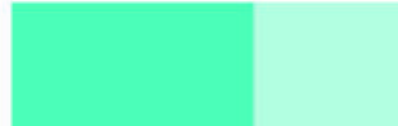


ARBEITSHEFT



Nr. 37

Prof. Dr. Peter Förster, Dr. Hendrik Berth,
Prof. Dr. Elmar Brähler

Arbeitslosigkeit und Gesundheit Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie 17. Welle 2003

gefördert durch die Otto Brenner Stiftung

Berlin, Juni 2004

**Otto
Brenner
Stiftung**

Herausgeber:

Otto Brenner Stiftung
Heike Kauls
Alte Jakobstraße 149
10969 Berlin

Tel. 030-25 39 60 10
Fax: 030-25 39 60 11
email : obs@igmetall.de
www.otto-brenner-stiftung.de

Kontakt:

Prof. Dr. Elmar Brähler
Universität Leipzig
Selbständige Abteilung für Medizinische
Psychologie und Soziologie
Stephanstr. 11
04103 Leipzig

0341-971 88 00
0341-971 88 09
email: brae@medizin.uni-leipzig.de
www.uni-leipzig.de/~medpsy

Inhalt

	Seite
Zusammenfassung/Schlüsselwörter	3
1. Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Einführung	4
2. Die Sächsische Längsschnittstudie	9
3. Methodik	12
3.1 Stichprobe	12
3.2 Instrumente	13
4. Ergebnisse	17
4.1 Arbeitslosigkeit und psychische Belastung	17
4.2 Arbeitslosigkeit und Lebenszufriedenheit	21
4.3 Längsschnittliche Betrachtungen	25
5. Diskussion	35
6. Literatur	41
7. Anhang	45
7.1 Publikationen	45
7.2 Präsentationen/Öffentlichkeitsarbeit	45

Zusammenfassung

Die Sächsische Längsschnittstudie ist eine bereits seit 1987 laufende Untersuchung. Befragt werden junge Erwachsene in den neuen Bundesländern des DDR-Geburtsjahrgangs 1973. Im Jahre 2003 wurde mit finanzieller Unterstützung der Otto Brenner Stiftung die 17. Welle durchgeführt.

419 Personen (54 % weiblich, 46 % männlich) nahmen teil. Dies entspricht 71 % des ursprünglichen Samples. Die Befragten waren zum Zeitpunkt der Erhebung im Durchschnitt 30,1 Jahre alt. Dargestellt werden die Ergebnisse zum Schwerpunkt „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“. Eine Vielzahl von Forschungsarbeiten hat gezeigt, dass Arbeitslosigkeit zu schwerwiegenden Gesundheitsfolgen auf psychischer und somatischer Ebene führen kann. Insbesondere die Lebensqualität kann beeinträchtigt sein. Aufgrund der hohen Arbeitslosenzahlen in den neuen Länder gibt es hier eine spezielle Relevanz für weitere Untersuchungen.

Eingesetzt wurden die standardisierten Instrumente SCL-9-K (Psychischer Distress) und FLZ-M (Lebenszufriedenheit) sowie die selbst entwickelten Kurzskalen D-Score (Distress) und G-Score (Psychosomatische Beschwerden). Für die beiden Eigenkonstruktionen liegen Daten auch im Längsschnitt vor.

Von den Befragten hat bereits die Mehrzahl Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit machen müssen. 32 % waren einmal und 32 % mehrfach arbeitslos gewesen. Die mittlere Arbeitslosigkeitsdauer betrug 10,5 Monate.

Die Daten zeigen, dass insbesondere mehrfach Arbeitslose eine deutliche Belastung aufweisen. Ihr psychischer Distress ist höher und ihre Lebensqualität niedriger. Auch die Bedrohung durch einen möglichen Arbeitsplatzverlust hatte bereits negative Auswirkungen auf das Befinden.

Die Ergebnisse bestätigen sich auch längsschnittlich. Zu allen Wellen haben Arbeitslose ein höheres Distressniveau und mehr psychosomatische Beschwerden. Die Studie soll mit dem Schwerpunkt Arbeit und Gesundheit fortgesetzt werden.

Schlüsselwörter

Arbeitslosigkeit, Gesundheit, Junge Erwachsene, Psychischer Distress, Arbeitsplatzunsicherheit, Lebenszufriedenheit, Kausalität, Selektion

1. Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Einführung

Arbeitslosigkeit ist heute ein Thema, das die Allgemeinheit betrifft. Erfahrungen von Zeiten der Arbeitslosigkeit bei Freunden, Bekannten, Familienangehörigen oder bei sich selbst hat die Mehrheit der deutschen Bevölkerung bereits gemacht. Dabei tangiert Arbeitslosigkeit alle Schichten der Bevölkerung, die Jungen und die Alten, die ungelernten Arbeiter und die Akademiker. Arbeitslosigkeit als psychosozialer Stressor gehört damit heute zum Alltag (Kieselbach, 1999).

In den neuen Bundesländern bzw. der ehemaligen DDR war bis zur Wiedervereinigung 1990 Arbeitslosigkeit (zumindest offiziell) nicht existent, es herrschte nahezu Vollbeschäftigung. Nach § 246 des Strafgesetzbuches der DDR bestand eine Verpflichtung zur Erwerbstätigkeit. Personen, die nicht arbeiteten, waren in viel stärkerem Maße als in der alten Bundesrepublik stigmatisiert. Der Umbau der ostdeutschen Wirtschaft ab 1990 führte zur Stilllegung ganzer Industriezweige, zu Massenentlassungen und Dauerarbeitslosigkeit. Auch heute, mehr als 13 Jahre nach der Wiedervereinigung, ist die Arbeitslosigkeit in Ostdeutschland immer noch wesentlich höher als in Westdeutschland, eine Erhöhung der Beschäftigungszahlen ist trotz massiver Fördermaßnahmen nicht in Sicht. Im Gegenteil, die Wirtschaft der alten Bundesländer wächst, während die ostdeutsche stagniert.

Die meisten Ostdeutschen haben im letzten Jahrzehnt Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit machen müssen, so auch die Teilnehmer der Sächsischen Längsschnittstudie (Förster, 2002). Ein beträchtlicher Teil ist aus beruflichen Gründen in die alten Bundesländer umgezogen (Berth et al., 2004). Auch generell gibt es bundesweit Trends, dass sich bereits bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Langzeitarbeitslosigkeit einstellt und diese eine „Arbeitslosenkarriere“ entwickeln.

Die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit stellen insgesamt ein Forschungsgebiet dar, zu dem bereits eine Reihe von Arbeiten vorliegen. Überblicke über Forschungsarbeiten bzw. Metanalysen bieten z. B. Dauer (1999), Feather (1999), Murphy und Athanasou (1999), Winefield (1995, 2002) oder Mohr (1997).

Auch die spezielle Situation der neuen Länder wurde dabei mehrfach aus psychologisch-medizinisch-soziologischer Sicht beleuchtet (z. B. Harych & Harych, 1997). Eine der ersten empirischen Studien datiert bereits aus dem Jahre 1933 (Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel, 1933). Ein dort vorgestelltes idealtypisches Phasenmodell des Verlaufs von Arbeitslosigkeit postuliert folgenden Verlauf des Erlebens:

- Antizipationsphase
- Schock unmittelbar nach dem Eintreten der Arbeitslosigkeit
- Erholungsphase (1.-2. Monat)
- Latenzphase (3.-6. Monat)
- pessimistische Reaktionen (7.-12. Monat)
- Phase der fatalistischen Anpassung (nach 1 Jahr).

Laubach, Mundt & Brähler (1999) nennen als objektive Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit:

- Erhöhung des systolischen Blutdrucks
- erhöhte Chronifizierung von Krankheiten
- Notwendigkeit der Erhöhung von Medikamentendosen.

Dies hat unlängst die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Grobe & Schwartz, 2003) eindrucksvoll unterstrichen. Dort konnte, bezogen auf verschiedene Diagnosen, auch gezeigt werden, dass es bei Arbeitslosen vor allem bei gastrointestinalen (also häufig psychosomatischen) und mehr noch bei psychischen Beschwerden zu einer deutlichen Zunahme kommt.

Subjektive Gesundheitsfolgen und Einflüsse auf Erleben und Verhalten können sein:

- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen
- Herzbeschwerden
- erhöhte Depressivität
- Erschöpftheit und Angespanntheit

- Erhöhung des Alkohol- und Nikotinkonsums
- Verlust sozialer Bindungen, sozialer Identität
- Statureinbußen
- pessimistische Zukunftseinstellungen
- Verschlechterung der Familienbeziehungen.

Zahlreiche Studien belegen, dass insbesondere die allgemeine und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit in Folge von Arbeitslosigkeit eingeschränkt ist (Ehrhardt 1992, Dauer & Hennig, 1994). Dies trifft auch auf Jugendliche zu (Hahn 1996).

Die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit sind somit als klar negativ einzuschätzen, sie können entscheidende Auswirkungen auf die weiteren Arbeitsmarktchancen haben (vgl. Broutschek, Schmidt & Dauer, 1999).

Laubach et al. (1999) stellten weiterhin in ihrer Studie fest, dass Arbeitslose stärker unter Herzbeschwerden litten als Beschäftigte und mit vielen Lebensbereichen subjektiv unzufriedener waren, vor allem auch mit ihrer Gesundheit (Selbstbeeinflussungsmöglichkeiten, aktueller Gesundheitszustand, Behinderung durch den aktuellen Zustand, seelischer Einfluss).

Brähler, Laubach & Stöbel-Richter (2002) haben in drei Repräsentativerhebungen 1998, 2000 und 2001 mit jeweils mehr als 1000 Befragten aus Ost- und Westdeutschland das gesundheitliche Befinden von Arbeits- und Nichtarbeitslosen untersucht. Die Ergebnisse zeigen: Arbeitslose sind ängstlicher und depressiver als Nichtarbeitslose und geben eine Vielzahl von Körperbeschwerden mehr an. Auch ihr subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand war deutlich schlechter.

Die Auswirkungen auf objektive und subjektive Gesundheitsfolgen und das Erleben von Arbeitslosigkeit hängen von einer Reihe psychosozialer Faktoren ab, z. B.:

- Lebensalter
- Qualifikation
- Familienstand und Anzahl der Kinder

- Subjektive Arbeitsplatzorientierung- Dauer der Arbeitslosigkeit
- Anzahl von Arbeitslosigkeitserfahrungen im bisherigen Leben
- Belastungserleben und -verarbeitung (Coping)
- Ursachenzuschreibung (Attribution)
- Stresstoleranz
- Persönlichkeit
- familiäre Unterstützung.

In einer Metaanalyse fanden Moser und Paul (2001, vgl. auch Moser & Paul, 2001), dass insbesondere Langzeitarbeitslose (mehr als ein Jahr ohne Arbeit), Männer, Arbeiter und Jugendliche unter den psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit leiden.

Eine Studie über 15 Jahre mit insgesamt mehr als N = 24.000 befragten Deutschen konnte unlängst zeigen, dass die psychischen Beeinträchtigungen auch nach der Wiederaufnahme einer Beschäftigung nicht vollständig zurückgehen, sondern im Lebenslauf einen langfristigen Einfluss behalten (Lucas et al. 2002, 2004). Die Daten der Untersuchung erbrachten auch Hinweise darauf, dass wiederholte Arbeitslosigkeit nicht zu einer psychischen Resistenz gegenüber diesem traumatischen Ereignis führt. Die Befragten, die wiederholt Arbeitslosigkeit erlebten, litten zumeist jedes Mal aufs Neue unter etwa gleich starken psychischen Beeinträchtigungen.

Der seit den 70er Jahren im Bereich der alten Ländern begonnene und in den neuen Ländern durch die deutsche Wiedervereinigung ausgelöste Wandel in der Arbeitswelt bedingt, dass sich die Arbeitslosigkeitsforschung in letzter Zeit verstärkt zum einen den Auswirkungen von Langzeitarbeitslosigkeit (vgl. Mohr, 2001) und zum anderen (psychologischen) Interventionsstrategien, die direkt die Arbeitslosen betreffen (z. B. die Stärkung der Eigeninitiative, vgl. z. B. Frese et al., 2002), widmet.

