



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt

Arbeitslose Männer und Frauen haben einen ungünstigeren Gesundheitszustand und leben weniger gesundheitsbewusst als berufstätige Männer und Frauen.

Während 49 % der im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 befragten arbeitslosen Männer rauchen, sind es unter den berufstätigen männlichen Befragten 34 %. Die Unterschiede bei den Frauen sind mit 31 % Raucherinnen unter den arbeitslosen Frauen und 28 % Raucherinnen unter den berufstätigen Frauen geringer.

Die Wahrscheinlichkeit, die eigene Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen, erhöht sich mit der Dauer der Arbeitslosigkeit. Ein oder mehrere Jahre lang arbeitslose Männer geben bis vier Mal so häufig einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand an, wie berufstätige Männer ohne Zeiten von Arbeitslosigkeit.

Auswertungen von aktuellen Krankenkassendaten belegen, dass die Inanspruchnahme stationärer Leistungen unter Arbeitslosen deutlich erhöht ist: Arbeitslose Männer verbringen mehr als doppelt so viele Tage im Krankenhaus wie berufstätige Männer, bei arbeitslosen Frauen sind es, verglichen mit berufstätigen Frauen, 1,7fach so viele Tage. Auch das Risiko der Sterblichkeit erhöht sich kontinuierlich in Abhängigkeit von der vorausgehenden Arbeitslosigkeitsdauer.

Anhand der für den vorliegenden Bericht vorgenommenen Analyse von Krankenkassendaten konnten auch die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf das Risiko einer schwerwiegenden Erkrankung untersucht werden; es fanden sich dabei Hinweise darauf, dass Arbeitslosigkeit ursächliche Auswirkungen auf die Entwicklung schwerwiegender Erkrankungen hat.



Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 13

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

© Robert Koch-Institut

ISBN 3-89606-140-2

ISSN 1437-5478

Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 13

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

*Autoren: Dr. Thomas G. Grobe, MPH
und Prof. Dr. Friedrich W. Schwartz*

Herausgeber: Robert Koch-Institut

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (GBE des Bundes) beschreibt den Gesundheitszustand der Bevölkerung, das Gesundheitsverhalten, die Verbreitung von Risikofaktoren, die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Kosten und Ressourcen des Gesundheitswesens. Sie basiert auf vorhandenen Daten, die in den Berichten zusammengeführt und bewertet werden. Ihre Aussagen beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Die GBE des Bundes stellt eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei. Nicht zuletzt bietet sie allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage.

Nach dem Erscheinen des ersten kompletten Gesundheitsberichts für Deutschland¹ wird die Gesundheitsberichterstattung durch die regelmäßige Herausgabe von Themenheften aktuell gehalten und weiter ausgestaltet. Dies gewährleistet:

- ▶ aktuelle Berichte,
- ▶ ein flexibles Themenspektrum,
- ▶ die Berücksichtigung des Leserinteresses.

Schwerpunktberichte und Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung ergänzen und vertiefen die regelmäßig erscheinenden Hefte.

Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* umfasst alle Bereiche des Gesundheitswesens:

- ▶ Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens
- ▶ Gesundheitliche Lage
- ▶ Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen
 - ▶ *Arbeitslosigkeit und Gesundheit (Heft 13)*
- ▶ Krankheiten/Gesundheitsprobleme
- ▶ Ressourcen der Gesundheitsversorgung

- ▶ Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- ▶ Ausgaben, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Dieser Aufbau liegt dem 1998 erschienenen *Gesundheitsbericht für Deutschland* mit über 100 verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen zugrunde und ist kompatibel mit dem Aufbau der GBE in den Bundesländern. In diese Struktur integrieren sich auch die bereits erschienenen Themenhefte.

Der *Gesundheitsbericht für Deutschland* ist über das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbe-bund.de abrufbar. Darüber hinaus bietet das Informationssystem eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Informationen und Kennziffern zum Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung. Die Zusammenarbeit des Robert Koch-Instituts mit dem *Informations- und Dokumentationszentrum Gesundheitsdaten* am Statistischen Bundesamt gewährleistet die Einbeziehung valider und aktueller Daten in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 »Schutzimpfungen«
- Heft 2 »Sterbebegleitung«
- Heft 3 »Gesundheitsprobleme bei Fernreisen«
- Heft 4 »Armut bei Kindern und Jugendlichen«
- Heft 5 »Medizinische Behandlungsfehler«
- Heft 6 »Lebensmittelbedingte Erkrankungen«
- Heft 7 »Chronische Schmerzen«
- Heft 8 »Nosokomiale Infektionen«
- Heft 9 »Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin«
- Heft 10 »Gesundheit im Alter«
- Heft 11 »Schuppenflechte«
- Heft 12 »Dekubitus«

Die Berichte können über das Robert Koch-Institut bezogen werden und stehen außerdem unter www.rki.de zur Verfügung.

¹ Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart (Metzler-Poeschel) 1998

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Einleitung

Während Anfang der 70er Jahre in Deutschland nahezu Vollbeschäftigung herrschte und das Thema Arbeitslosigkeit in der allgemeinen Diskussion kaum eine Rolle spielte, kam es in Folge der Ölpreisschocks in den Jahren 1973 und 1981 sowie durch die 1992/93 einsetzende Rezession zum Aufbau einer erheblichen Arbeitslosigkeit, die 1997 mit 4,4 Millionen arbeitslos gemeldeten Personen im zwischenzeitlich vereinten Deutschland ihren Höhepunkt erreichte. Schon die hohe Anzahl von Betroffenen macht eine Auseinandersetzung mit dem Thema »Arbeitslosigkeit und Gesundheit« erforderlich.

Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit wurden in der wissenschaftlichen Literatur bereits Ende des 19. Jahrhunderts beschrieben. Das vielleicht bekannteste Beispiel aus dem 20. Jahrhundert dürfte die Publikation »Die Arbeitslosen von Marienthal« sein, die 1933 von der Soziologin Marie Jahoda-Lazarsfeld veröffentlicht wurde¹. In dieser wie auch in vielen nachfolgenden Studien finden sich Belege für einen schlechteren Gesundheitszustand bei Arbeitslosen. Die Bedeutung der Arbeitslosigkeit resultiert dabei nicht nur aus ihren materiellen Folgen, sondern auch aus dem Verlust von latenten Funktionen, die der Arbeitstätigkeit zukommen (z. B. durch die Bedeutung der Arbeit für das Selbstwertgefühl und soziale Kontakte).

Zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit gibt es folgende, grundlegende Thesen:

- ▶ Arbeitslosigkeit führt zu einem erhöhten Krankheitsrisiko (Kausalitätshypothese);
- ▶ Krankheit führt zu einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko (Selektionshypothese).

Obwohl diese Hypothesen als gegenläufige Standpunkte formuliert sind, dürfte kaum zu bestreiten sein, dass sich beide Möglichkeiten eines ursächlichen Zusammenhanges von Arbeitslosigkeit und Krankheit im Einzelfall belegen lassen. Eine in-

haltliche Auseinandersetzung sollte beide Hypothesen berücksichtigen und versuchen, ihre anteilige Bedeutung für den in der jeweils betrachteten Population gefundenen Zusammenhang näher einzugrenzen. Über eine Diskussion der möglichen Richtung einer Kausalität in der Beziehung von Arbeitslosigkeit und Gesundheit sollte jedoch nicht vergessen werden, dass allein auf Basis der Häufung von gesundheitlichen Problemen bei Arbeitslosen – unabhängig von jedweder Kausalität – den Arbeitslosen gesundheitsfördernde Maßnahmen angeboten werden sollten.

Der nachfolgende Text versucht auf der Basis von aktuellen Daten die gesundheitliche Situation von Arbeitslosen in Deutschland darzustellen sowie Befunde zu den beiden möglichen Ursache-Wirkungs-Beziehungen im Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit zu diskutieren.

Arbeitslosigkeit in Deutschland

Definitionen von Arbeitslosigkeit

Obwohl Begriffe wie »Arbeitslosigkeit« oder »Arbeitslosenquote« jedem geläufig sind, ist ihre Definition und Erfassung keineswegs trivial und wird – insbesondere im internationalen Vergleich – recht unterschiedlich gehandhabt. So basieren beispielsweise Zahlen zu Erwerbstätigen und Arbeitslosen aus den Vereinigten Staaten auf monatlich durchgeführten repräsentativen Befragungen von Bevölkerungstichproben. Die in Deutschland üblicherweise berichteten Arbeitslo-

¹ Österreichische Wirtschaftspsychologische Forschungsstelle (Hrsg) (1933): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit, mit einem Anhang zur Geschichte der Soziographie. Bearbeitet und herausgegeben von der Österreichischen Wirtschaftspsychologischen Forschungsstelle (Fünfter Band der Psychologischen Monographien, herausgegeben von Prof. Dr. Karl Bühler). Hirzel, Leipzig.

senzahlen beruhen hingegen auf einer Auszählung der Meldungen von Arbeitssuchenden bei den Arbeitsämtern. Als Bezugsgröße zur Berechnung von Arbeitslosenquoten wurde in Deutschland in zurückliegenden Jahren vorrangig die Zahl der »abhängigen zivilen Erwerbspersonen« verwendet, die sich weitgehend auf der Basis von Verwaltungsunterlagen errechnen lässt. Aktuell werden die Arbeitslosenzahlen in der Regel auf »zivile Erwerbspersonen« bezogen, zu denen zusätzlich zur erstgenannten Gruppe auch Selbstständige und mithelfende Familienangehörige zählen. Dass je nach Erhebungsart und Definition der Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit voneinander abweichende arbeitsmarktbezogene Maßzahlen resultieren können, sei an dieser Stelle nur angedeutet. Die in späteren Abschnitten dargestellten Auswertungen zum Gesundheitszustand bei Arbeitslosen beziehen sich – vorgegeben durch die Erfassung des Merkmals Arbeitslosigkeit in den verwendeten Daten – auf die verhältnismäßig gut definierbare Gruppe der beim Arbeitsamt gemeldeten Arbeitslosen.

