

# Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer

## Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003

### Zur Bedeutung von Arbeitslosigkeit für die Gesundheit

Mit etwa 5 Millionen arbeitslos gemeldeten Personen und einer Arbeitslosenquote von 9,9% in den alten und 20,5% in den neuen Bundesländern betrifft Arbeitslosigkeit mittlerweile weite Teile der Gesellschaft.<sup>1</sup> Neben den materiellen Folgen für die Betroffenen und ihre Familien geht Arbeitslosigkeit mit einer Vielzahl psychosozialer Belastungen und dem Verlust der latenten Funktionen von Arbeit, wie ihrer Bedeutung für das Selbstwertgefühl und die Identitätsentwicklung, einher. Fehlen die soziale Kontakte und Ausgrenzung aus den produktiven Bezügen der Erwerbsarbeit können die Gesundheit negativ beeinflussen.

Dass Gesundheitsrisiken und Gesundheitsprobleme bei Arbeitslosen vermehrt auftreten, wird durch zahlreiche nationale sowie internationale Forschungsarbeiten belegt. Unklar bleibt dabei aber zunächst die Richtung des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Diesbezüglich gibt es 2 grundlegende The- sen: Arbeitslosigkeit führt zu einem er-

höhten Krankheitsrisiko (Kausalitätshy- pothese), Krankheit führt zu einem erhöh- ten Arbeitslosigkeitsrisiko (Selektionshy- pothese). Durch die Komplexität des Zu- sammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit, der durch weitere Fakto- ren, wie z. B. den sozioökonomischen Sta- tus, familiären Kontext und Lebensstil, be- einflusst ist, lassen sich die jeweiligen Wir- krichtungen nur selten klar voneinander trennen. Querschnittstudien, wie auch der für diese Auswertungen herangezogene Te- lefon survey, ermöglichen hier keine Inter- pretation. Dazu sind Längsschnittstudien erforderlich, in denen die Gesundheit der Probanden vor und nach Eintritt der Ar- beitslosigkeit untersucht wird.

Als Ergebnis eines Reviews von Studi- en zu den Auswirkungen der Arbeitslosig- keit auf die Gesundheit ziehen Mathers und Schofield [1] das Resümee, dass sie nachteilige Folgen für die Gesundheit hat: Sie führt zu ansteigenden Mortalitätsraten, verursacht Störungen der physischen und seelischen Gesundheit sowie eine höhe- re Inanspruchnahme der Gesundheitsver- sorgung. Einige Studien lassen darüber hi- naus präzisere Aussagen zu. So zeigt eine jüngere schwedische Studie, dass Arbeits- losigkeit das Risiko, an einem Suizid oder einer anderen Todesursache zu verster- ben, erhöht, sie aber keinen signifikanten Einfluss auf die Krebssterblichkeit, kardio- vaskuläre Sterblichkeit oder andere äuße- re Todesursachen (z. B. Unfälle) hat [2]. Eine Analyse der Daten der Krankenver-

sicherten der Gmünder Ersatzkasse konn- te für Deutschland zeigen, dass sich das Risiko der Sterblichkeit kontinuierlich in Abhängigkeit von der vorausgehenden Ar- beitslosigkeitsdauer erhöht [3].

Es gibt aber auch eine Reihe von Hin- weisen darauf, dass die Wettbewerbschan- cen kranker Arbeitnehmer schlechter als die gesunder sind und sich damit das Ri- siko des Arbeitsplatzverlustes erhöht. Die Daten der Gmünder Ersatzkasse belegen deutlich erhöhte Risiken für eine Arbeits- losigkeit in Abhängigkeit von Art und Dauer vorhergehender Krankschreibun- gen [3].

### Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit bei Frauen

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslo- sigkeit und Gesundheit wird durch die vor- liegenden Studien vor allem für Männer belegt. Der Forschungsstand zur gesund- heitlichen Situation arbeitsloser Frauen ist hingegen uneinheitlich und lücken- haft. Problematisch ist auch, dass der Be- griff „Arbeit“ meist einseitig für Erwerbs- arbeit verwendet wird, ohne dass der Ar- beitsbereich in Haushalt und Familie und sein Einfluss auf die Gesundheit ausrei- chend berücksichtigt werden.

Die Erwerbsbiographien und die Er- werbsbeteiligung von Frauen unterschei- den sich auch heute noch, besonders in den alten Bundesländern, von denen der

<sup>1</sup> Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Januar 2005. Zu berücksichtigen ist, dass infolge der Zusam- menlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe im Vergleich zu Dezember 2004 mindestens 220.000 Personen zusätzlich in die Arbeitslosen- statistik aufgenommen wurden.

Männer. Gegenwärtig betragen die Erwerbstätigenquoten von Frauen ohne Kinder (15–64 Jahre) 54% (alte Länder 55,6%, neue Länder 47,1%), die von Frauen mit Kindern 62,8% (alte Länder 60,8%, neue Länder 71,3%). Männer ohne Kinder sind dagegen zu 66,2 (alte Länder) bzw. 58,3% (neue Länder) erwerbstätig; bei 2 und mehr Kindern sind es 90,7% (alte Länder) und 86,9% (neue Länder) [4]. Eine Aufteilung nach Teilzeit- und Vollzeit-erwerbstätigkeit ermöglichen die Daten des Mikrozensus 2003 (Frauen und Männer im Alter von 15–64 Jahren mit Kindern): Die Vollzeit-erwerbsquote von Männern aus den alten Ländern beträgt 83,7%, die Teilzeit-erwerbsquote 2,9% (neue Länder: 77,4% Vollzeit-erwerbsquote, 2,7% Teilzeit-erwerbsquote). Für Frauen aus den alten Ländern wird eine Vollzeit-erwerbsquote von 19,9% und eine Teilzeit-erwerbsquote von 39,4% berichtet; in den neuen Ländern sind 48,6% der Frauen vollzeit- und 20,5% teilzeiterwerbstätig [5]. Gerade der hohe Anteil von Teilzeiterwerbstätigen unter den Müttern lässt darauf schließen, wie stark Frauen neben ihrer Erwerbstätigkeit in die Familienarbeit eingebunden sind. Männer befinden sich dagegen mehrheitlich – gerade dann, wenn Kinder zu versorgen sind – in der Rolle des Ernährers der Familie; dies zeigt sich auch darin, dass die Erwerbsquote von Vätern mit 2 Kindern am höchsten ist.

