

## Arbeitslose und ihre Gesundheit: Langzeitanalysen für die Bundesrepublik Deutschland

Thomas Elkeles, Wolfgang Seifert

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin

Gesundheit ist ein sensibler Indikator für ungleiche Ressourcen-, Macht- und Statusverteilung. Die klaren Beziehungen zwischen soziostrukturellen Disparitäten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen reproduzieren sich im Falle der besonderen sozialen Lage, arbeitslos zu sein. Sozialepidemiologische Forschung hat Befunde vorgelegt, die anhand verschiedener Indikatoren der psychischen und physischen Gesundheit auf erhöhte gesundheitliche Belastungen von Arbeitslosen hinweisen: von der Stressbelastung über biochemische Veränderungen bis hin zu erhöhter Morbidität und Mortalität (vgl. Überblicke bei <sup>1-5</sup>).

Eine kausale Erklärung hierfür ist schwierig. Im Grunde ist es als bisher offene Frage zu bezeichnen, ob bzw. in welchem Ausmass die bei Arbeitslosen gefundene schlechtere Gesundheit eine Folge oder aber eine Ursache individueller Arbeitslosigkeit ist.

Für einen verschlechterten Gesundheitszustand in Folge von Arbeitslosigkeit spricht theoretisch, dass mit dem Verlust der Erwerbsarbeit neben materiellen Gratifikationen auch latente Funktionen der Erwerbsarbeit für die soziale und psychische Identität eingebüsst werden<sup>6</sup>. Können diese latenten Funktionen vom Individuum nicht anderweitig substituiert werden, sind gesundheitliche Folgewirkungen möglich, von Stresssymptomen bis hin zu im Zeitverlauf sich entwickelnden manifesten Erkrankungen. Die Annahme einer solchen Kausalität bezeichnen wir als Kausations-Hypothese.

Für einen schlechteren Gesundheitszustand als Ursache der Arbeitslosigkeit sprechen arbeitsmarktpolitische Verwerfungen. Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Sie sind häufiger unter den Entlassenen und haben geringere Wiederbeschäftigungsaussichten. Die Annahme einer solchen Erklärung für den beobachteten schlechteren Gesundheitszustand Arbeitsloser bezeichnen wir als Selektions-Hypothese.

Beide Effekte sind unmittelbar plausibel und auch empirisch belegt. Sie wurden allerdings in der Forschung bisher kaum zueinander in Beziehung gesetzt. Dies war der Ansatzpunkt unserer eigenen Studie<sup>7</sup>, aus der im folgenden einige Ergebnisse vorgestellt werden sollen. Mittels eines Designs, das prinzipiell in der Lage ist, beide Effekte quantitativ zu messen, wurde versucht, den Nettoeffekt von

gesundheitlichen Wirkungen zu bestimmen, die wir infolge von Kausation einerseits und infolge von Selektion andererseits vermuteten. Damit kann ein Beitrag zur Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit geleistet werden.

### Gegenwärtiger Forschungsstand unter methodologischen Aspekten

Der Umstand, dass in bisherigen Studien zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit die Frage nach der Richtung von Ursache-Wirkungs-Beziehungen weitgehend offen blieb, ist – wie im folgenden kurz dargelegt werden soll – vorwiegend methodologisch bedingt. Damit soll nicht in Abrede gestellt werden, daß es durchaus legitime Fragestellungen sind, die zur Wahl von Methoden und Designs führten bzw. führen, welche die Frage nach der Kausalität nicht beantworten lassen. Zum Beispiel stellt sich die Frage nach Kausation oder Selektion gegenwärtig nicht für die Bedingungen von Arbeitslosigkeit und ihrer Bewältigung in Ostdeutschland (vgl. <sup>8</sup>) oder generell in Osteuropa, denn bei den vorgenommenen bzw. noch zu erwartenden Massenentlassungen findet gesundheitliche Selektion nicht in einem den westlichen Bundesländern vergleichbaren Umfang statt. Ursachen, Bedingungen und Folgen von Arbeitslosigkeit sind im historischen Kontext zu untersuchen. Für die gegenwärtigen Bedingungen der alten Bundesrepublik Deutschland und vergleichbarer westlicher Industrienationen stellt sich auf dem Stand der Forschung zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit vermehrt die Frage nach den Ursache-Wirkungs-Beziehungen. Ohne aussagefähige Einbeziehung der Zeitdimension reproduziert die Forschung ansonsten Korrelationen, die nicht dabei weiterhelfen, gesundheitliche Ungleichheit besser zu verstehen und sozialpolitische Dimensionen des Problems in ihrer Vielschichtigkeit einbeziehen zu können.

Die vielleicht bekanntesten Arbeiten zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit (wie diejenigen von Harvey Brenner<sup>9-18</sup>) benutzen einen makroanalytischen Ansatz: Es werden der amtlichen Statistik entnommene Aggregatdaten zur wirtschaftlichen Instabilität eines Landes (Arbeitslosenquoten) mit Aggregatdaten zum Gesundheitsstatus der Gesamtpopulation (Mortalitätsziffern) miteinander in Bezie-

hung gesetzt und mittels Zeitreihenanalysen in ökonomischen Modellen auf statistische Beziehungen getestet. Harvey Brenner hat für zahlreiche industrialisierte Länder Modelle vorgelegt, nach denen eine Zunahme der Arbeitslosigkeit mit time-lags zu einem Ansteigen (bzw. verlangsamten Rückgang) der Mortalität führe. Bei solchen Assoziationen auf Aggregatebene wissen wir jedoch nichts darüber, ob sie durch die Subgruppe tatsächlich arbeitsloser Personen hervorgerufen werden. Es ist nicht zu entscheiden, ob die beobachtete kürzere Lebenszeit durch arbeitslos gewesene Personen, andere Gruppen oder aber die Gesamtbevölkerung verursacht wurde<sup>19–21</sup>.

