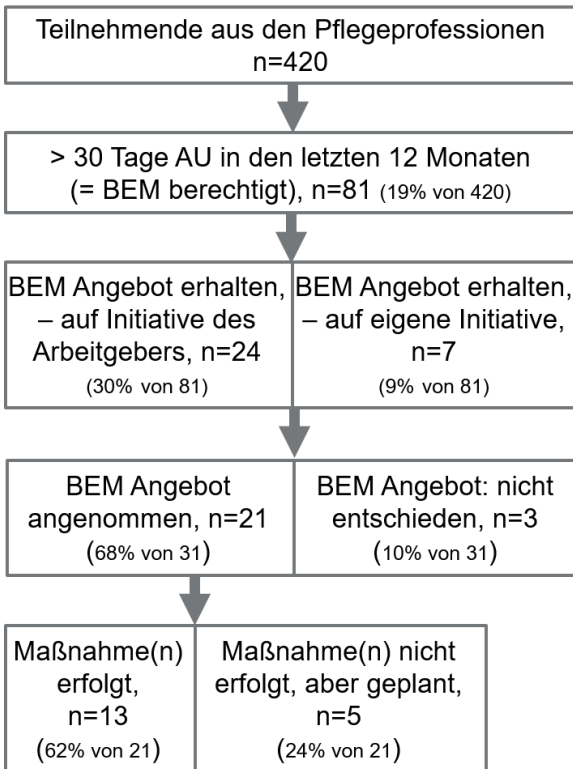


Abb. 5: BEM Prozess bei älterem Pflegepersonal in Deutschland. Daten: lidA-Welle 4, 2022/23

Dieser Abschnitt zeigt, dass bei älterem Pflegepersonal a) ungewöhnlich viele Beschäftigte BEM-berechtigt sind, b) dass BEM-Berechtigte eher selten BEM-Angebote erhalten, c) dass nur sehr wenige BEM-Berechtigte letztendlich Maßnahmen erhalten und d) dass BEM-Maßnahmen – wenn sie denn erfolgen – häufig als hilfreich bewertet werden.

### Schlussfolgerungen

Im diesem Beitrag wurde die Thematik „Arbeiten mit Krankheit“ in der Pflege anhand von aktuellen Daten der vierten Welle der lidA-Studie aufbereitet. Es wurde deutlich, dass

- schlechte Gesundheit bei Beschäftigten über 50 Jahren weit verbreitet ist und manche Berufsgruppen hier häufiger betroffen sind – die Pflegeprofessionen gehören dazu,
- Arbeit mit Krankheit bei vielen gut möglich ist, aber nicht bei allen,
- gute Arbeitsbedingungen und eine gute betriebliche Gesundheitskultur dazu beitragen, dass trotz Krankheit eine hohe Arbeitsfähigkeit möglich ist,
- bei älterem Pflegepersonal betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit fast immer als wirksam beurteilt werden und
- dass solche Maßnahmen von Pflegepersonal sehr häufig gewünscht werden, aber im Vergleich dazu zu selten erfolgen.

Schließlich konnte auch gezeigt werden, dass

- unter älterem Pflegepersonal ungewöhnlich viele Beschäftigte BEM-berechtigt sind (also hohe AU-Zeiten aufweisen),
- diese BEM-Berechtigten eher selten BEM-Angebote erhalten,
- letztendlich nur sehr wenige BEM-Berechtigte in der Pflege auch tatsächlich Maßnahmen erhalten und
- BEM-Maßnahmen von Pflegepersonal – wenn sie denn erfolgen – häufig als hilfreich bewertet werden.

Was für Beschäftigte und die betriebsärztliche Betreuung im Gesundheitsdienst selbstverständlich ist, verdient immer wieder, in den Vordergrund der Präventionsarbeit gehoben zu werden: Arbeiten mit Krankheit ist in der älteren Erwerbsbevölkerung häufig, aber auch möglich. Gute Arbeitsbedingungen und gezielte Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ermöglichen dies. Dass diese Maßnahmen von denen, die sie erhalten

ten, in sehr hohem Maße als hilfreich bezeichnet werden, sie dennoch aber viel zu selten erfolgen, ist aus Sicht des Arbeitsschutzes und der Beschäftigten bedauerlich, aber auch aus Sicht der Betriebe, die hier Chancen zu wenig nutzen.

*Förderhinweis: Die Untersuchung von Erwerbsteilhabe und Arbeit im Gesundheitsdienst in lidA-Welle 4 wird gefördert von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Hamburg.*

## Literatur

1. Dettmann M, Hasselhorn HM. Stay at Work – Erhalt von und Wunsch nach betrieblichen Maßnahmen bei älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen in Deutschland. *Zbl Arbeitsmed* 2020; 70:66-75. doi: 10.1007/s40664-019-00378-2
2. Hasselhorn HM. et al. Leben in der Arbeit. Die LIDA-Studie. Leben und arbeiten in Deutschland. <https://www.lida-studie.de>
3. Schröder H, Kersting A, Gilberg R, Steinwede J. Methodenbericht zur Haupterhebung lidA – leben in der Arbeit. FDZ Methodenreport. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit 2013. [http://doku.iab.de/fdz/reporte/2013/MR\\_01-13.pdf](http://doku.iab.de/fdz/reporte/2013/MR_01-13.pdf). Letzter Zugriff 10.1.2024
4. Steinwede J, Kleudgen M, Häring A, Schröder H: Methodenbericht zur Haupterhebung lidA – 2.Welle. FDZ-Methodenreport. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit 2015. [https://doku.iab.de/fdz/reporte/2015/MR\\_07-15.pdf](https://doku.iab.de/fdz/reporte/2015/MR_07-15.pdf). Letzter Zugriff 10.1.2024
5. Bjørner JB, Kristensen TS, Orth-Gomér K et al. Self-rated health, a useful concept in research, prevention and clinical medicine. Stockholm: Swedish Council for Planning and Coordination of Research 1996
6. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21-37
7. BARMER. Pflegereport 2020: Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 26. Berlin. ISBN: 978-3-946199-57-1 (PDF). <https://www.bifg.de/publikationen/reporte/pflegereport-2020>. Letzter Zugriff 10.1.2024
8. Mika T. Risiken für eine Erwerbsminderung bei unterschiedlichen Berufsgruppen. *Bundesgesundheitsbl* 2013; 56:391-398
9. De Vries H, Reneman MF, Groothoff JW et al. Workers who stay at work despite chronic nonspecific musculoskeletal pain. Do they differ from workers with sick leave? *J Occup Rehabil* 2012; 22(4):489-502. doi:10.1007/s10926-012-9360-6
10. Varekamp I, Van Dijk FJH, Kroll LE. Workers with a chronic disease and work disability. Problems and solutions. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56(3):406-414. doi:10.1007/s00103-012-1621-1
11. Ilmarinen J. Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scand J Work Environ Health* 2009; 35(1):1-5

## BETRIEBLICHES EINGLIEDERUNGSMANAGEMENT (BEM) IN PFLEGERUFEN

### BETRIEBLICHES EINGLIEDERUNGSMANAGEMENT (BEM), HEUTE IN DEUTSCHLAND

Arbeitgeber in Deutschland sind verpflichtet, Beschäftigten, die länger als 6 Wochen innerhalb von 12 Monaten arbeitsunfähig waren, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten (§ 167 Absatz 2 SGB IX). Ziel dieser Maßnahme ist, dass Arbeitgeber gemeinsam mit den Beschäftigten Möglichkeiten finden, wie einer weiteren Arbeitsunfähigkeit (AU) vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Obwohl des BEM vor über 20 Jahren (im Jahr 2004) eingeführt wurde, ist dessen Umsetzung noch zu gering. Seit Jahren liegt die Angebotsquote unter 50 % [1, 2], obwohl Maßnahmen im Zuge des BEM von den Beschäftigten allermeist als äußerst hilfreich bezeichnet werden [3].

In diesem Factsheet untersuchen wir die Umsetzung des BEM in Pflegeberufen in Deutschland.

### METHODEN

Seit 2011 werden in der repräsentativen lidA-Studie („leben in der Arbeit“, [www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)) deutschlandweit sozialversicherungspflichtige Beschäftigte der Geburtsjahrgänge 1959, 1965 und (seit 2022/23) 1971 zu den Themen Arbeit, Gesundheit und Erwerbsteilhabe interviewt. Für die Erhebungswelle 2022/2023 haben wir gemeinsam mit Expertinnen der BAuA und der Johannes Gutenberg-Universität Mainz ein Modul zur Umsetzung des BEM in Befragungen erstellt.

Die Ergebnisse für die Gesamtgruppe aller Befragten haben wir in einem Artikel zusammengestellt, der Anfang 2025 in der Zeitschrift *Die Rehabilitation* erschienen ist (siehe Kasten rechts). In diesem Factsheet werden die Ergebnisse für die 420 Angehörigen der Pflegeprofession in Bezug gesetzt zu denen der Gesamtgruppe.

### ERGEBNISSE

Das Flussdiagramm auf der folgenden Seite zeigt zunächst, dass unter den 420 Pflegekräften in lidA der Anteil der BEM-Berechtigten mit 19 % deutlich höher ist als in der Gesamtgruppe aller älteren Beschäftigten, wo dies nur bei 11 % der Fall war.

Von den 81 BEM-berechtigten Pflegenden haben 31 (39 %) ein BEM-Angebot erhalten, allerdings 7 von ihnen erst auf eigene Initiative. Diese Werte sind vergleichbar mit denen der Gesamtgruppe. Die Angebote wurden von 21 Personen angenommen (68 % von allen, die ein Angebot erhalten haben).

Von allen Pflegenden, die ein BEM Angebot angenommen haben, haben zum Befragungszeitpunkt 13 Maßnahmen erhalten, bei 5 weitere Personen waren sie geplant, aber noch nicht erfolgt.

### ARTIKEL ZUM BEM IN DER ÄLTEREN ERWERBSBEVÖLKERUNG

*Betriebliches Eingliederungsmanagement bei älteren Beschäftigten in Deutschland – Ergebnisse der lidA-(Kohorten-)Studie.*

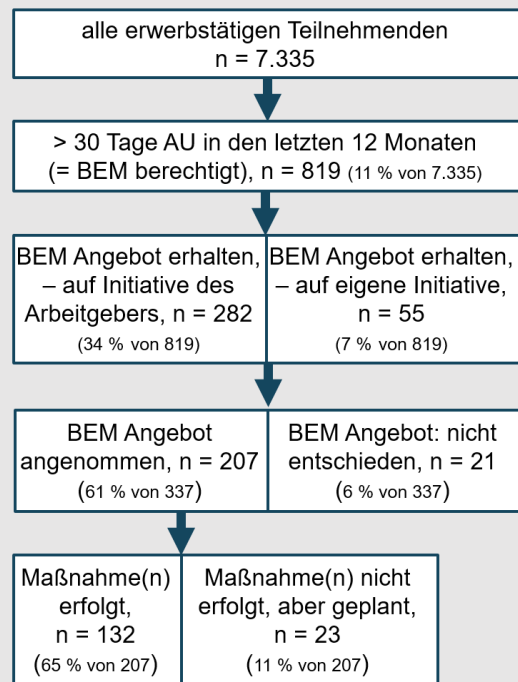
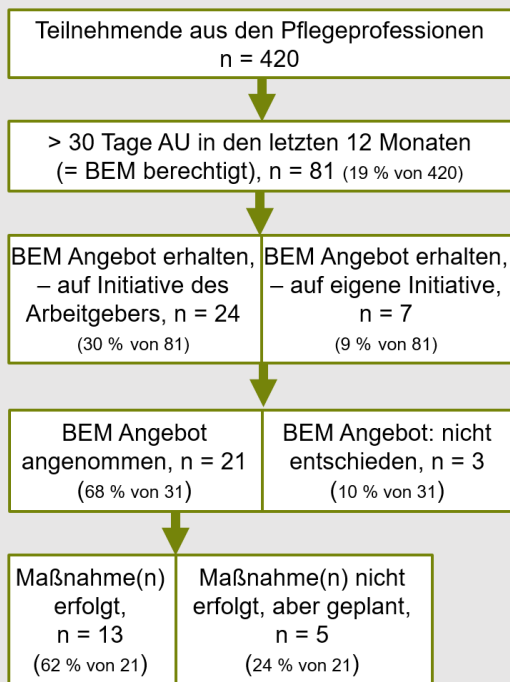
von Hasselhorn HM, Riechmann-Wolf M, Wrage W, Wegewitz U, Sikora A. (2025). *Die Rehabilitation* [3]

Kurzfassung: Von 7335 erwerbstätigen Befragten berichteten 11 % von mehr als 30 AU-Tagen in den letzten 12 Monaten und war damit BEM-berechtigt. Ein gutes Drittel von ihnen erhielt proaktiv ein BEM-Angebot vom Arbeitgeber. Die Chance auf ein Angebot war höher bei längerer AU-Dauer, in größeren Unternehmen, bei hoher Bedeutung der Mitarbeitergesundheit und bei Homeoffice-Option während der Corona-Pandemie. Etwa ein Drittel der Angebotsempfänger\*innen lehnte ab, meist wegen fehlendem Bedarf. 16 % aller BEM-Berechtigten erhielten letztendlich Maßnahmen, insbesondere „stufenweise Wiedereingliederung“ und „Feedbackgespräche“. Davon bewerteten über 90 % die Maßnahmen als „etwas“ oder „sehr hilfreich“.

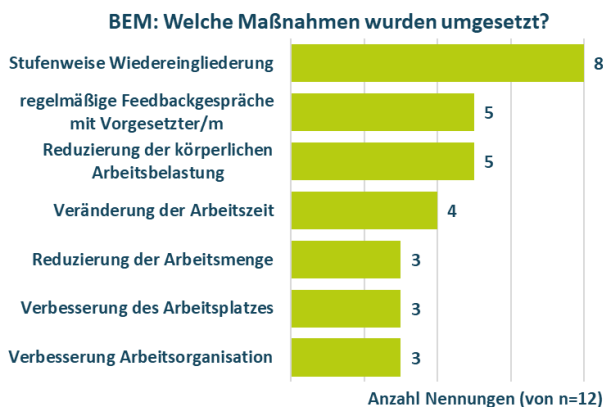
Letztendlich hatten also zum Befragungszeitpunkt von 81 BEM-berechtigten Pflegekräften nur 13 Personen (16 %) Maßnahmen erhalten.

Von diesen 13 Personen haben 9 das bei ihnen erfolgte BEM als „etwas“ oder „sehr hilfreich“ beurteilt. In der Gesamtgruppe lag der Anteil mit 86 % deutlich höher.





Die zwölf Pflegekräfte, die im Zuge des BEM Maßnahmen erhalten hatten (eine Person hier ohne Antworten) hatten im Mittel drei Maßnahmen erhalten (Abb. unten). Die häufigste war „Stufenweise Wiedereingliederung“. Diese wurde gefolgt von regelmäßigen Feedbackgesprächen, die aller-meist mit weiteren Maßnahmen einhergehen, meist Reduzierungen oder Flexibilisierungen der Arbeitszeit und arbeitsplatzbezogene Maßnahmen.



## DISKUSSION

Unter älterem Pflegepersonal sind

- ungewöhnlich viele Personen BEM-berechtigt,
- erhalten BEM-Berechtigte eher selten BEM-Angebote,
- erhalten nur sehr wenige BEM-Berechtigte letztendlich Maßnahmen und
- werden BEM-Maßnahmen nicht immer, aber häufig als hilfreich bewertet.

Die hohe Anzahl BEM-Berechtigter in der Pflege überrascht angesichts der bekannt hohen beruflichen Belastungen und daraus resultierenden Gesundheitsfolgen nicht. Dagegen ist die Quote an BEM-Angeboten mit 30 % sehr niedrig, insbesondere wenn man bedenkt, dass viele Pflegenden in Krankenhäusern tätig sind, wo von einem besseren Gesundheits- und Arbeitsschutzbewusstsein auszugehen sein sollte. Hier besteht weiterer Forschungs- und ggf. auch besonderer Interventionsbedarf.

