

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen¹

1. *Einführung: Arbeitslosigkeit und Gesundheit*

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 ungelerten Arbeiter und die Akademiker. Arbeitslosigkeit als psychosozialer Stressor gehört damit heute zum Alltag (Kieselbach 1999).

Die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit stellen insgesamt ein Forschungsgebiet dar, zu dem bereits eine Reihe von Arbeiten vorliegen (vgl. die Überblicke von Dauer 1999 oder Mohr 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: 1) Antizipationsphase, 2) Schock unmittelbar nach dem Eintreten der Arbeitslosigkeit, 3) Erholungsphase (1.-2. Monat), 4) Latenzphase (3.-6. Monat), 5) pessimistische Reaktionen (6.-12. Monat) und 6) Phase der fatalistischen Anpassung (nach 12 Monaten).

Objektive Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit sind häufig die Erhöhung des systolischen Blutdrucks, die erhöhte Chronifizierung von Krankheiten und/oder die Notwendigkeit der Erhöhung von Medikamentendosen (Laubach/Mundt/Brähler 1999). Subjektive Gesundheitsfolgen und Einflüsse auf Erleben und Verhalten können sein: Ein- oder Durchschlafstörungen, Herzbeschwerden, Depressivität, Erschöpftheit und Angespanntheit, Erhöhung des Alkohol- und Nikotinkonsums (Henkel 2000), Verlust sozialer Bindungen und sozialer Identität, Statureinbußen, und/oder Verschlechterung der Familienbeziehungen.

Brähler, Laubach und Stöbel-Richter (2002) haben in drei Repräsentativerhebungen 1998, 2000 und 2001 mit jeweils mehr als 1000 Befragten das gesundheitliche Befinden von Arbeits- und Nichtarbeitslosen untersucht. Diese aktuellen Ergebnisse zeigen: Arbeitslose sind ängstlicher und depressiver als Nichtarbeitslose und geben eine Vielzahl von Körper-

beschwerden mehr an. Auch ihr subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand war deutlich schlechter. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Grobe/Schwartz 2003) 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 sind abhängig von einer Reihe (psychosozialer) Faktoren wie z.B. Lebensalter, Qualifikation, Familienstand und Anzahl der Kinder, subjektive Arbeitsplatzorientierung, Dauer der Arbeitslosigkeit, Copingfähigkeiten, Attributionsmustern, Stresstoleranz und Persönlichkeit.

2. *Methode*

2.1 *Stichprobe*

In vorliegender Arbeit widmen wir uns den Arbeitslosigkeitserfahrungen, der Arbeitsplatzunsicherheit und deren Gesundheitsfolgen bei einem speziellen ostdeutschen Sample: den Teilnehmern der Sächsischen Längsschnittstudie (vgl. Förster 1997, 1998, 1999, 2001a, 2001b, 2002, 2003). 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. Das zentrale Anliegen der Studie besteht in der wissenschaftlichen Begleitung und Dokumentation des Weges der Panelmitglieder aus dem Gesellschaftssystem der DDR in das der Bundesrepublik, vom DDR-Bürger zum Bundesbürger.

Der untersuchte 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 geprägt worden. Ihren beruflichen Werdegang (Ausbildung etc.) haben sie jedoch im vereinten Deutschland begonnen.

420 Personen, dies entspricht einer Rücklaufquote von 72 %, bezogen auf diejenigen, die im Mai 1989 ihre Bereitschaft zur weiteren Teilnahme erklärten, nahmen an der 16. Welle der Sächsischen Längsschnittstudie von Mitte April bis Mitte Juli 2002 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 einer nur 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.

2.2 Fragebogen

Im Rahmen der 16. Welle wurden standardisierte Instrumente zur Erfassung der (psychischen) Gesundheit vorgegeben. Dies waren die HADS-D zur Erfassung von Angst und Depressivität (Herrmann/Buss/Snaith 1995), der Gießener Beschwerdebogen GBB-24 zur Messung von Körperbeschwerden (Brähler/Scheer 1995), die SCL-9 zur Bestimmung des globalen psychischen Distresses (Klaghofer/Brähler 2001) und ein Fragebogen zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen (SWE) (Schwarzer 1994; Jerusalem/Schwarzer 2002).

Der subjektive Gesundheitszustand wurde mittels eines Items erhoben (»Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?«). Erfragt wurden weiterhin die Beeinflussbarkeit des eigenen Gesundheitszustandes, die Arbeitslosigkeitserfahrungen und die wahrgenommene Bedrohung durch einen möglichen Arbeitsplatzverlust. Die Fragebögen wurden den Teilnehmern per Post nach Hause geschickt und von diesen mittels Rückumschlag zurückgesendet.

3. Ergebnisse

3.1 Arbeitslosigkeitserfahrungen

Die bisherigen Arbeitslosigkeitserfahrungen der Teilnehmer sowie deren Lebenspartner und Eltern zeigt die folgende Tabelle 1.

Von den Befragten waren demnach 29,6 % der Männer und 27,9 % der Frauen mehrmals arbeitslos, einmal arbeitslos war etwa ein Drittel der Gesamtgruppe. Statistisch bedeutsam unterscheiden sich Männer und Frauen nur bezüglich der Arbeitslosigkeit der Partner.

