

Gesundheitliche Ungleichheit im späten Erwerbsleben: wie groß ist der Beitrag der Arbeit und des Gesundheitsverhaltens?

Weltweit begegnen viele Länder dem demographischen Wandel mit Reformen des Rentensystems. Wissenschaftler*innen verschiedener Disziplinen drücken seitdem ihre Befürchtung aus, dass die politische Maßnahmen zur Verlängerung des Erwerbslebens gesundheitliche Ungleichheiten verstärken könnten, wenn sie ungeachtet des sozioökonomischen Status gleiche Anreize bzw. Sanktionierungen zur Erwerbsteilhabe schaffen. Der Grund für diese Befürchtungen: Ungleichheiten bei der Erwerbsteilhabe sind auch Folge von gesundheitlichen Ungleichheiten. Oft sind es z. B. schwere körperliche Arbeitsanforderungen und/oder ein schlechter Gesundheitszustand, die vor allem sozioökonomisch niedrig gestellte Beschäftigte zum unfreiwilligen Austritt bringen [z. B. 1].

Dieses Factsheet ist eine Zusammenfassung eines englischsprachigen Fachaufsatzes der Autoren Rohrbacher und Hasselhorn [2]. Es stellt die Bedeutung von Arbeitsfaktoren und Gesundheitsverhalten bei der Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im späten Erwerbsleben dar.



Methoden

Angaben von 2 653 Personen (53 % Frauen, 47 % Männer), die an den ersten drei Wellen der lidA-Studie (2011, 2014, 2018) teilgenommen haben, wurden in der vorliegenden Studie [2] berücksichtigt. Hierbei handelt es sich um Personen, die entweder 1959 oder 1965 geboren wurden.

Mittels komplexer Analysen („Effektdekomposition“) wurde der Beitrag von Arbeitsfaktoren und Gesundheitsverhalten zu gesundheitlichen Ungleichheiten im späten Erwerbsleben quantifiziert, die sich aufgrund von Bildungsunterschieden über sieben Jahre entwickelten.

Zielvariable war die körperliche Gesundheit (SF-12 PCS) der älteren Erwerbstätigen. Als Arbeitsfaktoren wurden körperliche Anforderungen, der Einfluss bei der Arbeit, Möglichkeiten zur Weiterentwicklung/-qualifizierung, Führungsqualität sowie Belohnung/Gratifikation bei der Arbeit verwendet. Als Gesundheitsverhalten wurden BMI, Rauchen sowie körperliche Aktivität in der Freizeit untersucht.

Abb. 1 stellt die (nicht) untersuchten Zusammenhänge dar.

Abb. 2 (Frauen) und 3 (Männer) stellen dar, in welchem Ausmaß sich die gesundheitliche Ungleichheit reduzieren würde, wären Arbeitsfaktoren und Gesundheitsverhalten in den jeweiligen Vergleichsgruppen gleich ausgeprägt.

