

Technische Universität Berlin

Institut für Gesundheitswissenschaften

Postgradualer Studiengang Gesundheitswissenschaften/Public Health

Magisterarbeit zur Erlangung des Hochschulgrades Magistra Public Health

Arbeitslosigkeit und subjektive Gesundheit

Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Einschätzung der eigenen Gesundheit anhand der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998

1. Gutachter: Dipl.-Soz. Thomas Lampert, RKI Berlin
2. Gutachterin: Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Vorgelegt von Anne Kathrin Stich

Matrikel-Nr.: 216704

Sommersemester 2004

Danksagung

Die vorliegende Masterarbeit entstand im Rahmen meiner Abschlussprüfung des Postgradualen Studiengangs Gesundheitswissenschaften/Public-Health an der Technischen Universität Berlin und meiner Tätigkeit als studentische Mitarbeiterin im durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft geförderten Projekt „Objektive und subjektive Gesundheit in Deutschland“ (OSGID).

Betreuer und Erstgutachter der Arbeit ist Thomas Lampert. Das Zweitgutachten erstellt Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider. Für Ihre fachlichen Anregungen bin ich Herrn Lampert und Frau Prof. Dr. Maschewsky-Schneider zu großem Dank verpflichtet.

Mein herzlicher Dank gilt Stephan Müters, wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachgebiet Gesundheitssoziologie und im Projekt OSGID, Institut für Gesundheitswissenschaften, welcher mich kontinuierlich über den gesamten Bearbeitungszeitraum hinweg mit fachlichem Rat und Beiträgen unterstützte und begleitete.

Raffaella Matteucci-Gothe danke ich recht herzlich für die Anregungen bei der Datenauswertung.

Bedanken möchte ich mich auch bei meiner Familie, meinem Freundeskreis, sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Gesundheitswissenschaften im Fachgebiet Gesundheitssoziologie sowie Epi Berlin, welche mich mit praktischen Ratschlägen sowie Korrekturlesen unterstützten.

“Nirgendwo ist das Maß an Selbstvorwürfen, die sich Arbeitslose machen, so hoch wie in Deutschland. (...) nirgendwo ist es so aussichtslos wie in Deutschland, Arbeit zu finden, wenn man sie verloren hat.“

Stephan Leibfried¹

¹ Kodirektor des Zentrums für Sozialpolitik und des Sonderforschungsbereiches Staatlichkeit im Wandel an der Universität Bremen. Interview im Tagesspiegel am Mittwoch, 12.Mai 2004, Nr. 18747 S. 2 „Wo sind die Arbeitsplätze?“ Sozialforscher Leibfried antwortet Friedrich Merz. Gespräch geführt von Martin Gehlen.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis Anhang.....	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
1	Einleitung..... 1
2	Konzepte und Definitionen 4
2.1	Arbeitslosigkeit..... 4
2.1.1	Begriffsbestimmung und Erfassung der Arbeitslosigkeit..... 4
2.1.2	Phasen nach Eintritt der Arbeitslosigkeit..... 7
2.1.3	Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland und Forschungsstand zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit..... 7
2.1.4	Zusammenfassung 15
2.2	Subjektive Gesundheit..... 15
2.2.1	Begriff und Terminologie 15
2.2.2	Konzepte der subjektiven Gesundheit 16
2.2.3	Erfassung der subjektiven Gesundheit..... 26
2.2.4	Subjektive Gesundheit als Indikator 31
2.2.5	Zusammenfassung 33
3	Forschungsstand Arbeitslosigkeit und subjektive Gesundheit..... 36
	Fragestellung und Hypothesen 42
4	Methodik..... 45
4.1	Daten 45
4.2	Operationalisierung 46
4.2.1	Subjektive Gesundheit 46
4.2.2	Erwerbsstatus 47
4.2.3	Sozioökonomischer Status 49

4.2.4	Soziodemographische und soziale Situation.....	52
4.2.5	Gesundheitsverhalten.....	54
4.2.6	Erkrankungen.....	57
4.3	Analysestrategie	58
4.3.1	Deskriptive Statistik.....	58
4.3.2	Multivariate Statistik.....	60
5	Ergebnisse.....	64
5.1	Deskriptive Ergebnisse	64
5.1.1	Soziodemographische und soziale Situation arbeitsloser Männer und Frauen	65
5.1.2	Sozioökonomischer Status und Arbeitslosigkeit	67
5.1.3	Subjektive Gesundheit und Arbeitslosigkeit.....	70
5.2	Multivariate Ergebnisse	78
5.2.1	Arbeitslosigkeit und subjektive Gesundheit nach Kontrolle möglicher Einflussfaktoren	78
5.2.2	Arbeitslosigkeit und die Dimensionen des SF-36 nach Kontrolle von Einflussfaktoren	91
6	Diskussion	95
7	Literatur	106
	Internetadressen (URLs).....	117
8	Anhang.....	ii
8.1	Ergänzung zur Operationalisierung	ii
8.2	Ergänzung der multivariaten Ergebnisse.....	viii

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland	11
Abbildung 2: Grundlegende Konzepte des Zusammenhangs von Lebensqualität und subjektiver Gesundheit	17
Abbildung 3: Determinanten subjektiver Gesundheit	20
Abbildung 4: Determinanten und Dimensionen subjektiver Gesundheit	20
Abbildung 5: Items und Dimensionen des SF-36	30
Abbildung 6: Untersuchungsmodell	43
Abbildung 7: Einschätzung der eigenen Gesundheit nach Erwerbsstatus, Männer.....	70
Abbildung 8: Einschätzung der eigenen Gesundheit nach Erwerbsstatus, Frauen.....	71
Abbildung 9: Arithmetisches Mittel der körperlichen Funktionsfähigkeit, der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung und dem psychischen Wohlbefinden nach Erwerbsstatus, Männer	73
Abbildung 10: Arithmetisches Mittel der körperlichen Funktionsfähigkeit, der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung und dem psychischen Wohlbefinden nach Erwerbsstatus, Frauen.....	73
Abbildung 11: Langzeitarbeitslosigkeit und subjektive Gesundheit nach Kontrolle von Einflussfaktoren; Regressionsmodelle: Modelle 1 bis 5.....	79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Abgrenzung der Begriffe Erwerbslosigkeit und Arbeitslosigkeit	5
Tabelle 2: Bildung nach Casmin in Kategorien	51
Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung des Erwerbsstatus	64
Tabelle 4: Mittelwerte des Alters in Jahren	65
Tabelle 5: Mittelwerte des Äquivalenzeinkommens in 100 DM Schritten nach Erwerbsstatus.....	69
Tabelle 6: Häufigkeiten der verwendeten Variablen, Männer.....	76
Tabelle 7: Häufigkeiten der verwendeten Variablen, Frauen.....	77
Tabelle 8: Fallzahl der abhängigen Variablen zu den Tabelle 9 bis Tabelle 23	83
Tabelle 9: Ergebnisse ordinaler Regressionen: Subjektive Gesundheit arbeitsloser Männer nach Einbeziehen von Kontrollvariablen, Modelle 1 bis 5.....	84
Tabelle 10: Fortsetzung Tabelle 9	85
Tabelle 11: Ergebnisse ordinaler Regressionen: Subjektive Gesundheit arbeitsloser Frauen nach Einbeziehen von Kontrollvariablen, Modelle 1 bis 5,.....	86
Tabelle 12: Fortsetzung Tabelle 11	87
Tabelle 13: Ergebnisse ordinaler Regressionen: Subjektive Gesundheit arbeitsloser Frauen und Hausfrauen im Vergleich zu Erwerbstätigen, Odds Ratios und	89
Tabelle 14: Fortsetzung Tabelle 13	90
Tabelle 15: Erwerbsstatus und körperliche Funktionsfähigkeit, Männer.....	92
Tabelle 16: Modellgüte zu Tabelle 15.....	92
Tabelle 17: Erwerbsstatus und körperliche Funktionsfähigkeit, Frauen	93
Tabelle 18: Modellgüte zu Tabelle 17	93
Tabelle 19. Erwerbsstatus und allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Männer.....	94
Tabelle 20: Modellgüte zu Tabelle 19	94

Tabellenverzeichnis Anhang

Tabelle 21: Bildung nach CASMIN	iii
Tabelle 22: „Stellung im Beruf“ nach Autonomie des Handelns	v
Tabelle 23: Ergebnisse ordinaler Regressionen: Subjektive Gesundheit arbeitsloser Männer und Teilnehmer an ABM im Vergleich zu Erwerbstätigen Odds Ratios und Konfidenzintervalle	x
Tabelle 24: Fortsetzung Tabelle 23	xi
Tabelle 25: Ergebnisse ordinaler Regressionen: Subjektive Gesundheit arbeitsloser Frauen und Teilnehmerinnen an ABM im Vergleich zu Erwerbstätigen Odds Ratios und Konfidenzintervalle.....	xii
Tabelle 26: Fortsetzung Tabelle 25	xiii

Abkürzungsverzeichnis

ABM	Arbeitsbeschaffungsmaßnahme
BGS 98	Bundes-Gesundheitssurvey 1998
BMI	Body-Mass-Index
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
CASMIN	Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations
d.h.	das heißt
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DM	Deutsche Mark
ebd.	eben dort
IQOLA-Gruppe	International Quality of Life Assessment Group
m.E.	meines Erachtens
NHP	Nottingham Health Profile
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
o.ä.	oder ähnliche/r/s
o.g.	oben genannte/r/s
OSGID	Objektive und subjektive Gesundheit in Deutschland
PGWI	Psychological Well-Being Index
PLC	Profil der Lebensqualität chronisch Kranker
QUALYs	Quality adjusted life years bzw. qualitätsangepasste Lebensjahre
s.	siehe
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung
SF-36	Short Form Questionnaire
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

1 Einleitung

Die kontinuierlich hohe Arbeitslosigkeit ist nicht mehr nur in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen anzutreffen, sondern kann inzwischen als gesamtgesellschaftliches Phänomen betrachtet werden. Derzeit sind in Deutschland mehr Menschen prozentual ohne Erwerbstätigkeit als während der 1920er und 1930er Jahre zur Zeit der Weltwirtschaftskrise. Dabei erfüllt die Erwerbstätigkeit in der westlichen Gesellschaft neben der sozialen Absicherung und Vorsorge längst mehrere Funktionen: Sie bietet Tagesstruktur, eine sinnvolle Beschäftigung, ermöglicht die Einbindung in soziale Bezüge sowie die Teilnahme an der Konsumgesellschaft (Brähler et al. 2002). Insgesamt nehmen die Ansprüche an die Arbeit zu, so dass zusätzlich zum materiellen Hintergrund noch geistige und immaterielle Ansprüche, wie z.B. persönliche Entfaltung, Anerkennung, Kommunikation und Partizipation an die Arbeit gestellt werden (Elkeles 2003). Arbeit kann somit als wichtige Verbindung zur gesellschaftlichen Wirklichkeit gesehen werden (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend 2002). Die Dauer der Arbeitslosigkeit sowie eine starke individuelle und gesellschaftliche Arbeitsorientierung beeinflussen die Belastung durch Arbeitslosigkeit maßgeblich (Elkeles 2003). Das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben bedeutet nicht nur für den Arbeitslosen sondern auch für die Angehörigen eine finanzielle und psychosoziale Belastung. Weitere Funktionen der Erwerbstätigkeit wie Selbstidentität müssen anderweitig ersetzt werden.

So verwundert es nicht, dass verschiedene nationale und internationale Studien höhere Morbiditäts- und Mortalitätsraten von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen aufzeigen (Brenner 1979; Gerdtham/Johannesson 2003; Grobe/Schwartz 2003; Martikainen 1990; Osler et al. 2003; Schach et al. 1994). Ebenso belegen einige Studien, dass Arbeitslose ihre eigene Gesundheit deutlich schlechter einschätzen als Erwerbstätige (Bammann/Helmert 2000; Elstad/Krokstad 2003; Grobe/Schwartz 2003; He/Colantonio 2002). Die subjektive Gesundheit erweist sich wiederum in verschiedenen Studien als guter Prädiktor für nachfolgende Mortalität (Benjamins et al. 2004; Idler/Benyamini 1997; Idler et al. 1990; Kaplan et al. 1996; Mossey/Shapiro 1982). Bei einer derzeitigen Arbeitslosenquote von 11,6% (Arbeitsagentur 2004e) in der gesamten Bundesrepublik Deutschland (BRD) im August diesen Jahres ergibt sich die Public-Health Relevanz schon aufgrund der hohen Anzahl betroffener Personen. Die Arbeitsmarktstatistiken führen über vier Millionen arbeitslos gemeldete Personen im Jahresdurchschnitt für 2003 an. Es gibt keine Anzeichen dafür, dass die Zahlen für dieses Jahr niedriger ausfallen.

Bereits 1986 wurde von der World Health Organisation (WHO) (zitiert nach Brähler et al. 2002: 211) benannt, dass die kontinuierlich steigenden Arbeitslosenzahlen in den Industrienationen als größere epidemiologische Krise eingeschätzt werden können.

Arbeitslosigkeit stellt sowohl ein individuelles Problem als auch eine große Herausforderung für die ganze Gesellschaft dar. Die individuellen Folgen sind vielfältiger Art und mit der Erfahrung verbunden, nicht mehr gebraucht zu werden. Weiter gehen sie mit Wohlstandseinbußen und somit einem sozialen Abstieg einher. Zusätzlich zu den individuellen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, verursacht Arbeitslosigkeit immense Kosten für das Gesundheitswesen und stellt damit für den Staat einen erheblichen Kostenfaktor dar. Volkswirtschaftlich gesehen kommt es zu einem Wohlfahrtsverlust, da die Möglichkeiten der Produktion von Gütern und Diensten nicht voll genutzt werden können (Franz 2003). Des Weiteren führt Arbeitslosigkeit zu einer Gefährdung des Bestands der sozialen Sicherungssysteme, da diese von einer ausreichend hohen Anzahl sozialversicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse abhängig sind (ebd.).

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Fragestellung, ob sich Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen bei der Bewertung der subjektiven Gesundheit ergeben, differenziert zu beantworten. Die bisherigen Studien zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit untersuchen u.a. zwar auch Zusammenhänge zur subjektiven Gesundheit, verzichten aber darauf, diese differenziert darzustellen. Diese Lücke im Forschungsstand soll mit dieser Arbeit und den darin vorgenommenen Analysen verringert werden. Da es sich bei den vorliegenden Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS 98), welche durch das Robert Koch-Institut Berlin zur Verfügung gestellt wurden, um eine Querschnittsstudie handelt, kann die Wirkungsrichtung des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und Gesundheit, diskutiert als Selektions- und Kausalhypothese, nicht beantwortet werden.

Die Magisterarbeit beinhaltet insgesamt zwei Teile. Der erste Teil, welcher den theoretischen Hintergrund umfasst, stellt Konzepte und Begriffe zur Arbeitslosigkeit sowie zur subjektiven Gesundheit dar (Kapitel zwei). Nach diesem theoretischen Rahmen folgt ein Überblick über den Forschungsstand zur Arbeitslosigkeit und subjektiven Gesundheit (Kapitel drei). Daraus werden die genaue Fragestellung und die der Arbeit zugrunde liegenden Hypothesen entwickelt.

Der zweite Teil der Arbeit umfasst den methodischen Teil. Er beginnt mit der Datenbeschreibung, einer ausführlichen Operationalisierung sowie der Analysestrategie (Kapitel vier). Es folgt schließlich der Ergebnisteil (Kapitel fünf), welcher die deskriptiven und multivariaten Ergebnisse beinhaltet. Schließlich werden die Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert (Kapitel sechs). Die Arbeit schließt mit einem Ausblick hinsichtlich der Public-Health Relevanz der gezeigten Ergebnisse.

2 Konzepte und Definitionen

Das folgende Kapitel behandelt zwei großen Themen: Arbeitslosigkeit und subjektive Gesundheit. Beide Themen beinhalten umfassende Konzepte und damit einhergehende Begriffe. Für das Verständnis der weiteren Arbeit ist es notwendig, die jeweilige Theorie genauer darzustellen.

2.1 Arbeitslosigkeit

Die Darstellung der verschiedenen Begriffe und Konzepte von Arbeitslosigkeit ist erforderlich, um Klarheit über den Personenkreis zu schaffen, der in der vorliegenden Arbeit beschrieben wird. Hierbei werden die Begriffe Erwerbslosigkeit und Arbeitslosigkeit voneinander abgegrenzt. Damit hängen auch die verschiedenen Möglichkeiten zusammen, Arbeitslosenquoten zu berechnen, welche kurz aufgezeigt werden. Weiter werden die verschiedenen Phasen kurz beschrieben, welche auf die Arbeitslosigkeit folgen und dieser Untersuchung zugrunde liegen. Schließlich wird die Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland dargestellt, da sie eng mit dem Forschungsstand zur Arbeitslosigkeit verbunden ist und diesen maßgeblich beeinflusst hat.

2.1.1 Begriffsbestimmung und Erfassung der Arbeitslosigkeit

Wenn von „zivilen Erwerbspersonen“ gesprochen wird, werden damit Erwerbstätige und Erwerbslose bezeichnet. Grundgesamtheit hierbei sind alle Personen ab 15 Jahren, deren Wohnsitz in Deutschland liegt. Erwerbstätige, umgangssprachlich auch als Berufstätige bezeichnet, sind alle Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen. Es zählen also nicht nur alle abhängig Beschäftigten sondern auch Selbständige, Freiberufler sowie mithelfende Familienangehörige dazu. Keine Rolle spielt dabei, ob es sich bei diesem Arbeitsverhältnis um eine hauptberufliche Tätigkeit oder eine Nebentätigkeit handelt. Ebenso ist die Höhe des Entgelts unwesentlich. *Erwerbslos* sind demzufolge alle Nichtbeschäftigten, die auf der Suche nach Arbeit sind, unabhängig von einer Registrierung bei der Bundesagentur für Arbeit durch eine Meldung als Arbeitsloser oder Arbeitssuchender (Statistisches Bundesamt 2002). Erwerbslose arbeiten nicht einmal eine Stunde pro Woche nach dieser Definition. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Personen innerhalb von zwei Wochen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Dieses Konzept umfasst also die so genannte „*Stille Reserve*“, d.h. arbeitssuchende Personen, die sich aufgrund fehlender Anspruchsvoraussetzungen oder anderen Gründen nicht bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben, und stellt sich damit relativ umfassend dar, auch hinsichtlich der Erfassung der Arbeitslosigkeit von Frauen. Diese Erfassung

von Erwerbslosigkeit liegt sowohl der Datenerhebung des Statistischen Bundesamtes als auch dem Mikrozensus zugrunde (Hollederer 2002).

Gemäß des §16 sowie §118 des Arbeitsförderungsengesetz, SGB III, müssen Erwerbslose folgende Kriterien erfüllen, um nach der Definition der Bundesagentur für Arbeit als *arbeitslos* zu gelten: es ist eine persönliche Arbeitslosmeldung bei der Agentur für Arbeit erforderlich. Arbeitslose dürfen nicht, oder nur mit weniger als 15 Stunden wöchentlich, in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Weiter müssen sie eine versicherungspflichtige Beschäftigung (mehr als 15 Stunden wöchentlich) suchen und dabei den Vermittlungsbemühungen des Arbeitsamtes zur Verfügung stehen. Voraussetzung dabei ist, dass sie für eine Arbeitsaufnahme sofort zur Verfügung stehen. Arbeitslose dürfen nicht Schüler, Student oder Teilnehmer einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung sein. Weiter dürfen Arbeitslose zum Zeitpunkt der Arbeitslosenmeldung nicht arbeitsunfähig erkrankt sein. Empfänger von Altersrente sowie Personen ab der Vollendung des 65. Lebensjahres sind vom Personenkreis der Arbeitslosen ausgeschlossen (Arbeitsagentur 2004d). Tabelle 1 bietet einen Überblick über die aufgezeigten Unterschiede der Konzepte Erwerbs- und Arbeitslosigkeit.

Tabelle 1: Abgrenzung der Begriffe Erwerbslosigkeit und Arbeitslosigkeit

	Erwerbslosigkeit	Arbeitslosigkeit
Geringfügige Beschäftigung	Nicht eine Stunde pro Woche	Unter 15 Stunden pro Woche
Verfügbarkeit	Innerhalb von 14 Tagen	sofort
Meldung bei Bundesagentur für Arbeit	Unabhängig von Arbeitslosmeldung	Arbeitslosmeldung notwendig
Betroffene Personen im Jahr 1997	7,437 Millionen	4,384 Millionen

Quelle: eigene Darstellung

Gemäß §18 SGB III sind arbeitslose Personen, die ein Jahr und länger arbeitslos gemeldet sind, *langzeitarbeitslos* (Arbeitsagentur 2004d). Diese Definition deckt sich mit der Definition der OECD von 1987, wonach als langzeitarbeitslos gilt, wer aus dem Erwerbsleben stammt, und seit mindestens zwölf Monaten ununterbrochen arbeitslos ist (Karr 2002). Problematisch bei der Erfassung der Arbeitslosenquote durch die Bundesagentur für Arbeit ist, dass wichtige dynamische Prozesse wie Langzeitarbeitslosigkeit unterschätzt werden (Franz 1998). Jede Neuberechnung der Arbeitslosigkeit führt dazu, dass bei einer erneuten Arbeitslosmeldung mit der Erfassung von vorne angefangen wird. D.h. bei der Aufnahme einer auch nur kurzen Erwerbstätigkeit, sofern diese nicht unter sechs Wochen beträgt (Bundesagentur für Arbeit 2004), fällt die Person aus der Statistik der Langzeitarbeitslosigkeit heraus. Bei einer anschlie-

Bei erneuter Arbeitslosmeldung zählt derjenige nicht mehr zum Personenkreis der Langzeitarbeitslosen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Zahlen und damit das Ausmaß der Langzeitarbeitslosigkeit deutlich unterschätzt werden. Weiter ist der Begriff Langzeitarbeitslosigkeit hinsichtlich des Alters zu unterscheiden. Bei jugendlichen Arbeitslosen spricht man bereits ab einer Arbeitslosigkeitsdauer von sechs Monaten von Langzeitarbeitslosigkeit (Dietrich 2001). Da in der vorliegenden Arbeit das Alter auf 18 bis 65 Jahre eingeschränkt wird, wird hier weiterhin von Langzeitarbeitslosigkeit gesprochen wenn die Befragten angegeben haben, zwölf und mehr Monate arbeitslos gemeldet zu sein.

Arbeitslosigkeit kann aus ökonomischer Sicht beschrieben werden. Dabei gelten Personen als arbeitslos, wenn sie für die jeweils für sie herrschenden Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt arbeiten möchten bzw. würden, trotzdem jedoch keiner Erwerbstätigkeit nachgehen. Dies entspricht der Bedingung der Zumutbarkeit, welche im Arbeitsförderungsgesetz SGB III § 2 Abs. 5 Satz 1 vorausgesetzt wird (Franz 2003).

In Deutschland basieren die Arbeitslosenzahlen auf Auszählung der Meldungen von Arbeitssuchenden bei den Agenturen für Arbeit. Bezugsgröße für die *Arbeitslosenquote* ist die Zahl der zivilen Erwerbspersonen, inklusive Selbständigen und Familienangehörigen, die sich auf Basis von Verwaltungszahlen errechnen lassen (Grobe/Schwartz 2003). Dargestellt wird dies in Formel 1.

Formel 1: Berechnung der Arbeitslosenquote

$$\text{Arbeitslosenquote} = \frac{\text{Arbeitslosenanzahl}}{\text{Erwerbsfähigenanzahl}} \times 100\%$$

Eine weitere Möglichkeit ist die Berechnung der Arbeitslosenquote anhand der abhängigen zivilen Erwerbspersonen. Hierzu zählen alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Ausgenommen sind Selbständige und mithelfende Familienangehörige (Thode 2001).

Mit den Daten des BGS 98 ist es nicht möglich, die Situation Erwerbsloser zu analysieren, da nur danach gefragt wird, ob der Betreffende arbeitslos gemeldet ist. Es ist davon auszugehen, dass nur Personen, die bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitslos gemeldet sind, diese Frage entsprechend beantworten. Personen, die auf der Suche nach Arbeit, nicht jedoch bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitslos gemeldet sind, werden damit nicht erfasst. Das umfassendere Konzept der Erwerbslosigkeit findet mit den Daten des BGS 98 somit keine Anwendung.

Deshalb wird der vorliegenden Arbeit die Definition von Arbeitslosigkeit der Bundesagentur für Arbeit zugrunde gelegt.

