

Gesundheit, gesundheitsrelevantes Verhalten und Erwerbstätigkeit

Horst Noack¹, Roland Calmonte², Ivo Foppa²

¹ Institut für Sozialmedizin, Universität Graz

² Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern

Arbeit ist nicht nur Mühsal, Bürde oder gar krankheitsfördernde Belastung; körperlich und geistig angemessene und sinnerfüllte Arbeit kann eine entscheidende Voraussetzung eines langen, durch gesundheitliches Wohlbefinden und hohe Leistungsfähigkeit geprägten Lebens sein. Es ist anzunehmen, daß diese Aussage den Alltagsvorstellungen vieler Menschen über das Verhältnis von Arbeit und Gesundheit entspricht. Dabei dürfte sich Arbeit nicht auf Erwerbstätigkeit beschränken, sondern ausserberufliche Tätigkeiten wie z. B. Hausarbeit, Erziehungsarbeit und Pflegearbeit in der Familie einschliessen. Die epidemiologische Forschung hat sich in den letzten Jahrzehnten intensiv mit den negativen gesundheitlichen Folgen arbeitsplatzbedingter physikalisch-chemischer Expositionen¹ und psychosozialer Belastungen^{2–4} befasst. Erst in jüngster Zeit werden auch positive, gesundheitsförderliche Aspekte insbesondere beruflicher Tätigkeit wissenschaftlich untersucht⁵.

Die Ergebnisse verschiedener Studien lassen den Schluss zu, dass Berufarbeit sowohl einen positiven als auch einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben kann, und dass z. B. bei Frauen der positive den negativen Effekt häufig überwiegt⁶. In einer in Israel durchgeführten Untersuchung, an der insgesamt 1886 50jährige und ältere Männer und Frauen teilnahmen, waren berufstätige Personen allgemein, körperlich und psychisch gesünder als nicht berufstätige Personen, unabhängig davon, ob diese aus Gesundheits-, Alters- oder anderen Gründen nicht mehr arbeiten⁷. Amerikanische und englische Studien an verschiedenen Frauengruppen ergaben einen positiven Zusammenhang von Berufstätigkeit und Gesundheitszustand^{8–10} sowie wahrgenommener Gesundheit und Gesundheitsverhalten¹¹. Die mit der Erwerbstätigkeit verbundenen zusätzlichen Rollenanforderungen schienen sich nicht negativ, teilweise sogar sehr positiv, auf die Gesundheit auszuwirken.

Erwerbstätigkeit ist ein überaus komplexes Geschehen. Verallgemeinerungen einzelner wissenschaftlicher Studien sind deshalb ebenso problematisch wie Erklärungen des Zusammenhangs von Erwerbstätigkeit und Krankheitshäufigkeit oder gesundheitlichem Befinden anhand allgemeiner theoretischer Modelle. Der vergleichsweise positive Gesundheitszustand berufstätiger Menschen wurde bisher häufig auf zweierlei Weise erklärt. Die Anhänger der

„healthy worker hypothesis“ sahen die Hauptursache dafür hauptsächlich in sozialen Selektionsprozessen (gesunde Personen wählen bestimmte Berufsrollen), Anhänger der „social causation hypothesis“ begründeten die gesundheitlichen Unterschiede zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen Personen mit der Wirkung gesundheitserhaltender oder -fördernder Faktoren (Gesundheitsressourcen) und gesundheitsschädigender Faktoren (Gesundheitsrisiken) der Arbeits- und Lebenswelt bzw. der entsprechenden sozialen Rollen^{6,8}. Als wichtige Gesundheitsressourcen gelten soziale Unterstützung und in diesem Zusammenhang die Entwicklung eines positiven Selbstbildes, als wichtige Gesundheitsrisiken physikalisch-chemische Faktoren sowie chronische Stressbelastung, insbesondere durch psychosoziale Über- oder Unterforderung.

