

H. Berth¹
P. Förster²
E. Brähler³

Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen*

Unemployment, Job Insecurity and their Consequences for Health in a Sample of Young Adults

Zusammenfassung

Ziel der Studie: Die negativen gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit sind seit langem bekannt und vielfach untersucht. Die vorliegende Studie widmet sich den Auswirkungen von Arbeitslosigkeit und wahrgenommener Arbeitsplatzunsicherheit in einer umfassenden, speziellen Stichprobe junger Erwachsener, da hierzu relativ wenig bekannt ist.

Methodik: 2002 wurden 420 Personen (46,8% Männer, 52,2% Frauen, mittleres Alter 29 Jahre) im Rahmen der 16. Welle der Sächsischen Längsschnittstudie untersucht. Diese Studie begleitet seit 1987, d. h. über die Wiedervereinigung hinweg, längsschnittlich ein ostdeutsches Sample. Eingesetzt wurden standardisierte psychologische Instrumente zur Erfassung des Gesundheitszustands (SCL-9, HADS, GBB, SWE).

Ergebnisse: 120 (29%) Befragte waren mehrmals, 143 (34%) einmal und nur 157 (37%) Befragte bislang niemals arbeitslos. Die Dauer der Arbeitslosigkeit reicht von 1 bis 76 Monaten. In Abhängigkeit von den Arbeitslosigkeitserfahrungen finden sich Unterschiede in Subgruppen: Personen, die mehr Arbeitslosigkeitserfahrungen berichten, leiden unter einem höheren globalen Distress, mehr Angst und Depression, geringerer Selbstwirksamkeitserwartung und einem subjektiv schlechteren Gesundheitszustand. Knapp ein Drittel der Teilnehmer schätzt seinen Arbeitsplatz als unsicher ein. Befragte, die ihren Arbeitsplatz als unsicherer wahrnehmen, haben signifikant mehr Angst, Depression, Körperbeschwerden und psychischen Distress und eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung.

Abstract

Background: Negative consequences of unemployment have been known for a long time. This study concerns the effect of unemployment and job insecurity in a large sample of young adults because little is known about this special age group.

Methods : 420 persons (46.8% males, 52.2% females, mean age 29 years) were polled in the 16th wave of the Sächsische Längsschnittstudie in 2002. This longitudinal study accompanies an East German sample since 1987 i. e. some time before German reunification. We used standardised psychological questionnaires to assess the state of health (SCL-9, HADS, GBB, SWE).

Results: 120 (29%) persons were repeatedly unemployed, 143 (34%) once, and only 157 (37%) have never been unemployed. The period of unemployment lasted 1 to 76 months. According to the experience with unemployment we found differences in subgroups: persons having more experience with unemployment report on higher global distress, more anxiety and depression, feel less efficacious and are in a subjectively poorer state of health. Nearly one-third of the participants think they have an insecure job. Persons who perceive an insecure job feel significantly greater anxiety, depression, body complaints, mental distress and feel less efficacious.

Conclusions: Unemployment is a big social problem for young and well-qualified persons. The experience of unemployment decreases the identification with the current social system and has a strong negative influence on the state of health. Specific offers of medical and psychosocial support are required. Even the

Anmerkung

*Gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung und die Fachhochschule Erfurt

Institutsangaben

¹ Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

² Forschungsstelle Sozialanalysen, Leipzig

³ Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Soziologie, Universität Leipzig

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Hendrik Berth · Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden,
Medizinische Psychologie · Fetscherstr. 74 · 01307 Dresden · E-mail: berth@inhaltsanalyse.de ·
<http://www.medpsy.de>

Bibliografie

Gesundheitswesen 2003; 65: 555–560 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0941-3790

Schlussfolgerung: Arbeitslosigkeit ist auch bei jungen und gut qualifizierten Personen ein großes gesellschaftliches Problem. Die Arbeitslosigkeitserfahrungen dämpfen nicht nur die Identifikation mit dem jetzigen Gesellschaftssystem, sondern haben auch auf das gesundheitliche Befinden junger Menschen einen stark negativen Einfluss. Sie erfordern spezielle medizinische und psychosoziale Versorgungsangebote. Auch die wahrgenommene Unsicherheit des eigenen Arbeitsplatzes hat bereits deutlich negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Unterstrichen wird die Notwendigkeit weiterer längsschnittlicher Forschung.

Schlüsselwörter

Arbeitslosigkeit · Arbeitsplatzunsicherheit · Gesundheit · Depression · Angst

Einleitung

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 [1]. Sie ist ein wichtiges Merkmal des sozioökonomischen Status (vgl. z. B. [2]). In der Sozialmedizin wird die soziale Benachteiligung, z. B. durch Arbeitslosigkeit, trotz ihrer großen praktischen Bedeutung bislang jedoch zu wenig thematisiert [3]. Weiterhin konzentrieren sich Studien oft einseitig auf epidemiologische Daten und vernachlässigen die somatischen, psychischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit [4].

