

ORIGINALARBEIT

Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung und gesundheitliche Beschwerden

Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009

Lars E. Kroll, Thomas Lampert

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Es ist dokumentiert, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen häufiger von Gesundheitsproblemen betroffen sind, und soziale Unterstützung die Bewältigung von Arbeitslosigkeitserfahrungen erleichtert. Auf Basis repräsentativer Daten für Deutschland wird der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, sozialer Unterstützung und Gesundheit beschrieben.

Methode: Die Studie „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ wurde in den Jahren 2008/09 vom Robert Koch-Institut durchgeführt. Für die vorliegenden Analysen wurden die Angaben der 30- bis 59-jährigen Teilnehmer (n = 12 022) herangezogen. Die Gesundheitsindikatoren stammen aus dem „4-item Healthy Days Core Module“ der Centers for Disease Control and Prevention (CDC), soziale Unterstützung wurde mit der „Oslo-3-item-Social-Support-Scale“ gemessen. Es werden Ergebnisse zu Einschränkungen in drei Bereichen (physisch, emotional, funktional) berichtet und multivariat abgesichert.

Ergebnisse: Arbeitslose zwischen 30 und 59 Jahren sind häufiger von physischen, emotionalen und funktionalen Einschränkungen betroffen. Männer und Frauen, die gering sozial unterstützt werden, weisen unabhängig von ihrem Erwerbsstatus häufiger Einschränkungen in den drei Bereichen auf. In den Regressionsmodellen hatten Arbeitslosigkeit und soziale Unterstützung – nach Adjustierung für Alter, Bildung und Einkommen – signifikante Effekte auf Auftreten ($OR_{\text{arbeitslos}} = 1,2\text{--}1,7$; $OR_{\text{unterstützt}} = 0,4\text{--}0,9$) und Dauer der Einschränkungen ($IRR_{\text{arbeitslos}} = 1,3\text{--}1,8$; $IRR_{\text{unterstützt}} = 0,6\text{--}0,8$).

Schlussfolgerung: Arbeitslosigkeit erscheint auf Basis der Ergebnisse als ein Gesundheitsrisiko, das in der ärztlichen Praxis nicht unterschätzt werden sollte. Angesichts der möglichen gesundheitsförderlichen Bedeutung sozialer Unterstützung könnten Ärzte die Betroffenen ermutigen, sich verstärkt in außerberuflichen Netzwerken zu engagieren.

► Zitierweise

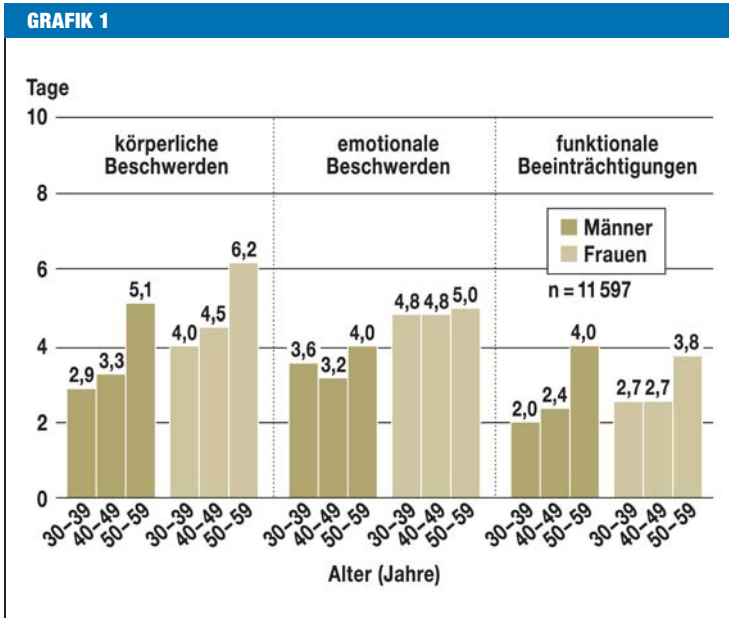
Kroll LE, Lampert T: Unemployment, social support and health problems—results of the GEDA study in Germany, 2009. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(4): 47–52. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0047

Die gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit sind ein zentrales Thema von Medizinsoziologie, Gesundheitspsychologie sowie Sozialmedizin und werden von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder regelmäßig thematisiert. Viele Studien haben deutlich gemacht, dass arbeitslose Männer und Frauen im Vergleich zu Erwerbstätigen vermehrt von Gesundheitsproblemen betroffen sind und häufiger gesundheitsriskante Verhaltensweisen zeigen (1–4). Aus Perspektive der Versorgungsforschung rückt zudem der erhöhte medizinische und psychotherapeutische Versorgungsbedarf arbeitsloser Männer und Frauen ins Blickfeld. So nehmen Arbeitslose Gesundheitsdienstleistungen häufiger in Anspruch, sind vermehrt von Schlafstörungen, depressiven Störungen, Angst-erkrankungen, Suchtmittelkonsum betroffen und begehen auch häufiger suizidale Handlungen (5, 6).