Entwicklung der Arbeitslosigkeit seit den 70er Jahren

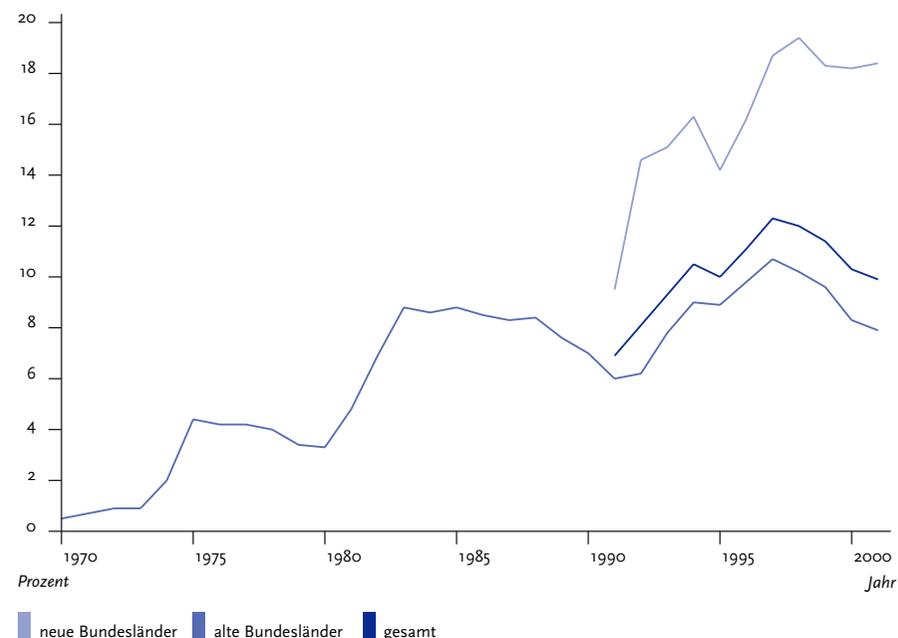
Wie bereits einleitend erwähnt, herrschte Anfang der 70er Jahre in Deutschland nahezu Vollbeschäftigung. In Folge der Ölpreisschocks in den Jahren 1973 und 1981 sowie durch die 1992/93 einsetzende Rezession kam es in den alten Bundesländern in drei Schritten zum Aufbau einer erheblichen Arbeitslosigkeit, die auch in den Zwischenphasen eine beträchtliche Beständigkeit zeigte. Mitverantwortlich hierfür war ein deutlicher Anstieg des Erwerbspersonenpotenzials, der sich vorrangig aus der veränderten Altersstruktur, einer wachsenden Erwerbsbeteiligung von verhei-

rateten Frauen und durch eine Zuwanderung von Aus- und Übersiedlern sowie Ausländern erklären lässt. So stieg die Zahl der Erwerbstätigen im früheren Bundesgebiet nach eher geringen Schwankungen in den 70er Jahren von knapp 27 Millionen im Jahr 1983 um rund 4 Millionen auf gut 31 Millionen im Jahr 1991.

Die in den neuen Bundesländern bestehende hohe Arbeitslosigkeit beruht auf anderen Ursachen: In der veralteten Wirtschaftsstruktur der DDR unterblieben notwendige Rationalisierungen und Modernisierungen; aufgrund unproduktiver Arbeitsplätze bestand eine nicht unerhebliche verdeckte Arbeitslosigkeit. Nach der Wende hatten die fehlende Wettbewerbsfähigkeit der ehemaligen Staatsunternehmen auf dem innerdeutschen und dem internationalen Markt sowie der Ausfall der traditionellen osteuropäischen Märkte einen massiven Produktivitätseinbruch zur Folge. Zudem ist das Arbeitsangebot in den neuen Bundesländern durch das größere Interesse von Frauen an einer (Vollzeit-) Erwerbstätigkeit höher als in den alten Bundesländern. Trotz enormer Transferleistungen seit den 90er Jahren gelang es bis heute nicht, die Unterbeschäftigung in den neuen Bundesländern deutlich zu senken.

Im vereinten Deutschland erreichte die Arbeitslosigkeit 1997 mit 4,4 Millionen arbeitslos gemeldeten Personen ihren Höhepunkt. Seither ist in den alten Bundesländern ein Rückgang der Arbeitslosigkeit zu verzeichnen, während sich in den neuen Bundesländern bislang kein eindeutiger Trend abzeichnet. Die Arbeitslosenquote bezogen auf abhängige zivile Erwerbspersonen lag in den neuen Bundesländern im Mai 2001 mit 18,4 % mehr als doppelt so hoch wie in den alten Bundesländern mit 7,9 % (Bundesrepublik insgesamt: 9,9 %). Für Männer und Frauen zeigten sich zu diesem Zeitpunkt mit 10,0 % bzw. 9,8 % nahezu identische Quoten.

Abbildung 1
Arbeitslosenquoten 1970 bis 2001 (jeweils Mai des Jahres)
Quelle: Daten der Bundesanstalt für Arbeit, Stand 2001



Langzeitarbeitslosigkeit

Soziale und gesundheitliche Einschränkungen sind eng mit der Dauer der Arbeitslosigkeit assoziiert. Als Langzeitarbeitslose gelten in amtlichen Arbeitsmarktstatistiken in Deutschland Personen, die zum Erhebungszeitpunkt mindestens ein Jahr lang durchgängig arbeitslos gemeldet waren. Nach diesem Kriterium waren im September 2001 unter männlichen Arbeitslosen 31 % und unter weiblichen Arbeitslosen 36 % als Langzeitarbeitslose einzustufen. 1980 lag demgegenüber ihr Anteil an allen Arbeitslosen noch unter 15 %. Der Anteil Langzeitarbeitsloser an allen Arbeitslosen steigt bei beiden Geschlechtern altersabhängig nahezu linear. Er betrug im September 2001 1,3 % bei den unter 20-jährigen und 59,2 % bei den 55 bis unter 60-jährigen Arbeitslosen. Nahezu ein Drittel aller Langzeitarbeitslosen (31,4 %) waren mindestens 55 Jahre alt. Die Auswirkungen der Langzeitarbeits-

losigkeit dürften in dieser Altersgruppe dadurch abgemildert sein, dass für den überwiegenden Teil der Betroffenen bislang eine Möglichkeit zum vorzeitigen Bezug von Altersruhegeld besteht und somit oft die Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses allein aus finanziellen Gründen nicht notwendig erscheint.

Die anteilige Bedeutung der längerfristigen Arbeitslosigkeit an den insgesamt erfassten Arbeitslosigkeitszeiten wird leicht unterschätzt, da Arbeitslosigkeitszeiten vor der individuellen Überschreitung einer durchgängigen Arbeitslosigkeitsdauer von 12 Monaten nicht zur Langzeitarbeitslosigkeit gezählt werden und zudem selbst kurzfristige, tageweise Unterbrechungen der Arbeitslosigkeit zu einem Neubeginn bei der Zählung der aktuellen Arbeitslosigkeitsdauer führen.

Die gesundheitliche Situation von arbeitslosen Frauen und Männern

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation von arbeitslosen Frauen und Männern basieren auf Auswertungen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Einbezogen wurden Frauen und Männer im Alter von 20 bis 59 Jahren, die angaben, zum Zeitpunkt der Befragung mindestens 15 Stunden wöchentlich berufstätig oder arbeitslos gemeldet zu sein².

Lebensbedingungen

Arbeitslosigkeit ist auch in der Bundesrepublik zunächst mit ganz konkret fassbaren materiellen Einschränkungen verbunden. So beträgt unter den Befragten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 der Anteil von Haushalten mit einem monatlichen Nettoeinkommen unter 2.000 DM bei Arbeitslosen 40 %, bei Berufstätigen sind es lediglich 7%. Berücksichtigt man die Haushaltsgröße und berechnet das so genannte Äquivalenzeinkommen, verfügen 37 % der Arbeitslosen im Vergleich zu 10 % der Berufstätigen über ein pro Kopf Äquivalenzeinkommen von unter 1000 DM. Ein Teil dieser Einkommensunterschiede dürfte bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit bestanden haben: Vormalig als ungelernete oder angelernte Arbeiter tätige Personen sind unter aktuell Arbeitslosen mit einem Anteil von 25 % deutlich überrepräsentiert, ihr Anteil unter aktuell Berufstätigen beträgt lediglich 12 %.

53 % der arbeitslosen Männer bezeichnen sich trotz ihrer Arbeitslosigkeit als Hauptverdiener (berufstätige Männer: 82 % Hauptverdiener). Demgegenüber geben lediglich 27 % der arbeitslosen bzw. 35 % der berufstätigen Frauen an, Hauptverdiener zu sein.