Die angedeuteten Erklärungsprobleme lassen es sinnvoll erscheinen, die Zusammenhänge zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit sowie gesundheitsrelevantem Verhalten zunächst möglichst umfassend zu beschreiben. Auf der Grundlage deskriptiver Analysen können sodann empirisch überprüfbare Forschungshypothesen und, soweit möglich, Ansätze für die Gesundheitsförderung formuliert werden. Dies ist auch das Ziel der vorliegenden explorativen Studie.

Arbeitsmodell, Daten und Methode

Der im folgenden beschriebenen Analyse liegt ein allgemeines Arbeitsmodell (Abbildung 1) zugrunde, das im Rahmen des Berner Projekts zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt (Härz-As-Projekt¹²) entwickelt wurde. Danach stehen Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten in einem dynamischen Gleichgewicht. Sie sind das Produkt der aktiven Auseinandersetzung des Individuums mit seinem Lebens- und Arbeitskontext (Mikroumwelt) und mit der umfassenden (Makro-)Umwelt. Erwerbstätigkeit wird als komplexes Muster der Person-Umwelt-Interaktion verstanden. In der vorliegenden Untersuchung werden drei Grade von Erwerbstätigkeit unterschieden: volle Erwerbstätigkeit, Teilerwerbstätigkeit und Nicht-Erwerbstätigkeit. Die Zuordnung der Studienteilnehmer/innen zu diesen drei Untersuchungsgruppen erfolgte aufgrund einer entsprechenden Interviewfrage.

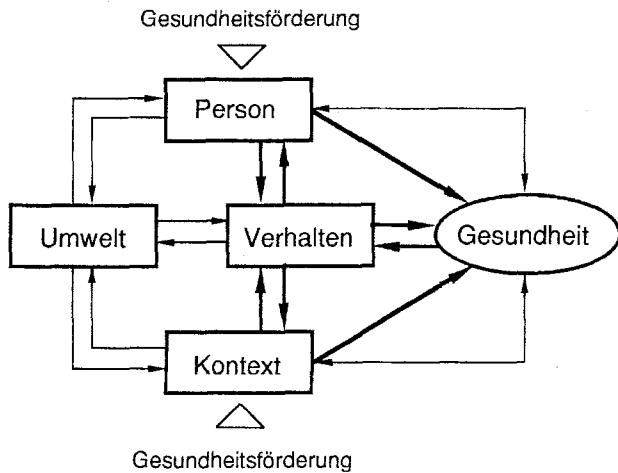


Abb. 1. Arbeitsmodell.

Gesundheit umfasst fünf Dimensionen: behandelte Krankheit, körperliche Beschwerden, psychisches Wohlbefinden, psychosozialer Distress und Einsamkeit¹³; gesundheitsrelevantes Verhalten wird durch fünf negative bzw. positive Lebensstilmerkmale operationalisiert: Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum, Einnahme von Psychopharmaka und Analgetika, Ernährungsbewusstsein und sportliche Aktivität.

Grundlage für die in dieser Studie durchgeführten Analysen bilden die in einer Bevölkerungsbefragung im Rahmen des Interkantonalen Gesundheitsindikatorenprojekts (IGIP/PROMES) im Jahre 1989 gewonnenen Daten. Sie wurden mit Hilfe eines Telefoninterviews und einer nachfolgenden postalischen Befragung erhoben¹⁴. In fünf Schweizer Kantonen (Bern, Genf, Lausanne, Tessin, Zürich) wurden altersgeschichtete (4 Altersgruppen) und nach Geschlecht ausgewogene Zufallsstichproben von je etwa 400 Personen befragt. Beim Telefoninterview betrug die Teilneherrate 70% der Aus-

gangsstichprobe, bei der schriftlichen Befragung 50% (72% der interviewten Personen). Je nach verwendetem Gesundheits- oder Verhaltensindikator beziehen sich die Datenanalysen auf Stichproben von 2106 Personen (Telefoninterview) oder 1509 Personen (schriftliche Befragung). Hauptziel der Studie war es, Zusammenhänge zwischen Grad der Erwerbstätigkeit und verschiedenen Dimensionen positiver und negativer Gesundheit sowie gesundheitsrelevanten Verhaltens zu beschreiben. Da die verfügbaren Daten für dieses Ziel nur bedingt geeignet erschienen, hatte die Studie primär explorativen Charakter.