Im Zusammenhang mit der Auswirkung von Arbeitslosigkeit auf Frauen wird häufig argumentiert, dass arbeitslose Frauen auf die Hausfrau- und Mutterrolle als gesundheitsfördernde Ressource zurückgreifen und damit die negativen Folgen der Arbeitslosigkeit gemildert werden könnten [3, 6]. Kritisch zu hinterfragen ist aber, ob diese These allein aufgrund ihrer beständigen Wiederholung zunehmend den Status eines empirisch belegten Erklärungsmodells gewinnt und dadurch die Sicht auf andere Erklärungen verstellt wird [6]. Zumindest bezogen auf die Mortalität kommt eine schwedische Längsschnittuntersuchung zu dem Ergebnis: „The idea that losing a job may have less importance for women than for men is not supported by this study [7].“

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass Frauen möglicherweise eher als Männer geneigt sind, sich nach Ende der Zah-

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch -  
Gesundheitsschutz 2005 · 48:1256–1264  
DOI 10.1007/s00103-005-1152-0  
© Springer Medizin Verlag 2005

C. Lange · T. Lampert

### Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003

#### Zusammenfassung

Arbeitslosigkeit geht mit materiellen und psychosozialen Folgen einher, die sich auch auf die Gesundheit auswirken können. Nach den Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 (GSTel03) sind arbeitslose Frauen und Männer von vielen Krankheiten und Beschwerden häufiger betroffen, sie schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein und geben vermehrt an, in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingeschränkt zu sein. Bei Männern lassen sich Gesundheitsprobleme vor allem bei Langzeitarbeitslosigkeit (>1 Jahr) beobachten, während bei Frauen kurzzeitige Arbeitslosigkeitserfahrungen ebenso oder

sogar noch weitreichendere Konsequenzen für die Gesundheit haben. Andererseits liefert die Analyse deutliche Hinweise darauf, dass eine beeinträchtigte Gesundheit ein Risiko für Arbeitslosigkeit darstellt. Abschließend beantworten lässt sich die Frage nach der Kausalrichtung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit allerdings nicht, da hierzu Längsschnittdaten erforderlich sind.

#### Schlüsselwörter

Arbeitslosigkeit · Subjektive Gesundheit · Geschlechtsspezifische Gesundheitsunterschiede · Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

### The health of unemployed women and men. First results of the Telephone Health Survey 2003

#### Abstract

Unemployment has material and psychosocial consequences that can also have an adverse effect on health. According to the Telephone Health Survey 2003, unemployed women and men suffer more frequently from many diseases and complaints. Their assessment of their own state of health is also more negative, and they say more often that their quality of life is restricted by their health. In the case of men, health problems are especially common among the long-term unemployed (>1 year), whereas women can suffer equally (or even more) serious effects on their health as a result

of short-term unemployment. On the other hand, the analysis clearly indicates that poor health heightens a person's risk of becoming unemployed. However, no conclusive statement can be made on the direction of causality between unemployment and health, since this requires more longitudinal data.

#### Keywords

Unemployment · Subjective health · Gender-specific health differences · Telephone Health Survey 2003

Tabelle 1

**Vergleich des Anteils Arbeitsloser in der Bevölkerung [amtliche Statistik und telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (GSTel03)]**

Bundesgebiet gesamt	Bundesagentur für Arbeit: Arbeitslose bezogen auf Bevölkerung (15–64 Jahre) in %	Telefonischer Gesundheitssurvey: Arbeitslose bezogen auf Befragte (18–64 Jahre) in %
<b>Gesamt</b>	7,29	4,8
<b>Männer</b>	7,92	5,4
<b>Frauen</b>	6,63	4,3
<b>Alte Länder</b>	5,74	3,6
<b>Männer</b>	6,48	3,9
<b>Frauen</b>	4,98	3,3
<b>Neue Länder</b>	14,79	11,1
<b>Männer</b>	14,81	13,4
<b>Frauen</b>	14,76	8,9

Eigene Berechnung; Datenquellen: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarkt 2002; Statistisches Bundesamt Bevölkerung 2002.

lung von Zuwendungen im Zusammenhang mit ihrer Arbeitslosigkeit nicht mehr als arbeitslos zu bezeichnen und daher in vielen Untersuchungen nicht mehr als arbeitslos eingestuft werden (stille Reserve).

**Forschungsfragen**

Im Folgenden wird der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit anhand aktueller Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 (GSTel03) analysiert. Arbeitslosigkeit wird dabei als Merkmal der sozialen Lage und sozialer Ungleichheit betrachtet, das sich im Kontext geschlechtsspezifischer Erwerbsbiographien und Lebensbedingungen, z. B. differierende Funktion der Erwerbsarbeit und der Familienarbeit für Frauen und Männer, unterschiedlich bei den Geschlechtern auswirken kann. Insbesondere sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Welchen Zusammenhang sehen Frauen und Männer zwischen ihrer Arbeitslosigkeit und ihrer Gesundheit?
- Wie bewerten arbeitslose Frauen und Männer ihren allgemeinen Gesundheitszustand, und inwieweit sind sie durch ihre Gesundheit in der Alltagsgestaltung eingeschränkt?
- Gehen Arbeitslosigkeitserfahrungen mit Einschränkungen der gesundheits-

bezogenen Lebensqualität von Frauen und Männern einher?

- Wie häufig treten ausgewählte Gesundheitsbeschwerden, Erkrankungen und Risikofaktoren bei arbeitslosen Frauen und Männern auf?

**Daten und Methoden**

Der telefonische Gesundheitssurvey 2003 wurde im Zeitraum von September 2002 bis Mai 2003 vom Robert Koch-Institut durchgeführt. Für den Survey wurden insgesamt 8318 computerassistierte Telefoninterviews zu einem breiten Spektrum gesundheitsbezogener Themenstellen realisiert. Die Daten sind für die 18-jährige und ältere Wohnbevölkerung in Deutschland repräsentativ [8, 9].

Um den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit nicht nur bei den Personen, die arbeitslos gemeldet sind, sondern auch bei denjenigen ohne formale Meldung untersuchen zu können, wurde Arbeitslosigkeit über die Selbsteinschätzung der Befragten erfasst. Unterschieden wurde nach aktueller Arbeitslosigkeit sowie Dauer und Häufigkeit der Arbeitslosigkeit in den letzten 5 Jahren.