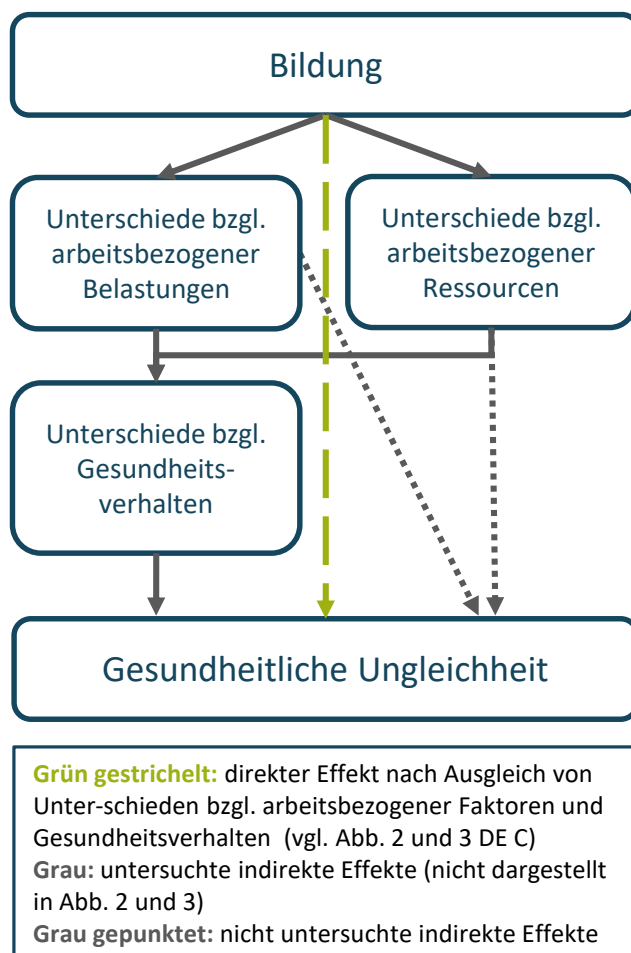


Abb. 1: Darstellung der untersuchten Zusammenhänge

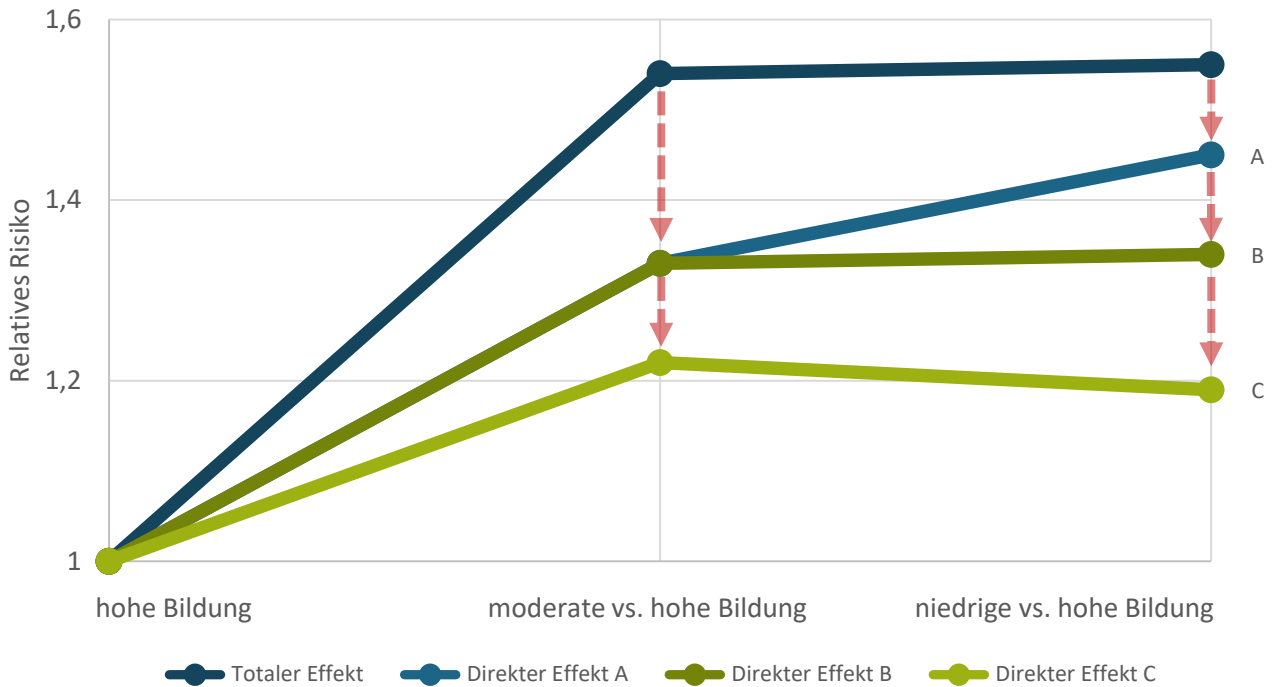


Abb. 2: Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit im Falle **gleicher Arbeitsfaktoren** und **gleicher Gesundheitsverhalten** in den Vergleichsgruppen; Frauen (n = 1 405)