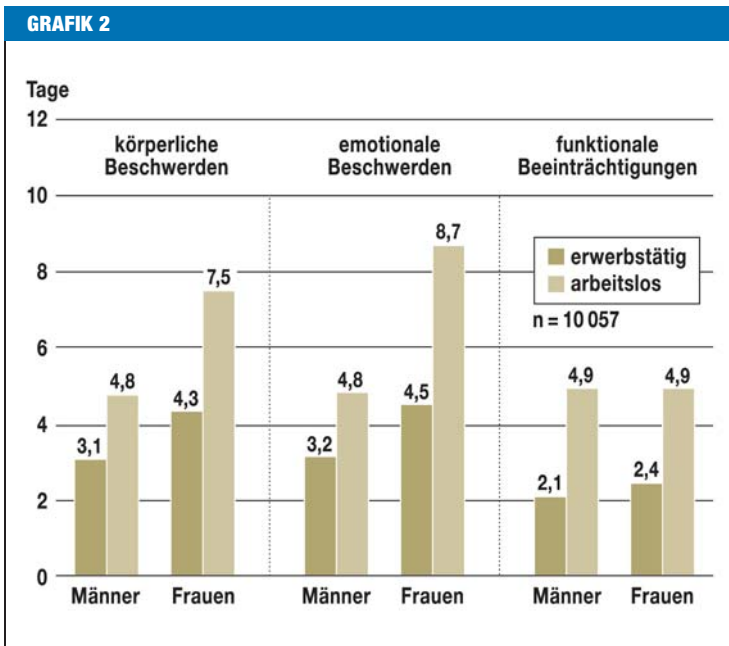
Gesundheitliche Konsequenzen von Arbeitslosigkeitserfahrungen machen sich an psychosozialen Belastungen aufgrund von Einkommensverlusten, Verlusten von arbeitsplatzgebundenen Sozialkontakten oder sozialem Prestige fest (7–12). Sozialen Ressourcen kommt bei der individuellen Bewältigung (Coping) der Arbeitslosigkeit eine besondere Bedeutung zu, so wird ein Arbeitsplatzverlust von den Betroffenen erfolgreicher bewältigt, wenn diese durch ihr Netzwerk sozial unterstützt werden und sich nicht allein gelassen fühlen (2, 13, 14). Der vorliegende Beitrag beschreibt den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, sozialer Unterstützung und physischen, emotionalen und funktionalen Beschwerden in der deutschen Erwerbsbevölkerung (Personen im erwerbsfähigen Alter, die entweder erwerbstätig oder arbeitslos sind) auf Basis repräsentativer Daten für das Jahr 2009. Für Deutschland fehlen bisher repräsentative Analysen zur Assoziation von Arbeitslosigkeit, sozialer Unterstützung und Gesundheit, bei denen sowohl die Auftretenswahrscheinlichkeit von Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen als auch deren Dauer untersucht werden.

Methode

Zur Analyse des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeitserfahrungen und gesundheitlichen Beschwerden wurden Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) 2009 verwendet (Tabelle 1). Es



Anzahl von Tagen im letzten Monat mit körperlichen, emotionalen oder funktionalen Beschwerden nach Alter und Geschlecht (n = 11 597)



Anzahl von Tagen im letzten Monat mit körperlichen, emotionalen oder funktionalen Beschwerden nach Arbeitslosigkeit und Geschlecht (n = 10 057)