Ergebnisse

Insgesamt lassen sich die folgenden systematischen Zusammenhänge zwischen Grad der Erwerbstätigkeit und Gesundheit beschreiben (ausgewählte Beispiele für behandelte Krankheit in Abbildung 2 und für psychosozialen Distress in Abbildung 3): Bei Männern gibt es in bezug auf Krankheit, psychisches Wohlbefinden und Distress deutliche Unterschiede zwischen der voll erwerbstätigen und der nicht erwerbstätigen Gruppe (teilweise erwerbstätige Männer wurden wegen zu kleiner Zahlen nicht einbezogen), bei Frauen sind solche Unterschiede weniger ausgeprägt. Voll erwerbstätige Männer sind seltener krank und fühlen sich häufiger psychisch wohl als nicht erwerbstätige Männer, sie nehmen jedoch häufiger psychosoziale Stressbelastungen wahr. Voll erwerbstätige Frauen und weniger ausgeprägt auch teilerwerbstätige Frauen sind in der zweiten Lebenshälfte tendenziell seltener krank als nicht erwerbstätige Frauen. Voll erwerbstätige Frauen fühlen sich im Vergleich zu den anderen Erwerbsgruppen in mittleren Jahren psychisch wohler, zugleich aber auch einsamer. Teilerwerbstätige Frauen unterscheiden sich in bezug auf

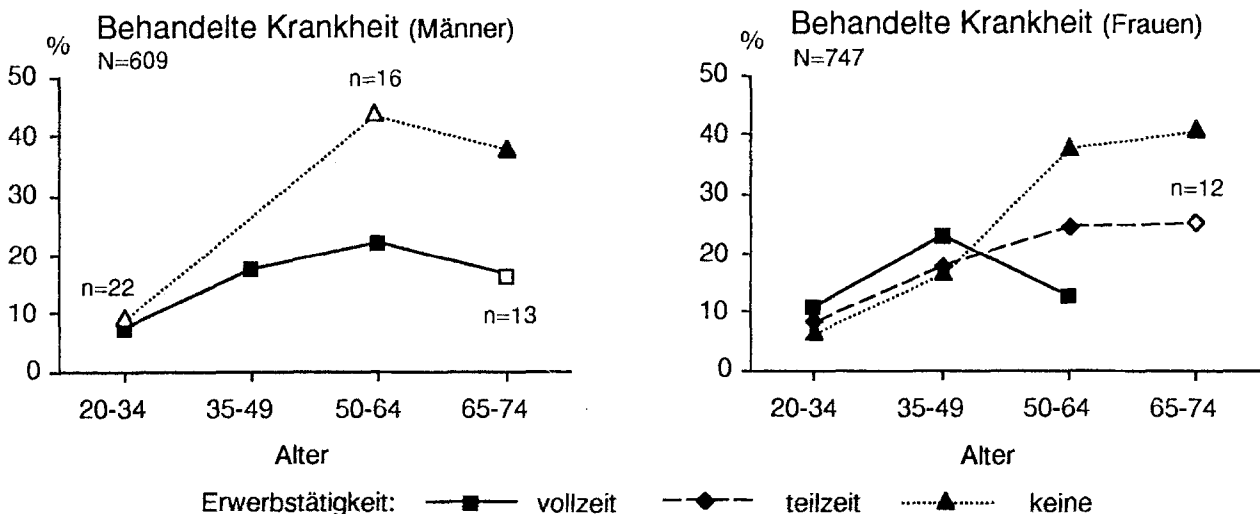


Abb. 2. Prävalenz behandelter Krankheit und Grad der Erwerbstätigkeit nach Alter und Geschlecht.