Erwartungsgemäß ist bei Arbeitslosen die Wohnsituation als schlechter einzustufen. Dezentrale Kohle- oder Holzbeheizung wird von 8,7 % der Arbeitslosen und 4,5 % der Berufstätigen angegeben. Über Lärm in Wohnung oder Haus berichten 45 % der Arbeitslosen gegenüber 37 % der Berufstätigen. 34 % der Arbeitslosen gegenüber 22 % der Berufstätigen geben bei Befragungen im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 an, an einer stark befahrenen Haupt- oder Durchgangsstraße zu wohnen.

Zufriedenheit, soziale Kontakte

Fragen zur Zufriedenheit mit unterschiedlichen Lebensaspekten werden von Arbeitslosen deutlich negativer beantwortet. Zu den negativer eingestuften Lebensaspekten zählen bei Arbeitslosen neben der finanziellen Lage auch die eigene Gesundheit sowie, insbesondere unter Männern, die familiäre Situation und Beziehungen zu Freunden und Bekannten. 12 % der arbeitslosen Männer geben an, maximal eine Person zu kennen, auf die sie sich im Notfall verlassen könnten, unter Berufstätigen sind es nur 5 % mit entsprechend wenig Bezugspersonen. Unter Frauen sind Unterschiede in der Beantwortung dieser Frage mit 9 % vs. 6 % weniger deutlich und statistisch nicht abzuschern.

Gesundheitsbezogenes Verhalten: Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, körperliche Aktivität

Während 34 % der berufstätigen Männer im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 angeben, zum Zeitpunkt der Befragung täglich zu rauchen, sind es unter Arbeitslosen mit 49 % anteilig deutlich mehr. Unterschiede unter Frauen sind demgegenüber mit 28 % vs. 31 % gering.

Hinsichtlich der Höhe des Alkoholkonsums nach Selbstangaben zeigen die Befragungsergebnisse des aktuellen Bundes-Gesundheitssurveys keine wesentlichen Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen. Insbesondere der Anteil von Personen, die einen Gesamtkohlkonsum in potenziell gesundheitsschädigenden Mengen angeben, unterscheidet sich zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen kaum.

Beim Vergleich der Angaben zum Konsum einzelner Nahrungsmittel zeigt sich, dass von Arbeitslosen der Konsum von kohlenhydratreichen Grundnahrungsmitteln (gekochte Kartoffeln, Graubrot, Weißbrot) sowie fettreduzierter Brotaufstriche und Margarine häufiger angegeben wird. Beim Konsum von Milchprodukten, Fleisch, rohem Gemüse und Obst lassen sich keine nennenswerten Unterschiede feststellen. Auf Basis

² Die Eingrenzung auf diese Altersgruppe erfolgt, da von jüngeren (18 bis 19 Jahre) und älteren (60 bis 65 Jahre) Befragten nicht genügend Daten vorlagen.

dieser Angaben lässt sich am ehesten eine preisbewusste Ernährung vermuten. Gesundheitliche Effekte oder Risiken lassen sich aus den Angaben nicht pauschal ableiten.

Wöchentlich mindestens 1 Stunde Sport treiben – trotz eines vermeintlich höheren Zeitkontingents – nur ca. 30 % der Arbeitslosen im Vergleich zu ca. 40 % der Berufstätigen, wobei diese Aussage gleichermaßen für Männer wie Frauen gilt. Leichte Tätigkeiten werden von Arbeitslosen häufiger angegeben, mittelschwere und anstrengende Tätigkeiten tendenziell seltener. Insbesondere im Hinblick auf die sportlichen Aktivitäten lassen sich nach diesen Ergebnissen Potenziale für gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Arbeitslosen formulieren.

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, Behinderung

Nach ihrer persönlichen Einschätzung verfügen Arbeitslose Männer und Frauen über einen deutlich schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand. 23 % bezeichnen ihn als »weniger gut« oder »schlecht«, unter Berufstätigen kommen nur 11 % zu dieser Einschätzung. Eine Verschlechterung der Situation im Vergleich zum Vorjahr beschreiben 18 % der Arbeitslosen im Vergleich zu 14 % der Berufstätigen. Merklich häufiger werden – insbesondere von arbeitslosen Männern – Einschränkungen

bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens angegeben. Der Anteil von Personen mit amtlich anerkannter Behinderung liegt entsprechend unter männlichen Arbeitslosen bei 15 % gegenüber 7 % bei Berufstätigen. Unter Frauen zeigen sich demgegenüber hinsichtlich einer anerkannten Behinderung keine bedeutsamen Unterschiede (7 % vs. 6 %).

Gesundheitszustand und Dauer der Arbeitslosigkeit

Unterscheidet man in den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys zwischen Personen mit Arbeitslosigkeitszeiten unter 12 Monaten und Arbeitslosigkeitszeiten ab einem Jahr (innerhalb der letzten 5 Jahre), finden sich wichtige Unterschiede hinsichtlich gesundheitsrelevanter Merkmale zu Berufstätigen vorrangig in der Gruppe der Langzeitarbeitslosen.

Gleichzeitig lassen sich unter Männern Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Gesundheit in Abhängigkeit von der Haushaltssituation differenzieren: Arbeitslose »Hauptverdiener« zeigen im Mittel stärkere gesundheitliche Einschränkungen als Arbeitslose, die angeben, nicht Hauptverdiener zu sein. Die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes in Abhängigkeit von unterschiedlich definierten Arbeitslosigkeitserfahrungen sind in Abbildung 2 für männliche Befragte dargestellt. Langzeitarbeitslose im

Abbildung 2
Weniger guter oder schlechter Gesundheitszustand in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen bei Männern (Selbstangabe)
Datenquelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, eigene Auswertungen

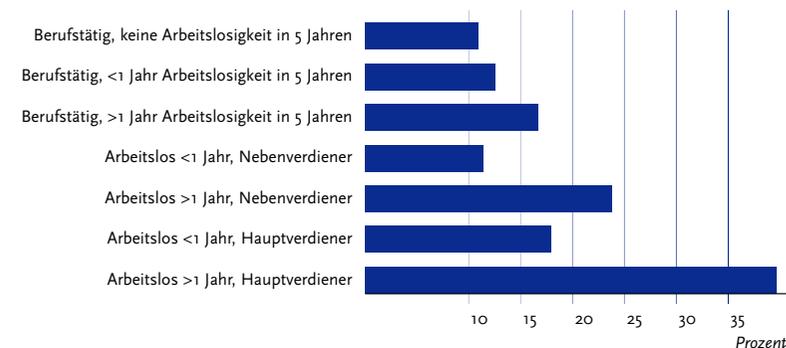


Tabelle 1

Einschätzung des Gesundheitszustandes in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen bei Männern

Datenquelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, eigene Auswertungen

Gruppen nach Arbeitslosigkeitserfahrung innerhalb der letzten 5 Jahre und aktuellem Erwerbsstatus	Gesundheitszustand weniger gut oder schlecht	
	Anteil	Risiko*
aktuell Berufstätige:		
keine vorausgehende Arbeitslosigkeit	10,90%	1 (Referenz)
weniger als 1 Jahr vorausgehend arbeitslos	12,50%	1,6 (1,0–2,6)
ein oder mehr Jahre vorausgehend arbeitslos	16,70%	1,7 (0,9–3,0)
aktuell Arbeitslose:		
weniger als 1 Jahr arbeitslos, Nebenverdiener	11,40%	0,9 (0,4–2,5)
ein oder mehr Jahre arbeitslos, Nebenverdiener	23,80%	2,1 (0,97–4,4)
weniger als 1 Jahr arbeitslos, Hauptverdiener	17,90%	1,8 (0,8–4,3)
ein oder mehr Jahre arbeitslos, Hauptverdiener	39,60%	4,3 (2,3–8,0)

* Odds Ratio (95% Vertrauensbereich); logistisches Regressionsmodell, unter Kontrolle für Alter (in 5-Jahres-Altersgruppen)

Sinne der oben genannten Definition berichten danach im Vergleich zu Berufstätigen ohne Arbeitslosigkeit innerhalb der letzten 5 Jahre auch noch häufiger einen »weniger guten« oder »schlechten« Gesundheitszustand, selbst wenn sie aktuell wieder eine Berufstätigkeit aufgenommen haben. Das Risiko für einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand erhöht sich in Abhängigkeit von der Dauer der Arbeitslosigkeit und dem Haupt- bzw. Nebenverdienerstatus (vgl. Tabelle 1). Modellrechnungen in Bezug auf Frauen zeigen bei der geringen Zahl von weiblichen Hauptverdienern im Bundes-Gesundheitssurvey keine sinnvoll interpretierbaren Abstufungen der Einschätzung des Gesundheitszustandes.

Körpergewicht, Blutdruck, Cholesterin

Im Bundes-Gesundheitssurvey wurde eine Reihe von medizinischen Messgrößen im Rahmen einer standardisierten Untersuchung erfasst. Insgesamt erscheinen die Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen eher gering. Arbeitslose Männer sind häufiger als untergewichtig einzustufen (4,9 % vs. 1,1 % der Berufstätigen), arbeitslose Frauen sind im Vergleich zu Berufs-

tätigen häufiger stark übergewichtig bzw. adipös (23 % vs. 15 %). Tendenziell finden sich bei arbeitslosen Männern gehäuft erhöhte Blutdruck- und Cholesterinwerte. Diese Unterschiede bewegen sich jedoch nach statistischer Berücksichtigung der Altersstruktur im Bereich von Zufallsschwankungen.