2.1.2 Phasen nach Eintritt der Arbeitslosigkeit

Bei Eintritt der Arbeitslosigkeit wurden in der Vergangenheit verschiedene Befindlichkeitsphasen, die der Einzelne durchläuft beschrieben. Erstmals wird dieses idealtypische Phasenmodell bei Jahoda im Jahr 1933 dargestellt (zitiert nach Berth et al. 2003). 1984 erfolgt eine Erweiterung durch Kieselbach (Kieselbach/Schindler 1984). Hierbei werden die ursprünglich vier gefundenen Phasen auf sechs ausgedehnt: die *Antizipationsphase* steht ganz zu Anfang bei Bekanntwerden der Arbeitslosigkeit, gefolgt von einem *Schock* unmittelbar bei Eintritt der Arbeitslosigkeit. Es schließt sich die *Erholungsphase* während der ersten ein bis zwei Monate an. Im dritten bis sechsten Monat, in der sogenannten *Latenzphase*, nehmen mit Arbeit verbundene Faktoren ab, wie z.B. ökonomische Sicherheit und soziale Einbindung. Dieser Phase folgt nach sechs bis zwölf Monaten eine *pessimistische Reaktion*, in welcher Alltagsprobleme wie z.B. finanzielle Unsicherheit bereits bestehende Belastungen verstärken. Nach einem Jahr Arbeitslosigkeit kommt es zu einer *fatalistischen Anpassung* und Resignation mit der derzeitigen Situation. Die gesundheitliche Situation Arbeitsloser in dieser Phase stellt sich, wie im Forschungsstand aufgezeigt, gravierend dar.

Mit der vorliegenden Arbeit wird überprüft, ob eine Einteilung in diese Phasen in Abhängigkeit von der Dauer der Arbeitslosigkeit auch eine Entsprechung in der Bewertung der subjektiven Gesundheit findet. Es kann aufgrund der Fallzahlen jedoch keine exakte Aufteilung in die Phasen vorgenommen werden. So beschränkt sich die Anlehnung an dieses Modell auf die Einteilung von Arbeitslosen in Kurz- und Langzeitarbeitslose, wie in der Operationalisierung unter 4.2.2 beschrieben.

2.1.3 Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland und Forschungsstand zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Im folgenden Abschnitt wird die Entwicklung der Arbeitslosigkeit innerhalb Deutschlands kurz dargestellt. Der Verlauf der Arbeitslosigkeit spielt im Zusammenhang mit dem Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit insofern eine Rolle, als dass sie die Arbeitslosenforschung maßgeblich beeinflusst hat. Ihre Auswirkungen auf den Forschungsstand werden hier aufgezeigt. Weiter werden die derzeit bekannten Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit präsentiert, welche in verschiedenen nationalen und internationalen Studien in der Vergangenheit gezeigt wurden.

Durch die Weltwirtschaftskrise in den 20er und 30er Jahren des letzten Jahrhunderts sind erstmals seit der Industrialisierung große Anteile der Bevölkerung von Arbeitslosigkeit betroffen. In diesen Zeitraum fällt auch die Errichtung der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, die Rechtsvorgängerin der Bundesagentur für Arbeit. Die klassische Studie zu den Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf Gesundheit „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (Jahoda et al. 1975) entsteht vor dem Hintergrund der Weltwirtschaftskrise 1931-33. In dieser Studie werden bereits verschiedene psychosoziale Belastungen, wie z.B. depressive Verstimmungen, Resignation, Angst und Orientierungslosigkeit infolge von Arbeitsplatzverlust beschrieben.

Nach dem zweiten Weltkrieg ist die deutsche Wirtschaft bis Mitte der 70er Jahre in einem langfristigen Gleichgewicht, so dass nahezu Vollbeschäftigung (Grobe/Schwartz 2003; Schultz 1995) herrscht. Wobei unter Vollbeschäftigung zu verstehen ist, dass die Zahl der Arbeitslosen die Zahl der offenen Stellen nicht übersteigt (Statistisches Bundesamt 2002).

Der Bedarf an weiteren Studien zu den Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit wird erst mit dem Anstieg der Arbeitslosigkeit in den westeuropäischen Industrieländern Mitte der 70er und zu Beginn der 80er Jahre erneut geweckt (Müller/Heinzel-Gutenbrunner 2001). So wird in den 70er Jahren durch Brenner in verschiedenen Studien eine höhere Mortalität arbeitsloser Menschen gezeigt (z.B. Brenner 1979). Auswirkungen auf das tägliche Leben in Form von mehr körperlichen Beschwerden bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen zeigen Kasl et al. (1975). Durch die Ölkrisen 1973 und 1981 sowie die einsetzende Rezession 1992/93 kommt es zum Aufbau einer erheblichen Arbeitslosigkeit in den alten Bundesländern. Die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Mortalität werden in den folgenden Jahren durch weitere Studien (Benjamins et al. 2004; Gerdtham/Johannesson 2003; Martikainen 1990), auch für die BRD (Schach et al. 1994 zitiert nach Elkeles 2001) bestätigt.

Die schubartige Entwicklung der Arbeitslosigkeit von 1960 bis heute mit nur geringer Rückbildung der Arbeitslosigkeit, geht mit einer Verhärtung der Arbeitslosigkeit, auch „Hysterese“ genannt, einher (Franz 2003: 18). Verbunden ist diese ungünstige Entwicklung mit einer größeren Gewichtung der Langzeitarbeitslosigkeit. Ursachen dafür sind u.a. die Stigmatisierung der von längerer Arbeitslosigkeit Betroffenen, einer Verstärkung von Entmutigungseffekten bei diesen Personen sowie einer Anpassung des Arbeitsbedarfs durch Mehrarbeit. Dadurch

kommt es zu einer niedrigeren Fluktuation auf dem Arbeitsmarkt und damit einhergehend zu geringeren Einstellungschancen von Arbeitslosen (Franz 2003). Durch diesen ungünstigen Kreislauf kommt es zu einer Verfestigung der Arbeitslosigkeit bei Einzelnen und dem Einpendeln der Arbeitslosenquote auf einem höheren Niveau. Diese Entwicklung wird in den Studien berücksichtigt. So wird ein Zusammenhang zwischen dem Anstieg des Mortalitätsrisikos mit der Dauer der Arbeitslosigkeit festgestellt (Gmünder Ersatzkasse Deutschland (GEK) 2001; Grobe/Schwartz 2003; Grobe et al. 1999; Holleder 2002). Weiter wird ein Zusammenhang zwischen kumulierter Arbeitslosigkeitsdauer und gesundheitlichen Einschränkungen festgestellt (Arrow 1996; Holleder 2003; Rodriguez 2001). Parallel zum Anstieg der Arbeitslosenquote entwickelt sich die Anzahl der Erwerbstätigen in der BRD. So steigt diese Zahl von 1970 mit 27 Millionen Personen bis 1991 auf 31 Millionen Personen an (Grobe/Schwartz 2003), trotz längerer Ausbildungszeiten und der Möglichkeiten, früher aus dem Erwerbsleben auszusteigen. Ursachen sind eine veränderte Altersstruktur der Bevölkerung, die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen und besonders verheirateter Frauen, sowie die Zuwanderung von Aus- und Übersiedlern sowie Ausländern (Statistisches Bundesamt 2002).

Eine weitere Rolle sowohl bei der Entwicklung der Arbeitslosenquote als auch der Erwerbspersonenzahl spielt die Wiedervereinigung. Die Situation in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR) zeichnete sich durch eine veraltete Wirtschaftsstruktur und fehlende Rationalisierungen und Modernisierungen aus. Hier herrschte verdeckte Arbeitslosigkeit durch unproduktive Arbeitsplätze. Andererseits war die DDR durch eine betriebszentrierte Sozialpolitik gekennzeichnet. Der Arbeitsplatz erfüllte viele verschiedene soziale Funktionen und übernahm auch Versorgungsfunktionen z.B. durch Kindergärten oder der Vergabe von Wohnungen. Zudem nahm die Arbeit einen ideologisch überhöhten Stellenwert ein (Berger 2001).

Nach der Wiedervereinigung kommt es zu massiven Produktionseinbrüchen durch die fehlende Wettbewerbsfähigkeit sowie den Ausfall der traditionellen osteuropäischen Märkte (Grobe/Schwartz 2003). Durch die Anpassung der Wirtschaftsstruktur, welche die Freisetzung von mehr Arbeitskräften als Neueinstellungen zur Folge hat, kommt es zu einer hohen Arbeitslosenquote in den neuen Bundesländern (Statistisches Bundesamt 2002). Innerhalb des ersten Jahres nach der Wiedervereinigung verringert sich die Erwerbsquote ostdeutscher Männer von 97% auf 90% und die Erwerbsquote ostdeutscher Frauen von 94% auf 81%. Besonders bei älteren Frauen kommt es zu einem massiven Anstieg der Arbeitslosigkeit (Berger 2001).

1997 überschreitet die Arbeitslosenquote in der BRD erstmals im Jahresdurchschnitt die vier Millionengrenze und liegt bei 12,7%. Zusätzlich zu der von der Bundesanstalt für Arbeit genannten Arbeitslosenzahl können noch weitere potentielle Erwerbspersonen der Stillen Reserve, wie oben beschrieben, dazugerechnet werden. Somit ergibt sich in Deutschland für das Jahr 1997 eine Zahl von 7,437 Millionen Menschen, die Interesse an einem Arbeitsplatz auf dem freien Arbeitsmarkt haben (Statistisches Bundesamt 1998a). Durch die konjunkturelle Erholung kommt es zu einer leichten Entspannung auf dem Arbeitsmarkt im Jahr 1998, dem Haupterhebungszeitraum des BGS 98. Die Arbeitslosenquote aller abhängig zivilen Erwerbspersonen ist 1998 aber weiterhin mit 12,3% und 4.280.329 arbeitslosen Personen sehr hoch (Arbeitsagentur 2004f). Nach Gebieten unterteilt stellt sich die Arbeitslosigkeit 1998 in Ostdeutschland mit 19,2% dramatischer als in Westdeutschland mit 10,3% dar (ebd.).

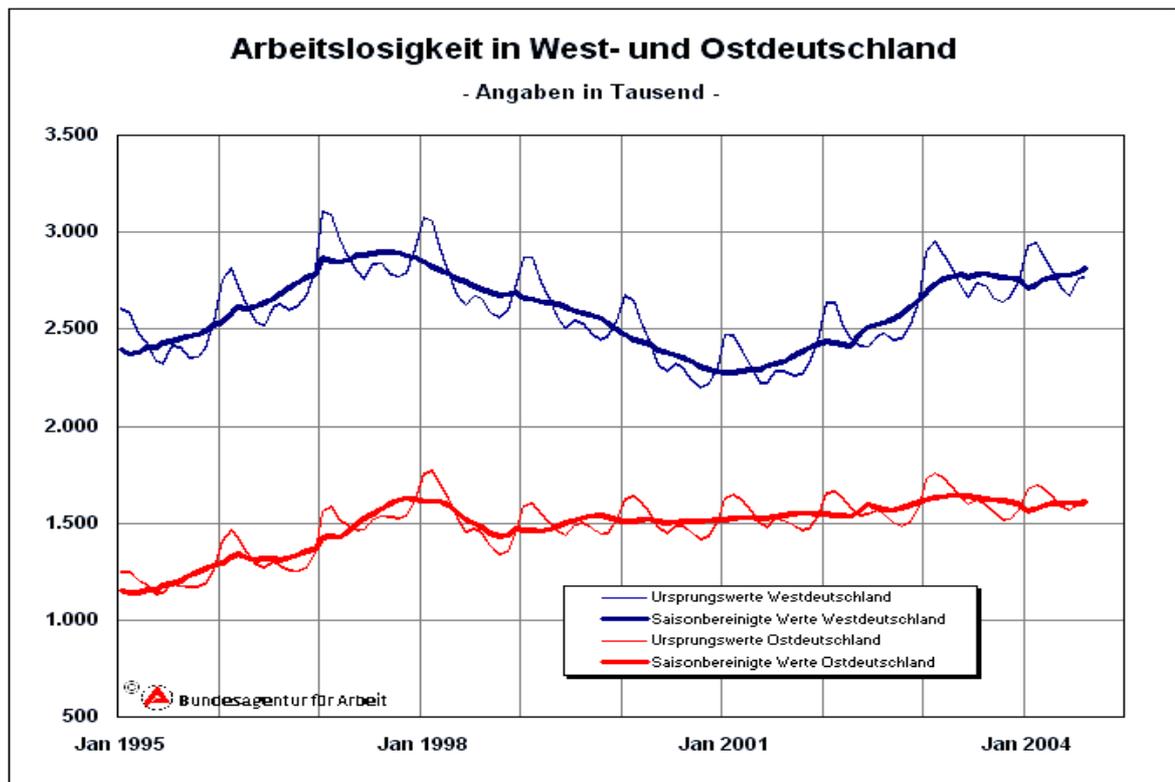
Mit zunehmendem Anstieg der Arbeitslosenquote als gesamtgesellschaftliches Phänomen nimmt sowohl die Anzahl der Studien in Deutschland als auch international zu, die sich dem Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und der Gesundheit widmen. Elkeles weist bei verschiedenen Gesundheitsstatusvariablen² einen schlechteren Gesundheitszustand bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach (vgl. hierzu Elkeles 1993). Weitere Studien bestätigen diese Ergebnisse vor allem bei arbeitslosen Männern: Sie weisen eine höhere Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen Leistungen (Bertran/Claussen 1999), mehr Krankenhaustagen bei arbeitslosen Männern und Frauen (Grobe/Schwartz 2003; Grobe et al. 1999) sowie längere Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (Hollederer 2002) nach. Bei einem Vergleich der Behandlungsursachen im Krankenhaus steht bei Arbeitslosen v.a. die Behandlung aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen im Vordergrund. Bei Männern nimmt die stationäre Behandlung aufgrund von Alkoholmissbrauch einen großen Stellenwert ein (Grobe/Schwartz 2003; Grobe et al. 1999). Deutlich häufiger wird von arbeitslosen Männern angegeben, eine Einschränkung bei Aktivitäten des täglichen Lebens zu erfahren. Der Anteil der Personen mit amtlich anerkannter Behinderung liegt bei arbeitslosen Männern mit 15% doppelt so hoch wie bei Berufstätigen. Bei Frauen werden hierbei kaum Unterschiede gefunden (Grobe/Schwartz 2003). Werden arbeitslose Frauen jedoch nach Familienstand differenziert, zeigt sich bei alleinstehenden und alleinverdienenden Frauen und Müttern ähnliche Beeinträchtigungen wie bei Männern. Die Rolle Hausfrau und Mutter bietet also nur unter bestimmten Bedingungen al-

² Hier: chronische Beschwerden oder Krankheiten; durch den Gesundheitszustand bedingte Behinderung bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben; Erwerbsminderung und Schwerbehinderung.

ternative Bewältigungsmöglichkeiten für Frauen (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend 2002).

Aktuelle Zahlen zeigen, welches Ausmaß Arbeitslosigkeit in Deutschland inzwischen angenommen hat. Im August diesen Jahres sind 4.346.518 Personen in Deutschland arbeitslos gemeldet. Gemäß der Bundesagentur für Arbeit entspricht dies einer Arbeitslosenquote von 11,6% (abhängig zivile Erwerbspersonen). Darunter sind 1.715.230 (39,5%) langzeitarbeitslos. Wird nach Ost- und Westdeutschland unterschieden, zeigen sich gravierende Unterschiede: bei der Arbeitslosenquote. Diese liegt in derzeit in Westdeutschland bei 8,4% während sie in Ostdeutschland 18,3% beträgt. Eine Übersicht über die Entwicklung der Arbeitslosigkeit in den letzten Jahren liefert **Abbildung 1**.

Abbildung 1: Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland



Quelle: Arbeitsagentur (2004a)

Wie oben bereits dargelegt ist demzufolge davon auszugehen, dass der Anteil der Personen mit längeren Arbeitslosigkeitserfahrungen in der Vergangenheit tatsächlich noch entsprechend höher ist. Wählt man eine weitere Definition von Arbeitslosigkeit, so können zusätzlich zu den offiziell bei der Bundesagentur für Arbeit registrierten Arbeitslosen auch Personen dazu gezählt werden, die vorübergehend in arbeitsmarktpolitischen Programmen beschäftigt sind,

Menschen, die Vorruhestandsregelungen in Anspruch nehmen sowie Personen, die prinzipiell an einer Beschäftigung interessiert sind, sich jedoch resigniert vom Arbeitsmarkt zurückgezogen haben (Statistisches Bundesamt 1998a).

Exkurs: Selektions- und Kausalhypothese

Wie im vorherigen Abschnitt bereits dargestellt, weisen Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen einen deutlich ungünstigeren Gesundheitszustand auf. Weniger klar ist jedoch die Richtung dieses Zusammenhangs. In der Literatur werden mögliche Selektionseinflüsse sowie eine Kausalwirkung diskutiert.

Selektionshypothese

Die Selektions- oder „drift“-Hypothese geht davon aus, dass Menschen mit einem schlechteren Gesundheitszustand eher arbeitslos werden. Ausleseprozesse auf dem Arbeitsmarkt gehen nach dieser These zulasten gesundheitlich eingeschränkter Menschen. Diesen Menschen wird weniger Leistungsfähigkeit zugetraut und somit werden sie eher entlassen. Ebenso werden diese Personen wiederum mit geringerer Wahrscheinlichkeit Arbeitsangebote erhalten (Hollederer 2002). Diese Selektion könne bei Einstellungsverfahren, bei Auswahlkriterien der Entlassung sowie bei Stellenabbau stattfinden. Durch vorhandene belastende Arbeitssituationen könnten Arbeitnehmer auch an spezifischen Berufskrankheiten erkranken. Eine Kündigung seitens des Arbeitgebers aufgrund lang andauernder Arbeitsunfähigkeit ist möglich. Chronische Erkrankungen könnten somit Arbeitslosigkeit direkt verursachen. Die Studie von Magee (2004) zeigt ein vierfach höheres Risiko für Beschäftigte mit einer einschränkenden bzw. behindernden Erkrankung gekündigt zu werden, im Vergleich zu Beschäftigten ohne Erkrankung. Nach dem Stand der Forschung existieren Selektionsprozesse auf dem Arbeitsmarkt, deren Effektgrößen werden jedoch eher gering eingeschätzt (Hollederer 2003).

Kausalhypothese

Bei der Kausalhypothese besteht die Annahme, dass Erwerbslosigkeit zu einem schlechteren Gesundheitszustand führt. Arbeitslosigkeit wird also als Ursache für Krankheit und Tod gesehen. Dabei könne sie direkt, z.B. als direkte Stressreaktion durch Arbeitslosigkeit, oder indirekt, durch verändertes Gesundheitsverhalten (erhöhter Alkohol und/oder Nikotinkonsum, weniger präventives Gesundheitsverhalten) sowie Belastungsfaktoren (finanzielle und familiäre Probleme) wirken (Brähler et al. 2002). Bei Aussagen über die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit müssen zuerst mögliche Auswirkungen von Selektionseffekten ausgeschlossen oder

entsprechend berücksichtigt werden. Das Problem hierbei ist, dass mögliche gesundheitliche Auswirkungen der Arbeitslosigkeit zeitlich verzögert auftreten können, wie z.B. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die sich erst über den Verlauf von Jahren entwickeln (Grobe/Schwartz 2003).

Für eine kausale Beziehung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sprechen die Ergebnisse von Langzeitstudien, wonach eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustands bei Wiederbeschäftigung eintritt.

Beide Hypothesen werden jeweils durch verschiedene Studien angedeutet (vgl. hierzu Arrow 1996; Elstad/Krokstad 2003; Magee 2004; Van de Mheen et al. 1999). Insgesamt bleibt die Abgrenzung zwischen kausalen und selektiven Effekten schwierig. Bisher konnte keine Hypothese eindeutig bestätigt werden. Ein Problem ist hierbei, dass statistisch nicht sauber zwischen nachwirkenden Kausaleffekten und Selektionseffekten getrennt werden kann. Außerdem ist der Wiedereinstieg ins Erwerbsleben häufig mit negativen Begleiterscheinungen (Lohneinbußen, schlechtere Arbeitsbedingungen etc.) verbunden, so dass ein Teufelskreis beginnt, bei dem Ursache und Wirkung nur schwer auseinander zu halten sind (Kieselbach 1999). Inzwischen wurde demzufolge die Idee einer eindeutigen und einseitigen Wirkrichtung zugunsten eines Ansatzes verworfen, der von einem kreisförmigen Zusammenhang ausgeht, in welchem Arbeitslosigkeit als psychosozialer Stressor wirkt und mehrere Moderatorvariablen die Beziehung beeinflussen.

Bei einer Untersuchung der Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit kann nicht darauf verzichtet werden, diese Hypothesen zu berücksichtigen. Auch wenn es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Sekundäranalyse von Querschnittsdaten handelt, und somit keine eindeutige Aussagen über mögliche Kausalitäts- und Selektionseffekte möglich sind, müssen die Ergebnisse jedoch daraufhin überprüft werden.

Abgrenzung von Arbeitslosigkeit und sozialer Ungleichheit

Da Arbeitslosigkeit eng mit sozialer Ungleichheit verbunden ist, kann an dieser Stelle auf eine Darstellung des Zusammenhangs nicht verzichtet werden³.

Arbeitslosigkeit ist eng mit einem Einkommensverlust und somit auch mit einem sozialen Abstieg verbunden. Der Auszahlungsbetrag des Arbeitslosengeldes beträgt 60% bzw. 67%⁴ des letzten Nettogehalts. Beim Bezug von Arbeitslosenhilfe reduziert sich die Auszahlung auf 53% bzw. 57% des letzten Nettogehalts und wird zusätzlich um weitere 3% jährlich abgesenkt. Voraussetzung für den Bezug von Arbeitslosenhilfe ist Bedürftigkeit. Mit den neuen Regelungen des Arbeitslosengelds II, auch Grundsicherung für Arbeitssuchende genannt, fallen ab Januar 2005 die prozentualen Regelungen der Arbeitslosenhilfe weg. Es kommt zu einer einheitlichen Auszahlung in Höhe von monatlichen € 345,00. Allein durch diese finanziellen Einbußen ist ein sozialer Abstieg mit der Arbeitslosigkeit verbunden, welcher oft nur schwer rückgängig zu machen ist. Hauptsächlich deshalb, weil das Problem der Arbeitslosigkeit sich bei Personen mit geringer beruflicher Qualifikation verschärft. Inzwischen betrifft Arbeitslosigkeit zwar alle Schichten und Berufsgruppen. Höhere Qualifikation wirkt sich jedoch günstig auf die Arbeitsmarktchancen aus. Weiter besteht ein geringeres Risiko, arbeitslos zu werden (Statistisches Bundesamt 2002). Eine Rückkehr in das Berufsleben ist oft mit einer geringeren beruflichen Stellung und damit auch einem geringeren Einkommen verbunden im Vergleich mit der Erwerbstätigkeit vor der Arbeitslosigkeit. Oft sind diese Wiedereinstiege gekennzeichnet durch zeitliche Befristungen oder kürzeren Kündigungsfristen. Dies wiederum erhöht das Risiko, erneut arbeitslos zu werden (Bammann/Helmert 2000).

Bei der Erforschung des Zusammenhangs zur sozialen Ungleichheit und Gesundheit geht meist der Faktor Arbeitslosigkeit mit ein. Ebenso wird häufig bei der Erforschung des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und Gesundheit der sozioökonomische Status mit einbezogen. Beide Faktoren haben einen starken, nachgewiesenen Einfluss auf die Gesundheit. Deren Zusammenwirken wurde jedoch nur wenig erforscht (Bammann/Helmert 2000). Bammann und Helmert sehen die Gefahr einer Überadjustierung wenn beide Faktoren in Studien miteinbezogen werden, da der sozioökonomische Status und Arbeitslosigkeit eng zusammenhängen. Durch eine Adjustierung nach Sozialschicht käme es demzufolge zu einer Unterschät-

³ Für das Verständnis des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und sozialer Ungleichheit ist jedoch eine vertiefende Betrachtung von Theorien zur sozialen Schicht und Klasse m.E. nicht notwendig. Zudem würde dies den Rahmen dieser Arbeit bei weitem übersteigen und wird deshalb nicht weiter ausgeführt.

⁴ Der niedrigere Prozentsatz ist der allgemeine Leistungssatz, der höhere Leistungssatz wird gezahlt, wenn ein Kind unter 18 Jahren zu versorgen ist (Arbeitsagentur 2004c)

zung der gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit. Verschiedene Studien zeigen jedoch einen Effekt der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit, auch nach Kontrolle des sozioökonomischen Status (Borg/Kristensen 2000; Chandola et al. 2003).

2.1.4 Zusammenfassung

Im weiteren Text wird, wenn von Arbeitslosigkeit gesprochen wird, die Erfassung der Arbeitslosigkeit durch die Bundesagentur für Arbeit zugrunde gelegt. Arbeitslosigkeit hat in der BRD inzwischen immense Ausmaße angenommen und kann als gesamtgesellschaftliches Phänomen betrachtet werden. Die Lebenslagen arbeitsloser Menschen sind gekennzeichnet durch benachteiligte Situationen. Deshalb sollte der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und sozialer Ungleichheit in Studien besonders berücksichtigt werden. Wie aufgezeigt, ist Arbeitslosigkeit mit schlechter Gesundheit verbunden. Unklar bleibt der exakte Wirkungszusammenhang: Verursacht Arbeitslosigkeit eine schlechtere Gesundheit oder löst eine schlechtere Gesundheit Arbeitslosigkeit aus? Inzwischen wird davon ausgegangen, dass sowohl Selektions- als auch Kausaleffekte zugleich für die schlechtere gesundheitliche Situation Arbeitsloser verantwortlich sind. Die hier angesprochenen Probleme bei der Analyse der Auswirkungen von Arbeitslosigkeit können in dieser Arbeit aufgrund der Daten nicht gelöst werden. Umso wichtiger scheint es, sie deshalb zumindest theoretisch zu erfassen und ihre Bedeutung hinsichtlich der Ergebnisse zu diskutieren.