Mit individuenbezogenen Daten lassen sich Gesundheits-Outcomes konkreter Individuen in Abhängigkeit von deren Erwerbsstatus analysieren. Um die Frage Kausation versus Selektion untersuchen zu können, muß zusätzliche Bedingung entsprechender Studien sein:

- Repräsentativität der Stichprobe, um den Gesamteffekt messen zu können;
- Längsschnittdesign, d. h. Messung der Gesundheits- und Erwerbsstatus-Variablen zu mindestens zwei verschiedenen Zeitpunkten bei ein und denselben Personen.

Viele Studien erfüllen eine, nicht jedoch beide dieser notwendigen Bedingungen. Für die BRD liegt eine Auswertung des bevölkerungsrepräsentativen 1. Nationalen Gesundheitssurvey (DHP) vor, die anhand recht differenzierter Gesundheitsindikatoren gesundheitliche Beeinträchtigungen von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen zeigt<sup>22</sup>. Da es sich um eine Querschnitterhebung handelt, sind jedoch grundsätzlich keine kausalen Erklärungen möglich<sup>23</sup>. Follow-up-Studien, wie sie in verschiedenen anderen Ländern durchgeführt wurden<sup>24</sup>, haben zwar Längsschnittcharakter. Doch diese Studien sind nicht repräsentativ, sondern untersuchen Problemebelegschaften, -industriezweige oder -regionen. Derart gemessene Effekte können die wahren Effekte überschätzen. Ihre Ergebnisse weisen auf eine Zunahme gesundheitlicher Beeinträchtigungen (insbesondere Stress- und psychosomatische Symptome) im Prozess der Arbeitslosigkeit und auf Verbesserung der Gesundheit nach Wiederbeschäftigung hin.

Für die BRD gibt es zwei repräsentative Arbeitslosen-Längsschnittstudien: die Infratest- und die IAB-Studie<sup>25,26</sup>. Die Infratest-Studie konnte Veränderungen im subjektiven Gesundheitsstatus nicht mit Sicherheit Veränderungen im Erwerbsstatus zuordnen. Die IAB-Studie fand in der Anfangsphase von Arbeitslosigkeit Verbesserungen der physischen und Verschlechterungen der psychischen Gesundheit. Bei der Zweitbefragung (1 1/2 Jahre später) zeigten alle Indikatoren für Langzeitarbeitslose ein erheblich schlechteres gesundheitliches Befinden als für wiederbeschäftigte ehemalige Arbeitslo-

se. Während diese beiden Studien also zu unterschiedlichen Gesundheits-Ergebnissen kommen, ist ihnen gemeinsam, daß sie als Verlaufsstudien mit der Messung erst nach Eintritt der Arbeitslosigkeit beginnen. Um dem Zeitpunkt des Arbeitsplatzverlustes vorangegangene Gesundheitsprozesse besser berücksichtigen zu können, ist ein Studiendesign erforderlich, das grössere Abschnitte auf der Zeitachse abbildet.

### Daten und Methoden

In unserer Studie zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit benutzten wir die Daten des Sozio-ökonomischen Panels. Das Panel ist eine Längsschnittstudie zur sozialen Lage der Haushalte in der Bundesrepublik Deutschland. Seit 1984 werden jährlich dieselben Personen einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe über ihre objektiven Lebensbedingungen und deren subjektive Bewertung mittels gleicher Items befragt. Hierzu gehören auch Fragen zur Gesundheit und zur Gesundheitszufriedenheit. Damit ist die Möglichkeit gegeben, Gesundheitsindikatoren im Zeitverlauf zu beobachten und mit sozio-demographischen Merkmalen zu kombinieren. Insbesondere besteht die Möglichkeit, Verläufe der Gesundheitsangaben in Abhängigkeit von verschiedenen Verläufen des Erwerbsstatus auszuwerten, z. B. Gesundheit vor, während und nach Arbeitslosigkeit. Es ist darauf hinzuweisen, dass alle Gesundheitsindikatoren auf Angaben der Befragten beruhen. Objektive Messdaten, wie sie z. B. in Gesundheitssurveys zusätzlich erhoben werden, liegen im Panel zum Bereich der Gesundheit nicht vor. Die Validität subjektiver Angaben zur Gesundheit kann jedoch im allgemeinen als mindestens ebenso gut wie diejenige objektiver Gesundheitsdaten angesehen werden. Für die Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Gesundheit erscheinen uns subjektive Indikatoren sogar als besonders geeignet, da sie die Dimensionen vom Individuum empfundener Beeinträchtigungen zum Ausdruck bringen.

Wir benutzten den Längsschnittdatensatz der Wellen 1–5. Hier sind nur solche Personen enthalten, die zwischen 1984 und 1988 an allen Befragungen teilgenommen hatten. Durch Beschränkung auf deutsche Staatsangehörige des erwerbsfähigen Alters verblieben N = 5516 Individuen im Alter von 18–64 Jahren. Hierbei wurden Untersuchungsgruppen arbeitsloser Personen und Kontrollgruppen erwerbstätiger und nichterwerbstätiger Personen unterschieden.