Tabelle 1: Arbeitslosigkeit bei Befragten, Lebenspartnern und Eltern (Absolut- und Prozentangaben)

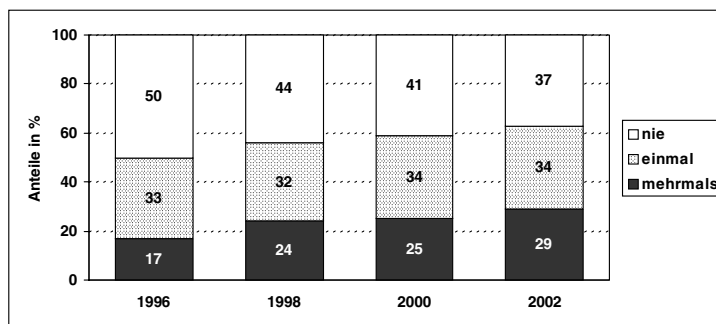
	Gesamtgruppe	Männer	Frauen
<i>Eigene Arbeitslosigkeit</i>			
(Jemals)			
Mehrmals	119 (28,5 %)	58 (29,6 %)	61 (27,9 %)
Einmal	140 (33,5 %)	71 (36,2 %)	69 (31,5 %)
Nein	156 (37,3 %)	67 (34,2 %)	89 (40,6 %)
		χ^2 (df=2) = 2,14, p > 0,05	
<i>Dauer Arbeitslosigkeit</i>			
(Monate, MW)			
	9,42	8,38	10,48
		p > 0,05	
<i>Arbeitslosigkeit Lebenspartner</i>			
(Aktuell)			
Kein Partner	74 (17,5 %)	49 (25,0 %)	24 (11,0 %)
Ja	44 (10,5 %)	23 (11,7 %)	21 (9,6 %)
Nein	297 (71,1 %)	123 (62,8 %)	174 (79,5 %)
		χ^2 (df=2) = 16,9, p < 0,001	
<i>Arbeitslosigkeit der Eltern</i>			
(Aktuell)			
Beide nicht	251 (60,0 %)	122 (62,2 %)	129 (58,9 %)
Nur Vater	54 (12,9 %)	24 (12,2 %)	30 (13,7 %)
Nur Mutter	68 (16,3 %)	27 (13,8 %)	41 (18,7 %)
Beide	38 (9,1 %)	20 (10,2 %)	18 (8,2 %)
		χ^2 (df=3) = 1,61, p > 0,05	

An 100 % fehlend: keine Angabe

Über die Häufigkeit hinaus wurde auch die Dauer der Arbeitslosigkeit (in Monaten) erfasst. Weibliche Panelmitglieder waren tendenziell länger arbeitslos als männliche: 10,48 gegenüber 8,38 Monate ($p = .064$). Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein beträchtlicher Teil der jungen Frauen in den letzten Jahren ein oder mehrere Kinder geboren hat (2002: 55 %) und deshalb nicht von Arbeitslosigkeit betroffen war. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit ist seit der ersten Erfassung 1996 deutlich gestiegen: von 7,50 Monaten auf 9,42 Monate 2002.

Auch der Anteil der Panelmitglieder, die schon die Erfahrung eigener Arbeitslosigkeit machen mussten, hat sich in den letzten Jahren deutlich vergrößert. Eine entsprechende Frage wird seit der 12. Welle 1996 gestellt (Abbildung 1).

Abbildung 1: Arbeitslosigkeit der Panelmitglieder im Trend 1996 bis 2002



Im Jahr 2002 sind es bereits fast zwei Drittel (63%), die diese stark prägende Erfahrung machen mussten, mit nur geringen Unterschieden (nicht signifikant) zwischen den Geschlechtergruppen.

3.2 Angst und Depression

Die Ergebnisse aus der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) zeigt folgende Tabelle 2, aufgeschlüsselt nach mehreren interessierenden Subgruppen.

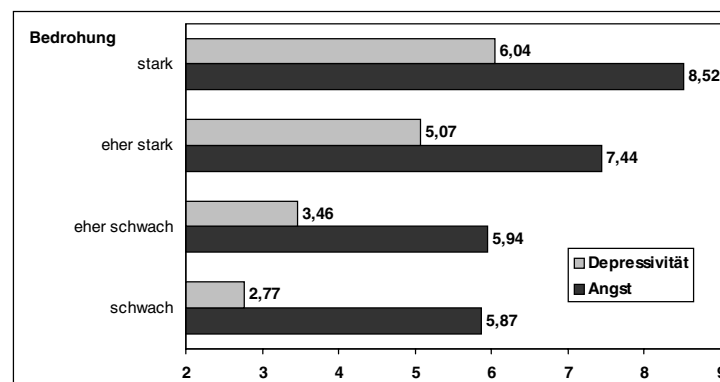
Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der HADS-D (Angst, Depressivität) in der Untersuchungstichprobe