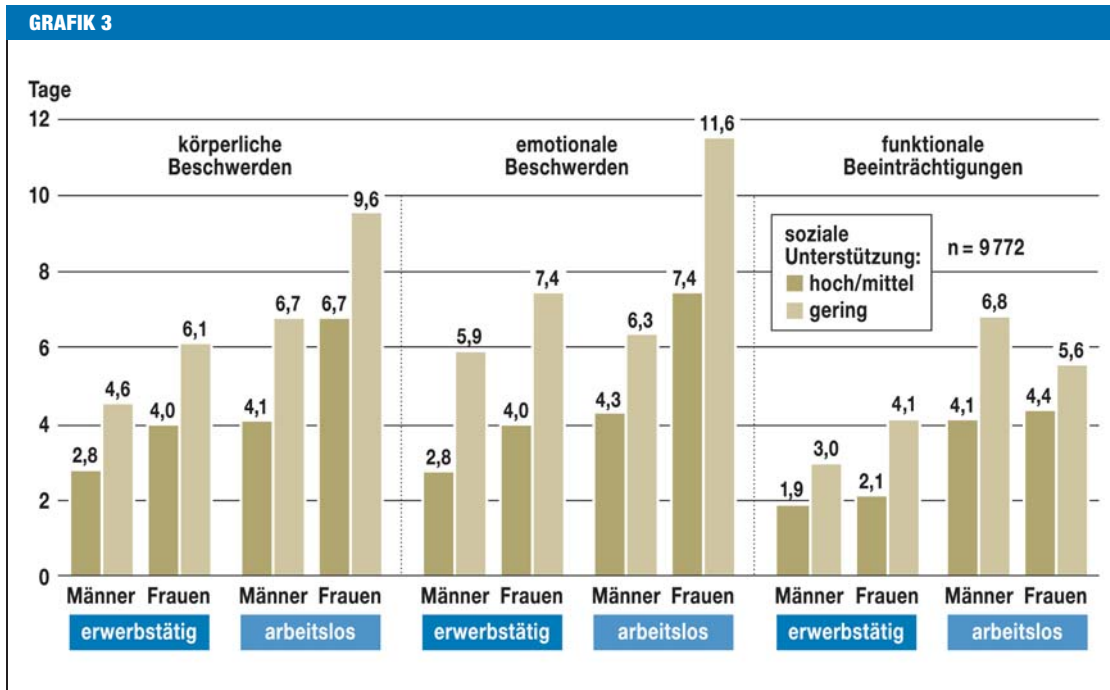
handelt sich dabei um eine telefonische Befragung, die zwischen Juli 2008 und Juni 2009 im Rahmen des Gesundheitsmonitorings vom Robert Koch-Institut durchgeführt wurde (15, 16). Die Stichprobenbasis stellt eine nach dem Gabler-Häder-Verfahren gezogene Zufallsstichprobe von Telefonnummern dar. Die Nummern werden auf Basis von vorhandenen Einträ-

gen im Telefonbuch zufällig generiert, dabei können auch nicht eingetragene Telefonnummern in die Stichprobe gelangen. Die Grundgesamtheit der Studie bilden alle in Privathaushalten lebenden Erwachsenen, die über einen Festnetzanschluss verfügen. Die Themen der Erhebung gliedern sich in einen Kernbereich, der auch in künftigen Befragungen konstant bleiben soll, sowie in einen flexiblen Themenbereich, in den aktuelle Fragestellungen oder Themen einbezogen werden. Insgesamt wurden in der Studie 21 262 Personen befragt. Die Response rate, also das Verhältnis zwischen den abgeschlossenen Interviews und der Gesamtzahl der kontaktierten Personen aus der Grundgesamtheit („response rate“, American Association for Public Opinion Research [AAPOR]), beträgt 29,1 Prozent (e5). Für die nachfolgenden Analysen wurden Angaben der Befragten zu ihrem Erwerbsstatus, aus dem „4-item healthy days core module“ der CDC (17), zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung (18), zu ihrer schulischen und beruflichen Bildung (19) sowie zum Haushaltsnettoeinkommen verwendet. Die Analysen berücksichtigen nur Studienteilnehmer, die zum Befragungszeitpunkt zwischen 30 und 59 Jahre alt waren (n = 12 022). Bei Personen in diesem Alter kann man davon ausgehen, dass sie ihre schulische und berufliche Ausbildung bereits abgeschlossen haben, aber noch nicht am Übergang in den Ruhestand sind (e1).

Die Angaben zum Erwerbsstatus beziehen sich auf die subjektive Einschätzung der aktuellen Situation. Zuerst werden die Teilnehmer gefragt, ob sie aktuell erwerbstätig sind (n = 9 903). Befragte die dies verneinen werden anschließend gefragt, ob sie aktuell arbeitslos sind (n = 484). Eine Meldung bei der Agentur für Arbeit ist für die Klassifikation „arbeitslos“ somit nicht erforderlich. Nichterwerbspersonen (n = 1 635) wurden in den vorliegenden Analysen nicht berücksichtigt. Diese Operationalisierung von Arbeitslosigkeit lehnt sich an die Konzeption von Arbeitslosigkeit der International Labour Organization (ILO) an (e1).