Für die Erklärung des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und Gesundheit werden zwei gegensätzliche Hypothesen herangezogen (Brähler et al., 2002): Kausalitäts- und Selektionshypothese.

Die Kausalitätshypothese (Häfner, 1990) besagt, dass der Eintritt von Arbeitslosigkeit kausal zu den o. g. negativen psychischen und physischen Folgen, zu Krankheit und sogar Tod führt. Dies kann zu einem direkt und andererseits indirekt als Folge eines geänderten Verhaltens, wie z. B. höherer Nikotin- und Alkoholkonsum, oder durch sozio-ökonomische Belastungen, wie etwa finanzielle Probleme, erfolgen.

Die Selektionshypothese (Elkeles & Seifert, 1992) hingegen postuliert, dass Arbeitslosigkeit als Folge eines schlechten Gesundheitszustandes eintritt. Personen, die häufiger und länger krank sind, werden eher arbeitslos und bleiben dies auch länger als gesündere Personen. Für beide Hypothesen fanden sich in Studien Belege. Für die Kausalitätshypothese etwa bei Semmer und Udris (1993) oder Bjarnason und Sigurdardottir (2003), für die Selektionshypothese z. B. bei Kivimäki et al. (2003). In den meisten Untersuchungen konnte jedoch gezeigt werden, dass beide Hypothesen gleichzeitig nebeneinander ihre Berechtigung haben und als Erklärungsmuster herangezogen werden können (vgl. z. B. Grobe & Schwartz, 2003; Paul & Moser, 2001; Broutschek, Schmidt & Dauer, 1999).

Arbeitslosigkeit ist und bleibt in Deutschland gesellschaftliche Realität. Im Frühjahr 2004 waren etwa N = 4.547.500 Personen der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter arbeitslos. Laut den offiziellen Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit (<http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start/monat/aktuell.pdf>, März 2004, Retrieved 08.04.2004) betrifft dies insbesondere die neuen Länder. Die Arbeitslosenquote betrug demnach in Deutschland insgesamt 10,9 % (Ostdeutschland 19,2 %, Westdeutschland 8,7 %). Mittelfristig ist auf dem Arbeitsmarkt keine gravierende Besserung zu erwarten, weshalb weiterhin umfassende Forschungen zu den psychosozialen Folgen von Arbeitslosigkeit notwendig sind.

Unsere hier vorgestellte Untersuchung hatte daher die folgende Fragestellungen:

1. Welche Auswirkungen haben Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit auf das allgemeine psychische Befinden (Distress)?

2. Welche Auswirkungen haben Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit auf die Lebensqualität?
3. Welche Zusammenhänge gibt es zwischen Arbeitslosigkeit und psychischem Distress im längsschnittlichen Verlauf?

2. Die Sächsische Längsschnittstudie

Die folgenden Ergebnisse stammen aus der Sächsischen Längsschnittstudie. Bei ihr handelt es sich um eine in ihrer Anlage ungewöhnliche, weil systemübergreifende sozialwissenschaftliche Langzeitforschung. Sie wurde bereits 1987, zu DDR-Zeiten, gestartet und begleitet seitdem über die Wende hinweg den politischen Mentalitätswandel bei jungen Ostdeutschen zwischen ihrem 14. und (2003) 30. Lebensjahr.

In ihrer ersten Phase vor der Wende (drei Befragungswellen zwischen 1987 und Frühjahr 1989) dokumentierte die Untersuchung den zunehmenden Verfall des politischen Bewusstseins der Panelmitglieder, ihre wachsende Distanz gegenüber der Politik der SED.

In ihrer zweiten Phase (seit Frühjahr 1990) begleitet sie den Weg dieser jungen Ostdeutschen aus dem Gesellschaftssystem der DDR in das der Bundesrepublik, vom DDR-Bürger zum Bundesbürger. Sie ist vermutlich die einzige (ost-)deutsche Längsschnittstudie, mit der es gelang bzw. gelingt, in einer hinreichend großen, identischen Population die nachhaltigen und differenzierten Auswirkungen des Systemwechsels auf das Denken und Fühlen junger Leute im Osten zu dokumentieren.

Die generelle Forschungsfrage ist, ob bzw. inwieweit mit der zunehmenden Dauer der Lebensspanne in dem neuen Gesellschaftssystem auch eine politische Identifikation mit diesem System entsteht, welche Einflussfaktoren eine solche Bindung fördern bzw. hemmen. Unsere Hypothese ist, dass dabei von entscheidender Bedeutung sein wird, ob die in die Untersuchung einbezogenen jungen Frauen und Männer mit Unterstützung der Gesellschaft jene Bedingungen vorfinden, die ihre berufliche Entfaltung fördern, frei von alltäglicher Sorge um den eigenen Arbeitsplatz bzw. den des Lebenspartners.

Die Untersuchungspopulation ist für solche Langzeitanalysen geradezu prädestiniert: Zur Wendezeit waren die TeilnehmerInnen bereits 16/17 Jahre alt (Geburtsjahrgang 1972/73), hatten die zehnklassige polytechnische Oberschule als letzter Jahrgang voll durchlaufen und waren damit über ein Jahrzehnt vom Bildungs- und Erziehungssystem der DDR, mehr oder weniger nachhaltig, geprägt worden. Zugleich waren bzw. sind sie noch jung genug, um sich nach dem Zusammenbruch der DDR und des Sozialismus neu zu orientieren, die Werte des jetzigen Gesellschaftssystems zu übernehmen oder aber sich kritisch mit ihnen auseinander zu setzen. Die langfristige Analyse ihrer politischen Orientierungen ist insofern von besonderer Bedeutung (und sollte für die Politik von hohem Interesse sein), als sie zu der Generation gehören, deren Aufgabe es wäre, die jetzige Gesellschaft als ihre zu verstehen und zu gestalten. Ein wachsender Teil von ihnen hat bereits leitende Aufgaben übernommen, wirkt zweifellos auch in politischer Hinsicht meinungsbildend.

In die Untersuchungen vor der Wende waren 1281 SchülerInnen aus den damaligen Bezirken Leipzig und Karl-Marx-Stadt einbezogen. Sie gehörten 72 Klassen aus 41 Schulen an, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden. Die Population war weitgehend DDR-repräsentativ. Organisatoren der Studie waren Wissenschaftler der Universität Leipzig, der Pädagogischen Hochschule Zwickau und des Zentralinstituts für Jugendforschung Leipzig (ZIJ). Im Mittelpunkt der Forschung stand damals die langfristige Analyse der Lebensorientierungen der SchülerInnen, ihrer Zukunftserwartungen, ihrer Lerneinstellung, ihres Medienverhaltens (einschließlich Westsender), ihrer politischen Grundeinstellungen und ihrer Kollektivorientierung.

Im Frühjahr 1989 erklärten sich 587 TeilnehmerInnen schriftlich bereit, auch nach Schulabschluss weiter an ähnlichen Untersuchungen mitzuarbeiten. Durch Wohnortwechsel (vor allem in den Westteil) reduzierte sich allerdings dieser Kreis in der Wendezeit auf 485 Personen. Von ihnen beteiligte sich ein hinreichend großer Teil an den bisher 14 (postalischen) Befragungen nach der Wende mit einer seit 1993 deutlich steigenden Quote.

Die 17. Welle der Untersuchung fand im Zeitraum Mitte April bis Mitte Juli 2003 statt. 419 TeilnehmerInnen schickten ihren Fragebogen rechtzeitig ausgefüllt zurück.

Das sind 71 % derer, die sich 1989 zur weiteren Mitarbeit bereit erklärt hatten. Dabei ist zu beachten, dass von einem Teil Letzterer trotz intensiver Bemühungen noch nicht der heutige Wohnort ermittelt werden konnte.

Die Ergebnisse können mit hoher Wahrscheinlichkeit für junge Ostdeutsche dieser Altersgruppe verallgemeinert werden, ähnliche Relationen sind auch in den benachbarten höheren Altersgruppen zu erwarten. Das gilt insbesondere für die dargestellten Zusammenhänge und Trends. Betont sei: Repräsentativität für junge Ostdeutsche insgesamt wird ausdrücklich nicht unterstellt. Wie Vergleiche mit repräsentativen Untersuchungen jedoch belegen (z. B. Shell-Studie Jugend, 2000), spiegelt die Studie grundsätzlich die Situation vieler junger Ostdeutscher auf ihrem Weg in das vereinte Deutschland wider.

Dieser Bericht stellt die Ergebnisse der Teilstudie „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ dar. Weitere Ergebnisse, insbesondere der politisch-soziologischen Fragen, der Sächsischen Längsschnittstudie sind u. a. dargestellt bei Förster (1999, 2001, 2002, 2003, 2004).

Wir streben eine Fortsetzung dieser Studie an. Im Rahmen der 17. Welle erklärten sich faktisch alle TeilnehmerInnen zur weiteren Mitarbeit bereit.

3. Methodik

3.1 Stichprobe

419 Personen (Rücklaufquote 71 %) nahmen an der im Frühsommer 2003 durchgeführten Untersuchung teil, 193 Männer und 226 (53,9 %) Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 30,05 Jahre, mit einer sehr geringen Streuung. Da zum Zeitpunkt der ersten Erhebung alle die 8. Klassenstufe besuchten, handelt es sich um ein altershomogenes Sample.

Die meisten der Befragten leben nach wie vor in den neuen Ländern. 23,2 % (N = 97) sind in die alten Bundesländer bzw. ins Ausland (1 %) gewandert. 18,2 % der Befragten sind ledig und ohne Partner, 27,3 % ledig mit Partner. 17,0 % leben in einer Lebensgemeinschaft, 35,6 % sind verheiratet und 1,9 % geschieden. 50,5 % haben Kinder (32,8 % ein Kind, 17,7 % zwei oder mehr Kinder). 92 % verfügen über eine abgeschlossene Berufsausbildung. 33 % der Teilnehmer haben studiert.

Tabelle 1: Ausgewählte Stichprobencharakteristika der Sächsischen Längsschnittstudie (Wellen 6, 8, 12, 13, 16, 17).

Welle	6	8	12	13	16	17
Jahr	1991	1992	1996	1998	2002	2003
Teilnehmer (N=)	216	170	355	368	423	419
Rücklauf (%)	36,8	28,9	60,5	62,7	72,1	71,0
Alter (MW)	18,15	19,52	23,55	25,09	29,03	30,05
Familienstand						
Ledig, ohne Partner	k. A.	47,6 %	32,0 %	27,4 %	17,9 %	18,2 %
verheiratet	k. A.	1,8 %	11,9 %	19,6 %	30,7 %	35,6 %
Kinder						
ja	k. A.	1,8 %	13,0 %	21,5 %	43,3 %	50,5 %
nein	k. A.	98,2 %	87,0 %	78,5 %	56,7 %	49,5 %
Wohnung bei Eltern						
ja	k. A.	75,9 %	27,3 %	17,6 %	7,4 %	6,1 %
nein	k. A.	24,1 %	72,7 %	82,3 %	92,6 %	93,9 %

Die berufliche Situation stellt sich wie folgt dar: Die meisten (40,0 %) sind Angestellte, gefolgt von Arbeitern (20,8 %). Die restlichen Personen sind selbstständig (6,7 %), studieren (2,9 %), sind im Erziehungsurlaub oder Hausfrau (12,7 %) oder anderweitig beschäftigt (7,7 %, vor allem Beamte). Aktuell arbeitslos waren N = 38 (9,1 %) der Teilnehmer. Tabelle 1 zeigt weitere Stichprobenmerkmale der Teilnehmer der Sächsischen Längsschnittstudie im Zeitverlauf. Erkennbar sind die demographischen Wandlungsprozesse: Die Anzahl verheirateter Teilnehmer und die Anzahl von Personen mit Kindern nimmt zu, wohingegen immer weniger der Befragten bei ihren Eltern leben.