Ausgehend von dieser Unterscheidung wurden für die Analysen 4 Gruppen gebil-

det (einbezogen wurden nur Personen im Alter von 18 bis unter 65 Jahre):

- nicht arbeitslos („Nicht-Arbeitslose“;  $n=5163$ ; Frauen: 2589; Männer: 2574)<sup>2</sup>,
- gegenwärtig nicht arbeitslos, aber Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten 5 Jahren („Früher Arbeitslose“;  $n=1030$ ; Frauen: 508; Männer: 522),
- aktuell arbeitslos bis unter 12 Monate („Kurzeitarbeitslose“;  $n=173$ ; Frauen: 70; Männer: 103),
- aktuell 12 und mehr Monate arbeitslos („Langzeitarbeitslose“;  $n=176$ ; Frauen: 86; Männer: 90).

Ein Vergleich zu den Daten der Bundesagentur für Arbeit ist nur mit Einschränkungen möglich. Insbesondere ist das Konzept der Berechnung von Arbeitslosenquoten [Arbeitslose bezogen auf (abhängige) zivile Erwerbspersonen], das die Bundesagentur verwendet, anhand der Daten des telefonischen Gesundheitssurveys kaum realisierbar. Um einschätzen zu können, inwieweit der Anteil der Arbeitslosen im Telefonsurvey den Angaben über Arbeitslose aus der amtlichen Statistik entspricht, wurde die von der Bundesagentur gemeldete Absolutzahl der Arbeitslosen im Jahr 2002 auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands im Alter von 15–64 Jahren im gleichen Jahr bezogen; diejenigen, die sich im Telefonsurvey als arbeitslos bezeichnet hatten, wurden ins Verhältnis zur Gesamtzahl der Befragten gesetzt (wobei sich die betrachtete Altersspanne auf 18–64 Jahre erstreckt). Dabei zeigt sich, dass die Quote der Arbeitslosen im Telefonsurvey unter derjenigen der Bundesagentur (bezogen auf die Bevölkerung) liegt. Insbesondere Frauen aus den neuen Bundesländern sind unterrepräsentiert (■ **Tabelle 1**). Welche Gründe für diese Untererfassung eine Rolle spielen (z. B. telefonische Befragung über Festnetz, Selbstdefinition des Status Arbeitslosigkeit), kann an dieser Stelle nicht geklärt werden. Bei einem Abgleich sind der andere Alterszuschnitt und die unterschiedliche Definition von

<sup>2</sup> „Nicht arbeitslos“ ist nicht mit „erwerbstätig“ gleichzusetzen, da z. B. Auszubildende, Studierende, Frühberentete oder aus gesundheitlichen Gründen Berentete oder „Hausfrauen“ enthalten sein können.

Arbeitslosigkeit zu berücksichtigen. Anhand der Daten des Telefonsurveys werden daher vorrangig Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit diskutiert, aber keine Prävalenzschätzungen oder Hochrechnungen im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit abgeleitet.

## Soziodemografische Charakteristika der Arbeitslosengruppen

Die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind vor dem Hintergrund der Lebenslage arbeitsloser Frauen und Männer zu sehen. Aus diesem Grund werden die Untersuchungsgruppen zunächst anhand von Merkmalen wie Alter, Einkommen, Bildungsstand, Familienstand/Partnerschaft und Kinder im Haushalt näher beschrieben.

**Alter.** Früher arbeitslose und kurzzeitarbeitslose Männer sind signifikant jünger, langzeitarbeitslose Männer signifikant älter als nicht-arbeitslose Männer. Früher arbeitslose Frauen sind signifikant jünger, langzeitarbeitslose Frauen signifikant älter als nicht-arbeitslose Frauen. Bei den kurzzeitarbeitslosen Frauen ist sowohl der Anteil der jüngeren als auch der Anteil der Älteren etwas höher als bei den nicht-arbeitslosen Frauen; diese Unterschiede sind statistisch aber nicht signifikant (■ **Abb. 1**).

**Einkommen.** Dass sich Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit auswirkt, wird oftmals auf Einkommenseinbußen und dadurch notwendige Einschränkungen, auch in basalen Bereichen wie Wohnen, Kleidung, Ernährung und Erholung, zurückgeführt. Um die Einkommenssituation arbeitsloser Frauen und Männer zu charakterisieren, kann das Äquivalenzeinkommen betrachtet werden, das ausgehend vom Haushaltsnettoeinkommen unter Berücksichtigung der Haushaltsgröße und des Alters der Haushaltsmitglieder berechnet wird.

Zwischen den einzelnen Gruppen zeigen sich erwartungsgemäß deutliche Einkommensunterschiede (■ **Abb. 2**). Langzeitarbeitslose Männer verfügen im Durchschnitt über ein Äquivalenzeinkommen, das mit 705 EUR weniger als die Hälfte des Einkommens von nicht-ar-

Abb. 1 ► Altersverteilung der Arbeitslosengruppen. (alos arbeitslos)

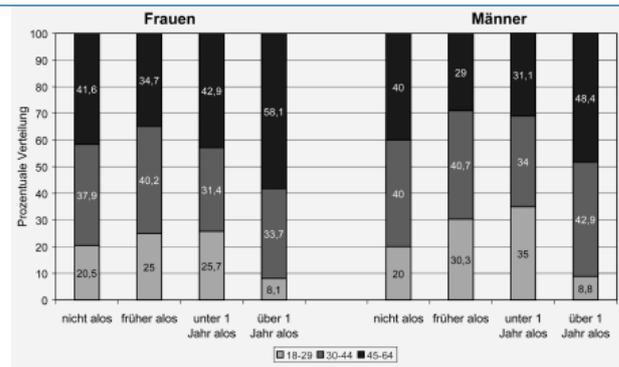
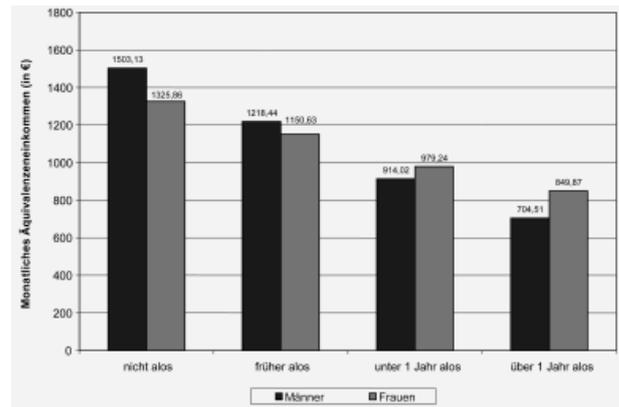


Abb. 2 ► Mittleres Äquivalenzeinkommen arbeitsloser und nicht-arbeitsloser Frauen und Männer. (alos arbeitslos)



beitslosen Männern beträgt. Bei Frauen ist dieser Einkommensunterschied mit 850 EUR gegenüber 1325 EUR zwar geringer, aber dennoch deutlich ausgeprägt. Auch kurzzeitarbeitslose und in den vergangenen 5 Jahren arbeitslose Frauen und Männer haben deutliche Einkommensnachteile im Vergleich zu den Nicht-Arbeitslosen. Dass sich die Arbeitslosigkeit bei Männern stärker in der Einkommenssituation niederschlägt, ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass in Partnerhaushalten mehr Männer als Frauen die Hauptverdiener sind.