Arbeitslosigkeit wird im Panel zum einen durch eine Stichtagsangabe erfaßt. Zu den Befragungszeitpunkten (jeweils Mai) wird erfragt, ob die Person derzeit arbeitslos gemeldet ist. Zusätzlich werden die Befragten jeweils gebeten, für jeden Monat des vorangegangenen Jahres Auskunft über ihren Er-

werksstatus zu geben. Mit diesen Kalendariendaten ist es möglich, Erwerbsbiographien auf Monatsbasis lückenlos zu rekonstruieren und damit Auskunft über Verlauf und Dauer individueller Arbeitslosigkeitsperioden zu gewinnen.

Da in der Literatur allgemein davon ausgegangen wird, dass Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit von der Länge der Arbeitslosigkeit abhängig sind, uns jedoch die Messzeitpunkte vorgegeben waren, konstruierten wir mittels der Kalendariendaten Gruppen von Arbeitslosen, die am Messzeitpunkt mindestens 6 Monate arbeitslos waren. Dies traf jeweils auf etwa die Hälfte der Stichtagsarbeitslosen zu.

### Ergebnisse

Zunächst bestätigt sich in jeder einzelnen Welle, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, und zwar bei allen zur Verfügung stehenden Gesundheitsstatus-Variablen:

- chronische Beschwerden oder Krankheiten (Tabelle 1)
- durch den Gesundheitszustand bedingte Behinderung bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben
- Erwerbsminderung und Schwerbehinderung (vgl. 7).

Für alle diese Indikatoren gilt, dass die Differenzen gegenüber den Erwerbstätigen sich vergrößern, wenn die an den jeweiligen Stichtagen bereits mindestens 6 Monate lang Arbeitslosen betrachtet werden. Dies galt unabhängig von Merkmalen wie berufliche Stellung, Schulabschluss, Alter und Geschlecht.

Möglicherweise erfassen diese Indikatoren solche Gesundheitsbeeinträchtigungen unzureichend, die als potentielle Folgen der Arbeitslosigkeit zu erwarten wären (submanifeste Gesundheitsbeeinträchtigungen und psychosomatische Störungen). Daher konzentrierten wir uns auf den vierten Indikator, die Zufriedenheit mit der Gesundheit. Bei diesem Indikator ist anzunehmen, daß er eine subjektive Bewertung aller Dimensionen der Gesundheit darstellt, also auch leichtere körperliche und psychische Befindlichkeitsstörungen anzeigt.

Die Gesundheitszufriedenheit der Arbeitslosen war in allen Jahren geringer als die der Erwerbstätigen (Tabelle 2). Bei im Zeittrend bei allen Befragten etwas abnehmendem Niveau der Gesundheitszufriedenheit bestand ein Unterschied, der sich bei den länger als 6 Monate Arbeitslosen noch verstärkte.

Um andere soziodemographische Variablen zu kontrollieren, wurde mittels einer multiplen Klassifikationsanalyse zunächst für alle Befragungspersonen der Einfluss von Erwerbsstatus (erwerbstätig, arbeitslos, nicht erwerbstätig), Schulabschluss, Geschlecht und Alter überprüft (Tabelle 3). Insgesamt haben diese Variablen mit 12% erklärter Varianz nur eine beschränkte Erklärungskraft für die Gesundheitszufriedenheit. Der deutlichste Zusammenhang ( $\eta^2$  0,31) besteht, auch bei Kontrolle der übrigen Variablen, zwischen Alter und Gesundheitszufriedenheit.

Schulabschluss, Erwerbsstatus und Geschlecht haben eine deutlich geringere Erklärungskraft. Es fällt jedoch auf, daß der Einfluß der Arbeitslosigkeit bei Kontrolle aller übrigen Variablen deutlich grösser wird, d. h. auch wenn alle anderen Variablen gleich sind, ist die Zufriedenheit Arbeitsloser durchschnittlich um 0,7 Punkte geringer als die des gesamten Durchschnitts.

Tab. 1. Längeres oder chronisches Leiden an bestimmten Beschwerden oder Krankheiten<sup>1</sup> nach dem Erwerbsstatus.

	1984	1985	1986	1987	1988
	in %				
Arbeitslose					
Alle am Befragungstag Arbeitslose (N=192*)	27	27	33	41	31
Am Befragungstag seit mindestens 6 Monaten arbeitslos (N=88)	34	33	46	49	
Erwerbstätige (N=3144)	27	25	26	27	22
Berufliche Stellung					
Ungelernte Arbeiter	29	26	37	37	36
Angelernte Arbeiter	29	30	25	28	27
Facharbeiter/Meister	30	27	24	29	20
Angestellte	26	25	27	26	22
Beamte	22	22	24	24	22
Selbständige	28	23	28	31	20
Nicht Erwerbstätige (N=1704)	39	39	42	44	41

<sup>1</sup> Bejahung der Frage „Leiden Sie seit mindestens einem Jahr oder chronisch an bestimmten Beschwerden oder Krankheiten?“

\* Alle Fallzahlen sind gewichtete Fallzahlen und beziehen sich auf das Basisjahr 1984, in den Folgejahren sind die Arbeitslosenzahlen höher.