3.2 Instrumente

Eingesetzt wurden in der 17. Welle der Sächsischen Längsschnittstudie die standardisierten Instrumente SCL-9-K und FLZ-M. Die SCL-9-K (Klaghofer & Brähler, 2001) ist eine neu entwickelte Kurzform der Symptomcheckliste SCL-90-R (Franke, 1995). Diese Symptomcheckliste ist ein weltweit eingesetztes Instrument zur Selbstbeurteilung von psychischen Beschwerden. Aus dem ursprünglich 90 Items umfassenden Verfahren wurde anhand der Daten einer repräsentativen Stichprobe ein sehr ökonomisches Instrument mit nur neun Fragen entwickelt, die den psychischen Beschwerdedruck oder auch globalen Distress einer Person erfassen (entspricht dem Gesamtwert der ursprünglichen Symptomcheckliste). Dazu wurde aus jeder der neun Skalen der SCL-90-R ein Item herangezogen. Gefragt wird danach, wie sehr man in den letzten sieben Tagen unter Beschwerden wie „dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen“ litt. Das Antwortformat ist fünfstufig von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“. Aus den Antworten wird ein Summenscore gebildet. Die SCL-9 ist reliabel (Interne Konsistenz $\alpha = .87$). Die Korrelation von SCL-9 und SCL-90-R-Gesamtwert beträgt .93. Weitere Befunde, die die Validität stützen, z. B. Bezüge zum GBB oder der HADS-D, sind bei Klaghofer & Brähler (2001) dokumentiert.

Das Modul „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ M) wurde von Henrich und Herschbach (2000) entwickelt.

Darin werden in Bezug auf die vergangenen vier Wochen acht Lebensbereiche abgefragt (vgl. Tabelle im Ergebnisteil), für die jeweils fünfstufig anzugeben ist, wie wichtig der Bereich („nicht wichtig“ bis „extrem wichtig“) und wie zufrieden („unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“) die Probanden mit dem jeweiligen Bereich sind. Daraus kann ein Wert für die gewichtete Lebenszufriedenheit für jeden Bereich gebildet werden, indem die angegebene Wichtigkeit und Zufriedenheit verrechnet werden. Die Berechnung der gewichteten Lebenszufriedenheit erfolgt für die acht Bereiche jeweils nach der Formel: $(\text{Wichtigkeit} - 1) \times (\text{Zufriedenheit} \times 2 - 5)$, wobei die fünf Antwortmöglichkeiten mit 1 bis 5 kodiert sein müssen. Die Summe der gewichteten Zufriedenheiten ist ein allgemeines Maß für die globale Lebenszufriedenheit. Der FLZ M verfügt über gute psychometrische Kriterien. Repräsentative Normwerte für die Bundesrepublik sind verfügbar (Henrich & Herschbach, 2000).

Mit zwei Fragen wurden die Arbeitslosigkeitserfahrungen der Teilnehmer erfasst. Diese lauteten: „Waren Sie arbeitslos (einschließlich eventueller jetziger Arbeitslosigkeit?“ (Antwortmöglichkeiten: ja, mehrmals/ja, einmal/nein) und „Wenn ja: Bitte die bisherige Gesamtdauer in Monaten direkt eintragen!“.

Gefragt wurde weiterhin: „Wie sicher ist Ihr Arbeits-/Ausbildungsplatz?“ (Antwortmöglichkeiten: völlig sicher, ziemlich sicher, ziemlich unsicher, völlig unsicher) und „Inwieweit fühlen Sie sich durch eine mögliche eigene Arbeitslosigkeit persönlich bedroht?“ (Antwortmöglichkeiten: stark, eher stark, eher schwach, schwach).

Zwei Fragen beschäftigten sich mit dem subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand: „Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“ (Antwortmöglichkeiten: sehr gut, gut, zufrieden stellend, weniger gut, schlecht“). Diese Frage erwies sich verschiedentlich als zuverlässiger Indikator für Gesundheit (Helmert, 2002). „Welche Meinung haben Sie darüber, wie sehr man seinen eigenen Gesundheitszustand beeinflussen kann?“ (Antwortmöglichkeiten: sehr viel, viel, eingeschränkt, wenig, gar nicht).

Zur Messung der psychischen Belastung der Teilnehmer kam weiterhin ein selbst entwickeltes, vier Items umfassendes Verfahren zum Einsatz.

Die Instruktion lautete „Inwieweit trifft das Folgende auf Sie zu?“ Die Items sind: 1) „Ich fühle mich oft niedergeschlagen und mutlos.“ 2) „Manchmal weiß ich nicht mehr, was der Sinn meines Lebens ist.“ 3) „Ich bin oft ratlos, verstehe die Welt nicht mehr.“ 4) „Haben Sie Angst vor der Zukunft?“. Die Antwortmöglichkeiten waren (Kodierung in Klammer): ja, und zwar seit Jahren (2), ja, aber erst seit einigen Monaten (1), nein (0). Die Antworten der Items werden aufsummiert. Diesen Wert bezeichnen wir als D-Score. Er kann zwischen 0 und 8 liegen. Je höher er ist, umso belasteter ist das Individuum.

Den D-Score haben wir an den Daten der 16. Welle der Studie 2002 (vgl. Berth et al. 2003a, 2003b) auf seine psychometrischen Kriterien hin überprüft. Er besitzt zunächst inhaltlich-logische Validität, die Fragen 1 bis 3 können mit Depression, die Frage 4 mit Angst in Verbindung gebracht werden. Die Interne Konsistenz des Scores ist mit Alpha .71 ausreichend. Die Validität haben wir in Vergleichen zu den standardisierten Instrumenten HADS-D (Herrmann, Buss & Snaith, 1995), GBB-24 (Brähler & Scheer, 1995), SCL-9-K (Klaghofer & Brähler, 2001) und SWE (Schwarzer, 1994) geprüft (Tabelle 2).

Tabelle 2: Validität des D-Score, Korrelationen mit standardisierten Verfahren und dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand (Produkt-Moment-Korrelationen, N = 420, 2002)

Instrument	D-Score	Instrument	D-Score
Distress (SCL-9)	.58**	Erschöpfungsneigung (GBB)	.40**
Selbstwirksamkeit (SWE)	-.41**	Magenschmerzen (GBB)	.25**
Angst (HADS)	.54**	Gliederschmerzen (GBB)	.28**
Depression (HADS)	.61**	Herzschmerzen (GBB)	.25**
Gesundheitszustand ¹⁾	.29**	Beschwerdedruck (GBB)	.38**

Anmerkungen:

**p < 0.01

¹⁾ Ein höherer Wert bedeutet einen subjektiv schlechteren Gesundheitszustand

Die Korrelation zum Depressionswert der HADS fällt am höchsten aus. Jedoch sind die Korrelationen zum globalen psychischen Distress (SCL-9) und der HADS-Angst annähernd gleich hoch. Auch mit den Körperbeschwerden (insbesondere der Erschöpfungsneigung) des Gießener Beschwerdebogens korreliert der D-Score hoch. Bezüge bestehen auch zur Selbstwirksamkeitserwartung und dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand: Je höher der D-Score, umso niedriger die Selbstwirksamkeitserwartung und umso schlechter die wahrgenommene eigene Gesundheit. Damit misst der D-Score ausreichend valide eine globale psychische Belastung (Distress).

Zur Erfassung psychosomatischer Befindensbeeinträchtigungen wurden einige gesundheitliche Beschwerden innerhalb der letzten 12 Monate erfragt und zwar Nervosität, Schlaflosigkeit, Magenschmerzen und Herzschmerzen. Aus der Auftretenshäufigkeit dieser vier Beschwerden (Kodierung: 0 = nein, nie; 1 = ja, selten; 2 = ja, ab und zu; 3 = ja, häufig) wird ein Gesamtwert (Summe) für körperliche Gesundheit gebildet, den wir G-Score nennen. Er kann zwischen 0 und 12 liegen, je höher der Wert, umso größer das somatische Beschwerdeerleben. Die interne Konsistenz des G-Score ist jeweils mit Cronbachs Alpha = .67 (12. und 13. Welle) ausreichend. Tabelle 3 zeigt die Korrelationen (Pearson) von G-Score und D-Score in 5 Erhebungswellen. Die jeweils gefundenen mittleren Korrelationen belegen die Validität der Instrumente.

Tabelle 3: Korrelationen (Pearson) vom D- und G-Score in fünf Erhebungswellen

		Psychosomatische Beschwerden (G-Score)		
Distress (D-Score)		1996	1998	2003
1991		.31***	.24**	.23**
1996		.40***	.29***	.23**
1998		.27**	.43***	.38**
2002		.28**	.19*	.27**
2003		.32***	.14	.39***

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05

4. Ergebnisse

4.1 Arbeitslosigkeit und psychische Belastung

Die Frage nach den Arbeitslosigkeitserfahrungen der Teilnehmer (vgl. 3.2.) wird seit 1996 kontinuierlich gestellt. Abbildung 1 zeigt die Arbeitslosigkeitserfahrungen der Teilnehmer von 1996 bis 2003.

Abbildung 1: Arbeitslosigkeitserfahrungen der Teilnehmer der Sächsischen Längsschnittstudie 1996 bis 2003.

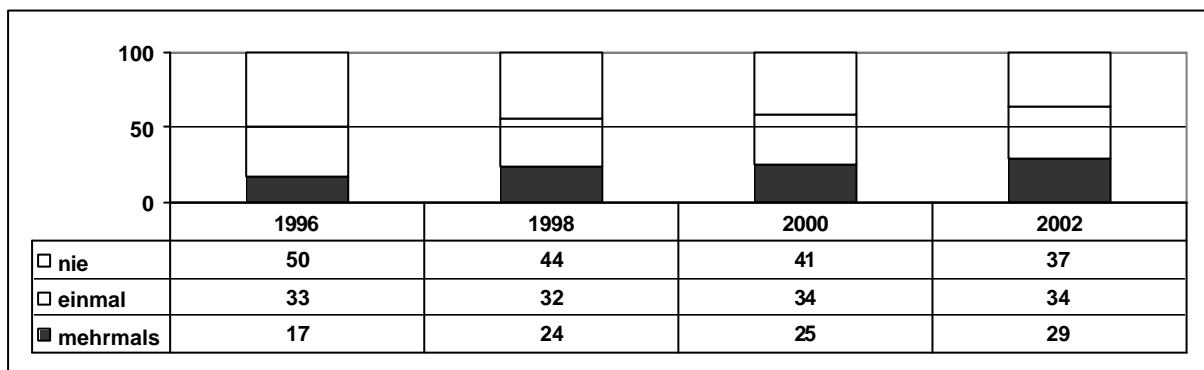
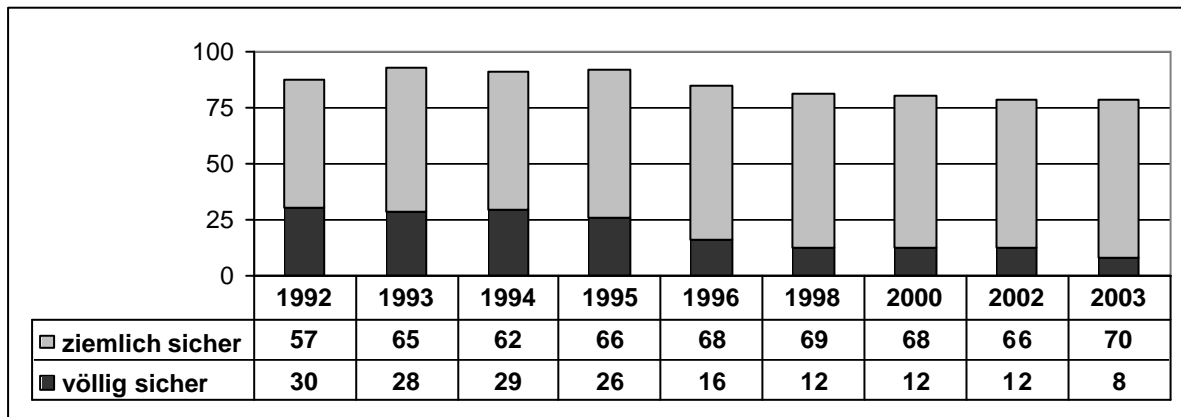


Abbildung 2: Vermutete Sicherheit des Arbeitsplatzes im Trend 1992 – 2003 (Antwortkategorien „völlig sicher“ und „ziemlich sicher“, Prozentangaben).