**Schulische und berufliche Bildung.** Ein niedriges Bildungsniveau stellt eine der Hauptursachen für Arbeitslosigkeit dar. Für den Zugang zum Arbeitsmarkt und die berufliche Positionierung sind dabei sowohl die Schulbildung als auch die berufliche Qualifikation relevant. Dies lässt sich auch mit den Daten des GSTel03 belegen: Während nicht-arbeitslose Männer lediglich zu einem Drittel eine niedrige Schulbildung (kein Schulabschluss, Volks- oder Hauptschulabschluss) besitzen, trifft dies auf 44% der langzeitarbeitslosen Männer zu. Noch stärker zum Ausdruck kommen die Unterschiede beim

Vergleich hochwertiger Schulabschlüsse, da 39% der nicht-arbeitslosen und nur 15% der langzeitarbeitslosen Männer die Schule mit dem allgemeinen Abitur oder dem Fachabitur abgeschlossen haben. Bei Frauen finden sich ähnliche Zusammenhangsmuster, die sich allerdings wie beim Einkommen etwas schwächer abzeichnen als bei Männern (■ **Abb. 3**).

Die Differenzen in der Schulbildung spiegeln sich bei Männern auch in der beruflichen Qualifikation wider. Bei den nicht-arbeitslosen Männern besitzen 5,6% keinen Ausbildungsabschluss, 64,9% haben einen beruflich-betrieblichen oder beruflich-schulischen Ausbildungsgang absolviert, und 29,5% haben einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss erworben. Bei den Langzeitarbeitslosen ist der Anteil derjenigen ohne jeden Abschluss mit 11,1% doppelt so hoch und der Anteil mit akademischem Abschluss 3-mal so niedrig (11,1%). Bei Frauen zeigen sich hingegen keine bedeutsamen Variationen zwischen den 4 Vergleichsgruppen. Hinzuweisen ist aber auf den markanten Unterschied zwischen den Geschlechtern: Frauen haben mit 16,5% im Vergleich zu Männern mit 6,6% häufiger keine Berufsausbildung abgeschlossen und mit 15,4% gegen-

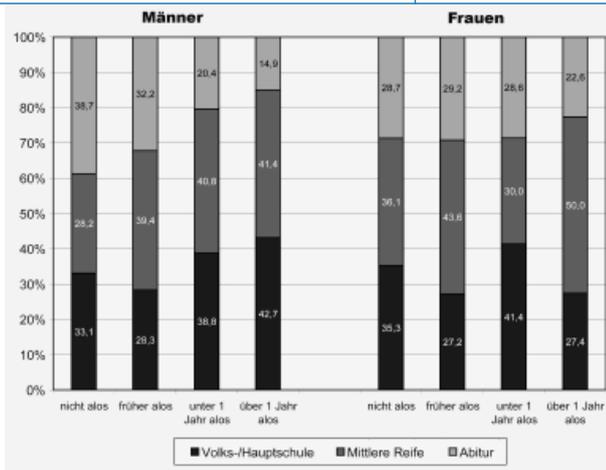


Abb. 3 ◀ Schulbildung arbeitsloser und nicht-arbeitsloser Frauen und Männer. (arbeitslos)

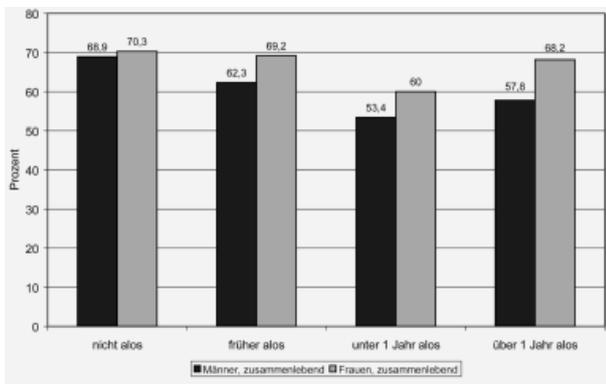


Abb. 4 ◀ Zusammenleben in Partnerschaft. (arbeitslos)

über 27,4% weitaus seltener einen akademischen Abschluss erlangt.

**Familienstand/Partnerschaft.** Während 58,4% der nicht-arbeitslosen, 43,7% der kurzzeitarbeitslosen und 42,2% der langzeitarbeitslosen Männer verheiratet sind und mit ihrer Frau zusammenleben (geschieden: 4,9% nicht-arbeitslose, 5,8% kurzzeitarbeitslose, 13,3% langzeitarbeitslose Männer) sind 59,3% der nicht-arbeitslosen Frauen verheiratet und leben mit ihrem Mann zusammen (47,1% der kurzzeitarbeitslosen, 52,9% der langzeitarbeitslosen Frauen). Geschieden sind 8,2% der nicht-arbeitslosen Frauen, 10% der kurzzeitarbeitslosen Frauen und 21,2% der langzeitarbeitslosen Frauen. Bei der Interpretation der relativ hohen Zahl von langzeitarbeitslosen geschiedenen Frauen und Männern ist allerdings ihr im Vergleich zu Nicht-Arbeitslosen höheres Alter zu berücksichtigen. Aussagekräftiger als der offizielle Familienstand ist im Hinblick auf die soziale Unterstützung und protektive Wirkung des Zusammenlebens die Tatsache, ob jemand mit einem Partner oder einer Partnerin zusammenlebt oder

nicht. Dies wurde in dem Telefonsurvey erfragt. Insgesamt leben Frauen häufiger in einer Partnerschaft als Männer. Bei beiden Geschlechtern leben die Kurzzeitarbeitslosen am seltensten mit einem Partner zusammen. Langzeit- und kurzzeitarbeitslose Männer leben signifikant seltener in einer Partnerschaft als nicht-arbeitslose Männer; unter den Frauen sind die kurzzeitarbeitslosen diejenigen, die deutlich seltener als die nicht-arbeitslosen in Partnerschaft leben. Zwischen langzeitarbeitslosen und nicht-arbeitslosen Frauen ist dagegen bezüglich des Lebens in Partnerschaft kein Unterschied zu sehen (Abb. 4).