2.2 Subjektive Gesundheit

In diesem Abschnitt wird erklärt, was unter subjektiver Gesundheit verstanden wird. Es werden Konzepte subjektiver Gesundheit vorgestellt sowie Methoden zur Erfassung subjektiver Gesundheit. Weiter werden die wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Forschungsstands aufgeführt. Anschließend werden die Einsatzmöglichkeiten der subjektiven Gesundheit dargestellt.

2.2.1 Begriff und Terminologie

Für das Konzept und den Begriff der subjektiven Gesundheit spielt die Gesundheitsdefinition der World Health Organisation eine maßgebliche Rolle: „Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO 1946). Diese Definition, aus zwei Teilen bestehend, trug wesentlich dazu bei, die medizinische Sichtweise auf Gesundheit, auch als objektive Gesundheit bezeichnet, um die subjektive Perspektive zu erweitern. Gesundheit wird nicht länger nur als Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung gesehen, welche anhand professioneller Einschätzung festgestellt werden können, sie wird stattdessen um die subjektive Sichtweise des Einzelnen mit physischem, psychi-

schem und sozialem Wohlbefinden ergänzt. Damit wird das bisherige traditionelle biologisch krankheits-orientierte Paradigma der Gesundheit ergänzt. Gesundheit ist daher auch ein subjektives Erleben, eine persönliche Erfahrung, demzufolge ein Gefühlszustand. Da subjektive Befindlichkeiten objektiv schwer zu skalieren und ebenso schwer zu objektivieren sind, ist auch der Begriff Gesundheit nur schwer fassbar. Um Gesundheit, Wohlbefinden, Gesundheitsgewinn und Verlust zu untersuchen, ist es daher notwendig, reproduzierbare, gültige und zuverlässige Instrumente einzuführen, die die Erfahrungen des Einzelnen mit der eigenen Gesundheit zu einem bestimmten Zeitpunkt erfassen. Das Modell der subjektiven Gesundheit, wie im Folgenden beschrieben, ist ein solches Instrument. Die einzige Person, die das Gesundheitsgefühl eines Individuums umfassend einschätzen kann ist der Betreffende selbst (Vang/Kristenson 2000). Unter *subjektiver Gesundheit* wird also die Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Gesundheit durch ein Individuum selbst verstanden.

Es existiert bisher kein allgemeingültiger Konsens bzgl. der Terminologie der subjektiven Gesundheit. Im Deutschen werden die Begriffe der subjektiven Gesundheit und der selbst eingeschätzten Gesundheit synonym verwendet.

Im Englischen existieren mehrere Begriffe, die gleichbedeutend verwendet werden: *perceived health*, *self-perceived health*, *self-rated health*, *self-assessed health*, *self-evaluated health*, *subjective health* und *health status*. Das Projekt Euro-REVES, welches unter 2.2.4 genauer beschrieben wird, schlägt eine Unterscheidung zwischen selbst eingeschätzter und selbst berichteter Gesundheit vor, da es sich nicht immer um das Gleiche handelt. Selbst eingeschätzte Gesundheit kann als generelle Einschätzung der gesundheitlichen Situation gesehen werden, welche eine umfassende Beurteilung eines Individuums, u.a. basierend auf den inneren Bewertungen von Krankheiten, darstellt (Robine/Jagger 2003).

In diesem Sinne ist im weiteren Verlauf der Arbeit die selbst eingeschätzte Gesundheit gemeint, wenn von subjektiver Gesundheit gesprochen wird.

2.2.2 Konzepte der subjektiven Gesundheit

Ebenso wie bei der Terminologie zur subjektiven Gesundheit besteht auch bei dem Konzept der subjektiven Gesundheit keine generelle Übereinstimmung. Häufig wird subjektive Gesundheit als umfassende Gesundheit oder Wohlbefinden bezeichnet, wobei hier mehrere Dimensionen eine Rolle spielen, wie z.B. physisches, soziales, mentales und spirituelles Wohlbefinden. Gesundheit kann somit in die Reihe Erfahrungen wie Fröhlichkeit, Selbstakzeptanz und Identitätsgefühl gestellt werden (Vang/Kristenson 2000). In den folgenden Abschnitten

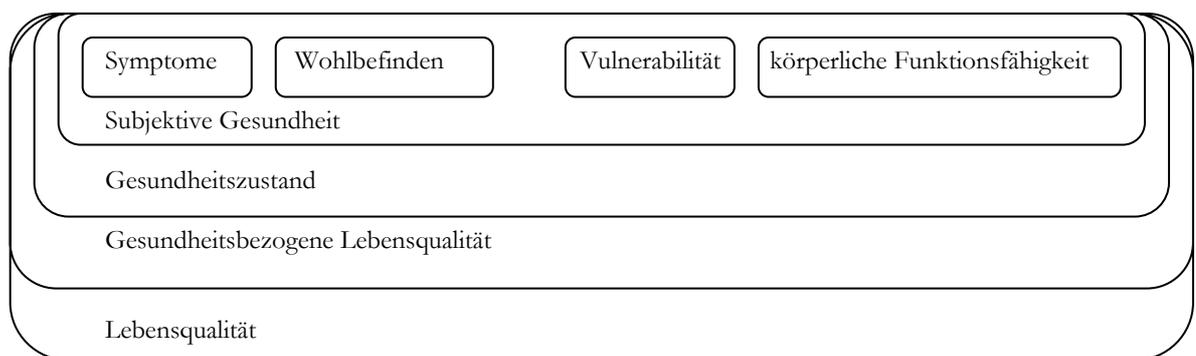
sollen die Dimensionen als auch die Determinanten der subjektiven Gesundheit dargestellt werden. Weiter wird auf die Prädiktorfunktion der subjektiven Gesundheit eingegangen.⁵

Dimensionen der subjektiven Gesundheit

Der Begriff subjektive Gesundheit spezifiziert ein Konzept der Gesundheit und deren Messung durch Selbstevaluation. Subjektive Gesundheit ist somit ganz klar von der medizinischen Gesundheit bzw. durch Ärzte evaluierten Gesundheit abzugrenzen (Bjorner et al. 1996).

Während objektive Gesundheit lediglich die medizinische Seite von Gesundheit erfasst, bezieht die Bewertung der subjektiven Gesundheit biologische, psychologische und soziale Aspekte und *Dimensionen* mit ein (Mäilunpalo et al. 1997). Für Bjorner et al. (1996) zählen die Wahrnehmung von Symptomen, das Wohlbefinden, der allgemeine Gesundheitszustand, die Vulnerabilität sowie die körperliche Funktionsfähigkeit zum Konzept der subjektiven Gesundheit. Die subjektive Gesundheit wiederum ist in das Konzept des allgemeinen Gesundheitszustands, in das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie in das Konzept der allgemeinen Lebensqualität integriert (Bjorner et al. 1996). Der Zusammenhang dieser grundlegenden Konzepte wird in Abbildung 2 gezeigt.

Abbildung 2: Grundlegende Konzepte des Zusammenhangs von Lebensqualität und subjektiver Gesundheit



Quelle: Bjorner Kirstensen et al. (1996: 13), eigene Übersetzung und Modifikation

Dieses umfassende Konzept, welches objektive Gesundheit integriert, wird durch die Studie von Undén und Elofsson (2000) bestätigt. Sie bezogen Variablen aus sechs Lebensbereichen

⁵ Darüber hinaus existieren Theorien zur Entstehung von Krankheitswahrnehmung und Krankheitsdarstellung (vgl. hierzu Bjorner et al 1996 S. 19ff), auf die an dieser Stelle aufgrund des breiten Spektrums dieser Konzepte nicht eingegangen werden kann. Ebenso wird verzichtet, auf umfassende Konzepte und Definitionen von Gesundheit, der Konstruktion und Erfahrung von Gesundheit einzugehen (vgl. hierzu Blaxter 2004 S. 4ff).

in ihre Analysen mit ein. Dabei zeigten u.a. Humor, Energie, Fitness, Krankheiten sowie chronische Krankheiten und Behinderungen, Schmerzen, Inanspruchnahme medizinischer Versorgung sowie Krankheitstage einen starken Zusammenhang zur subjektiven Gesundheit auf. Überraschend stellte sich für die Autoren dar, dass Humor, Energie und Fitness einen gleich großen Einfluss auf subjektive Gesundheit hatten wie somatische Erkrankungen. Psychische, funktionelle und physische Gesundheit zeigten die stärkste direkte Korrelation zur subjektiven Gesundheit auf und korrelierten auch untereinander sehr stark. Dabei bestand die stärkste Korrelation zwischen der funktionellen und physischen Gesundheit. Es ist also davon auszugehen, dass die funktionelle als auch physische Gesundheit einen direkten als auch indirekten Effekt auf die subjektive Gesundheit ausüben. Diese Ergebnisse unterstützen die Sichtweise der subjektiven Gesundheit als umfassendes, multidimensionales Konzept.

In westlichen Industrieländern wie Deutschland stehen eine angestiegene Lebenserwartung, gesunkene Säuglings- und Müttersterblichkeit sowie weniger tödliche Infektionskrankheiten einer Zunahme chronisch degenerativer Erkrankungen, bei denen gegenwärtig eine Heilung noch nicht möglich ist, gegenüber. Aus diesem Grund wird die mittlere Lebenserwartung häufig durch die Gesundheitserwartung ergänzt, welche die weitere Lebenserwartung im Zustand einer subjektiv guten Gesundheit umfasst. Die Lebenserwartung in Gesundheit gewinnt zunehmend durch die Zunahme chronischer Erkrankungen und Behinderungen an Bedeutung (Statistisches Bundesamt 1998b). Dadurch gewinnen subjektive Belastung, Wohlbefinden und Lebensqualität und somit auch die subjektive Gesundheit zunehmend an Bedeutung für Gesundheitsstatistiken.

Determinanten der subjektiven Gesundheit

Welche Prozesse tatsächlich bei der Beurteilung der eigenen Gesundheit eine Rolle spielen, kann nicht definitiv festgelegt werden. Bjorner et al. (1996: 19) unterscheiden zwischen drei Stufen auf dem Weg zur Einschätzung der Gesundheit. „*Attention*“ bezeichnet die innere Aufmerksamkeit gegenüber Reizen von außen, z.B. Krankheitserreger oder eine Diagnose, und deren Verarbeitung. „*Labeling*“ bedeutet, dass die empfangenen Reize einem bestimmten Symptomschema zugeordnet werden. Bei der Einschätzung schließlich, als „*Evaluation*“ bezeichnet, werden die Symptome in ein Krankheitsschema eingeordnet. Diese Prozesse finden unbewusst statt und beeinflussen sich gegenseitig. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine durch einen Arzt gestellte Diagnose zur Erklärung vorhandener Symptome nicht einfach nur vom Patienten akzeptiert oder zurückgewiesen wird. Diese Information wird vom Betrof-

fenen umgewandelt und in das vorhandene individuelle Krankheitsschema integriert (Bjorner et al. 1996).

Obwohl es bisher nur Vermutungen über Wirkungszusammenhänge bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit gibt, zeigen Studien Unterschiede in der subjektiven Gesundheit. So besteht ein klarer Zusammenhang zwischen der Einschätzung der eigenen Gesundheit und dem Geschlecht. Frauen schätzen ihre Gesundheit in den meisten europäischen Ländern schlechter als Männer ein (Eurostat 2003), so auch in Deutschland (Heidrich et al. 2002; Hessel et al. 1999; Maschewsky-Schneider et al. 1988). Besonders junge Frauen schätzen ihre Gesundheit auf einem niedrigen Niveau ein (Undén/Elofsson 2000). Dies stimmt mit der höheren Anzahl selbstberichteter Erkrankungen von Frauen im Gegensatz zu Männern überein. Demgegenüber steht jedoch eine höhere Lebenserwartung von Frauen im Vergleich zu Männern (Hessel et al. 1999).

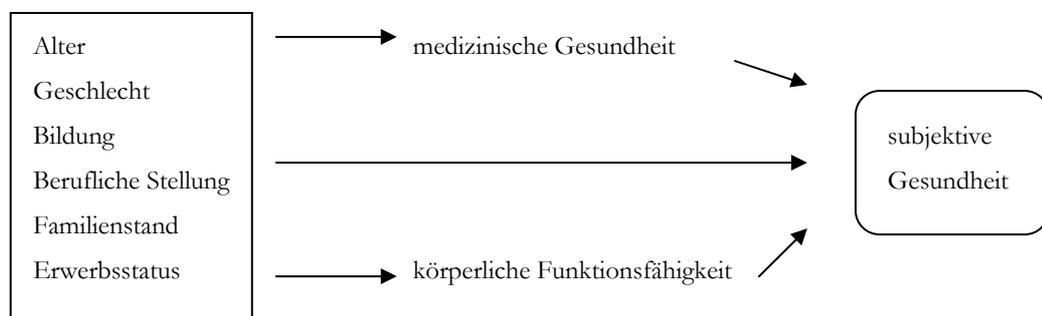
Weiter besteht ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit und dem sozioökonomischen Status. Je höher der Bildungsgrad, desto besser wird die eigene Gesundheit eingeschätzt (Eurostat 2003). Ähnliche sozioökonomische Unterschiede konnten auch mit deutschen Daten belegt werden. Dabei berichteten Angehörige der unteren sozialen Schicht im Vergleich zu Angehörigen der oberen sozialen Schicht deutlich häufiger über Beeinträchtigungen der Gesundheit (Helmert 1994). Bei Frauen war dieser Unterschied zwar schwächer ausgeprägt, dennoch aber deutlich zu erkennen.

Auch das Alter wirkt sich auf die Einschätzung der eigenen Gesundheit aus. Studien zeigen negative Korrelationen zwischen Alter und selbst eingeschätzter Gesundheit. Bei einer nicht altersvergleichenden Erfassung der subjektiven Gesundheit, wird die Gesundheit mit steigendem Alter schlechter eingeschätzt. Wird jedoch eine altersvergleichende Frage eingesetzt, verbessert sich die subjektive Gesundheit (Undén/Elofsson 2000).

Abbildung 3: Determinanten subjektiver Gesundheit

Quelle: Bjorner et al. (1996: 17) eigene Übersetzung und Modifizierung

Die vorangehende Abbildung 3 zeigt eine Auswahl möglicher *Determinanten* subjektiver Gesundheit. Dieses Modell betrachtet u.a. Alter, Geschlecht, Bildung und Familienstand als Determinanten subjektiver Gesundheit. He und Colantonio fordern, dass eine Unterbrechung der Arbeit ebenso als Determinante von Gesundheit betrachtet werden sollte (He/Colantonio 2002). Diese Einflussfaktoren können zum Teil direkt und indirekt⁶ wirken. Undén und Elofsson (2000) nennen als Determinanten subjektiver Gesundheit soziodemographische und psychosoziale Faktoren, Lebensstil sowie darüber hinaus die körperliche Funktionsfähigkeit, die physische sowie psychische Gesundheit. Abbildung 4 vereint Determinanten und Dimensionen subjektiver Gesundheit. Dabei wirken Determinanten der subjektiven Gesundheit, wie Alter, Geschlecht usw. auf die Dimensionen der subjektiven Gesundheit, wie die physische und psychische Gesundheit. Die Dimensionen sowie die Determinanten subjektiver Gesundheit wirken direkt als auch indirekt auf die selbst eingeschätzte Gesundheit.

Abbildung 4: Determinanten und Dimensionen subjektiver Gesundheit

Quelle: Bjorner et al. (1996: 17) eigene Übersetzung und Modifizierung

⁶ Wie in Abbildung 4 dargestellt.

Obwohl subjektive Gesundheit in unterschiedlichen Studien untersucht wurde, ist weiterhin unklar, ob schlechte subjektive Gesundheit Ursache oder Ergebnis einer schlechten Gesundheit ist. Bei der Annahme, dass subjektive Gesundheit ein kausaler Faktor ist, wird von dem kausalen Modell gesprochen. Sollte diese Annahme richtig sein, müssten die möglichen Mechanismen, welche die subjektive Gesundheit mit Mortalität verbinden, genauer untersucht werden. Hierfür möglicherweise verantwortliche Mechanismen könnten psychophysiologische Prozesse sein wie z.B. Stresshormone (Bjorner et al. 1996). Eine andere Erklärung könnte sein, dass sich Menschen entsprechend ihrer subjektiven Gesundheit verhalten und dies wiederum dazu führen würde, dass subjektive Gesundheit als sich selbst erfüllende Prophezeiung wirken würde. Bjorner et al. (1996) vermuten einen kausalen Weg beim Zusammenhang subjektiver Gesundheit und Mortalität z.B. durch psycho-physiologische Prozesse oder Gesundheitsverhalten. Diese Hypothese wurde in bisherigen Studien nicht überprüft.

Weder das Modell in Abbildung 3 noch das Modell in Abbildung 4 geben einen Hinweis auf die Ursächlichkeit der Beziehungen zwischen Dimensionen, Determinanten und subjektiver Gesundheit (Bjorner et al. 1996). Sie bieten jedoch eine mögliche Erklärung, warum verschiedene Personen mit der gleichen Erkrankung ihre Gesundheit unterschiedlich einschätzen. Diskrepanzen zwischen der subjektiv eingeschätzten und der objektiv festgestellten Gesundheit beweisen, dass die Einschätzung der eigenen Gesundheit umfassend ist. Diese Einschätzung hängt, wie oben bereits dargestellt, u.a. von soziodemographischen und sozialen Faktoren ab und hat zur Folge, dass verschiedene Gruppen die Gesundheit unterschiedlich reflektieren bzw. bewerten (Idler/Benyamini 1997). Dies unterstützt auch die Annahme, dass das Konzept der Gesundheit sehr von den Erwartungen des Einzelnen und der Gesellschaft abhängt (Blaxter 2004). Es scheint somit gerechtfertigt, die subjektive Gesundheit von Arbeitslosen im Vergleich zur subjektiven Gesundheit von Erwerbstätigen zu untersuchen.

Zudem ist es möglich, dass sich die subjektive Gesundheit verändert. Was den Wechsel einer gut eingeschätzten Gesundheit zu einer schlechter eingeschätzten Gesundheit ausmacht, ist bislang unklar. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass sich die Determinanten gut eingeschätzter Gesundheit von den Determinanten schlecht eingeschätzter Gesundheit unterscheiden. Hier besteht noch Forschungsbedarf (Bjorner et al. 1996).

In Abgrenzung zur subjektiven Gesundheit steht die medizinisch definierte, durch Experten eingeschätzte Gesundheit, welche an medizinische Modelle angelehnt ist. Die biologisch-

medizinische Betrachtungsweise sieht Gesundheit als kranke Gesundheit, wobei diese einhergeht mit verschiedenen Ausprägungen von Schmerzen, Sorgen oder eingeschränkter Mobilität als Verursacher von verringerter Lebensqualität. Im Gegensatz dazu sieht die humanistische Betrachtungsweise von Gesundheit kranke Gesundheit als einen Zusammenbruch von Sinnhaftigkeit und als Verlust von Kohärenzgefühl⁷ (Vang/Kristenson 2000). Ebenso wird die Funktionsfähigkeit getrennt von der selbst eingeschätzten Gesundheit gesehen. Die körperliche Funktionsfähigkeit repräsentiert die soziale Dimension von Gesundheit, und bezeichnet das Ausmaß in welchem jemand in der Lage ist, Aufgaben und Rollen innerhalb eines sozialen Kontextes auszufüllen (Björner et al. 1996).

Björner et al. (1996) üben Kritik an den Begriffen subjektive und objektive Gesundheit. Denn unter subjektiver Gesundheit wird, wie bereits dargelegt, die selbst eingeschätzte Gesundheit verstanden. Subjektive Gesundheit wird allerdings oft mit der psychisch-seelischen Gesundheit und Gefühlen, objektive Gesundheit dagegen mit körperlicher Gesundheit gleichgesetzt. Als objektive Gesundheit wird die medizinisch definierte Gesundheit bezeichnet, wobei anzumerken ist, dass die Diagnosestellung eines Arztes nicht objektiv ist. Björner et al. (1996) konstatieren, dass die Berichterstattung durch einen Patienten im Vergleich zur medizinisch definierten Gesundheit ein ebenso genauer Weg ist, Gesundheit zu messen. Die Einschätzung der Gesundheit im Bereich der Funktionsfähigkeit durch Ärzte, basierend auf einer generellen Einschätzung durch einen Mediziner und nicht durch spezielle Tests evaluiert, ist sogar deutlich schlechter als die Selbsteinschätzung des Betroffenen (Björner et al. 1996).

Subjektive Gesundheit als Prädiktor

In verschiedenen nationalen als auch internationalen Studien wurde festgestellt, dass subjektive Gesundheit ein unabhängiger Prädiktor des Überlebens ist (Idler/Kasl 1991; Idler et al. 2000; Kaplan/Camacho 1983). Dabei spielt die Studie von Mossey und Shapiro (1982) eine Vorreiterrolle für die Untersuchung des Zusammenhangs von subjektiver Gesundheit und Mortalität. Sie untersuchten im Rahmen der Manitoba Longitudinal Study on Aging eine Kohorte älterer Personen über 65 Jahre, welche über sechs Jahre verfolgt wurde. Es traten insgesamt 870 Todesfälle auf. Die subjektive Gesundheit wurde anfangs gemessen. Die objektive Gesundheit wurde mittels einer vier Punkte Skala, basierend auf Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten und selbst berichteten Erkrankungen erhoben. In multivariaten Analysen wurde

⁷ Unter Sinnhaftigkeit versteht Antonowsky das Ausmaß inwieweit das eigene Leben als sinnvoll empfunden wird. Das Kohärenzgefühl bezeichnet eine allgemeine Grundhaltung eines Individuums gegenüber seiner Umwelt (vgl. hierzu (Bengel et al. 2000) auf den Seiten 28-30)

nach objektiver Gesundheit, Geschlecht, Alter, Einkommen, Lebenszufriedenheit und Wohngebiet kontrolliert. In diesen Analysen erwies sich subjektive Gesundheit als stärkerer Prädiktor für langfristige Mortalität als objektive Gesundheit und Alter.

In der Studie von Pijls et al. (1993) erwies sich subjektive Gesundheit auch dann noch als Prädiktor für Mortalität, wenn nach chronischen Krankheiten, Medikamenteneinnahme, Blutdruck, Cholesterol, Gesundheitsverhalten, Familiengeschichte chronischer Krankheiten, Bildung, Alter und Familienstand kontrolliert wurde (Pijls et al. 1993). Dieser Zusammenhang wurde auch in der Studie von Idler und Kasl (1995) bestätigt. Auch hier blieb der Effekt der subjektiven Gesundheit auf die Mortalität nach Kontrolle von soziodemographischen Variablen, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, sozialem Netzwerk und Depressivität bestehen. Subjektive Gesundheit erwies sich sogar als stärkerer Prädiktor für Mortalität als objektive Gesundheit, operationalisiert als chronische Erkrankungen und Anzahl der Arztbesuche.

In einem Studienreview stellen Bjorner et al. (1996) 28 Studien vor, die den Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und Mortalität direkt oder indirekt als Untersuchungsgegenstand haben. Bei allen untersuchten Studien zeigt sich, dass die Kontrolle der objektiven Gesundheit das Ergebnis des Zusammenhangs zwischen subjektiver Gesundheit und Mortalität nicht signifikant beeinflusst. Beinahe alle Studien zeigen einen schrittweisen Gradienten mit ansteigendem Mortalitätsrisiko in den Gruppen mit zunehmend schlechter eingeschätzter Gesundheit während einer Follow-up Periode von wenigen Monaten bis zu 20 Jahren. Bjorner et al kommen aufgrund dieser Ergebnisse zu der Schlussfolgerung, dass subjektive Gesundheit nicht nur einen Ersatz für die medizinische Diagnose darstellt.

Im darauf folgenden Jahr untersuchen Idler und Benyamini in einem Literaturreview 27 Studien aus den USA als auch anderen Ländern, welche den Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und Mortalität überprüfen (Idler/Benyamini 1997). Dabei stellen Idler und Benyamini bei 17 von 19 untersuchten Studien eine beeindruckende Übereinstimmung der Ergebnisse des Zusammenhangs zwischen subjektiver Gesundheit und Mortalität fest. Obwohl nicht wenige Studien verschiedene Gesundheitsstatusindikatoren in die Analysen miteinbeziehen, zeigt sich subjektive Gesundheit weiterhin als guter Prädiktor für Mortalität. Die Mehrzahl dieser Studien zeigt für Männer im Vergleich zu Frauen einen stärkeren Zusammenhang der subjektiven Gesundheit als Prädiktor für Mortalität.

Auch für deutsche Daten konnten die Ergebnisse bestätigt werden, welche die subjektive Gesundheit als sehr guten Prädiktor für die Sterblichkeitsentwicklung deuten (Helmert 2003; Schwarze/Anger 2002).