Aus Abbildung 1 wird deutlich: Bereits 1996, zu diesem Zeitpunkt waren die Befragten im Mittel 25 Jahre alt, hatten 50 % bereits einmal oder mehrmals Erfahrungen mit eigener Arbeitslosigkeit machen müssen. Im Jahr 2003 ist diese Zahl auf 64 % angewachsen. Lediglich 36 % der Teilnehmer waren bislang niemals arbeitslos.

Die mittlere Dauer der Arbeitslosigkeit betrug in der 17. Welle 10,48 Monate. Dabei ist zu beachten, dass die meisten der Befragten in dieser Zeit eine Berufsausbildung absolviert haben, die Männer Zivil- oder Wehrdienst leisteten und viele der Frauen Kinder bekamen – Zeiten, in denen sie zumindest statistisch nicht arbeitslos sein konnten. Betrachtet man weiterhin die Arbeitslosigkeit von Eltern und Partnern der Befragten, ohne dies ausführlich darzustellen, so lässt sich feststellen, dass nahezu alle persönlich oder in ihrem familiären Umfeld Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit gemacht haben.

In Abbildung 2 sind ebenfalls längsschnittlich die Antworten auf die Frage nach der Sicherheit des eigenen Arbeits- oder Ausbildungsplatzes dargestellt. Daraus wird ersichtlich, dass die meisten der Teilnehmer (jeweils über 75 %) ihren Arbeitsplatz als sicher wahrnehmen. Jedoch ist deutlich festzustellen, dass diese wahrgenommene Sicherheit im Laufe der Jahre mehr und mehr zurückgeht. Dabei wird vor allem die Kategorie „völlig sicher“ von immer weniger Befragten gewählt.

In Tabelle 4 sind in Abhängigkeit von den Arbeitslosigkeitserfahrungen der Teilnehmer der psychische Distress sowie der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand dargestellt.

Tabelle 4: Arbeitslosigkeitserfahrungen, psychischer Distress und Gesundheitszustand.

Instrument	Arbeitslosigkeitserfahrungen			Varianzanalyse	Scheffé-Test	Eta ²
	niemals (1) N = 157	einmal (2) N = 143	mehrmals (3) N = 120			
Psychischer Distress (SCL-9-k)	6,27 (5,39)	6,27 (5,39)	8,26 (6,89)	3,29, p < 0,05	F = 3 > 2	0,02
Gesundheitszustand *	2,00 (0,73)	2,10 (0,79)	2,34 (0,78)	6,92, p < 0,05	F = 3 > 2	0,03
Beeinflussbarkeit	1,38 (0,75)	1,98 (0,68)	1,97 (0,78)	1,33 p > 0,05	-	-

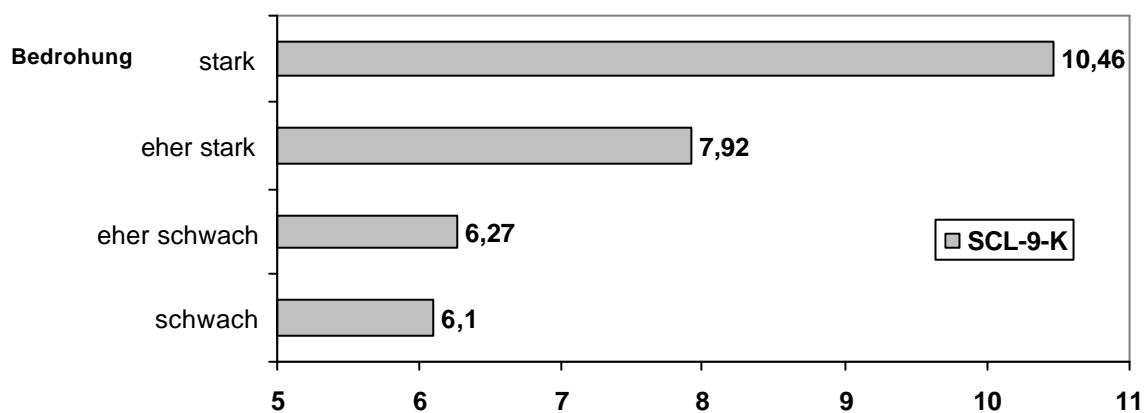
Anmerkung: Kodierung der Antwortmöglichkeiten 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = zufrieden stellend, 4 = weniger gut, 5 = schlecht, d. h. ein höherer Wert bedeutet einen schlechter eingeschätzten Gesundheitszustand.

Die Auswirkungen der Arbeitslosigkeitserfahrungen auf den psychischen Distress und den Gesundheitszustand wurden mittels Varianzanalysen geprüft. Das Geschlecht hatte keinen Einfluss auf das Befinden oder die Arbeitslosigkeitserfahrungen. Keinen Unterschied gibt es zwischen den verschiedenen Gruppen (nie, einmal bzw. mehrmals arbeitslos) bzgl. der Einschätzung der Beeinflussbarkeit des eigenen Gesundheitszustandes.

Bei den Werten der SCL-9-K (psychischer Distress) und dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand finden sich deutliche Differenzen. Personen, die mehrfach arbeitslos waren, haben ein deutlich höheres Ausmaß an psychischer Belastung und nehmen ihre eigene Gesundheit als wesentlich schlechter wahr. Keine Unterschiede finden sich jedoch zwischen den beiden Gruppen „Nie arbeitslos“ und „Einmal arbeitslos“.

Zwischen der tatsächlich erlebten Arbeitslosigkeit und der wahrgenommenen Sicherheit des eigenen Arbeitsplatzes sowie dem Bedrohungserleben durch einen möglichen Arbeitsplatzverlust bestehen deutliche korrelative Zusammenhänge (vgl. Abschnitt 4.2). Geprüft haben wir daher, wie sich bereits die gefühlte Bedrohung durch einen möglichen Arbeitsplatzverlust auf das psychische Befinden und den subjektiven Gesundheitszustand auswirken (Abbildungen 3 und 4). Dabei wurden nur Personen einbezogen, die derzeit nicht arbeitslos sind.

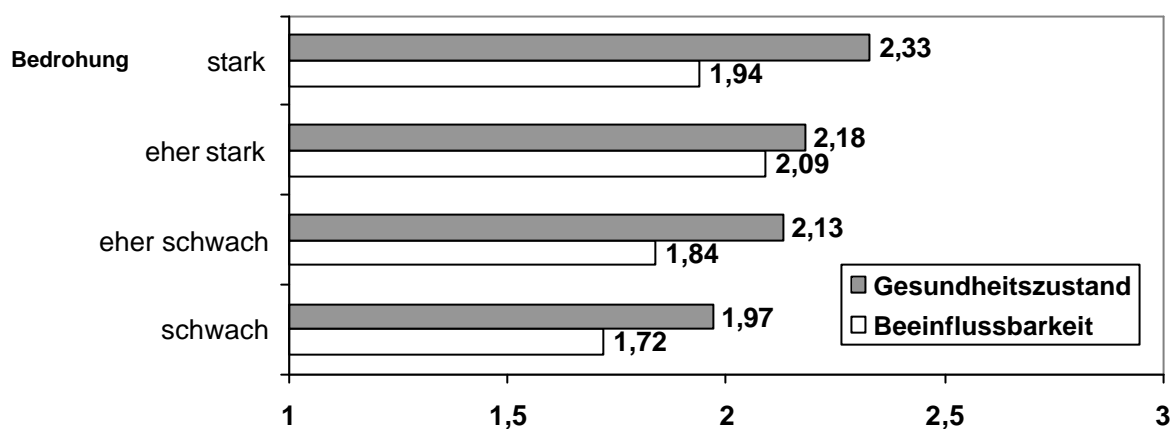
Abbildung 3: Bedrohung durch eine mögliche eigene Arbeitslosigkeit und psychischer Distress bei derzeit Nichtarbeitslosen.



Die Abbildung 3 zeigt: Bereits eine antizipierte große Bedrohung durch einen möglichen Arbeitsplatzverlust hat gravierende Auswirkungen auf das psychische Befinden. Personen, die sich dadurch bedrohter fühlen, äußern wesentlich mehr Distress ($p < 0.05$). Ähnlich verhält es sich auch mit dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand. Personen mit großem Bedrohungserleben schätzen diesen als wesentlich schlechter ein als diejenigen, die sich nicht von Arbeitslosigkeit bedroht fühlen. Nicht eindeutig ist das Ergebnis bzgl. der Beeinflussbarkeit des eigenen Gesundheitszustandes.

Hier gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Gruppen mit unterschiedlichem Bedrohungserleben. Nahezu identisch sind die Ergebnisse bzgl. der Sicherheit des eigenen Arbeitsplatzes, die hier nicht dargestellt sind: Je sicherer der eigene Arbeitsplatz eingeschätzt wird, umso besser ist das psychische Befinden und der körperliche Gesundheitszustand.

Abbildung 4: Bedrohung durch eine mögliche eigene Arbeitslosigkeit und Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes sowie Beeinflussbarkeit des eigenen Gesundheitszustandes.



Auf die Zusammenhänge zwischen den Instrumenten D-Score und G-Score zu den Arbeitslosigkeitserfahrungen wird im Punkt 4.3 eingegangen.

4.2 Arbeitslosigkeit und Lebenszufriedenheit

Im Zuge der statistischen Auswertung zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Lebenszufriedenheit wurden in die mehrfaktorielle Varianzanalyse zunächst, da es sich um ein altershomogenes Sample handelt, Geschlecht und Arbeitslosigkeitserfahrungen einbezogen. Zwischen den Merkmalen fanden sich keine signifikanten Interaktionen. Das Geschlecht hatte nur bei „Familienleben“ (gewichtet) einen signifikanten Einfluss (Frauen sind damit zufriedener als Männer), so dass für Vergleiche hinsichtlich der Arbeitslosigkeit einfaktorische Varianzanalysen herangezogen werden konnten.

Geprüft wurde weiterhin, ohne dies hier ausführlich darstellen zu können, ob andere Merkmale, wie Bildungsstand oder Partnerschaft, mit Arbeitslosigkeit und Lebenszufriedenheit im Zusammenhang stehen. Dies ist nicht der Fall.

Tabelle 5: Arbeitslosigkeitserfahrungen und Lebenszufriedenheit (FLZ M, gewichtet, MW, SD, Varianzanalyse)

Lebensbereich	Arbeitslosigkeitserfahrungen			Varianz- analyse	Scheffé- Test
	niemals	einmal	mehrmals		
	(1) N = 151	(2) N = 132	(3) N = 132		
Freunde/Bekannte	8,71 (6,52)	8,87 (5,83)	8,42 (6,33)	F = 0,18 p > 0,05	-
Freizeitgestaltung/ Hobbys	5,85 (5,85)	4,80 (5,46)	4,76 (5,87)	F = 1,65 p > 0,05	-
Gesundheit	9,19 (6,04)	8,27 (6,27)	6,89 (7,07)	F = 4,50 p < 0,05	1 > 3
Einkommen/finanzielle Sicherheit	4,43 (5,69)	3,09 (5,41)	0,19 (6,22)	F = 19,44 p < 0,001	1 > 2,3
Beruf/Arbeit	6,47 (6,12)	5,01 (7,00)	2,44 (7,43)	F = 12,29 p < 0,001	1 > 3
Wohnsituation	8,54 (5,73)	7,71 (5,44)	6,65 (5,00)	F = 4,34 p > 0,05	-
Familienleben/Kinder	10,51 (7,98)	10,10 (8,57)	8,81 (8,39)	F = 1,57 p > 0,05	-
Partnerschaft/Sexualität	8,60 (8,27)	9,36 (7,71)	8,95 (8,04)	F = 0,32 p > 0,05	-
Lebenszufriedenheit Gesamt	62,15 (26,63)	57,17 (29,71)	47,08 (30,46)	F = 9,81 p < 0,001	1 > 3

Anmerkung: An 100 % bzw. N = 419 fehlend - keine Angaben

Wenn zunächst nur die Wichtigkeit bestimmter Lebensbereiche herangezogen wird, finden sich Unterschiede bei Hobbies und Partnerschaft/Sexualität ($F = 4,02$ bzw. $3,09$, $p < 0.05$). Personen, die nie arbeitslos waren, messen diesen Bereichen mehr Bedeutung bei, als Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrung.