Als abhängige Merkmale wurden drei globale Indikatoren aus dem Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verwendet. Die drei Indikatoren entstammen dem „4-item healthy days core module“ (HRQOL-4) der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (17). Die Fragen wurden in deutsch übersetzt. Es wird nach Tagen mit körperlichen Beschwerden (aufgrund von Krankheiten oder Unfällen), seelischen Problemen (Stress, Depressionen, Stimmung allgemein) und nach funktionalen Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (sich selbst versorgen, arbeiten gehen, sich erholen) gefragt. Nachfolgend wird jeweils die Anzahl der Tage mit entsprechenden Einschränkungen im letzten Monat berichtet.

Der Indikator soziale Unterstützung basiert auf der Oslo-3-Social-Support-Scale, eines in Europa gebräuchlichen Inventars zur Messung wahrgenommener sozialer Unterstützung (18, 20). Den Befragten



Anzahl von Tagen im letzten Monat mit körperlichen, emotionalen oder funktionalen Beschwerden nach Arbeitslosigkeit, sozialer Unterstützung und Geschlecht (n = 9 772)

werden dazu drei Fragen zur Anzahl enger Freunde, zur Anteilnahme anderer Personen an ihrem Leben und zur Verfügbarkeit von Hilfeleistungen in der eigenen Nachbarschaft gestellt. Aus den Antworten wird im Einklang mit den Vorgaben des Instrumentes ein additiver Punktsommenscore (3 bis 14 Punkte) gebildet und den Kategorien gering (3 bis 8), mittel (9 bis 11) und hoch (12 bis 14) zugeordnet.

Als Kontrollvariablen wurden das Alter, die Bildung und das Äquivalenzeinkommen der Befragten herangezogen. Die schulisch-beruflichen Bildungsabschlüsse der Befragten kategorisierten die Autoren anhand des international gebräuchlichen CASMIN-Indikators. Ihre Selbstangaben zum Nettoeinkommen ihres Haushalts wurden nach der neuen OECD-Formel für die Haushaltsgröße adjustiert, dies entspricht dem üblichen Vorgehen in der Armut- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung (e4). Fehlende Einkommensangaben der Befragten (n = 2 797) wurden anhand regionalstatistischer Informationen aus der Datenbank INKAR 2007 sowie anhand ihrer Selbstangaben zu Haushaltsgröße, Bildung und Alter (n = 2 654) in einem Multi-Level-Modell statistisch geschätzt. In den nachfolgenden Analysen stellen die Verfasser zunächst deskriptiv die Verteilung der drei abhängigen Merkmale differenziert nach Geschlecht dar und analysieren anschließend multivariat anhand eines Regressionsmodells für Zähldaten („zero-inflated negative binomial regression“) (21). Die Analysen wurden mit dem Programm Stata in der Version 10.1 durchgeführt (22).

Ergebnisse

In *Grafik 1* ist die mittlere Anzahl von Tagen mit körperlichen, emotionalen oder funktionalen Beschwerden differenziert nach Alter und Geschlecht dargestellt. Bei Männern und Frauen nimmt die Anzahl von Tagen mit körperlichen und funktionalen Beschwerden mit dem Alter zu, während bei emotionalen Beschwerden ein geringerer Anstieg zu verzeichnen ist. Die Anzahl der Tage mit Beeinträchtigungen ist bei Männern in allen untersuchten Altersgruppen geringer als bei Frauen. Im Durchschnitt hatten 30- bis 59-jährige Männer an 6,6 Tagen körperliche oder emotionale Beschwerden in den letzten 30 Tagen, während es bei Frauen derselben Altersgruppe 8,6 Tage waren. Die befragten Männer und Frauen waren nur an 2,8 beziehungsweise 3,1 Tagen funktional durch die eigene Gesundheit in ihrer Alltagsgestaltung beeinträchtigt.

In *Grafik 2* ist die Anzahl von Tagen mit Beschwerden für Gruppen nach Erwerbsstatus und Geschlecht differenziert. Erwerbstätige sind demnach deutlich seltener von körperlichen, emotionalen oder funktionalen Beschwerden betroffen als die Vergleichsgruppe der arbeitslosen Männer und Frauen. Die Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen sind dabei bei Frauen größer als bei Männern. Besonders ausgeprägte Unterschiede zeigten sich bei Männern hinsichtlich der Tage mit funktionalen Beeinträchtigungen (2,8 Tage) und bei Frauen hinsichtlich emotionaler Beschwerden (4,2 Tage).