## Referenzen

- Wrage W, Sikora A, Wegewitz U. Verbreitung des betrieblichen Eingliederungsmanagements: Sind Gesundheitsorientierung und soziale Ressourcen bedeutsamer als Betriebsgröße? Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. *Gesundheitswesen* 2023; 85: 453–460; doi: 10.1055/a-1791-1122
- Loerbroks A, Scharf J, Angerer P et al. The Prevalence and Determinants of Being Offered and Accepting Operational Management Services-A Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021; 18; doi: 10.3390/ijerph18042158
- Hasselhorn HM, Riechmann-Wolf M, Wrage W, Wegewitz U, Sikora A. Betriebliches Eingliederungsmanagement bei älteren Beschäftigten in Deutschland – Ergebnisse der lidA-(Kohorten-)Studie. *Die Rehabilitation* 2025, 64:101-110, doi.org/10.1055/a-2536-3364. [Link zum Artikel](#) [Link zum Download](#)

## LEHRSTUHL FÜR ARBEITSWISSENSCHAFT

Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik

Bergische Universität Wuppertal, Gaußstraße 20, 42119 Wuppertal

Gefördert von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, BGW

Die Verantwortung für den Inhalt liegt beim Autor: Hans Martin Hasselhorn

lidA  
leben in der Arbeit



www.lidA-studie.de

www.arbwiss.uni-wuppertal.de

# „Arbeiten mit Krankheit – alte und neue Realität“

Ludwig Teleky-Vorlesung von Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn

anlässlich der Jahrestagung 2025  
der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin

Klagenfurt, 26. September 2025



LEHRSTUHL FÜR ARBEITSWISSENSCHAFT  
BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL



BERGISCHE  
UNIVERSITÄT  
WUPPERTAL

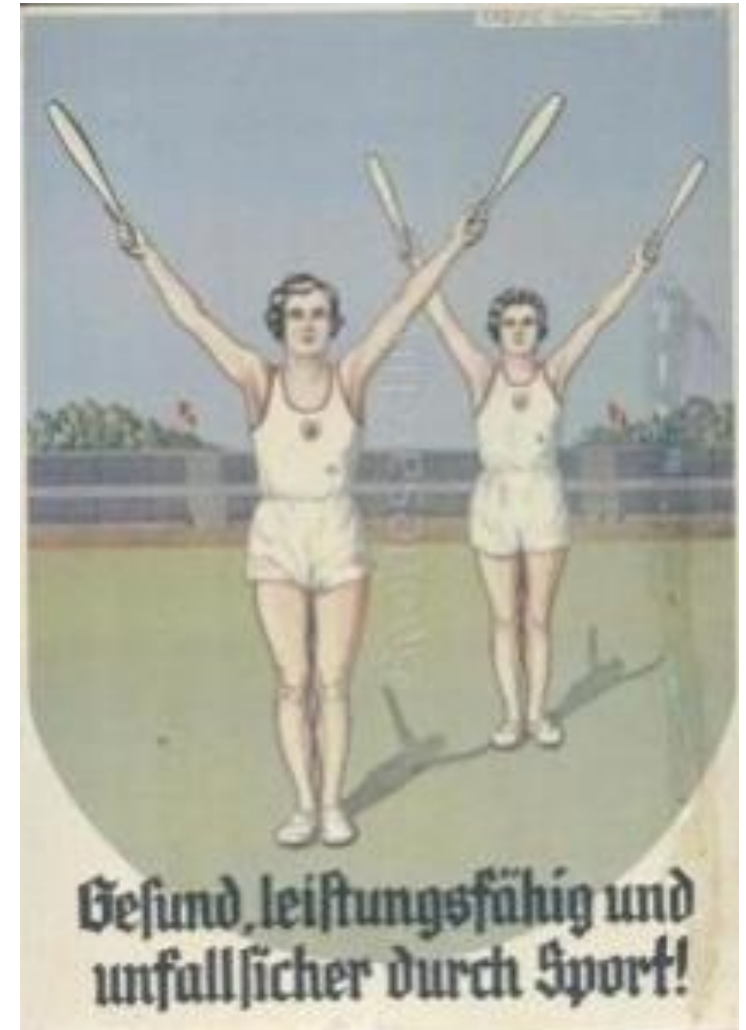
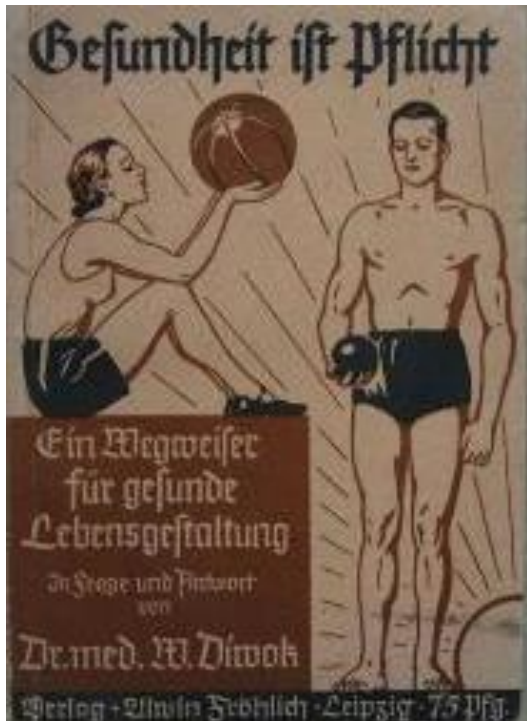
[WWW.ARBWISS.UNI-WUPPERTAL.DE](http://WWW.ARBWISS.UNI-WUPPERTAL.DE)

# BERLIN: KAISERIN AUGUSTE VIKTORIE- KRANKENHAUS



Quelle:  
<https://www.ebay.de/itm/163470301841?srsid=AfmBOorN7puTHYnQFxFWZJgrHjABwqD64-F6GIWQ8r6XViPTQeszpG3x>

Auch Gesundheit ist Pflicht im Nationalsozialismus.  
Sie bedeutet vor allem Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben.



„Ab 1936 sorgen staatliche Betriebsärzte als ‚Gesundheitsführer‘ für möglichst niedrige Krankenstände. Dabei wird die Schweigepflicht faktisch außer Kraft gesetzt.

Krankgeschriebene Arbeitnehmer sehen sich zunehmend dem Verdacht der Arbeitsunwilligkeit und Repressionen ausgesetzt. Nach Einschätzung der Betriebsärzte ist, wer im Sinne seines Arbeitsplatzes leistungsfähig ist, gesundzuschreiben. Dieser ideologisch wie kriegswirtschaftlich motivierte Raubbau, schadet nachhaltig der Gesundheit der Beschäftigten.“



1. Arbeit und Gesundheit in der NS-Zeit
2. Bis zum Ruhestand arbeiten ... – nur gesund?
3. Was tun?
4. Arbeiten mit Krankheit - „Stay at Work“  
– ein neuer Blick der Forschung und Prävention?

L Brühn



M Ebener



D Borchart



HM Hasselhorn



JB du Prel



N Garthe



M Rohrbacher



26.10.2023

## TAGESSPIEGEL

Auf diese Regelung verweist auch Martin Rosemann, Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion für Arbeit und Soziales. Er begrüßt immerhin, dass Habecks Ministerium das Fachkräftepotenzial von Älteren in der Industriestrategie mitdenke. „Allerdings hören Beschäftigte in aller Regel deswegen früher auf zu arbeiten, weil sie es gesundheitlich nicht mehr packen, weil Arbeitsbedingungen oder Arbeitszeiten nicht passen“, erklärt Rosemann. **Die Regierung solle sich daher bemühen, dass Arbeitnehmer länger gesund arbeiten könnten.**

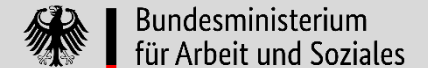
- Kohortenstudie zu Gesundheit und Älterwerden in der Arbeit
- alle drei bis vier Jahre: persönliches Interview zu Themen: Arbeit, Gesundheit, Perspektiven, privates Umfeld ...
- Teilnehmende
  - Geburtskohorten 1959, 1965 und 1971
  - repräsentativ für sozialversicherte Erwerbsbevölkerung der Jahrgänge
  - Wiederholte Befragungen 2011, 2014, 2018, 2022/23
  - Befragungswelle 2022/23 N = 8.884
    - 1959 „63 Jahre alt“
    - 1965 „57 Jahre alt“
    - 1971 „51 Jahre alt“
- Leitung: Fachgebiet Arbeitswissenschaft, Uni Wuppertal
- mehr zu lidA auf [www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)

lidA  
leben in der Arbeit

lidA-Welle 4 gefördert durch



**BARMER**

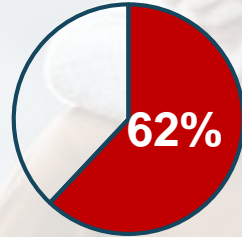




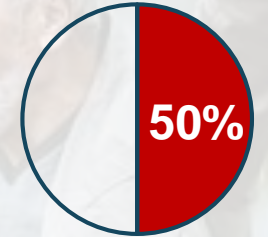
Gesund und fit altern – Sendung Planet Wissen vom 12.07.2023, WDR

# GESUNDHEITSZUSTAND IN DER ÄLTEREN ERWERBSBEVÖLKERUNG IN DEUTSCHLAND

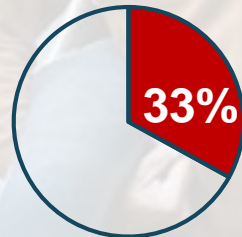
bei anstrengenden Tätigkeiten im Alltag durch Gesundheitszustand *ein wenig* bis *stark* beeinträchtigt



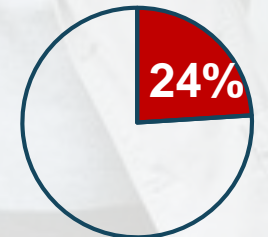
beim Treppensteigen über mehrere Stockwerke durch Gesundheitszustand *ein wenig* bis *stark* beeinträchtigt



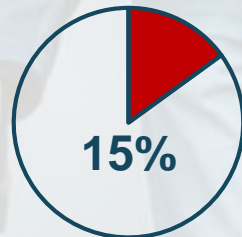
in den letzten 4 Wochen in drei oder mehr Nächten pro Woche Schlafstörungen



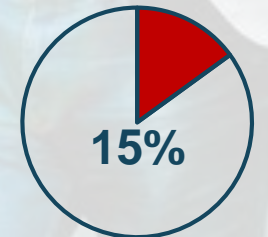
in zurückliegenden vier Wochen wegen seelischer oder emotionaler Probleme weniger geschafft als gewollt



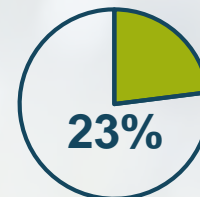
in den zurückliegenden vier Wochen *oft* oder *immer* starke körperliche Schmerzen



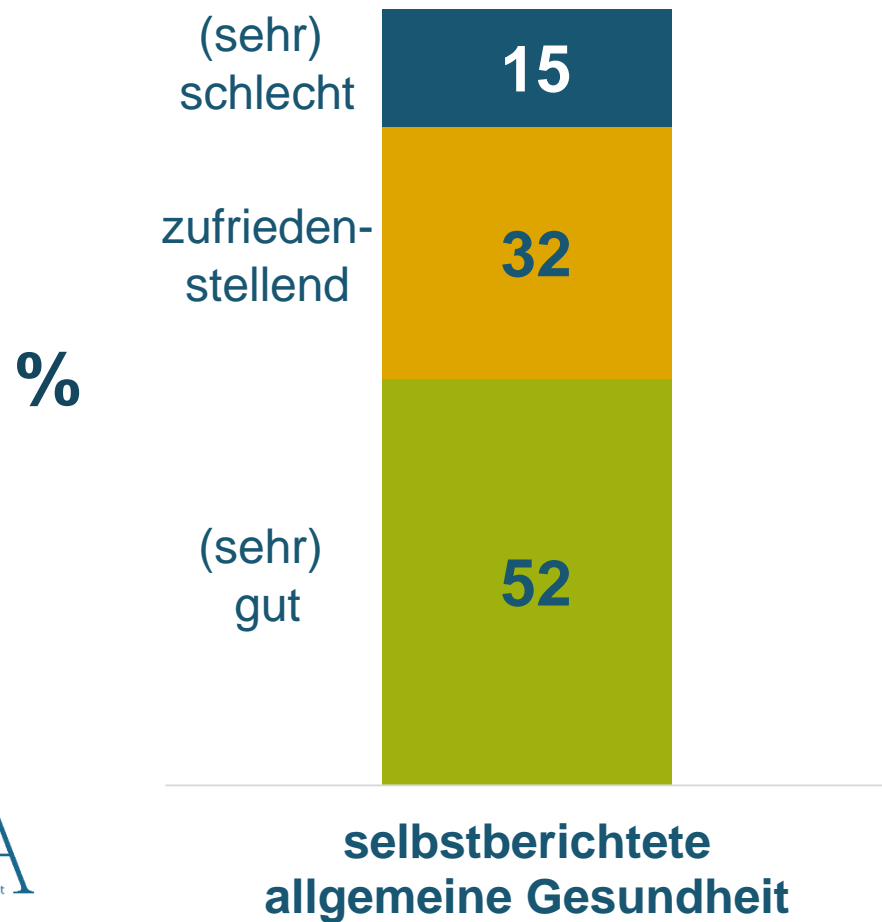
in den zurückliegenden vier Wochen *oft* oder *immer* niedergeschlagen oder trübsinnig



nichts von alledem:



1. Gesundheitliche Einschränkungen sind in der älteren Erwerbsbevölkerung nicht die Ausnahme, sondern die Regel.



„Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“

- sehr schlecht
- schlecht
- zufriedenstellend
- gut
- sehr gut

# GESUNDHEITSZUSTAND IN DER ÄLTEREN ERWERBSBEVÖLKERUNG IN DEUTSCHLAND

## Beschäftigte in der Altersgruppe 50-64 J. in D, 2022



selbstberichtete  
allgemeine Gesundheit

# SCHLECHTE GESUNDHEIT IN DER ÄLTEREN ERWERBSBEVÖLKERUNG IN DEUTSCHLAND

	Anteil der Personen mit "schlechter Gesundheit"	
<b>Alle</b>	<b>7.393</b>	<b>47,4%</b>



# SCHLECHTE GESUNDHEIT IN DER ÄLTEREN ERWERBSBEVÖLKERUNG IN DEUTSCHLAND

	Anteil der Personen mit "schlechter Gesundheit"	
<b>Alle</b>	<b>7.393</b>	<b>47,4%</b>
Entsorgungsberufe	52	60%
Altenpflege	107	63%
Post und Zustelldienste	51	63%
Hotelservice	65	63%
Lagerarbeiter/innen	154	64%
Forst, Gartenbau	70	64%
Bauberufe (Fachkraft)	105	65%
Fahrzeugbau	49	67%



# ERGEBNIS - "ARBEITEN MIT KRANKHEIT"

1. Gesundheitliche Einschränkungen sind in der älteren Erwerbsbevölkerung nicht die Ausnahme, sondern die Regel.
2. **Alle Berufsgruppen sind betroffen, aber in sehr unterschiedlichem Ausmaß.**