In der alleinigen Zufriedenheit gibt es signifikante Differenzen bei Gesundheit ($F = 4,34$, $p < 0.05$), Einkommen ($F = 18,81$, $p < 0.001$), Beruf ($F = 12,39$, $p < 0.001$) und der Lebenszufriedenheit insgesamt ($F = 8,38$, $p < 0.001$). Die Nicht-Arbeitslosen sind jeweils deutlich zufriedener. Aussagekräftiger ist jedoch die gewichtete Lebenszufriedenheit, in die die Wichtigkeit der Lebensbereiche und die subjektive Zufriedenheit mit einfließen (vgl. Formel in Pkt. 3.2). Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse.

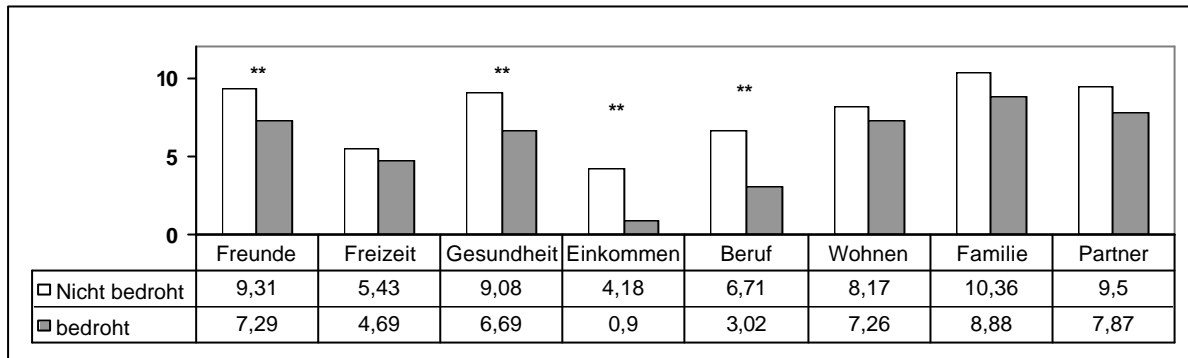
In Abhängigkeit von den Arbeitslosigkeitserfahrungen finden sich deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen. Personen, die mehrfach arbeitslos waren, haben eine deutlich schlechtere gewichtete Lebenszufriedenheit in den Bereichen Einkommen/finanzielle Sicherheit, Beruf/Arbeit, Gesundheit und der Lebenszufriedenheit insgesamt. Keine Unterschiede fanden sich den Bereichen Freunde/Bekannte, Freizeitgestaltung/Hobbies, Wohnsituation, Familienleben/Kinder und Partnerschaft/Sexualität. Die Unterschiede finden sich (mit Ausnahme bei Einkommen/finanzielle Sicherheit) stets zwischen den Extremgruppen nie vs. mehrfach arbeitslos, wohingegen Personen mit nur einmaligem Arbeitslosigkeitserleben sich nicht in ihrer Lebenszufriedenheit von den anderen Gruppen unterscheiden.

Mit der Frage: „Inwiefern fühlen Sie sich durch mögliche eigene Arbeitslosigkeit bedroht?“ wurde – wie im Pkt. 3.2 dargestellt unabhängig von der tatsächlich erlebten Arbeitslosigkeit – das subjektive Bedrohungserleben vor einem möglichen Arbeitsplatzverlust erfasst. Die vierstufig vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden zusammengefasst („stark“ und „eher stark“ wurden zu „bedroht“, „eher schwach“ und „schwach“ wurden zu „nicht bedroht“).

Von den derzeit Nicht-Arbeitslosen ($N = 378$), fühlten sich $N = 112$ (29,6 %) durch einen möglichen Arbeitsplatzverlust bedroht, $N = 266$ (70,4 %) gaben kein Bedrohungsgefühl an. Abbildung 5 zeigt die Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit vom Bedrohungserleben.

Die Mittelwerte der beiden Gruppen wurden mittels t-Tests verglichen.

Abbildung 5: Lebenszufriedenheit (FLZ M, gewichtet) in Abhängigkeit von der Bedrohung durch Arbeitslosigkeit bei Personen, die nicht arbeitslos sind (N = 378, MW, t-Tests, **p<0.01).



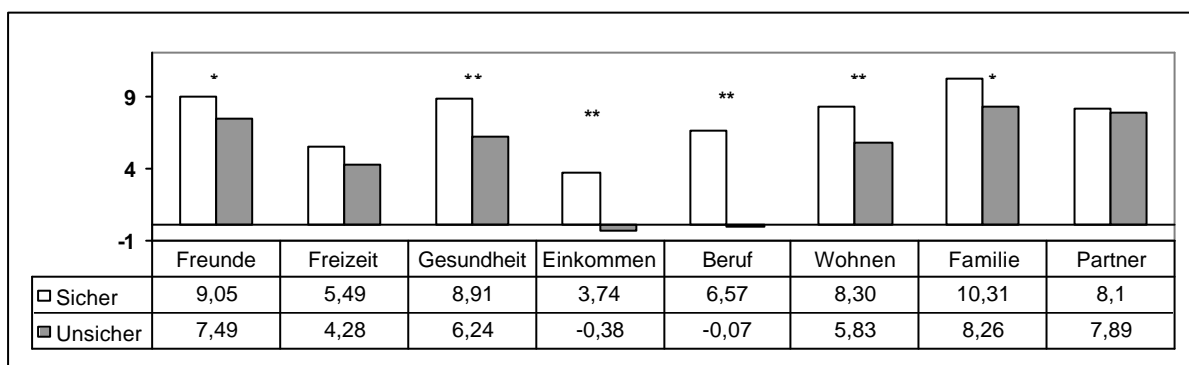
Die Bedrohung durch einen möglichen Arbeitsplatzverlust hat bei Nicht-Arbeitslosen deutliche Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit. Sie sind unzufriedener mit ihrem Freundes- und Bekanntenkreis, der Gesundheit, dem Einkommen und dem Beruf. Auch im Gesamtwert der Lebenszufriedenheit findet sich ein signifikanter Unterschied (Nicht bedroht: 62,73 vs. bedroht: 46,39, $p < 0.001$).

Bei der Frage „Wie sicher ist Ihr Arbeits-/Ausbildungsplatz?“ wurden ebenfalls die Antwortmöglichkeiten wieder dichotom zusammengefasst zu „sicher“ bzw. „unsicher“ und zur Lebenszufriedenheit in Beziehung gesetzt (Abbildung 6). Als sicher bezeichnen N=311 (77,9 %) ihren Arbeits- oder Ausbildungsplatz, als unsicher N = 88 (22,1 %).

Die Korrelation zur subjektiven Bedrohung durch einen möglichen Arbeitsplatzverlust betrug $r = .60$ ($p < 0.001$). Personen, die ihren Arbeitsplatz als wenig sicher wahrnahmen, fühlten sich auch stärker durch einen möglichen Arbeitsplatzverlust bedroht. Deutliche Zusammenhänge bestehen (bei den derzeit nicht Arbeitslosen) auch zwischen Bedrohungserleben, gefühlter Sicherheit und bislang erlebten Arbeitsloskeitszeiten.

Von den niemals Arbeitslosen fühlen sich nur 19,7 % von einem Arbeitsplatzverlust bedroht, wohingegen es bei Personen, die bereits mindestens einmal arbeitslos waren, 44,7 % sind (Chi-Quadrat (df = 1) = 26,35, p < 0.01). Von den Befragten mit Arbeitslosigkeitserfahrungen empfinden 70,7 % ihren Arbeitsplatz als sicher, bei den niemals Arbeitslosen sind es hingegen 90,0 % (Chi-Quadrat (df = 1) = 20,32, p < 0.01). Dies unterstreicht, dass empfundene hohe Arbeitsplatzunsicherheit und starkes Bedrohungserleben und die daraus resultierenden Lebensqualitätsbeeinträchtigungen nicht auf eine allgemein schlechte Stimmung, einen generell ausgeprägteren psychischen Distress, zurückzuführen sind, sondern tatsächlich kausal mit Arbeit in Zusammenhang stehen.

Abbildung 6: Lebenszufriedenheit (FLZ M, gewichtet) in Abhängigkeit von der angenommenen Sicherheit des Arbeitsplatzes, bei Personen, die nicht arbeitslos sind (N = 378, MW, t-Tests, **p < 0.01, *p < 0.05).



Es sind wiederum die Bereiche Gesundheit, Einkommen und Beruf, die von Personen mit einem als unsicher empfundenen Arbeitsplatz schlechter erlebt werden. Bezüglich des Einkommens und des Berufs ist bei Befragten mit einem unsicheren Arbeitsplatz sogar eine negative Zufriedenheit festzustellen. Jedoch finden sich auch bei Freunden/Bekanntem, Wohnen und Familie jeweils deutliche signifikante Unterschiede. Der Gesamtwert der Lebenszufriedenheit ist ebenfalls bei den Personen mit einem sicheren Arbeitsplatz höher (61,41 vs. Nichtsicher 39,82, p < 0.001).

4.3 Längsschnittliche Betrachtungen

Die längsschnittliche Anlage der Studie erlaubt es, auch im Zeitverlauf einige Aussagen zu treffen. Speziell für den Bereich der Arbeitslosigkeitsforschung ist dies notwendig, wie die eingangs dargestellten Forschungsergebnisse unterstreichen. Einschränkend ist anzumerken, dass die Studie vordergründig politisch-soziologische Fragestellungen thematisierte und daher relativ wenige psychologische Indikatoren enthielt. Die beiden Instrumente D-Score (psychischer Distress) und G-Score (Körperbeschwerden) können aber, wie im Pkt. 3.2 dargestellt, als Screeninginstrumente herangezogen werden.

Zu beachten ist, dass bei den Tabellen dieses Abschnitts unterschiedliche Versuchspersonenzahlen in die Auswertungen einfließen. Dies hängt von der Anzahl der Befragten ab, die an den jeweils dargestellten Wellen teilnahmen. Meist beziehen sich die Werte nicht auf alle Probanden, sondern nur auf diejenigen, die übereinstimmend an den jeweils ausgewählten Wellen teilnahmen. Dadurch können auch die Werte der Scores variieren. Die Auswahl der dargestellten Wellen erfolgte danach, ob D- bzw. G-Score in den Erhebungen abgefragt wurden, was nicht immer der Fall war.

In Tabelle 6 haben wir D- und G-Scores der Teilnehmer aus 5 Wellen aufgelistet. Zusätzlich ist das Alter der Befragten dargestellt.

Tabelle 6: D-Score und G-Score in 5 Wellen der Sächsischen Längsschnittstudie 1991 - 2003 (N = 145)

Welle	6 (1991)	12 (1996)	13 (1998)	16 (2002)	17 (2003)
Alter (MW)	18,11	23,51	25,04	28,98	30,00
D-Score	1,51 (1,91)	1,20 (2,01)	1,10 (1,86)	1,17 (1,84)	1,04 (1,79)
G-Score	k. A.	3,43 (2,66)	3,01 (2,53)	k. A.	2,75 (2,12)

Anmerkung: An N = 145 bzw. 100 % fehlend: keine Angaben

k. A. = keine Angaben (Merkmal wurde nicht erhoben)

Die Tabelle 6 zeigt, dass D-Score und G-Score nicht konstant sind, sondern im Laufe der Zeit schwanken. Insgesamt ist bei beiden Scores eine abnehmende Tendenz zu verzeichnen. Der Distress erreichte den höchsten Wert 1991, als die Teilnehmer ca. 18 Jahre alt waren. Förster (2002) führt dies auf die schockartigen gesellschaftlichen Veränderungen und sozialen Brüche im Zuge der Wende in der DDR und Wiederherstellung der deutschen Einheit und die daraus entstandenen Ängste und Befürchtungen zurück. Vermuten lässt sich auch, dass die Abnahme der Scores mit dem zunehmenden Alter der Teilnehmer und einer damit einhergehenden größeren Reife in Zusammenhang stehen könnte.

In Tabelle 7 sind für 6 Wellen der Sächsischen Längsschnittstudie die aktuellen Arbeitslosenquoten der Stichproben, die mittlere Dauer der Arbeitslosigkeit, der Distress-Score sowie Zusammenhänge von Distress und Arbeitslosigkeit dargestellt.