In *Grafik 3* wird zusätzlich für das Ausmaß sozialer Unterstützung differenziert, das die Befragten in ihrem Umfeld wahrnehmen. Insgesamt erreichen 71 bezie-

TABELLE 1

Beschreibung der Stichprobe der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell in Bezug auf Erwachsene im Alter von 30 bis 59 Jahren (n = 12 022)

Variable	Kategorien	Fallzahl	Stichprobe (%)	Grundgesamtheit (%) ^a
Geschlecht	Männer	5 006	42	50
	Frauen	7 016	58	50
Alter	30–39 Jahre	3 394	28	30
	40–49 Jahre	4 924	41	39
	50–59 Jahre	3 704	31	31
Erwerbsstatus	erwerbstätig	9 903	95	94
	arbeitslos	484	5	6
soziale Unterstützung	gering	1 674	14	16
	mittel	5 891	51	50
	hoch	4 051	35	33
nur Arbeitslose: soziale Unterstützung	gering	453	30	32
	mittel	453	46	46
	hoch	453	23	21
Bildung	niedrig	2 215	18	28
	mittel	6 230	52	54
	hoch	3 538	30	18
Einkommen	Äquivalenzeinkommen	11 879	1 782 €	1 616 €

^ahochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands im Alter ab 18 Jahren, Bevölkerungsstand: 31. 12. 2008

hingweise 65 Prozent der arbeitslosen Männer und Frauen, aber jeweils 86 Prozent der Erwerbstätigen mittlere oder hohe Werte auf der Skala zur sozialen Unterstützung. Im Vergleich zu Arbeitslosen oder Erwerbstätigen, die nur in geringem Maße sozial unterstützt werden, stellt sich die sozial unterstützte Gruppe hinsichtlich der drei Formen von Beeinträchtigungen deutlich besser dar. Erwerbstätige mit geringer sozialer Unterstützung berichten im Mittel von 3,5 Tagen mit körperlichen oder emotionalen Beschwerden, solche mit mittlerer oder hoher Unterstützung nur von 2 Tagen. Bei Arbeitslosen betragen die entsprechenden Werte 6,2 beziehungsweise 4,4 Tage. Besonders häufig sind körperliche und emotionale Beschwerden bei arbeitslosen Frauen mit geringer sozialer Unterstützung zu beobachten (9,6 beziehungsweise 11,6 Tage).

In *Tabelle 2* werden die Ergebnisse eines Regressionsmodells für Zähldaten (negatives Binomialmodell, Zero-inflated [e2]) dargestellt. Untersucht wird der Einfluss von Arbeitslosigkeit und sozialer Unterstützung auf die Länge der jeweiligen Beeinträchtigungen (Incidence Rate Ratio, IRR) und die Chance ihres Nichtauftretens (Odds Ratio, OR). Die Effekte wurden für Unterschiede zwischen den Befragten hinsichtlich Alter, Bildung und bedarfsgewichtetem Haushaltseinkommen kontrolliert.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Chance, in den letzten 30 Tagen keine Beschwerden erlebt zu haben, bei arbeitslosen Männern und Frauen verringert ist, während sie bei sozial unterstützten Befragten deutlich höher ist als bei Personen, die nur wenig Unterstützung wahrnehmen. Beim Vergleich von arbeitslosen und erwerbstätigen Männern und Frauen sind nur die Differenzen hinsichtlich der funktionalen Beeinträchtigungen statistisch signifikant, während sich der Einfluss sozialer Unterstützung – mit Ausnahme der körperlichen Beschwerden bei Männern – durchweg als signifikant erweist.

Die Länge der Beeinträchtigungen im letzten Monat ist unabhängig von ihrer allgemeinen Auftretenswahrscheinlichkeit mit dem Erwerbsstatus und der Wahrnehmung sozialer Unterstützung assoziiert. Der Zusammenhang mit der Dauer der Beschwerden ist bei Frauen für Erwerbsstatus und soziale Unterstützung hinsichtlich aller drei Formen von Beschwerden signifikant, bei Männern ist allein der Effekt der sozialen Unterstützung auf die Länge funktionaler Einschränkungen nicht statistisch signifikant.

Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse machen deutlich, dass Arbeitslosigkeit in Deutschland bei Männern und Frauen mit einer schlechteren physischen, psychischen und funktionalen Gesundheit assoziiert ist. Arbeitslose Männer und Frauen leiden auch nach Berücksichtigung ihres Alters, ihrer materiellen Lage und ihrer Qualifikation im Durchschnitt länger unter entsprechenden Beschwerden als Erwerbstätige. Wenn Arbeitslose und Erwerbstätige auf ein unterstützendes soziales Netzwerk zurückgreifen können, geht dies mit einem verringerten Risiko und einer kürzeren Dauer der Beschwerden einher.

Es wurde bereits mehrfach dokumentiert, dass man die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit durch soziale Unterstützung abpuffern kann (13, 14). Im Einklang mit der internationalen Literatur beschreiben die vorliegenden Ergebnisse erstmals auch für Deutschland auf Basis repräsentativer Daten einen entsprechenden Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, sozialer Unterstützung und verschiedenen Gesundheitsdimensionen. Die Ergebnisse deuten zudem darauf hin, dass die Assoziation für die Dauer der Beschwerden stärker ist als beim Risiko ihres Auftretens.

Limitationen der vorliegenden Untersuchung ergeben sich durch die Verwendung von querschnittlichen Daten, die keine kausalen Schlüsse ermöglichen. Die Verknüpfung zwischen Arbeitslosigkeitserfahrungen und Gesundheit ist dabei wechselseitig; Gesundheit und Gesundheitsverhalten können sowohl die Ursache als auch die Folge von Arbeitslosigkeit sein (23, 24). Ein Teil der beobachteten Assoziation zwischen Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen muss folglich auf eine negative gesundheitsbedingte Selektion der Arbeitslosen zurückgeführt werden. In der GEDA-Studie 2009 wurden die Befragten allerdings auch nach ihrer Einschätzung zu den Gründen und Folgen der Arbeitslosigkeit gefragt. Dabei gaben

TABELLE 2

Einflussfaktoren auf das Auftreten und die Häufigkeit körperlicher, emotionaler und funktionaler Beschwerden (B.) im letzten Monat nach Geschlecht (Datenbasis: GEDA 2009, Alter 30 bis 59 Jahre)

	Männer						Frauen					
	körperliche B. n = 4 462		emotionale B. n = 4 466		funktionale B. n = 4 428		körperliche B. n = 5 362		emotionale B. n = 5 333		funktionale B. n = 5 316	
Anzahl von Tagen mit Beschwerden	IRR*	(95%-KI)	IRR*	(95%-KI)	IRR*	(95%-KI)	IRR*	(95%-KI)	IRR*	(95%-KI)	IRR*	(95%-KI)
Erwerbsstatus												
arbeitslos	1,58	[1,21–2,06]	1,61	[1,27–2,05]	1,77	[1,29–2,44]	1,48	[1,23–1,78]	1,46	[1,23–1,74]	1,34	[1,06–1,71]
erwerbstätig	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
soziale Unterstützung												
mittel/hoch	0,74	[0,63–0,87]	0,64	[0,56–0,73]	0,84	[0,68–1,03]	0,73	[0,65–0,82]	0,61	[0,55–0,68]	0,67	[0,58–0,79]
gering	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
keine Beschwerden im letzten Monat												
Erwerbsstatus												
arbeitslos	0,69	[0,46–1,03]	0,81	[0,51–1,28]	0,57	[0,40–0,82]	0,76	[0,54–1,06]	0,71	[0,43–1,19]	0,57	[0,42–0,76]
erwerbstätig	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
soziale Unterstützung												
mittel/hoch	1,11	[0,89–1,40]	2,27	[1,63–3,14]	1,40	[1,13–1,73]	1,47	[1,19–1,82]	1,56	[1,12–2,16]	1,65	[1,37–1,99]
gering	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	

*Ergebnisse negativ binomialer Regressionsmodelle mit 0-Inflation für Zähldaten bei gleichzeitiger Berücksichtigung aller Einflussgrößen und Kontrolle für Alter, Äquivalenzeinkommen und Bildung. Incidence-Rate Ratios (IRR): Faktor der Erhöhung der Anzahl von Tagen mit Einschränkungen im jeweiligen Bereich im Verhältnis zur jeweiligen Referenzgruppe (Ref.); Odds Ratio (OR): Chance, im letzten Monat keinen Tag mit Beschwerden im jeweiligen Bereich erlebt zu haben, im Verhältnis zur jeweiligen Referenzgruppe (Ref.)