Die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit stellen insgesamt ein Forschungsgebiet dar, zu dem bereits eine Reihe von Arbeiten vorliegt (vgl. die Überblicke [5, 6]). Eine der ersten empirischen Studien datiert bereits aus dem Jahr 1933 [7]. Ein dort vorgestelltes idealtypisches Phasenmodell des Verlaufs von Arbeitslosigkeit postuliert folgenden Verlauf des Erlebens (erweitert durch [8]): 1) Antizipationsphase, 2) Schock unmittelbar nach dem Eintreten der Arbeitslosigkeit, 3) Erholungsphase (1.–2. Monat), 4) Latenzphase (3.–6. Monat), 5) pessimistische Reaktionen (7.–12. Monat) und 6) Phase der fatalistischen Anpassung (nach einem Jahr).

Objektive Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit sind häufig die Erhöhung des systolischen Blutdrucks, die erhöhte Chronifizierung von Krankheiten [9] und/oder die Notwendigkeit der Erhöhung von Medikamentendosen [10]. Subjektive Gesundheitsfolgen und Einflüsse auf Erleben und Verhalten können sein: Ein- oder Durchschlafstörungen, Herzbeschwerden, Depressivität, Erschöpftheit und Angespanntheit, Erhöhung des Alkohol- und Nikotinkonsums [11], Verlust sozialer Bindungen und sozialer Identität, Stauseinbußen, und/oder Verschlechterung der Familienbeziehungen.

Brähler et al. [12] haben in drei Repräsentativerhebungen 1998, 2000 und 2001 mit jeweils mehr als 1000 Befragten aus Ost- und Westdeutschland das gesundheitliche Befinden von Arbeits-

feeling of job insecurity has explicitly negative effects on health. Further longitudinal research is necessary.

Key words

Unemployment · job insecurity · health · depression · anxiety

und Nichtarbeitslosen untersucht. Diese aktuellen 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 neueste Gesundheitsberichterstattung des Bundes [13] unterstreicht dies anhand von Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998: Arbeitslose haben einen ungünstigeren Gesundheitszustand, leben weniger gesundheitsbewusst (Rauchen), werden deutlich häufiger stationär behandelt, wobei vor allem psychische und Verhaltensstörungen im Vordergrund stehen, und unterliegen einem höheren Sterblichkeitsrisiko.

Die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit sind somit insgesamt als negativ einzuschätzen. Sie können entscheidende Auswirkungen auf die weiteren Arbeitsmarktchancen haben [14].

Die objektiven und subjektiven Gesundheitsfolgen hängen von einer Reihe (psychosozialer) Faktoren ab wie z. B. Lebensalter, Qualifikation, Familienstand und Anzahl der Kinder, subjektive Arbeitsplatzorientierung, Dauer der Arbeitslosigkeit, Copingfähigkeiten, Attributionsmustern, Stresstoleranz und Persönlichkeit.

Verschiedene Studien zeigten jedoch auch, dass Arbeitslosigkeit nicht zwangsläufig zu Folgen wie Depressivität [15], Suizidalität [16], erhöhte Mortalität [17] usw. führen muss. Andererseits gibt es Belege, dass bei Langzeitarbeitslosen die Aufnahme einer ABM-Tätigkeit den Gesundheitszustand nicht eindeutig positiv verändert [18].

Während es zur Arbeitslosigkeit bei Jugendlichen (bis etwa 25 Jahren) und zu den Folgen von Langzeitarbeitslosigkeit bei älteren Erwachsenen eine Reihe von Studien gibt, fehlen u. E. Aussagen zur gesundheitlichen Bewältigung von Arbeitsplatzverlust bei den Personen, die typischerweise mitten im Berufsleben stehen: den jungen und mittleren Erwachsenen. Weiterhin sind die gesundheitlichen Folgen der subjektiv wahrgenommenen Unsicherheit des Arbeitsplatzes bislang kaum untersucht.