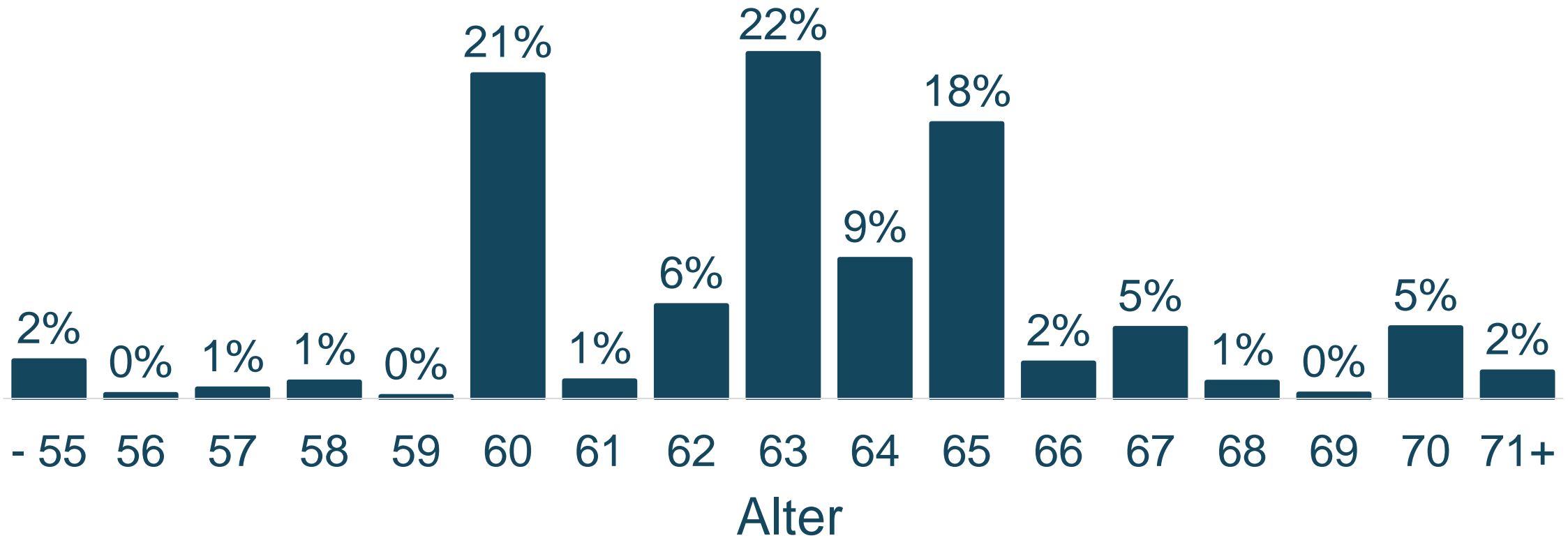
58 63 64

**Unabhängig von den gesetzlichen  
Regelungen zur Rente:**

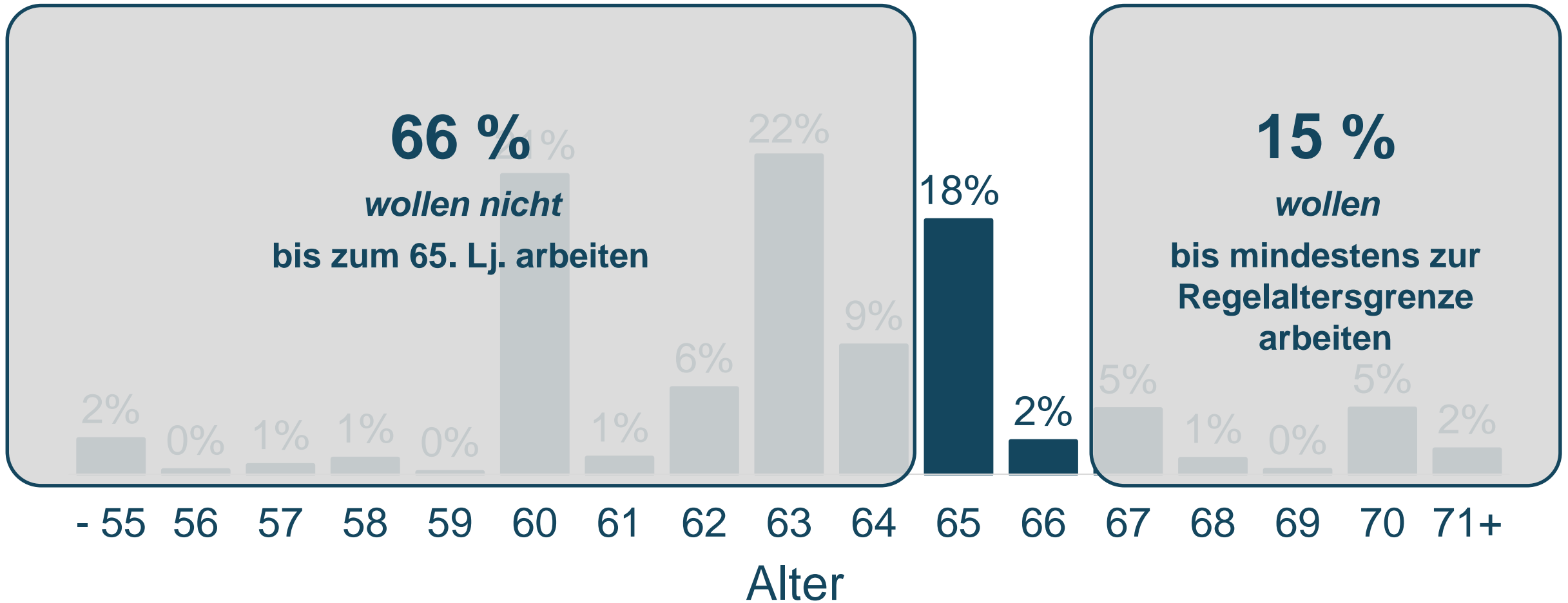
**Bis zu welchem Alter  
würden Sie gerne arbeiten?**

60 59 66  
62 65 61  
67 71

# „WIE LANGE WÜRDEN SIE GERNE ARBEITEN?“



# „WIE LANGE WÜRDEN SIE GERNE ARBEITEN?“

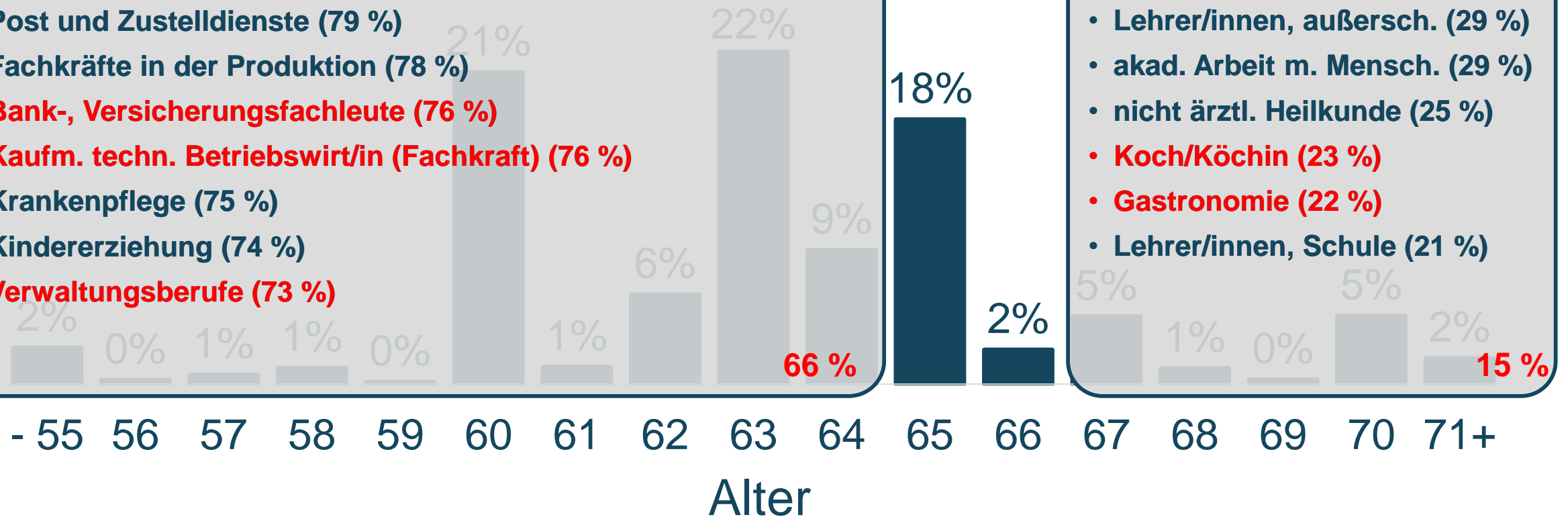


Sozialvers.pfl. Beschäftigte in Deutschland, 51, 57 oder 63 Jahre alt , 2022/23, N=7.294 von 7.157 = 97.0%, 2.5 %: "weiß nicht"

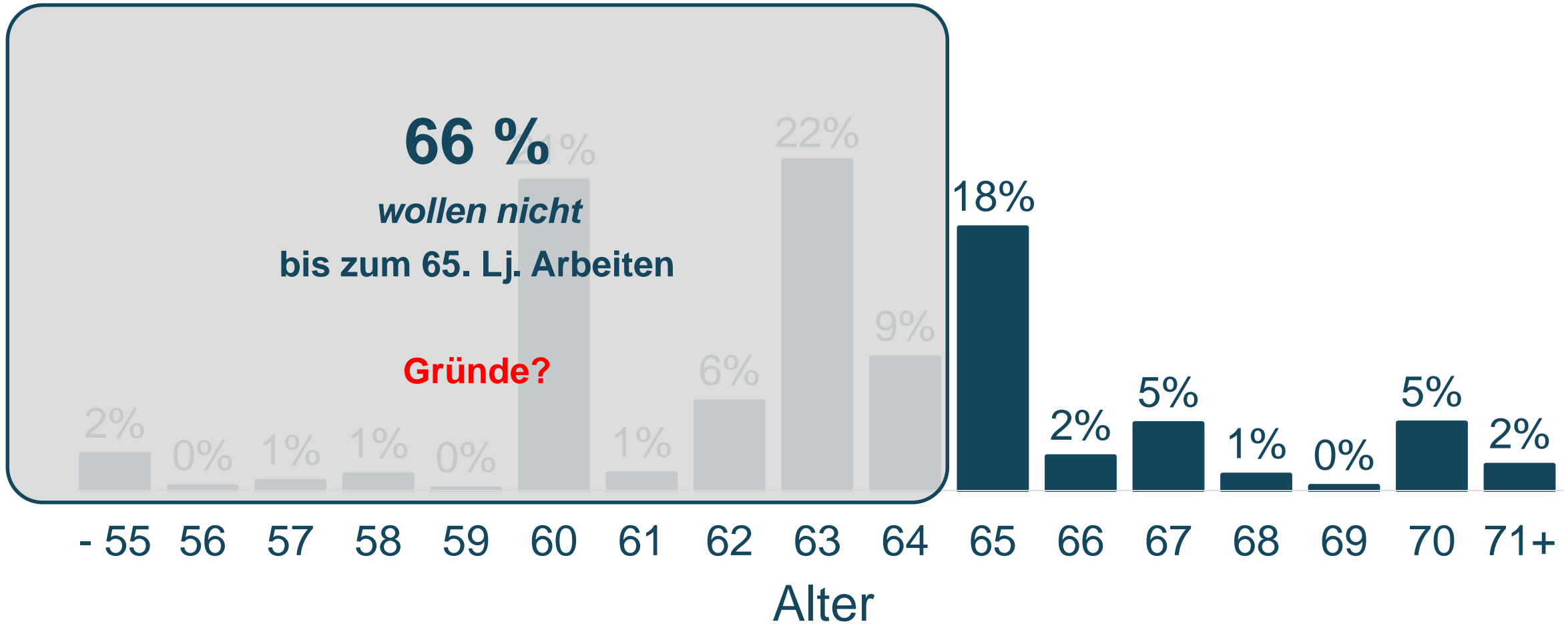
# WER WILL WIE LANGE ARBEITEN?

- Chemie-, Kunststoffberufe (Fachkraft) (82 %)
- Fahrzeugbau (80 %)
- Post und Zustelldienste (79 %)
- Fachkräfte in der Produktion (78 %)
- **Bank-, Versicherungsfachleute (76 %)**
- **Kaufm. techn. Betriebswirt/in (Fachkraft) (76 %)**
- Krankenpflege (75 %)
- Kindererziehung (74 %)
- **Verwaltungsberufe (73 %)**

- Geschäftsführung (34 %)
- Publizistische Berufe (30 %)
- Lehrer/innen, außersch. (29 %)
- akad. Arbeit m. Mensch. (29 %)
- nicht ärztl. Heilkunde (25 %)
- **Koch/Köchin (23 %)**
- **Gastronomie (22 %)**
- Lehrer/innen, Schule (21 %)



# „WIE LANGE WÜRDEN SIE GERNE ARBEITEN?“



# GRÜNDE FÜR EINEN FRÜHEREN AUSSTIEGSWUNSCH

HÄUFIGKEIT DER ANGABE VON GRÜNDEN, BIS MAX. 64 JAHRE ARBEITEN ZU WOLLEN. NENNUNG: „DIESER GRUND SPIELT EINE GROBE ROLLE“ (N=4.680)



- Arbeit zu anstrengend
- Arbeitskraft ist nicht mehr gefragt
- ausreichende finanzielle Absicherung erreicht
- Betreuung pflegebedürftiger Personen
- Betreuung Enkelkind/Kindern
- gesundheitliche Probleme
- Möglichkeit, ohne Abschläge in Altersrente zu gehen
- „irgendwann muss Schluss sein“
- um mehr freie Zeit zu haben
- Partner/in hört dann auf zu arbeiten
- Zeit für freiwillige oder ehrenamtliche Tätigkeiten
- Vertrag läuft aus

# GRÜNDE FÜR EINEN FRÜHEREN AUSSTIEGSWUNSCH

HÄUFIGKEIT DER ANGABE VON GRÜNDEN, BIS MAX. 64 JAHRE ARBEITEN ZU WOLLEN. NENNUNG: „DIESER GRUND SPIELT EINE GROBE ROLLE“ (N=4.680)



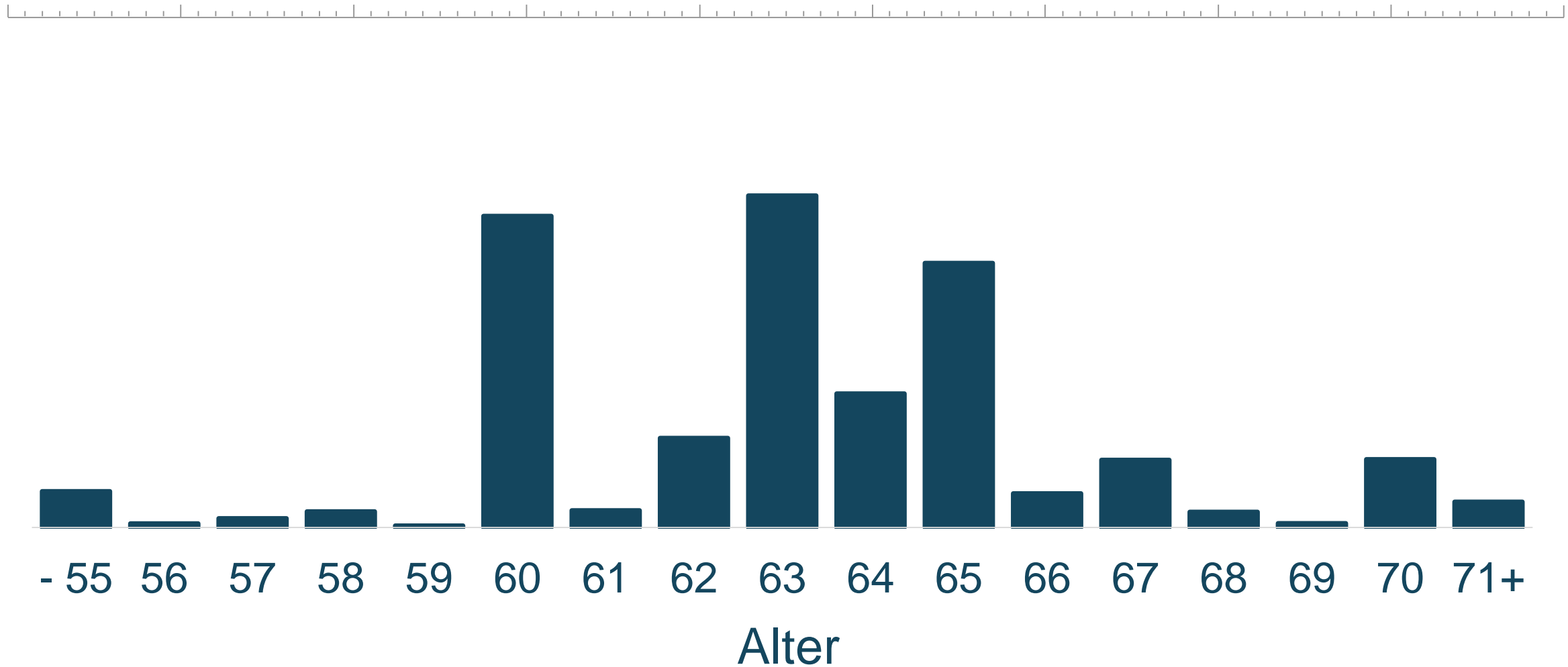
# GRÜNDE FÜR EINEN FRÜHEREN AUSSTIEGSWUNSCH