**Zusammenleben mit Kindern.** Aktuell arbeitslose Männer leben signifikant seltener als nicht-arbeitslose Männer mit Kindern im Haushalt zusammen. Bei den Frauen sind es die kurzzeitarbeitslosen Frauen, die am seltensten Kinder im Haushalt haben. Langzeitarbeitslose Frauen leben dagegen häufiger als nicht-arbeitslose Frauen mit Kindern im Haushalt zusammen. Offen bleibt, ob die Betreuung von Kindern die Arbeitsmarktchancen der Frauen verringert (und daher ein grö-

ßerer Anteil langzeitarbeitsloser Frauen mit Kindern zusammenlebt) oder ob sie sich im Verlauf der Arbeitslosigkeit für diese Lebensform entscheiden (dies könnte auch für die früher arbeitslosen Frauen zutreffen, die sich nicht mehr selbst als arbeitslos definieren). Schließlich steigt allein aufgrund des fortgeschrittenen Lebensalters langzeitarbeitsloser Frauen die Wahrscheinlichkeit, mit Kindern zusammenzuleben (Abb. 5).

### Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Um Hinweise auf die Kausalrichtung der Beziehung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit zu erhalten, wurden Personen, die angaben, arbeitslos zu sein, im GSTelo3 danach gefragt, ob die Arbeitslosigkeit etwas mit einer Erkrankung zu tun hat und ob sich die Gesundheit durch die Arbeitslosigkeit verändert hat. Von den aktuell kurzzeitarbeitslosen Männern gab jeder fünfte, von den langzeitarbeitslosen Männern sogar jeder Dritte an, dass Einschränkungen der Gesundheit mit ein Grund für die Arbeitslosigkeit sind. Dies wirft ein Licht auf die Schwierigkeiten gesundheitlich belasteter Arbeitnehmer, auf dem Arbeitsmarkt zu verbleiben oder wieder integriert zu werden (Abb. 6).

Aus der Fragestellung („Hat ihre Arbeitslosigkeit etwas mit einer Erkrankung zu tun?“) kann allerdings nicht eindeutig geschlossen werden, dass die Erkrankung ursächlich für den Eintritt der Arbeitslosigkeit war. Bei den Frauen ist unter den kurzzeitarbeitslosen Frauen der Anteil derjenigen am höchsten, die angaben, ihre Arbeitslosigkeit habe etwas mit einer Erkrankung zu tun; die Unterschiede zu den anderen Gruppen sind statistisch aber nicht signifikant.

Gefragt, ob die Gesundheit durch die Arbeitslosigkeit besser, unverändert oder schlechter geworden sei, geben ein Fünftel der langzeitarbeitslosen Frauen und Männer an, diese habe sich verschlechtert. Jeweils gut 10% der langzeitarbeitslosen Frauen und Männer sehen ihre Gesundheit durch die Arbeitslosigkeit aber verbessert. Relevante Geschlechtsunterschiede bestehen bei kurzzeitarbeitslosen Frauen und Männern: So geben kurzzeitarbeitslose Frauen signifikant häufiger

ger als kurzzeitarbeitslose Männer an, ihre Gesundheit habe sich verschlechtert. Dieses Ergebnis kann als Hinweis darauf angesehen werden, dass Arbeitslosigkeit von Frauen keineswegs als weniger gesundheitlich belastend als von Männern empfunden wird; im Gegenteil erleben besonders kurzzeitarbeitslose Frauen häufiger als Männer in vergleichbarer Situation gesundheitliche Einschränkungen (Abb. 7).

Wenngleich diese Ergebnisse keine zufrieden stellende Antwort auf die Frage nach der Kausalität der Einflussbeziehung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit geben, so verdeutlichen sie doch, dass beide Wirkrichtungen beachtet werden sollten.

**Selbsteinschätzung der Gesundheit/subjektive Gesundheit.** Anhand der Selbsteinschätzung der Gesundheit sind Rückschlüsse auf das subjektive Erleben und den Umgang mit der Ausgrenzung aus dem Erwerbsleben möglich. Im GSTelo3 wurde die selbst eingeschätzte Gesundheit 5-stufig von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ erfragt. Der Anteil der Frauen und Männer, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut bewerten, sinkt signifikant mit der Dauer der Arbeitslosigkeit. Kurzzeitarbeitslose Frauen schätzen deutlich seltener als kurzzeitarbeitslose Männer ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Langzeitarbeitslose Frauen gelangen geringfügig häufiger als langzeitarbeitslose Männer zu einer positiven Gesundheitseinschätzung (Abb. 8). Kontrolliert man für die unterschiedliche Altersstruktur in den Vergleichsgruppen, so zeigt sich, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Gesundheitszustandes, der schlechter als gut beurteilt wird, bei langzeitarbeitslosen Männern um den Faktor 4 und bei langzeitarbeitslosen Frauen um den Faktor 2,8 im Vergleich zu den Nicht-Arbeitslosen erhöht ist (Tabelle 2).