	HADS-Angst	HADS-Depressivität
Gesamtgruppe	6,55 (3,19)	3,97 (2,90)
Männer	6,30 (3,26)	4,02 (3,06)
Frauen	6,69 (3,12)	3,88 (2,76)
	$t = -1,25, p > 0.05$	$T = ,48, p > 0.05$
Mehrfach Arbeitslose	7,44 (3,32)	4,98 (3,00)
Einmal Arbeitslose	6,13 (3,00)	3,67 (2,69)
Niemals Arbeitslose	6,24 (3,16)	3,47 (2,86)
	$F = 6,74, p < 0.01$	$F = 10,68, p < 0.001$

Männer und Frauen unterschieden sich nicht hinsichtlich ihrer Angst- bzw. Depressionsscores. Die univariate Varianzanalyse hinsichtlich der Arbeitslosigkeitserfahrungen erbrachte signifikante Unterschiede: Personen, die mehrfach arbeitslos waren, wiesen im Mittel deutlich höhere Werte in Angst und Depression auf, als Personen, die nur einmal bzw. nie arbeitslos waren.

Eine Frage lautet: »Inwiefern fühlen Sie sich durch die mögliche eigene Arbeitslosigkeit bedroht?« Abbildung 2 zeigt die Werte der HADS-D in Abhängigkeit von diesem subjektiven Bedrohungserleben.

Abbildung 2: Bedrohung durch mögliche eigene Arbeitslosigkeit und Angst bzw. Depressivität (Gesamtgruppe, MW)



Personen, die sich stärker bedroht fühlen durch eine mögliche eigene Arbeitslosigkeit (unabhängig von der tatsächlich erlebten), weisen signifikant höhere Werte in der Angst- und Depressionsskala der HADS-D auf ($F = 13,08$, bzw. $F = 21,60$, beide $p < 0.001$).

3.3 Körperbeschwerden

Die Körperbeschwerden haben wir mittels des Gießener Beschwerdebogens GBB-24 (Brähler/Scheer 1995) erfasst. Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse.

Im Vergleich zwischen Männern und Frauen finden sich signifikante Mittelwertsunterschiede in den Skalen Erschöpfungsneigung, Gliederschmerzen sowie im GBB-Gesamtwert Beschwerdedruck. Die Skalenergebnisse und damit die wahrgenommenen körperlichen Beschwerden sind bei den Frauen stets deutlicher ausgeprägt, d. h. sie geben mehr körperliche Probleme an. Dies entspricht dem in vielen Studien mit dem GBB gefundenen Muster.

Die Korrelationen zwischen Arbeitslosigkeitserfahrungen und den GBB-Skalen (Pearson) betragen: Erschöpfungsneigung -0.11 ($p < 0.05$), Magenbeschwerden -0.08 ($p > 0.05$), Gliederschmerzen -0.10 ($p < 0.05$), Herzschmerzen -0.09 ($p > 0.05$) und Beschwerdedruck -0.12 ($p < 0.05$).

Tabelle 3: Ergebnisse des GBB (MW, SD) in verschiedenen interessierenden Subgruppen und Mittelwertsunterschiede (t-test, Univariate Varianzanalyse)

	Erschöpfungs- neigung	Magenbe- schwerden	Glieder- schmerzen	Herz- schmerzen	Beschwerde- druck
Gesamtgruppe	6,07 (4,49)	2,89 (3,03)	7,01 (4,29)	2,19 (2,91)	18,16 (11,61)
Männer	4,92 (4,05)	2,71 (2,76)	6,09 (3,79)	1,94 (2,63)	15,66 (10,44)
Frauen	7,04 (4,62)	2,99 (3,18)	7,84 (4,55)	2,39 (3,08)	20,26 (12,14)
	t = -4,93 p < 0.001	t = -.94 p > 0.05	t = -4,22 p < 0.001	t = -1,58 p > 0.05	t = -4,10 p < 0.001
Mehrfach Arbeitslose	6,85 (4,80)	3,32 (3,24)	7,66 (4,35)	2,57 (3,31)	20,39 (11,69)
Einmal Arbeitslose	5,88 (4,12)	2,65 (6,88)	6,88 (4,27)	2,19 (2,95)	17,61 (11,28)
Niemals Arbeitslose	5,64 (4,52)	2,68 (3,08)	6,60 (4,23)	1,89 (2,52)	16,81 (11,74)
	F = 2,64 p > 0.05	F = 2,03 p > 0.05	F = 2,13 p > 0.05	F = 1,84 p > 0.05	F = 3,46 p < 0.05

Diese Korrelationen sind – obwohl teilweise signifikant – alle nicht praktisch bedeutsam. In der univariaten Varianzanalyse finden sich für die einzelnen Subskalen des GBB keine Gruppenunterschiede in Abhängigkeit von der Arbeitslosigkeitserfahrung. Lediglich im Beschwerdedruck weisen die mehrfach Arbeitslosen einen signifikant höheren Score auf. In der Studie von Brähler, Laubach und Stöbel-Richter (2002) fanden sich signifikante Unterschiede in Abhängigkeit von der Arbeitslosigkeit für alle Beschwerdebereiche, was sich hier nicht replizieren ließ.

Auch hier wurde geprüft, ob die subjektive Bedrohung durch eine mögliche Arbeitslosigkeit einen Einfluss auf die geschilderten Körperbeschwerden haben könnte (Tabelle 4).