17 Prozent der Arbeitslosen an, dass sich ihre Gesundheit in Folge der Arbeitslosigkeit verschlechtert habe, demgegenüber sahen 18 Prozent der Arbeitslosen gesundheitliche Probleme als die eigentliche Ursache für ihren Arbeitsplatzverlust an. In weiterführenden Untersuchungen sollte man zudem auch Zusammenhänge zwischen der Dauer der aktuellen Arbeitslosigkeit, der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung und der Gesundheit der Betroffenen vertiefend betrachten. Dies ist auf Basis der aktuellen GEDA-Welle noch nicht möglich. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zudem zu berücksichtigen, dass es sich bei den verwendeten Gesundheitsindikatoren um Selbstangaben handelt, in Kohortenstudien konnten allerdings bereits Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und physiologischen Parametern wie Blutdruck, Cholesterinspiegel und Body-Mass-Index hergestellt werden (e3).

Zusammengenommen erscheint Arbeitslosigkeit auch auf Basis der vorliegenden Befunde mit verschiedenen gesundheitlichen Beschwerden assoziiert und sollte in der ärztlichen Praxis nicht unterschätzt werden. Angesichts der vielfach dokumentierten gesundheitsförderlichen Wirkung sozialer Unterstützung sollten Ärzte die Betroffenen ermutigen, sich nicht sozial zu isolieren, sondern sich verstärkt in außerberuflichen Netzwerken zu engagieren. Die Belastungen durch einen Arbeitsplatzverlust in Zeiten wirtschaftlicher Kri-

sen können allerdings weder von den behandelnden Ärzten noch von den sozialen Netzwerken der Betroffenen alleine bewältigt werden. Kompensatorische sozial- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen müssen diese auch abmildern, um negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu minimieren (25).

KERNAUSSAGEN

- Arbeitslosigkeit ist ein bedeutendes Gesundheitsrisiko, wie durch zahlreiche nationale und internationale Studien belegt wird.
- Arbeitslose Männer und Frauen in Deutschland sind häufiger und länger von körperlichen Beschwerden, psychischen Befindlichkeitsstörungen und gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten betroffen als erwerbstätige.
- Männer und Frauen, die durch ihre Partner, Familienmitglieder oder Freunde und Bekannte sozial unterstützt werden, sind seltener von entsprechenden Beschwerden betroffen.
- Die positive Assoziation zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit zeigt sich bei erwerbstätigen und bei arbeitslosen Männern und Frauen.
- Die Assoziationen deuten darauf hin, dass soziale Unterstützung zwar dazu beiträgt, Arbeitslosigkeitserfahrungen besser zu bewältigen, aber ihre gesundheitlichen Folgen nicht vollständig abpuffern kann.

Die Autoren danken den Fachgebieten FG25 und FG21 am RKI für die Bereitstellung der Daten der GEDA-Studie 2009.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 9. 7. 2010, revidierte Fassung angenommen: 21. 9. 2010

LITERATUR

1. RKI: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. Berlin; Robert Koch-Institut 2003.
2. Hanisch KA: Job loss and unemployment research from 1994 to 1998: A review and recommendations for research and intervention. *J Vocat Behav* 1999; 55: 188–220.
3. Brenner H: Arbeitslosigkeit. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (eds.): *Volkskrankheit Depression?* Berlin: Springer 2006; 163–89.
4. Elkeles T: Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. *Sozialer Fortschritt* 1999; 6: 150–5.
5. Berth H, Förster P, Balck F, et al.: Arbeitslosigkeitserfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der Bedarf an psychosozialer Versorgung. *Das Gesundheitswesen* 2008; 70: 289–94.
6. Weber A, Hörmann G, Heipertz W: Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Dtsch Arztebl* 2007; 104(43): A 2957–62.
7. Jahoda M: *Wieviel Arbeit braucht der Mensch*. Weinheim: Beltz Verlag 1983.
8. Warr P: *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Oxford University Press 1987.
9. Fryer JP: Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's Explanation of the psychological effects. *Social Behaviour* 1986; 1: 3–23.
10. Brief AP, Konovsky MA, Goodwin R, et al.: Inferring the meaning of work from the effects of unemployment. *J Appl Soc Psychol* 1995; 25: 693–711.
11. Creed PA, Macintyre SR: The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the well-being of unemployed people. *J Occup Health Psychol* 2001; 6: 324–31.
12. Janlet U, Hammarstrom A: Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 2009; 9: 235.
13. Schwarzer R, Jerusalem M, Hahn A: Unemployment, social support and health complaints: A longitudinal study of stress in East German refugees. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 1994; 4: 31–45.
14. Bjarnason T, Sigurdardottir TJ: Psychological distress during unemployment and beyond: social support and material deprivation among youth in six northern European countries. *Soc Sci Med* 2003; 56: 973–85.
15. Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P, et al.: Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2009; 52: 557–70.
16. Lampert T: Smoking, physical inactivity and obesity: association with social status. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(1–2): 1–7.
17. Mielenz T, Jackson E, Currey S, et al.: Psychometric properties of the Centers for Disease Control and Prevention Health-Related Quality of Life (CDC HRQOL) items in adults with arthritis. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 66.
18. Dalgard OS, Dowrick C, Lehtinen V, et al.: Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 444–51.
19. Brauns H, Scherer S, Steinmann S: The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C, (eds.): *Advances in cross-national comparison*. New York: Kluwer 2003: 221–44.