HÄUFIGKEIT DER ANGABE VON GRÜNDEN, BIS MAX. 64 JAHRE ARBEITEN ZU WOLLEN. NENNUNG: „DIESER GRUND SPIELT EINE GROBE ROLLE“ (N=4.680)

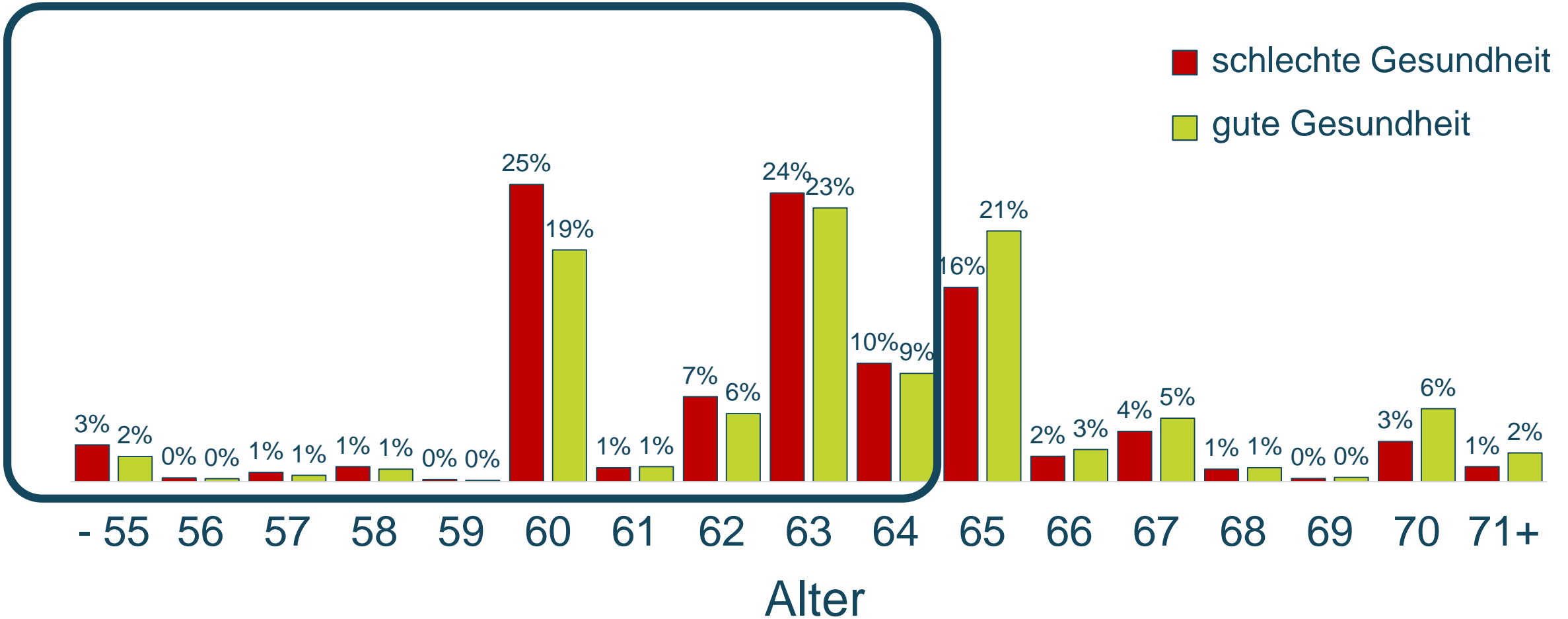


1. Gesundheitliche Einschränkungen sind in der älteren Erwerbsbevölkerung nicht die Ausnahme, sondern die Regel.
2. Alle Berufsgruppen sind betroffen, aber in sehr unterschiedlichem Ausmaß.
3. **Alle: Unter den Gründen für den frühen Ausstiegswunsch spielt Gesundheit nicht die dominierende Rolle.**

# „WIE LANGE WÜRDEN SIE GERNE ARBEITEN?“



# „WIE LANGE WÜRDEN SIE GERNE ARBEITEN?“



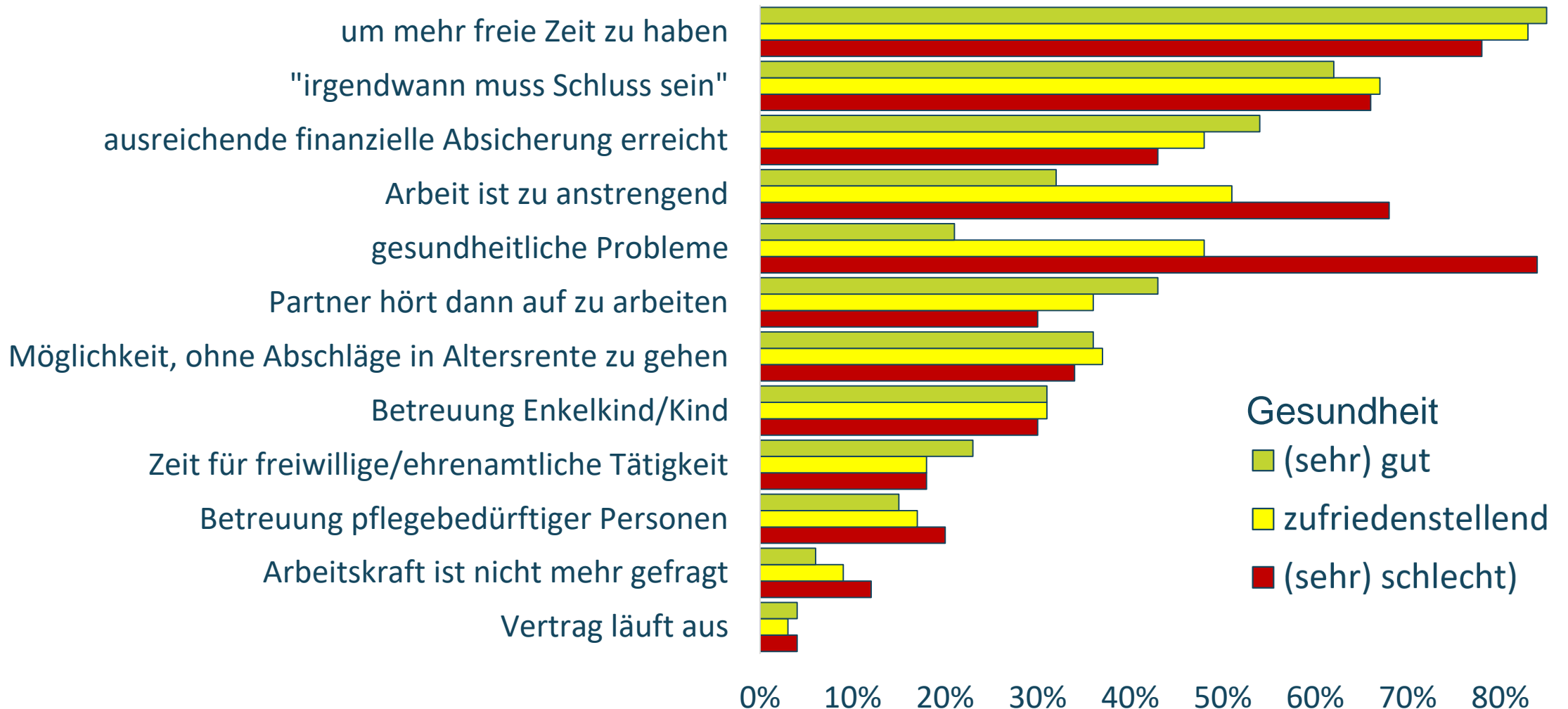
# GRÜNDE FÜR EINEN FRÜHEREN AUSSTIEGSWUNSCH

HÄUFIGKEIT DER ANGABE VON GRÜNDEN, BIS MAX. 64 JAHRE ARBEITEN ZU WOLLEN. NENNUNG: „DIESER GRUND SPIELT EINE GROBE ROLLE“ (N=4.680)



# GRÜNDE FÜR EINEN FRÜHEREN AUSSTIEGSWUNSCH

HÄUFIGKEIT DER ANGABE VON GRÜNDEN, BIS MAX. 64 JAHRE ARBEITEN ZU WOLLEN. NENNUNG: „DIESER GRUND SPIELT EINE GROBE ROLLE“ (N=4.680)



1. Gesundheitliche Einschränkungen sind in der älteren Erwerbsbevölkerung nicht die Ausnahme, sondern die Regel.
2. Alle Berufsgruppen sind betroffen, aber in sehr unterschiedlichem Ausmaß.
3. Alle: Unter den Gründen für den frühen Ausstiegswunsch spielt Gesundheit nicht die dominierende Rolle,
4. **bei denen mit schlechter Gesundheit allerdings umso mehr.**

# WIE HÄNGEN GESUNDHEIT UND ERWERBSTEILHABE IM HÖHEREN ERWERBSALTER ZUSAMMEN?



## „Bis zu welchem Alter würden Sie gerne arbeiten?“

bis 64 Jahre

65+ Jahre

32 %  
aller  
Befragten

21 %  
aller  
Befragten

33 %  
aller  
Befragten

14 %  
aller  
Befragten

**gute  
Gesund-  
heit**

**schlechte  
Gesund-  
heit**

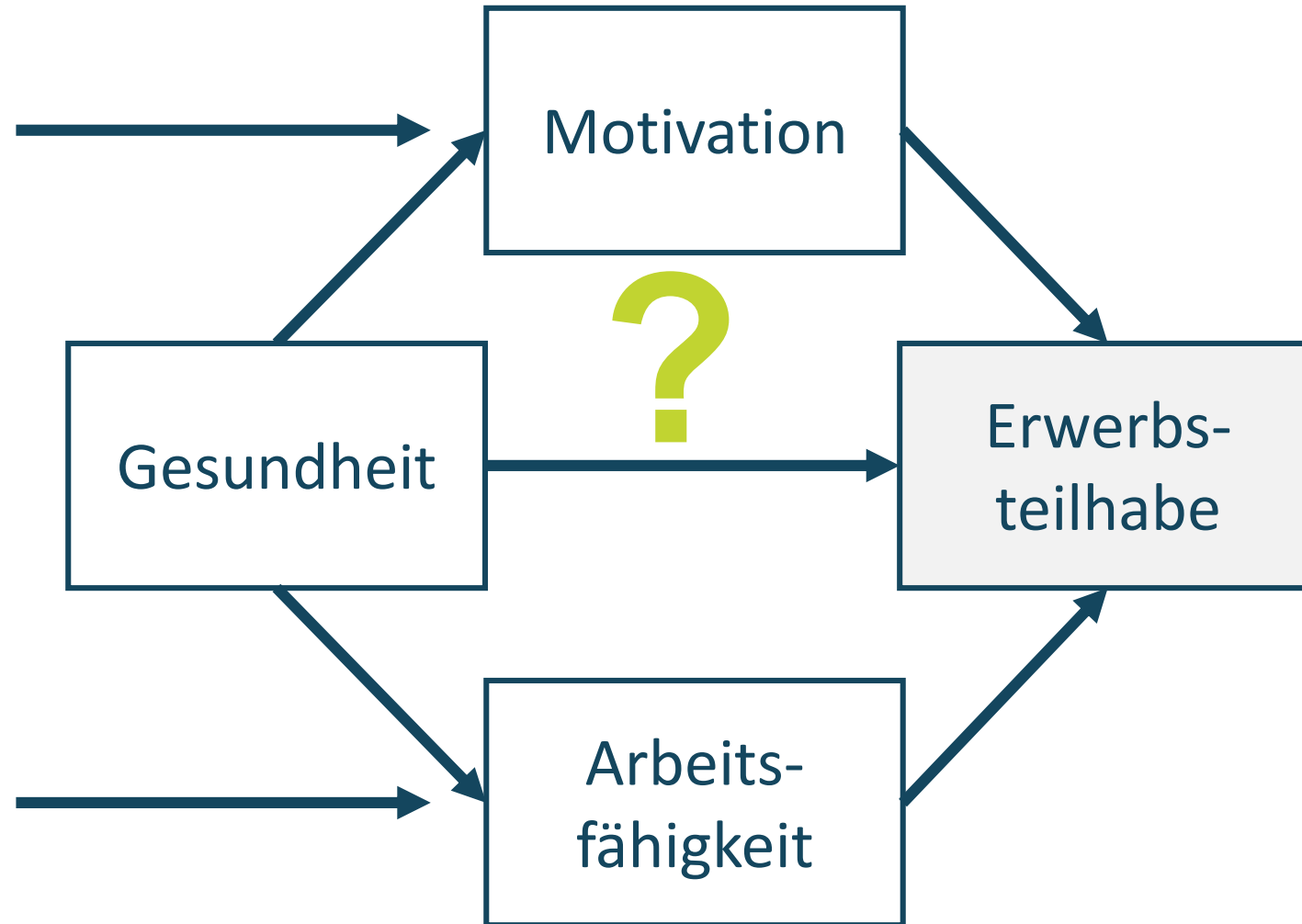
- „Schutz-Pfad“ (Pond et al. 2010)
- „Maximierung des Lebens-Pfad“ (Pond et al. 2010)
- Gesundheit keine Rolle (Hasselhorn et al. 2022)
- „Verschlechterungs-Pfad“ (Pond et al. 2010)
- herausgedrängt (de Wind et al. 2013)

- gute Gesundheit als Voraussetzung (Leinonen et al. 2016)
- sie können, wollen oder müssen (Hasselhorn et al. 2022)

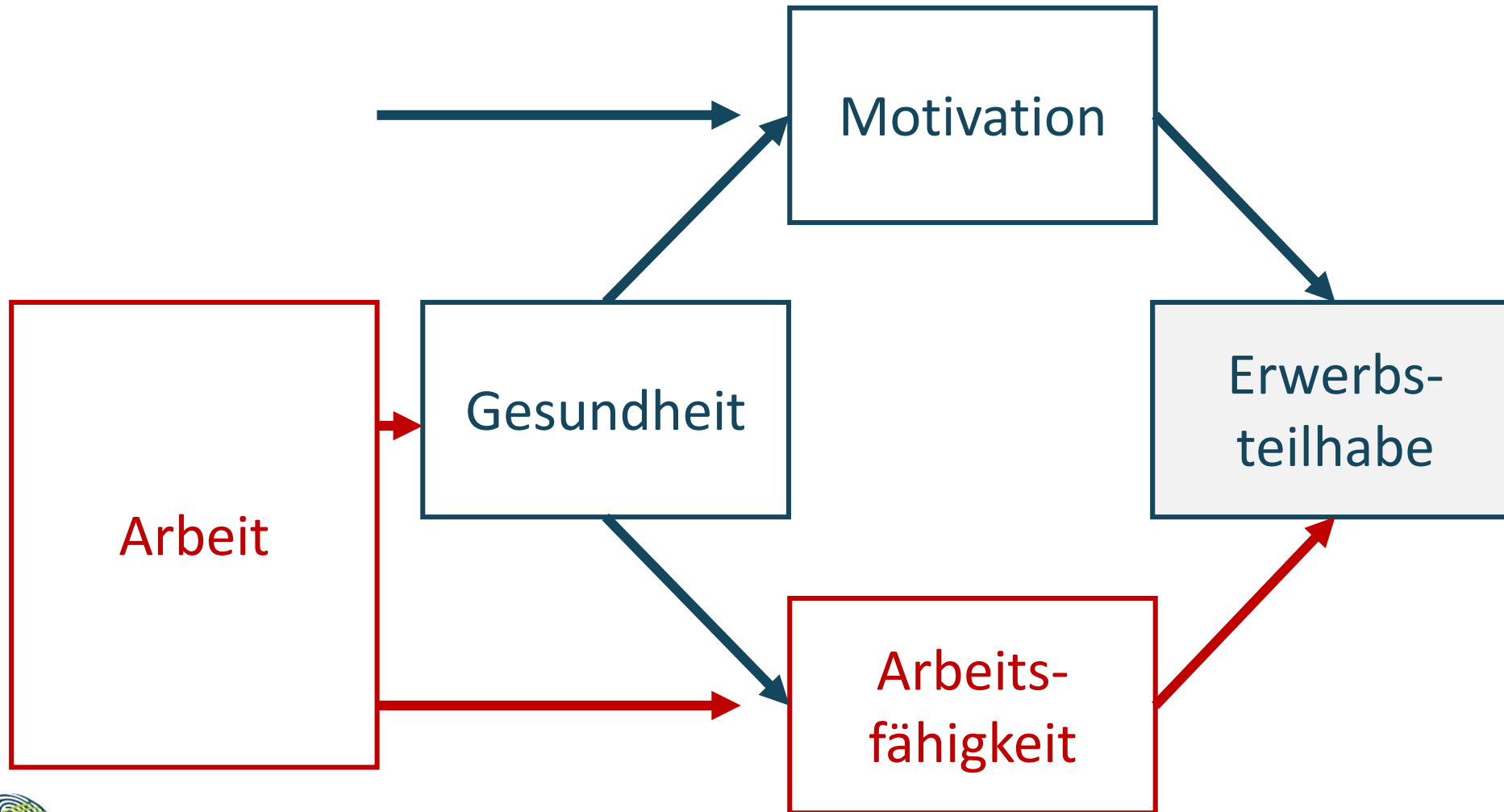
1. Gesundheitliche Einschränkungen sind in der älteren Erwerbsbevölkerung nicht die Ausnahme, sondern die Regel.
2. Alle Berufsgruppen sind betroffen, aber in sehr unterschiedlichem Ausmaß.
3. Alle: Unter den Gründen für den frühen Ausstiegswunsch spielt Gesundheit nicht die dominierende Rolle,
4. bei denen mit schlechter Gesundheit allerdings umso mehr.
5. Viele Menschen mit schlechter Gesundheit wollen im Arbeitsleben verbleiben. Die Aussage „Schlechte Gesundheit führt zum frühen Erwerbsausstieg“ ist zu begrenzt und spiegelt die Realität nicht ausreichend wider.