Erkrankungen und Inanspruchnahme der ambulanten Gesundheitsversorgung

Von der Mehrzahl der im Bundes-Gesundheitssurvey erfragten Erkrankungen waren arbeitslose Männer im Vergleich zu berufstätigen Männern häufiger betroffen. Statistisch abzusichernde Unterschiede zeigen sich hinsichtlich »Durchblutungsstörungen des Gehirns mit Lähmungen oder Gefühlsstörungen«, »Durchblutungsstörungen der Beine«, »Chronische Bronchitis«, »Leberzirrhose«, »Epilepsie«, »Psychischen Erkrankungen« sowie »Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen«. Anzumerken ist, dass die genannten Erkrankungen (mit Ausnahme der chronischen Bronchitis) auch unter den häufiger erkrankten Arbeitslosen jeweils weniger als 10 % der Befragten betreffen.

Krankenhausaufenthalte

Bei arbeitslosen Frauen zeigt sich ein deutlich abweichendes Bild. Von ihnen werden lediglich »Durchblutungsstörungen der Beine« signifikant häufiger angegeben. Demgegenüber werden »Blutarmut bzw. Eisenmangel«, »Magenschleimhautentzündung« sowie zwei Erkrankungen mit allergischen Komponenten (»Asthma«, »Neurodermitis«) seltener als von berufstätigen Frauen genannt, bei den übrigen im Fragebogen genannten Erkrankungen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Geringere Häufigkeiten bei allergischen Erkrankungen unter Arbeitslosen stehen im Einklang mit Beobachtungen, nach denen allergische Erkrankungen – im Gegensatz zu fast allen anderen Erkrankungen – gehäuft in höheren sozialen Schichten diagnostiziert werden. Die Angaben zu »Blutarmut« und »Magenschleimhautentzündung« lassen sich nicht eindeutig interpretieren.

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen Leistungen zeigen sich im Bundes-Gesundheitssurvey Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen. Werden von männlichen Arbeitslosen rechnerisch im Mittel 9,8 Kontakte je Jahr (Frauen: 12,7 Kontakte) angegeben, so sind es bei Berufstätigen 7,1 Kontakte (bzw. 11,0 unter Frauen). Gleichfalls liegt der Anteil von Personen mit mehr als 12 Arztkontakten innerhalb eines Jahres unter Arbeitslosen höher (Männer: 26 % bei Arbeitslosen vs. 14 % bei Berufstätigen; Frauen: 37 % vs. 27 %).

Die für diesen Bericht zusammengestellten Ergebnisse zur Inanspruchnahme stationärer Leistungen sowie weitere entsprechend gekennzeichnete Darstellungen beruhen auf der Auswertung anonymisierter Routinedaten einer bundesweit tätigen Ersatzkasse mit 1,3 Millionen Versicherten (Gmünder Ersatzkasse – GEK). Zwangsläufig können die Daten dieser Krankenkasse nicht den Anspruch auf Repräsentativität für alle GKV-Versicherten erfüllen. Sie ermöglichen aber, auf individuelle Versicherte bezogen, Aussagen über die Entwicklung der Gesundheit über einen längeren Zeitraum hinweg. Teilergebnisse sollten daher nicht ohne den Kontext der Daten und insgesamt vorsichtig interpretiert werden. In Anbetracht der Größe von Versichertenpopulationen und vor dem Hintergrund der Verfügbarkeit von individuellen Informationen in Kassendaten über längere Zeiträume bieten diese jedoch anderweitig nicht vorhandene Auswertungsmöglichkeiten. Zudem geht es bei den hier dargestellten Auswertungen vorrangig um Zusammenhänge von Merkmalen (z. B. Krankenhaustage bei Arbeitslosen in Relation zu Krankenhaustagen bei Berufstätigen), die im Gegensatz zu den absoluten Zahlenwerten weniger stark von der Repräsentativität der verfügbaren Daten abhängen dürften.

Da Versicherte innerhalb eines Jahres ihren Versicherungsstatus oder die Mitgliedschaft in einer Kasse wechseln können, beziehen sich die nachfolgenden Angaben zu Krankenhausaufenthalten nicht auf Versicherte, sondern auf Versicherungszeiten. Die Angabe einer Inanspruchnahme je 1.000 Versicherungsjahre entspricht dabei der Inanspruchnahme, die bei 1.000 durchgängig über ein Jahr versicherten Personen zu erwarten wäre.

Nach altersstandardisierten Auswertungen, d. h. unter Zugrundelegung einer vergleichbaren Altersstruktur in beiden Gruppen, werden bei aktuell Arbeitslosen deutlich mehr Krankenhaustage registriert als bei Berufstätigen. Die Unterschiede sind bei Männern – wie bereits auf Basis der Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys zu Vorerkrankungen vermutet werden könnte – mit einem Verhältnis 2,3 : 1 stärker ausgeprägt (Arbeitslose 2.257 Tage vs. Nicht-Arbeitslose 963 Tage je 1.000 Versicherungsjahre) als unter Frauen

(Verhältnis 1,7 : 1; arbeitslose Frauen 2.162 Tage vs. nicht-arbeitslose Frauen 1.263 Tage je 1.000 Versicherungsjahre).

Krankenhausaufenthalte nach Diagnosekapiteln

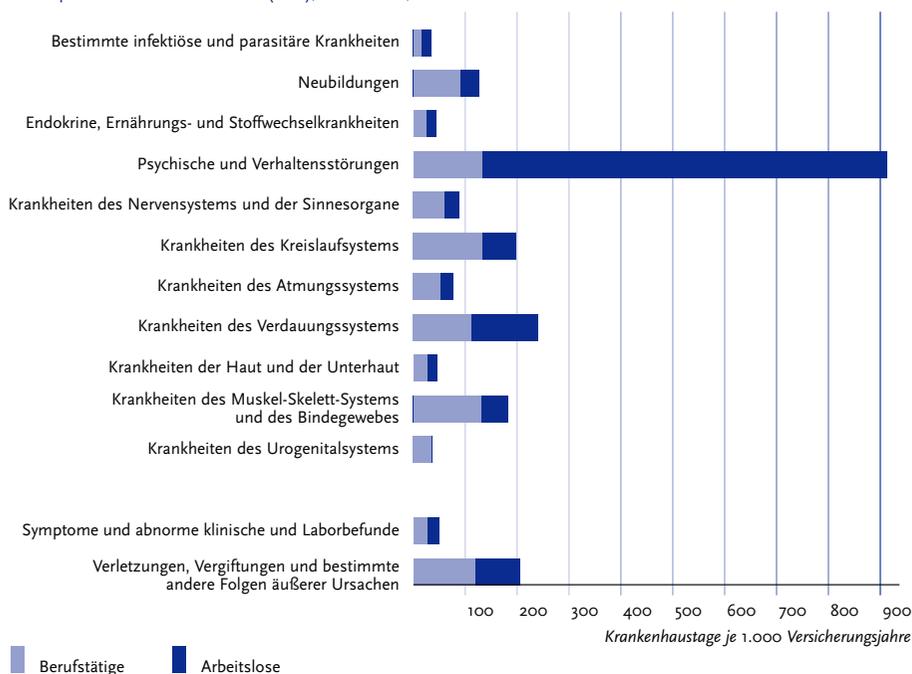
Erhebliche Unterschiede bestehen, bezogen auf einzelne Diagnosen oder Diagnosegruppen, in der Krankenhausverweildauer von Arbeitslosen und Berufstätigen. Abbildungen 3 und 4 zeigen die bei arbeitslosen Männern bzw. Frauen erfassten Leistungstage der GEK-Versicherten in Krankenhäusern im Vergleich zu Leistungstagen bei aktuell Berufstätigen, aufgeteilt nach ausgewählten Diagnosekapiteln der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten in der 10. Revision (ICD10). Auf die angegebenen Kapitel entfallen 99 % aller Krankenhaustage. Grundsätzlich gilt, dass

Arbeitslose, im Vergleich zu Berufstätigen, in Bezug auf alle Diagnosekapitel eine höhere Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen aufweisen (gemessen an der Verweildauer). Bei Neubildungen, Krankheiten des Kreislaufsystems, der Harn- und Geschlechtsorgane sowie des Bewegungsapparates finden sich geringe bis mäßige Unterschiede zu Ungunsten von Arbeitslosen. Deutlicher erscheinen die Differenzen bei Infektionserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten der Verdauungsorgane sowie bei Verletzungen und Vergiftungen. Unter arbeitslosen Frauen finden sich zudem doppelt so viele schwangerschaftsbedingte Krankenhaustage. Die mit Abstand deutlichsten Unterschiede zeigen sich hinsichtlich stationärer Aufenthalte wegen psychischer Störungen: Arbeitslose Männer verbringen nahezu siebenmal mehr Tage mit einer entsprechenden Diagnose im Krankenhaus als Nicht-Arbeitslose,

Abbildung 3

Krankenhaustage bei Männern nach ICD10-Diagnosekapiteln

Datenquelle: Gmünder Ersatzkasse (GEK), Daten 2000, altersstandardisiert



unter Frauen beträgt das Verhältnis 3 : 1. Nach diesen Ergebnissen lassen sich bei Männern 60 % der Unterschiede in der Krankenhausverweildauer zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen auf Krankenhaustage mit der Diagnose einer psychischen Störung zurückführen, bei Frauen erklären diese 37 % der Differenzen. Schwangerschaftsbedingte Aufenthalte sind unter Frauen für etwa 32 % der zusätzlich erfassten Leistungstage von Arbeitslosen verantwortlich zu machen.