Die Unterschiede der verschiedenen Gruppen (wahrgenommene Bedrohung) sind für alle Skalen signifikant. Das bedeutet: Je mehr sich die Befragten von Arbeitslosigkeit bedroht fühlen, umso mehr geben sie auch Körperbeschwerden in allen erfassten Bereichen an. Im Zusammenhang mit der vorangehend dargestellten Analyse (GBB und Arbeitslosigkeitserfahrung) ist dies ein interessanter Befund: Unter mehr subjektiven Körperbeschwerden leiden nicht die tatsächlich häufiger Arbeitslosen, sondern die Personen, die sich von Arbeitslosigkeit stärker bedroht fühlen.

Tabelle 4: Erlebte Bedrohung durch mögliche eigene Arbeitslosigkeit und Körperbeschwerden (Gesamtgruppe, MW, SD, Varianzanalyse)

GBB-Skala	Bedrohung durch eigene Arbeitslosigkeit				Varianzanalyse
	stark	eher stark	eher schwach	schwach	
Erschöpfungsneigung	7,88 (5,24)	7,42 (4,52)	5,48 (4,01)	4,92 (4,56)	F = 8,49 p < 0.001
Magenbeschwerden	3,90 (3,59)	3,33 (3,12)	2,62 (2,82)	2,29 (2,58)	F = 4,14 p < 0.05
Gliederschmerzen	8,21 (4,56)	7,70 (4,40)	6,46 (4,19)	6,85 (4,07)	F = 3,20 p < 0.05
Herzschmerzen	3,31 (3,55)	2,69 (3,59)	1,85 (2,44)	1,79 (2,52)	F = 4,74 p < 0.05
Beschwerdedruck	23,29 (13,39)	21,12 (11,87)	16,40 (10,83)	15,86 (10,50)	F = 8,01 p < 0.001

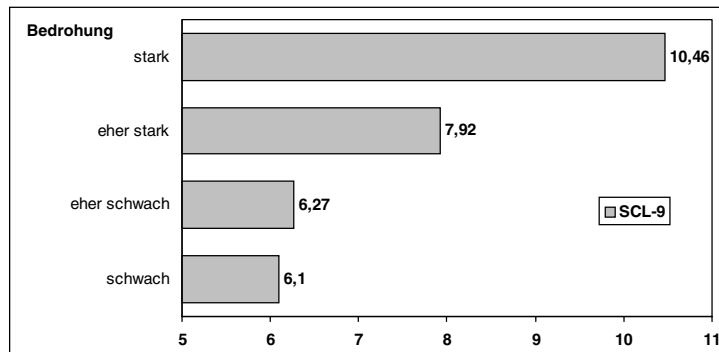
3.4 Psychischer Distress

Der mittels der SCL-9 (Klaghofer/Brähler 2001) erhobene Wert ist ein Maß für den psychischen Beschwerdedruck oder auch den globalen Distress, den eine Person empfindet. Der Mittelwert in der Gesamtgruppe betrug 7,11 (SD 6,43). Männer (MW 5,84, SD 5,84) und Frauen (MW 8,12, SD 6,63) unterschieden sich signifikant in ihrer psychischen Belastung ($t = -3.72$, $p < 0.001$), wobei wie schon beim GBB-24 die Frauen deutlich mehr Distress äußerten.

Die Befragten, die mehrfach arbeitslos waren, hatten einen mittleren Score von 8,26 (SD 6,89), die einmalig Arbeitslosen von 6,27 (SD 5,39) und die niemals Arbeitslosen von 6,91 (SD 6,66). Diese Mittelwertdifferenzen sind signifikant ($F = 3,29$, $p < 0.05$). D.h. auch der psychische Distress ist bei den Befragten, die mehr als einmal bereits Arbeitslosigkeit erfahren mussten, stärker ausgeprägt. Korrelative Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeitserfahrung und SCL-9 finden sich, wenn man die Dauer der Arbeitslosigkeit heranzieht (Pearson $r = .135$, $p < 0.05$): Personen, die länger arbeitslos waren, haben einen größeren psychischen Distress.

In Analogie zu den vorherigen Abschnitten haben wir den SCL-9-Score mit der subjektiv eingeschätzten Bedrohung durch Arbeitslosigkeit in Beziehung gesetzt (Abbildung 3).

Abbildung 3: Bedrohung durch mögliche eigene Arbeitslosigkeit und psychischer Distress (Gesamtgruppe, MW)



Die Abbildung 3 zeigt: Je stärker die subjektiv erlebte Bedrohung durch eine mögliche eigene Arbeitslosigkeit ist, umso höher ist der psychische Distress ($F = 7,01$, $p < 0.001$). Damit ordnet sich auch dieser Befund ein in die in den vorangegangenen Abschnitten getroffenen Aussagen zum psychischen Befinden und der Bedrohung durch einen möglichen Arbeitsplatzverlust. Je höher die wahrgenommene Bedrohung, umso größer die psychischen Beschwerden.