1. Arbeit und Gesundheit in der NS-Zeit
2. Bis zum Ruhestand arbeiten ... – nur gesund?
3. Was tun?
4. Arbeiten mit Krankheit - „Stay at Work“  
– ein neuer Blick der Forschung und Prävention

# WAS BEEINFLUSST DIE ERWERBSTEILHABE IM HÖHEREN ERWERBSALTER?



# WAS BEEINFLUSST DIE ERWERBSTEILHABE IM HÖHEREN ERWERBSALTER?



1. Gesundheitliche Einschränkungen sind in der älteren Erwerbsbevölkerung nicht die Ausnahme, sondern die Regel.
2. Alle Berufsgruppen sind betroffen, aber in sehr unterschiedlichem Ausmaß.
3. Alle: Unter den Gründen für den frühen Ausstiegswunsch spielt Gesundheit nicht die dominierende Rolle,
4. bei denen mit schlechter Gesundheit allerdings umso mehr.
5. Viele Menschen mit schlechter Gesundheit wollen im Arbeitsleben verbleiben. Die Aussage „Schlechte Gesundheit führt zum frühen Erwerbsausstieg“ ist zu begrenzt und spiegelt die Realität nicht ausreichend wider.
6. „Arbeiten mit Krankheit“ - viele Maßnahmen wirken, aber sie erfolgen zu selten.

1. Arbeit und Gesundheit in der NS-Zeit
2. Bis zum Ruhestand arbeiten ... – nur gesund?
3. Was tun?
4. „Arbeiten mit Krankheit - „Stay at Work“  
– ein neuer Blick der Forschung und Prävention?

# „STAY AT WORK“



Konzept	Maßnahmen	Häufigkeit



# „STAY AT WORK“

Konzept	Maßnahmen	Häufigkeit
<b>Krank</b> und aus dem Erwerbsleben ausgeschieden	<b>SGB VI Erwerbsminderung / SGB VII Berufskrankheit</b>	
<b>Krank</b> und <i>vorübergehend</i> aus Arbeitsleben ausgeschieden	<b>Wiedereingliederung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rehabilitation</li><li>• Betriebliches Eingliederungsmanagement, BEM (SGB IX)</li></ul>	15 % aller Erwerbs- tätigen
<b>Krank</b> , aber <i>noch nicht</i> aus dem Erwerbsleben ausgeschieden	<b>Stay at Work</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Betriebliche Maßnahmen zum Erhalt von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit</li><li>• Arbeitsschutz</li></ul>	30 % aller Erwerbs- tätigen
<b>Gesund</b>	<b>Primär-, Sekundärprävention</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Betriebliche Gesundheitsförderung</li><li>• Arbeitsschutz</li></ul>	55 % aller Erwerbs- tätigen



## Definition im *engeren Verständnis*

- Stay at Work = trotz gesundheitlicher Einschränkungen „nachhaltig erwerbstätig“ (nach de Vries et al. 2012).

## Definition im *weiteren Verständnis*

- Stay at Work = Arbeiten mit Krankheit

## Personenbezogene Faktoren

- Persönlichkeitsmerkmale
- Bewältigungsstile
- Gesundheitsfaktoren
- individuelle Faktoren

## Arbeitsbezogene Faktoren

- Aspekte der Arbeitsorganisation
- Quantitative Arbeitsanforderungen
- soziales Arbeitsumfeld
- Modifikationen der Arbeit

*Zusammenstellung aus: Hasselhorn und Rohrbacher 2025*

Die Beschäftigung mit SaW (im engeren Sinne) ist für *Arbeitsschutz, Betriebe, Forschung* und *Politik* besonders interessant, weil

- **Wir lernen**  
neue Determinanten für Arbeiten mit Krankheit.
- **Wir legen eine neue Sichtweise an**
  - Anerkennung von Krankheit als alltäglichen Bestandteil des Arbeitslebens,
  - ressourcen-orientierte Sichtweise auf Augenhöhe mit den Beschäftigten.

# „STAY AT WORK“ – WARUM INTERESSANT?

- Anerkennung von Krankheit als alltäglichen Bestandteil des Arbeitslebens,

## 1. Was weiß man zu „Stay at Work“?

Literaturanalyse zur Evidenzlage zu Determinanten und Ableitung von Forschungsbedarf  
- *Scoping Review*

## 2. Was ermöglicht „Stay at Work“?

Untersuchung der Determinanten von SaW bei Personen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern  
- *Fokusgruppen*

## 3. Was passiert mit SaW im späteren Erwerbsverlauf?

Untersuchung von SaW-Trajektorien im späten Erwerbsverlauf und deren Determinanten  
- *quantitative Analysen (IidA)*

## 4. Wie wirken sich SaW-Trajektorien aus?

- auf Arbeitsfähigkeit, Arbeitszufriedenheit, Erwerbsperspektiven und Beschäftigung  
- *quantitative Analysen (IidA)*

1. Gesundheitliche Einschränkungen sind in der älteren Erwerbsbevölkerung nicht die Ausnahme, sondern die Regel.
2. Alle Berufsgruppen sind betroffen, aber in sehr unterschiedlichem Ausmaß.
3. Alle: Unter den Gründen für den frühen Ausstiegswunsch spielt Gesundheit nicht die dominierende Rolle,
4. bei denen mit schlechter Gesundheit allerdings umso mehr.
5. Viele Menschen mit schlechter Gesundheit wollen im Arbeitsleben verbleiben. Die Aussage „Schlechte Gesundheit führt zum frühen Erwerbsausstieg“ ist zu begrenzt und spiegelt die Realität nicht ausreichend wider.
6. „Arbeiten mit Krankheit“ - viele Maßnahmen wirken, aber sie erfolgen zu selten.
7. **Betriebsärzte und Betriebsärztinnen müssen hier eine proaktive Rolle einnehmen.**
8. **Und die Wissenschaft muss ggf. der Praxis beweisen (!), „dass es geht“.**

## die Anerkennung von Krankheit als alltäglichen Bestandteil des Arbeitslebens

Damit geht es um

- sehr viele Menschen,
- so gut wie alle Betriebe,
- die Gesellschaft

- Die lidA-Studie finden Sie unter [www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de).  
Wenn Sie schnell einen Eindruck von unserer Arbeit erhalten wollen, dann hier: [lidA-Broschüre „Welle 4“](#).
- Wenn Sie in lidA-Ergebnissen stöbern wollen, dann dort: <https://arbeit.uni-wuppertal.de/de/ergebnisse/>
- Unsere Broschüren können Sie hier downloaden: <https://arbeit.uni-wuppertal.de/de/ergebnisse/broschueren/>  
Zum Thema „Arbeiten mit Krankheit“: *lidA-Broschüre „Arbeiten mit Krankheit jenseits der 50 – vieles ist möglich“*
- Ergebnisse zum (frühen) Erwerbsausstieg finden Sie hier:  
*Hasselhorn, H. M., Ebener, M. (2023) Frühzeitiger Ausstieg der Babyboomer aus dem Erwerbsleben – Ergebnisse der lidA-Studie. Deutsche Rentenversicherung 152-174. [DOWNLOAD](#)*
- Ein erster Artikel zum engen Verständnis von “Stay at Work” ist hier erschienen:  
*Hasselhorn HM, Rohrbacher M (2025) Stay at Work – ein ressourcenorientiertes Konzept füllt eine Lücke. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2025;60(3)164-169. doi.10.17147/asu-1-426483*
- BEM wirkt – wenn es angeboten und umgesetzt wird: Artikel hierzu:  
*Hasselhorn HM, Riechmann-Wolf M, Wrage W, Wegewitz U, Sikora A (2025) Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) Rehabilitation 2025; 64:101-110, doi.org/10.1055/a-2536-3364 [LINK](#)*
- Maßnahmen am Arbeitsplatz wirken. Artikel hierzu:  
*Hasselhorn HM. Betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. DGUV forum 1/2025, S. 8-16, [LINK](#)*

# Vielen Dank für Diskussion und Aufmerksamkeit

Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn  
Bergische Universität Wuppertal  
Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft  
Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik  
Gaußstraße 20, 42119 Wuppertal  
Tel. 0202 439 2088 (Sekretariat)  
[www.arbwiss.uni-wuppertal.de](http://www.arbwiss.uni-wuppertal.de)  
[hasselhorn@uni-wuppertal.de](mailto:hasselhorn@uni-wuppertal.de)



**BERGISCHE  
UNIVERSITÄT  
WUPPERTAL**



## Symposium

37. FREIBURGER Symposium  
„Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst“



# ÄLTERE ERWERBSTÄTIGE MIT GESUNDHEITLICHEN EINSCHRÄNKUNGEN

IMPULS VON HANS MARTIN HASSELHORN AM 15.09.2023



FACHGEBIET ARBEITSWISSENSCHAFT  
BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL



BERGISCHE  
UNIVERSITÄT  
WUPPERTAL

l1dA  
leben in der Arbeit

[WWW.ARBWISS.UNI-WUPPERTAL.DE](http://WWW.ARBWISS.UNI-WUPPERTAL.DE)

### ***Leitung***

Hans Martin Hasselhorn, Facharzt für Arbeitsmedizin

### ***Sekretariat***

Lesley Brühn

### ***Wissenschaftliche Mitarbeitende***

Jean-Baptist du Prel, Melanie Ebener, Nina Garthe, Daniela Borchart

### ***Promovend***

Max Rohrbacher

### ***Thematik:***

Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe

### ***Kontakt:***

[arbwiss@uni-wuppertal.de](mailto:arbwiss@uni-wuppertal.de), [www.arbwiss.uni-wuppertal.de](http://www.arbwiss.uni-wuppertal.de)



FACHGEBIET ARBEITSWISSENSCHAFT  
BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

A photograph of a signpost with two directional signs. The sign on the left points left and says 'RETIREMENT'. The sign on the right points right and says 'WORK'. The background consists of bare trees and a clear blue sky.

**RETIREMENT**

**WORK**

- Kohortenstudie zu Gesundheit und Älterwerden in der Arbeit
- alle drei bis vier Jahre: persönliches Interview (CAPI) zu Themen: Arbeit, Gesundheit, Perspektiven, privates Umfeld ...
- Teilnehmende
  - Geburtskohorten 1959, 1965 und 1971
  - repräsentativ für sozialversicherte Erwerbsbevölkerung der Jahrgänge
  - Anzahl  $N_{2011} = 6.585$   
 $N_{2014} = 4.244$   
 $N_{2018} = 3.586$   
 $N_{2022/23} = 8.884$  hier: 7517 Erwerbstätige
- mehr zu lidA auf [www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)

lidA  
leben in der Arbeit

# ÜBERSICHT

## ÄLTERE ERWERBSTÄTIGE MIT GESUNDHEITLICHEN EINSCHRÄNKUNGEN

1. Schlechte Gesundheit in der älteren Erwerbsbevölkerung
2. Ist Arbeit mit Krankheit möglich?
3. Betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit
4. BEM

# ÜBERSICHT

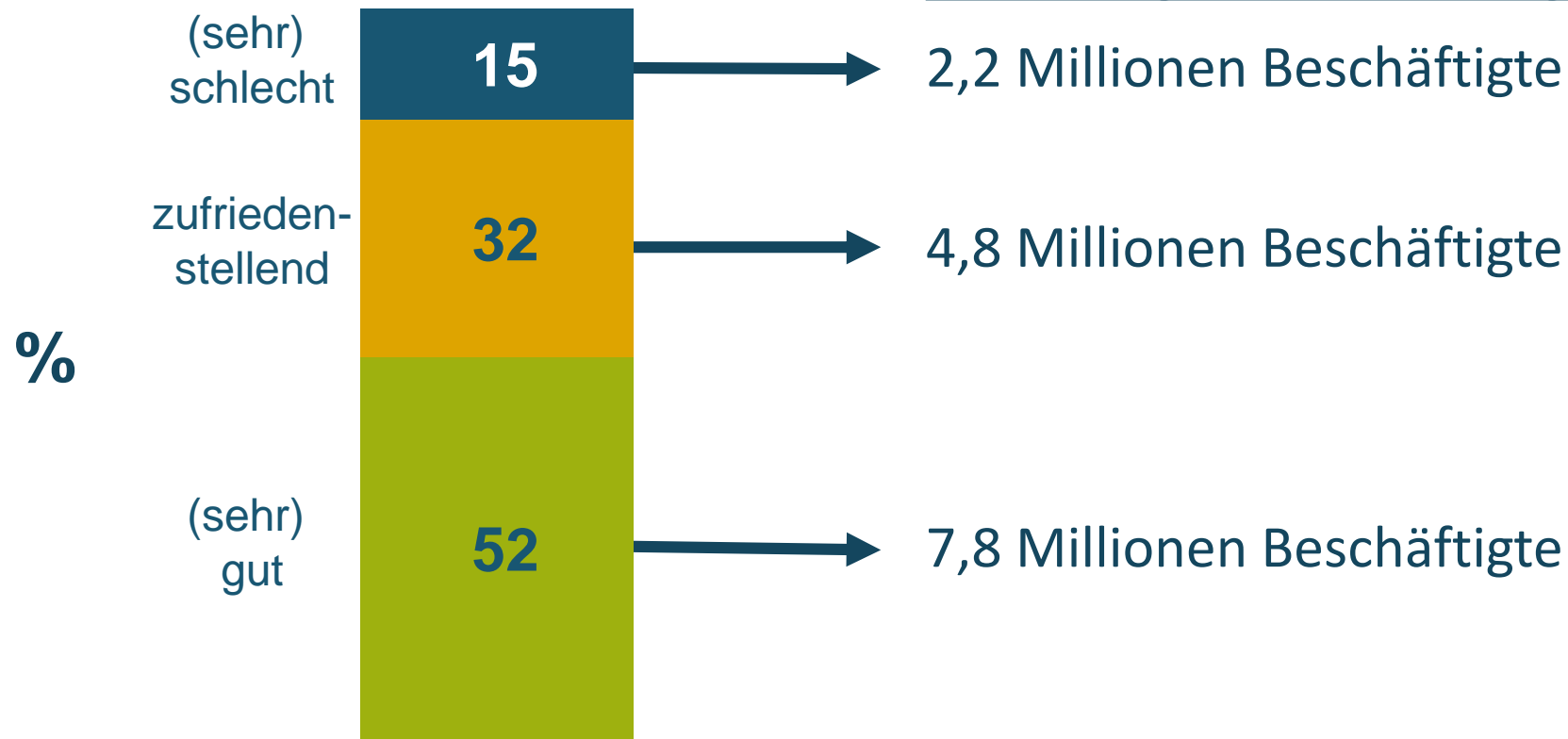
## ÄLTERE ERWERBSTÄTIGE MIT GESUNDHEITLICHEN EINSCHRÄNKUNGEN

1. Schlechte Gesundheit in der älteren Erwerbsbevölkerung
2. Ist Arbeit mit Krankheit möglich?
3. Betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit
4. BEM