In dieser Studie widmen wir uns daher den Arbeitslosigkeitserfahrungen, der Arbeitsplatzunsicherheit und deren Gesundheitsfolgen bei einem speziellen ostdeutschen Sample: Den Teil-

nehmern der Sächsischen Längsschnittstudie [19–24]. Diese Studie wurde 1987 in einem DDR-repräsentativen Sample damals 14-jähriger Schüler aus 72 Klassen an 41 Schulen in den DDR-Bezirken Karl-Marx-Stadt und Leipzig begonnen und begleitet dieses seitdem über die deutsche Wiedervereinigung hinweg. Dieser Jahrgang hat die zehnklassige polytechnische Oberschule der DDR als letzter voll durchlaufen. Die Jugendlichen waren damit über ein Jahrzehnt vom Bildungs- und Erziehungssystem der DDR – in dem es Arbeitslosigkeit nicht gab – geprägt worden. Ihren beruflichen Werdegang (Ausbildung etc.) haben sie jedoch im vereinten Deutschland begonnen.

Methodik

Stichprobe

420 Personen – dies entspricht einer Rücklaufquote von 72%, bezogen auf diejenigen, die 1989 ihre Bereitschaft zur weiteren Teilnahme erklärten – nahmen an der von Mitte April bis Mitte Juli 2002 stattfindenden Untersuchung teil. Davon waren 198 männlich (46,8%) und 211 weiblich (52,2%; an $n=420$ bzw. 100% fehlend: keine Angaben). Das Durchschnittsalter der Befragten zum Erhebungszeitpunkt betrug 29,0 Jahre, mit nur einer geringen Streuung, da in der Ersterhebung 1987 alle die 8. Klassenstufe besuchten. Die meisten der Befragten lebten in den neuen, 22% ($n=96$) in den alten Bundesländern bzw. im Ausland (1%). 92% der Teilnehmer haben ihre berufliche Ausbildung abgeschlossen. 33% haben studiert. Die meisten (43,1%) waren Angestellte, gefolgt von Arbeitern (22,1%). Die restlichen Personen sind selbstständig (5,7%), studieren (3,8%), sind im Erziehungsurlaub oder Hausfrau (12,0%), arbeitslos (5,3%) oder anderweitig beschäftigt (6,7%, vor allem Beamte; an 100% fehlend: keine Angaben). 17,7% der Befragten waren ledig und ohne Partner, 29,6% ledig mit Partner, 18,7% leben in einer Lebensgemeinschaft, 30,5% sind verheiratet und 2,8% geschieden ($n=3$ bzw. 0,7%; keine Angaben). 43% haben eigene Kinder (30% ein Kind, 13% zwei Kinder), darunter 31% der Männer und 55% der Frauen.

Instrumente

In Erweiterung der bisherigen schwerpunktmäßig politisch-gesellschaftlichen Fragestellungen der Sächsischen Längsschnittstudie wurden im Rahmen der 16. Welle erstmals standardisierte Instrumente zur Erfassung der Gesundheit vorgegeben. Dies waren die HADS zur Erfassung von Angst und Depressivität [25], der GBB-24 zur Messung von Körperbeschwerden [26], die SCL-9 zur Bestimmung des globalen psychischen Distress [27] und ein Fragebogen zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen (SWE [28, 29]).

Der subjektive Gesundheitszustand wurde mittels eines Items erhoben („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 [30].

Erfragt wurden weiterhin die Arbeitslosigkeitserfahrungen und die wahrgenommene Sicherheit des eigenen Arbeitsplatzes. Die Fragebogen wurden den Teilnehmern per Post nach Hause geschickt und von diesen mittels Rückumschlag zurückgesendet.

Ergebnisse

120 Befragte (29%) waren mehrmals, 143 (34%) einmal und 157 Befragte (37%) bislang niemals arbeitslos. Männer und Frauen unterschieden sich nicht in der Häufigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen. Die Dauer der Arbeitslosigkeit reicht von 1 bis 76 Monaten (im Mittel 9,42 Monate). Frauen (10,48 Monate) waren dabei tendenziell etwas länger arbeitslos als Männer (8,38 Monate, $p > 0,05$). Ein oder beide Elternteile der Befragten waren bei 40,0% der Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung ebenfalls von Arbeitslosigkeit betroffen. Auch ein Teil der LebenspartnerInnen der Teilnehmer war zum Befragungszeitpunkt arbeitslos. 2002 betraf das 11%.

In der Sächsischen Längsschnittstudie wird seit 1996 nach Arbeitslosigkeitserfahrungen gefragt, der Anteil nimmt dabei mit steigendem Alter der Teilnehmer stetig zu:

- 1996 (23,5 Jahre): 50%,
- 1998 (25,1 Jahre): 56%,
- 2000 (27,2 Jahre): 59%,
- 2002 (29,0 Jahre): 63% [24].

Personen, die studiert haben, waren etwas weniger arbeitslos (50%) als Personen, die nicht studiert haben (68%).