Datenbasis: Das Sozio-ökonomische Panel, Wellen 1–5.

Tab. 2. Durchschnittliche Gesundheitszufriedenheit<sup>1</sup> nach dem Erwerbsstatus.

	1984	1985	1986	1987	1988
	Mittelwerte				
Arbeitslose					
Alle am Befragungstag Arbeitslose <sup>2</sup>	6,7***	6,8***	6,7***	6,5***	6,3***
Am Befragungstag seit mindestens 6 Monaten arbeitslos	6,2	6,0	6,3	5,9	
Erwerbstätige	7,3	7,3	7,1	7,0	6,9
Berufliche Stellung					
Ungelernte Arbeiter	6,8	6,5	6,8	5,9	6,1
Angelernte Arbeiter	6,9	7,0	6,8	6,8	6,6
Facharbeiter/Meister	7,2	7,3	7,2	7,0	6,9
Angestellte	7,5	7,2	7,1	7,1	7,0
Beamte	7,8	7,6	7,5	7,3	7,1
Selbständige	6,9	7,2	7,0	6,9	6,7
Nicht Erwerbstätige	6,8	6,6	6,5	6,4	6,2

<sup>1</sup> Durchschnittliche Werte auf einer von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“) reichenden Zufriedenheitsskala.

<sup>2</sup> Fallzahlen siehe Tabelle 1.

\*\*\* p < 0,001 (bezogen auf Arbeitslose/Erwerbstätige/Nicht Erwerbstätige, jeweils pro Jahr).

Datenbasis: Das Sozio-ökonomische Panel, Wellen 1–5.

Tab. 3. Multiple Klassifikationsanalyse: Gesundheitszufriedenheit korreliert mit Erwerbsstatus, Ausbildung, Alter und Geschlecht.

Durchschnitt insgesamt = 7,1	Abweichung vom Mittelwert	Eta	Abweichung vom Mittelwert bei Kontrolle aller übrigen Variablen	Beta
Erwerbsstatus***				
Erwerbstätig	0,2		0,2	
Arbeitslos	-0,4		-0,7	
Nicht erwerbstätig	-0,4		-0,2	
		0,13		0,09
Schulbildung***				
Hauptschule	-0,3		-0,2	
Realschule	0,4		0,2	
Fachhochschule	0,5		0,3	
Abitur	0,7		0,4	
		0,16		0,09
Alter***				
18–24 Jahre	1,1		1,0	
25–34 Jahre	0,7		0,6	
35–44 Jahre	0,4		0,3	
45–54 Jahre	-0,6		-0,6	
55–64 Jahre	-1,1		-0,9	
		0,31		0,28
Geschlecht				
Männer	0,1		0	
Frauen	-0,1		0	
		0,06		0,01

\*\*\* p < 0,001.

Datenbasis: Das Sozio-ökonomische Panel, Wellen 1–5.

Wird dieser Zusammenhang unter Ausschluss der nicht Erwerbstätigen für die Variablen Erwerbsstatus (Erwerbstätige, Arbeitslose), Geschlecht, Stellung im Beruf und Alter überprüft, zeigt sich ein ähnliches Bild. Alter hat wiederum den höchsten Erklärungswert (eta 0,25), während die anderen Variablen eher geringe Aussagekraft haben. Aber wiederum wächst bei Kontrolle der übrigen Variablen die Bedeutung des Erwerbsstatus, so dass

festgehalten werden kann, dass Arbeitslose unabhängig von Alter, Geschlecht, Schulabschluss und Stellung im Beruf eine niedrigere Gesundheitszufriedenheit aufweisen.

Differenziert man die Gesundheitszufriedenheit sowohl nach dem Erwerbs- als auch nach dem Gesundheitsstatus (Tabelle 4), zeigt sich, dass in allen einzelnen Jahren sowohl innerhalb der Gruppe, die chronische Beschwerden oder Krankheiten angege-

Tab. 4. Durchschnittliche Gesundheitszufriedenheit<sup>1</sup> nach Erwerbs- und Gesundheitsstatus.

	1984	1985	1986	1987	1988
	Mittelwerte				
Erwerbstätige					
– chronisch krank (N=809 <sup>2</sup> )	5,5***	5,6***	5,5***	5,6***	5,4***
– nicht chronisch krank (N=2153)	8,0***	7,8**	7,7*	7,5	7,3
Arbeitslose					
– chronisch krank (N=52)	5,0	4,9	5,3	5,1	4,6
– nicht chronisch krank (N=140)	7,3	7,5	7,4	7,3	7,1
Nicht Erwerbstätige					
– chronisch krank (N=631)	4,9	4,9	5,0	5,1	4,7
– nicht chronisch krank (N=993)	7,9	7,6	7,5	7,4	7,3

<sup>1</sup> Durchschnittliche Werte auf einer von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“) reichenden Zufriedenheitsskala.

<sup>2</sup> Alle Fallzahlen sind gewichtete Fallzahlen und beziehen sich auf das Basisjahr 1984, in den Folgejahren sind die Arbeitslosenzahlen höher.

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$  (bezogen auf Arbeitslose/Erwerbstätige/Nicht Erwerbstätige bei jeweils gleichem Gesundheitsstatus, jeweils pro Jahr).

Datanbasis: Das Sozio-ökonomische Panel, Wellen 1–5.

ben hatte, als auch innerhalb der Gruppe, die das Vorliegen solcher Beschwerden oder Krankheiten verneint hatte, jeweils die Arbeitslosen geringere Gesundheitszufriedenheit als die Erwerbstätigen haben.