Es liegen jedoch auch Ergebnisse vor, die keinen unabhängigen Effekt subjektiver Gesundheit auf die Mortalität zeigen. So ist dies z.B. in der Studie von Bath (2003) der Fall. Weiter zeigen sich in dieser Studie keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Stärke der Prädiktivität für Mortalität.

Auch im Zusammenhang mit Erkrankungen bewährt sich subjektive Gesundheit in verschiedenen internationalen Studien als Prädiktor. Einige Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und Morbidität. Die Studien zeigen u.a., dass subjektive Gesundheit ein Prädiktor tödlicher und nicht tödlich endender koronarer Herzerkrankungen ist (Appels et al. 1996; Kaplan/Camacho 1983; Orth-Gomér et al. 1988; Pijls et al. 1993).

Die Ergebnisse dieser Studien, welche einen klaren Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und Morbidität feststellten, legen es nahe: der Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und Gesamtmortalität könnte durch eine Reihe unspezifischer Assoziationen zwischen subjektiver Gesundheit und einigen tödlichen Erkrankungen bedingt sein (Bjorner et al. 1996).

Auch das Gesundheitsverhalten ist signifikant mit subjektiver Gesundheit assoziiert. So erweist sich subjektive Gesundheit in einigen Studien als wesentlicher Faktor für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (Idler/Benyamini 1997). Miilunpalo et al. (1997) finden einen linearen Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und der Anzahl der Arztbesuche innerhalb eines Jahres. Idler und Benyamini (1997) stellen in ihrem Studienreview fest, dass eine schlechtere subjektive Gesundheit mit einem geringeren Engagement hinsichtlich präventiven Verhaltens einhergeht.

Generell kann festgehalten werden, dass sich die Gesundheitswahrnehmung in der subjektiven Gesundheit abbildet. Es handelt sich hierbei um eine subjektive Beurteilung, die auf einer inneren individuellen Beurteilung beruht, welche nicht nur Behinderungen sondern möglicherweise auch subklinische Konditionen mit einbezieht (Robine/Jagger 2003). Dabei ist eine klare Abgrenzung zwischen Determinanten und Dimensionen der subjektiven Gesundheit nicht

immer möglich. Subjektive Gesundheit kann viele Aspekte erfassen wie z.B. soziale Isolation, negative Lebensereignisse, Depression, Familiendisposition mit hoher Mortalität, allgemeine Anfälligkeit gegenüber Erkrankungen, Persönlichkeitszüge wie z.B. Pessimismus, Wut oder Feindseligkeit, Gesundheitsverhalten, medizinisch diagnostizierte Erkrankungen, Lebensereignisse, soziales Netzwerk und der sozioökonomische Status, berufliche Belastungen oder Arbeitslosigkeit.

Dieser Zusammenhang könnte eine Ursache für eine entscheidende Prädiktorfunktion der subjektiven Gesundheit sein. Solche Kausalitätsannahmen werden auch als Prädiktormodell bezeichnet. Subjektive Gesundheit soll danach als effizienter Prädiktor wirken, deren Variablen nur zum Teil gemessen werden können und bisher nicht ausreichend erforscht wurden. Die Prädiktionskraft subjektiver Gesundheit könnte so hoch sein, weil sie mehr Informationen enthält, als die Variablen, die verwendet werden, um den Gesundheitszustand zu messen (Idler/Benyamini 1997). Eine weitere Erklärung könnte sein, dass die subjektive Gesundheit den Schweregrad einer Erkrankung widerspiegelt, welcher in den Kovariaten nicht erfasst wird. Möglicherweise spielen dabei auch Wechselwirkungen von Komorbidität eine Rolle (Idler/Benyamini 1997). Durch Forschung können nur eine Vielzahl einzelner Teile untersucht werden, der Befragte kennt jedoch sein Befinden als Ganzes und kann dies somit besser beurteilen. Subjektive Gesundheit stellt folglich ein holistisches Konzept dar (Robine/Jagger 2003).

Dadurch, dass subjektiv wahrgenommene Ressourcen bessere Prädiktoren für Wohlbefinden und Gesundheit darstellen als objektiv messbare, spielt die Lebensqualität im Bereich Public Health eine immer größere Rolle. Die Einschätzung der eigenen Gesundheit ist eine wichtige Komponente zur Bestimmung von Lebensqualität. Sie steht nach dem Alter an zweiter Stelle als Prädiktor für Gesundheitszufriedenheit (Ellert/Knopf 1999).

Bestehende Diskrepanzen zwischen subjektiver und objektiver Gesundheit, bei denen die eigene Gesundheit schlecht eingeschätzt wird obwohl die objektive Gesundheit als gut betrachtet werden kann, erhöhen zusätzlich den Stellenwert subjektiver Gesundheit als Screeninginstrument (Mossey/Shapiro 1982) z.B. auch für Risikopatienten (Dohnke/Knäuper 2002).

Die oben aufgezeigten Forschungsergebnisse hatten und haben zur Folge, dass die Bedeutung der Einschätzung der eigenen Gesundheit auch für den Bereich der Gesundheitswissenschaft-

ten weiter zunimmt. Da sich die subjektive Gesundheit bisher als stabiles Instrument herausstellte und zudem einen signifikanten Zusammenhang zur Mortalität aufweist, ist sie sowohl für Studien und Prognosen als auch für Public Health Monitoring relevant (Miiilunpalo et al. 1997; Mossey/Shapiro 1982). Ihre Validität kann aufgrund ihrer Prädiktivität für objektive Gesundheitsoutcomes bewiesen werden (Miiilunpalo et al. 1997).

2.2.3 Erfassung der subjektiven Gesundheit

Es bestehen verschiedene Möglichkeiten, Informationen über die Gesundheit einer Person oder einer Bevölkerung zu erhalten. Eine mögliche Herangehensweise ist über Mortalität, wie z.B. Mortalitätsstatistiken, wie Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit, rohe Sterberate oder Geburtenrate. Der Ansatz über Morbiditätsstatistiken, wie z.B. Krankheitsregister, Fehlzeitenstatistik, selbst berichtete Krankheiten, Krankheitsverhalten, selbst eingeschätzte Symptome oder Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, stellt eine Alternative dar. Eine weitere Möglichkeit Gesundheit zu erfassen, ist über einen gesundheitsorientierten Ansatz wie z.B. gesundheitsbezogene Lebensqualität, Wohlbefinden, Zufriedenheit sowie der allgemeinen selbst eingeschätzten Gesundheit. Bjorner et al. (1996) nennen u.a. die subjektive Gesundheit als eine der wichtigsten Methoden, um Informationen über die Gesundheit einer Person zu erhalten. Im Folgenden werden die verschiedenen Möglichkeiten, subjektive Gesundheit zu messen, dargestellt.

„Wie würden Sie ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?“ Mit dieser Frage wird im Bundesgesundheitsurvey 1998 der allgemeine derzeitige Gesundheitszustand erhoben. Diese oder ähnlich lautende Fragen werden bereits seit Jahren eingesetzt, um das Befinden zu erfragen. Es bestehen jedoch Unterschiede bei der Fragestellung, bei der Wortwahl der Antwortkategorien als auch bei der Anzahl der vorgegebenen Antworten. Meist sind jedoch fünf Antwortkategorien vorgegeben. Dabei schätzt die Mehrheit der Befragten ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein (Blaxter 2004). Nur wenige Studien diskutieren jedoch, in wie weit sich unterschiedliche Fragen auf das Ergebnis auswirken (Undén/Elofsson 2000).

Bei der Erfassung der subjektiven Gesundheit durch eine einzelne Frage kann zwischen allgemeiner nicht vergleichender, allgemeiner altersvergleichender und subjektiver Gesundheit im zeitlichen Vergleich unterschieden werden (Undén/Elofsson 2000). Die Frage nach der subjektiven Gesundheit im zeitlichen Vergleich ist im SF-36 enthalten, welcher im folgenden Abschnitt genauer dargestellt wird. Bjorner et al (1996) empfehlen eine erhöhte Standardisierung der Messung von subjektiver Gesundheit. Hierfür erachten sie die einzelne, nicht verglei-

chende Frage nach der subjektiven Gesundheit aus dem SF-36 als geeignet, die auf verschiedene Populationen übertragbar erscheint. Sie konstatieren jedoch Forschungsbedarf, ob eine altersvergleichende oder besser eine Zeit vergleichende Frage gestellt werden sollte, bzw. ob sie für manche Situationen nicht vorteilhafter wäre.

Eine weitere Möglichkeit subjektive Gesundheit zu messen, besteht in der Erfassung durch verschiedene Skalen. Die wichtigsten Skalen hierbei sind das Nottingham Health Profile (NHP), der Psychological General Well-Being Index (PGWI), das Profil der Lebensqualität chronisch Kranker (PLC) sowie der Gesundheitsstatus Fragebogen (SF-36). Bei der subjektiv erfassten Gesundheit können vier Dimensionen unterschieden werden: körperliches Wohlbefinden und der Gesundheitszustand, psychisches Wohlbefinden, soziales Wohlbefinden sowie Lebensqualität (Bowling 1992 zitiert nach Naidoo/Wills 2003: 65). Diese Dimensionen werden in den verschiedenen Skalen unterschiedlich berücksichtigt. Das NHP erfasst durch Selbstbeurteilung den physischen, sozialen und emotionalen Gesundheitszustand in den sechs Dimensionen: körperliche Beweglichkeit, Schmerzen, Schlaf, soziale Isolation, Gefühlsleben sowie Leistungsfähigkeit (Hunt et al. 1986 zitiert nach Naidoo/Wills 2003: 65) und besteht aus 38 Items. Es findet internationalen Einsatz und existiert u.a. auch in einer deutschsprachigen Version (Schwartz et al. 2002: 44). Der PGWI, welcher aus 22 Items besteht, beinhaltet die Bereiche Angst, Depressivität, Wohlbefinden, Vitalität, Selbstkontrolle sowie den allgemeinen Gesundheitszustand. Er findet hauptsächlich in Nordamerika Anwendung. Das PLC, bestehend aus 40 Items, die die subjektive Gesundheit mittels physischer, psychischer sowie sozialer Dimensionen von Handlungsvermögen und Befinden erfassen, wurde in Deutschland entwickelt.

Für die vorliegende Arbeit ist der SF-36 von besonderer Bedeutung und wird deshalb im folgenden Abschnitt ausführlicher dargestellt. Weitere Skalen, die hier nicht näher dargestellt werden, sind das Krankheitsfolgenprofil (Bergner et al. 1981 zitiert nach Naidoo/Wills 2003: 66), der Allgemeine Gesundheitsfragebogen (Goldberg und Hiller 1979 zitiert nach Naidoo/Wills 2003: 66), der Edinburger Postnatale Depressionsfragebogen, die nonverbale Skala der „freudigen oder enttäuschten Gesichtsausdrücke“ (Andrews und Withey 1976 zitiert nach Naidoo/Wills 2003: 67) sowie Qualitätsangepasste Lebensjahre (QALYs) welche durch medizinische Verfahren gewonnene Lebensjahre und die Verbesserung der Lebensqualität messen (Naidoo/Wills 2003).

Der Gesundheitsstatusfragebogen SF-36

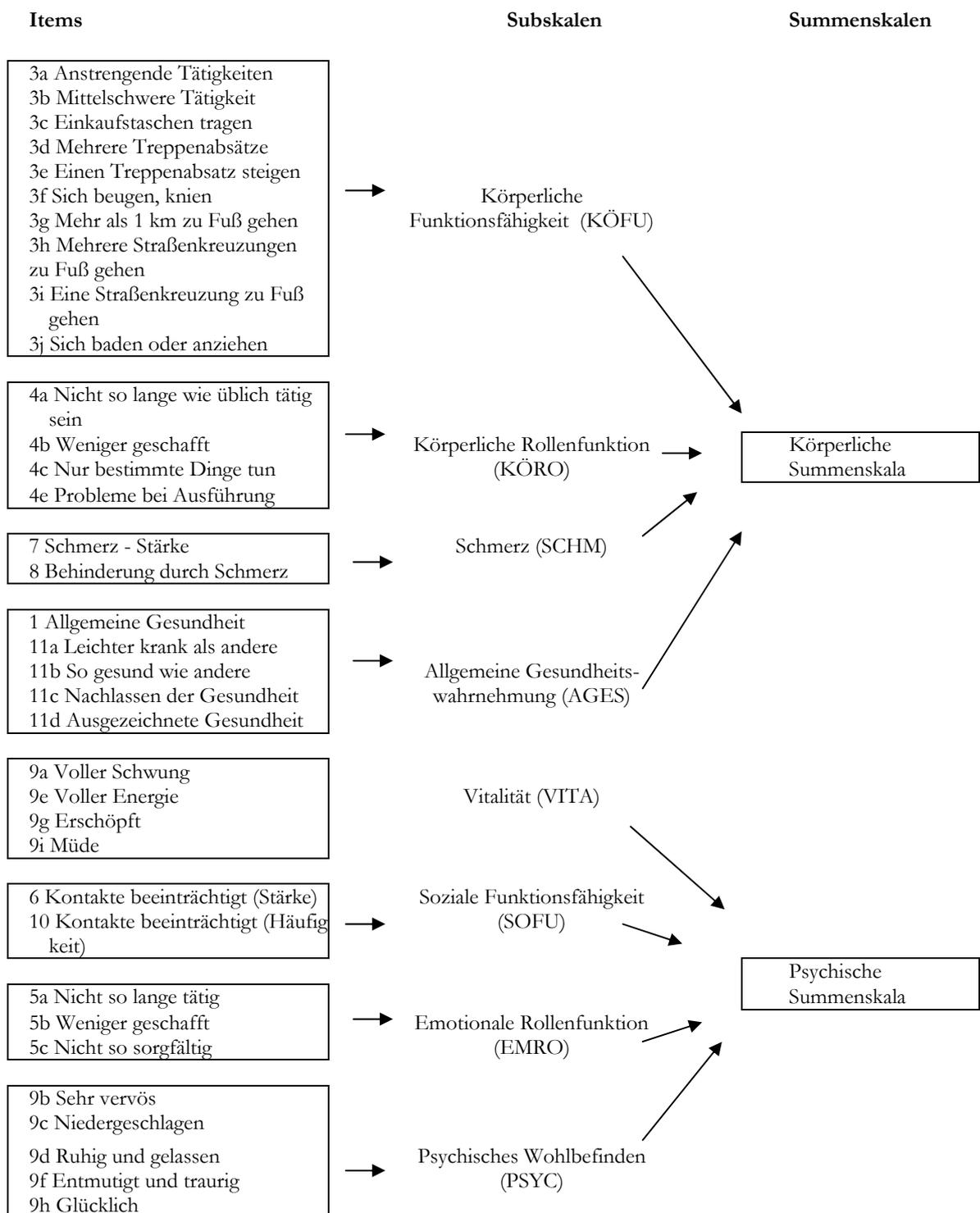
Die Entstehung des Gesundheitsstatusfragebogens SF-36 ist hinsichtlich drei grundlegender Entwicklungen zurückzuführen und zu betrachten: Durch die Gesundheitsdefinition der WHO kommt es, wie bereits unter 2.2.1 dargelegt, zu einem Paradigmenwechsel in der Sichtweise von Gesundheit. Zudem verändert sich die Bevölkerungsstruktur in westlichen Industriestaaten. Durch die Alterung der Bevölkerung und der Zunahme chronisch degenerativer Erkrankungen leben immer mehr Menschen mit chronischen Behinderungen. Dadurch werden die bisherigen Zielkriterien der medizinischen Behandlung, wie z.B. reduzierte Symptomatik oder verlängerte Lebenszeit bzgl. ihrer Aussagekraft in Frage gestellt. Es werden stattdessen weitere Kriterien benötigt, wie z.B. das Erfassen der Auswirkungen einer Erkrankung oder einer Therapie auf Patienten. Ebenso werden Instrumente zur Planung von Therapien und Bewertung von Versorgungssystemen notwendig. Weiter sollten auch spezielle Populationen erfasst werden können (Bullinger 1998). Aufgrund dieser Veränderungen der Bevölkerung und der damit einhergehenden neuen Bedürfnisse im Gesundheitswesen entsteht der SF-36. Er wird in den 70er Jahren in den USA zur Messung der Gesundheitseffekte bei Patienten einer Medical Outcome Studie entwickelt (Kurth/Ellert 2002).

Der SF-36 erfüllt die oben genannten Bedürfnisse und hat sich bisher in zahlreichen Studien bewährt. Er ist inzwischen ein weit verbreitetes, gut etabliertes, standardisiertes Rahmenwerk für Lebensqualitätsforschung, welches für viele repräsentative Bevölkerungen übersetzt, psychometrisch überprüft und normiert wurde (Ravens-Sieberer 2001). Gefördert wird der internationale Einsatz durch die IQOLA-Gruppe (International Quality of Life Assessment Group). Diese internationale Arbeitsgruppe mit Mitgliedern aus über 20 Ländern, koordiniert die Übersetzung, die psychometrische Prüfung sowie die Normierung der Skalen. Es sind inzwischen Versionen in zehn Sprachen adaptiert, so auch in deutsch (Bullinger et al. 1998). Aufgrund seiner psychometrischen Qualität und Ökonomie ist er im internationalen Raum als Standardinstrument zur Erfassung krankheitsübergreifenden Lebensqualitätsmessung führend (Bullinger 1998; Ellert/Bellach 1999).

Ziel des SF-36 ist die Identifikation von Risikogruppen und der Einflussfaktoren auf die subjektiv eingeschätzte Lebensqualität (Kurth/Ellert 2002). Er zählt zu den „Generic Instruments“, welche die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Bevölkerungen krankheitsübergreifend erfassen. Dabei soll subjektive Gesundheit unabhängig von Gesundheitszustand gemessen werden (Bullinger 1998).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität setzt sich aus verschiedenen subjektiven Gesundheitsindikatoren zusammen, wie bereits in Abbildung 2 dargestellt. Sie bezeichnet somit ein multidimensionales psychologisches Konstrukt, welches durch die vier Hauptdimensionen psychisches Befinden, körperliche Verfassung, soziale Beziehungen und funktionelle Alltagskompetenz beschrieben werden kann (Bullinger 1998). Der SF-36 umfasst acht Dimensionen der Lebensqualität, welche im Kontext der letzten vier Wochen vor Befragung (Ellert/Bellach 1999) erfasst werden: körperliche (physikalische) Funktionsfähigkeit, Rollenerfüllung bzw. Rollenverhalten wegen körperlicher Funktionsbeeinträchtigung, Schmerzen, allgemeiner Gesundheitszustand, Vitalität und körperliche Energie, soziale Funktionsfähigkeit, Rollenverhalten wegen seelischer Funktionsbeeinträchtigung, seelische (psychische) Funktionsfähigkeit. Diese acht Dimensionen beinhalten insgesamt 36 Items. Abbildung 5 bietet hierüber einen Überblick.

Abbildung 5: Items und Dimensionen des SF-36



Quelle: Kirchner, I. (2000: 74) um den SF-12 gekürzte Darstellung

Da Gesundheit, wie bereits unter 2.2.2 dargestellt, ein multidimensionales Konzept ist und deshalb psychometrisch betrachtet werden sollte, ergeben multi-Item Skalen mehr zuverlässige Daten und eine größere statistische Aussagekraft im Vergleich zu einer eindimensionalen Er-

fassung (Bjorner et al. 1996). Deshalb werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit um den SF-36 ergänzt.

2.2.4 Subjektive Gesundheit als Indikator

In der Ottawa Charter von 1986, verabschiedet von den Mitgliedsstaaten der WHO, wurde beschlossen, Gesundheitsdienstleistungen eher auf Gesundheit als auf Krankheit auszurichten. Diese Orientierung stellt eine Weiterentwicklung der WHO Definition von Gesundheit (1946) dar. Gesundheit wird hier als Interaktion zwischen sozialer und physischer Umwelt des Körpers betrachtet. Dazwischen liegt die Psyche des Menschen, die auf diese Interaktionen durch Gesundheit und Krankheit reagiert. Krankheit wird als Konsequenz einer destruktiven Umwelt, fehlenden Selbstbewusstseins oder fehlender sozialer Unterstützung gesehen. Wohlbefinden, zu dem auch subjektive Gesundheit zu zählen ist, ist ein Teil dieses Konzepts von „New Public Health“ (Vang/Kristenson 2000). Die WHO empfiehlt schließlich die Aufnahme subjektiver Gesundheit als Indikator für Gesundheit auf internationaler Ebene (De Bruin et al. 1996).

In verschiedenen Projekten, die als Ziel haben, gute Indikatoren zur Erfassung des Gesundheitszustands einer Bevölkerung zu entwickeln, wird immer wieder subjektive Gesundheit als Instrument eingesetzt. In diesem Abschnitt werden einige dieser Projekte genannt.

Subjektive Gesundheit wird als Indikator zur Messung von Gesundheitsstatus im Projekt der WHO „Health for all“ eingesetzt (WHO 2000). Die hierfür ausgewählten Indikatoren werden jährlich überarbeitet. Laut diesem Projekt zählt die selbst eingeschätzte Gesundheit zu den Indikatoren, welche weitere Entwicklung bzgl. der Definition und Erhebungsmethoden der Daten bedürfen.

Das „European Health Status Modul“ wurde entwickelt, um ein unabhängiges, präzises Modul zu erhalten, welches zur Erfassung des Gesundheitszustands in Bevölkerungs- als auch Gesundheitssurveys eingesetzt werden kann. In der ersten Phase des Projekts wurden Indikatoren ausgewählt, die den Gesundheitszustand adäquat wiedergeben (Robine/Jagger 2003). Weiter wurden die derzeit vorhandenen Untersuchungsinstrumente zur Messung von Gesundheit innerhalb Europas untersucht. Das „European Health Status Modul“ empfiehlt dabei vier Instrumente, welche physische, sensorische und funktionelle Einschränkungen, Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens, psychische Gesundheit sowie die selbst eingeschätzte Gesundheit umfassen (Robine/Jagger 2003).

Das „European Community Health Indicators“ Projekt (ECHI) ist Teil des Projekts der Europäischen Kommission „Health Monitoring Programme“(HMP). ECHI hat das Ziel, eine Reihe von europäischen Gesundheitsindikatoren vorzuschlagen, welche die Bedürfnisse des HMPs erfüllen. Das ECHI Projekt greift bei der Entwicklung dieser Indikatoren auf frühere Arbeiten im Bereich der Auswahl und Definition speziell durch die WHO Europa, OECD und die Commission Services in Eurostat zurück. Diese Indikatoren sollen anhand bestimmter Kriterien ausgewählt werden können und Zustimmung durch alle Mitgliedsstaaten erfahren (Kramers 2003). Drei grundlegende Ziele, die durch einen Gesundheitsindikator erfüllt werden sollen, wurden durch das HMP definiert. Der Indikator soll internationale Vergleiche, Beobachtung von Trends innerhalb der EU sowie Evaluation von EU Politik ermöglichen (Kramers 2003). Das Set der Gesundheitsindikatoren sollte insgesamt umfassend und schlüssig bzgl. der konzeptuellen Beschaffenheit sein (ECHI 2001). Das Projekt ECHI erkennt an, dass es sich bei Gesundheit um ein breites Themenfeld handelt, weshalb das Set der Gesundheitsindikatoren alle wichtigen Bereiche der Gesundheit umfassen sollte. ECHI schlägt vier Kategorien von Gesundheitsindikatoren vor: Demographische und sozioökonomische Faktoren, Gesundheitsstatus, Determinanten von Gesundheit sowie Gesundheitssysteme (Kramers 2003). Unter den vorgeschlagenen Indikatoren findet sich auch die subjektive Gesundheit im Bereich des Gesundheitsstatus und dort im Bereich des allgemeinen Gesundheitsstatus wieder. Die Indikatoren sollen die Zusammenarbeit innerhalb internationaler Organisationen unterstützen, Bereiche abdecken, die von den Mitgliedsstaaten untersucht und beobachtet werden sollen, sowie Bedürfnisse der Gemeindepolitik befriedigen. Es wird davon ausgegangen, dass die Indikatoren methodologische und qualitative Kriterien wie Qualität, Validität, Sensitivität, Vergleichbarkeit sowie Zeitlosigkeit erfüllen und ihre Auswahl von wissenschaftlichen Prinzipien geleitet wird. Sie sollten in vorhandenen vergleichbaren Datensätzen regulär erfasst werden und zugleich die Bedürfnisse nach weiteren Daten und Entwicklungsbereichen entwickeln (ECHI 2001). Laut ECHI (2001) wird die subjektive Gesundheit als Indikator zur Messung von Gesundheit von der WHO, OECD und Commission (Eurostat) genutzt. Der Vorteil einiger dieser Indikatoren, u.a. auch der subjektiven Gesundheit ist, dass sie nach Geschlecht, Alter, Region und sozioökonomischen Status stratifiziert werden können. Ihre Erfassung basiert auf regelmäßig erhältlichen nationalen Surveys. Konzeptuell werden sie als klar, valide und verlässlich betrachtet. Das Projekt ECHI konstatiert jedoch einen Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Vergleichbarkeit.