**Gesundheitsbezogene Lebensqualität.** Weiteren Aufschluss geben Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die im GSTelo3 anhand des SF-8 erfasst wurde. Dieses Instrument erteilt Auskunft darüber, inwieweit gesundheitliche Probleme zu Einschränkungen bei der Alltagsbewältigung führen und unterschei-

Abb. 5 ► Zusammenleben mit Kindern im Haushalt. (alos arbeitslos)

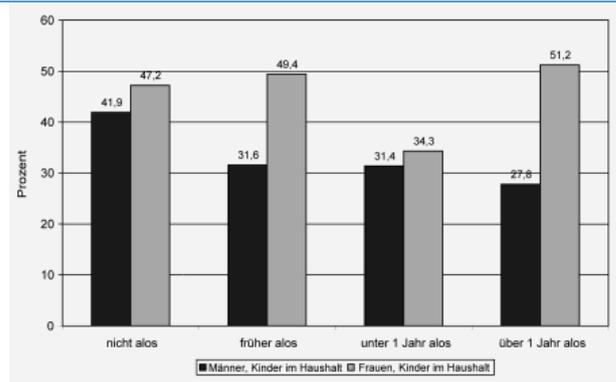


Abb. 6 ► Arbeitslosigkeit hat etwas mit Erkrankung zu tun

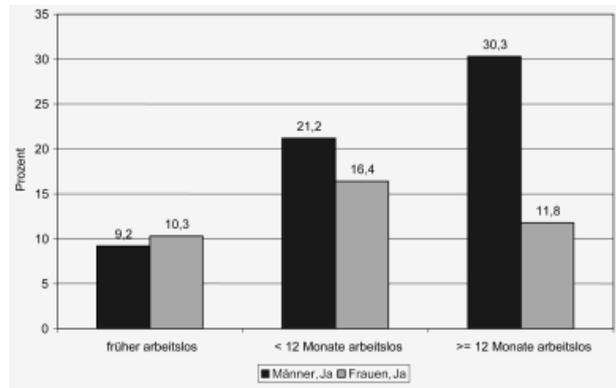


Abb. 7 ► Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit

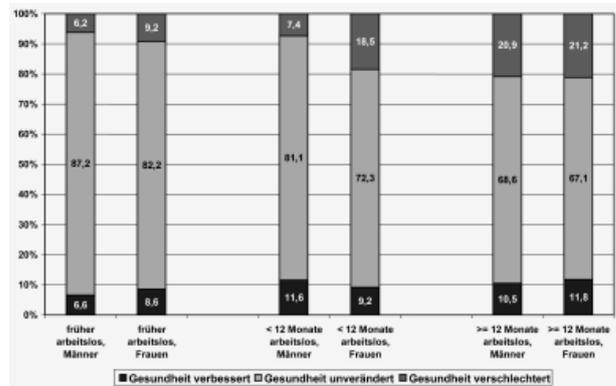
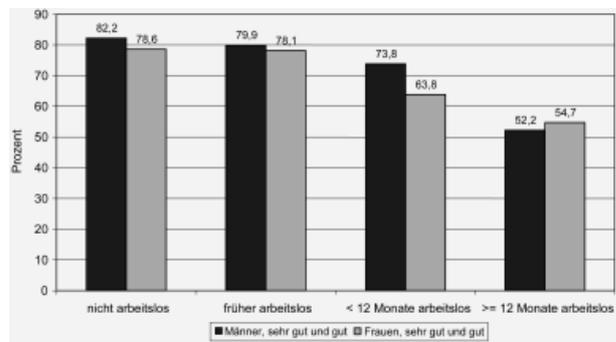


Abb. 8 ► Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands als sehr gut oder gut



det dabei zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit [10].

Mehr als die Hälfte der langzeitarbeitslosen Männer und die Hälfte der kurzzeitarbeitslosen Frauen gab an, in den zurückliegenden 6 Monaten durch ihre

gesundheitliche Verfassung in ihrer Alltagsgestaltung eingeschränkt gewesen zu sein (Tabelle 3). Auch hier wird deutlich, dass sich der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit bei Frauen anders ausprägt als bei Männern. Wäh-

rend bei diesen vor allem die Langzeitarbeitslosen von Beeinträchtigungen berichten, sind bei Frauen die Kurzarbeitslosen diejenigen, die sich am häufigsten als gesundheitlich eingeschränkt empfinden. Ob langzeitarbeitslose Frauen tatsächlich über andere Bewältigungsressourcen verfügen als Männer oder andere Gründe maßgeblich sind, sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

Deutliche Unterschiede zwischen arbeitslosen und nicht-arbeitslosen Frauen und Männern zeigen sich auch im Hinblick auf das Leiden an einer oder mehreren chronischen Krankheiten oder Gesundheitsstörungen (■ **Tabelle 4**). Berücksichtigt werden dabei auch Beschwerden und Schmerzen, die unabhängig von einer Diagnose von den Befragten als beeinträchtigend angesehen werden. Bei den Männern ist der Anteil der chronisch Erkrankten unter den Langzeitarbeitslosen am größten, bei Frauen unter den Kurzarbeitslosen. Die Unterschiede zwischen den Arbeitslosengruppen auf der einen Seite und kurzarbeitslosen Frauen und Männern auf der anderen Seite sind signifikant. Kurzarbeitslose Frauen haben ein höheres Beschwerdeniveau als kurzarbeitslose Männer, während langzeitarbeitslose Männer eine gesundheitlich vergleichbar oder stärker belastete Gruppe als langzeitarbeitslose Frauen sind.

**Risikofaktoren, Gesundheitsbeschwerden und Krankheiten.** Von den im GS-Telo3 erfassten Krankheiten und Beschwerden kommen bei Männern, insbesondere bei langzeitarbeitslosen Männern, chronische Bronchitis, Rückenschmerzen, Depression, Bluthochdruck und Schwindel häufiger als bei der Vergleichsgruppe vor (■ **Tabelle 5**). Bei Frauen sind insbesondere die kurzarbeitslosen Frauen verstärkt von Krankheiten und Beschwerden betroffen, darunter Asthma, Rückenschmerzen, Depression, Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte und Schwindel (■ **Tabelle 6**). Besonders auffällig und dem bereits angesprochenen Muster entsprechend sind die Nennungen für Depression: Nach Adjustierung für Alter geben langzeitarbeitslose Männer und kurzarbeitslose Frauen 4-mal häufiger an, in den letzten 12 Mona-

Tabelle 2

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands als „nicht gut“						
	Männer			Frauen		
	[%]	OR	95%-KI	[%]	OR	95%-KI
Nicht arbeitslos	17,8	Ref.	–	21,4	Ref.	–
Früher arbeitslos	20,1	<b>1,38</b>	1,08–1,77	21,9	1,11	0,87–1,4
Arbeitslos (<12 Monate)	26,2	<b>2,06</b>	1,29–3,31	36,2	<b>2,25</b>	1,34–3,76
Arbeitslos (>12 Monate)	47,8	<b>3,98</b>	2,56–6,19	45,3	<b>2,77</b>	1,78–4,32

% Häufigkeiten in Prozent; OR Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Fettdruck zeigt Signifikanz p < 0,05 an.