3.5 Selbstwirksamkeit

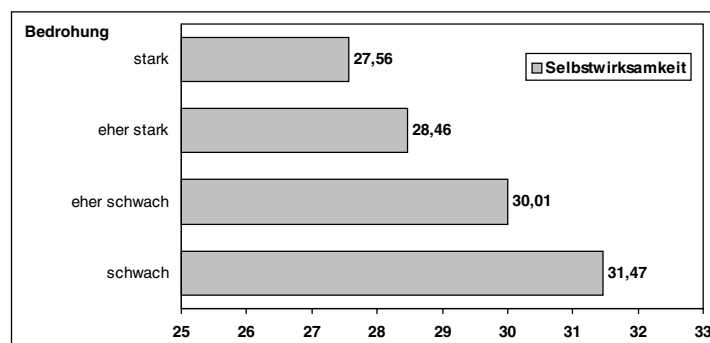
Die Skala SEW (Schwarzer 1994) misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Der Mittelwert in der Gesamtgruppe betrug 29,70 (SD 4,29). Die männlichen Befragten (MW 30,59, SD 3,69) unterschieden sich signifikant von den Frauen (MW 28,92, SD 4,64, $T = 4,02$, $p < 0.001$). Das Vertrauen in die eigene Kompetenz war demnach bei den Männern stärker ausgeprägt.

Der Wert für die Selbstwirksamkeitserwartung korreliert $r = .28$ mit der wahrgenommenen Bedrohung durch Arbeitslosigkeit, $r = .18$ mit der Arbeitslosigkeit (mehrfach, einmal, nie) und $r = -.16$ mit der Dauer der Arbeitslosigkeit (alle Korrelationen mindestens $p < 0.05$). D.h., je mehr eine Person Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit machte, bzw. je mehr sie sich davon bedroht fühlt, umso niedriger ist ihre optimistische Selbstkompetenzeinschätzung.

Die Scores (MW) der drei verschiedenen Arbeitslosigkeitsgruppen betragen: mehrmals arbeitslos 28,53 (SD 4,80), einmal arbeitslos 29,76 (SD 4,28) und nie arbeitslos 30,46 (SD 3,63). Diese Gruppendifferenz ist signifikant ($F = 7,09$, $p < 0.01$) und unterstreicht die vorangehend getroffene Aussage zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Selbstwirksamkeit.

Auch in Abhängigkeit von der wahrgenommenen Bedrohung durch Arbeitslosigkeit finden sich signifikante Unterschiede in der Selbstwirksamkeit ($F = 12,19$, $p < 0.001$, vgl. Abbildung 4). Je stärker eine Bedrohung erlebt wird, umso geringer ist das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird (Selbstwirksamkeit).

Abbildung 4: Bedrohung durch mögliche eigene Arbeitslosigkeit und Selbstwirksamkeitseinschätzung (Gesamtgruppe, MW)



3.6 Gesundheitszustand

In der Erhebung wurde gefragt: »Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?« (Antwortmöglichkeiten: sehr gut, gut, zufriedenstellend, weniger gut, schlecht) und »Welche Meinung haben Sie darüber, wie sehr man seinen eigenen Gesundheitszustand beeinflussen kann?« (Antwortmöglichkeiten: sehr viel, viel, eingeschränkt, wenig, gar nicht). Diese Fragen erwiesen sich in verschiedenen Studien als sehr ökonomisch und gleichzeitig effektiv zur Beschreibung des Gesundheitszustandes. Die Ergebnisse unserer Erhebung zeigt Tabelle 5.

Tabelle 5: Gesundheitszustand (Gesamtgruppe, Arbeitslose, Nichtarbeitslose, MW, SD) und dessen mögliche Beeinflussung

	Gesamt- gruppe	Mehrfach arbeitslos	Einmal arbeitslos	Niemals arbeitslos
<i>Gesundheitszustand</i>				
Sehr gut (1)	74 (17,5 %)	11 (9,2 %)	29 (20,6 %)	33 (21,4 %)
Gut (2)	238 (56,3 %)	67 (56,3 %)	76 (53,9 %)	95 (61,7 %)
Zufriedenstellend (3)	84 (19,9 %)	31 (26,1 %)	31 (22,0 %)	20 (13,0 %)
Weniger gut (4)	17 (4,0 %)	9 (7,6 %)	3 (2,1 %)	5 (3,2 %)
Schlecht (5)	4 (0,9 %)	1 (0,8 %)	2 (1,4 %)	1 (0,6 %)
MW (SD)	2,13 (0,78)	2,34 (0,78)	2,10 (0,79)	2,00 (0,73)
<i>Beeinflussungsmöglichkeit</i>				
Sehr viel (1)	130 (30,7 %)	28 (23,5 %)	50 (35,2 %)	51 (33,1 %)
Viel (2)	209 (49,4 %)	64 (53,8 %)	71 (50,0 %)	74 (48,1 %)
Eingeschränkt (3)	76 (18,0 %)	26 (21,8 %)	20 (14,1 %)	28 (18,2 %)
Wenig (4)	3 (0,7 %)	1 (0,8 %)	1 (0,7 %)	1 (0,6 %)
Gar nicht (5)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
MW (SD)	1,89 (0,71)	2,00 (0,70)	1,80 (0,69)	1,86 (0,72)

An 100 % fehlend: keine Angaben

Der eigene Gesundheitszustand wird von den Befragten (Gesamtgruppe) im Mittel als gut angesehen. Nur knapp 5 % beurteilen diesen als weniger gut bzw. schlecht. Ebenfalls die Mehrheit ist der Meinung, dass man einen hohen Einfluss auf den eigenen Gesundheitszustand hat. Nur drei Personen wählten hier die Antwortkategorie »wenig« und niemand die Alternative »gar nicht«.