Das Projekt „Réseau sur l'espérance de vie en santé“, kurz EuroREVES, hat die Angleichung von Gesundheitserwartungsberechnungen in Europa als Ziel. Dabei spielt die Entwicklung von Richtlinien für die Berechnung von Gesundheitserwartungen hinsichtlich der Vereinheitlichung von Konzepten, Datensammlungen und Berechnungsmethoden eine Rolle. Weiter wird angestrebt, eine Empfehlung zu erstellen, welche Konzepte, Fragen und Berechnungsmethoden beschreibt. Diese Empfehlung kann als Basis für weitere Erhebungen dieser Berechnungen in anderen Ländern innerhalb und außerhalb Europas dienen. Das Ausmaß der Einschätzung einer schlechten subjektiven Gesundheit innerhalb einer Bevölkerung wird als klare Indikation von unbefriedigten Bedürfnissen durch Dienstleistungen und Gesundheitsversorgung gewertet (Robine/Jagger 2003). EuroREVES schlägt die subjektive Gesundheit als Indikator vor, dabei wird die Erfassung über die Frage der WHO mit den Ausprägungen „very good“, „good“, „fair“, „bad“ und „very bad“ empfohlen.

Darüber hinaus ist die subjektive Gesundheit ein zentraler Indikator geworden, der von der WHO genutzt wird, um Bevölkerungsgesundheit zu messen und verschiedene Länder damit zu vergleichen (Schwarze/Anger 2002). Dieser Indikator kann außerordentlich kosteneffektiv und schnell erfragt, und somit effizient für große Bevölkerungsgruppen erhoben werden. Die Einschätzung der eigenen Gesundheit ist also ein angemessenes Instrument, um sowohl sozialpolitische Interventionen (Schwarze/Anger 2002) als auch die Effektivität von Gesundheitsdienstleistungen (Vang/Kristenson 2000) zu evaluieren.

Subjektive Gesundheit kann in der Forschung als Methode verwendet werden, um Hochrisikogruppen und Risikofaktoren zu identifizieren und als Endpunkt der Evaluation von medizinischen und psychosozialen Interventionsstudien dienen (Bjorner et al. 1996).

Sowohl die oben beschriebenen Forschungsergebnisse als auch die Einbindung des Indikators subjektive Gesundheit in die Berichterstattung der Bevölkerungsgesundheit lassen den Schluss zu, dass die selbst eingeschätzte Gesundheit ein unverzichtbares Instrument ist, um Gesundheit zu erfassen.

2.2.5 Zusammenfassung

Gesundheit wird als subjektives Erleben gesehen, welches der Einzelne selbst adäquat und umfassend einschätzen kann. Hieraus ergibt sich die Legitimation subjektiver Gesundheit als Instrument zur Erfassung der Gesundheit. Subjektive Gesundheit beinhaltet im Gegensatz zur medizinisch definierten Gesundheit biologische, psychische und soziale Aspekte wie Wohlbe-

finden und Lebenszufriedenheit. Subjektive Gesundheit kann sowohl durch eine einzelne Frage als auch mittels einer Skala erfasst werden. In der vorliegenden Arbeit werden beide Möglichkeiten berücksichtigt.

Welche Prozesse letztendlich für die Einschätzung der subjektiven Gesundheit verantwortlich sind bleibt unklar. Es wird aber vermutet, dass aufgrund der guten Vorhersagekraft nicht messbare Komponenten wie z.B. subklinische Erkrankungen eine wesentliche Rolle spielen. Als Determinanten subjektiver Gesundheit werden soziodemographische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildung und Familienstand angesehen, welche deshalb auch in dieser Arbeit berücksichtigt werden sollen. Die selbst eingeschätzte Gesundheit zeigt sich auch nach Kontrolle der objektiven Gesundheit, von biomedizinischen Risikofaktoren oder Funktionsfähigkeit als ein guter Prädiktor für nachfolgende Mortalität. Subjektive Gesundheit sollte daher nicht nur als Ersatz für fehlende medizinische Diagnosen verwendet werden. Dabei wird die Validität der subjektiven Gesundheit als Messinstrument der Gesundheit durch zwei Ergebnisse unterstützt: Es besteht eine konsistente Korrelation zwischen subjektiver Gesundheit, der eingeschränkten Funktionsfähigkeit, der Anzahl medizinischer Diagnosen sowie physischer und psychischer Symptome. Weiter besteht ein konsistenter Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und nachfolgender Mortalität (Bjorner et al. 1996). Insgesamt bleibt aber offen, welche Ursachen für diesen Zusammenhang verantwortlich sind. Bisher konnte nicht nachgewiesen werden, dass subjektive Gesundheit Ursache von Mortalität ist. Möglicherweise kann die selbst eingeschätzte Gesundheit auch bei der Beurteilung von Gesundheitsdienstleistungen, z.B. der Outcomes oder der Effizienz und Effektivität verschiedener Behandlungsmöglichkeiten hilfreich sein (Vang/Kristenson 2000). Hier besteht noch Forschungsbedarf. Ebenso sehen Bjorner et al. (1996) es als notwendig an, Studien durchzuführen, die vielfältige Variablen beinhalten, so dass verschiedene Aspekte der Gesundheit sowie verschiedene Lebensbereiche abgedeckt sind. Weiter sollten dabei die Fragen untersucht werden, wie subjektive Gesundheit verändert werden kann und wie sich eine Änderung der subjektiven Gesundheit auf andere Faktoren auswirkt. Auch die Einschätzung der subjektiven Gesundheit in speziellen Subpopulationen wie z.B. Arbeitslosen bedarf weiterer Forschung, wie Idler und Benyamini (1997) in ihrer Zusammenfassung von 27 Repräsentativstudien konstatieren. Mit dieser Magisterarbeit soll hierzu ein Beitrag geleistet werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die sehr einfache Bewertung der subjektiven Gesundheit ein gutes und komplexes Messinstrument für Gesundheit ist (Bjorner et al.

1996), welches von der WHO und anderen Institutionen im Bereich der Gesundheit als Gesundheitsindikator empfohlen wird.

3 Forschungsstand Arbeitslosigkeit und subjektive Gesundheit

Da sich die vorliegende Arbeit ausschließlich dem Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und subjektiver Gesundheit widmet, wird im folgenden Abschnitt der Forschungsstand hierzu ausführlich dargestellt. Dazu werden ausgewählte deutsche Studien vorgestellt und in der Zusammenfassung um internationale Studien ergänzt. Aus der Darstellung des Forschungsstands schließlich werden die Fragestellung sowie die Hypothesen dieser Arbeit entwickelt.

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung untersuchen Grobe und Schwarz (2003) anhand der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 die gesundheitliche Situation Arbeitsloser in Deutschland. Ihre Auswertungen zum Gesundheitszustand beziehen sich auf Personen im Alter von 20-59 Jahren, die zum Zeitpunkt der Befragung angaben, mindestens 15 Stunden wöchentlich berufstätig oder beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet zu sein. Diese Personen werden in sieben Gruppen unterteilt. Personen, die angaben, derzeit berufstätig zu sein werden in drei Gruppen unterteilt, abhängig davon, ob sie innerhalb der letzten fünf Jahre arbeitslos waren und abhängig von der Dauer der Arbeitslosigkeit. Dabei wird unterschieden zwischen weniger als einem Jahr Arbeitslosigkeit, mehr als einem Jahr Arbeitslosigkeit sowie keiner Arbeitslosigkeit innerhalb der letzten fünf Jahre. Derzeit arbeitslos gemeldete Personen werden ebenfalls nach Dauer der Arbeitslosigkeit aber zusätzlich noch nach der Haushaltssituation unterschieden. Hierbei werden vier Gruppen gebildet: arbeitslose Nebenverdiener mit weniger als einem Jahr Arbeitslosigkeit, arbeitslose Nebenverdiener mit mehr als einem Jahr Arbeitslosigkeit, arbeitslose Hauptverdiener mit weniger als einem Jahr Arbeitslosigkeit und arbeitslose Hauptverdiener mit mehr als einem Jahr Arbeitslosigkeit. 53% der arbeitslosen Männer und 27% der Frauen geben an, Hauptverdiener zu sein. Hingegen geben 82% der erwerbstätigen Männer und 35% der Frauen den Status als Hauptverdiener an. Bei den Auswertungen zeigt sich, dass Arbeitslose generell einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand angeben. 23% der arbeitslosen Frauen und Männer benennenn ihn „weniger gut“ oder „schlecht“, bei den Erwerbstätigen bewerten ihn im Vergleich dazu nur 11% entsprechend. Eine Verschlechterung im Vergleich zum Vorjahr wird ebenfalls häufiger von Arbeitslosen angegeben. Bei dieser Studie werden ebenfalls Unterschiede innerhalb der verschiedenen Gruppen Arbeitsloser festgestellt. Arbeitslose „Hauptverdiener“ zeigen durchschnittlich noch schlechtere gesundheitliche Einschränkungen als arbeitslose „Nichthauptverdiener“. Langzeitarbeitslose berichten noch häufiger über einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand, selbst wenn sie wieder eine Berufstätigkeit aufgenommen haben, als Berufstätige ohne Arbeitslosigkeit in-

nerhalb der letzten 5 Jahre. Von Arbeitslosigkeit sind zu einem großen Teil ungelernte oder angelernte Arbeiter (25% der Arbeitslosen) betroffen, im Gegensatz dazu ist diese Gruppe nur bei 12% der Erwerbstätigen vertreten.

In ihrer Studie zu Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit untersuchen Berth et al. (2003) 420 junge Erwachsene, im Durchschnitt 29 Jahre alt, im Rahmen der 16. Welle der Sächsischen Längsschnittstudie. Diese Studie wird erstmals 1987 in einem DDR-repräsentativen Sample mit damals 14-jährigen Schülern durchgeführt und wird über die Wiedervereinigung hinweg begleitet. 92% der Teilnehmer der aktuellen Studie haben inzwischen ihre berufliche Ausbildung abgeschlossen. Der größte Teil der Gruppe sind Angestellte (43,1%), gefolgt von Akademikern (33%), Arbeitern (22,1%) und Hausfrauen/Personen im Erziehungsurlaub (12%). Etwas weniger als ein Drittel aller Teilnehmer waren mehrmals, ein Drittel einmal und etwas mehr als ein Drittel niemals arbeitslos. Dabei werden keine Geschlechtsunterschiede festgestellt. Die Dauer der Arbeitslosigkeit beträgt im Durchschnitt 9,42 Monate, wobei Frauen tendenziell etwas länger arbeitslos waren. Insgesamt wird festgestellt, dass die Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit mit dem Alter zunehmen. 1996 im Alter von 23,5 Jahren haben 50% der Teilnehmer Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit. Im Jahr 2002 liegt der Anteil derjenigen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen bereits bei 63%. Dabei wird festgestellt, dass Personen mit Studienabschluss etwas weniger von Arbeitslosigkeit betroffen sind als Personen ohne Studium. Der eigene Gesundheitszustand wird von Arbeitslosen deutlich schlechter eingeschätzt, wobei besonders mehrfach arbeitslose Frauen ihren Gesundheitszustand als schlechter einschätzen. Ebenfalls wird ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Einschätzung des Gesundheitszustandes gefunden. Langzeitarbeitslose schätzen ihre eigene Gesundheit signifikant schlechter ein. Die Mittelwerte der verschiedenen Gruppen unterscheiden sich bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit in einer Varianzanalyse signifikant. Dabei schätzen mehrfach Arbeitslose im Mittel ihre Gesundheit schlechter ein als nur einmal oder niemals Arbeitslose.

Eine weitere Studie zu den Zusammenhängen zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit stammt von Brähler et al. (2002). Die Fragestellung der Untersuchung bezieht sich auf das Ausmaß von Ängstlichkeit und Depressivität bei Arbeitslosen, das Selbstkonzept bzw. Persönlichkeitseigenschaften von Arbeitslosen sowie die subjektive Gesundheit und Körperbeschwerden von Arbeitslosen. Die Studie basiert auf drei Untersuchungsstichproben, mit jeweiligen bevölkerungsrepräsentativen Umfragen, in den Jahren 1998, 2000, 2001. Auch in dieser

Studie wird festgestellt, dass der subjektive Gesundheitszustand bei Arbeitslosen wesentlich schlechter als bei Nichtarbeitslosen ist. Es werden signifikante Mittelwertunterschiede zwischen Arbeitslosen und Nichtarbeitslosen gefunden. Bei der Darstellung der Ergebnisse wird das Geschlecht nicht berücksichtigt.

Bammann und Helmert untersuchen mit Sekundäranalysen des 2. und 3. Regionalen und Nationalen Gesundheitssurveys, der im Rahmen der Deutschen-Herz-Kreislauf-Präventionsstudie in den Jahren 1987 bis 1992 in der BRD (alte Länder) durchgeführt wurde, den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit unter Berücksichtigung der sozialen Schicht (Bammann/Helmert 2000).

In die Untersuchungsgruppe werden nur 25-59 jährige aufgenommen die arbeitslos gemeldet und in der Vergangenheit mind. 30 Stunden pro Woche beschäftigt waren. Zur Referenzgruppe werden Personen desselben Alters gezählt, die entweder mehr oder genau 30 Stunden pro Woche erwerbstätig sind. Daraus werden vier Gruppen gebildet: Erwerbstätige, Erwerbstätige mit weniger oder genau sechs Monaten kumulierter Arbeitslosigkeit innerhalb der letzten fünf Jahre, Erwerbstätige mit mehr als sechs Monaten kumulierter Arbeitslosigkeit innerhalb der letzten fünf Jahre sowie arbeitslos gemeldete Personen. Die soziale Schicht wird unter Berücksichtigung der Schulbildung, der eigenen beruflichen Stellung, dem Äquivalenzeinkommen und einem additiven Schichtindex erstellt. Als schlechte subjektive Gesundheit werden die Angaben „weniger gut“ und „schlecht“ angenommen.

Es zeigt sich, dass der Anteil der derzeit Arbeitslosen sowie der Anteil der Arbeitslosen mit mehr als sechs Monaten Arbeitslosigkeit innerhalb der letzten fünf Jahre bei Frauen höher ist. Weiter werden Unterschiede der sozialen Lage beobachtet. Frauen mit niedriger beruflicher Stellung sowie Männer mit niedrigerer Schul/Berufsausbildung oder niedriger beruflicher Stellung sind eher arbeitslos. Die schlechtere subjektive Gesundheit zeigt bei den Ergebnissen bei beiden Geschlechtern deutliche Zusammenhänge zur Arbeitslosigkeit. 26,8% der aktuell arbeitslosen Männer und 24,1% der Frauen schätzen ihre Gesundheit als eher schlecht ein. In der Vergleichsgruppe der Erwerbstätigen ohne Arbeitslosigkeit schätzen nur 10,1% der Männer und 11,1% der Frauen ihre Gesundheit ähnlich schlecht ein. Es wird geprüft, ob die schlechtere subjektive Gesundheit in allen Sozialschichten zu beobachten ist. Als Indikator für Sozialschicht wird die Schulbildung genommen. Es zeigt sich, dass bei beiden Geschlechtern die schlechtere Einschätzung des Gesundheitszustandes nicht auf eine Bildungsschicht beschränkt ist.

Weiter prüfen die Autoren mittels multivariater Regressionsmodelle, ob der schlechtere selbst eingeschätzte Gesundheitszustand u.a. durch die niedrigere Sozialschicht erklärbar wird. Hierbei zeigt sich, dass die subjektive Gesundheit trotz zusätzlicher Adjustierung nach Sozialschicht weiterhin signifikant häufiger von Arbeitslosen schlechter bewertet wird als von Erwerbstätigen. In einem weiteren Schritt wird die Unzufriedenheit mit der finanziellen und familiären Situation, den sozialen Beziehungen und dem Leben insgesamt einbezogen. Im letzten Schritt wird zusätzlich das riskante Gesundheitsverhalten berücksichtigt. Diese Bereiche zeigen innerhalb der Modelle noch eher Erklärungskraft als die soziale Schicht. Darüber hinaus wird ein deutlich schlechterer subjektiver Gesundheitszustand bei aktuell arbeitslosen Männern und Frauen mit früherer Vollzeitbeschäftigung festgestellt. Bei Erwerbstätigen zeigt sich ebenfalls ein Zusammenhang zwischen früherer Arbeitslosigkeit und schlechter eingeschätzter Gesundheit. Je länger die frühere Arbeitslosigkeit beträgt, desto schlechter wird die eigene Gesundheit eingeschätzt. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass dieser Zusammenhang z.T. durch die niedrigere Sozialschicht erklärbar ist, z.T. aber auch als unabhängiger Effekt der Arbeitslosigkeit gesehen wird. Dabei wird die eigene Gesundheit besonders schlecht eingeschätzt, wenn die Personen arbeitslos sind und einer niedrigeren Sozialschicht angehören. Die Verfasser stellen dabei ein besonderes Gefährdungspotential dieser Gruppe fest, da diese das höchste Risiko arbeitslos zu werden und zudem die schlechtesten Wiedereinstellungschancen hätten.

Die oben betrachteten Studien machen es deutlich: Arbeitslose geben generell im Vergleich zu Erwerbstätigen einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand an und bestätigen somit die Ergebnisse nationaler und internationaler Studien (Bartley et al. 2001; Elstad/Krokstad 2003; Ferrie et al. 2003; Grundy/Holt 2000; He/Colantonio 2002; Lahelma et al. 1997; Lüschen et al. 1997; Power/Matthews 1997; Statistisches Bundesamt 1998a). Dabei zeigt sich auch, dass v.a. mehrmals arbeitslose Personen einen subjektiv schlechteren Gesundheitszustand angeben. Besonders Frauen (Berth et al. 2003) und speziell mehrfach arbeitslose Frauen (Berth et al. 2002, 2003) schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Vorjahr wird ebenfalls häufiger von Arbeitslosen angegeben (Grobe/Schwartz 2003). Im Ost-West-Vergleich schätzen arbeitslose Männer in den neuen Bundesländern sowie arbeitslose Frauen in den alten Bundesländern ihre eigene Gesundheit am schlechtesten ein (Laubach et al. 1999).

Langzeitarbeitslose berichten noch häufiger über einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand als Berufstätige ohne Arbeitslosigkeit innerhalb der letzten fünf Jahre, selbst wenn sie wieder eine Berufstätigkeit aufgenommen haben (Grobe/Schwartz 2003). Dabei korreliert der eingeschätzte Gesundheitszustand mit der Dauer der Arbeitslosigkeit, d.h. je länger die Arbeitslosigkeit andauert, desto schlechter wird der eigene Gesundheitszustand eingeschätzt (Berth et al. 2002; Grundy/Holt 2000). Beinahe jeder dritte Langzeitarbeitslose geht davon aus, dass sich durch die Arbeitslosigkeit die gesundheitlichen Probleme vergrößert haben oder gar erst dadurch entstanden sind (Statistisches Bundesamt 1998a). Zugleich erhöht frühere Arbeitslosigkeit das Risiko erneuter Arbeitslosigkeit (Arrow 1996).

Weiter wurde ein Zusammenhang zwischen Haushaltssituation und Einschätzung der eigenen Gesundheit bei Männern aufgezeigt. Das Risiko eines „weniger guten“ oder „schlechten“ Gesundheitszustandes erhöht sich mit dem Status des „Hauptverdieners“ bei arbeitslosen Männern. Bei Frauen konnten mit dieser Fragestellung aufgrund der geringen Fallzahl bei Hauptverdienerinnen keine sinnvoll interpretierbaren Ergebnisse gezeigt werden. (Grobe/Schwartz 2003).

Es kann also festgehalten werden, dass inzwischen einige Studien vorliegen, die bei den Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit den Faktor subjektive Gesundheit mitberücksichtigen. Es handelt sich dabei meist um generelle Untersuchungen zu den Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit, weniger um spezielle Studien zur subjektiven Gesundheit. Dementsprechend wird zumeist untersucht, inwieweit sich der selbst eingeschätzte gesundheitliche Zustand bei Arbeitslosen von dem der Erwerbstätigen unterscheidet. Wenn darüber hinaus der Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Einschätzung der eigenen Gesundheit Gegenstand der Untersuchung wird, wird dies mittels der Langzeitarbeitslosigkeit untersucht (z.B. Berth et al. 2003; Grobe/Schwartz 2003). Nicht zur Frage steht dabei, ob es bereits Unterschiede bei vergleichsweise kürzer oder länger andauernder Arbeitslosigkeit gibt, was möglicherweise auf geringe Fallzahlen zurückzuführen ist.

Im Vergleich mit anderen Ländern zeigt sich, dass mit der Dauer der Arbeitslosigkeit eine gewisse Anpassung an die Lebenssituation erfolgt, dies in Deutschland jedoch nicht der Fall ist sondern die Belastung sogar zunimmt (Statistisches Bundesamt 1998a). Die Studie von Berth et al 2003 zeigt z.B. bei Langzeitarbeitslosen signifikant schlechtere Werte bei Depressionen, globalem Distress, Selbstwirksamkeitserwartungen und Gesundheitszustand auf. Durch die

Arbeitslosigkeit erhält der Einzelne eine neue Rolle in der Gesellschaft, zudem beeinflusst die Dauer der Arbeitslosigkeit die Entwicklung der Person (Brähler et al. 2002). Bei lang andauernder Arbeitslosigkeit können Gleichmut und Fatalismus zum Überlebensprinzip werden. Dabei kann Arbeitslosigkeit als posttraumatisches Lebensereignis, verursacht durch den Wechsel zwischen Hoffnung und Enttäuschung gesehen werden (Wacker 1981, Dauer & Hennig 1999 zitiert nach Brähler et al. 2002). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Bewertung der eigenen Gesundheit in Deutschland mit zunehmender Länge der Arbeitslosigkeit entsprechend schlechter ausfallen wird. Die Auswirkungen der kumulierten Arbeitslosigkeitsdauer auf die Einschätzung der eigenen Gesundheit sollen in dieser Arbeit deshalb genauer überprüft werden.

Es wird in den bisherigen Studien nicht genauer untersucht, inwieweit sich die subjektive Gesundheit innerhalb verschiedener Gruppen arbeitsloser Menschen unterscheidet. In einigen Studien werden die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit nach sozialer Schicht kontrolliert, z.B. (Bammann/Helmert 2000). Unterschiedliche Qualifikationsniveaus der Arbeitslosen werden bisher im Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheit kaum berücksichtigt. Bei der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Grobe/Schwartz 2003) wird festgestellt, dass ehemals als angelernt und ungelernt tätige Arbeiter über ein Viertel der Arbeitslosen darstellen. Bei den Erwerbstätigen beträgt diese Personengruppe lediglich 12%. Dies deckt sich mit der Feststellung des Statistischen Bundesamtes, dass geringer Qualifizierte leichter arbeitslos werden, durch Arbeitslosigkeit stärker belastet sind und meist auf weniger Bewältigungsstrategien als Erwerbstätige zurückgreifen können. Auch international wird festgestellt, dass geringe Bildung die Wahrscheinlichkeit der Arbeitslosigkeit für Männer und Frauen erhöht (Cardano et al. 2004) und eine niedrige berufliche Stellung mit schlechter subjektiver Gesundheit assoziiert ist (Van de Mheen et al. 1999).

Weiter wird festgestellt, dass bei sozial und qualifikationsbezogen weniger aktiven Menschen der psychosoziale Stress durch Arbeitslosigkeit besonders hoch ist (Statistisches Bundesamt 1998a). In der Magisterarbeit wird der Zusammenhang zwischen den Auswirkungen der Dauer der Arbeitslosigkeit auf die subjektive Gesundheit in verschiedenen Qualifikationsniveaus genauer untersucht. Die Frage ist dabei, ob das Qualifikationsniveau als protektiver Faktor für die Bewertung der eigenen Gesundheit dienen kann.

Ebenfalls interessant bleibt die Frage, inwieweit sich Unterschiede bei der Bewertung der eigenen Gesundheit im Ost-West-Vergleich ergeben und wird deshalb in den Analysen mitberücksichtigt.

Aufgrund der bestehenden Unterschiede zwischen Männern und Frauen, sowohl bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit als auch bei der Betroffenheit von Arbeitslosigkeit, ist das Ziel, diesen Unterschieden durch eine differenzierte Betrachtung nach Geschlecht gerecht zu werden.