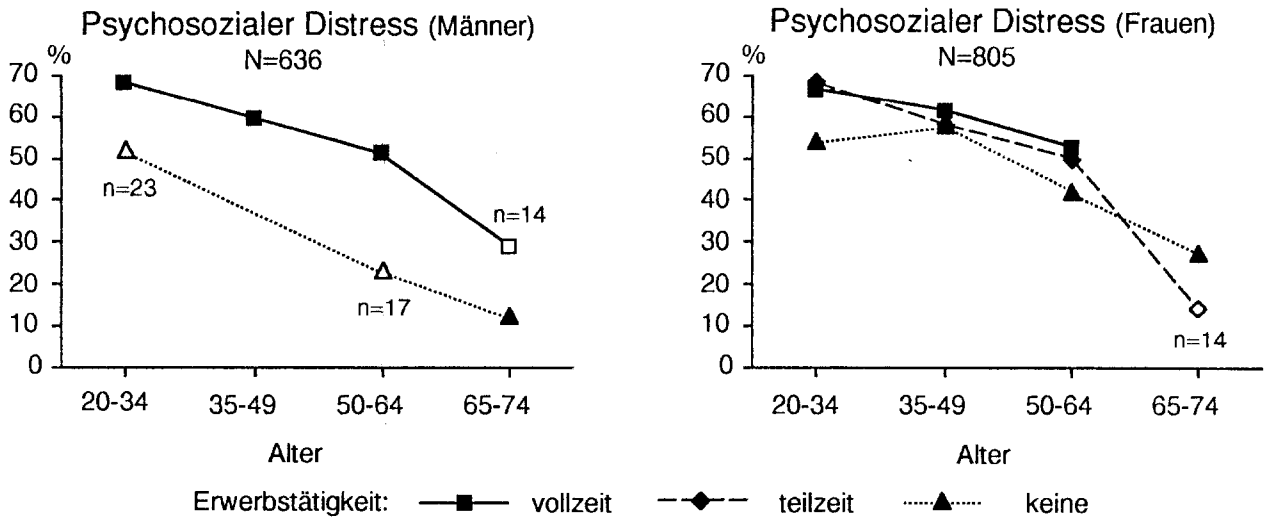


Abb. 3. Prävalenz von psychosozialem Distress und Grad der Erwerbstätigkeit nach Alter und Geschlecht.