Männliche Befragte (MW 2,06, SD 0,68) schätzen ihren Gesundheitszustand nicht anders ein als Frauen (MW 2,19, SD 0,85, $t = -1,63$, $p > 0,05$). Auch bzgl. der Beeinflussbarkeit des eigenen Gesundheitszustandes finden sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

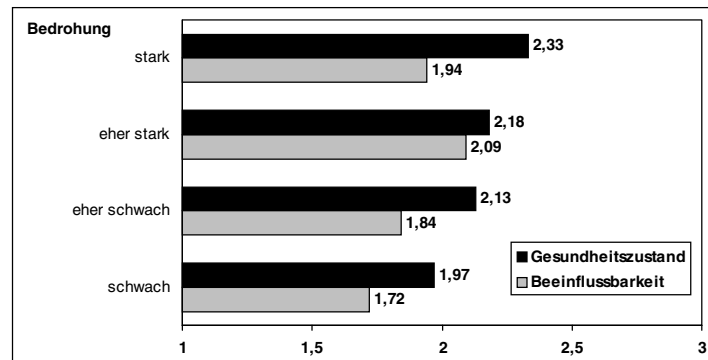
Vergleicht man wiederum die Mittelwerte der verschiedenen Arbeitslosigkeitsgruppen mittels univariater Varianzanalyse, so zeigt sich in der Beurteilung des Gesundheitszustandes ein signifikanter Effekt ($F = 6,92$, $p < 0,005$): Personen, die mehrmals arbeitslos waren, geben eine subjektiv schlechtere Einschätzung ihres Gesundheitszustandes an. Die deutschlandrepräsentative Studie von Brähler, Laubach und Stöbel-Richter (2002) ermittelte für Arbeitslose einen Mittelwert von 2,61 (SD 0,91) und für Nichtarbeitslose von 2,13 (SD 0,81). Die eigene Gesundheit wird von diesem Sample insgesamt etwas schlechter eingeschätzt

als in der vorliegenden Befragung, wobei ebenfalls die Arbeitslosen einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand angaben (Effektstärke 0.56). Die Differenz erklärt sich durch das jüngere Alter und die damit einhergehende bessere körperliche Gesundheit unserer Stichprobe.

Bei der Frage nach dem eingeschätzten Gesundheitszustand findet sich in einer zweifaktoriellen Varianzanalyse, die bei allen hier eingesetzten Verfahren zu Kontrollzwecken vorgenommen wurde, jedoch eine signifikante Interaktion ($F = 3,12$, $p < 0.05$) zwischen Geschlecht und Arbeitslosigkeitserfahrung. D. h. insbesondere die mehrfach arbeitslosen Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand als schlechter ein.

Keine Auswirkung hat die bislang erlebte Arbeitslosigkeit auf die wahrgenommene Beeinflussbarkeit der eigenen Gesundheit ($F = 2,59$, $p > 0.05$). Die Dauer der Arbeitslosigkeit korreliert $r = .25$ ($p < 0.001$) mit dem eingeschätzten Gesundheitszustand und $.12$ mit der Beeinflussbarkeit ($p < 0.001$). Dies bedeutet unter Beachtung der Kodierung (vgl. Tabelle 5): Je länger ein Teilnehmer arbeitslos war, umso schlechter wird der eigene Gesundheitszustand eingeschätzt und umso weniger wird die eigene Gesundheit für beeinflussbar gehalten.

Abbildung 5: Bedrohung durch mögliche eigene Arbeitslosigkeit und Einschätzung/Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustandes (Gesamtgruppe, MW, höhere Werte stehen für schlechteren Gesundheitszustand/geringere Beeinflussbarkeit)



Die wahrgenommene Bedrohung durch eine mögliche Arbeitslosigkeit hat im Vergleich der Mittelwerte keinen Einfluss auf den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand ($F = 2,26$, $p > 0.05$, vgl. Abbildung 5).

Jedoch wird die Beeinflussbarkeit der eigenen Gesundheit durch die (insbesondere »eher stark«) Bedrohten weniger gesehen ($F = 4,36$, $p < 0.01$). Korrelativ zeigen sich für beide Variablen schwache Zusammenhänge zwischen Bedrohung und Zustand bzw. Beeinflussbarkeit der eigenen Gesundheit ($r = -.12$ bzw. $-.14$, $p < 0.05$). Die Beeinflussbarkeit der Gesundheit steht auch in Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeit ($r = -.234$, $p < 0.001$), gemessen mittels SEW. D.h. Befragte, die eine niedrigere optimistische Selbstkompetenzeinschätzung haben, halten auch den eigenen Einfluss auf den Gesundheitszustand für geringer.