Tab. 1: Erläuterung zur Abbildung 2 und 3

Elemente der Abbildung	Erläuterung
Relatives Risiko (RR)	Das RR beschreibt das Risiko im Verlauf von sieben Jahren (2011 - 2018) einen schlechten körperlichen Gesundheitszustand zu entwickeln (Selbstbericht). Als Vergleichsgruppe dient jeweils die Gruppe der Personen mit hoher Bildung.
Moderate vs. hohe Bildung	Hier wird das Risiko eines schlechten Gesundheitszustandes von Personen mit moderater Bildung mit dem entsprechenden Risiko von Personen mit hoher Bildung verglichen.
Niedrige vs. hohe Bildung	Hier wird das Risiko eines schlechten Gesundheitszustandes von Personen mit niedriger Bildung mit dem entsprechenden Risiko von Personen mit hoher Bildung verglichen.
Totaler Effekt (TE)	Die dunkelblauen Punkte zeigen den Effekt der Bildung auf die Gesundheit an (in Form eines RR). Das Bildungsniveau von Personen kann sich direkt und indirekt (d.h. vermittelt durch andere Faktoren, z. B. Arbeitsbedingungen) auf die Gesundheit auswirken. Der TE beschreibt die Summe all dieser Effekte.
Direkter Effekt A (DE A)	Der DE A beschreibt den verbleibenden direkten Effekt der Bildung auf die Gesundheit, wenn es initial (2011) keine gesundheitlichen Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen gegeben hätte.
Direkter Effekt B (DE B)	Der DE B beschreibt den verbleibenden direkten Effekt der Bildung auf die Gesundheit, wenn es weder gesundheitliche Unterschiede noch Unterschiede im Hinblick auf die Arbeitsfaktoren zwischen den beiden Vergleichsgruppen gegeben hätte.
Direkter Effekt C (DE C)	Der DE C beschreibt den verbleibenden direkten Effekt der Bildung auf die Gesundheit, wenn es weder gesundheitliche Unterschiede noch Unterschiede im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen sowie Gesundheitsverhalten zwischen den beiden Vergleichsgruppen gegeben hätte.