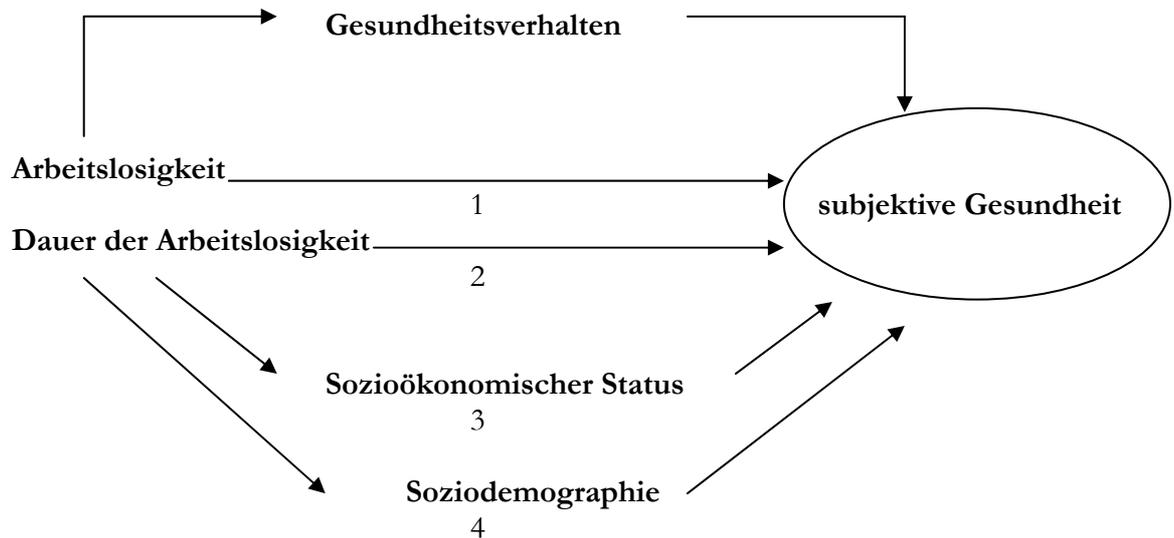
Fragestellung und Hypothesen

Der Forschungsstand zeigt dass die Gesundheitsfolgen, objektiver als auch subjektiver Art, von verschiedenen Faktoren wie Lebensalter, Qualifikation, Familienstand, Anzahl der Kinder, subjektiver Arbeitsplatzorientierung, Dauer der Arbeitslosigkeit, Copingfähigkeiten, Attributionsmuster, Stresstoleranz und Persönlichkeit abhängen (Berth et al. 2003), weshalb in der vorliegenden Arbeit diese Einflussfaktoren, soweit möglich, berücksichtigt werden. Besondere Problemgruppen stellen dabei Jüngere als auch Ältere, Frauen, Ausländer und Schwerbehinderte dar. Niedrige bzw. schlechte Qualifikation verschärft dabei die Situation der Problemgruppen (Statistisches Bundesamt 2002).

Mit der vorliegenden Arbeit wird der Zusammenhang zu den Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die subjektive Gesundheit genauer betrachtet. Abbildung 6 bietet einen Überblick über das vorgeschlagene Untersuchungsmodell. Daraus ergibt sich die erste Forschungsfrage: Welche Unterschiede des subjektiven Gesundheitszustandes ergeben sich zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Personen (1)? Aufbauend auf den Forschungsstand, dargestellt im vorhergehenden Abschnitt, wird dabei insbesondere die Dauer der Arbeitslosigkeit berücksichtigt. Als Grundlage der Einteilung der Länge der Arbeitslosigkeit wird das Phasenmodell nach Jahoda mit der Erweiterung durch Kieselbach zugrunde gelegt. Hieraus ergibt sich die zweite Frage, die untersucht, ob es Unterschiede, bei der Bewertung der eigenen Gesundheit innerhalb der Gruppe der arbeitslosen Personen gibt, die im Zusammenhang mit der kumulierten Arbeitslosigkeitsdauer stehen (2). In einem weiteren Schritt wird untersucht, inwieweit sich Unterschiede bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit bei Personen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus ergeben. Hierbei wird geprüft, ob Qualifikation als schützender Faktor auftritt. Daraus entwickelt sich die weitere Frage, ob ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, der kumulierten Dauer der Arbeitslosigkeit und schlechter subjektiver Gesundheit auf allen Qualifikationsniveaus feststellbar ist (3). Eine weitere Frage gilt den Unterschie-

den der subjektiven Gesundheit zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen in Ost- und Westdeutschland (4). Aufgrund der im Forschungsstand aufgezeigten Unterschiede zwischen Männern und Frauen werden die Fragestellungen nach Geschlecht differenziert untersucht.

Abbildung 6: Untersuchungsmodell



Aus der Fragestellung können folgende Hypothesen entwickelt werden: Es wird angenommen, dass Arbeitslose ihre Gesundheit schlechter einschätzen als Erwerbstätige (I). Weiter wird angenommen, dass sich die subjektive Gesundheit bei Arbeitslosen in Abhängigkeit von der Dauer der aktuellen Arbeitslosigkeit unterscheidet (Ia). Langzeitarbeitslose könnten demzufolge eine schlechtere subjektive Gesundheit aufweisen als Kurzeitarbeitslose und Kurzeitarbeitslose wiederum eine schlechtere subjektive Gesundheit als Erwerbstätige (Ib). Erwerbstätige mit längeren Phasen von Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit könnten ihre Gesundheit schlechter einschätzen als Erwerbstätige mit keiner oder nur kurzer ehemaliger Arbeitslosigkeit (Ic).

Bildung wird als protektiver Faktor angesehen. So wird angenommen, dass eine schlechtere Schulbildung mit einer schlechter eingeschätzten Gesundheit einhergeht (II). Ebenso sind Menschen mit höherer Bildung weniger häufig von Arbeitslosigkeit betroffen als Menschen mit geringer Bildung oder Qualifikation. Demzufolge müsste die subjektive Gesundheit nach Kontrolle von Bildung bei Arbeitslosen weiterhin schlechter eingeschätzt werden als bei Erwerbstätigen (IIa). Der Effekt der Arbeitslosigkeit auf die subjektive Gesundheit müsste sich jedoch verringern (IIb). Wird der untersuchte Personenkreis um Hausfrauen erweitert, könnte

u.U. davon ausgegangen werden, dass keine, oder wenn dann nur geringe Unterschiede in der Einschätzung der eigenen Gesundheit zwischen arbeitslosen Frauen und Hausfrauen bestehen (IIc).

Wenn die subjektive Gesundheit in Deutschland untersucht wird, wird z.T. zwischen Ost- und Westdeutschland unterschieden. Es finden sich hierzu allerdings widersprüchliche Forschungsergebnisse. Hessel et al. (1999) finden signifikante Unterschiede bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit zwischen Ost- und Westdeutschen, wobei Westdeutsche ihre Gesundheit besser einschätzen. Andererseits stellt das Statistische Bundesamt 1997 (zitiert nach Hessel et al. 1999) eine Angleichung der subjektiven Gesundheit der Ostdeutschen an das Niveau der Westdeutschen fest. So wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass Arbeitslose in Ostdeutschland ihre Gesundheit schlechter bewerten als Arbeitslose in Westdeutschland (III).

Diese Zusammenhänge sollten nach der Kontrolle von soziodemographischen Variablen, der sozialen Situation sowie vorhandenen schwerwiegenden Erkrankungen weiterhin bestehen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich der Effekt der Arbeitslosigkeit nach Kontrolle dieser einflussnehmenden Faktoren verringert (IV).

Wird die subjektive Gesundheit anhand des SF-36 genauer analysiert, ist zu vermuten, dass sich die oben erstellten Hypothesen auch auf die Einzeldimensionen des SF-36 übertragen lassen. Arbeitslose zeigen im Vergleich mit Erwerbstätigen bei allen Dimensionen also schlechtere Werte (V).

Schließlich wird davon ausgegangen, dass bei allen Fragenstellungen Unterschiede zwischen Männern und Frauen auftreten. Vermutet wird, dass Frauen im Vergleich mit Männern ihre Gesundheit durch alle Gruppen hinweg schlechter einschätzen (VI).

Dieses Kapitel bietet einen Überblick über das weitere methodische Vorgehen. Anfangs werden die verwendeten Daten vorgestellt. Es folgt eine Beschreibung der operationalisierten Variablen. Im Anschluss wird die Analysestrategie, d.h. die angewandten statistischen Verfahren, vorgestellt.

4.1 Daten

Datenbasis ist der Bundes-Gesundheitssurvey 1998, welcher von Oktober 1997 bis März 1999 als erster gesamtdeutscher Gesundheitssurvey in Ost- und Westdeutschland durchgeführt wurde. Ziel war es, eine repräsentative Untersuchung zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in Deutschland zu erhalten, um damit Daten für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes sowie für den Vergleich im europäischen Raum zu gewinnen. Der Survey wurde als epidemiologische Querschnittsstudie einer repräsentativen Stichprobe angelegt und besteht aus mehreren Teilen. An den Kernsurvey angehängt sind weitere Ergänzungsmodule: Arzneimittelsurvey, Ernährungssurvey, Folsäuresurvey, Umweltsurvey und der Survey ‚Psychische Störungen‘. Der Kernsurvey wurde durch einen selbst auszufüllenden Fragebogen zu Leben und Gesundheit des Probanden, ein Arztinterview und eine körperliche Untersuchung mit medizinisch-physikalischen und labormedizinischen Untersuchungen erhoben.

Die Grundgesamtheit des Bundesgesundheits surveys besteht aus allen zum Zeitpunkt der Befragung mit Hauptwohnsitz in Deutschland lebenden und gemeldeten Erwachsenen im Alter von 18-79 Jahren. Es wurden somit zur deutschen Bevölkerung auch ausländische Personen mit gemeldetem Hauptwohnsitz in Deutschland und ausreichender Ausdrucksfähigkeit in der deutschen Sprache miteinbezogen. Die Stichprobenziehung einer Einwohnermelderegister-Stichprobe erfolgte als geschichtete Zufallsauswahl in drei Stufen (Gemeinden, Stadtteile bzw. Wahlbezirke, Personen). Die Größe der Bruttostichprobe in insgesamt 113 Städten bzw. Gemeinden betrug 13222 Personen im Alter von 18-79 Jahren, darunter 6494 Männer und 6728 Frauen. Aus dieser Bruttostichprobe ergab sich eine absolute Teilnehmerzahl von 7124 Personen, darunter 3450 Männer (48,4%) und 3674 Frauen (51,6%).⁸ Da Ost-West-Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten abgebildet werden sollten, wurde die Stichprobe disproportional zugunsten der neuen Bundesländer angesetzt. Weiter wurde der Datensatz nach den Merkmalen Ost-West-Zugehörigkeit, Geschlecht und Alter gewichtet, um damit

⁸ Weitere Einzelheiten zu Aufgaben- und Zielstellung, Planung, Surveydesign, Stichprobenziehung und Erhebungsinstrumente siehe (Bellach 1999; Bellach et al. 1998; Schroeder et al. 1998) im Schwerpunktheft: Bundesgesundheits survey 1998, Gesundheitswesen 60, Sonderheft 1, Georg-Thieme Verlag Stuttgart (1998).

die Strukturen der Grundgesamtheit bzgl. dieser Merkmale nachzubilden. Der Gewichtungsfaktor „w98“, entwickelt von der Statistikabteilung INFRATEST, arbeitet mit den Verknüpfungen:

- 1.) West- Ost x BIK-Gemeindetyp
- 2.) Bundesland x Geschlecht x Alter
- 3.) West-Ost x Geschlecht x Alter

Für die Analysen wurde der Datensatz mit diesem Faktor gewichtet.

4.2 Operationalisierung

Für die Analysen werden insgesamt 23 Variablen in den Bereichen subjektive Gesundheit, Erwerbsstatus, Soziodemographie, sozioökonomischer Status, Gesundheitsverhalten sowie Krankheit operationalisiert, wie im Folgenden beschrieben.

4.2.1 Subjektive Gesundheit

Die abhängige Variable stellt der subjektive Gesundheitszustand dar, welcher im Bundesgesundheitsurvey 1998 im Rahmen der ärztlichen Befragung mit der Frage erfasst wurde „Wie würden Sie ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?“. Die Antworten wurden in fünf verschiedenen Kategorien erhoben: „Sehr gut“, „Gut“, „Zufriedenstellend“, „Weniger gut“ und „Schlecht“.

Der Gesundheitsstatusfragebogen SF-36

Erstmals wird auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQL Health Related Quality of Life) im BGS 98 durch den SF-36 erfasst. Dies erfolgt vor dem Hintergrund der erweiterten Definition von Gesundheit durch die WHO: körperliche, psychische und soziale Komponenten von Gesundheit finden Berücksichtigung. Dabei füllten 6964 Personen den SF-36 so weit aus, dass die Angaben verwendet werden können (Ellert, U. Bellach B.M. 1999).

Der SF-36 wird in einem zweiten Schritt in die Analysen eingesetzt. Damit soll differenziert werden, in welchen Bereichen die eigene Gesundheit schlechter eingeschätzt wird. Möglicherweise sind die einzelnen Variablen des SF-36 hilfreich, welche im Datensatz bereits in acht Einzeldimensionen vorgegeben sind: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion sowie psychisches Wohlbefinden.

Gesundheitsveränderung

Zusätzlich zu diesen acht Dimensionen des SF- 36 wurde die Frage nach der Gesundheitsveränderung im BGS 98 eingefügt. Hierbei wurde erfragt, wie der derzeitige Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen Jahr eingeschätzt wird. Dabei waren fünf Antwortmöglichkeiten vorgegeben, wobei für die weiteren Analysen aufgrund der Fallzahlen die Angaben „Derzeit viel besser als vor einem Jahr“ und „Derzeit etwas besser als vor einem Jahr“ zusammengefasst werden, ebenso wie die Angaben „Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr“ und „Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr“. Die Angabe „Etwa so wie vor einem Jahr“ wird unverändert übernommen.

4.2.2 Erwerbsstatus

Die Angaben zum Erwerbsstatus wurden mit der Frage „Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Sie zu?“ erhoben. Dabei wurden die Antworten in sechs verschiedenen Kategorien erfasst⁹. Diese Frage wurde mit der Fragestellung „Trifft eine der folgenden Angaben auf Ihre derzeitige Situation zu?“ weiter aufgegliedert. Es waren Angaben bei beiden Fragen möglich, obwohl manche zeitgleiche Nennungen sich sinngemäß ausschließen und für die Auswertungen deshalb nicht mitberücksichtigt werden.

Dem Forschungsansatz der Arbeit folgend, werden aus den Angaben zur Erwerbstätigkeit zwei Gruppen, Arbeitslose und Erwerbstätige, gebildet, welche miteinander verglichen werden. Zwei weitere Gruppen, um die die Analysen ergänzt werden, setzen sich aus Teilnehmern an Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) und Hausfrauen zusammen.

Arbeitslose

Für die weiteren Analysen werden Personen als arbeitslos definiert, wenn sie die Frage nach der derzeitigen Situation mit der Angabe „Arbeitslos gemeldet“ beantworteten. Insgesamt gaben 382 Personen an, arbeitslos gemeldet zu sein. Dabei werden aber Angaben, die sich inhaltlich widersprechen, ausgeschlossen. Für die weiteren Analysen werden also nur die Daten derjenigen Personen verwendet, die der Definition von Arbeitslosigkeit gemäß der Bundesanstalt für Arbeit entsprechen¹⁰. Nach diesen Kriterien besteht die Gruppe der Arbeitslosen aus 372 Personen. Für die zweite Fragestellung, ob sich die Dauer der Arbeitslosigkeit auf die Ein-

⁹ Auf eine ausführliche Beschreibung der Originalvariablen wurde zugunsten der Lesbarkeit an dieser Stelle verzichtet. Im Anhang findet sich jedoch für diese als auch für einige, im Text entsprechend gekennzeichnete Variablen eine detaillierte Beschreibung der Originalvariablen sowie, falls erfolgt, eine exakte Beschreibung der vorgenommenen Umkodierungen.

¹⁰ nach § 16 SGB III.

schätzung der subjektiven Gesundheit auswirkt, werden die aktuellen Arbeitslosigkeitszeiten in Gruppen aufgeteilt, angelehnt an das Phasenmodell von Jahoda und Kieselbach (Kieselbach/Schindler 1984). Als Grundlage hierfür dient die Kombination der Antworten, ob der Befragte derzeit arbeitslos gemeldet ist, seit wann er nicht mehr berufstätig ist sowie das Datum, an dem der Fragebogen ausgefüllt wurde. Für das weitere Vorgehen werden zwei Gruppen gebildet: Kurzeitarbeitslose mit einer Arbeitslosigkeitsdauer von ein bis zwölf Monaten sowie Langzeitarbeitslose mit einer Arbeitslosigkeit von über zwölf Monaten.

Erwerbstätige

Der vorherigen Variablen entsprechend, wird die Vergleichsgruppe der Erwerbstätigen, wie im Folgenden beschrieben, exakt beschränkt. Es zählen nur Personen zur Gruppe der Erwerbstätigen, die durch ihre Erwerbstätigkeit von mehr als 15 Stunden pro Woche theoretisch Ansprüche auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung erwerben könnten¹¹. Es werden also nur Personen dazu gezählt, die die entsprechende Frage mit den Kodierungen "Teilzeit-berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden), "Voll berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr)" sowie "Auszubildender (Lehrling)" beantworteten. Hierbei werden ebenfalls unlogisch kombinierte Antworten von den weiteren Analysen ausgeschlossen. Es gehören also weder Rentner, die nebenbei arbeiten noch Teilnehmer einer AB- oder Umschulungsmaßnahme dazu. Die Gruppe der Erwerbstätigen beinhaltet demnach 3434 Personen. Für die Regression als auch für die deskriptive Statistik wird zwischen Erwerbstätigen ohne und mit Arbeitslosigkeitserfahrungen bis zu zwölf Monaten sowie Erwerbstätige mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in der Vergangenheit von über zwölf Monaten unterschieden. Dieser Einteilung liegt die Annahme zugrunde, dass Unterschiede auch innerhalb der Erwerbstätigen bei der Bewertung der eigenen Gesundheit auftreten.

Hausfrauen

Eine weitere Gruppe, die mit in die ordinale Regression einbezogen wird, sind Hausfrauen. Aufgrund der geringen Fallzahlen für Männer beschränkt sich diese Variable nur auf Frauen. Zu dieser Gruppe sind Frauen zu zählen, die angegeben haben, ausschließlich Hausfrau zu sein. Da die Überprüfung der Daten zeigt, dass hierbei keine Überschneidungen zu anderen Angaben vorliegen, kann diese Variable ohne Ausschluss so übernommen werden.

¹¹ Gem. §27 Abs. 5 Satz 1 SGB III sind Personen versicherungsfrei, die während der Zeit, in der ein Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe besteht, eine mehr als geringfügige, aber weniger als 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung ausüben, wobei gelegentliche Abweichungen von geringer Dauer unberücksichtigt bleiben.

4.2.3 Sozioökonomischer Status

Zur Ermittlung des sozioökonomischen Status werden hier das Äquivalenzeinkommen, welches sich aus dem Einkommen und der Anzahl der Personen im Haushalt ergibt, sowie Schulbildung, Berufsausbildung und berufliche Stellung herangezogen. Für die Analysen wird zusätzlich die Information, ob die Person Haupt- oder Nebenverdiener ist, berücksichtigt.

Äquivalenzeinkommen

Da das monatliche Haushaltsnettoeinkommen nur bedingt aussagt, wie viel Geld tatsächlich für jedes Haushaltsmitglied vorhanden ist, wird üblicherweise das Pro-Kopf-Äquivalenzeinkommen verwendet. Dieses entspricht dem durchschnittlichen gewichteten Haushalts-Nettoeinkommen. Die angewendeten Gewichte entsprechen den „Einsparungen beim gemeinsamen Wirtschaften im Haushalt“ („Economies of Scale“) (Hauser 1995 S.4 zitiert nach Jöckel et al. 1998 S. 16) und bringen altersabhängige Bedarfsunterschiede zum Ausdruck. Die häufigsten für die BRD verwendeten Gewichte sind die Bedarfsgewichte nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Dieser Arbeit wird jedoch die alte OECD Gewichtung des Äquivalenzeinkommens zugrunde gelegt, da diese die Belastung durch Armut besser abbildet. Das Einkommen wurde mit der Frage „Wie hoch etwa ist das monatliche Haushaltseinkommen, d.h. das Nettoeinkommen, das Sie (alle zusammen) nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben haben?“ erfragt. Leider wurde die Antwort nicht offen, sondern in 13 Antwortkategorien erhoben, wobei die erste und die letzte Kategorie nach unten (Einkommen von 1.000 DM und weniger) bzw. oben (Einkommen von 10.000 DM und mehr) offen sind, so dass Ungenauigkeiten bei der Bestimmung des Einkommens entstehen.¹² Die dazwischen liegenden Antwortkategorien wurden bis zu einem Einkommen in Höhe von 5.000 DM in 500 DM-Schritten erfasst.

¹² Das Statistische Bundesamt (1995) empfiehlt zur Ermittlung von Einkommen, die Kombination zweier Fragen. Zum einen die offene Frage nach dem Einkommen, sowie zur Ergänzung die Abfrage von Einkommen in Kategorien, wie im BGS 98 geschehen. Durch die Erfassung in vorgegebenen Kategorien kommt es zu Ungenauigkeiten, die nicht aufgelöst werden können. Ein weiteres Problem bei der Erfassung von Einkommen ist generell die grobe Unterschätzung des tatsächlichen Einkommens, da diese Frage oft ungenau angegeben oder fehlerhaft berechnet wird. Zudem wird meist nur das Arbeitseinkommen oder Renten/Pensionen angegeben, Einkommen aus Vermögen, Transfereinkommen sowie arbeitsplatzbedingte Vergünstigungen (z.B. Kantinenessen, Dienstwohnung oder Wagen) werden vergessen (Jöckel et al. 1998). Dieses Problem kann hier jedoch nicht gelöst werden. Für weitere Angaben sowie der Umgang mit den Variablen siehe Anhang.

Aus forschungsökonomischen Gründen wird als das tatsächliche Einkommen der Mittelwert der jeweiligen Kategorie angenommen. Bei der niedrigsten sowie der höchsten Kategorie, welche beide offen sind, wird der vorherige Zwischenschritt der Kategorienbildung übernommen, so dass bei der Angabe 1.000 DM und weniger zu verdienen ein Einkommen von 500 DM angenommen wird, und bei der Angabe, 10.000 DM und mehr zu verdienen, ein Einkommen von 11.000 DM angenommen wird.

Neben Angaben zum Einkommen sind Informationen zur Haushaltsgröße, also die Anzahl derer, die zusammen in einem Haushalt leben, notwendig, um das Äquivalenzeinkommen zu ermitteln. Zuerst wird im BGS 98 die gesamte Anzahl aller im Haushalt lebender Personen erfragt. In einem weiteren Schritt sollen diese Personen nach Altersgruppen getrennt in vier Alterskategorien angegeben werden. Den weiteren Berechnungen wird die alte Gewichtung der OECD zugrunde gelegt. Nach dieser Gewichtung wird der Haushaltsvorstand mit 1 gewertet, Kinder bis unter 15 Jahre mit 0,5 und alle weiteren Personen über 15 Jahre mit 0,7. Trotz der von diesen Alterskategorien etwas abweichend erfassten Kinderanzahl im Haushalt wird die OECD Gewichtung wie im Anhang beschrieben angewandt, da dies trotz dieser Ungenauigkeiten immer noch exakter ist als überhaupt keine Gewichtung vorzunehmen. Das Äquivalenzeinkommen wird also berechnet, indem das Haushaltsnettoeinkommen durch die gewichtete Anzahl der Personen im Haushalt geteilt wird.

Da die Angaben in DM erhoben wurden, wird hier keine Umrechnung in Euro vorgenommen.

Bildung

Zur Bestimmung des sozioökonomischen Status wird neben dem Äquivalenzeinkommen auch die Bildung herangezogen. Hierbei wird zwischen Schulbildung und Berufsausbildung unterschieden. Zunächst wird die Schulbildung operationalisiert.

Bei der *Schulbildung* soll im Fragebogen, wenn mehrere Abschlüsse vorhanden sind, nur der höchste angegeben werden. In einem ersten Schritt wird die Schulbildung in drei Kategorien zusammengefasst: kein Schulabschluss sowie Volks-/Hauptschulabschluss; Realschulabschluss und Fachabitur sowie Abitur¹³. Bei der Zusammenfassung in drei Kategorien werden, wie von Jöckel (Jöckel et al. 1998: 13f.) vorgeschlagen, west- und ostdeutsche Abschlüsse sinngemäß

¹³ Eine detaillierte Beschreibung der Originalvariablen s. Anhang

zusammengefasst, z.B. Schulabschlüsse, die zum Universitätszugang berechtigen oder z.B. Schulabschlüsse, die weniger als 10 Jahre Schule zum Abschluss voraussetzen sowie Schulabschlüsse, die nach 10 Jahren Schulbesuch erreicht werden.

Wie bei der Schulausbildung soll auch bei der *Berufsausbildung* jeweils nur der höchste Abschluss genannt werden. Weiter wird die Bildung nach dem Vorschlag von CASMIN (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) (Brauns/Steinmann 1999) operationalisiert. Dem zugrunde liegt die Erfassung der Schul- und Berufsausbildung im BGS 98 mit den Fragen: „Welchen Schulabschluss haben Sie?“ sowie der Frage „Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung oder Hochschulausbildung?“. Es werden jedoch anstelle der durch CASMIN vorgegebenen neun Kategorien, welche im Anhang gezeigt werden, aus den Angaben zur Schul- und Berufsausbildung drei Kategorien gebildet, siehe Tabelle 2.