20. Kilpeläinen K, Arpo A, ECHIM Core Group European Health Indicators: Development And Initial Implementation, National Public Health Institute (KTL) Helsinki 2008.
21. Long JS: *Regression models for categorical and limited dependent variables*. SAGE Publikations 1997.
22. StataCorp: *Stata Statistical Software: Release 10.0*. Stata Corporation, College Station, TX 2007.
23. Bartley M: Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 333–7.
24. Mathers CD, Schofield DJ: The health consequences of unemployment: the evidence. *Med J Aust* 1998; 168: 178–82.
25. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al.: The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet* 2009; 374: 315–23.

Anschrift für die Verfasser

Dr. phil. Lars E. Kroll
 Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
 Fachgebiet 24
 Robert Koch-Institut
 Postfach 65 02 61
 13302 Berlin

SUMMARY

Unemployment, Social Support and Health Problems—Results of the GEDA Study in Germany, 2009

Background: It is well documented that the unemployed have more health problems than the employed, and that social support facilitates coping with unemployment. The association of unemployment and social support with health was examined on the basis of representative data derived from a German study.


Methods: The GEDA study (*Gesundheit in Deutschland Aktuell - [Current Health in Germany]*) was conducted in 2008/09 by the Robert Koch Institute, the nationwide governmental public health agency in Germany. For this paper, we analyzed data from the GEDA study that were obtained from 12022 persons aged 30 to 59. We used health indicators taken from the Four-Item Healthy Days Core Module of the Centers for Disease Control (CDC), and we measured social support on the Oslo Three-Item Social Support Scale. We report the findings on impairment in three distinct areas (physical, emotional, and functional) and the results of a multivariate statistical analysis.

Results: Unemployed persons aged 30 to 59 years suffer physical, emotional, and functional impairment more commonly than employed persons. Men and women with little social support are more likely to be impaired in these three areas whether they are employed or not. Regression analysis reveals that unemployment and social support have significant, independent effects on both the incidence of such impairments (OR_{unemployed} = 1.2–1.7, OR_{supported} = 0.4–0.9) and on their duration (IRR_{unemployed} = 1.3–1.8, IRR_{supported} = 0.6–0.8) after age, income, and education have been controlled for.

Conclusion: Physicians should be mindful of the deleterious effect of unemployment on health and should encourage unemployed patients to participate in social networks, as the evidence shows that social support can have health benefits.

Zitierweise

Kroll LE, Lampert T: Unemployment, social support and health problems—results of the GEDA study in Germany, 2009. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(4): 47–52. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0047

 Mit „e“ gekennzeichnete Literatur: www.aerzteblatt.de/lit0411

The English version of this article is available online: www.aerzteblatt-international.de

ORIGINALARBEIT

Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung und gesundheitliche Beschwerden

Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009

Lars E. Kroll, Thomas Lampert

eLITERATUR

- e1. Wingerter C: Arbeitsmarkt. In: Destatis, GESIS-ZUMA, WZB (eds.) Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung 2008: 109–21.
- e2. Long S, Freese J: Regression models for categorial dependent variables using stata. Stata Press, College Station, TX 2001.
- e3. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, et al.: An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *Am J Public Health* 1998; 88(7): 1030–6.
- e4. BMAS: Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2008.
- e5. Müters S, Kamtsiuris P, von der Lippe E, Kroll LE, Lange C: Dokumentation zur Response in der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2009. Internetveröffentlichung: <http://www.rki.de/geda>. Berlin: Robert Koch-Institut 2010.