Tabelle 3

Summenmaße der gesundheitsbezogenen Lebensqualität					
Männer	Physical summary score	Min	Max	Std-Abw.	
• Nicht arbeitslos	50,96	10,31	67,01	8,36	
• Früher arbeitslos	49,8	17,23	63,97	9,45	
• Unter 1 Jahr arbeitslos	49,75	20,86	61,48	9,27	
• Über 1 Jahr arbeitslos	<b>45,38</b>	17,67	63,21	11,36	
Frauen					
• Nicht arbeitslos	49,79	11,07	66,83	8,93	
• Früher arbeitslos	49,64	13,58	66,37	8,64	
• Unter 1 Jahr arbeitslos	46,69	23,27	63,78	9,78	
• Über 1 Jahr arbeitslos	<b>46,46</b>	19,33	65,23	10,5	
Männer	Mental summary score	Min	Max	Std-Abw.	
• Nicht arbeitslos	52,47	9,4	68,29	8,03	
• Früher arbeitslos	51,54	17,54	68,02	8,77	
• Unter 1 Jahr arbeitslos	49,71	17,36	64,88	9,67	
• Über 1 Jahr arbeitslos	<b>47,57</b>	17,7	61,94	11,19	
Frauen					
• Nicht arbeitslos	50,56	7,27	68,5	9,27	
• Früher arbeitslos	49,79	14,79	66,46	9,27	
• Unter 1 Jahr arbeitslos	<b>43,92</b>	13,74	60,36	12,01	
• Über 1 Jahr arbeitslos	47,37	15,65	66,4	10,59	

Fettdruck zeigt Signifikanz p < 0,05 an.

Tabelle 4

Leiden an chronischer Krankheit						
	Männer			Frauen		
	[%]	OR	95%-KI	[%]	OR	95%-KI
Nicht arbeitslos	29,9	Ref.	–	36,7	Ref.	–
Früher arbeitslos	30,5	<b>1,14</b>	0,93–1,41	36,2	1,03	0,84–1,26
Arbeitslos (<12 Monate)	35	<b>1,44</b>	0,94–2,21	53,6	<b>2,08</b>	1,28–3,38
Arbeitslos (>12 Monate)	59,3	<b>3,17</b>	2,05–4,90	49,4	1,52	0,98–2,36

% Häufigkeiten in Prozent; OR Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref. Referenzkategorie; Fettdruck zeigt Signifikanz p < 0,05 an.

Tabelle 5

### Verbreitung von Beschwerden, chronischen Krankheiten und Behinderungen bei nicht-arbeitslosen und arbeitslosen Männern

	Nicht-Arbeitslose			Arbeitslose (<12 Monate)			Arbeitslose (>12 Monate)		
	[%]	OR	95%-KI	[%]	OR	95%-KI	[%]	OR	95%-KI
Chronische Bronchitis	6,0	1,00		8,8	1,63	0,82–3,25	16,7	<b>3,09</b>	1,75–5,49
Asthma bronchiale	4,9	1,00		8,7	1,84	0,91–3,71	8,9	1,90	0,89–4,06
Arthrose/degenerative Gelenkerkrankung	12,4	1,00		15,2	1,53	0,85–2,74	21,1	1,63	0,95–2,81
Rückenschmerzen	21,7	1,00		29,1	<b>1,68</b>	1,08–2,63	34,1	<b>1,70</b>	1,08–2,66
Rückenschmerzen in den letzten 12 Monaten	13,4	1,00		19,4	<b>1,78</b>	1,07–2,97	24,4	<b>1,92</b>	1,17–3,16
Depression (jemals)	11,7	1,00		19,2	<b>1,82</b>	1,09–3,05	26,1	<b>2,58</b>	1,58–4,23
Depression auch in den letzten 12 Monaten	6,7	1,00		10,8	<b>1,71</b>	0,91–3,23	24,2	<b>4,52</b>	2,72–7,51
Bluthochdruck	21,0	1,00		24,5	1,46	0,90–2,35	33,7	<b>1,71</b>	1,08–2,71
Erhöhte Blutfettwerte	28,6	1,00		28,4	1,27	0,78–2,06	29,5	0,83	0,51–1,36
Schwindel	20,1	1,00		35,9	<b>2,14</b>	1,41–3,24	34,4	<b>2,20</b>	1,41–3,44
Sonstige akute gesundheitliche Beeinträchtigung	36,7	1,00		31,1	0,74	0,48–1,14	41,8	1,29	0,84–1,97
Schwerbehinderung	6,9	1,00		3,9	0,63	0,22–1,82	10,0	1,23	0,59–2,56
Minderung der Erwerbsfähigkeit	7,4	1,00		5,1	0,77	0,30–1,99	15,9	<b>2,07</b>	1,13–3,81

% Häufigkeiten in Prozent; OR Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Fettdruck zeigt Signifikanz  $p < 0,05$  an.

Tabelle 6

### Verbreitung von Beschwerden, chronischen Krankheiten und Behinderungen bei nicht-arbeitslosen und arbeitslosen Frauen

	Nicht-Arbeitslose			Arbeitslose (<12 Monate)			Arbeitslose (>12 Monate)		
	[%]	OR	95%-KI	[%]	OR	95%-KI	[%]	OR	95%-KI
Chronische Bronchitis	8,7	1,00		11,4	1,34	0,63–2,84	11,6	1,41	0,72–2,75
Asthma bronchiale	6,4	1,00		13,0	<b>2,17</b>	1,05–4,47	4,7	0,83	0,31–2,20
Arthrose/degenerative Gelenkerkrankung	15,4	1,00		22,9	1,83	0,97–3,46	22,6	1,37	0,79–2,38
Rückenschmerzen	27,1	1,00		45,7	<b>2,30</b>	1,42–3,73	38,8	1,56	0,99–2,44
Rückenschmerzen in den letzten 12 Monaten	19,3	1,00		32,9	<b>2,06</b>	1,23–3,45	30,2	<b>1,65</b>	1,02–2,66
Depression (jemals)	18,0	1,00		36,8	<b>2,72</b>	1,64–4,50	38,1	<b>2,60</b>	1,65–4,11
Depression auch in den letzten 12 Monaten	9,2	1,00		28,6	<b>4,0</b>	2,34–6,83	20,9	<b>2,64</b>	1,55–4,5
Bluthochdruck	19,6	1,00		28,6	<b>1,81</b>	1,02–3,21	36,0	<b>1,99</b>	1,24–3,09
Erhöhte Blutfettwerte	20,6	1,00		34,3	<b>2,24</b>	1,30–3,87	31,4	1,47	0,90–2,38
Schwindel	33,7	1,00		51,4	<b>2,03</b>	1,26–3,27	41,2	1,42	0,92–2,20
Sonstige akute gesundheitliche Beeinträchtigung	40,1	1,00		51,4	1,54	0,96–2,49	39,5	1,04	0,67–1,62
Schwerbehinderung	5,6	1,00		14,3	<b>3,13</b>	1,51–6,50	9,3	1,54	0,73–3,27
Minderung der Erwerbsfähigkeit	5,2	1,00		11,6	<b>2,60</b>	1,15–5,86	6,0	0,91	0,34–2,43