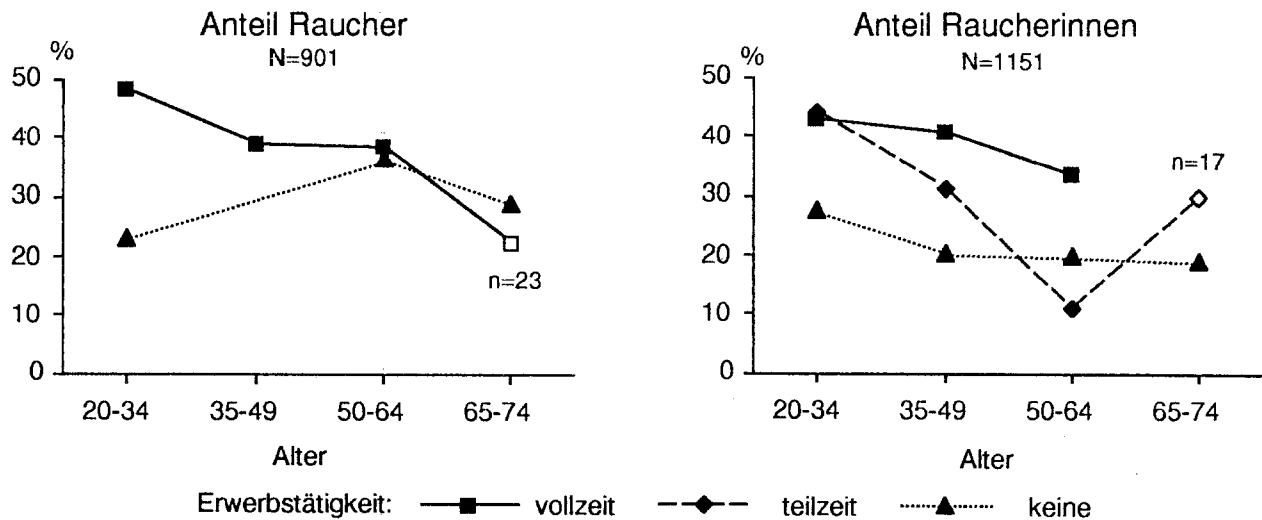


Abb. 4. Prävalenz des Rauchens und Grad der Erwerbstätigkeit nach Alter und Geschlecht.

ihre gesundheitliche Situation nicht systematisch von voll oder nicht erwerbstätigen Frauen. Wie aufgrund anderer Studien^{15,16} zu erwarten ist, nehmen mit zunehmendem Alter Krankheit und körperliche Beschwerden zu, während psychisches und soziales Wohlbefinden nur leicht abnehmen oder gleich bleiben.

In bezug auf den Zusammenhang von Grad der Erwerbstätigkeit und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sind zwischen Frauen und Männern kaum systematische Unterschiede festzustellen (ausgewählte Beispiele für Rauchen in Abbildung 4 und für ernährungsbewusstes Verhalten in Abbildung 5). Voll erwerbstätige Frauen und Männer und auch teilerwerbstätige Frauen bis zum 50. Lebensjahr rauchen deutlich häufiger als nicht erwerbstätige Frauen und Männer. Nicht erwerbstätige Männer trinken in höherem Alter häufiger regelmässig Alkohol als voll erwerbstätige Männer während bei Frauen kein solcher Zusammenhang

zu bestehen scheint. Nicht erwerbstätige Männer und Frauen, ausgenommen Frauen über 65 Jahre, nehmen insbesondere in der zweiten Lebenshälfte häufiger regelmässig Psychopharmaka und Analgetika ein als die anderen untersuchten Gruppen. Bei beiden Geschlechtern sinkt mit zunehmendem Alter der Anteil von Rauchern deutlich, während regelmässiger Alkoholkonsum und Einnahme von Beruhigungs- und Schmerzmitteln ansteigen. Bei den untersuchten gesundheitsförderlichen Verhaltensmustern zeigt sich einerseits, dass sich voll erwerbstätige Männer und Frauen weniger ernährungsbewusst verhalten als nicht Erwerbstätige und (bei den Frauen) Teilerwerbstätige. Andererseits unterscheiden sich die drei Erwerbsgruppen nicht in bezug auf die Häufigkeit sportlicher Aktivitäten. Während ernährungsbewusstes Verhalten nicht vom Alter abzuhängen scheint, nimmt sportliche Aktivität mit zunehmendem Alter erwartungsgemäss ab.