Arbeitslosigkeit hat zunächst auf der politisch-gesellschaftlichen Ebene Auswirkungen. Sie dämpft entschieden die Identifikation mit dem jetzigen Gesellschaftssystem. Arbeitslose sind z. B. unzufriedener mit dem politischen System, mit ihrem Einkommen und der Lebenssituation, sie wünschen sich weniger Kinder und haben eine geringere Zukunftszuversicht [24].

In Tab. 1 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der eingesetzten Instrumente in Abhängigkeit von den bisherigen Arbeitslosigkeitserfahrungen dargestellt.

Als Einflussfaktoren auf das psychische Befinden können Geschlecht und Arbeitslosigkeitserfahrungen/Arbeitsplatzsicherheit betrachtet werden. Da es sich um ein altershomogenes Sample handelt, kann die Variable Alter vernachlässigt werden. In der zweifaktoriellen Varianzanalyse, die hier nicht detailliert beschrieben werden soll, findet sich eine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Arbeitslosigkeitserfahrung nur bei der Einschätzung des Gesundheitszustands ($F=3,12$, $p < 0,05$), so dass für die Mittelwertvergleiche im Hinblick auf Arbeitslosigkeit/Arbeitsplatzsicherheit (vgl. Tab. 1, 2) einfaktorische Varianzanalysen herangezogen werden können.

Arbeitslose weisen signifikant mehr ängstliche und depressive Symptome (HADS) auf. Ihre Körperbeschwerden sind insgesamt (GBB-Gesamtwert) – aber nicht auf Skalenebene – etwas größer. Der psychische Beschwerdedruck der Arbeitslosen, gemessen mit der SCL-9, ist wesentlich höher als bei den bislang nicht Arbeitslosen. Je mehr eine Person bislang Arbeitslosigkeit erlebte, umso niedriger ist ihre Selbstwirksamkeitserwartung, d. h. die Überzeugung, zukünftig kritische Ereignisse aus eigener Kraft gut bewältigen zu können (SWE). Auch der eigene Gesundheitszustand wird durch die Arbeitslosen als wesentlich schlechter eingeschätzt. Bei der Frage nach dem Gesundheitszustand zeigt die gefundene signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und

Tab. 1 Häufigkeit von Arbeitslosigkeit und Gesundheit (MW, SD, Univariate Varianzanalyse, Scheffé-Test, Effektstärke Eta²)

| Instrument | Arbeitslosigkeitserfahrungen | | | Variananalyse | Scheffé-Test | Eta ² |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|------------------|
| | niemals (1) n = 157 | einmal (2) n = 143 | mehrmals (3) n = 120 | | | |
| Angst (HADS) | 6,24 (3,16) | 6,13 (3,00) | 7,44 (3,32) | F = 6,74, p < 0,01 | 3>2 3>1 | 0,03 |
| Depression (HADS) | 3,47 (2,86) | 3,67 (2,69) | 4,98 (3,00) | F = 10,68, p < 0,001 | 3>2 3>1 | 0,05 |
| Erschöpfungsneigung (GBB) | 5,64 (4,52) | 5,88 (4,12) | 6,85 (4,80) | F = 2,64, p > 0,05 | – | – |
| Magenbeschwerden (GBB) | 2,68 (3,08) | 2,65 (6,88) | 3,32 (3,24) | F = 2,03, p > 0,05 | – | – |
| Gliederschmerzen (GBB) | 6,60 (4,23) | 6,88 (4,27) | 7,66 (4,35) | F = 2,13, p > 0,05 | – | – |
| Herzschmerzen (GBB) | 1,89 (2,52) | 2,19 (2,95) | 2,57 (3,31) | F = 1,84, p > 0,05 | – | – |
| Beschwerdedruck (GBB) | 16,81 (11,74) | 17,61 (11,28) | 20,39 (11,69) | F = 3,46, p < 0,05 | 3>1 | 0,02 |
| psychischer Distress (SCL-9) | 6,27 (5,39) | 6,27 (5,39) | 8,26 (6,89) | F = 3,29, p < 0,05 | 3>2 | 0,02 |
| Selbstwirksamkeit (SWE) | 30,46 (3,63) | 29,76 (4,28) | 28,53 (4,80) | F = 7,09, p < 0,01 | 1>3 | 0,03 |
| Gesundheitszustand | 2,00 (0,73) | 2,10 (0,79) | 2,34 (0,78) | F = 6,92, p < 0,05 | 3>2 3>1 | 0,03 |

An n = 420 fehlend: keine Angaben

*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.

Arbeitslosigkeitserfahrung, dass insbesondere die mehrfach arbeitslosen Frauen ihren Gesundheitszustand als schlechter einschätzen.