Man könnte die geringere Gesundheitszufriedenheit chronisch kranker Arbeitsloser gegenüber entsprechenden Erwerbstätigen sowohl so interpretieren, dass Kranke im Verlaufe der Arbeitslosigkeit nochmals kränker wurden als auch so, dass von den Kranken die besonders schwer Kranken ihren Arbeitsplatz verloren. Die geringere Gesundheitszufriedenheit von Arbeitslosen, die nicht an chronischen Beschwerden oder Krankheiten leiden, gegenüber entsprechenden Erwerbstätigen, könnte man als Ausdruck gesundheitlicher Belastungen der Arbeitslosigkeit interpretieren. Aber dies sind im Grunde nicht mehr als Vermutungen.

Daher untersuchten wir im Längsschnitt, ob zwischen zwei aufeinanderfolgenden Befragungszeitpunkten stattgefundenen Wechsel im Erwerbsstatus von Veränderungen der Angaben zur Gesundheit begleitet waren. Auf diese Weise wird ein Vergleich der Gesundheit vor und nach Eintritt von Arbeitslosigkeit sowie ein Vergleich der Gesundheit vor und nach Eintritt von Wiederbeschäftigung möglich.

Personen, die zu einem Befragungszeitpunkt erwerbstätig, am folgenden arbeitslos – und zwar seit mindestens 6 Monaten – waren, bilden die Untersuchungsgruppe zum *Eintritt von Arbeitslosigkeit*. Wir fassten die entsprechenden Fälle aller Jahre zusammen (sog. Pools, N = 125). Geht man von der Annahme aus, potentielle gesundheitsbeeinträchtigende Wirkungen der Arbeitslosigkeit seien grösser als bereits vor Verlust des Arbeitsplatzes bestandene Gesundheitsbeeinträchtigungen, würde die Erwartung lauten: die Gesundheit arbeitsloser Personen

ist gegenüber dem Zeitpunkt, an dem sie noch in einem Beschäftigungsverhältnis standen, verschlechtert. Geht man dagegen davon aus, ein Nettoeffekt werde mehr durch bereits vor Verlust des Arbeitsplatzes bestandene Gesundheitsbeeinträchtigungen bestimmt, wäre eine Konstanz, wenn nicht gar eine Verbesserung zu erwarten.

Als Ergebnis des Vergleichs der Gesundheitszufriedenheit vor und nach dem Verlust des Arbeitsplatzes zeigte sich, dass die Gesundheitszufriedenheit insgesamt stabil blieb (Abbildung 1 a). 21% der Arbeitslosen gaben exakt die gleiche Gesundheitszufriedenheit wie im Vorjahr an. Veränderungen nach unten und nach oben waren mit 39% bzw. 40% gleich häufig. Damit bestätigt sich die nach der Selektions-Hypothese formulierte Konstanz-Annahme. Dies wird noch deutlicher, wählt man als Grenze eine Veränderung der Gesundheitszufriedenheit um mindestens zwei Skalenwerte (Abbildung 1 b). Eine gegenüber dem Vorjahr gleiche oder lediglich um einen Skalenwert veränderte Gesundheitszufriedenheit gaben 59% der arbeitslos gewordenen Personen an. Abweichungen um zwei oder mehr Skalenwerte nach unten oder oben waren mit 21 bzw. 20% gleich stark ausgeprägt. Auch die Angaben zum Vorliegen chronischer Beschwerden oder Krankheiten blieben nach Eintritt von Arbeitslosigkeit konstant bzw. die Zunahmen und Abnahmen hielten sich die Waage<sup>7</sup>. Gegenüber dem Zeitpunkt vor Verlust des Arbeitsplatzes ist also keine gesundheitliche Verschlechterung feststellbar, die zu den Gesundheitsunterschieden zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen führt. Dies ist als Unterstützung der Selektions-Hypothese zu interpretieren.

Personen, die in einem Kalenderjahr angegeben hatten, arbeitslos zu sein, im darauffolgenden angegeben hatten, erwerbstätig zu sein, bildeten eine

Abb.1a: Veränderungen der Gesundheitszufriedenheit nach Eintritt von Arbeitslosigkeit

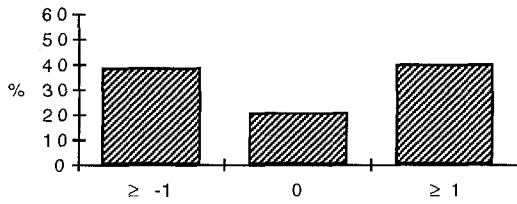
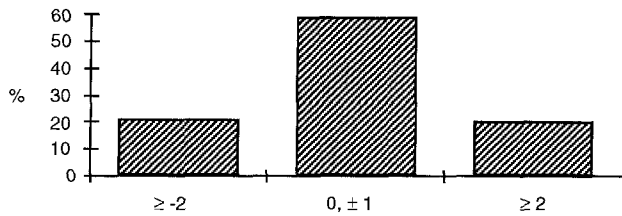


Abb.1b: Veränderungen der Gesundheitszufriedenheit nach Eintritt von Arbeitslosigkeit



Eintritt von Arbeitslosigkeit: Erwerbstätig in T0, mindestens 6 Monate arbeitslos in T1  
 Werte auf einer von 0 ("ganz und gar unzufrieden") bis 10 ("ganz und gar zufrieden") reichenden Zufriedenheitsskala

Datenbasis: Das Sozio-ökonomische Panel, Wellen 1-5.

zweite Untersuchungsgruppe für Longitudinalanalysen: die *Wiederbeschäftigten* (ca. 70 Fälle jährlich; hier bilden die Basis die Stichtagsangaben, d. h. Dauer und Ende der Arbeitslosigkeit konnten hierbei nicht berücksichtigt werden). Als Vergleichsgruppe wurden diejenigen herangezogen, die in den entsprechenden beiden Jahren jeweils kontinuierlich Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit angegeben hatten (ebenfalls nach dem Stichtagsprinzip).