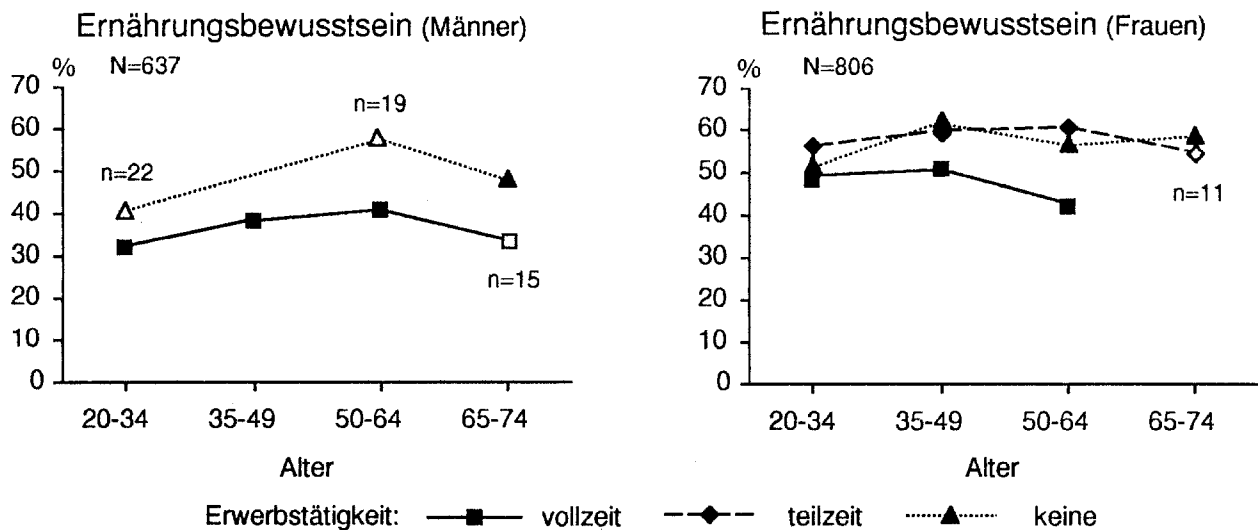


Abb. 5. Prävalenz von ernährungsbewusstem Verhalten und Grad der Erwerbstätigkeit nach Alter und Geschlecht.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Studie werfen die Frage auf, welche Faktoren bzw. Konstellationen dafür verantwortlich sind, dass in berufstätigen im Vergleich zu nicht berufstätigen Bevölkerungsgruppen Krankheit seltener und Wohlbefinden häufiger zu beobachten ist, und dies trotz stärker ausgeprägten Distresserfahrungen, höherem Zigarettenkonsum und weniger ernährungsbewusstem Verhalten. Eine multivariate Analyse anhand des gleichen Datenmaterials ergab bei einer Validierungstichprobe beiderlei Geschlechts¹³ als Erklärungsvariablen für chronische Krankheit statistisch signifikante Umwelt- und Kontextfaktoren (Umweltbelastung, Anzahl von Familienmitgliedern, Einsamkeit, Grad der Erwerbstätigkeit), Personenmerkmale (Alter, Körpermassenindex) und Verhaltensmerkmale (ernährungsbewusstes Verhalten). Für psychisches Wohlbefinden wurden als Erklärungsvariablen statistisch signifikante Umwelt- und Kontextfaktoren (Kanton, Anzahl von Familienmitgliedern, Familienstand, Bildungsstatus), Personenmerkmale (Gesundheitsorientierung, Gesundheitskompetenz), Verhaltensmerkmale (körperliche Aktivität) sowie körperliche Gesundheit (chronische Krankheit, körperliche Beschwerden) identifiziert. Grad der Erwerbstätigkeit erwies sich als statistisch signifikante Erklärungsvariable für chronische Krankheit. Bei künftigen Untersuchungen wäre freilich zu berücksichtigen, dass Erwerbstätigkeit ein sehr komplexes und zugleich relativ heterogenes Muster darstellt. Deshalb sollten aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht möglichst homogene Erwerbs- oder Berufsbereiche (z. B. Maschinenbau, Landwirtschaft, Schulen, Krankenhäuser) in bezug auf spezifische Gesundheitsrisiken und Gesundheitsressourcen näher untersucht werden. Eine andere wissenschaftliche Frage ergibt sich aus den beobachteten Geschlechtsunterschieden im Zu-