% Häufigkeiten in Prozent; OR Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Fettdruck zeigt Signifikanz  $p < 0,05$  an.

ten unter Depressionen gelitten zu haben. Da nicht nach einer ärztlich diagnostizierten Depression, sondern nach der Selbsteinschätzung gefragt wurde, kann die Angabe, unter Depressionen zu leiden, auch als allgemeines Maß für seelische Beeinträchtigungen gewertet werden.

### Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Die dargestellten Ergebnisse belegen, dass zwischen Arbeitslosigkeit und eingeschränkter Gesundheit ein Zusammenhang besteht: Die im GSTelo3 befragten

arbeitslosen Frauen und Männer schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein und sind stärker von Krankheiten und Beschwerden betroffen als die nicht-arbeitslosen Befragten.

Die Frage nach der Verursachung des Zusammenhangs lässt sich anhand des

GSTelo3 nicht abschließend beantworten. Es gibt aber deutliche Hinweise darauf, dass sowohl Arbeitslosigkeit einen Effekt auf die Gesundheit hat als auch, dass gesundheitliche Einschränkungen das Risiko für Arbeitslosigkeit erhöhen. So gibt etwa ein Fünftel der arbeitslosen Frauen und der langzeitarbeitslosen Männern an, dass sich ihre Gesundheit aufgrund der Arbeitslosigkeit verschlechtert habe. Ein Drittel der langzeitarbeitslosen und ein Fünftel der kurzzeitarbeitslosen Männer führt die Arbeitslosigkeit auf ihren Gesundheitszustand zurück. Dass gesundheitlich eingeschränkte und damit weniger wettbewerbsfähige Arbeitnehmer unter den Bedingungen einer freien Marktwirtschaft häufiger entlassen und seltener wieder eingestellt werden, liegt angesichts des bestehenden Überangebots von Arbeitskräften nahe und wird auch durch die wenigen bislang durchgeführten Längsschnittstudien bestätigt [11, 12].

Im Hinblick auf die Stärke und das Muster des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit lassen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Während vor allem langzeitarbeitslose Männer im Vergleich zu nicht-arbeitslosen Männern die gesundheitlich am stärksten belastete Gruppe sind, zeigen sich bei den kurzzeitarbeitslosen Frauen die stärksten Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gerade hinsichtlich der seelischen Gesundheit und gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag sind die Angaben der langzeitarbeitslosen Männer und kurzzeitarbeitslosen Frauen vergleichbar.

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und seelischer Gesundheit ist auch in einer Vielzahl internationaler Studien belegt (z. B. [13, 14, 15]). Analysen der Daten des Behavioral Risk Factor Surveillance System [14] zeigen, dass sowohl kurzzeit- als auch langzeitarbeitslose Männer ein um den Faktor 2,6 erhöhtes Risiko für psychischen Stress haben. Bei den Frauen war bei den kurzzeitarbeitslosen Frauen das Risiko 1,71fach erhöht – für die langzeitarbeitslosen Frauen lag es gegenüber den nicht-arbeitslosen Frauen höher, allerdings nicht signifikant. Diese Ergebnisse decken sich mit den Auswertungen des GSTelo3.

Generell kann die These einer geringeren Auswirkung der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit von Frauen durch die vorliegenden Auswertungen nicht gestützt werden. Es ist daher notwendig, die spezifische Belastung von Frauen und Männern durch die Arbeitslosigkeit und ihre Bewältigung sowie den Zusammenhang zu ihrer jeweiligen Lebenssituation noch differenzierter zu untersuchen.

### Korrespondierender Autor

**Dr. C. Lange**

Robert Koch-Institut,  
Postfach 650261, 13303 Berlin  
E-Mail: [langec@rki.de](mailto:langec@rki.de)

### Literatur

1. Mathers CD, Schofield DJ (1998) The health consequences of unemployment: the evidence. *Medical J Australia MJA* 168:178–182
2. Gerdtham UG, Johannesson M (2003) A note on the effect of unemployment on mortality. *J Health Econ* 22:505–518
3. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 13
4. Engstler H, Menning S (2003) Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Lebensformen, Familienstrukturen, wirtschaftliche Situation der Familien und familiendemographische Entwicklung in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg), Bonn
5. Statistisches Bundesamt (2004) Leben und Arbeiten in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2003. Eigenverlag, Wiesbaden
6. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Kohlhammer, Berlin, S 428–434
7. Nylén M, Voss M, Floderus B (2001) Mortality among women and men relative to unemployment, part time work, overtime work, and extra work: a study based on data from the Swedish twin registry. *Occup Environ Med* 58:52–57
8. Ziese T, Neuhauser H (2005) Der telefonische Gesundheitssurvey 2003 als Instrument der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Bundesgesundheitsblatt* 48: (im selben Heft)
9. Kohler, Rieck A, Borch S (2005) Methode und Design des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. *Bundesgesundheitsblatt* 48:v
10. Ellert U, Lampert T, Ravens-Sieberer U (2005) Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8 – Eine Normstichprobe für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 48:(im folgenden Heft Dezember 2005)
11. Elkeles T (2001) Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In: Mielck A, Bloomfield K (Hrsg) *Sozial-Epidemiologie. Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Juventa, Weinheim, S 71–82

12. Mueller U, Heinzel-Gutenbrunner M (2001) Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 102c. Bundesinstitut für Bevölkerungswissenschaft, Wiesbaden
13. Owen K, Watson N (1995) Unemployment and mental health. *J Psychiatric Mental Health Nursing* 2:63–71
14. Brown DW, Balluz LS, Heath GW et al. (2003) Associations between short- and long-term unemployment and frequent mental distress among a national sample of men and women. *JOEM* 45:1159–1166
15. Artazcoz L, Benach J, Borrell C et al. (2004) Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 94:82–88