Seit 1992 wird in der Sächsischen Längsschnittstudie nach der eigenen Einschätzung der Sicherheit des Arbeits- bzw. Ausbildungsplatzes gefragt. Abb. 1 zeigt die Veränderung der wahrgenommenen Sicherheit im zeitlichen Verlauf.

Abb. 1 verdeutlicht, dass die wahrgenommene Sicherheit des Arbeitsplatzes, und hier insbesondere die Einschätzung „völlig sicher“, kontinuierlich abnimmt. In der 16. Welle 2002 schätzen n = 92 (22,4%) ihren Arbeitsplatz als ziemlich bzw. völlig unsicher ein. Daher wurde überprüft, welche gesundheitlichen Folgen die wahrgenommene Arbeitsplatzunsicherheit auf das gesundheitliche Befinden hat (Tab. 2).

Keine signifikanten Gruppenunterschiede in Abhängigkeit von der Arbeitsplatzsicherheit finden sich bei der GBB-Skala Herzschmerzen und dem eingeschätzten Gesundheitszustand. Personen, die ihren Ausbildungs- oder Arbeitsplatz als unsicherer

einschätzen, berichten signifikant mehr Angst und Depression, mehr Körperbeschwerden, einen höheren psychischen Distress und eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung. Die Korrelation (Pearson) zwischen tatsächlicher Arbeitslosigkeit und wahrgenommener Sicherheit beträgt $r = -.28$ ($p < 0.001$). Personen, die mehr Arbeitslosigkeit erlebten, nehmen ihren aktuellen Arbeitsplatz als weniger sicher wahr.

Ganz ähnliche Ergebnisse (hier nicht ausführlich dargestellt) zeigt auch die Analyse danach, wie sehr sich die Befragten durch einen möglichen Arbeitsplatzverlust bedroht fühlen: Je höher die subjektiv wahrgenommene Bedrohung, umso schlechter das gesundheitliche Befinden. Auch das Bedrohungserleben korrespondiert mit den realen Arbeitslosigkeitserfahrungen.

Weiterhin haben wir geprüft, inwiefern die Dauer der bislang erlebten Arbeitslosigkeit (in Monaten) einen Einfluss auf die Gesundheit hat. Auf die detaillierte Darstellung soll wiederum verzichtet werden. Es zeigte sich, dass Personen, die länger als 12 Monate arbeitslos waren/sind, sich signifikant bei Depression, globalem Distress, Selbstwirksamkeitserwartung und Gesund-

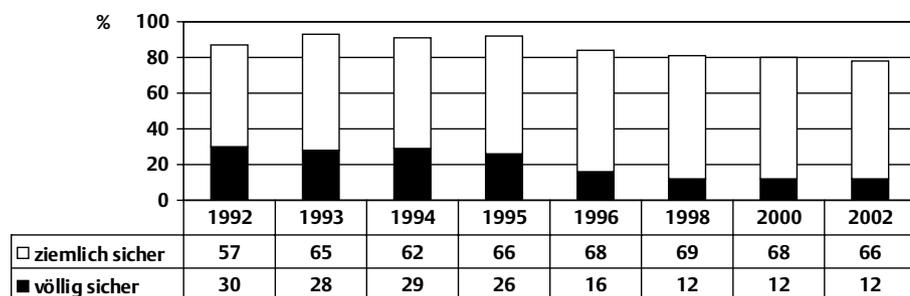


Abb. 1 Wahrgenommene Sicherheit des Arbeitsplatzes im Trend 1992–2002 (Angaben in Prozent, Fragetext: „Wie sicher ist Ihr Arbeits-/Ausbildungsplatz?“, Antwortmöglichkeiten: 1 = völlig sicher, 2 = ziemlich sicher, 3 = ziemlich unsicher, 4 = völlig unsicher).

Tab. 2 Wahrgenommene Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit (MW, SD, Univariate Varianzanalyse, Scheffé-Test, Effektstärke η^2)