Krankenhausaufenthalte: relevante Einzeldiagnosen

In Tabelle 2 und 3 sind die – gemessen an der Verweildauer – anteilig bedeutsamsten Einzeldiagnosen unter den bei der GEK versicherten arbeitslosen Männern und Frauen angegeben. Auf die

aufgeführten Diagnosen entfallen bei Arbeitslosen beider Geschlechter jeweils 50 % der im Jahre 2000 erfassten Krankenhaustage.

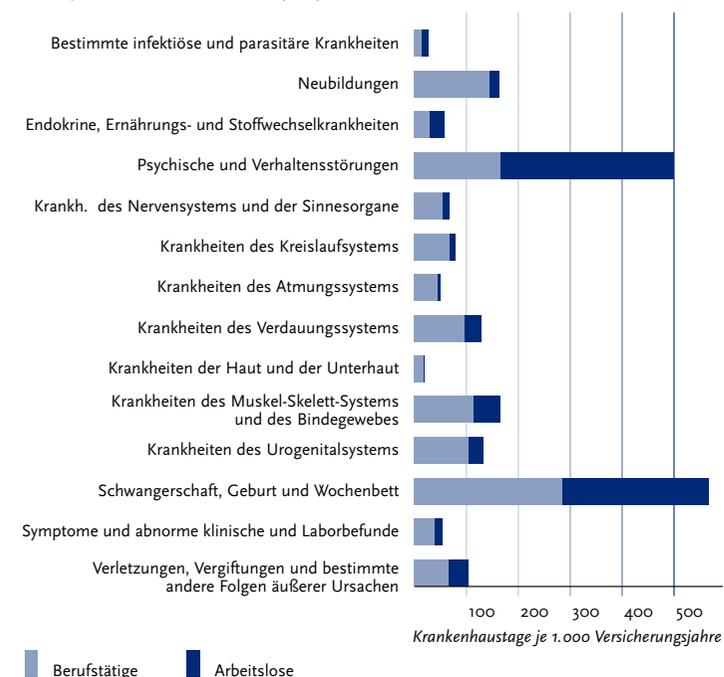
Von herausragender Bedeutung sind unter arbeitslosen Männern substanzmissbrauchsbedingte Aufenthalte: 14,3 % aller Krankenhaustage entfallen allein auf die Diagnose »Verhaltensstörungen durch Alkohol«. Je 1.000 Versicherungsjahre mit Arbeitslosigkeit werden durchschnittlich 324 Tage unter dieser Diagnose im Krankenhaus verbracht, je 1.000 Versicherungsjahre mit Berufstätigkeit sind es demgegenüber nur 32 Tage, was einem Verhältnis von 10 : 1 entspricht.

Diagnosen, die im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch stehen (vorrangig ICD10-Kodes F10, F19, F11, K70, vgl. Tabellen) erklären mehr als ein Drittel der erhöhten Inanspruchnahme von arbeitslosen Männern. Bei Frauen sind diese Diagnosen für etwa 12 % der Differenzen zu den Be-

Abbildung 4

Krankenhaustage bei Frauen nach ICD10-Diagnosekapiteln

Datenquelle: Gmünder Ersatzkasse (GEK), Daten 2000, altersstandardisiert



rufstätigen verantwortlich. Aufenthalte wegen normaler Entbindungen sind bei arbeitslosen Frauen für 22% der Unterschiede zu Berufstätigen verantwortlich zu machen. Proportional zu der im Vergleich zu Berufstätigen zweifach erhöhten Anzahl von Geburten je Versicherungszeitraum finden sich unter arbeitslosen Frauen auch entsprechend erhöhte Inanspruchnahmen wegen Geburtskomplikationen.

Im Hinblick auf psychische Erkrankungen sind unter arbeitslosen Männern insbesondere Schizophrenien, Belastungsreaktionen sowie De-

pressionen im Vergleich zu Berufstätigen deutlich häufiger zu beobachten. Unter arbeitslosen Frauen spielen auch Ess- und Persönlichkeitsstörungen eine verhältnismäßig wichtige Rolle, Aufenthalte wegen Schizophrenie sind allerdings gegenüber berufstätigen Frauen weniger stark erhöht als unter arbeitslosen Männern.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass unter den Versicherten der GEK Arbeitslosigkeit mit einer deutlich erhöhten Inanspruchnahme stationärer Leistungen verbunden ist, wobei insbesondere psychische Störungen (gemäß Einteil-

lung in der ICD10) eine entscheidende Rolle spielen. Unter arbeitslosen Männern dominieren dabei Aufenthalte im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch. Auf arbeitslose Männer dürfte nach diesen Auswertungen etwa die gleiche Anzahl von Behandlungstagen wegen Alkoholmissbrauch entfallen wie auf die etwa zehnmal größere Gruppe aller männlichen Berufstätigen. Die Beobachtung erscheint auch insofern bedenklich, als dass nach Erfahrungen aus stationären Einrichtungen bei Arbeitslosen im Vergleich zu

Berufstätigen deutlich schlechtere Rehabilitationserfolge erwartet werden können.

Vor einer Fehlinterpretation dieser Ergebnisse muss allerdings gewarnt werden. Von allen Männern mit einer längerfristigen Arbeitslosigkeit im Jahr 2000 (mindestens 183 registrierten Arbeitslosigkeitstagen) wurden insgesamt weniger als 3% wegen psychischer Störungen und weniger als 2% wegen alkoholbedingten Erkrankungen innerhalb desselben Jahres im Krankenhaus (mit Kostenübernahme durch die Krankenkasse) behandelt. Ein ho-

Tabelle 2
Verweilzeiten in Krankenhäusern von aktuell Arbeitslosen unter anteilig relevanten 3stelligen ICD10-Diagnosen, Männer
Datenquelle: Gmünder Ersatzkasse (GEK), Daten 2000*

ICD10 Kode	Diagnose (absteigend nach Verweilzeiten bei Arbeitslosen sortiert)	KH-Tage bei	Anteil an allen	KH-Tage bei
		Arbeitslosen	KH-Tagen bei	Nicht-
		je 1000 VJ	Arbeitslosen	Arbeitslosen
			Prozent	je 1000 VJ
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	324,6	14,30	32,4
F20	Schizophrenie	167,0	7,40	19,3
F19	Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch	86,1	3,80	5,7
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen	59,6	2,60	10,3
F32	Depressive Episode	48,5	2,10	16,5
K85	Akute Pankreatitis	48,0	2,10	6,6
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	36,9	1,60	29,8
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	35,5	1,60	4,0
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	31,1	1,40	1,5
S82	Fraktur des Unterschenkels	30,7	1,40	19,7
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	30,6	1,40	20,5
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	30,3	1,30	22,4
K40	Hernia inguinalis (Leistenbruch)	23,2	1,00	25,1
F48	Andere neurotische Störungen	22,5	1,00	6,6
F33	Rezidivierende depressive Störung	21,3	0,90	8,7
I21	Akuter Myokardinfarkt	21,3	0,90	14,0
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	20,8	0,90	10,3
K70	Alkoholische Leberkrankheit	20,5	0,90	2,5
G40	Epilepsie	19,9	0,90	5,7
F41	Andere Angststörungen	19,8	0,90	4,2
F25	Schizoaffektive Störungen	18,6	0,80	3,0
M54	Rückenschmerzen	17,6	0,80	12,9

* altersstandardisierte Auswertung. KH: Krankenhaus; VJ: Versicherungsjahre

Tabelle 3
Verweilzeiten in Krankenhäusern von aktuell Arbeitslosen unter anteilig relevanten 3stelligen ICD10-Diagnosen, Frauen
Datenquelle: Gmünder Ersatzkasse (GEK), Daten 2000*

ICD10 Kode	Diagnose (absteigend nach Verweilzeiten bei Arbeitslosen sortiert)	KH-Tage bei	Anteil an allen	KH-Tage bei
		Arbeitslosen	KH-Tagen bei	Nicht-
		je 1000 VJ	Arbeitslosen	Arbeitslosen
			Prozent	je 1000 VJ
O80	Spontangeburt eines Einlings	401,39	18,5	205,94
F32	Depressive Episode	65,31	3,0	29,55
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	54,81	2,5	10,21
F20	Schizophrenie	48,01	2,2	14,22
F50	Essstörungen	46,31	2,1	13,48
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	45,57	2,1	8,95
F19	Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch	41,41	1,9	1,18
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	39,37	1,8	20,47
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen	35,73	1,6	19,74
D25	Leiomyom des Uterus	33,47	1,5	36,13
F33	Rezidivierende depressive Störung	32,16	1,5	17,65
K80	Cholelithiasis	28,90	1,3	20,45
O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	25,42	1,2	11,55
O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	24,68	1,1	12,15
M54	Rückenschmerzen	21,63	1,0	10,06
F41	Andere Angststörungen	21,09	1,0	7,14
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	19,71	0,9	0,70
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus	18,23	0,8	2,97
I83	Varizen der unteren Extremitäten	17,60	0,8	13,73
O34	Betreuung der Mutter bei Anomalie der Beckenorgane	16,87	0,8	6,59
S82	Fraktur des Unterschenkels	16,76	0,8	14,84
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	16,57	0,8	17,47
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	15,76	0,7	21,08

* altersstandardisierte Auswertung. KH: Krankenhaus; VJ: Versicherungsjahre

her Anteil der manifest Alkoholkranken ist arbeitslos, jedoch nur ein sehr viel geringerer Anteil der Arbeitslosen hat manifeste Alkoholprobleme.