Bei einem kausalen Effekt von Arbeitslosigkeit auf verschlechterte Gesundheit wäre ein positiver Effekt durch Wiederbeschäftigung zu erwarten. Wenn die Gesundheitszufriedenheit durch die Arbeitslosigkeit selber reduziert wird und nach Fortfall der Arbeitslosigkeit ein Reversionseffekt eintritt, müsste nach Wiederbeschäftigung ein Anstieg der Gesundheitszufriedenheit messbar sein. Im Rahmen der Selektions-Hypothese hingegen wäre eine Konstanz der Gesundheitsangaben zu erwarten. Denn die Arbeitslosigkeit als solche beeinflusst nach der Selektions-Hypothese ja nicht die Gesundheit.

Es wurde also überprüft, ob sich die Gesundheitszufriedenheit bei Personen, die zum Befragungszeitpunkt erwerbstätig und im Vorjahr arbeitslos waren, häufiger positiv verändert hatte als bei Personen, die in beiden entsprechenden Jahren entweder Arbeitslosigkeit oder Erwerbstätigkeit angegeben hatten (Tabelle 5). Ein derartiger Effekt von Wiederbeschäftigung zeigte sich jedoch nicht. Bei der Mehrzahl der Wiederbeschäftigten bleibt die Gesundheitszufriedenheit nahezu konstant: in allen Jahresübergängen ergibt sich ein Anteil von mehr als 50% der Wiederbeschäftigten, die den gleichen bzw. lediglich um einen Punkt veränderten Skalenwert wie im Vorjahr angeben. Bei den verbleibenden, d. h. Personen, die sich um zwei oder mehr Skalenwerte verändern, überwiegen in zwei Jahren die Veränderungen nach oben, in zwei Jahren die Veränderungen nach unten. Eine Tendenz zum Anstieg zeigt sich also nicht. Ebenso konstant blieben diejenigen Arbeitslosen, die auch im Folgejahr arbeitslos waren.

Vergleicht man nun die Höhe der Mittelwerte, zeigt sich eine leichte Abnahme, die dem allgemeinen Trend sinkender Gesundheitszufriedenheit entspricht und nicht zwischen Wiederbeschäftigten, den jeweils in beiden entsprechenden beiden Jahren

Tab. 5. Veränderungen der Gesundheitszufriedenheit im Zeitverlauf nach Erwerbstatus-Passagen.

T0	T1	≥ -2	0, ± 1	≥ 2	T0	T1
		%	%	%	∅	∅
1984	1985					
Arbeitslos	Erwerbstätig (N = 54)	27	51	22	7,9	7,6
Arbeitslos	Arbeitslos (N = 137)	22	49	29	6,3	6,6
Erwerbstätig	Erwerbstätig (N = 2892)	22	60	18	7,4	7,2
1985	1986					
Arbeitslos	Erwerbstätig	19	59	22	7,2	7,3
Arbeitslos	Arbeitslos	22	54	25	6,5	6,6
Erwerbstätig	Erwerbstätig	21	63	17	7,3	7,1
1986	1987					
Arbeitslos	Erwerbstätig	28	58	15	7,2	6,8
Arbeitslos	Arbeitslos	26	54	20	6,5	6,2
Erwerbstätig	Erwerbstätig	21	62	17	7,1	7,0
1987	1988					
Arbeitslos	Erwerbstätig	23	52	26	7,0	6,9
Arbeitslos	Arbeitslos	23	55	22	6,3	6,1
Erwerbstätig	Erwerbstätig	22	61	17	6,8	6,9

Werte auf einer von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“) reichenden Zufriedenheitsskala.  
 Datenbasis: Das Sozio-ökonomische Panel, Wellen 1–5.

Arbeitslosen und den jeweils in beiden Jahren Erwerbstätigen differiert. Im Niveau der jeweiligen beiden Angaben zeigt sich jedoch ein Unterschied zwischen Wiederbeschäftigten und den in beiden Jahren Arbeitslosen: die Gesundheitszufriedenheit der Wiederbeschäftigten ist sowohl zum Zeitpunkt ihrer Arbeitslosigkeit als auch zum Zeitpunkt ihrer Wiederbeschäftigung höher als die der in beiden Jahren Arbeitslosen. Das spricht dafür, dass (primär) gesündere Personen bessere Chancen hatten, wiederbeschäftigt zu werden, (primär) kränkere Personen dagegen arbeitslos blieben.