| Instrument | wahrgenommene Arbeitsplatzunsicherheit | | | | Varianzanalyse | Scheffé-Test | η^2 |
|------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|--------------------------|----------|
| | völlig sicher (1) n = 48 | ziemlich sicher (2) n = 271 | ziemlich unsicher (3) n = 65 | völlig unsicher (4) n = 27 | | | |
| Angst (HADS) | 5,65 (3,69) | 6,16 (2,96) | 7,64 (3,01) | 8,81 (3,38) | F = 10,21 p < 0.001 | 4>1 4>2 3>1 3>2 | 0,07 |
| Depression (HADS) | 3,00 (3,77) | 3,49 (2,54) | 5,17 (2,77) | 6,70 (3,05) | F = 17,91 p < 0.001 | 4>1 4>2 3>1 3>2 | 0,12 |
| Erschöpfungsneigung (GBB) | 4,96 (4,73) | 5,67 (4,27) | 7,39 (4,37) | 8,19 (5,23) | F = 5,70 p < 0.01 | 4>1 4>2 3>1 | 0,04 |
| Magenbeschwerden (GBB) | 2,92 (3,38) | 2,58 (2,74) | 3,25 (2,84) | 4,19 (4,24) | F = 2,98 p < 0.05 | 4>2 | 0,02 |
| Gliederschmerzen (GBB) | 6,31 (4,24) | 6,72 (4,11) | 8,11 (4,53) | 8,07 (5,18) | F = 2,81 p < 0.05 | – | – |
| Herzschmerzen (GBB) | 2,25 (3,11) | 1,93 (2,58) | 2,80 (3,34) | 2,85 (3,46) | F = 2,21, p > 0.05 | – | – |
| Beschwerdedruck (GBB) | 16,44 (12,35) | 16,90 (10,94) | 21,55 (10,90) | 23,30 (14,86) | F = 5,14, p < 0.01 | 3>2 | 0,04 |
| psychischer Distress (SCL-9) | 6,17 (6,24) | 6,52 (6,28) | 8,66 (6,05) | 9,30 (6,81) | F = 3,49, p < 0.05 | – | – |
| Selbstwirksamkeit (SWE) | 31,23 (3,09) | 30,09 (4,17) | 27,63 (4,49) | 28,59 (4,46) | F = 9,00, p < 0.001 | 1>3 2>3 | 0,07 |
| Gesundheitszustand | 1,94 (0,84) | 2,11 (0,75) | 2,19 (0,76) | 2,26 (0,71) | F = 1,40, p > 0.05 | – | – |

An n = 420 fehlend: keine Angaben

*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.

heitszustand unterscheiden. Keine Unterschiede zeigen sich bezüglich Angst und Körperbeschwerden.

Insgesamt ist damit festzustellen, dass der Gesundheitszustand in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen und wahrgenommener Sicherheit des Arbeitsplatzes deutlich variiert, wobei die mehrfach Arbeitslosen und Personen mit einem als unsicher eingeschätzten Arbeitsplatz signifikant mehr Beschwerden angeben. Einschränkend ist zu beachten, dass die Effektgrößen bei allen statistisch bedeutsamen Unterschieden relativ niedrig und somit von geringer praktischer Bedeutsamkeit sind.

Diskussion

Untersucht wurden Arbeitslosigkeitserfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und deren Auswirkungen auf das Befinden in einer speziellen Population junger Erwachsener (29 Jahre). Die meisten Befragten verfügten über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Und dennoch waren bereits rund zwei Drittel der Teilnehmer dieser Längsschnittstudie ein- oder mehrmals arbeitslos. Vergewärtigt man sich weiter, dass sich einige Befragte noch in der Ausbildung befinden, die meisten Männer Zivil- oder Wehrdienst leisteten und über die Hälfte der jungen Frauen durch Babypausen zeitweise nicht am Erwerbsleben teilnahmen, ist diese große Zahl von durch Arbeitslosigkeit Betroffenen auffällig. Der Verlust des Arbeitsplatzes ist ein kritisches Lebensereignis, das jungen Ostdeutschen bis zur Wiedervereinigung unbekannt war.

Die Arbeitslosigkeitserfahrungen der Teilnehmer ermöglichen es, Aussagen zu den (Spät- und Langzeit-)Folgen von Arbeitslosigkeit bei jungen Erwachsenen zu treffen. In diesem speziellen Bereich liegen bislang wenige Arbeiten vor. Zusammengefasst ist festzustellen, dass die aus der Literatur bekannten, stark negativen Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit auch bei jungen, gut ausgebildeten und mobilen Personen eintreten: Sie leiden unter mehr Angst, Depression, höherem globalen psychischen Distress, einem subjektiv schlechteren Gesundheitszustand und einer niedrigeren Selbstwirksamkeitserwartung. Selbstwirksamkeitseinschätzung ist jedoch eine wichtige protektive Persönlichkeitsressource. Die niedriger erlebte Kompetenz und damit das geringere Vertrauen in die eigenen Fertigkeiten können u. U. zukünftig wiederum zu Nachteilen auf dem Arbeitsmarkt führen.

Nicht so deutlich wie andere Studien (vgl. etwa [12]) konnten wir ein Mehr an Körperbeschwerden bei den Arbeitslosen unserer Studie feststellen. Dies ist erklärbar durch das relativ junge Alter der Teilnehmer der Sächsischen Längsschnittstudie. Körperliche Beeinträchtigungen werden typischerweise oft erst mit zunehmendem Alter bedeutsam. Schlussfolgern lässt sich daraus auch, dass psychische Beeinträchtigungen infolge von Arbeitslosigkeit vor den körperlichen Folgen eintreten.