Arbeitslosigkeit und Mortalität

Vor dem Hintergrund der bereits dargestellten Häufung von gesundheitlichen Einschränkungen lässt sich eine erhöhte Sterblichkeit bei Arbeitslosen erwarten. Für die nachfolgend dargestellten Auswertungen wurde die Sterblichkeit von Mitgliedern der GEK im Zeitraum von drei Jahren zwischen 1998 und 2000 ermittelt. Die Mitglieder waren zu Beginn des Auswertungszeitraums zwischen 20 und unter 50 Jahre alt, gleichzeitig lagen für sie Angaben zum Erwerbsstatus in drei vorangehenden Jahren vor. In Abhängigkeit von der zwischen den Jahren 1995 und 1997 versichertenbezogen dokumentierten Arbeitslosigkeit wurden vier Gruppen gebildet: Durchgängig Berufstätige, Berufstätige mit unter einem Jahr Arbeitslosigkeit, Berufstätige mit ein bis unter zwei Jahren Arbeitslosigkeit sowie Mitglieder mit mindestens 2 Jahren gemeldeter Arbeitslosigkeit.

In den vier Gruppen zeigten sich deutliche Unterschiede bezüglich der Sterblichkeit. Während rechnerisch unter 100.000 durchgängig Berufstätigen in den drei Folgejahren lediglich 277 Menschen starben, traten bei Personen mit 1 bis unter zwei Jahren Arbeitslosigkeit schon 463 Todesfälle und bei Mitgliedern mit mehr als 2 Jahren dokumentierter Arbeitslosigkeit schließlich 965 Todesfälle je 100.000 Mitglieder auf (vgl. Abbildung 5).

Das Risiko der Sterblichkeit erhöht sich kontinuierlich in Abhängigkeit von der vorausgehenden

den Arbeitslosigkeitsdauer, auch wenn Gruppenunterschiede hinsichtlich der Geschlechts- und Altersstruktur statistisch bereinigt werden: Bei Versicherten mit 1 bis unter 2 Jahren Arbeitslosigkeit zeigt sich im Vergleich zu den durchgängig Berufstätigen eine 1,6fach erhöhte Mortalität, bei Personen mit mindestens 2 Jahren Arbeitslosigkeit in den vorangehenden 3 Jahren ist im Folgezeitraum das Mortalitätsrisiko 3,4fach erhöht.

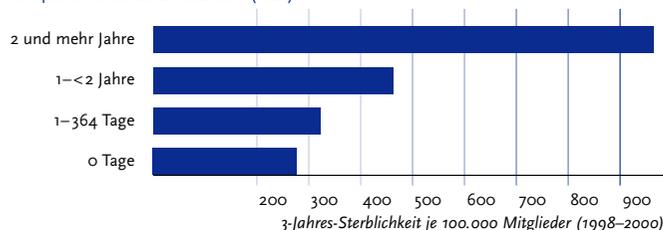
Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Sterblichkeit sind in der internationalen wissenschaftlichen Literatur mehrfach aufgezeigt worden, eine bereits zu Beginn der 90er Jahre publizierte Studie auf der Basis von Kassendaten aus Deutschland hatte – bei einer seinerzeit nur sehr viel kleineren Stichprobengröße – noch keine statistisch abgesicherten Mortalitätsunterschiede nachweisen können.

Während die Berechnungen zur Mortalität bei einer Beschränkung auf männliche Berufstätige bzw. Arbeitslose zu vergleichbaren Ergebnissen führen, ergeben Modellrechnungen bei einer Beschränkung auf Frauen auf der Basis von GEK-Daten – mitbedingt durch eine geringere Stichprobengröße und Gesamtsterblichkeit – keine interpretierbaren Ergebnisse.

Geschlechtsspezifische Ausprägung des Zusammenhanges von Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Unzweifelhaft weist ein überwiegender Teil der Ergebnisse sowohl unter Männern als auch unter

Abbildung 5
Sterblichkeit nach Dauer der vorausgehenden Arbeitslosigkeit
(Gesamtarbeitslosigkeitsdauer 1995–1997)
Datenquelle: Gmünder Ersatzkasse (GEK)



Frauen auf einen schlechteren Gesundheitszustand von Arbeitslosen hin. Allerdings erscheinen im Bundes-Gesundheitssurvey, aber auch in Krankenkassendaten Unterschiede gegenüber Berufstätigen bei Männern wesentlich deutlicher ausgeprägt zu sein als bei Frauen. Dies gilt vorrangig bei konkret beschriebenen Vorerkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen im Sinne anerkannter Behinderungen, aber auch in Bezug auf familiäre und soziale Probleme. Bei der Interpretation dieser Beobachtung sind eine Reihe von Erklärungsmöglichkeiten zu bedenken.

- ▶ Zumindest in den alten Bundesländern weisen Männer auch heutzutage noch eine stärkere Erwerbsorientierung als Frauen auf. Ein Arbeitsplatzverlust dürfte für sie daher zu stärkeren Rollenkonflikten führen. Gleichzeitig ist ein Arbeitsplatzverlust bei Männern in Partnerschaften – sofern sie zuvor die Hauptverdiener waren – typischerweise mit größeren finanziellen Einschränkungen verbunden.
- ▶ Bei einem Teil der »typischen Männerberufe« dürften körperliche Einschränkungen schneller zu Einschränkungen der erwarteten Arbeitsleistung führen, was das Risiko für eine Arbeitslosigkeit oder den Verbleib in Arbeitslosigkeit erhöht.
- ▶ Ein Teil der Arbeitslosigkeitszeiten bei Frauen steht in zeitlich engem Zusammenhang mit Schwangerschaften und Erziehungszeiten und kann insofern nicht als Folge gesundheitlicher Einschränkungen gesehen werden. Gleichzeitig dürfte das Risikoverhalten hinsichtlich Ernährung, Alkoholkonsum und Rauchen in den genannten Phasen eher positiv beeinflusst sein.
- ▶ Vor dem Hintergrund der klassischen familiären Rollenaufteilung dürfte es für Frauen zumindest in den alten Bundesländern auch weiterhin einfacher sein, im Falle einer aussichtslos erscheinenden Arbeitsplatzsuche, ggf. auch im Zusammenhang mit gesundheitlichen Einschränkungen, eine primär nicht angestrebte Hausfrauenrolle zu übernehmen und sich spätestens nach Ablauf von oftmals im Vergleich zu Männern nur kürzer bestehenden finanziellen Ansprüchen nicht mehr arbeitslos zu melden. Insofern wären längerfristig arbeitssuchende Frauen eher in der so genannten »Stillen Reserve« zu vermuten als Männer.

Ursache und Wirkung im Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitslosigkeit

In den vorausgehenden Darstellungen des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist die einleitend in diesem Text bereits angerissene Frage nach Ursache und Wirkung weitgehend unberücksichtigt geblieben. Welche Befunde sprechen für die Annahme von Selektionseffekten, welche sind im Sinne von Kausaleffekten zu interpretieren?

Selektionshypothese: Krankheit als Ursache von Arbeitslosigkeit

Unter den Bedingungen einer freien Marktwirtschaft liegt bei einem gleichzeitig bestehenden Überangebot von Arbeitskräften die Annahme von Selektionseffekten nahe: Kränkere Arbeitnehmer sind häufiger weniger wettbewerbsfähig, werden demnach eher entlassen und seltener wieder eingestellt. Hinweise auf Selektionseffekte werden aus einer Reihe von längsschnittlichen Studien berichtet (z. B. in Deutschland von T. Elkeles auf Basis der Daten des Sozio-Ökonomischen Panels). In die gleiche Richtung deutet eine vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung in Auftrag gegebene Studie, nach der es vor allem bei Frauen aus den alten Bundesländern einen Einfluss von schlechter Gesundheit auf das erstmalige Auftreten von Arbeitslosigkeit gibt, während in den neuen Bundesländern ein entsprechender Zusammenhang nicht zu belegen ist³.

Aktuelle Daten der GEK belegen deutlich erhöhte Risiken für eine Arbeitslosigkeit in Abhängigkeit von Dauer und Art der registrierten Krankenschreibungen. So ist beispielsweise für Männer mit 6 bis unter 12 Wochen Krankenschreibungsdauer innerhalb von drei Jahren Berufstätigkeit gegenüber durchgängig nicht krankgeschriebenen Männern – unabhängig von Alterseinflüssen und

³ Mueller U, Heinzl-Gutenbrunner M (2001): Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung

ausgeübten Beruf – ein zweifach erhöhtes Risiko für eine längerfristige Arbeitslosigkeit (mehr als ein halbes Jahr) innerhalb der nächsten drei Jahre festzustellen. Liegt die Krankschreibungsdauer bei 12 oder mehr Wochen, verdoppelt sich dieses Risiko noch auf den Faktor 4.