Tabelle 2: Bildung nach Casmin in Kategorien

Bildungsniveau	Schulabschluss
Niedrige Bildung	Kein Schulabschluss, Hauptschulabschluss, abgeschlossene Lehre Mittlere Reife, Fachhochschul- und Hochschulreife, zusätzlich abgeschlossene Lehre
Mittlere Bildung	schlossene Lehre
Hohe Bildung	Fach-/Hochschulabschluss

Quelle: eigene Darstellung

Berufliche Stellung

Die berufliche Stellung, welche mit der Frage „In welcher beruflichen Stellung sind Sie hauptsächlich derzeit bzw. (falls nicht mehr berufstätig) waren Sie zuletzt beschäftigt?“ und 19 vorgegebenen Antwortkategorien¹⁴ erfasst wurde, wurde für die Analysen in fünf Kategorien eingeteilt. Diese Operationalisierung beruht auf der Skala „Autonomie des Handelns“, welche bei Hoffmeyer-Zlotnik (1998 S. 60) dargestellt wird. Die Kategorie der sehr hohen beruflichen Stellung beinhaltet Beamte im höheren Dienst, Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben sowie Selbständige mit zehn und mehr Mitarbeitern. In die Kategorie mit hoher beruflicher Stellung gehören Beamte im gehobenen Dienst, Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit, Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis, Selbständige mit bis zu neun Mitarbeitern sowie freie Berufe und selbständige Akademiker. Die Kategorie der mittleren beruf-

¹⁴ Die genaue Beschreibung der Originalantwortkategorien sowie der Umgang mit einzelnen Variablen ist im Anhang nachzulesen.

lichen Stellung enthält Beamte im mittleren Dienst, Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit, mithelfende Familienangehörige sowie Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Poliere.

Die Gruppe der niedrigen beruflichen Stellung beinhaltet Beamte im einfachen Dienst, Angestellte mit einfacher Tätigkeit, Selbständige Landwirte und Genossenschaftsbauern sowie gelernte Arbeiter und Facharbeiter. Als sehr niedrige berufliche Stellung wird die Tätigkeit als Auszubildender, Schüler, Student, Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Praktikant sowie als ungelernte und angelernte Arbeiter betrachtet.

Hauptverdiener

Bei der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Grobe/Schwartz 2003) wurde die subjektive Gesundheit von arbeitslosen Hauptverdienern deutlich schlechter eingeschätzt als von arbeitslosen Nebenverdienern. Deshalb soll die Unterscheidung nach dem Einkommensstatus auch in dieser Arbeit vorgenommen werden. Die im BGS 98 gestellte Frage, ob der Befragte Hauptverdiener ist, kann unverändert in die Analysen miteinbezogen werden.

4.2.4 Soziodemographische und soziale Situation

Von den soziodemographischen Angaben werden das Geschlecht, das Alter, der Wohnort nach West- und Ostdeutschland differenziert sowie der Familienstand der Untersuchungsgruppe berücksichtigt. Zusätzlich wird die Angabe, ob jemand allein erziehend ist und die Aussage, wie viel Personen in Notfällen zur sozialen Unterstützung zur Verfügung stehen, in die Analysen miteinbezogen.

Partnerschaft

Der Familienstand wurde in fünf Antwortkategorien erfasst: „Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend“, „Verheiratet, vom Ehepartner getrennt lebend“, „Ledig“, „Geschieden“ sowie „Verwitwet“. Diese Angaben wurden durch die Frage „Leben Sie mit einem festen Partner zusammen?“ mit den Antwortmöglichkeiten „ja“, „nein“ ergänzt. Da neben der bürgerlichen Ehe zunehmend nicht-eheliche Familien- und Haushaltsstrukturen in sozialer, ökonomischer und juristischer Hinsicht an Bedeutung gewinnen (Statistisches Bundesamt 1995), wird für die weitergehenden Analysen des Familienstands eine neue Variable mit drei Kategorien gebildet. Zur Referenzgruppe zählen Personen, die mit einem festen Partner zusammenleben. Hierzu gehören also nicht nur Ehepaare, sondern alle Personen, die angeben, in einer festen Partnerschaft zu leben, unabhängig vom juristischen Familienstand. Die nächste Gruppe wird mit Personen gebildet, die angeben, nicht mit einem festen Partner zusammen zu leben. Hierzu zählen auch Personen, die verheiratet sind, aber angeben, keinen festen Partner zu haben.

Zur dritten Kategorie zählen verwitwete Menschen, die nicht in einer Partnerschaft leben. Diese Gruppe wird getrennt erfasst, da der Tod des Ehepartners ein einschneidendes Erlebnis darstellt, welches sich möglicherweise auch auf die Einschätzung der eigenen Gesundheit auswirkt.

Soziale Unterstützung

Familie spielt eine entscheidende Rolle bei der sozialen Unterstützung. Darüber hinaus wird im BGS 98 nach der Anzahl von Personen gefragt, einschließlich Familie, auf deren Hilfe man sich im Notfall verlassen kann. Die Antwort wird in vier Kategorien erfragt: „keine Person“, „eine Person“, „zwei bis drei Personen“, „mehr als drei Personen“. Anhand dieser Angaben wurde eine neue Variable gebildet, die die Größe des sozialen Netzes der einzelnen Befragten wiedergeben soll. Diese neue Variable unterscheidet drei Ausprägungen: keine Person, eine Person sowie zwei und mehr Personen, auf die im Notfall zurückgegriffen werden kann.

Erziehungsstatus

Bisherige Studien zeigen, dass Alleinerziehende vielfachen Belastungen, v.a. finanzieller Art, ausgesetzt sind, und durch die Trennung vom bisherigen Partner von sozialer Abwärtsmobilität bedroht sind (DiPrete 2001). Möglicherweise spiegelt sich dies auch in einer schlechteren Gesundheit wieder. Deshalb soll dieser Status auch in den hier vorgesehenen Analysen als Kontrollvariable miteinbezogen werden. Ob jemand allein erziehend ist, wird über die Angaben zur Anzahl der Personen, die in einem Haushalt leben sowie der Anzahl der unter 18-jährigen Personen im Haushalt ermittelt.

Alter

Mit der Frage „Wann sind Sie geboren?“ wurde der genaue Geburtstag erfragt. Anhand dieser Angabe sowie dem Datum, wann der Fragebogen ausgefüllt wurde, kann das Alter der betreffenden Person durch Subtraktion bestimmt werden. Der Datensatz beinhaltet bereits das Alter, so dass die Berechnung der Variablen entfällt. Aufgrund der gegebenen Fragestellung, bei der Personen im erwerbsfähigen Alter im Mittelpunkt stehen, sowie der geringen Fallzahlen der unter 18-jährigen wird für die weiteren Statistiken das Alter auf 18 bis 65 Jahre eingeschränkt. Für die weiteren Analysen wird das Alter in Zehnjahresschritte eingeteilt. Es werden demzufolge fünf Gruppen gebildet, wobei die erste Gruppe die 18 bis 29-jährigen beinhaltet, die nächste Gruppe die 30 bis 39-jährigen umfasst, alle weiteren Gruppen werden entspre-

chend diesen neun Jahresschritten gebildet, außer der letzten Gruppe, die die 60 bis 65 jährigen erfasst.

Wohnort

Um einen Ost-West-Vergleich zu ermöglichen, wurde die Frage nach dem Wohnort im Jahr 1988 in die Analysen miteinbezogen¹⁵. Daraus wird die neue Variable mit der Ausprägung des Wohnortes Ostdeutschland und Westdeutschland gebildet.

4.2.5 Gesundheitsverhalten

Das Gesundheitsverhalten scheint durch die subjektive Gesundheit beeinflusst zu sein (Bjorner et al. 1996). Möglicherweise besteht dieser Zusammenhang auch in der anderen Richtung. Es soll daher mit in die Analysen einbezogen werden. Dabei werden die Aspekte Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung sportliche Betätigung, Body-Mass-Index sowie die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen als Variablen des Gesundheitsverhaltens berücksichtigt.

Zigarettenkonsum

Für die neu gebildete und hier verwendete Variable Zigarettenkonsum wird die Frage nach dem derzeitigen Rauchverhalten (Raucher, Exraucher, Nieraucher) mit der Frage nach der durchschnittlich täglich gerauchten Menge der verschiedenen Tabakwaren (Anzahl der Zigaretten, Zigarren, Stumpen und Zigarillos sowie Pfeifen) kombiniert. Dabei wird der Tabakwarenkonsum auf die Menge des täglichen Zigarettenkonsums beschränkt. Die neue Variable umfasst vier Kategorien: Nieraucher, Gelegenheitsraucher, tägliche Raucher sowie Exraucher. Es liegen Ergebnisse vor, die zeigen, dass Arbeitslose häufiger als Erwerbstätige täglich rauchen (Grobe/Schwartz 2003).

Alkoholkonsum

Obwohl die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung keinen Unterschied im Alkoholkonsum, auch nicht bei einem gesundheitsschädigenden Konsum, von Arbeitslosen und Erwerbstätigen zeigen (Grobe/Schwartz 2003), wiesen Grobe und Schwartz mit Daten der Gmünder Ersatzkasse einen deutlichen Unterschied zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen Männern bei der Behandlung von Verhaltensstörungen durch Alkohol im Krankenhaus nach. 14,3% aller Krankenhaustage arbeitsloser Männer sind dieser Diagnose zuzuschreiben. Aus diesem Grund soll die tägliche Alkoholaufnahme hier berücksichtigt werden.

¹⁵ Das genaue Vorgehen siehe Anhang.

Der Alkoholkonsum wurde im BGS 98 mit zwei Fragen erfasst. Zum einen wurde erfragt, wie häufig Bier, Wein, Sekt und Obstwein sowie hochprozentige alkoholische Getränke wie Rum, Weinbrand, Likör, klare Schnäpse u.ä. konsumiert werden. Die zweite Frage erfasste die übliche Menge des Alkoholkonsums an den Tagen, an denen Alkohol konsumiert wird. Hierbei wurden die einzelnen Alkoholsorten in Gruppen getrennt erfasst¹⁶. Anhand der Kombination beider Fragen wird der tägliche Alkoholkonsum in Gramm mit der Formel:

$$\text{Alkoholgehalt in Vol.-%} \times \text{Volumen in cm}^3 \times 0,8\text{g/cm}^3$$

berechnet (DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2001 S. 4).

Schließlich wird der errechnete Alkoholkonsum in Gramm pro Tag in Kategorien eingeteilt, wobei für Männer und Frauen unterschiedliche Kategorien zugrunde gelegt werden, da sich die gesundheitlich tolerierbaren Mengen bei den Geschlechtern unterscheiden (Burger/Mensink 2003). Für Männer werden folgende Kategorien gebildet: kein Alkoholkonsum, Alkoholkonsum zwischen einem und 20 Gramm pro Tag, risikoreicher Alkoholkonsum zwischen 20 und 40 Gramm pro Tag sowie Hochrisikokonsum mit über 40 Gramm pro Tag. Für Frauen werden ebenfalls vier Kategorien gebildet: kein Alkoholkonsum, Alkoholkonsum zwischen einem und zehn Gramm pro Tag, Risikokonsum zwischen zehn und 20 Gramm pro Tag sowie Hochrisikokonsum mit mehr als 20 Gramm pro Tag. Diese Kategorien sind an die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung angelehnt, welche einen Alkoholkonsum von bis zu 20g Alkohol pro Tag für Männer und bis zu zehn Gramm pro Tag für Frauen als Höchstmenge eines risikoarmen Alkoholkonsums betrachten (Burger/Mensink 2003 S. 6).

Regelmäßige und gesunde Ernährung

Regelmäßige Ernährung wurde mit der Abfrage der üblicherweise an einem Werktag eingenommen Mahlzeiten erfasst. Angeboten wurden sieben Antwortmöglichkeiten, wobei mehrere Mahlzeiten angegeben werden konnten: „Frühstück“, „Zweites Frühstück“, „Mittagessen“, „Zwischenmahlzeit“, „Abendessen“, „Spätimbiss“ sowie „Genaue Angaben sind schwierig, da ich häufig unregelmäßig esse“. Als regelmäßige Ernährung wird eine Ernährung angesehen, bei der angegeben wird, üblicherweise Frühstück, Mittag- und Abendessen zu sich zu nehmen. Als unregelmäßig gilt die Ernährung, wenn angegeben wurde, keine genauen Angaben aufgrund unregelmäßiger Ernährung machen zu können.

¹⁶ Das genaue Vorgehen der Umkodierung sowie der Umgang mit den Antwortkategorien der Frequenz und der Quantität des Alkoholkonsums ist im Anhang nachzulesen.

Als eine gesunde und ausgewogene Ernährung wird eine Ernährung definiert, die regelmäßig mehrmals täglich bis mehrmals in der Woche Salate und Rohkost, Frisch- oder Tiefkühlgemüse, frisches Obst sowie Vollkornprodukte beinhaltet. Hierbei liegt die Abfrage von 29 Lebensmitteln im BGS 98 zugrunde. Als ungesunde Ernährung wird eine Aufnahme der oben beschriebenen Nahrungsmittel etwa einmal pro Woche und weniger betrachtet.

Sportliche Aktivität

Die Angaben zur sportlichen Betätigung, mit der Frage „Wie oft treiben Sie Sport?“ sollten von den Befragten im Kontext der letzten drei Monate betrachtet werden. Die Antworten wurden dabei in fünf Kategorien erhoben. Für die hier verwendete Sport Variable werden drei Kategorien gebildet, angelehnt an die Arbeit von Mensink (1999), wobei die Angaben „weniger als eine Stunde“ und „regelmäßig zwischen ein und zwei Stunden“ in einer Kategorie zusammengefasst wurden. Ebenso werden die Angaben „regelmäßig zwischen zwei und vier Stunden“ sowie „regelmäßig mehr als vier Stunden“ zusammengefasst. Die neue Variable hat also folgende Ausprägungen: „kein Sport“, „bis zwei Stunden Sport“ sowie „mehr als zwei Stunden Sport pro Woche“.

Body-Mass-Index

Der Body-Mass-Index wurde bereits im Datensatz berechnet¹⁷ zur Verfügung gestellt. Die dafür benötigten Angaben zu Körpergewicht in kg und Körpergröße in m² wurden im Rahmen der körperlichen Untersuchung erhoben. Den für die Analysen gebildeten Kategorien wird die von der WHO empfohlene Klassenbildung (zitiert nach Benecke/Vogel 2003: 8; WHO report obesity 1998) zugrunde gelegt. Es werden drei Kategorien gebildet, wobei als Normalgewichtig gilt wenn der BMI unter 25 liegt. Die Kategorie des Untergewichts mit einem BMI von unter 18,5 ist hierbei enthalten und wird aufgrund der geringen Fallzahl nicht extra aufgeführt. Als übergewichtig angesehen wird ein BMI zwischen 25 und unter 30, und als starkes Übergewicht bzw. adipös gilt, wenn der BMI über 30 liegt.

Schlafdauer

Die Schlafdauer wurde mit der Frage nach der Zeit, die während eines durchschnittlichen Tages unter der Woche als auch am Wochenende mit bestimmten Aktivitäten verbracht wird, erfasst. Für die hier neu gebildete Variable werden nur die Angaben eines Werktages verwendet.

¹⁷ BMI [in kg/m²] = Körpergewicht [in kg]/Körpergröße² [in m²]

Die Angaben zum Wochenende werden nicht berücksichtigt, da davon auszugehen ist, dass die Schlafdauer am Wochenende deutlich erhöht ist. Aus den Stunden, die in einer offenen Kategorie erfasst wurden, wird die Variable Schlafdauer mit drei Ausprägungen gebildet: weniger als sechs Stunden Schlaf, zwischen sechs und acht Stunden Schlaf sowie mehr als acht Stunden Schlaf. Es wird davon ausgegangen, dass es einer gesunden Lebensweise entspricht, ausreichend und regelmäßig zu schlafen. Die Referenzkategorie ist dementsprechend eine täglich Schlafzeit zwischen sechs und acht Stunden. Bei mehr als acht Stunden Schlaf ist zu vermuten, dass diese erhöhte Schlafdauer möglicherweise auf Krankheiten zurückzuführen ist. Ebenso wird davon ausgegangen, dass eine Schlafdauer unter sechs Stunden der Gesundheit abträglich ist.

Vorsorgeuntersuchung

Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen kann aufgrund der Fragen zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen herausgefiltert werden. Dafür wird die Frage, wann das letzte Mal die Hilfe eines Arztes in Anspruch genommen wurde mit der Frage des Anlasses für diesen Arztbesuch kombiniert. Wenn hierbei Vorsorgeuntersuchung angegeben wurde, wird dies entsprechend gewertet. Die neu gebildete Variable umfasst nun drei Ausprägungen: Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung innerhalb der letzten zwölf Monate, Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung innerhalb der letzten ein bis fünf Jahre sowie vor mehr als fünf Jahren.

4.2.6 Erkrankungen

Da vorhandene Krankheiten die Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Gesundheit beeinflussen, wird die „objektive“ Gesundheit für die Analysen durch vorhandene Erkrankungen kontrolliert. Dabei beruhen die einbezogenen Erkrankungen auf Selbstangaben. Die verwendete Variable enthält zwei Ausprägungen: krank und nicht krank. In die Kategorie krank werden alle Personen einbezogen, die bei mindestens einer der 41 erfassten Erkrankungen angegeben haben, an dieser zu leiden. In die Kategorie nicht krank werden alle Personen, die alle erfragten Erkrankungen verneinen bzw. angeben, nicht zu wissen, ob eine dieser Erkrankungen vorliegt.

Folgende Variablen werden also für die Analysen operationalisiert:

- als abhängige Variable die subjektive Gesundheit, die subjektive Gesundheit im Vergleich zum Vorjahr sowie der SF-36.
- als beeinflussende Variable der Erwerbsstatus mit Erwerbstätigen und Arbeitslosen.

- die Sozialschichtindikatoren Bildung, berufliche Stellung, Haushaltsäquivalenzeinkommen sowie Einkommensstatus.
- als Indikatoren des Gesundheitsverhaltens: Alkohol- und Zigarettenkonsum, regelmäßige Ernährung und der Faktor „gesunde Nahrungsmittel“ als Indikator einer gesunden Ernährung, sportliche Aktivität, Über- bzw. Untergewicht (BMI), Schlafdauer sowie die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.
- als statistische Kontrollvariablen: Alter, Geschlecht, Familienstand, soziale Unterstützung, Alleinerziehende, Wohnort, Krankheiten.

4.3 Analysestrategie

Die Fragestellung, inwieweit sich die subjektive Gesundheit nach Erwerbsstatus und besonders nach Dauer der Arbeitslosigkeit unterscheidet, wird in mehreren Schritten bearbeitet. Um die Hypothesen zu überprüfen, wird in zwei Schritten vorgegangen. Zuerst wird eine Beschreibung der Lebenslagen arbeitsloser Männer und Frauen vorgenommen. Dies erfolgt mittels deskriptiver Statistiken. Es folgt eine Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und subjektiver Gesundheit nach Einbeziehen von Kontrollvariablen durch multivariate Statistiken. In den folgenden Abschnitten werden die angewandten statistischen Methoden, welche mit SPSS 11.5 durchgeführt werden, kurz vorgestellt.

4.3.1 Deskriptive Statistik

Anhand der deskriptiven Statistik wird eine Beschreibung der Arbeitslosen vorgenommen. Dabei werden verschiedene Lebensbereiche mittels Korrelations- und Varianzanalysen auf signifikante Zusammenhänge zum Erwerbsstatus untersucht.

Korrelationsanalyse

Die Korrelationsanalyse wird hier verwendet, um den Zusammenhang zwischen der die subjektive Gesundheit beeinflussenden Variablen Erwerbsstatus sowie der Variablen der Lebenssituation zu beschreiben. Es wird dabei der Chi²-Test verwendet, welcher die statistische Unabhängigkeit zweier Variablen überprüft. Die Nullhypothese lautet demzufolge, dass die beiden Variablen unabhängig voneinander sind, die Alternativhypothese geht von einer Abhängigkeit aus. Überprüft wird dies durch einen Vergleich der erwarteten mit den beobachteten Werten. Die erwarteten Werte werden durch die Multiplikation der Zeilensumme mit den Spaltensumme und der anschließenden Division durch die Gesamtsumme berechnet. Die genaue Formel hierfür lautet:

Formel 2: Teststatistik χ^2 -Test

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^I \sum_{j=1}^J \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

n_{ij} = beobachtete Anzahl, i = Merkmalsausprägung der ersten Variablen, j = Merkmalsausprägung der zweiten Variablen, e_{ij} = erwartete Anzahl

Der χ^2 -Test liefert jedoch nur eine Aussage, über die Abhängigkeit zweier Variablen voneinander. Er gibt jedoch keinen Hinweis auf die Stärke und die Richtung des Zusammenhangs. Hier finden die Korrelationskoeffizienten nach Pearson und Spearman Einsatz. Der Korrelationskoeffizient nach Pearson wird für nominale Daten, der Korrelationskoeffizient nach Spearman für ordinal skalierte Daten verwendet. Beide erreichen Werte zwischen -1 und +1. Werte nahe bei 1 weisen auf einen starken Zusammenhang hin. Das Vorzeichen gibt Auskunft über die Richtung des Zusammenhangs.

Varianzanalyse

Mit der einfaktoriellen Varianzanalyse wird getestet, ob die verschiedenen Ausprägungen eines Einflussfaktors eine statistisch signifikante unterschiedliche Wirkung auf die abhängige stetige Variable haben (Dufner et al. 1992). Weiter wird untersucht, zwischen welchen Ausprägungen signifikante Unterschiede vorliegen. In der vorliegenden Arbeit werden Alter, Äquivalenzeinkommen, Alkoholkonsum und Body-Mass-Index so operationalisiert wie unter 4.2 beschrieben, dass sie metrisches Skalenniveau erreichen. Der Einflussfaktor ist die Variable des Erwerbsstatus.

Mit der Varianzanalyse soll überprüft werden, ob Unterschiede zwischen den nicht bekannten erwarteten Werten bestehen. Dementsprechend lautet die Nullhypothese, dass kein Unterschied zwischen den unbekanntem Erwartungswerten besteht. Die Alternativhypothese geht dagegen von Unterschieden aus.

Die einfaktorielle Varianzanalyse wird mit dem F-Test durchgeführt. Zur Herleitung der Teststatistik werden Varianzen, genauer Quadratsummen, analysiert (Dufner et al. 1992) S. 193. Es handelt sich hierbei um die Zerlegung der Gesamtvarianz in erklärte und nicht erklärte Abweichungen. Dabei setzt sich die Summe der quadrierten Gesamtabweichungen aus der Summe der quadrierten Abweichungen zwischen den Faktorstufen und der Summe der quadrierten Abweichungen innerhalb der Faktorstufen zusammen. Die Formel der F-Teststatistik dividiert

die Summe der quadrierten Abweichungen zwischen den Faktorstufen durch die Summe der quadrierten Abweichungen innerhalb der Faktorstufen. Sie gilt als Teststatistik zur Prüfung der Nullhypothese zum Niveau von α . Gezeigt wird dies in Formel 3:

Formel 3: F-Test

$$F = \frac{\frac{1}{k-1} \sum_{i=1}^K n_i (\bar{y}_i - \bar{y}_{..})^2}{\frac{1}{N-k} \sum_{i=1}^K \sum (y_{ij} - \bar{y}_i)^2}$$

mit $k-1$, $N-k$ Freiheitsgraden

k = Anzahl der Gruppen, $\bar{y}_{..}$ = arithmetisches Mittel aller Gruppen, \bar{y}_i = Mittel der i -ten Gruppe, n_i = Stichprobenumfang Gruppe i , N = Gesamtstichprobenumfang.

Mittels des Scheffé-Tests, welcher bei unbalancierten Daten angezeigt ist, erfolgt eine Korrektur von α in den Analysen dieser Arbeit.

4.3.2 Multivariate Statistik

Aufbauend auf der deskriptiven Statistik wird der Einfluss von Arbeitslosigkeit auf die subjektive Gesundheit durch Einbeziehen von Kontrollvariablen überprüft. Dies geschieht bei dem selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand mit der ordinalen Regression und beim Gesundheitsstatusfragebogen SF-36 mit der multiplen linearen Regression.

Ordinale Regression

Die ordinale Regression ermöglicht, die Abhängigkeit einer ordinalen Antwortvariablen von einer Gruppe von Einflussvariablen aufzuzeigen. In dieser Arbeit soll der Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit als abhängiger Variable, Arbeitslosigkeit als beeinflussender Variable sowie Sozialschichtindikatoren, soziodemographischen und sozialen Variablen und Indikatoren des Gesundheitsverhaltens als Kontrollvariablen untersucht werden.

Die abhängige Variable subjektive Gesundheit umfasst, wie bereits unter 4.2.1 beschrieben, fünf Ausprägungen welche in einer Ordnungsrelation stehen. Da die multinomiale logistische Regression die Rangfolge bei ordinalen abhängigen Variablen nicht berücksichtigt, können die dabei berechneten Odds Ratios somit auch nicht die Fragen der Analyse exakt beantworten (Hosmer/Lemeshow 2000).