Nicht zu beantworten anhand der vorliegenden Daten ist der kausale Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit: „Führt die Arbeitslosigkeit zu gesundheitlichen Problemen oder werden die weniger Gesunden eher arbeitslos?“ Dieser Zusam-

menhang wird als „Selektions-Hypothese“ bezeichnet [31]. Sie soll in den nächsten Wellen der Studie überprüft werden.

Hervorzuheben ist, dass nicht nur die real erlebte Arbeitslosigkeit Auswirkungen auf das gesundheitliche Befinden hat, sondern in nahezu identischem Ausmaß auch die subjektiv wahrgenommene Sicherheit des derzeitigen Arbeits- oder Ausbildungsplatzes. Befragte, die ihren Arbeitsplatz als unsicherer einschätzen, sind ängstlicher und depressiver, berichten einen größeren globalen Distress, mehr Körperbeschwerden und eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung. Diese Erkenntnis hat in gesamtwirtschaftlich schwierigen Zeiten große Bedeutung für das Gesundheitswesen. Eine ständige subjektive Bedrohung durch den möglichen Verlust des Arbeitsplatzes kann zur Entstehung von Patientenkarrieren führen.

Die medizinische Versorgung von (Langzeit-)Arbeitslosen sollte insbesondere auch psychosoziale Aspekte berücksichtigen [32]. Wie unsere Ergebnisse illustrieren, trifft dies auch und insbesondere für die hier untersuchte ausgewählte Gruppe junger Erwachsener zu. Zu überprüfen ist, inwiefern hier spezielle Präventionsstrategien notwendig sind.

Die Daten unterstreichen auch die Notwendigkeit weiterer Studien im Bereich der Auswirkungen und Bewältigungen der gesundheitlichen und psychosozialen Folgen der deutschen Wiedervereinigung. Hier hat das Forscherinteresse in den letzten Jahren abgenommen [33, 34], was aufgrund der immer noch vorhandenen Relevanz des Themas nicht gerechtfertigt scheint.