Nicht ermittelt werden kann in derartigen Auswertungen von Kassendaten, inwieweit ein drohender Arbeitsplatzverlust oder ein schlechtes Betriebsklima mit einem entsprechend erhöhten Kündigungsrisiko auch der Auslöser von gehäuftten Krankschreibungen gewesen sein könnte, womit diese Erkrankungsfälle weniger als eine Ursache denn als ein Symptom des Entlassungsrisikos anzusehen wären. Trotz dieses Einwandes ist jedoch davon auszugehen, dass Selektionseffekte eine maßgebliche Rolle im beobachteten Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit spielen. Damit ist »Krankheit« allerdings keinesfalls als Ursache des aktuell bestehenden allgemein hohen Arbeitslosigkeitsniveaus anzusehen, Selektionseffekte können lediglich die relativen individuellen Risiken für eine Arbeitslosigkeit erklären.

Kausalitätshypothese: Arbeitslosigkeit als Ursache von Erkrankungen

Auswirkungen im Sinne der Kausalitätshypothese lassen sich im Rahmen bevölkerungsbezogener Studien verhältnismäßig schwierig nachweisen: Ein empirisch zweifelsfreier Nachweis von gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit ließe sich nur führen, wenn im Rahmen einer Verlaufsbeobachtung nachfolgend arbeitslos gemeldete Studienteilnehmer vor ihrer Arbeitslosigkeit nachweislich denselben Gesundheitszustand aufweisen wie auch zukünftig weiter beschäftigte Teilnehmer (oder schon anfänglich bestehende Unterschiede vollständig im Rahmen statistischer Auswertungen berücksichtigt werden können). Dies bedeutet, dass vor Aussagen über die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit die möglichen Auswirkungen von Selektionseffekten ausgeschlossen oder angemessen berücksichtigt werden müssen.

Eine weitere Schwierigkeit bei Untersuchungen zu Auswirkungen der Arbeitslosigkeit ergibt sich aus den teilweise zu erwartenden zeitlichen

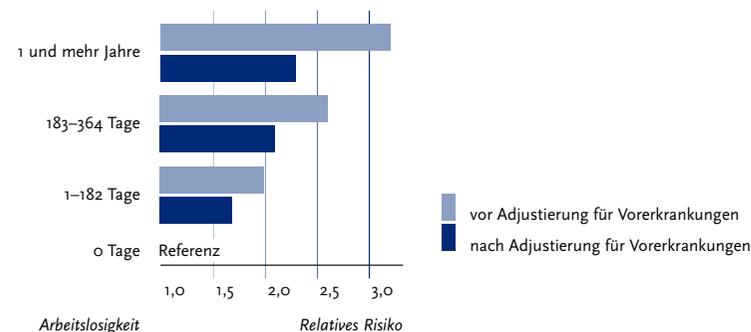
Verzögerungen möglicher Auswirkungen. Während bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bereits relativ kurzfristig mit sozialen Auswirkungen, psychischen Symptomen, Verhaltensänderungen oder Befindlichkeitsstörungen gerechnet werden kann, wären somatische Erkrankungen als Folge der Arbeitslosigkeit zum Teil eher mit einer deutlichen zeitlichen Verzögerung zu erwarten. Dies dürfte z. B. für die meisten Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelten, die sich erst über den Verlauf von Jahren entwickeln, weshalb kurzfristig lediglich bei erheblichen, bereits vorbestehenden pathologischen Veränderungen mit einer Manifestation entsprechender Erkrankungen gerechnet werden kann.

Anhand der Daten der GEK können kurz- bis mittelfristige Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf das Risiko einer schwerwiegenden Erkrankung untersucht und dabei gleichzeitig Auswirkungen von Vorerkrankungen berücksichtigt werden.

In die Auswertung wurden ausschließlich Männer, die in den Jahren 1995 bis 1997 durchgängig als Berufstätige (d. h. ohne Zeiten der Arbeitslosigkeit) bei der Kasse versichert waren, einbezogen. Alle in diesem Zeitraum erfassten Krankmeldungen konnten so als Hinweise auf Vorerkrankungen berücksichtigt werden. In einem nächsten Schritt wurde das Risiko einer schwerwiegenden Erkrankung (definiert durch insgesamt mehr als 3 Wochen Krankenhausbehandlung) innerhalb der Jahre 1998 bis 2000 in Abhängigkeit von der im selben Zeitraum registrierten Arbeitslosigkeit ermittelt. Dabei zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Erkrankungsrisiko und Arbeitslosigkeitsdauer. Im Vergleich zu durchgängig Beschäftigten zeigten Personen mit mehr als einem halben Jahr Arbeitslosigkeit in den Jahren 1998 bis 2000 ein ca. 2,6fach erhöhtes Risiko für längerfristige Krankenhausaufenthalte, bei einem und mehr Jahren Arbeitslosigkeit war das entsprechende Risiko auf mehr als das 3fache erhöht.

Überprüft man nun zusätzlich die Einflüsse von Vorerkrankungen (in Form der in den Jahren 1995 bis 1997 erfassten Arbeitsunfähigkeiten nach Diagnose und Dauer), reduziert sich das beobachtete relative Risiko für längerfristige Krankenhausaufenthalte von Arbeitslosen in den beiden genannten Gruppen im Vergleich zu durchgängig Berufstätigen lediglich auf 2,1 bzw. 2,3 (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6
Relatives Risiko für längerfristige Krankenhausaufenthalte (drei oder mehr Wochen) in Abhängigkeit von der Arbeitslosigkeitsdauer, 1998–2000
Datenquelle: Gmünder Ersatzkasse (GEK)



Die Feststellung der nur partiell reduzierten gesundheitlichen Risiken im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit – auch nach einer Berücksichtigung von Vorerkrankungen in statistischen Modellen – kann als Hinweis auf einen eigenständigen, kausalen Effekt der Arbeitslosigkeit gedeutet werden.

Hinweise auf gesundheitsrelevante Effekte der Arbeitslosigkeit finden sich auch in Untersuchungen, bei denen Veränderungen von quantitativ bestimmbar messbaren Ergebnissen im zeitlichen Verlauf betrachtet werden. Diese Studien beziehen sich in der Regel auf psychische und soziale Beeinträchtigungen. Verhältnismäßig häufig belegt sind in derartigen Untersuchungen Verbesserungen der psychischen Situation bei Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit.

Bei Massenentlassungen, die kurzfristig (nahezu) alle Mitarbeiter einer Firma oder Fabrikationsstätte betreffen, spielen Selektionseffekte kaum eine Rolle. Eine Reihe von bekannten Studien zu Auswirkungen der Arbeitslosigkeit (wie auch die einleitend erwähnte von M. Jahoda) basieren auf Erhebungen in entsprechenden Situationen. Insbesondere kurz- bis mittelfristige soziale und psychische Auswirkungen der Arbeitslosigkeit wurden hierbei gut dokumentiert. Bei der quantitativen Bewertung der Ergebnisse besteht allerdings die Schwierigkeit, dass geeignete Kontrollgruppen sowie längerfristig angelegte Untersuchungen auf der Basis von größeren

Populationen, insbesondere zur Bewertung körperlicher Veränderungen, fehlen.

In einigen Aspekten dürften gesundheitliche Auswirkungen von Massenentlassungen zudem nur bedingt mit Auswirkungen von individuell ausgesprochenen Entlassungen vergleichbar sein. Massenentlassungen bergen einerseits ein höheres Potenzial für eine Solidarisierung bei einem gleichzeitig geringeren individuellen Gefühl des Versagens, andererseits können ganze Regionen in kurzer Zeit spürbar von den Folgen der Arbeitslosigkeit betroffen sein.

Arbeitslosigkeit hat nicht nur Auswirkungen auf die Arbeitslosen selbst. Zu den Betroffenen sind in unterschiedlichem Maß Familien, aber auch Personen aus dem sozialen Umfeld zu rechnen. Auch Berufstätige können in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit indirekt von der Arbeitslosigkeit betroffen sein: Lohnverzicht, eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, der Verlust von gesichert erscheinenden Perspektiven, materielle Einschränkungen sowie die Verschleppung von Krankheiten durch die individuelle kurzfristige Vermeidung von Krankheitsfehlzeiten können die Folge sein. Die Auswirkungen von Arbeitsplatzunsicherheit und die Rolle der sozialen Umgebung konnten in einer Reihe von Studien belegt werden. Die Annahme von Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf Nicht-Arbeitslose schränkt die Definition von adäquaten Vergleichsgruppen in Studien zur Arbeitslosigkeit stark ein. Vergleiche

che zwischen Berufstätigen und Arbeitslosen offenbaren nach diesen Erkenntnissen zumindest nicht zwangsläufig alle potenziell schädigenden Einflüsse der Arbeitslosigkeit.