# 1. SCHLECHTE GESUNDHEIT IN DER ÄLTEREN ERWERBSBEVÖLKERUNG

## - SELBSTBERICHTETE ALLGEMEINE GESUNDHEIT

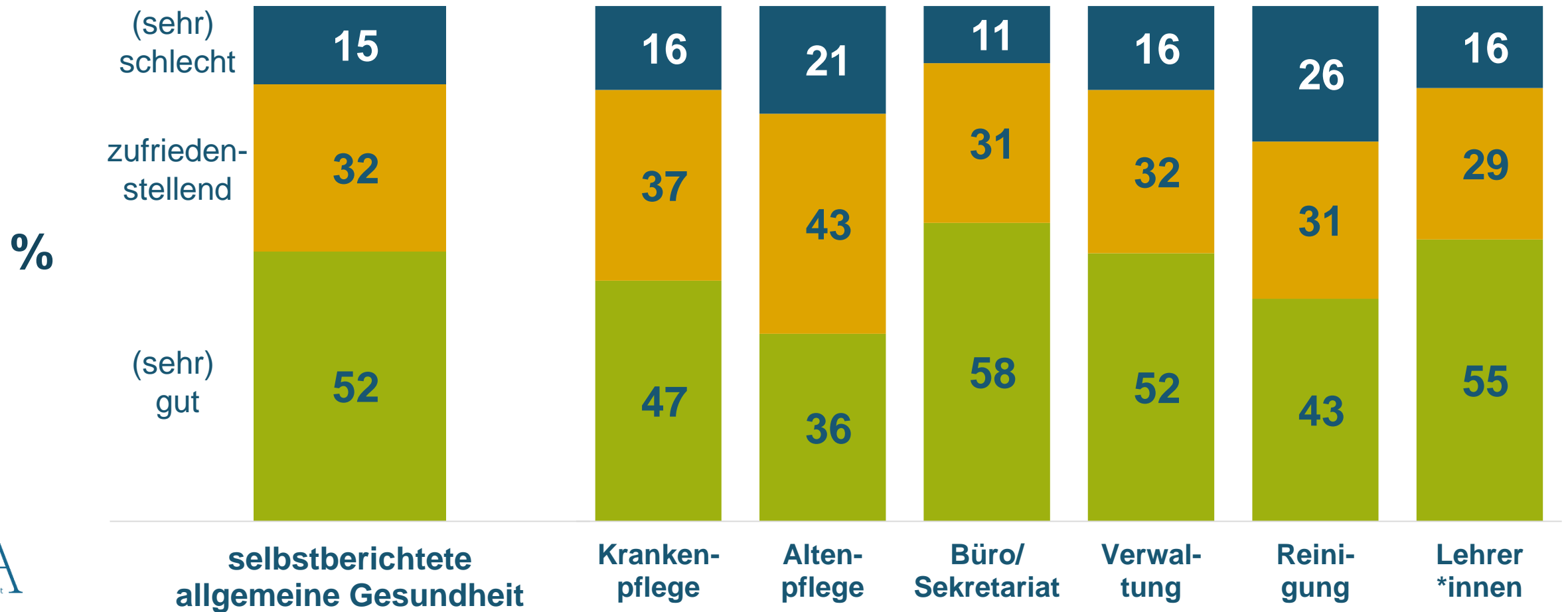
### Beschäftigte in der Altersgruppe 50-64 J. in D, 2022



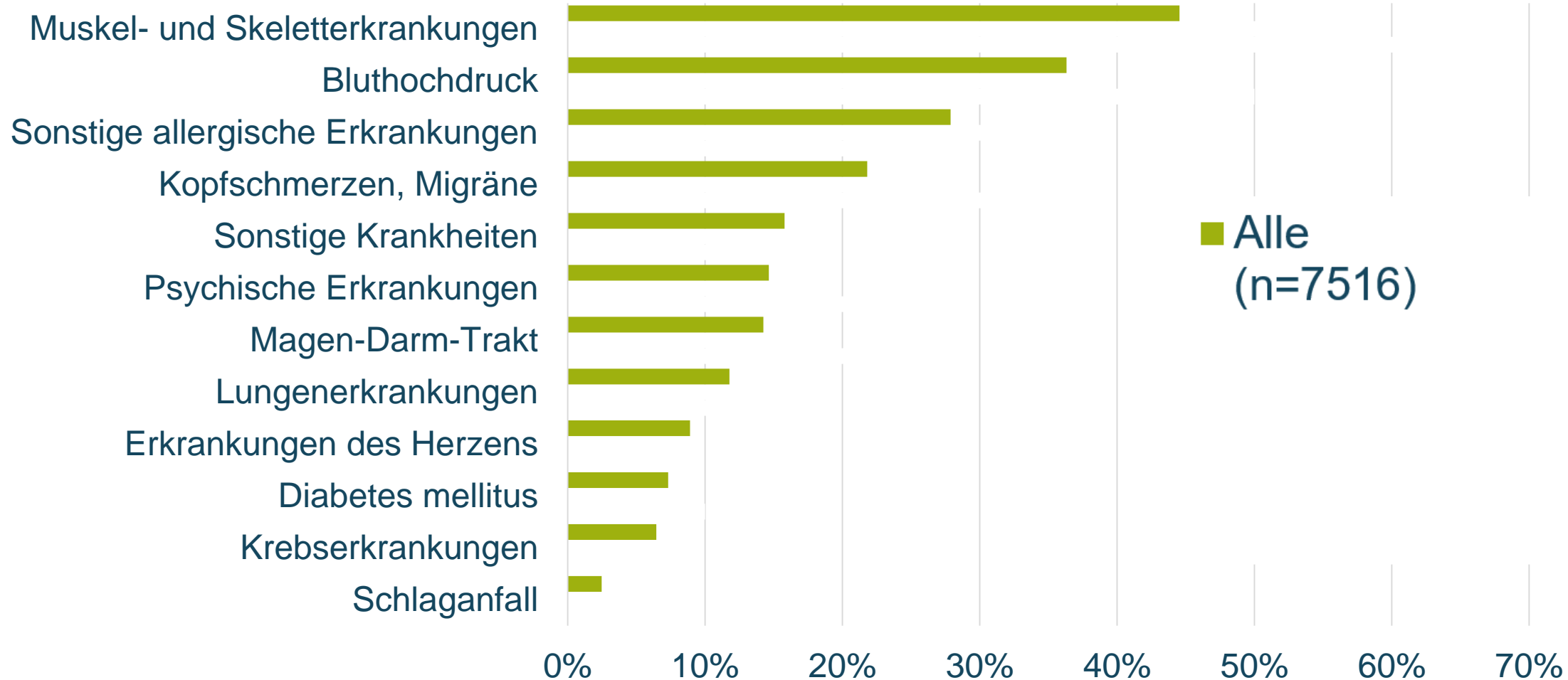
selbstberichtete  
allgemeine Gesundheit

Quelle Beschäftigtenzahlen: DESTATIS, Microzensus, 09 2022  
lidA Welle 4, 2022/23, N=7.507

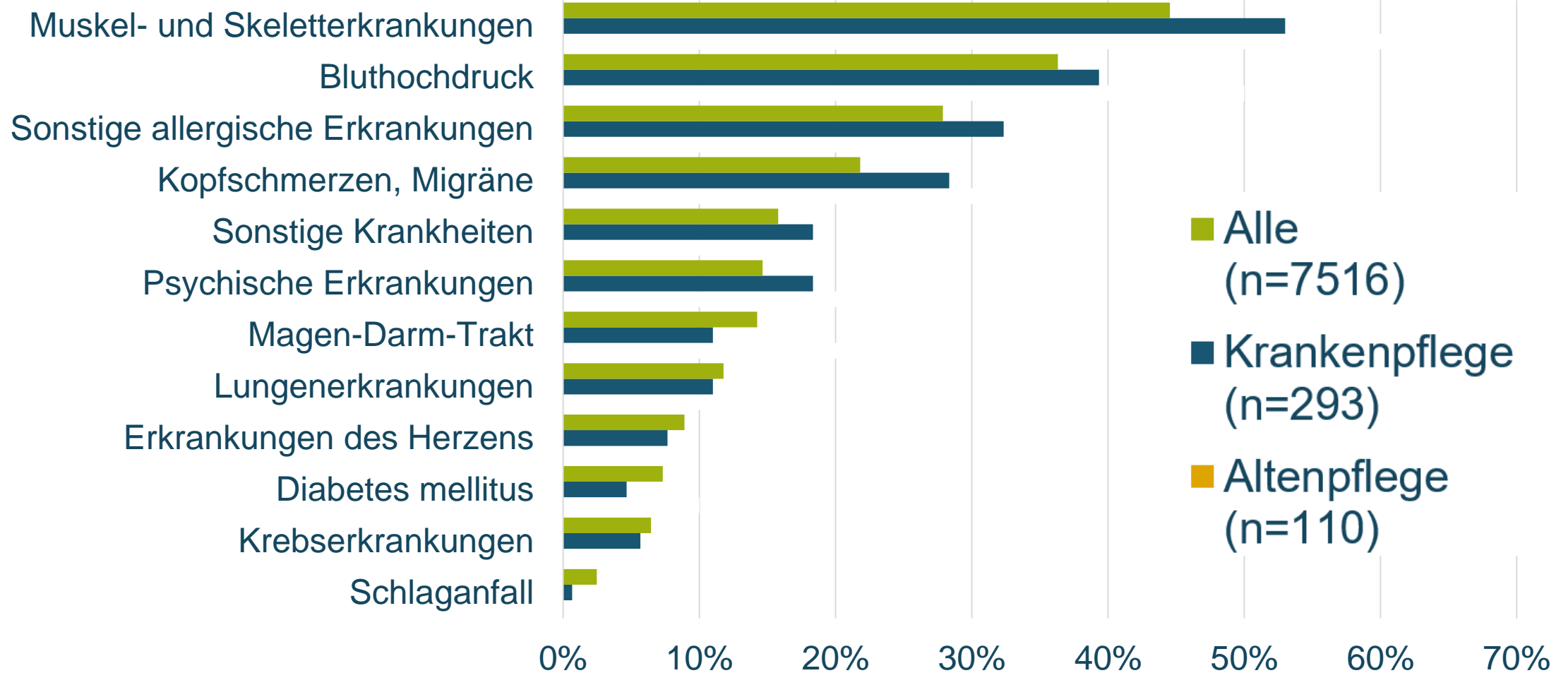
# 1. SCHLECHTE GESUNDHEIT IN DER ÄLTEREN ERWERBSBEVÖLKERUNG - WELCHE BERUFE?



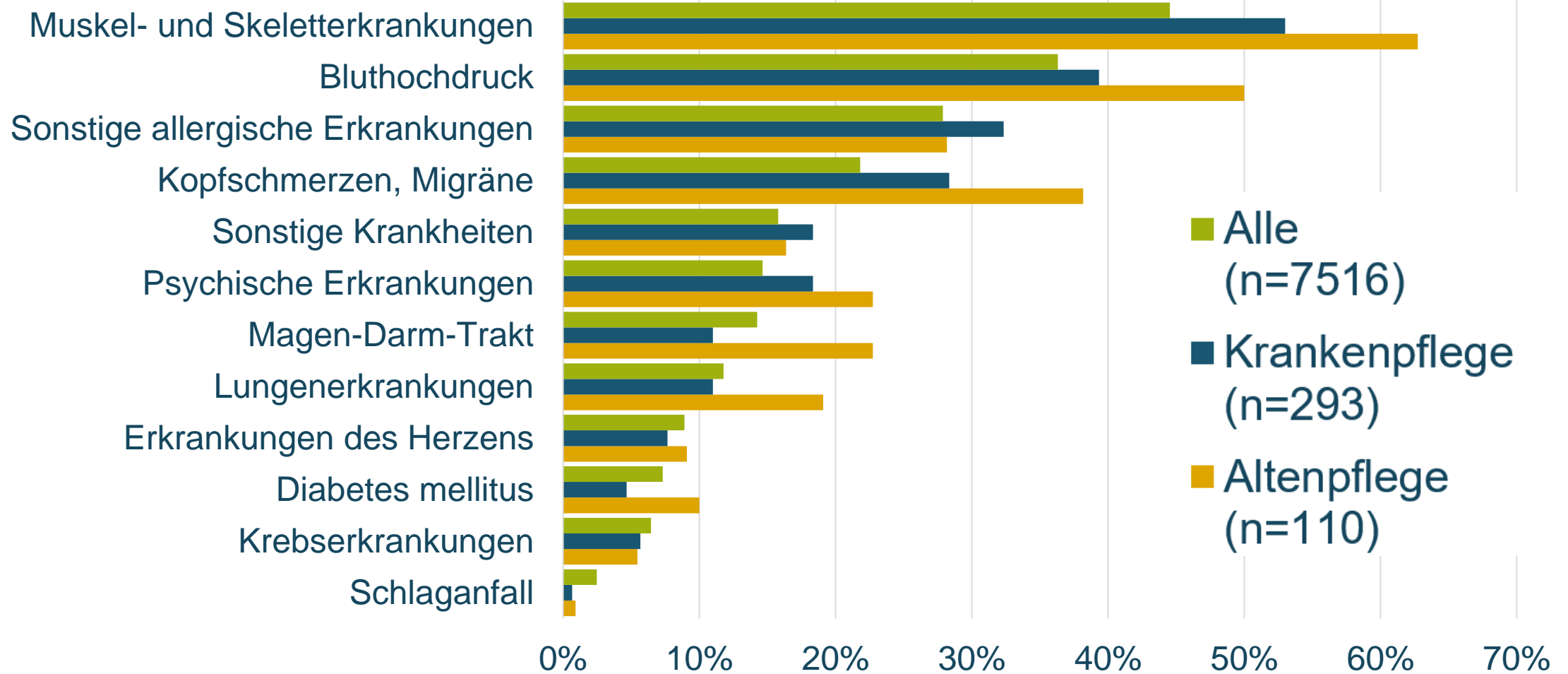
# 1. SCHLECHTE GESUNDHEIT IN DER ÄLTEREN ERWERBSBEVÖLKERUNG - WELCHE KRANKHEITEN?