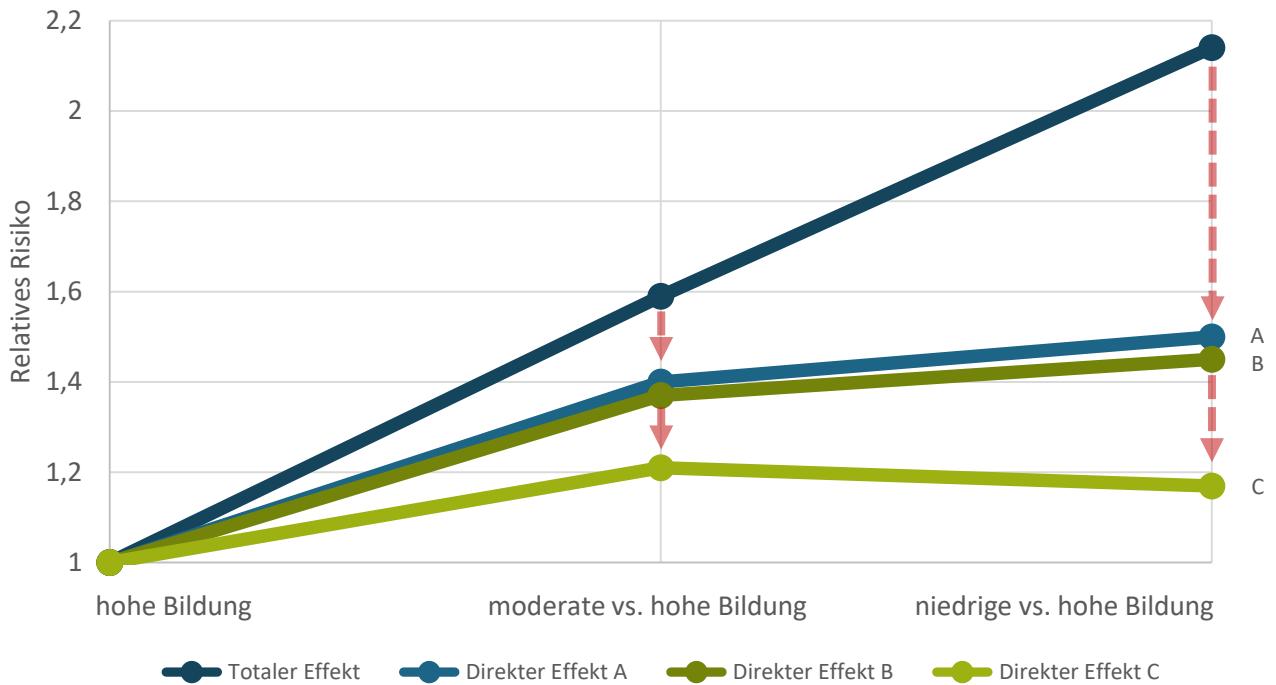


Abb. 3: Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit im Falle **gleicher Arbeitsfaktoren** und **gleicher Gesundheitsverhalten** in den Vergleichsgruppen; Männer (n = 1 248)



Ergebnisse & Diskussion

Abbildung 2 (S. 2) zeigt die gesundheitliche Ungleichheit bei Frauen, ausgedrückt als Relatives Risiko (RR) bei der letzten Befragung einen schlechten körperlichen Gesundheitszustand zu berichten. Ungeachtet existierender gesundheitlicher Ungleichheit zum Zeitpunkt der ersten Befragung (2011) haben sowohl Frauen mit moderater als auch diejenigen mit niedriger Bildung ein fast 1,6-fach höheres Risiko als hoch Gebildete einen schlechten Gesundheitszustand im Laufe von sieben Jahren zu entwickeln (Totaler Effekt [TE]).

- Der „Direkte Effekt A“ (DE A) gibt an, inwieweit sich dieses Risiko reduzieren würde, wenn Frauen aller drei Bildungsniveaus den gleichen Gesundheitszustand wie die hoch Gebildeten zum ersten Befragungszeitpunkt (2011) gehabt hätten.
- Der „Direkte Effekt B“ (DE B) zeigt an, inwieweit sich das Risiko reduzieren würde, wenn Frauen jedes Bildungsniveaus darüber hinaus die gleichen Arbeitsfaktoren hätten. Zuletzt gibt der

- „Direkte Effekt C“ (DE C) an, wie sich das Risiko reduzieren würde, wenn neben initialer Gesundheit und Arbeitsfaktoren auch das Gesundheitsverhalten moderat und niedrig gebildeter dem der hoch gebildeten Frauen entspräche.

Es zeigt sich, dass das Gesundheitsverhalten bei Frauen der beiden Baby-Boomer Kohorten mehr zur gesundheitlichen Ungleichheit beiträgt als die untersuchten Arbeitsfaktoren. Nichtsdestotrotz würden sich gesundheitliche Ungleichheiten zwischen niedrig gebildeten und hoch gebildeten Frauen um 11 % (von DE A RR 1,45 auf DE B RR 1,34) reduzieren, wenn sich für die letztere Gruppe die Arbeitsbedingungen so verbessern ließen, dass sie denen derer mit hoher Bildung entsprächen. Beachtlich erscheint, dass sich bei zusätzlich gleichem Gesundheitsverhalten das Risiko eines schlechten Gesundheitszustands von 1,6 (60 % höheres Risiko) auf ca. 1,2 (20 % höheres Risiko) verringern ließe.

Abbildung 3 (S. 3) zeigt die gesundheitliche Ungleichheit bei Männern. Zunächst ist zu erkennen, dass sich das Risiko, im Vergleich zur hoch gebildeten Gruppe einen schlechten Gesundheitszustand zu entwickeln, bei den niedrig gebildeten Männern deutlich höher ausfällt (TE RR 2,14), als bei den moderat gebildeten Männern (TE RR 1,59).

Auffallend ist außerdem, dass unter der kontrafaktischen Annahme eines bei allen drei Gruppen gleich guten Gesundheitszustandes zur Basiserhebung (2011) sich das Risiko eines schlechten Gesundheitszustandes in 2018 deutlich reduziert – dies vor allem für diejenigen mit niedriger Bildung (s. DE A). Ein unerwarteter Befund war, dass die Arbeitsfaktoren darüber hinaus, ähnlich wie bei den Frauen, kaum zur gesundheitlichen Ungleichheit bei den beiden deutschen Baby-Boomer Kohorten beitragen (s. Differenz DE A zu DE B).