Tabelle 7: Arbeitslosenstatistiken und psychischer Distress in 6 Wellen der sächsischen Längsschnittstudie (1991 – 2003) (alle in den jeweiligen Wellen eingeschlossene Teilnehmer, vgl. Pkt. 3.1).

Welle (Jahr)	6 (1991)	8 (1992)	12 (1996)	13 (1998)	16 (2002)	17 (2003)
Arbeitslosigkeit						
Aktuell (%)	k. A.	7,1	10,7	7,3	5,2	9,1
Dauer (MW)	k. A.	k. A.	6,45	10,07	10,20	10,30
D-Score (MW)						
Gesamtgruppe	1,53	1,08	1,04	0,88	1,02	1,27
Arbeitslose	-	1,42	2,50	1,67	2,55	3,23
r Dauer/D-Score ¹⁾						
Gesamtgruppe	-	-	.33**	.34**	.29**	.25**
Arbeitslose	-	-	-.11	.27	.19	.38*

Anmerkung: 1) Pearson Korrelation Dauer der Arbeitslosigkeit/Psychischer Distress, ** p < 0.01, * p < 0.05, k. A. = keine Angaben, Merkmal wurde nicht erhoben.

Zunächst ist festzustellen, dass verglichen mit den Zahlen der Gesamtbevölkerung (vgl. Pkt. 1) der Anteil der aktuell Arbeitslosen zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten mit max. 10,7 % (1996) relativ niedrig ist. Allerdings handelt es sich um ein junges, gut ausgebildetes und mobiles Sample, so dass die Zahl u. E. dennoch als hoch anzusehen ist. Die mittlere Dauer der Arbeitslosigkeit nimmt natürlich über die Zeit zu. Ein Teilnehmer war nach eigenen Angaben 2003 86 Monate arbeitslos. Für die Gesamtgruppe zeigt sich dann wieder der schon beschriebene Trend der Abnahme des Distress über die Zeit. Vergleicht man die psychische Belastung von Arbeitslosen und Nichtarbeitslosen (dargestellt ist nur die Gesamtgruppe), finden sich in allen Wellen konsistente Ergebnisse. Die psychische Belastung ist bei den jeweils Arbeitslosen deutlich größer (p < 0.01).

Die letzten Zeilen der Tabelle geben über Zusammenhänge zwischen der Dauer der insgesamt erlebten Arbeitslosigkeit und dem psychischen Distress Auskunft. Mit Ausnahme von Welle 17 finden sich signifikante Korrelationen nur für die Gesamtgruppe. Das bedeutete, dass Personen, die längere Arbeitslosigkeitserfahrungen haben, unabhängig davon, ob sie derzeit Arbeit haben oder nicht, belasteter sind. Ähnliches wurde in der einleitend skizzierten Studie von Lucas et al. (2004) festgestellt. Dass keine Korrelationen bei den aktuell Arbeitslosen festzustellen sind, liegt zum einen an der relativ kleinen Substichprobe und zum anderen evtl. daran, dass besonders länger anhaltende Arbeitslosigkeit einen Belastungsfaktor darstellt. Damit lässt sich auch die signifikante Korrelation 2003 erklären: Unter den aktuell Arbeitslosen finden sich mehr und mehr Langzeitarbeitslose mit einem entsprechend schlechten psychischen Befinden. Dies muss aber in weiteren Wellen überprüft werden.

In der nachfolgenden Tabelle 8 sind die Ergebnisse des G-Score, der Körperbeschwerden erfasst, vergleichend für Arbeitslose und Nicht-Arbeitslose aufgeführt. In der Nervosität finden sich niemals Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Für Schlaflosigkeit und Herzbeschwerden gibt es Differenzen zu zwei sowie für Magenschmerzen für einen Erhebungszeitpunkt. Es sind jeweils konsistent die Arbeitslosen, die die entsprechende Beschwerde häufiger angeben. Da es sich um Einzelitems handelt, ist der zusammengefasste Score aussagefähiger, der illustriert, dass Arbeitslose stets auch ein höheres Ausmaß an psychosomatischen Beschwerden angeben.

Tabelle 8: Signifikante Unterschiede in der Ausprägung von Körperbeschwerden bei Arbeitslosen und Nichtarbeitslosen 1996 – 2003

	1996	1998	2003
Magenschmerzen	ns	*	ns
Nervosität	ns	ns	ns
Schlaflosigkeit	*	ns	*
Herzbeschwerden	*	*	ns
G-Score	*	*	*

Anmerkung: ns = nicht signifikant, * $p < 0.05$

Ein interessantes Ergebnis zeigt sich, wenn man psychosomatische Beschwerden (G-Score) und psychisches Befinden (D-Score) in Zusammenhang setzt (vgl. auch Pkt. 3.2). Anhand des G-Scores 2003 haben wir die Stichprobe (N = 145, die übereinstimmend an den betrachteten Wellen teilgenommen haben) in drei Gruppen unterteilt: niedriges, mittleres und hohes Ausmaß an psychosomatischen Beschwerden. In den Zeilen darunter sind dann die Distress-Werte aus verschiedenen Wellen abgetragen.

Tabelle 9: Psychosomatische Beschwerden (G-Score) in drei Wellen und Bezug zum vorangegangenen bzw. aktuellen Distress (D-Score) (N = 145).

Distress	Psychosomatische Beschwerden 2003			Varianz- analyse	Scheffé- Test
	Niedrig (0-1) N = 44 (30,3 %) (1)	Mittel (2-3) N = 51 (35,2 %) (2)	Hoch (4 +) N = 49 (33,8%) (3)		
1991	0,89 (1,79)	1,76 (1,95)	1,83 (1,87)	F = 3,63 p < 0.05	1 < 3
1996	0,64 (1,67)	1,19 (1,89)	1,73 (2,29)	F = 3,56 p < 0.05	1 < 3
1998	0,23 (0,52)	1,29 (1,93)	1,17 (2,26)	F = 8,55 p < 0.001	1 < 2 1 < 3
2002	0,57 (1,25)	1,18 (1,62)	1,69 (2,23)	F = 4,51 p < 0.05	1 < 3
2003	0,25 (0,72)	0,96 (1,61)	1,85 (2,28)	F = 10,48 p < 0.001	1 < 3 2 < 3

Die Ergebnisse zeigen zunächst (letzte Zeile), dass Personen, die 2003 mehr Körperbeschwerden angeben, im selben Zeitraum auch einen deutlich höheren Distress haben als Personen mit einem mittleren bzw. niedrigeren G-Score. Betrachtet man jedoch die Distresswerte aus den früheren Wellen (1991, 1996, 1998, 2002) und deren Zusammenhang zu psychosomatischen Beschwerden, bietet sich (übereinstimmend für alle vier Wellen) eine interessante Perspektive: Personen, die z. B. 1991 mehr Distress angaben, leiden 2003 auch an mehr körperlichen Beschwerden. Das spricht für eine gewisse Stabilität des Befindens, d. h. das subjektive psychische Befinden im Jugendalter (1991: 18 Jahre) steht mit dem Ausmaß psychosomatischen Leidens im Alter von 30 Jahren (2003) in Beziehung.

Ganz ähnlich verhält es sich mit dem Zusammenhang von Distress und Arbeitslosigkeit (Tabelle 10). Dargestellt ist in Abhängigkeit von der Dauer der bisherigen Arbeitslosigkeit 1996 bzw. 2003 das Ausmaß des psychischen Distress (MW, SD des D-Score) in verschiedenen Wellen. Die Gesamtgruppe wurde dabei in Anlehnung an den eingangs (vgl. Pkt. 1) geschilderten Phasenverlauf anhand der Dauer der bislang erlebten Arbeitslosigkeit dreigeteilt (Nie arbeitslos, bis zu einem Jahr arbeitslos, mehr als 1 Jahr arbeitslos). Auch bei dieser Einteilung ist erkennbar, dass die Arbeitslosigkeitserfahrungen der Teilnehmer (insbesondere die der Langzeit-arbeitslosigkeit von mehr als einem Jahr) zunehmen.

Die Tabelle ist so zu lesen, dass in den Zeilen für das in Spalte 1 genannte Erhebungsjahr der D-Score dargestellt ist und zwar unterteilt nach den in Zeile 1 bzw. 6 genannten Arbeitslosigkeitszeiträumen für die beiden Jahre (2003 bzw. 1996). So hatten, um ein Beispiel zu geben (Zeile 3, Spalte 2), Personen, die im Jahre 2003 niemals arbeitslos waren, 1991 einen Distress-Score von 1,33.

Tabelle 10: Zusammenhänge zwischen psychischem Distress (D-Score) und Arbeitslosigkeitsdauer in den drei Wellen (MW, SD, Varianzanalyse, Scheffé-Test)

Dauer der Arbeitslosigkeit 2003				Varianz-	Scheff
	Nie	Bis 1 Jahr	Mehr als 1 Jahr	analyse	é-Test
Befinden	N = 69 (46,3 %) (1)	N = 54 (36,2 %) (2)	N = 26 (17,4 %) (3)		
1991	1,33 (1,93)	1,27 (1,52)	2,42 (2,30)	F = 3,82 p < 0.05	1,2 < 3
1996	0,74 (1,57)	1,13 (1,73)	2,46 (2,87)	F = 7,72 p < 0.001	1,2 < 3
2003	0,68 (1,30)	0,91 (1,62)	2,24 (2,58)	F = 7,98 p < 0.001	1,2 < 3
Dauer der Arbeitslosigkeit 1996				Varianz-	Scheff
	Nie	Bis 1 Jahr	Mehr als 1 Jahr	analyse	é-Test
Befinden	N = 70 (47,0 %) (1)	N = 63 (42,3 %) (2)	N = 16 (10,7 %) (3)		
1991	1,27 (1,92)	1,49 (1,70)	2,56 (2,31)	F = 3,07 p < 0.05	1 < 3
1996	0,91 (1,70)	0,92 (1,54)	3,37 (3,18)	F = 12,55 p < 0.001	1,2 < 3
2003	0,69 (1,37)	1,09 (1,81)	2,25 (2,59)	F = 5,46 p < 0.01	1,2 < 3

Zunächst ist erkennbar, dass Arbeitslosigkeit kausal zu einem erhöhten psychischen Distress führt (Zeilen 5 und 9 der Tabelle 10). Personen, die zu einem Zeitpunkt (1996 bzw. 2003) länger als ein Jahr arbeitslos waren, haben auch ein deutlich negativeres psychisches Befinden zu diesem Messzeitpunkt, als die Personen, die nie bzw. weniger als ein Jahr arbeitslos waren. Es unterscheiden sich ebenfalls die Gruppen „Nie arbeitslos“ und „Bis zu einem Jahr arbeitslos“ signifikant voneinander. Dies wird auch korrelativ unterstrichen: Die Dauer der Arbeitslosigkeit korreliert 1996 mit dem zeitgleich erhobenen D-Score .46 ($p < 0.001$). Für 2003 beträgt die Korrelation (Produkt-Moment-Korrelation) Dauer/D-Score $r = .29$ ($p < 0.01$). Gezeigt wird auch (Zeile 10), dass eine längere Dauer der Arbeitslosigkeit im Jahr 1996 zu einem größeren Distresserleben im Jahre 2003 führt.

Die Tabelle 10 gibt ebenfalls Aufschluss über Selektionsmechanismen (Zeilen 3, 4 und 8). Im Sinne der Hypothese wird erwartet, dass Befragte, die zu einem späteren Zeitpunkt länger arbeitslos waren, in den früheren Erhebungen ein schlechteres psychisches Befinden hatten. Betrachtet man die Arbeitslosigkeitsdauer im Jahr 2003, so zeigt sich für das Befinden 1991 und 1996 das erwartete Ergebnis: Die über ein Jahr Arbeitslosen hatten in den vergangenen Befragungen ein signifikant schlechteres Befinden als die bislang niemals Arbeitslosen.

Dies gilt auch für den Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitslosigkeit im Jahre 1996 und dem Distress 1991: Personen, die 1996 bereits mehr als ein Jahr arbeitslos waren, haben 1991 einen höheren subjektiven Distress angegeben, als die 1996 niemals arbeitslos gewesenen Personen.