# 1. SCHLECHTE GESUNDHEIT IN DER ÄLTEREN ERWERBSBEVÖLKERUNG - WELCHE KRANKHEITEN?



# 1. SCHLECHTE GESUNDHEIT IN DER ÄLTEREN ERWERBSBEVÖLKERUNG - WELCHE KRANKHEITEN?



# ÜBERSICHT ÄLTERE ERWERBSTÄTIGE MIT GESUNDHEITLICHEN EINSCHRÄNKUNGEN

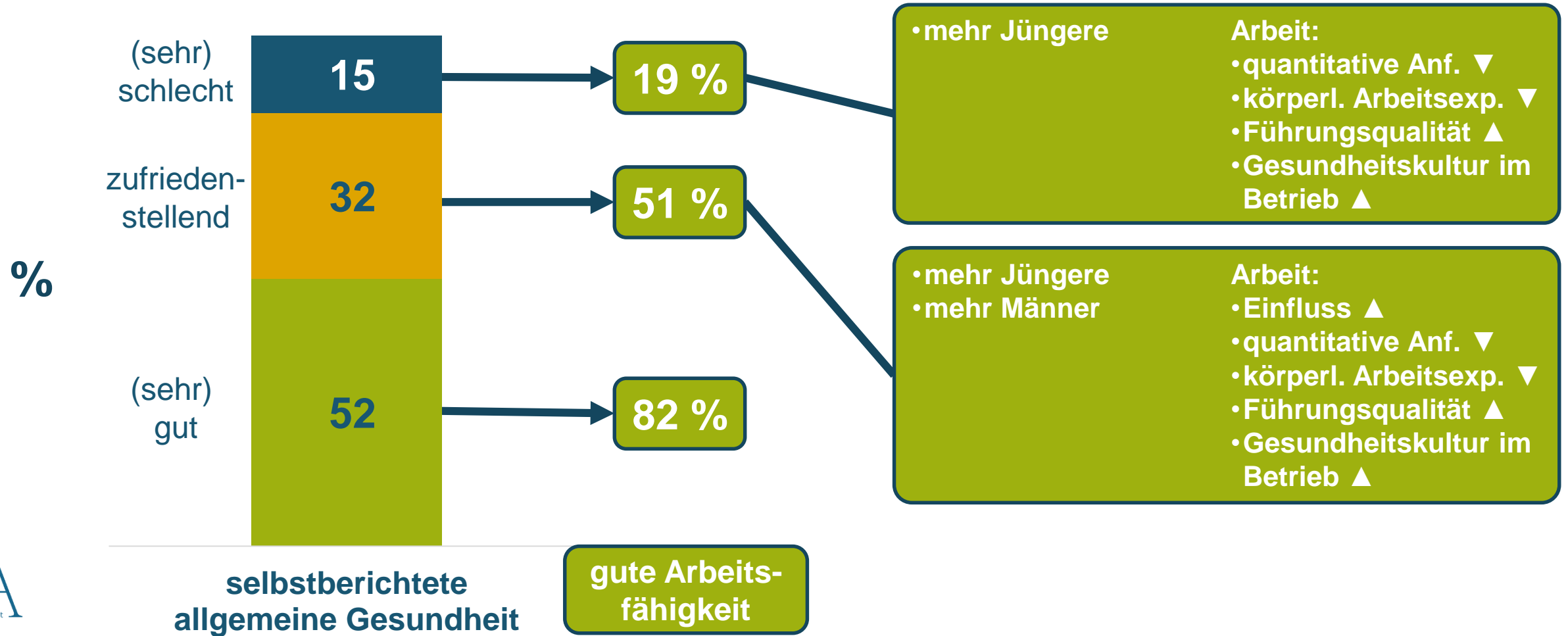
## 1. Schlechte Gesundheit in der älteren Erwerbsbevölkerung

### Zwischenfazit

- Schlechte Gesundheit ist bei Beschäftigten über 50 Jahren weit verbreitet.
- Manche Berufsgruppen sind häufiger betroffen, die Pflege gehört dazu.

## 2. IST ARBEIT MIT KRANKHEIT MÖGLICH?

- WER HAT TROTZ SCHLECHTER GESUNDHEIT E. HOHE ARB.FÄHIGKT?



# ÜBERSICHT

## ÄLTERE ERWERBSTÄTIGE MIT GESUNDHEITLICHEN EINSCHRÄNKUNGEN

1. Schlechte Gesundheit in der älteren Erwerbsbevölkerung
2. Ist Arbeit mit Krankheit möglich?

### Zwischenfazit

- Arbeit mit Krankheit ist bei vielen gut möglich, aber nicht bei allen.
- Gute Arbeitsbedingungen und eine gute betriebliche Gesundheitskultur tragen dazu bei.

### 3. BETR. MAßNAHMEN ZUR FÖRDERUNG VON GESUNDHEIT UND ARBEITSFÄHIGKEIT - WER ERHÄLT SIE?

## Maßnahmen

- *in den zurückliegenden 12 Monaten Maßnahmen erhalten: 15 %*
- *Ø 2,5 Maßnahmen pro Betroffenenem*
- *Häufiger erhalten haben dies Beschäftigte ...*

#### **Individuum:**

- *jünger \*\*\**
- *schlechte Gesundheit \*\*\**
- *schlechte körperl. Arbeitsfähigkeit \*\**

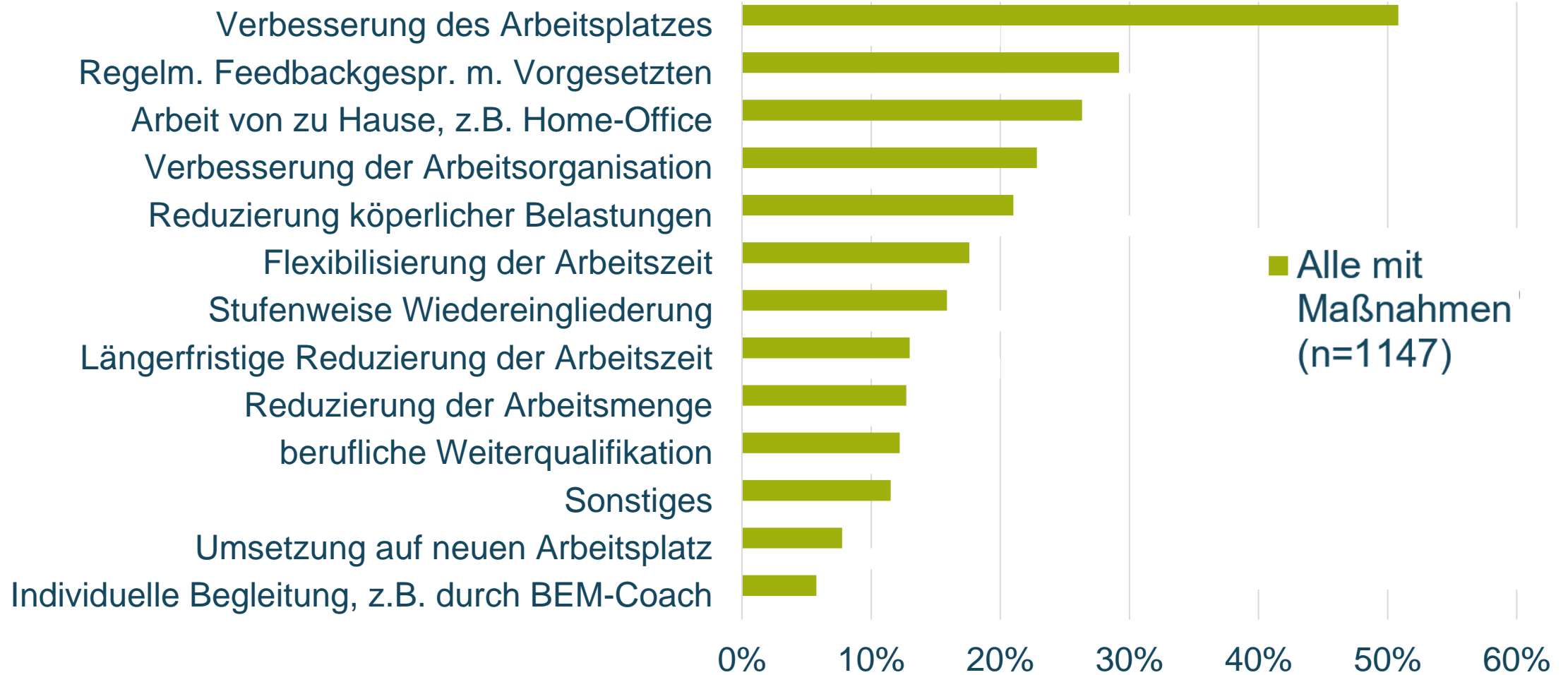
#### **Arbeit:**

- *höherer Einfluss \*\*\**
- *geringer körperl. Arbeitsexposition \*\*\**
- *höhere quant. Arbeitsanforderungen \**
- *bessere Führung \*\*\**

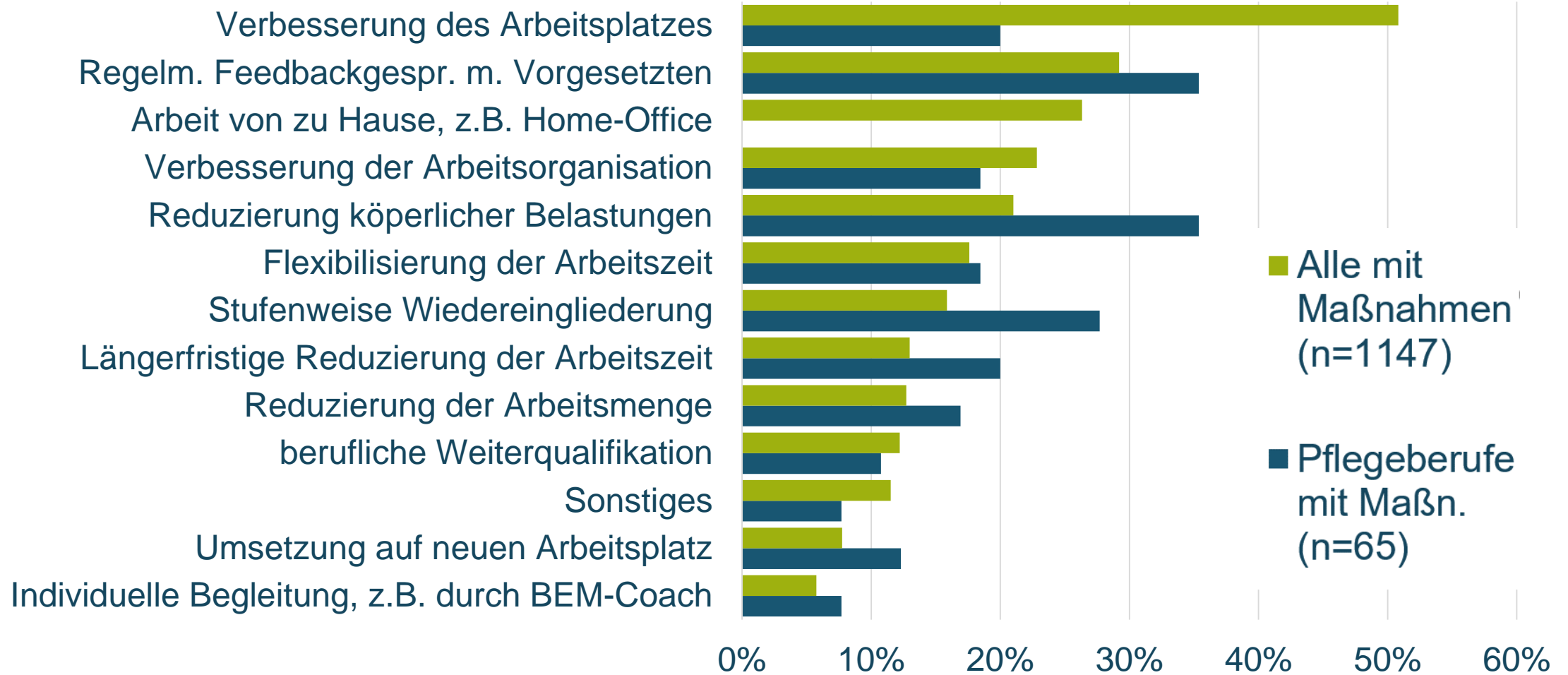
#### **Betrieb:**

- *größere Betriebe \*\*\**
- *Betriebe, die der Gesundheit der Beschäftigten hohe Bedeutung zumessen \*\*\**

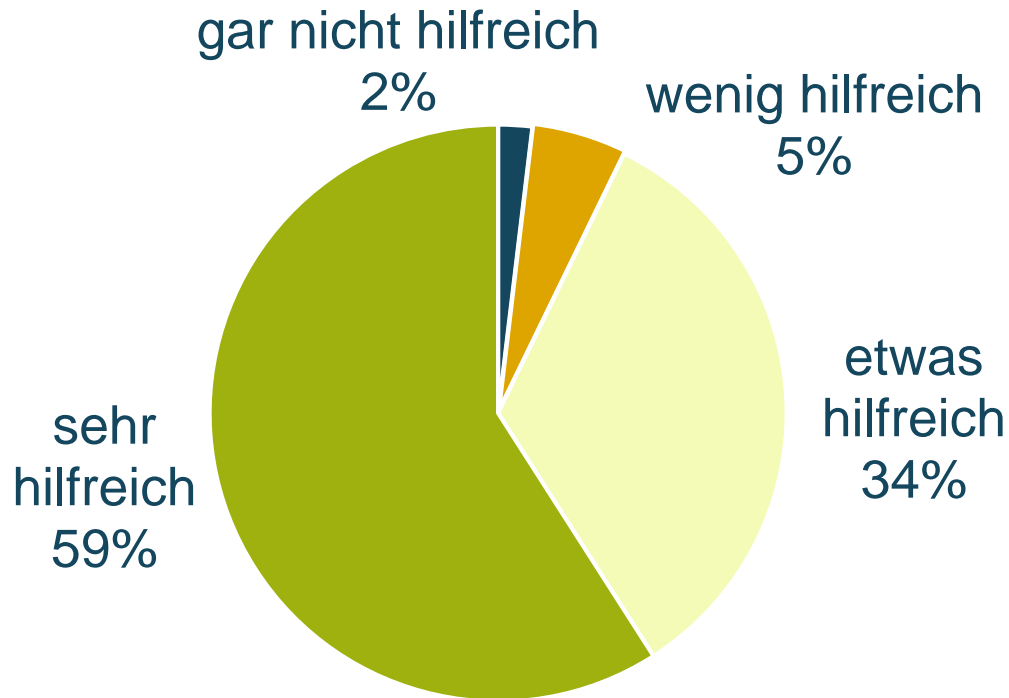
### 3. BETR. MAßNAHMEN ZUR FÖRDERUNG VON GESUNDHEIT UND ARBEITSFÄHIGKEIT - WELCHE SIND SIE?



### 3. BETR. MAßNAHMEN ZUR FÖRDERUNG VON GESUNDHEIT UND ARBEITSFÄHIGKEIT - WELCHE SIND SIE?



### 3. BETR. MAßNAHMEN ZUR FÖRDERUNG VON GESUNDHEIT UND ARBEITSFÄHIGKEIT - WERDEN SIE ALS HILFREICH EINGESCHÄTZT?



eher hilfreich, wenn ...

#### Individuum:

- bessere Gesundheit \*\*\*
- gute Arbeitsfähigkeit \*\*\*

#### Arbeit:

- weniger Heben und Tragen \*\*
- geringere quantitative Arbeitsanforderungen \*\*\*

#### Betrieb:

- wenn der Gesundheit im Betrieb bzw. vom Vorgesetzten viel Bedeutung beigemessen wird \*\*\*

### 3. BETR. MAßNAHMEN ZUR FÖRDERUNG VON GESUNDHEIT UND ARBEITSFÄHIGKEIT

- TREFFEN DIE MAßNAHMEN DEN OBJEKTIVEN BEDARF?

		„objektiver“ Bedarf?	
		Gesundheit und/oder Arbeitsfähigkeit = nicht gut	Gesundheit und Arbeitsfähigkeit = (sehr) gut
Maßnahmen	erhalten	10 %	6 %
	nicht erhalten	47 %	37 %

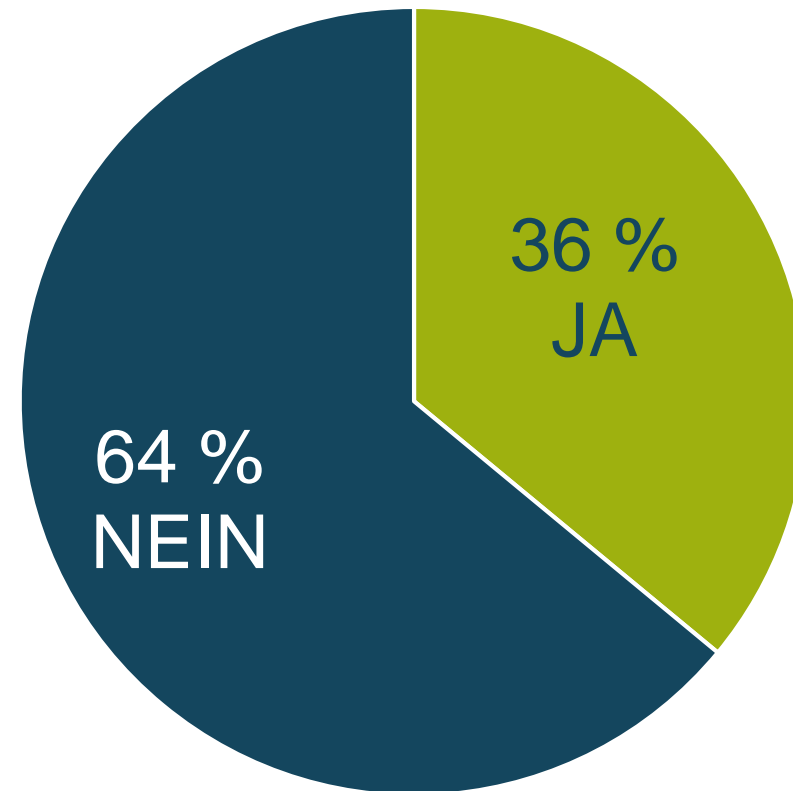
Anteile an allen Erwerbstätigen

lidA Welle 4, 2022/23, N=7.507

### 3. BETR. MAßNAHMEN ZUR FÖRDERUNG VON GESUNDHEIT UND ARBEITSFÄHIGKEIT

- BESTEHT SUBJEKTIV BEDARF NACH (WEITEREN) MAßNAHMEN?