Einen deutlichen Beitrag zur gesundheitlichen Ungleichheit bei Männern leistet wiederum das Gesundheitsverhalten. Bei zusätzlich gleichem Gesundheitsverhalten ließe sich das Risiko eines schlechten Gesundheitszustands von 2,14 (114 % höheres Risiko niedrig vs. hoch Gebildeter) bzw. von 1,59 (59 % höheres Risiko moderat vs. hoch Gebildeter) auf ca. 1,2 (20 % höheres Risiko) verringern (s. DE C). Die Ergebnisse geben Anlass zur Diskussion, denn sie betonen die große Bedeutung von Gesundheitsverhalten

bei der Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheit (körperliche Gesundheit) bei älteren Erwerbstätigen in Deutschland.

Die Ergebnisse lassen sich mit Befunden ähnlicher Studien vergleichen, in denen gezeigt wurde, dass die relative Bedeutung von Arbeitsfaktoren und Gesundheitsverhalten stark von nationalen bzw. regionalen wohlfahrtstaatlichen Gegebenheiten abhängt [s. 3]. So ist die relative Bedeutung von Arbeitsfaktoren vor allem in südeuropäischen Ländern deutlich größer als in nordeuropäischen Ländern [s. 3]. Das Gegenteil trifft auf die Gesundheitsverhalten zu [s. 3].

Außerdem sind die Befunde durch die Art der Operationalisierung des sozioökonomischen Status und der gesundheitlichen Zielvariable abhängig. Rohrbacher und Hasselhorn [2] diskutieren dies explizit.

Zuletzt ist zu betonen, dass der Gesundheitszustand im späten Erwerbsalter von einer Vielzahl von Einflüssen aus dem bisherigen Erwerbsleben geprägt ist, die aktuellen Arbeitsfaktoren daher womöglich unterbewertet werden. Zudem zeigen internationale Studien, wie sich widrige Arbeitsfaktoren und ungesunde Lebensstile gegenseitig beeinflussen [4]. Eine Verbesserung des Gesundheitsverhalten ist daher weder allein in individueller Verantwortung noch unabhängig von Arbeitsbedingungen.

Fazit



Arbeitsfaktoren wie auch Gesundheitsverhalten tragen zur Entwicklung von Ungleichheiten bei der körperlichen Gesundheit älterer Erwerbstätiger bei. Die Ergebnisse unserer englischsprachigen Studie [2] deuten diesbezüglich auf die besonders wichtige Rolle von Gesundheitsverhalten hin. Um gesundheitliche Ungleichheiten im späten Erwerbsleben zu reduzieren, scheinen Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsverhalten prioritär. Die Autoren betonen allerdings den starken Zusammenhang von aktuellen und vergangenen Arbeitsbedingungen und dem individuellen gesundheitsrelevanten Lebensstil. Verhältnis- und Verhaltensprävention sollten daher Hand in Hand gehen, um gesundheitliche soziale Ungleichheiten im späten Erwerbsleben abzuschwächen.

Referenzen

- [1] Carr E, Fleischmann M, Goldberg M, Kuh D, Murray ET, Stafford M, et al. Occupational and educational inequalities in exit from employment at older ages: Evidence from seven prospective cohorts. *Occup Environ Med.* 2018;75(5):1–9.
- [2] Rohrbacher M, Hasselhorn HM. The contribution of work and health-related lifestyle to educational inequalities in physical health among older workers in Germany. A causal mediation analysis with data from the lidA cohort study. *PLoS One.* 2023;18(8):e0285319.
- [3] Schram JLD, Groeniger JO, Schuring M, Proper KI, van Oostrom SH, Robroek SJW, et al. Working conditions and health behavior as causes of educational inequalities in self-rated health: An inverse odds weighting approach. *Scand J Work Environ Heal.* 2021;47(2):127–35.
- [4] Heikkilä K, Fransson EI, Nyberg ST, Zins M, Westerlund H, Westerholm P, et al. Job strain and health-related lifestyle: Findings from an individual-participant meta-analysis of 118 000 working adults. *Am J Public Health.* 2013;103(11):2090–7.

Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft

Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik
Bergische Universität Wuppertal, Gaußstraße 20, 42119 Wuppertal
Die Verantwortung für den Inhalt liegt beim Autor: MJ Rohrbacher



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