Nicht eindeutig ist das Ergebnis für die Gruppe derer, die 2003 bis zu einem Jahr arbeitslos war. Deren D-Score ist 1991 sogar etwas niedriger als für die niemals Arbeitslosen im Jahr 2003. Dies lässt sich auf das allgemein sehr hohe Distressniveau zu diesem Zeitpunkt zurückführen. Die meisten zustimmenden Antworten wurden damals bei der Frage 4 des D-Score (Zukunftsangst) gegeben. Diese hohe anfängliche psychische Belastung geht über die folgenden Erhebungswellen hinweg zurück, jedoch nur bei den Personen, die keine bzw. kürzer andauernde Arbeitslosigkeitserfahrungen machten. Die Unterschiede zwischen den Gruppen „Nie“ und „bis zu einem Jahr arbeitslos“ erreichen hier nicht das Signifikanzniveau.

Der Bezug von Distress 1996 zur Arbeitslosigkeit 2003 (Zeile 4) verhält sich dagegen exakt entsprechend des Modells: Je höher der Distress 1996 in allen drei Gruppen, umso höher ist die Dauer der Arbeitslosigkeit 2003.

Auch die Selektionsmechanismen lassen sich durch Korrelationen unterstreichen. So korreliert etwa die Dauer der Arbeitslosigkeit 2003 mit dem Distress von 1991 $r = .34$ ($p < 0.05$) und mit dem Distress von 1996 $r = .36$ ($p < 0.01$).

Die D-Scores der verschiedenen Erhebungszeitpunkte stehen ebenfalls in Zusammenhang zueinander (1991/1996 $r = .42$, 1991/2003 $r = .47$, 1996/2003 $r = .48$, alle $p < 0.001$). Gezeigt wird damit, dass der D-Score nicht eine statische Eigenschaft wie etwa ein Persönlichkeitsmaß ist, sondern sich im Laufe der Zeit, beeinflusst durch Lebensereignisse, verändern kann. Andererseits belegen die relativ hohen Korrelationen auch, dass die Belastung zumindest bei einem Teil der Befragten über die Jahre hinweg eine gewisse Konstanz aufweist.

5. Diskussion

Bereits in Welle 16 der Sächsischen Längsschnittstudie konnten wir unter Einsatz eines anderen Instrumentariums demonstrieren, welche deutlich negative Folgen tatsächliche Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsplatzunsicherheit haben (Berth et al., 2003a, 2003b). Daher wurde in Ergänzung der bestehenden Methodik, mit einigen erstmals in der Sächsischen Längsschnittstudie eingesetzten Instrumenten, in der 17. Erhebung das Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit weiter untersucht. Das Vorhaben wurde durch die Otto Brenner Stiftung gefördert.

Die Ergebnisse unserer Studie sind zunächst in einigen Punkten kritisch zu hinterfragen. Die Stichprobe ist mit 419 Probanden, die an Welle 17 teilgenommen haben, hinreichend groß. Dennoch handelt es sich um ein altershomogenes, immer noch relativ junges, spezielles Sample junger Ostdeutscher. Die Auswahl der Messzeitpunkte der Längsschnittanalysen erfolgte aufgrund des jeweils übereinstimmend vorgegebenen Instrumentariums. Insgesamt kann hierfür ein Zeitintervall von 12 Jahren längsschnittlich betrachtet werden.

Eingesetzt haben wir neben den standardisierten Fragebogen SCL-9-K und FLZ M mit dem D-Score ein selbstentwickeltes, sehr kurzes Screeninginstrument zur Erfassung des subjektiv wahrgenommenen psychischen Distress. Wir konnten dessen Reliabilität und Validität zeigen, dennoch ist der Umfang der Skala kritisch zu betrachten. Ähnliches gilt für den G-Score zur Erfassung psychosomatischer Beschwerden. Nicht erfasst haben wir (psychische) Gesundheit im Sinne von Diagnosen. Es handelt sich nicht um objektive Daten wie etwa Krankenakten oder Arbeitsmarktstatistiken. Gleichzeitig stellt dies einen entscheidenden Aspekt unserer Studie dar: Auch das subjektiv wahrgenommene und geschilderte psychische Befinden steht in Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit.

In den Analysen konzentrierten wir uns auf die wechselseitigen Zusammenhänge von psychischer Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Arbeitslosigkeit.

Weitere wichtige, möglicherweise eingetretene Lebensereignisse, wie etwa der Verlust nahe stehender Personen, die Trennung von Partner/Partnerin oder bei den jungen Frauen die Geburt von Kindern, die sowohl Arbeitslosigkeit als auch Befinden beeinflussen könnten, wurden nicht erfasst. Wie gezeigt werden konnte (Rodriguez, 2002), hat auch die Art der Beschäftigung (Voll- vs. Teilzeit, unbefristet vs. befristet angestellt) Einfluss auf die Gesundheit. Auch dies lässt sich in den uns vorliegenden Daten nicht kontrollieren. Wie verschiedentlich gefordert (vgl. etwa Beland et al., 2002), sollten jedoch gerade in der Arbeitslosigkeitsforschung möglichst viele Variablen betrachtet werden, da die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit oft multifaktoriell bedingt sind. Die Arbeitslosigkeitserfahrungen haben wir, beginnend erst ab 1996 (Welle 12), „kumulativ“ erfasst (vgl. Wortlaut der Fragen in Pkt. 3.2). Für 1991 liegen z. B. keine Angaben zu Beschäftigungszeiten und auch anderen wichtigen Versuchs-personencharakteristiken vor.

Arbeitslosigkeit ist heute in den meisten europäischen Ländern ein Massenphänomen. Die ökonomische Entwicklung der letzten Jahre lässt dabei kaum auf alsbaldige Besserung hoffen (vgl. auch Sauter & Murphy, 2003). Unter den von uns befragten, jungen, mobilen und zu großen Teilen gut ausgebildeten Erwachsenen haben ebenfalls schon die meisten (zwei Drittel) mindestens einmal die Erfahrung von Arbeitslosigkeit machen müssen. Ein Drittel der Befragten war bislang sogar mehrfach ohne Arbeitsplatz. Dabei ist nochmals darauf hinzuweisen, dass viele Frauen in der Stichprobe in den letzten Jahren Kinder bekommen haben, die Männer leisteten Wehr- und Zivildienst, und beide Geschlechter haben ihre berufliche Ausbildung absolviert – Zeiten, in denen sie (zumindest statistisch) nicht arbeitslos sein konnten. Verschärfend ist hier weiterhin unbedingt das junge Alter der Befragten (30 Jahre) zu beachten. Arbeitslosigkeit war für einige der Befragten Grund, in die alten Bundesländer bzw. ins Ausland umzuziehen (Berth et al., 2004).

In Beantwortung unserer Fragestellung ist festzustellen:

1. Welche Auswirkungen haben Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit auf das allgemeine psychische Befinden (Distress)?

Arbeitslosigkeit, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit und mehrfache Arbeitslosigkeit, führt zu einer deutlichen Beeinträchtigung des Befindens. Dies findet sich übereinstimmend im standardisierten Instrument SCL-9-K als auch in den selbstentwickelten Instrumenten D-Score und G-Score. Aber auch bereits ein als unsicher wahrgenommener Arbeitsplatz bzw. die subjektive Bedrohung durch einen möglichen Arbeitsplatzverlust führt zu einem größeren Ausmaß an psychischem Distress. Weitere Ausführungen dazu finden sich auch in Beantwortung der Fragestellung 3.

2. Welche Auswirkungen haben Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit auf die Lebensqualität?

In den hier präsentierten Daten der 17. Welle (FLZ M) zeigten sich die aus der Literatur bekannten Phänomene: Personen, die mehrfach arbeitslos waren, sind wesentlich unzufriedener mit den Lebensbereichen, die direkt mit Erwerbstätigkeit in Zusammenhang stehen: Beruf und Einkommen. Auch ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität wird als deutlich schlechter wahrgenommen.

Als besonders wesentlich betrachten wir die gefundenen Zusammenhänge zwischen der wahrgenommenen Sicherheit des eigenen Arbeits- oder Ausbildungsplatzes, der subjektiven Bedrohung durch Arbeitslosigkeit und der Lebenszufriedenheit – unabhängig vom tatsächlichen Erwerbsstatus (vgl. auch Mohr 1997). Befunde zum Zusammenhang von Arbeitsplatzunsicherheit und differenzierten Bereichen der Lebensqualität sind bisher wenig beschrieben (vgl. die in der Einleitung angeführten Studien). Wir konnten zeigen, dass Personen, die derzeit nicht arbeitslos sind, aber sich davon bedroht fühlen oder denken, ihr Arbeitsplatz sei unsicher, ebenfalls eine deutlich geminderte Lebensqualität haben.

Im Gegensatz zur tatsächlichen Arbeitslosigkeit führt dieses diffuse Bedrohungserleben nicht nur zu Einschränkungen in arbeitsrelevanten Bereichen wie Einkommen und Beruf, sondern auch bei einigen anderen wichtigen Gebieten (Freude/Bekannte, Wohnen, Familie), so dass von einer insgesamt geminderten Lebenszufriedenheit ausgegangen werden kann, was auch durch die Ergebnisse des FLZ M-Summscore unterstrichen wird. Es wird damit belegt, dass die subjektiv erlebte Belastung durch eine (möglicherweise eintretende) Arbeitslosigkeit oftmals zu einer schwereren Beeinträchtigung führt als die objektiven Kriterien (tatsächliche Arbeitslosigkeit).

3. Welche Zusammenhänge gibt es zwischen Arbeitslosigkeit und psychischem Distress im längsschnittlichen Verlauf?

Wir finden deutliche Belege für die Kausalitätshypothese: Personen, die zum Zeitpunkt einer Welle (länger) arbeitslos waren, geben in derselben Erhebung ein deutlich schlechteres psychisches Befinden an als die Nicht-Arbeitslosen. Die gefundenen Unterschiede zwischen den Gruppen, die bis zu einem Jahr bzw. mehr als ein Jahr arbeitslos waren, belegen auch, dass insbesondere längere Arbeitslosigkeitszeiten gravierende Folgen für das Befinden haben.

Aber auch für die Selektionshypothese gibt es deutliche Hinweise. Wir haben die Gesamtdauer (in Monaten) der bislang erlebten Arbeitslosigkeit im Jahr 2003 als Zielkriterium genommen und finden deutliche Bezüge der D-Scores von 1991 und 1996 dazu. D. h. Personen, die in den Wellen 6 und 12 ein höheres Maß an psychischen Beschwerden angaben, waren bis zur 17. Welle häufiger und/oder länger arbeitslos. Dies zeigte sich auch bereits im Vergleich von D-Score 1991 mit der Arbeitslosigkeitsdauer 1996.

Da die Befragten 1991 etwa 18 Jahre alt waren und sich, so kann man aufgrund des Alters annehmen, noch in Ausbildung befanden, ist ein vorangegangener negativer Einfluss bisheriger Arbeitslosigkeit auf den Distress zu diesem Zeitpunkt nahezu ausgeschlossen. Die Selektivitätshypothese wird durch diesen Fakt deutlich unterstrichen. Psychisch belastetere Personen werden eher arbeitslos bzw. finden weniger gut eine Anstellung nach Abschluss der Berufsausbildung.

Daher sprechen u. E. die hier vorgestellten Ergebnisse für eine Wechselwirkung von Kausalität und Selektion im Sinne eines Teufelskreises: Personen, die (bereits als Jugendliche) psychisch belasteter sind, werden demnach eher arbeitslos und bleiben dies auch länger, als weniger belastete. Befragte mit einer hohen anfänglichen psychischen Belastung fühlen sich von den subjektiven Arbeitslosigkeitsfolgen, wenn eine solche eintritt, stärker betroffen. Arbeitslosigkeit führt bei nahezu allen (auch bei den Personen mit einem anfangs niedrigeren Distress) zu einer starken psychischen Beeinträchtigung. Diese kann dann zukünftig zu einer Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt führen (Hammarstroem & Janlert, 2002). Zempel und Frese (2000) stellten z. B. fest, dass längere Arbeitslosigkeit zu einer Reduktion des Befindens und der Eigeninitiative führt, woraus dann zukünftig wieder eine größere Dauer der Arbeitslosigkeit resultiert.