sammenhang von Erwerbstätigkeit und Gesundheit. Es sollte untersucht werden, inwieweit Erwerbstätigkeit bei Männern andere (grössere?) Auswirkungen auf die Gesundheit hat als bei Frauen. Die bereits erwähnte multivariate Analyse¹³ anhand des vorliegenden Datenmaterials hat gezeigt, dass chronische Krankheit und psychisches Wohlbefinden bei Männern und Frauen durch unterschiedliche Faktorenmuster erklärt werden (durch Umweltbelastung, Grad der Erwerbstätigkeit, Anzahl von Familienmitgliedern und Bildungsstatus bei Männern, durch Kantonszugehörigkeit, Einsamkeit und relatives Körpergewicht bei Frauen). Unterschiedliche Faktorenkonstellationen dürften auch für die Auswirkungen des Beschäftigungssystems auf die Gesundheit erwerbstätiger Männer und Frauen verantwortlich sein. Zu untersuchen wäre deshalb, welche spezifischen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsressourcen sich für erwerbstätige Frauen aus ihrem besonderen Status im Beschäftigungssystem (weniger privilegierte Positionen, häufige Teilzeitbeschäftigung) und aus ihren Rollenanforderungen ergeben.

Schlussfolgerungen

Die dargestellten Ergebnisse vermitteln einen gewissen Einblick in die gesundheitliche Situation erwerbstätiger Bevölkerungsgruppen und erlauben es, weiterführende Forschungsfragen zu formulieren. Das gewählte methodische Vorgehen liesse sich prinzipiell auch für diagnostische Zwecke nutzen, etwa für Bevölkerungsdiagnosen im Rahmen regionaler oder betrieblicher Gesundheitsberichterstattung.

Gesundheitsberichterstattung gilt allgemein als wichtiger Schritt bevölkerungsweiter und institutionenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Die hohe Prävalenz körperlicher Beschwer-

den, psychosozialer Belastungen und gesundheits-schädigender Verhaltensmuster in den untersuchten Bevölkerungsgruppen lässt einerseits ein beträchtliches, unausgeschöpftes Gesundheitspotential in der Arbeitswelt erkennen. Der relativ grosse Anteil von Personen, die sich psychisch wohl fühlen und die gesundheitsförderliche Lebensweisen praktizieren, verweist andererseits auf grosse, prinzipiell mobilisierbare Gesundheitsressourcen.

Zusammenfassung

In einer explorativen Studie wird anhand von Befragungsdaten des Interkantonalen Gesundheitsindikatorenprojekts in der Schweiz (altersgeschichtete Zufallsstichprobe 20–75jähriger Personen in 5 Kantonen, $n = 2106$) untersucht, inwieweit Grad der Erwerbstätigkeit (volle, Teilzeit-, keine Erwerbstätigkeit) und Indikatoren für Gesundheit/Krankheit und gesundheitsrelevante Verhaltensmuster zusammenhängen. Erwerbstätige Männer und teilweise auch erwerbstätige Frauen sind seltener krank und fühlen sich häufiger gesundheitlich wohl als nicht Erwerbstätige. Allgemein scheint Erwerbstätigkeit bei den Männern einen grösseren Einfluss auf Gesundheit/Krankheit zu haben als bei den Frauen; in bezug auf Gesundheitsverhalten scheint der Einfluss bei beiden Geschlechtern eher gleich zu sein. Die Ergebnisse der Studie werden im Hinblick auf weiterführende Hypothesen der Gesundheitsforschung und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung diskutiert.

Résumé

Santé, comportement de santé et occupation rémunérée

Une enquête par questionnaire sur les indicateurs de santé a été réalisée en Suisse dans cinq cantons sur un échantillon total de 2106 personnes âgées de 20 à 75 ans. Une analyse exploratoire des données a porté sur la relation entre l'état de santé, les comportements liés à la santé et le fait de disposer ou non d'un travail rémunéré. Les personnes qui travaillent sont moins souvent malades et sont plus nombreuses à se dire en bonne santé que celles qui sont sans travail. En règle générale, le fait d'avoir un emploi est plus associé à l'état de santé chez les hommes que chez les femmes, mais une telle différence entre sexes n'apparaît pas pour les comportements de santé. Les résultats de cette étude sont discutés dans la perspective de nouvelles hypothèses de la recherche de santé et de possibilités de promotion de la santé.