### Diskussion

Follow-Up-Studien, die nach Werksschliessungen Arbeitslose oder Personen in Problemregionen mit hoher Arbeitslosigkeit untersuchen, messen höhere Effekte als Repräsentativstudien, da unterschiedliche regionale, geschlechts-, alters- und berufsspezifische Situationen von Arbeitslosigkeit und unterschiedliche kollektive und individuelle Reaktionsweisen erfasst werden. Für den Gesamt-Effekt im Vergleich kausaler und selektiver Einflüsse können nur Repräsentativstudien-Ergebnisse auf der Basis von Langzeitanalysen massgeblich sein.

Wenn dennoch auch Einschränkungen bezüglich einer möglichen Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit unserer Ergebnisse zu machen sind, betrifft dies die Anordnung der Messzeitpunkte und die Gesundheitsindikatoren, auf denen diese Ergebnisse basieren.

Da lediglich Messzeitpunkte im Ein-Jahres-Abstand zur Verfügung standen, könnte es sein, dass nicht alle zwischenzeitlichen Veränderungen adäquat abbildbar waren – ein Problem aller Studien zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit, das sich nur bei einer eigens für dieses Untersuchungsziel angelegten, aufwendigen Studie, wenn überhaupt, lösen liesse.

Drei der vier zur Verfügung stehenden Gesundheitsindikatoren messen relativ schwere Beeinträchtigungen (eher im Sinne manifester Krankheit), weniger einen allgemeinen Gesundheitsstatus. Daher sind Einschränkungen bei der Generalisierbarkeit für Gesundheitsprobleme psychosomatischer und psychologischer Art zu machen, die in früheren Studien zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit gefunden wurden.

Diese Einschränkungen gehen allerdings nicht so weit, dass zu folgern wäre, lediglich von den Befragten angegebene manifeste Formen der Gesundheitsbeeinträchtigung bei Arbeitslosigkeit seien selektionsbedingt. Denn auch die Gesundheitszufriedenheit, also ein subjektiver Indikator, dem wir Reagibilität auf verschiedenste Formen und Grade von Gesundheitsbeeinträchtigungen zuschreiben, stützte die Selektions-Hypothese.

### Zusammenfassung

Mit empirischen Analysen der Daten des Sozio-ökonomischen Panels (jährliche Daten, 1984–1988, N = 5516 Individuen im Alter von 18–64 Jahren) läßt sich zeigen, daß in der Bundesrepublik Deutschland Unterschiede bei der Gesundheit zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Personen bestehen. Arbeitslose haben eine geringere Gesundheitszufriedenheit und nennen in höherem Ausmass gesundheitliche Belastungen. Dies war nur zu einem Teil durch gesundheitsrelevante sozio-demographische Merkmale der Arbeitslosen bedingt. Die Differenzen nach dem Erwerbsstatus bestanden auf stabilem Niveau und setzten sich im Zeitverlauf der Jahre 1984–1988 fort.

Es ergaben sich jedoch keine Anhaltspunkte für einen kausalen Einfluß der Arbeitslosigkeit, also gesundheitlich sich manifestierende Folgen der Arbeitslosigkeit. Die relative Konstanz der Gesundheitszufriedenheit, sowohl beim Eintritt von Arbeitslosigkeit als auch bei Wiederbeschäftigung unterstützt hingegen die Selektions-Hypothese. Danach ist die gesundheitliche Ungleichheit zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen dadurch bedingt, daß in der Bundesrepublik Deutschland im Untersuchungszeitraum primär gesundheitlich beeinträchtigte Personen häufiger entlassen wurden und es den gesünderen unter den Arbeitslosen eher gelang, Wiederbeschäftigung zu finden.

### Résumé

#### **La santé des chômeurs: Etude longitudinale en République fédérale allemande (RFA).**

L'analyse des données d'une étude de cohorte socio-économique en RFA (données annuelles entre 1984 et 1988 de 5516 individus âgés de 18 à 64 ans) démontre des différences quant à leur état de santé entre les chômeurs et les travailleurs. Les premiers sont moins satisfaits de leur état de santé et une plus grande proportion d'entre eux se déclarent atteintes dans santé. Ces résultats n'ont qu'une association partielle avec les variables socio-démographiques relatives à la santé. Ils ne fournissent donc pas d'arguments en faveur d'une relation causale entre le chômage et la maladie. En effet, Les différences selon l'état d'activité restent stables. La constance relative de la satisfaction par rapport à l'état de santé en début et en fin de chômage renforce l'hypothèse d'un biais de sélection. Ce qui permet de conclure qu'en RFA, pendant la période étudiée, l'inégalité par la santé des travailleurs et des chômeurs se manifeste par un licenciement plus fréquent des travailleurs malades. Parallèlement ce sont ceux qui sont en meilleure santé, parmi les chômeurs, qui retrouvaient le plus rapidement une place de travail.

## Summary

### Unemployment and health: Long-term effects in Germany

Findings from a study based on the longitudinal data of the German Socio-Economic panel (annual data, 1984–1988, N = 5516 individuals, 18–64 years) confirmed differences in health between unemployed and employed persons. The health satisfaction of unemployed persons is on a lower level as well as health impairments. This was only partially due to socio-demographic characteristics. The differences by employment status were stable in all years between 1984 and 1988. However, there were no indications for a causal influence of unemployment on health impairments. A constant health-satisfaction of persons losing their job and of the re-employed, compared to their initial ratings, supported the selection hypotheses. This means that during the study period persons in poorer health are more likely to lose their job and persons in better health are more likely to be re-employed.