4. *Diskussion*

In Zusammenfassung der Daten der 16. Welle der Sächsischen Längsschnittstudie zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit bleibt festzuhalten: Bereits rund zwei Drittel der TeilnehmerInnen dieser Längsschnittstudie waren selbst ein- oder mehrmals arbeitslos. Diese Erfahrung – bis vor reichlich 10 Jahren für die Panelmitglieder unvorstellbar – geht wie ein Riss durch die gesamte Population der gegenwärtig (2002) 29-Jährigen. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass auch ein beträchtlicher Teil der Eltern (Vater und/oder Mutter) und der LebenspartnerInnen der Panelmitglieder arbeitslos sind, so dass bis 2002 etwa drei Viertel der Panelmitglieder in ihrem sozialen Nahbereich (ohne Geschwister) direkt oder indirekt mit den vielschichtigen negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit konfrontiert wurden. Diese kritische kollektive Lebenssituation vieler wird gegenwärtig stark unterschätzt oder kaum zur Kenntnis genommen. Hinzu kommt, dass das für die gesamte Befindlichkeit bedeutsame Gefühl, einen sicheren Arbeitsplatz zu haben, in den letzten Jahren zurückgegangen ist.

Arbeitslosigkeit und zunehmend unsichere Arbeitsplätze gehören zu den entscheidenden Ursachen dafür, dass diese jungen Ostdeutschen dem jetzigen Gesellschaftssystem skeptisch oder kritisch gegenüberstehen und politisch gesehen noch nicht in der Bundesrepublik angekommen sind (Förster 2003). Angesichts der Realitäten und der pessimistischen Prognosen über die künftige Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt ist die Wahrscheinlichkeit dafür gering, dass sich ihre Bindung an das Gesellschaftssystem in absehbarer Zeit verstärken wird.

In unserer 2002 durchgeführten Erhebung mit 420 Befragten haben wir erstmals auch standardisierte und validierte psychologische Diagnoseinstrumente zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit eingesetzt. Diese erlauben nun Aussagen zum Einfluss von Arbeitslosigkeit auf das psychische und körperliche Befinden der Studienteilnehmer.

In vielen der hier eingesetzten Verfahren haben wir – größtenteils mit der Literatur übereinstimmende – Geschlechtsunterschiede gefunden: Frauen geben wesentlich häufiger körperliche Beschwerden an (Erschöpfungsneigung, Gliederschmerzen, Beschwerdedruck), haben einen größeren psychischen Beschwerdedruck (Global Distress) und ihre Selbstwirksamkeitserwartung ist niedriger. In den Angst- und Depressivitätswerten, ermittelt mit der HADS-D, gibt es keine Geschlechtsunterschiede. Auch in der Beurteilung bzw. Beeinflussbarkeit des eigenen Gesundheitszustandes unterscheiden sich Männer und Frauen nicht.

Den Einfluss der Arbeitslosigkeit auf die erfassten psychologischen Konstrukte haben wir im Vergleich der Gruppen niemals, einmal und mehrmals arbeitslos geprüft. Arbeitslose weisen mehr ängstliche und depressive Symptome (HADS) auf. Ihre Körperbeschwerden sind insgesamt (GBB-24-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. Selbstwirksamkeitseinschätzung ist jedoch eine wichtige protektive Persönlichkeitsressource. Die niedriger erlebte Kompetenz und damit das geringere Vertrauen in die eigenen Fertigkeiten kann u. U. zukünftig wiederum zu Nachteilen auf dem Arbeitsmarkt führen.

Auch der eigene Gesundheitszustand wird durch die Arbeitslosen als wesentlich schlechter eingeschätzt, jedoch nehmen sie die eigenen Einflussmöglichkeiten auf ihre Gesundheit nicht anders wahr.

Eine Frage des Bogens lautet: »Inwiefern fühlen Sie sich durch eine mögliche eigene Arbeitslosigkeit bedroht?« Die Auswertung dieser Frage in Bezug zu den standardisierten Verfahren zeigt: Arbeitslosigkeit bzw. die wahrgenommene Möglichkeit des Eintretens stellt einen immensen Stressor dar, der zu erheblichen psychischen Beeinträchtigungen führt (mehr Ängstlichkeit und Depressivität, mehr Körperbeschwerden, größerer psychischer Beschwerdedruck, niedrigere Selbstwirksamkeit und weniger subjektive Möglichkeiten, die eigene Gesundheit zu beeinflussen). Die unterschiedlichen Ausmaße des Bedrohungserlebens zeigen in der Summe mehr signifikante Gruppendifferenzen als die tatsächlich erlebte Arbeitslosigkeit. Die wahrgenommene Bedrohung durch Arbeitslosigkeit ist bei den Personen, die bereits ein- oder mehrmals selbst arbeitslos waren, deutlich größer.

Zusammengefasst unterstreichen die Ergebnisse den starken negativen Einfluss von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit. Dies wiegt unseres

Erachtens umso schwerer, wenn man sich das Alter der Befragten (im Mittel 29 Jahre) vor Augen hält. Selbst bei diesen jungen, relativ mobilen und gut ausgebildeten Personen ist Arbeitslosigkeit quasi Normalität und führt zu schweren Beeinträchtigungen in vielen Bereichen.