Belegt ist, dass Arbeitslose oft einer speziellen gesundheitlichen Versorgung bedürfen, die neben den rein somatischen Aspekten insbesondere auch psychosomatische, sozialmedizinische und psychologische Inhalte umfassen sollte (vgl. etwa Bormann & Elkeles, 1997). Dazu gehören etwa Selbstmanagementtechniken, Stressbewältigung oder Netzwerkinterventionen. Modelle dazu sind vorhanden, in einigen Fällen ist jedoch die Praxisimplementierung (insbesondere die Akzeptanz bei Arbeitslosen) schwierig (Kuhnert & Kastner, 2002).

Ausgehend von unseren Befunden bedarf dies einer Erweiterung dahingehend, dass auch Personen, die sich lediglich von Arbeitslosigkeit bedroht fühlen, von speziellen Unterstützungsangeboten profitieren könnten.

Damit bestünde die Möglichkeit, Selektionsmechanismen entgegenzusteuern, die dazu führen können, dass Personen mit einem schlechteren körperlichen Gesundheitszustand und psychischem Befinden eher arbeitslos werden und dies auch länger bleiben als psychisch und physisch Gesundere (Elkeles & Seifert, 1992).

Wie die hier vorgestellten Daten zeigen, ist Arbeitslosigkeit und Gesundheit ein wichtiges Thema auch bei den Teilnehmern der Sächsischen Längsschnittstudie. Daher soll dieses Forschungsvorhaben längsschnittlich weiterhin untersucht werden, wobei eine methodische Vertiefung erfolgen soll. Die bislang vorliegenden Daten bieten dafür – insbesondere auch im Vergleich zu internationalen Studien – eine sehr gute Ausgangsbasis.

6. Literatur

- Beland, F., Birch, S. & Stoddart, G. (2002). Unemployment and health: contextual-level influences on the production of health in populations. *Social Science & Medicine*, 55, 2033-2052.
- Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. (2003b). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 39 (S. 108-124). Hamburg: Argument-Verlag.
- Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. (2003a). Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen. *Das Gesundheitswesen*, 65, 555-560.
- Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. (2004). Psychosoziale Folgen einer Migration aus den neuen in die alten Bundesländer. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *psychosozial*, 27, 81-95.
- Bjarnason, T. & Sigurdardottir, T. J. (2003). Psychological distress during unemployment and beyond: social support and material deprivation among youth in six northern European countries. *Social Science & Medicine*, 56, 973-985.
- Bormann, C. & Elkeles, T. (1997). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Arbeits- und Langzeitarbeitslosen. In: I. Weber (Hrsg.), *Gesundheit sozialer Randgruppen. Gesundheitliche Probleme gesellschaftlich benachteiligter Gruppen und deren Versorgung* (S. 99-117). Stuttgart: Enke.
- Brähler, E. & Scheer, J. W. (1995). Gießener Beschwerdebogen (GGB). Göttingen: Hogrefe.
- Brähler, E., Laubach, W. & Stöbel-Richter, Y. (2002). Belastung und Befindlichkeit von Arbeitslosen in Deutschland. In: J. Schumacher, K. Reschke & H. Schröder (Hrsg.), *Mensch unter Belastung* (S. 201-214). Frankfurt am Main: VAS.
- Broutschek, B., Schmidt, S. & Dauer, S. (1999). Macht Arbeitslosigkeit krank oder Krankheit arbeitslos? Psychologische Theorien zur Beschreibung von Arbeitslosigkeit. In: S. Dauer, H. Hennig, M. M. Meischner-Al-Mousawi & M. Stück (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit* (S. 72-92). Halle: Mitteldeutscher Verlag.
- Dauer, S. & Hennig, H. (1994). Macht Arbeitslosigkeit krank? Erfahrungen mit arbeitslosen Patienten einer groß- und einer kleinstädtischen Praxis in Sachsen-Anhalt. *Psychomed*, 2, 107-111.
- Dauer, S. (1999). Zu Wechselwirkungen von Gesundheit und Arbeitslosigkeit. In: S. Dauer, H. Hennig, M. M. Meischner-Al-Mousawi & M. Stück (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit* (S. 12-23). Halle: Mitteldeutscher Verlag.
- Deutsche Shell (Hrsg.) (2000). *Jugend 2000*. 2 Bde. Opladen: Leske + Budrich.
- Ehrhardt, G. (1992). Bewältigungsstrategien von Arbeitslosigkeit im Verlauf. In: T. Kieselbach & P. Voigt (Hrsg.), *Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR* (S. 216-226). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Elkeles, T. & Seifert, W. (1992). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Langzeitanalysen mit dem Sozio-Ökonomischen Panel. *Soziale Welt*, 43, 278-300.
- Feather, N. T. (1999). *The psychological impact of unemployment*. New York: Springer.
- Förster, P. (1999). Die 25jährigen auf dem langen Weg in das vereinte Deutschland. Ergebnisse einer seit 1987 laufenden Längsschnittstudie. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 43-44, 20-31.
- Förster, P. (2001). „Es war nicht alles falsch, was wir früher über den Kapitalismus gelernt haben.“ Empirische Ergebnisse einer Längsschnittstudie zum Weg junger Ostdeutscher

- vom DDR-Bürger zum Bundesbürger. *Deutschland Archiv*, 2, 197-218.
- Förster, P. (2002). Junge Ostdeutsche auf der Suche nach der Freiheit. Eine systemübergreifende Längsschnittstudie zum politischen Mentalitätswandel vor und nach der Wende. Opladen: Leske + Budrich.
- Förster, P. (2003). Junge Ostdeutsche heute: doppelt enttäuscht. Ergebnisse einer Längsschnittstudie zum Mentalitätswandel zwischen 1987 und 2002. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 15, 6-17.
- Förster, P. (2004). Die 30-Jährigen in den neuen Bundesländern: Keine Zukunft im Osten! Ergebnisse einer systemübergreifenden Längsschnittstudie. *Deutschland Archiv*, 37, 23-42.
- Franke, G. H. (1995). SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual. Göttingen: Beltz.
- Frese, M., Garman, G., Garmeister, K., Halemba, K., Hortig, A., Pulwitt, T. & Schildbach, S. (2002). Training zur Erhöhung der Eigeninitiative bei Arbeitslosen: Bericht über einen Pilotversuch. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 46, 89-97.
- Grobe, T. G. & Schwartz, F. W. (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Häfner, H. (1990). Arbeitslosigkeit – Ursache von Krankheit und Sterberisiken? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14, 1-17.
- Hahn, T. (1996). Jugendliche Arbeitslose. Zwischen sozialer Ausgrenzung und individuellen Integrationsbemühungen. In: J. Mansel & A. Klocke (Hrsg.), *Die Jugend von heute. Selbstanspruch, Stigma und Wirklichkeit* (S. 174-192). Weinheim: Juventa.
- Hammarstroem, A. & Janlert, U. (2002). Early unemployment can contribute to adult health problems: Results from a longitudinal study of school leavers. *J Epidemiol Community Health*, 56, 624-630.
- Harych, H. & Harych, P. (1997). Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Folgen in Ostdeutschland. Berlin: Argument.
- Helmert, U. (2002). Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Mortalitätsentwicklung. *Das Gesundheitswesen*, 65, 47-54.
- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on Life Satisfaction (FLZ M) – A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 150-159.
- Herrmann, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (1995). Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Bern: Huber.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P. F. & Zeisel, H. (1933). Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziodemographischer Versuch über die Wirkung langandauernder Arbeitslosigkeit. Leipzig: Hirzel.
- Kieselbach, T. (1999). Individuelle und gesellschaftliche Bewältigung von Arbeitslosigkeit. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 7, 55-80.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., Kokko, K., Pulkkinen, L., Korteinen, M. & Tuomikoski, H. (2003). Hostility, unemployment and health status: testing three theoretical model. *Social Science & Medicine*, 56, 2139-2152.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 115-124.

- Kuhnert, P. & Kastner, M. (2002). Neue Wege in Beschäftigung – Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit. In: G. Röhrle (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung, Band II (S. 373-406). Tübingen: DGVT.
- Laubach, W., Mundt, A. & Brähler, E. (1999). Selbstkonzept, Körperbeschwerden und Gesundheitseinstellungen nach Verlust der Arbeit – ein Vergleich zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten anhand einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung. In: A. Hessel, M. Geyer & E. Brähler (Hrsg.), Gewinne und Verluste sozialen Wandels (S. 75-92). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2002). Unemployment Alters the Set Point for Life Satisfaction. Delta Working Paper No. 2002-17. Paris: Delta (<http://www.delta.ens.fr/abstracts/wp200217.pdf>).
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2004). Unemployment Alters the Set Point for Life Satisfaction. *Psychological Science*, 15, 8-13.
- Mohr, G. (1997). *Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit*. Frankfurt am Main: Lang.
- Mohr, G. (2001). Langzeiterwerbslosigkeit. In: J. Zempel, J. Bacher & K. Moser (Hrsg.), *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen* (S. 111-131). Opladen: Leske + Budrich.
- Moser, K. & Paul, K. (2001). Arbeitslosigkeit und seelische Gesundheit. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33, 431-442.
- Murphy, G. C. & Athanasou, J. A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 83-99.
- Paul, K. & Moser, K. (2001). Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. In: J. Zempel, J. Bacher & K. Moser (Hrsg.), *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*. (S. 83-110). Opladen: Leske + Budrich.
- Rodriguez, E. (2002). Marginal employment and health in Britain and Germany: does unstable employment predict health? *Social Science & Medicine*, 55, 963-979.
- Sauter, S. L. & Murphy, L. R. (2003). Monitoring the changing organization of work: international practices and new developments in the United States. *Sozial- und Präventivmedizin*, 48, 341-348.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40, 105-123.
- Semmer, N. & Udris, I. (1993). Psychologische Arbeitslosenforschung: Was der Verlust der Arbeit bewirken kann. *Psychoscope*, 14, 11-13.
- Winefield, A. H. (1995). Unemployment: Its psychological costs. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 10, 169-212.
- Winefield, A. H. (2002). The psychology of unemployment. In: C. v. Hofsten & L. Baeckman (Eds.), *Psychology at the turn of the millennium, Vol. 2: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 393-408.). Florence: Taylor & Frances.
- Zempel, J. & Frese, M. (2000). Prädiktoren der Erwerbslosigkeit und Wiederbeschäftigung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 32, 379-390.

7. Anhang

7.1 Publikationen

Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. (2004). Psychosoziale Folgen einer Migration aus den neuen in die alten Bundesländer. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *psychosozial*, 27, 81-95.

Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. Arbeitslosigkeit, Selbstwirksamkeitserwartung, Beschwerdeerleben. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* (submitted for publication).

Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2003. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* (submitted for publication).

Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und Lebenszufriedenheit. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen in den neuen Bundesländern. *Sozial- und Präventivmedizin* (submitted for publication).

Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. (Hrsg.) (2005). Vom DDR- zum Bundesbürger. Die Sächsische Längsschnittstudie. Gießen: Psychosozial-Verlag. (in Vorbereitung).

7.2 Präsentationen/Öffentlichkeitsarbeit

Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. (2003). Arbeitslosigkeit als Folge der Wiedervereinigung. Auswirkungen auf die Gesundheit. Vortrag Deutscher Psychologentag 2003 - 22. Kongress für Angewandte Psychologie, 02.-04. Oktober 2003, Bonn: Gustav-Stresemann-Institut.

Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. (2004). Psychosomatische Beschwerden, psychischer Distress und Arbeitslosigkeit. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. Vortrag 55. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), 03.-06.03.2004, Geldern/Niederrhein.

Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. (2004). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. Vortrag VI. Kongress für Gesundheitspsychologie „Gesundheit – Risiko, Chancen und Herausforderung“, 25.-27.03.2004, Leipzig.

Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. (2004). Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit im Längsschnitt. Vortrag Gemeinsamer Kongress Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie, Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie, Bochum, 3.-5. Juni 2004.

Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. (2004). Unemployment and physical complaints in young adults. Vortrag 25th European Conference on Psychosomatic Research, Berlin, 23-26. June 2004.

Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. (2004). Unemployment and psychological distress. Results of a longitudinal study. Vortrag Eight International Congress of Behavioral Medicine, Mainz, 25-28. August 2004. (in Vorbereitung).

Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. (2004). Zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Poster 44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Göttingen, 26.-30. September 2004. (in Vorbereitung).