Summary

Health, health-related behaviour and paid work

Based on data collected in a survey as part of the Swiss Intercantonal Health Indicators Project (random sample stratified by age of 20–75 year old persons, $n = 2106$) relationships between level of employment (full, part-time, none) and health/disease as well as health behaviour were studied. Employed men and to some extent employed women as well were found to be less frequently sick and to feel more frequently well than non-employed men and women. Overall employment appears to affect health/disease in men more strongly than in women, whereas influence on health behaviour appears to be similar in both gender groups. The results of the study are discussed both with regard to further hypotheses of health research and opportunities of health promotion.

Literaturverzeichnis

- 1 Hashimoto M. Physical environment. In: Holland WW, Detels R, Knox G, eds. Oxford Textbook of Public Health, Influences of Public Health. Oxford, New York, Toronto: Oxford Medical Publications, 2nd ed., 1991:135–149.
- 2 Karasek R, Theorell R. Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books, 1990.
- 3 Fletcher BC. Work, Stress, Disease and Life Expectancy. Chichester: John Wiley & Sons, 1991.
- 4 Hart N. The social and economic environment and human health. In: Holland WW, Detels R, Knox G, eds. Oxford Textbook of Public Health, Influences of Public Health. Oxford, New York, Toronto: Oxford Medical Publications, 2nd ed., 1991:151–180.
- 5 Udris I, Kraft U, Musmann C. Warum sind „gesunde“ Personen „gesund“? Untersuchungen zu Ressourcen von Gesundheit. (Forschungsprojekt „Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese“, Bericht Nr. 1). Zürich: Eidgenössische Technische Hochschule, Institut für Arbeitspsychologie, 1991.
- 6 Sorgensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Ann. Rev. Public Health*, 1987:235–251.
- 7 Abramson JH, Ritter M, et al. Work-health relationships in middle-aged and elderly residents of a Jerusalem Community. *Soc. Sci. Med.* 1992:747–755.
- 8 Adelman PK, Antonucci TC. A causal analysis of employment and health in midlife women. *Women-Health* 1990:5–20.
- 9 Arber S. Class paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc. Sci. Med* 1991; 32:425–436.
- 10 Hibbard JH, Clyde RP. Effect of domestic and occupational roles on morbidity and mortality. *Soc. Sci. Med.* 1991; 32:805–811.
- 11 Anson O, Anson J. Women's health and labour force status: an enquiry using a multipoint measure of labour force participation. *Soc. Sci. Med.* 1987; 25:57–63.
- 12 Noack H, Werner M, Calmonte R, Junker CH, Strub B. Health promotion in the workplace: A randomized trial in improving health and reducing risk of chronic disease. AGF-Projektberichte 91/1. Bern: Abteilung für Gesundheitsforschung. Bern, 1991.
- 13 Noack H, Foppa I, Calmonte R. Reported disease and psychological well-being in Swiss adults. *Sozial- und Präventivmedizin* 1993, 38 (im Druck).

- 14 Weiss W, Spuhler T, Gruet F, Guindani D, Noack H. Enquete auprès de la population „La santé et la promotion de la santé“. Rapport final. In: Projet intercantonal sur les indicateurs de santé (PROMES). Aarau: Institut suisse de la santé publique et des hopitaux (ISH/SKI), 1990:67–123.
- 15 Blaxter M. Health and Lifestyles. London: Tavistock and Routledge, 1990.
- 16 Noack H, Weiss W. Gesundheitliches Wohlbefinden. In: Weiss W, Hrsg. Gesundheit in der Schweiz. Zürich: Seismo, 1993, 87–99.

Teilweise unterstützt durch Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der Wissenschaftlichen Forschung, Projekt Nr. 32-9290.87.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. R. H. Noack
Institut für Sozialmedizin
Karl-Franzens-Universität Graz
Universitätsstrasse 6/I
A-8010 Graz/Oesterreich