Literatur

- 1 Kieselbach T. Individuelle und gesellschaftliche Bewältigung von Arbeitslosigkeit. *Zeitschrift für Politische Psychologie* 1999; 7: 55–80
- 2 Hermann N, Mielck A. Der Gesundheitszustand von deutschen und ausländischen Kindern: Warum ist Mehmet gesünder als Maximilian? *Gesundheitswesen* 2001; 63: 714–747
- 3 Ortman K, Waller H. Zum Stellenwert des Themas Soziale Benachteiligung und Gesundheit in der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“. *Gesundheitswesen* 2001; 63 Sup 1: 60–62
- 4 Gostomzyk JG. Realität und gesellschaftliche Interpretation von Gesundheit. *Gesundheitswesen* 2001; 63: 147–155
- 5 Dauer S. Zu Wechselwirkungen von Gesundheit und Arbeitslosigkeit. In: Dauer S, Hennig H, Meischner-Al-Mousawi MM, Stück M (Hrsg). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. Halle: Mitteldeutscher Verlag, 1999: 12–23
- 6 Mohr G. Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit. Frankfurt am Main: Lang, 1997
- 7 Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H. Die Arbeitslosen von Marienthal. In: Hirzel (Hrsg). *Ein soziodemographischer Versuch über die Wirkung langandauernder Arbeitslosigkeit*. Leipzig 1933
- 8 Kieselbach T, Schindler H. Psychosoziale Auswirkungen von Arbeitslosigkeit und Hindernisse für eine Aktivierung Arbeitsloser. Universität Bremen: Bremer Beiträge zur Psychologie, 1984; 32
- 9 Schütz M. Verlauf von Rentenentwicklungen in der Psychosomatik. *Gesundheitswesen* 2002; 64: 639–644
- 10 Laubach W, Mundt A, Brähler E. Selbstkonzept, Körperbeschwerden und Gesundheitseinstellungen nach Verlust der Arbeit – ein Vergleich zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten anhand einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung. In: Hessel A, Geyer M, Brähler E (Hrsg). *Gewinne und Verluste sozialen Wandels*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1999: 75–92
- 11 Henkel D. Zum Konsum von Alkohol, Tabak und psychoaktiven Medikamenten bei Arbeitslosen und Einkommensarmen. Eine Auswertung des Nationalen Gesundheits surveys 1991/1992 der Bundesrepublik Deutschland. *Abhängigkeiten* 2000; 6: 26–34
- 12 Brähler E, Laubach W, Stöbel-Richter Y. Belastung und Befindlichkeit von Arbeitslosen in Deutschland. In: Schumacher J, Reschke K, Schröder H (Hrsg). *Mensch unter Belastung*. Frankfurt am Main: VAS, 2002: 201–214
- 13 Grobe TG, Schwartz FW. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 13. Berlin: Robert Koch-Institut, 2003
- 14 Broutschek B, Schmidt S, Dauer S. Macht Arbeitslosigkeit krank oder Krankheit arbeitslos? Psychologische Theorien zur Beschreibung von Arbeitslosigkeit. In: Dauer S, Hennig H, Meischner-Al-Mousawi MM, Stück M (Hrsg). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. Halle: Mitteldeutscher Verlag, 1999: 72–92
- 15 Höfert HW. Arbeitslosigkeit und Gesundheit – eine kritische Zwischenbilanz. *Psychomed* 1999; 9: 4–11
- 16 Häfner H. Arbeitslosigkeit und Suizidalität. *Suizidprophylaxe* 1998; 25: 141–152
- 17 Helmert U, Voges W, Sommer T. Soziale Einflussfaktoren für die Mortalität von männlichen Krankenversicherten in den Jahren 1989 bis 2000. *Gesundheitswesen* 2002; 64: 3–10
- 18 Swart E, Maechler H. Verbessert sich der Gesundheitszustand nach Wiederaufnahme einer ABM-Tätigkeit? *Gesundheitswesen* 2000; 62: 335–341
- 19 Förster P. Der lange Weg vom DDR- zum Bundesbürger. In: Schlegel U, Förster P (Hrsg). *Ostdeutsche Jugendliche. Vom DDR-Bürger zum Bundesbürger*. Opladen: Leske + Budrich, 1997: 208–223
- 20 Förster P. Systemwechsel und Mentalitätswandel. Ergebnisse einer Längsschnittstudie bei ostdeutschen Jugendlichen zwischen 1987 und 1996. In: Oswald H (Hrsg). *Sozialisation und Entwicklung in den neuen Bundesländern. Ergebnisse empirischer Längsschnittforschung*. Weinheim: Juventa, 1998: 69–84
- 21 Förster P. Die 25jährigen auf dem langen Weg in das vereinte Deutschland. Ergebnisse einer seit 1987 laufenden Längsschnittstudie. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 1999; 43–44: 20–31
- 22 Förster P. „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* 2001; 2: 197–218
- 23 Förster P. Langzeitwirkungen der DDR-Sozialisation – Realität und Spekulation. Empirische Ergebnisse einer wendeüberschreitenden Längsschnittstudie bei jungen Ostdeutschen. *hochschule ost* 2001; 1: 62–82
- 24 Förster P. Junge Ostdeutsche auf der Suche nach der Freiheit. Eine systemübergreifende Längsschnittstudie zum politischen Mentalitätswandel vor und nach der Wende. Opladen: Leske + Budrich, 2002
- 25 Herrmann C, Buss U, Snaith RP. Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Bern: Huber, 1995
- 26 Brähler E, Scheer JW. *Gießener Beschwerdebogen (GGB)*. Göttingen: Hogrefe, 1995
- 27 Klaghofer R, Brähler E. Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Z Klin Psychol Psychother* 2001; 49: 115–124
- 28 Schwarzer R. Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica* 1994; 40: 105–123
- 29 Jerusalem M, Schwarzer R. Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE). [Internet-Dokument] <http://userpage.fu-berlin.de/~health/germscal.htm>. 2002
- 30 Helmert U. Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Mortalitätsentwicklung. *Gesundheitswesen* 2002; 65: 47–54
- 31 Elkeles T, Seifert W. Arbeitslose und ihre Gesundheit. *Langzeitanalyse für die Bundesrepublik Deutschland. Soz Praventivmed* 1993; 38: 148–155
- 32 Bormann C, Elkeles T. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Arbeits- und Langzeitarbeitslosen. In: Weber I (Hrsg). *Gesundheit sozialer Randgruppen. Gesundheitliche Probleme gesellschaftlich benachteiligter Gruppen und deren Versorgung*. Stuttgart: Enke, 1997: 99–117
- 33 Berth H. DDR und Wiedervereinigung – bald kein Thema mehr für die Wissenschaft? Eine quantitative Analyse der Publikationen nach zehn Jahren deutscher Einheit. *Deutsche Studien* 2000; 143/144: 340–350
- 34 Berth H. Psychologie und Wiedervereinigung. Eine quantitativ-deskriptive Analyse anhand der Veröffentlichungen. *Psychologische Beiträge* 2001; 43: 816–823