### Literaturverzeichnis

- 1 Land FJ, Viehues H. „Arbeitslosigkeit“ als Gegenstand sozialmedizinischer und medizinsoziologischer Forschung. BoSoFo (Bochumer sozialwissenschaftliche Forschung e.V.). Bochum: Eigenverlag, 1984.
- 2 Dooley D, Catalano R. Recent research on the psychological effects of unemployment. *J Soc Iss* 1988; 44:1–12.
- 3 Kieselbach T. Arbeitslosigkeit. In: Asanger R, Wenninger G, eds. Handwörterbuch der Psychologie 4th ed. München: Psychologie Verlags Union, 1988:42–51.
- 4 Häfner H. Arbeitslosigkeit – Ursache von Krankheit und Sterberisiken? *Z klin Psychol* 1990; 19:1–17.
- 5 Kurella S. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Literaturstudie für die Jahre 1985–1990. Veröffentlichungsreihe des Wissenschaftszentrums Berlin, Nr. P92-202. Berlin, 1992.
- 6 Jahoda M. Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Weinheim/Basel: Beltz, 1983.
- 7 Elkeles T, Seifert W. Arbeitslose und ihre Gesundheit. Empirische Langzeitanalysen. Veröffentlichungsreihe des Wissenschaftszentrums Berlin, Nr. P92-201. Berlin, 1992.
- 8 Kunzendorff E. Arbeitslosigkeit: Psychosoziale Begleitscheinungen, mögliche gesundheitliche Auswirkungen und ihre Bewältigung. *Z ärztl Fortbild* 1991; 85:1139–1146.
- 9 Brenner MH. Fetal, infant and maternal mortality during periods of economic instability. *Int J Health Serv* 1973; 3:145–159.
- 10 Brenner MH. Health Costs and benefits of economic policy. *Int J Health Serv* 1977; 7:581–623.
- 11 Brenner MH. Wirtschaftskrisen, Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung. München: Urban & Schwarzenberg, 1979 a.
- 12 Brenner MH. Mortality and the national economy – a review, and the experience of England and Wales, 1936–1976. *Lanc* 1979 b; 15 (Sep); 568–573.
- 13 Brenner MH. Mortality and economic instability: Detailed analyses for Britain and comparative analyses for selected industrialized countries. *Int J Health Serv* 1983; 13:563–620.
- 14 Brenner MH. Estimating the effects of economic change on national health and social well-being. A study for the Subcommittee on Goals and Intergovernmental Policy of the Joint Economic Committee of Congress. Washington DC: U.S. Government Printing Office, 1984.
- 15 Brenner MH. Zur Abschätzung der sozialen Kosten der Volkswirtschaftspolitik: Implikationen für psychische Gesundheit, körperliche Gesundheit und kriminelles Verhalten. In: Klees B, Weyerer S, eds. Weg vom Fenster – Arbeitslosigkeit und ihre Folgen. Frankfurt a. M.: Nachrichten-Verlags-Gesellschaft, 1986:108–186.
- 16 Brenner MH. Economic instability, unemployment rates, behavioral risks, and mortality rates in Scotland, 1952–1983. *Int J Health Serv* 1987 a; 17:475–487.
- 17 Brenner MH. Relation of economic change to Swedish health and social well-being 1950–1980. *Soc. Sci Med* 1987 b; 25:183–195.
- 18 Brenner MH. Economic change, alcohol consumption and heart disease in nine industrialized countries. *Soc. Sci Med* 1987 c; 25:119–132.
- 19 John J. Economic instability and mortality in the Federal Republic of Germany. Problems of macroanalytical approach with special reference to migration. In: John J, Schwefel D, Zöllner H., eds. Influence of Economic Instability on Health. Berlin: Springer, 1983:113–138.
- 20 John J. Health effects of unemployment: approaches and results of empirical research in the Federal Republic of Germany. In: Schwefel D, Svensson PG, Zöllner H, eds. Unemployment, social vulnerability, and health in Europe. Berlin: Springer, 1987:448–489.
- 21 John J. Wirtschaftskrise und Gesundheit – Interpretations- und Methodenprobleme von Aggregatdatenanalysen. *Med soz* 1988; 2:256–271.
- 22 Hoeltz J, Bormann C, Schroeder E. Subjektive Morbidität, Gesundheitsrisiken, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Gesundheitsberichterstattung auf der Basis des 1. Nationalen Gesundheitssurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Band 1 und 2. Infratest Gesundheitsforschung München. München: Eigenverlag, 1990.
- 23 Bormann C. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. *Soz Fortschr* 1992; 41:63–66.
- 24 Starrin B, Svensson PG, Wintersberger H, eds. Unemployment, Poverty and Quality of Working Life - Some European Experiences. Berlin: edition sigma, 1989.
- 25 Büchtemann CF. *Infratest Sozialforschung*. Die Bewältigung von Arbeitslosigkeit im zeitlichen Verlauf. Repräsentative Längsschnittuntersuchungen bei Arbeitslosen, Abgängen aus Arbeitslosigkeit und beschäftigten Arbeitnehmern 1978–1982. Bd. 85 der Reihe Forschungsberichte des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Bonn: Eigenverlag, 1983.
- 26 Brinkmann C, Potthoff P. Gesundheitliche Probleme in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit. *Mitt Arb Berufsforschung* 1983; 4:378–389.

### Korrespondenzadresse:

Dr. Thomas Elkeles  
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Forschungsgruppe  
Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik  
Reichpietschufer 50  
D-10785 Berlin/Deutschland