Ohne Definitionen von Vergleichsgruppen im engeren Sinne kommen so genannte ökologische Studien auf der Basis von aggregierten Daten aus, die in Zeitreihenanalysen die Zusammenhänge von Veränderungen zwischen ausgewählten Indikatoren untersuchen (z. B. Veränderung nationaler Arbeitslosenquoten und Sterbeziffern über Jahre bis Jahrzehnte). H. Brenner konnte bereits in den 70er und 80er Jahren in entsprechenden Studien Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Sterblichkeit unter Berücksichtigung von zeitlichen Verzögerungen für mehrere Industrienationen nachweisen. Diese Studien lieferten wesentliche grundsätzliche Hinweise auf entsprechende Zusammenhänge, können jedoch aus methodischen Gründen zwangsläufig nicht als beweisend für einen kausalen Zusammenhang angesehen werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Vielzahl von Ergebnissen für die Annahme bedeutsamer und ursächlicher Effekte der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit sprechen. Eine quantitative Abgrenzung der Bedeutung kausaler Effekte gegenüber der Bedeutung von Selektionseffekten bleibt jedoch äußerst schwierig.

Gesundheitsrelevante Interventionen bei Arbeitslosigkeit

Interventionen bei Arbeitslosigkeit können zwei unterschiedliche Schwerpunkte haben: Zum einen sollte primär versucht werden, Arbeitslose möglichst frühzeitig in das Arbeitsleben zu reintegrieren, zum anderen können Maßnahmen zur Abmilderung der Folgen von Arbeitslosigkeit entwickelt und implementiert werden. Aktivitäten können dabei auf recht unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen angesiedelt sein. Sie reichen von einer entsprechend ausgerichteten Wirtschafts-, Bildungs-, Sozial- und Beschäftigungspolitik über die Leistungen der Arbeitsämter bis hin zur Tätigkeit in Selbsthilfegruppen.

Eine Vielzahl der Maßnahmen betrifft die Gesundheit von Arbeitslosen vorrangig indirekt. Hierzu zählen finanzielle Unterstützungen von

Arbeitslosen (Arbeitslosengeld bzw. -hilfe), insbesondere aber auch unterschiedliche Maßnahmen zur Arbeitsplatzbeschaffung (regionale Wirtschaftsstrukturförderung, ABM, »Hilfe zur Arbeit«, klassische Arbeitsvermittlung, Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen). Positive Auswirkungen auf die Gesundheit sind bei einem Erfolg der Maßnahmen im Sinne der Schaffung von vor allem dauerhaften Arbeitsverhältnissen zu erwarten.

Während beschäftigungsfördernde Maßnahmen im engeren Sinne vorrangig von staatlichen oder kommunalen Institutionen koordiniert sind, existiert eine große Zahl psychosozialer und teilweise gesundheitsorientierter Betreuungsangebote und Projekte, die in Deutschland in erster Linie in freier oder kirchlicher Trägerschaft oder von Gewerkschaften und Verbänden getragen werden.

Spezifische gesundheitlich orientierte Angebote für Arbeitslose in einem regulären institutionellen Rahmen existieren zurzeit in Deutschland kaum. Der Sinn derartiger Angebote wird vorwiegend vor dem Hintergrund einer möglichen weiteren Ausgrenzung von Arbeitslosen kontrovers diskutiert. Damit fehlen allerdings auch Einrichtungen, die von ihrem Auftrag her für gesundheitliche Belange von Arbeitslosen verantwortlich sind und entsprechende Interessen und Aktivitäten auf regionaler Ebene koordinieren und in der Öffentlichkeit vertreten können, vor allem dort, wo entsprechende Aktivitäten nicht aus der Eigeninitiative von Betroffenen getragen werden.

Implikationen und Schlussfolgerungen

Sicherlich kann Arbeitslosigkeit abhängig von Bewältigungsressourcen und moderierenden Faktoren individuell unterschiedliche Folgen haben, was im Rahmen des vorliegenden Beitrages nur eingeschränkt berücksichtigt werden konnte. Insgesamt betrachtet weisen Arbeitslose im Vergleich zu Berufstätigen jedoch deutlich häufiger und zum Teil erhebliche gesundheitliche Einschränkungen auf.

Ein zentraler Ansatz zur Verhinderung potenzieller Folgen von Arbeitslosigkeit ist – im Sinne einer primären Prävention – immer in der langfristigen Schaffung und Sicherung einer weitgehenden Vollbeschäftigung zu sehen. Insbesondere in Pha-

sen hoher Arbeitslosigkeit ist Beschäftigung allerdings keinesfalls mit Gesundheit gleichzusetzen. Schlechte Arbeitsbedingungen ohne längerfristige Beschäftigungsperspektive können im Einzelfall mit größeren gesundheitlichen Risiken verbunden sein als Phasen der Arbeitslosigkeit.

Auf politischer Ebene erscheint – auch im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen des Arbeitsmarktes – die Förderung wettbewerbschwächerer Arbeitnehmer vordringlich. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Berufsbiografien in Zukunft weniger stetig als in zurückliegenden Jahrzehnten verlaufen und bei einer höheren Zahl von Tätigkeitswechseln insbesondere weniger flexible Arbeitnehmer von negativen Auswirkungen betroffen sein werden. Elemente der Weiterqualifizierung, sei es im Beruf oder in Phasen der Arbeitslosigkeit, dürften auch in höherem Alter zunehmend eine Rolle spielen. In Phasen der Arbeitslosigkeit können sie für Betroffene bei entsprechendem Realitätsbezug und damit verbundenen Beschäftigungsaussichten entscheidende Perspektiven liefern. Eine alternde Gesellschaft wird es sich zudem nicht mehr leisten können, überwiegende Teile der Berufstätigen in den vorzeitigen Ruhestand zu entlassen.

Unter optimistischen Annahmen könnte die Einbeziehung weiterer Bevölkerungskreise in die Erwerbstätigkeit zu mehr Toleranz gegenüber individuellen Einschränkungen oder auch gegenüber Abweichungen vom bisher dominierenden Ideal einer stetigen Berufsbiografie führen.

Literaturhinweise

- Brenner M H (1979) Mortality and the National Economy – a review, and the Experience of England and Wales, 1936–76. *The Lancet* Sep. 15, 568–573
- Claussen B, Bertran J (Hrsg) (1999) *The ICOH Working Group »Unemployment and Health«*. International Archives of Occupational and Environmental Health. Jan 1999; 72 Suppl; Springer Verlag, Berlin Heidelberg.
- Elkeles T (2001) Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In: Mielk A, Bloomfield K (Hrsg): *Sozial-Epidemiologie. Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Juventa Verlag, 71–82
- Kieselbach T (2000) Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Perspektiven eines zukünftigen Umgangs mit beruflichen Transitionen. In: *Soziale Sicherheit und Strukturwandel der Arbeitslosigkeit*, 103–136
- Schach E (1994) Die Gesundheit von Arbeitslosen und Erwerbstätigen im Vergleich: eine Analyse anhand von AOK- und Befragungsdaten. *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz*, Fb 708, Dortmund. Wirtschaftsverlag NW.
- Wacker A (1983) *Arbeitslosigkeit: soziale und psychische Folgen*. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt am Main.

Die **Gesundheitsberichterstattung des Bundes** präsentiert ihr Daten- und Informationsangebot auch im Internet unter

www.gbe-bund.de

Die dort angebotenen Informationen geben Ihnen einen umfassenden Überblick über alle Teilaspekte des tief gegliederten Gesundheitswesens in Deutschland.

Sie haben die Möglichkeit anhand der vorliegenden Daten Ihre eigenen Tabellen zu erstellen. Die Tabellen sowie die darüber hinaus angebotenen Grafiken und Texte können Sie zur weiteren Verarbeitung auf Ihren eigenen Rechner übertragen.

Das Informationsangebot der Gesundheitsberichterstattung steht Ihnen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung. Es wird ständig erweitert und aktualisiert.

Zur Anmeldung verwenden Sie bitte den Nutzernamen »gast«. Dieser Name benötigt kein Passwort.

Weitere Auskünfte erhalten Sie unter **01888-644-8121**

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Cornelia Lange, Dr. Thomas Ziese
Seestraße 10
13353 Berlin

Autoren

Dr. Thomas G. Grobe
Prof. Dr. Friedrich W. Schwartz
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie
und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Hannover
www.iseg.org

Abonnentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des Bundes« können im Jahresabonnement oder als einzelne Hefte bezogen werden.
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de
Tel.: 018 88. 754-34 00
Fax: 018 88. 754-35 13

Druck

Muk. Medien und
Kommunikations GmbH, Berlin

ISBN

3-89606-140-2
ISSN
1437-5478

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt

Heft 13
Februar 2003

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Berlin: Robert Koch-Institut
ISBN 3-89606-140-2
ISSN 1437-5478

Unemployment among men and women is associated with a less favourable health status and a less health conscious life style. According to the data of the German Health Examination Survey 1998, a survey of a representative sample of the German population, 49 % of unemployed men are smokers compared to 34 % of employed men. Among women differences between unemployed and employed are smaller. The longer the duration of unemployment, the poorer the self reported health status, especially among unemployed men, who were the main wage earner of a household. Men with one or more years of unemployment report four times more often a less favourable or bad health status than permanently employed men. An analysis of recent health insurance data shows that unemployed men spend more than double the amount of time in hospital than those employed. Unemployed women stay 1.7 times longer in hospital than employed women. Death rates are significantly higher among unemployed compared to employed and increase continuously with duration of unemployment. Further analysis of health insurance data suggests that unemployment may have a causal effect on the development of serious disease.