## Subjektiver Bedarf nach (ggf. weiteren) Maßnahmen?



# ÜBERSICHT ÄLTERE ERWERBSTÄTIGE MIT GESUNDHEITLICHEN EINSCHRÄNKUNGEN

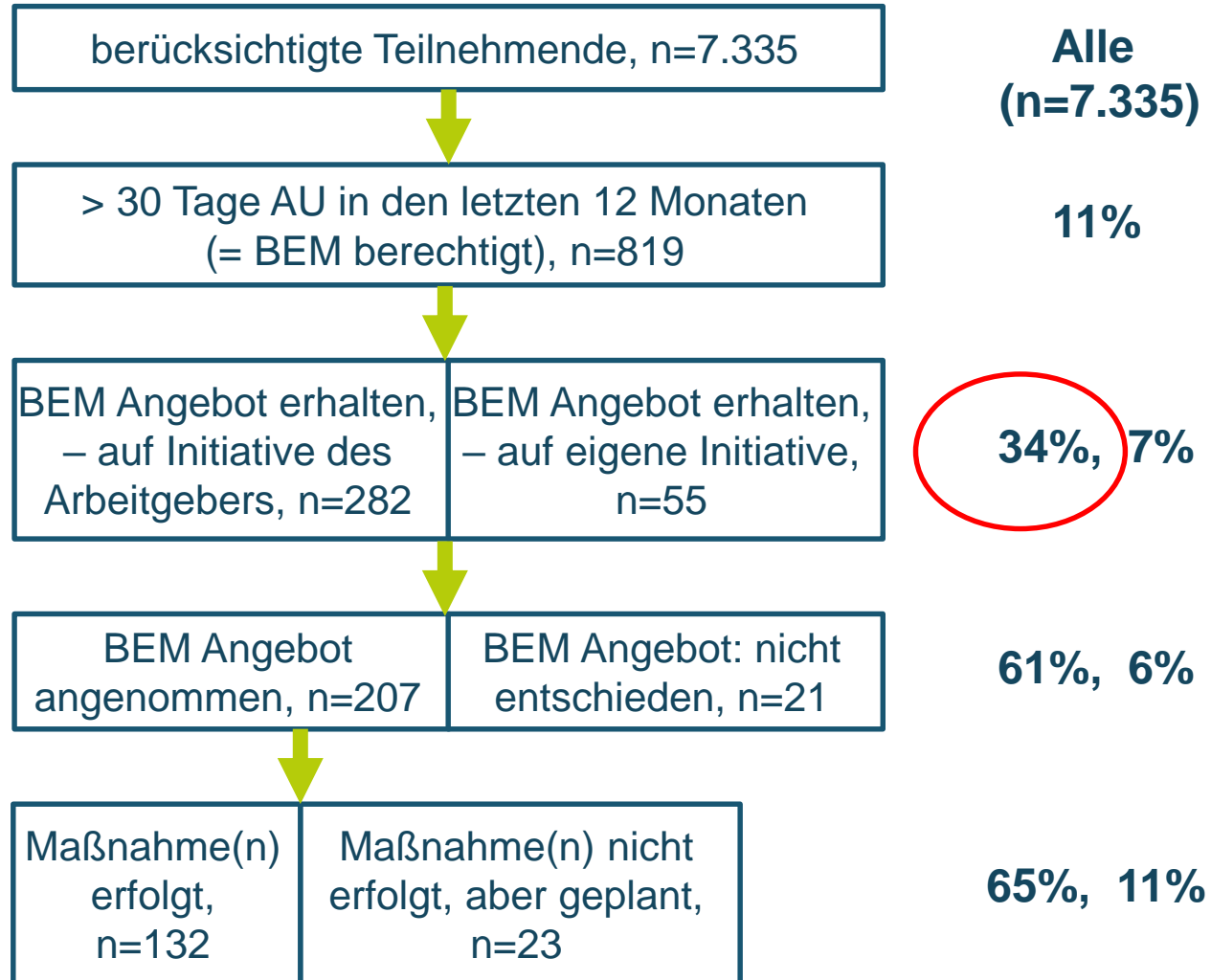
1. Schlechte Gesundheit in der älteren Erwerbsbevölkerung
2. Ist Arbeit mit Krankheit möglich?
3. Betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit

## Zwischenfazit

- Betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit werden fast immer als wirksam beurteilt.
- Sie werden häufig gewünscht, aber erfolgen zu selten.

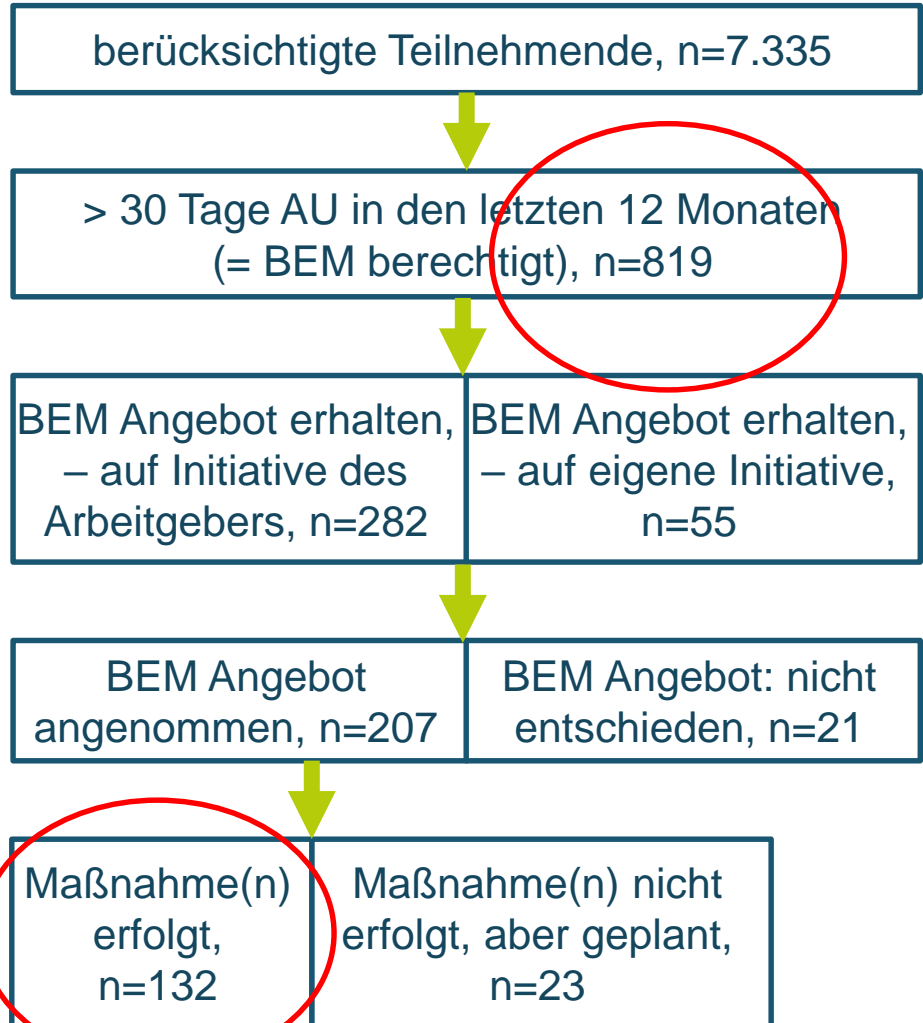
# 4. BEM

## - BEM PROZESS



# 4. BEM

## - BEM PROZESS



Alle  
(n=7.335)

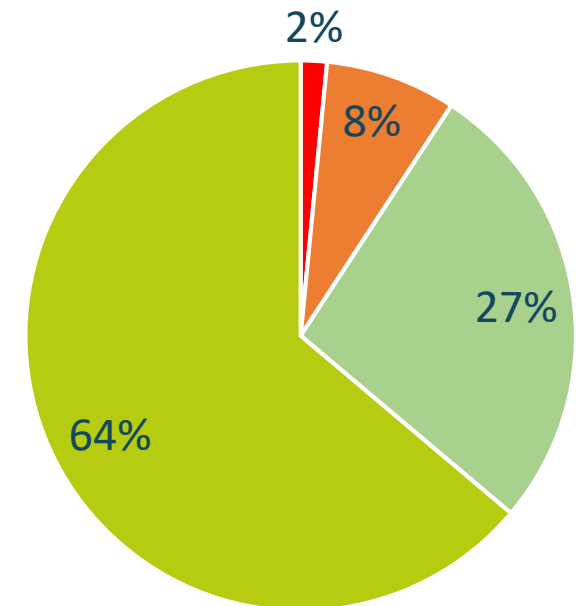
11%

34%, 7%

61%, 6%

65%, 11%

"Wie schätzen Sie den Erfolg der  
Maßnahme(n) ein?" (n=132)



- gar nicht hilfreich
- wenig hilfreich
- etwas hilfreich
- sehr hilfreich

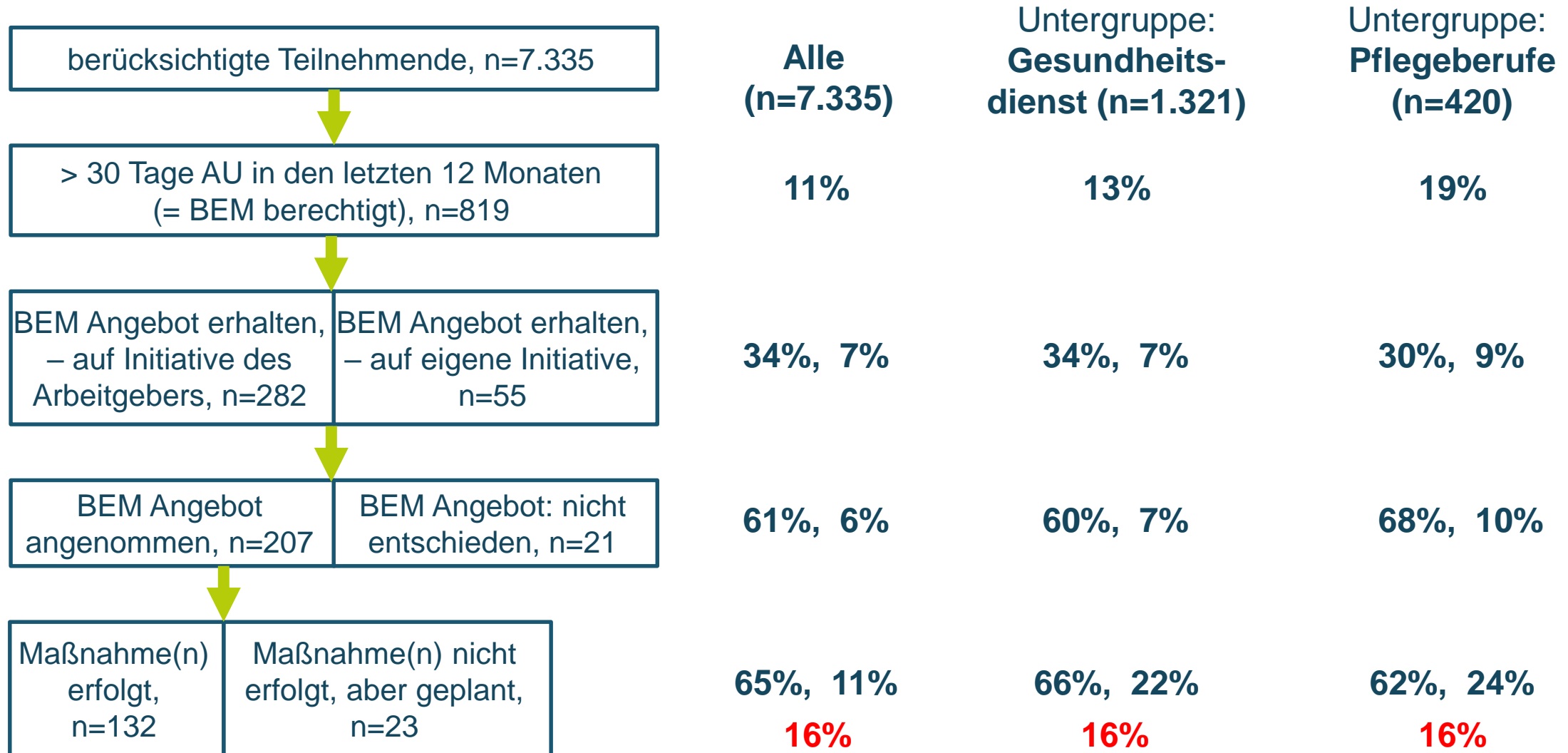
**Bei 16% aller BEM Berechtigten sind Maßnahmen erfolgt**

lidA Welle 4, 2022/23, N=7.335



# 4. BEM

## - BEM PROZESS



lidA Welle 4, 2022/23, N=7.335

# ÄLTERE ERWERBSTÄTIGE MIT GESUNDHEITLICHEN EINSCHRÄNKUNGEN: GESAMTFAZIT

- Schlechte Gesundheit ist bei Beschäftigten über 50 Jahren weit verbreitet.
- Manche Berufsgruppen sind häufiger betroffen, die Pflege gehört dazu.
- Arbeit mit Krankheit ist bei vielen möglich, aber nicht bei allen.
- Gute Arbeitsbedingungen und eine gute betriebliche Gesundheitskultur tragen dazu bei.
- Betriebliche Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit werden fast immer als wirksam beurteilt.
- Sie werden häufig gewünscht, aber erfolgen zu selten.
- **BEM Angebote sind selten.**
- **Nur wenige BEM Berechtigte erhalten letztendlich Maßnahmen.**
- **BEM Maßnahmen werden als sehr wirksam bewertet.**

## ***Ältere Erwerbstätige mit gesundheitlichen Einschränkungen:***

Bei ihnen helfen *betriebliche Maßnahmen*. Diese erfolgen aber relativ selten.

- Wer kriegt sie? Eher diejenigen, die sich äußern können?
- Wie erreichen Sie mehr die Beschäftigten, die sie besonders brauchen?
- Wie erreichen wir (Forschung, Betriebsärzte/innen) die Betriebe, damit sie mehr Maßnahmen anbieten und umsetzen?
- Welche Fragen sollten wir noch genauer untersuchen?

# Danke für den Austausch

Herzlich willkommen auf der  
DGAUM Jahrestagung 2025  
an der Bergischen Universität Wuppertal,  
wo das Thema „Arbeiten mit Krankheit“  
einen Schwerpunkt darstellen wird.


Prof. Hans Martin Hasselhorn  
Bergische Universität Wuppertal  
Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft  
Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik  
Gaußstraße 20, 42119 Wuppertal  
Tel. 0202 439 2088 (Sekretariat)  
[hasselhorn@uni-wuppertal.de](mailto:hasselhorn@uni-wuppertal.de)



*Bergische Universität Wuppertal*

# L I T E R A T U R

auf [www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de) → Ergebnisse → Themen → Arbeitsfähigkeit  
 auf [www.arbwiss.uni-wuppertal.de/de/team/hasselhorn.html](http://www.arbwiss.uni-wuppertal.de/de/team/hasselhorn.html)

	<b>BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL</b>	Studie	Ergebnisse	Veranstaltungen	Teilnehmende	Projekte	Über uns
Ergebnisse	✓	Themen	✓				
Themen	→	Privates Umfeld					
Publikationen	→	Sozialer Status	→				
Broschüren		Lebensstil					
Factsheets		Sozialer Kontext					
Posters		Arbeitsmarkt					
Newsletter		Motivation					
		Finanzen					