Unsere Befunde ordnen sich damit ein in die Literatur (z. B. Laubach/Mundt/Brähler 1999): Arbeitslose leiden mehr und häufiger an verschiedenen psychischen und körperlichen Beschwerden, wobei insbesondere die Depressivität und körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen. Unterstreichen möchten wir nochmals den stark negativen Einfluss des Bedrohungslebens auf das psychische Befinden. Nicht so deutlich wie in anderen Studien (vgl. Brähler/Laubach/Stöbel-Richter 2002) 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.

Eine wichtige Frage der Arbeitslosigkeitsforschung lässt sich mittels der momentan vorliegenden Querschnittsdaten der 16. Welle der Sächsischen Längsschnittstudie (noch) nicht beantworten: Führt die Arbeitslosigkeit zu gesundheitlichen Problemen, oder werden die weniger Gesunden eher arbeitslos? Der letztgenannte Zusammenhang wird in der Literatur als »Selektions-Hypothese« bezeichnet (Elkeles/Seifert 1993). Die angestrebte weitere Begleitung des vorliegenden Samples kann hier zukünftig Aufschlüsse erbringen, da nun sowohl zu Arbeitslosigkeit als auch zu gesundheitlichen Parametern Informationen vorliegen, deren Wechselwirkung und vor allem die kausale Richtung dieser Beeinflussung sich in weiteren längsschnittlichen Befragungen der Teilnehmer eindeutig beantworten lässt.

Korrespondenzadresse:
Dipl.-Psych. Hendrik Berth
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Technische Universität Dresden
Medizinische Psychologie
Fetscherstr. 74
01307 Dresden
berth@inhaltsanalyse.de

Anmerkung

- 1 Das Projekt wurde finanziell unterstützt durch die Hans-Böckler-Stiftung und die Fachhochschule Erfurt. Der Artikel ist eine überarbeitete und gekürzte Fassung des Abschlussberichts an die Hans-Böckler-Stiftung.

Literatur

- Brähler, E.; Laubach, W.; Stöbel-Richter, Y. (2002): Belastung und Befindlichkeit von Arbeitslosen in Deutschland. In: J. Schumacher; K. Reschke; H. Schröder (Hg.): Mensch unter Belastung. Frankfurt a.M.: VAS, 201-214
- Brähler, E.; Scheer, J.W. (1995): Gießener Beschwerdebogen (GGB). Göttingen: Hogrefe
- Dauer, S. (1999): Zu Wechselwirkungen von Gesundheit und Arbeitslosigkeit. In: S. Dauer; H. Hennig; M.M. Meischner-Al-Mousawi; M. Stück (Hg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Halle: Mitteldeutscher Verlag, 12-23
- Elkeles, T.; Seifert, W. (1993): Arbeitslose und ihre Gesundheit. Langzeitanalyse für die Bundesrepublik Deutschland. Sozial- und Präventivmedizin 38: 148-155
- Förster, P. (2003): Junge Ostdeutsche heute: doppelt enttäuscht. Aus Politik und Zeitgeschichte 15: 6-17
- 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. (2001a): »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. (2001b): Langzeitwirkungen der DDR-Sozialisation – Realität und Spekulation. Empirische Ergebnisse einer wendeüberschreitenden Längsschnittstudie bei jungen Ostdeutschen. hochschule ost 1: 62-82
- 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. (1998): Systemwechsel und Mentalitätswandel. Ergebnisse einer Längsschnittstudie bei ostdeutschen Jugendlichen zwischen 1987 und 1996. In: H. Oswald (Hg.): Sozialisation und Entwicklung in den neuen Bundesländern. Ergebnisse empirischer Längsschnittforschung. Weinheim: Juventa, 69-84
- Förster, P. (1997): Der lange Weg vom DDR- zum Bundesbürger. In: U. Schlegel; P. Förster (Hg.): Ostdeutsche Jugendliche. Vom DDR-Bürger zum Bundesbürger. Opladen: Leske + Budrich, 208-223
- Grobe, T. G.; Schwartz, F. W. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Henkel, D. (2000): Zum Konsum von Alkohol, Tabak und psychoaktiven Medikamenten bei Arbeitslosen und Einkommensarmen. Eine Auswertung des Nationalen Gesundheitssurveys 1991/1992 der Bundesrepublik Deutschland. Abhängigkeiten 6: 26-43
- 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
- Jerusalem, M.; Schwarzer, R. (2002): Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE). [Internet-Dokument] <http://userpage.fu-berlin.de/~health/germscal.htm>
- Kieselbach, T. (1999): Individuelle und gesellschaftliche Bewältigung von Arbeitslosigkeit. Zeitschrift für Politische Psychologie 7: 55-80

- Klaghofer, R.; Brähler, E. (2001): Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift Klinische Psychologie und Psychotherapie* 49: 115-124
- 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 (Hg.): *Gewinne und Verluste sozialen Wandels*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 75-92
- Mohr, G. (1997): *Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit*. Frankfurt am Main: Lang
- Schwarzer, R. (1994): Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica* 40: 105-123