Im Vergleich zu binären Modellen mit dichotomisierten abhängigen Variablen liefern ordinale Regressionsmodelle kleinere Konfidenzintervalle. Da ein ordinale Modell einen Zusammenhang zwischen Faktoren und der abhängigen Variablen in jeder Ausprägung beschreibt, ist es damit aussagefähiger als die Analyse der dichotomisierten Variablen. Für Auswertungen mit mehrwertigen Antwortvariablen wie hier bei der subjektiven Gesundheit, sind ordinale Modelle also vorzuziehen. (Hellmeier et al. 1998). Für die Fragestellung dieser Arbeit bietet sich daher die ordinale Regression als Verfahren an, welche im Folgenden kurz erläutert werden soll.

Bei der ordinalen Regression ist jeder Kategorie der abhängigen Variablen (Schwellenschätzer) und unabhängigen Variablen (Lageschätzer) ein Parameterschätzer zugeordnet. Dabei sind die unabhängigen Variablen kategorial skaliert, intervallskalierte Variablen sind jedoch als Kovariaten zugelassen (Bühl/Zöfel 2002). Die Zuordnung der Kodierung der abhängigen Variablen hat Auswirkungen auf die Definition der Odds Ratios der verschiedenen Modelle. (Hosmer/Lemeshow 2000). Die Lageschätzer sind maßgeblich, um den Einfluss der Faktoren auf die abhängige Variable zu interpretieren. Dabei bedeuten positive Schätzer, dass sich die betreffende Kategorie in höheren Kategorien der abhängigen Variablen auswirkt, negative Schätzer wirken im Sinne von niedrigeren Kategorien der abhängigen Variablen. (Bühl/Zöfel 2002). Aus Parameterschätzern können kumulierte Wahrscheinlichkeiten für die Kategorien der abhängigen Variablen berechnet werden. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten wurde anhand der Lageschätzer sowie der jeweiligen Standardabweichung Odds Ratios und die dazugehörigen Konfidenzintervalle mit Microsoft Excel berechnet.

Die Gestaltung der ordinalen Regression basiert auf der Methodologie von McCullagh (zitiert nach Hilfemenü SPSS).

Es existieren verschiedene Möglichkeiten, die ordinale Regression zu berechnen. In der vorliegenden Arbeit wurde die Methode der „Proportional Odds“ gewählt. Es handelt sich hierbei um die am häufigsten verwendete Methode. Dargestellt wird sie in Formel 4 (Simonoff 2003: 436). Hier gilt die Annahme, dass $F_j(x) = P(Y \leq j \mid x)$ ist. F_j ist dabei die zunehmende Wahrscheinlichkeit der Antwortkategorie j . J ist die Gesamtzahl aller Antwortkategorien, so dass Y Werte zwischen $\{1, \dots, J\}$ annimmt. x sind die Einflussfaktoren, Y ist die abhängige Variable. $L_j(x)$ sind die logarithmisierten Wahrscheinlichkeiten, dass $Y \leq j$ bzw. $Y > j$ ist.

Formel 4: Proportional Odds Modell der ordinalen Regression

$$L_j(x) = \log \left[\frac{F_j(x)}{1 - F_j(x)} \right], \quad j = 1, \dots, J - 1,$$

Den Regressionen dieser Arbeit liegen die Empfehlungen von Hosmer und Lemeshow (2000) zur Modellformulierung zugrunde.

Bevor die berechneten Modelle interpretiert werden, wird überprüft, ob sie die Voraussetzungen erfüllen. Hierzu werden die Informationen zur Modellanpassung, die Anpassungsgüte nach Pearson sowie der Parallelitätstest für Linien angewendet.

Durch Einbeziehen von Wechselwirkungen wird die Vorhersage der Modelle besser, allerdings erhöht sich auch Zahl der Parameterschätzer. Es werden lediglich einige wenige, theoretisch begründete Wechselwirkungen überprüft, da die Modelle ansonsten nicht mehr zu interpretieren sind.

Multiple lineare Regression

In der vorliegenden Arbeit wird die multiple lineare Regression verwendet, da die abhängigen Variablen (die jeweilige Dimension der acht Dimensionen des SF-36) metrisch skaliert sind. Die multiple lineare Regression ist eine Möglichkeit zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen mehr als zwei Variablen. Mit diesem Instrument können prognostische Aussagen für eine als abhängig angesehene Variable Y getroffen werden, von der unterstellt wird, dass sie nicht nur von einer Variablen (X_1), sondern auch von zwei und mehr Variablen ($X_2, \dots; X_j$) abhängt. X ist also die unabhängige, beeinflussende Variable, Y ist die abhängige Variable. Die Regressionsgleichung für die multiple Funktion lautet:

Formel 5: Regressionsfunktion der multiplen linearen Regression

$$Y = \sum_{j=1}^k [y_k - (b_0 + b_1x_{1k} + b_2x_{2k} + \dots + b_jx_{jk} + b_{jX_{jk}})]^2$$

wobei hier gilt: $j = 1 \dots n$, $b_j \neq 0$, $j = 1 \dots k$

Bei der Ermittlung der Regressionsparameter wird die Methode der kleinsten Quadrate (OLS), durch Minimierung der Summe der Abweichungsquadrate angewendet. y_k sind die Werte der abhängigen Variablen, b_0 ist die Regressionskonstante, b_1 sind die Regressionskoeffizienten, x_{1k} stehen für die Werte der unabhängigen Variablen, J ist die Zahl der unabhängigen Variablen und k ist die Anzahl der Beobachtungen.

Die Regressionskoeffizienten sind für eine Interpretation der Ergebnisse maßgeblich. Sie geben den Effekt einer Änderung der unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable Y an. Für Vergleiche der Koeffizienten wird empfohlen, die standardisierten Koeffizienten zu ver-

wenden, da sie unterschiedliche Skalierungen der Variablen berücksichtigen. Die Arbeit folgt diesen Empfehlungen.

Das Modell der multiplen linearen Regression basiert auf der Annahme, dass die Einflussfaktoren nicht exakt linear abhängig sind. Ist dies der Fall, liegt perfekte Multikollinearität vor und die Analyse ist nicht durchführbar. In der vorliegenden Arbeit werden verschiedene Variablen auf ihren Einfluss auf die Dimensionen des SF-36 untersucht, wobei hier ein gewisser Grad an Multikollinearität vorliegt, was bei empirischen Daten fast immer der Fall ist. Deshalb wird bei der Durchführung der Varianzanalysen zusätzlich ein Test auf Multikollinearität durchgeführt. Ein Problem bei der Interpretation der Daten tritt erst mit einer hohen Multikollinearität auf. Grundsätzlich ist bei Vorliegen dieser Problematik ein exaktes Zuordnen des Einflusses der einzelnen Variablen nicht mehr möglich. Deshalb sollte die Interpretation der Koeffizienten unter Vorbehalt erfolgen.

5 Ergebnisse

Das Ergebniskapitel ist in zwei Blöcke aufgeteilt. Im ersten Teil werden die Lebenslagen arbeitsloser Männer und Frauen anhand der soziodemographischen, sozialen sowie der sozioökonomischen Situation dargestellt. Weiter werden die Einschätzung der eigenen Gesundheit sowie die Dimensionen des SF-36 nach Erwerbsstatus deskriptiv aufgezeigt.

Im zweiten Teil wird der Einfluss der Arbeitslosigkeit auf die subjektive Gesundheit nach Kontrolle möglicher Einflussfaktoren untersucht. Diese beinhalten die Lebenslagen aber auch das Gesundheitsverhalten sowie vorhandene Erkrankungen.

Alle Analysen werden mit der Variablen des Erwerbsstatus durchgeführt, welche, wie unter 4.2 beschrieben, operationalisiert wird. Diese Variable mit vier Kategorien unterscheidet Erwerbstätige nach Dauer der Arbeitslosigkeitserfahrungen in der Vergangenheit und Arbeitslose nach Dauer der aktuellen Arbeitslosigkeit. Tabelle 3 bietet einen Überblick über die Häufigkeitsverteilung des Erwerbsstatus bei Männern und Frauen, welche den deskriptiven als auch den multivariaten Statistiken zugrunde gelegt wird. Am Ende dieses Kapitels ist eine Tabelle mit den tatsächlichen und den prozentualen Häufigkeiten beigelegt (für Männer Tabelle 6, für Frauen Tabelle 7).

Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung des Erwerbsstatus

Erwerbsstatus	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Über 12 Monate arbeitslos ($Alo > 12$)	69	3,3	88	6,2	157	4,5
Bis 12 Monate arbeitslos ($Alo \leq 12$)	93	4,5	69	4,8	161	4,6
Erwerbstätige, über 12 Monate ehemaliger Arbeitslosigkeit ($Erw AL > 12$)	53	2,5	54	3,8	107	3,1
Erwerbstätige, bis 12 Monate ehemaliger Arbeitslosigkeit ($Erw AL 0-12$)	1863	89,7	1209	85,2	3073	87,8

5.1 Deskriptive Ergebnisse

Es wird im Folgenden die Lebenssituation von arbeitslosen Frauen und Männern im Vergleich zu Erwerbstätigen dargestellt. Weiter wird der Zusammenhang des Erwerbsstatus mit dem selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitsstatus und den acht Dimensionen des SF-36 deskriptiv gezeigt. Die Zusammenhänge zwischen dem Erwerbsstatus und den durch die Operationalisierung metrisch skalierten Variablen Alter und Äquivalenzeinkommen werden mittels Varianzanalysen untersucht. Alle weiteren, kategorial skalierten Variablen, werden mit Korrelationsanalysen untersucht, wie unter 4.3.1 beschrieben.

5.1.1 Soziodemographische und soziale Situation arbeitsloser Männer und Frauen

Um die Situation Arbeitsloser differenziert darstellen zu können, werden soziodemographische und soziale Variablen im Zusammenhang zum Erwerbsstatus untersucht. Im Einzelnen sind dies Geschlecht, Alter, Wohnort, Partnerschaft, Erziehungsstatus sowie soziale Unterstützung.

Soziodemographische Situation

Wie bereits vermutet, sind Männer im BGS 98 mit 89,7% häufiger als Frauen mit 85,2% erwerbstätig. Dahingegen sind Frauen mit 6,2%, im Vergleich zu Männern mit 3,3%, häufiger von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen. Auch das Alter zeigt einen Zusammenhang zum Erwerbsstatus auf. Mittelwertsvergleiche mit der einfaktoriellen Varianzanalyse und durchgeführtem Scheffé-Test zeigen, dass sich bei Männern das Alter der Langzeitarbeitslosen signifikant vom Alter der Kurzarbeitslosen sowie vom Alter der Erwerbstätigen unterscheidet. Bei Frauen unterscheidet sich die Gruppe der Langzeitarbeitslosen signifikant von erwerbstätigen Frauen sowie von kurzarbeitslosen Frauen. Die Ergebnisse für Männer und Frauen sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Mittelwerte des Alters in Jahren

Erwerbsstatus	Männer				Frauen			
	Mittelwert	N	95% CI		Mittelwert	N	95% CI	
Alo > 12	47,89	69	45,17	50,61	45,40	88	43,02	47,77
Alo < = 12	40,66	93	38,02	43,29	39,50	69	36,62	42,37
Erw AL > 12	39,45	53	36,42	42,48	40,46	54	37,88	43,05
Erw AL 0-12	40,23	1863	39,74	40,73	39,19	1209	38,55	39,82
Gesamt	40,49	2078	40,01	40,96	39,64	1420	39,04	40,23

Alo: Arbeitslose; Erw: Erwerbstätige; AL: Arbeitslosigkeit in Monaten; 95% CI: 95% Konfidenzintervall untere und obere Grenze

Wird das Alter in Gruppen aufgeteilt, fällt bei Männern deskriptiv auf, dass sich der Anteil der Langzeitarbeitslosen mit steigendem Alter vergrößert. Beinahe die Hälfte der Langzeitarbeitslosen sind zwischen 50 und 59 Jahre alt (46,0%). In der höchsten Altersgruppe ist ihr Anteil am geringsten mit 6,3%, was sich möglicherweise durch die verstärkte Inanspruchnahme von Vorruhestandsregelungen erklären lässt. Dies ist möglicherweise auch die Ursache, dass in der höchsten Altersgruppe der Anteil der Erwerbstätigen mit längeren Arbeitsloskeitszeiten bei 0% liegt.

Wie bei Männern nimmt auch bei Frauen der Anteil der Langzeitarbeitslosen mit höherem Alter zu. In der Altersgruppe der 50 bis 59-jährigen beträgt er 39,7%. Ebenso wie bei Männern

finden sich auch bei den Frauen keine Erwerbstätigen mit längeren Arbeitslosigkeitserfahrungen in der höchsten Altersgruppe. Auch hier liegt die Vermutung der Inanspruchnahme von Vorruhestandsregelungen nahe.

Bei der Verteilung nach dem Wohnort ist auffallend, dass mit 92,2% gegenüber 81,2% deutlich mehr west- als ostdeutsche Männer der Gruppe der Erwerbstätigen mit nur kurzen Arbeitslosigkeitserfahrungen zuzuordnen sind. Ostdeutsche Männer hingegen sind in allen anderen Erwerbsstatusgruppen häufiger vertreten. Sie sind doppelt so häufig bei den Erwerbstätigen mit längerer Arbeitslosigkeit anzutreffen und mit 10,0% sind sie im Vergleich zu Westdeutschen über dreimal so häufig von Kurzarbeitslosigkeit betroffen. Ostdeutsche Männer überwiegen mit 4,6% gegenüber 3,2% der Westdeutschen auch in der Gruppe der Langzeitarbeitslosen.

Bei den Frauen zeigt sich ein noch deutlicherer Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und Wohnort. Nur 68,3% der ostdeutschen Frauen gegenüber 91,8% der westdeutschen Frauen sind erwerbstätig mit geringen Arbeitslosigkeitserfahrungen in der Vergangenheit. In Ostdeutschland sind mehr arbeitslose Frauen und erwerbstätige Frauen mit längerer Arbeitslosigkeit anzutreffen. Im Vergleich zu westdeutschen Frauen sind ostdeutsche Frauen mit 8,2% in der Gruppe der Erwerbstätigen mit längerer Arbeitslosigkeit beinahe viermal so häufig anzutreffen. Mit 10,1% sind ostdeutsche Frauen über dreimal so häufig kurzarbeitslos im Vergleich zu westdeutschen Frauen. Und bei der Langzeitarbeitslosigkeit vervierfacht sich dieser Unterschied sogar beinahe: 13,4% der ostdeutschen Frauen sind langzeitarbeitslos.

Im Vergleich mit Männern zeigt sich, dass ostdeutsche Frauen fast dreimal so häufig wie ostdeutsche Männer und über viermal so häufig wie westdeutsche Männer von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind.

Soziale Situation

Es zeigt sich eine Tendenz dahingehend, dass arbeitslose Männer häufiger nicht in einer festen Partnerschaft leben als erwerbstätige Männer. Die Gruppe der Erwerbstätigen mit über zwölf Monaten Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit bildet hiervon eine Ausnahme. Nur 57,4% dieser Männer leben in einer festen Partnerschaft und mit 42,6% bilden sie die größte Gruppe der Alleinlebenden. Verwitwete Männer treten nur in der Gruppe der Erwerbstätigen mit kurzen Arbeitslosigkeitserfahrungen und dort mit 0,3% nur marginal auf. Für Frauen zeigen die Ergebnisse keinen signifikanten Zusammenhang.

Für Männer spielt der Erziehungsstatus als Alleinerziehender nur eine geringe Rolle. Nur 1% der Erwerbstätigen mit geringen Arbeitslosigkeitserfahrungen in der Vergangenheit und 2,1% der Erwerbstätigen mit längerer Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit sind alleinerziehend. Diesem Ergebnis stehen 0% Alleinerziehende sowohl bei Kurz- als auch Langzeitarbeitslosen gegenüber. Auffallend ist, dass bei 77,4% der langzeitarbeitslosen Männer keine Kinder unter 18 Jahren im Haushalt leben. Möglicherweise lässt sich dieser Zusammenhang durch die Altersstruktur der Arbeitslosen erklären. Wie bereits im vorherigen Abschnitt gezeigt, sind Langzeitarbeitslose hauptsächlich in den höheren Altersgruppen vertreten. Es kann davon ausgegangen werden, dass in diesen Altersgruppen die Kindererziehung weitgehend abgeschlossen ist bzw. die Kinder den elterlichen Haushalt verlassen haben. Somit würde sich auch der hohe Anteil der langzeitarbeitslosen Männer erklären, in deren Haushalt keine Kinder unter 18 Jahren leben.

Für Frauen besteht erstaunlicherweise kein signifikanter Zusammenhang zwischen Erziehungs- und Erwerbsstatus. Betrachtet man jedoch die Häufigkeitsverteilung, zeigt sich, dass arbeitslose Frauen deutlich häufiger alleinerziehend sind. Bei den langzeitarbeitslosen Frauen beträgt dieser Anteil sogar 9,5%.

Auch die soziale Unterstützung ist bei Arbeitslosen ungünstiger im Vergleich zu Erwerbstätigen. Die Anzahl verlässlicher Personen, auf die im Notfall zurückgegriffen werden kann, schätzen arbeitslose Männer im Vergleich zu Erwerbstätigen schlechter ein. Sie verfügen im Vergleich zu Erwerbstätigen weniger oft über zwei und mehr verlässliche Personen. Langzeitarbeitslose Männer schätzen ihre soziale Unterstützung am schlechtesten ein: 3,3% der langzeitarbeitslosen Männer geben an, keine Person und 6,6% geben an, nur eine Person zu kennen, auf die im Notfall Verlass ist.

5.1.2 Sozioökonomischer Status und Arbeitslosigkeit

Im folgenden Abschnitt werden die Zusammenhänge zwischen Erwerbsstatus und der sozioökonomischen Situation dargestellt. Hierbei werden die Schulbildung, die Bildung nach CASMIN, die berufliche Stellung, das Äquivalenzeinkommen sowie der Einkommensstatus mit dem Erwerbsstatus in Verbindung gebracht.

Schulbildung und Arbeitslosigkeit stehen bei Männern in signifikantem Zusammenhang. Über die Hälfte der langzeitarbeitslosen Männer (58,3%) weist einen niedrigen oder keinen Schulabschluss auf. Und nur 8,3% der langzeitarbeitslosen Männer haben Abitur. Bei Erwerbstätigen mit kurzer oder keiner Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit sind dies immerhin 19,5 %.

Bei langzeitarbeitslosen Frauen zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der niedrigen Schulbildung nicht so deutlich. Große Unterschiede bestehen bei einer guten Schulbildung. Nur 9,6% der langzeitarbeitslosen Frauen haben Abitur. Bei erwerbstätigen Frauen mit kurzer oder keiner früherer Arbeitslosigkeit liegt dieser Anteil mit 21,9% doppelt so hoch.

Betrachtet man die Bildung nach Casmin, welche Schul- und Berufsabschluss zusammenfasst, findet man bei Männern einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Erwerbsstatus und der Qualifikation. Langzeitarbeitslose Männer sind mit 26,8% am häufigsten in der Kategorie der niedrigen Bildung anzutreffen. Sie sind im Vergleich zu Erwerbstätigen mit kurzen Arbeitslosigkeitserfahrungen weniger häufig in der hohen Bildungskategorie und im Vergleich zu allen anderen Gruppen am seltensten in der mittleren Kategorie zu finden.

Für Frauen besteht hierbei kein signifikanter Zusammenhang. Es wird deshalb darauf verzichtet, die Bildung nach CASMIN mit in die Regression zu übernehmen. Stattdessen wird die Variable der Schulbildung, welche für beide Geschlechter signifikante Ergebnisse zeigt, weiter angewendet.

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und der beruflichen Stellung ist bei beiden Geschlechtern hochsignifikant. Dabei ist auffallend, dass Männer mit sehr hoher beruflicher Stellung innerhalb der Arbeitslosen bei den Kurzarbeitslosen mit 1,3% nur minimal und bei den Langzeitarbeitslosen überhaupt nicht vertreten sind. Generell ist der Anteil der Männer mit niedriger und sehr niedriger beruflicher Stellung häufiger bei Arbeitslosen anzutreffen. Kurzarbeitslose weisen mit 27,8% den höchsten Anteil derjenigen auf, die in die Kategorie der sehr niedrigen beruflichen Stellung fallen, dicht gefolgt von Langzeitarbeitslosen mit 26,2%.

Wie auch bei den Männern sind langzeitarbeitslose Frauen nicht in der Gruppe der hohen beruflichen Stellung vertreten. Generell sind erwerbstätige Frauen mit längerer Arbeitslosigkeit sowie kurz- und langzeitarbeitslose Frauen mit jeweils über 55% im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen mit kurzen Arbeitslosigkeitsphasen deutlich häufiger in den Kategorien der niedrigen und sehr niedrigen beruflichen Stellung anzutreffen. Auffallend ist, dass sich der Anteil in der sehr niedrigen Stellung von 13,3% bei erwerbstätigen Frauen mit kurzer Arbeitslosigkeit auf 23,0% bei erwerbstätigen Frauen mit mehr als zwölf Monaten Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit verdoppelt.

Auch das Einkommen arbeitsloser Männer und Frauen spiegelt ihre ungünstige sozioökonomische Lage wieder. Arbeitslose Männer und Frauen weisen im Vergleich zu Erwerbstätigen ein deutlich niedrigeres Äquivalenzeinkommen auf. Die Mittelwerte des Einkommens bei langzeitarbeitslosen Männern unterscheiden sich signifikant vom Einkommen der erwerbstätigen Männer. Mittelwertsvergleiche bei Frauen zeigen, dass sich das Einkommen langzeitarbeitsloser Frauen von dem der erwerbstätigen Frauen mit bis zu zwölf Monaten Arbeitslosigkeit signifikant unterscheidet. Langzeitarbeitslose Frauen weisen insgesamt das geringste Einkommen (DM 1111) auf, dicht gefolgt von langzeitarbeitslosen Männern (DM 1190). Tabelle 5 bietet einen Überblick über die Mittelwerte des Äquivalenzeinkommens. Die Einteilung in vier Einkommensgruppen ist in der Übersichtstabelle am Ende des Kapitels nachzulesen.

Tabelle 5: Mittelwerte des Äquivalenzeinkommens in 100 DM Schritten nach Erwerbsstatus

Erwerbsstatus	Männer				Frauen			
	Mittelwert	N	95% CI		Mittelwert	N	95% CI	
Erwerbstätige mit AL 0 bis 12 Monate	20,17	1590	19,65	20,70	20,79	1001	20,17	21,41
Erwerbstätige AL über 12 Monate	18,05	49	15,04	21,06	14,10	47	12,22	15,98
Arbeitslose bis zwölf Monate AL	12,46	79	10,99	13,94	13,19	55	11,12	15,26
Arbeitslose über zwölf Monate AL	11,90	62	10,39	13,41	11,11	77	9,91	12,31
Gesamt	19,49	1781	18,99	19,98	19,54	1180	18,97	20,11

AL: Arbeitslosigkeit; 95% CI: 95% Konfidenzintervall untere und obere Grenze

Arbeitslosigkeit scheint nicht nur mit dem Einkommen, sondern auch mit dem Verdienersstatus zusammenzuhängen. Es bestehen deutliche hoch signifikante Unterschiede im Verdienersstatus bei arbeitslosen und erwerbstätigen Männern. 71,9% der Erwerbstätigen mit nur geringen Arbeitslosigkeitserfahrungen bezeichnen sich als Hauptverdiener. Dagegen bezeichnen sich im Vergleich dazu bei den Arbeitslosen über 30% weniger als Hauptverdiener. Der prozentuale Anteil der Nebenverdiener bei den Arbeitslosen ist im Vergleich zu den Erwerbstätigen beinahe doppelt so hoch.

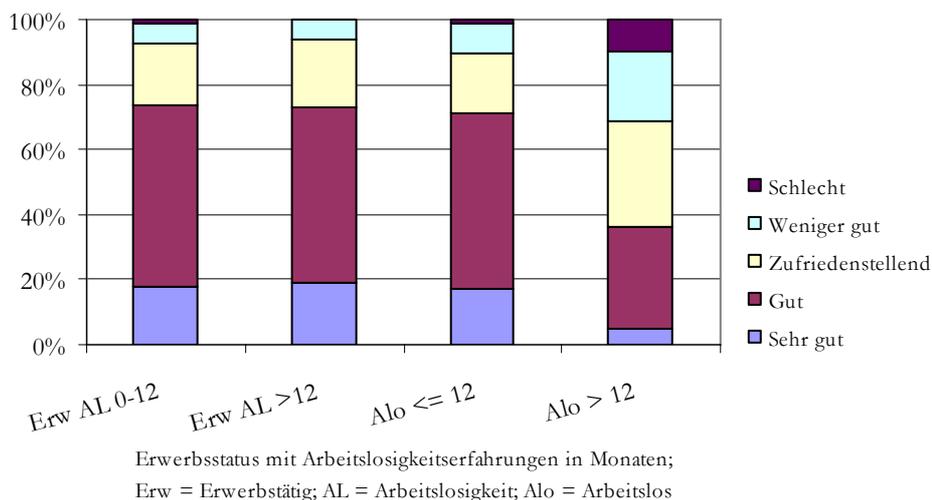
Der Einkommensstatus bei Frauen steht ebenfalls in signifikanten Zusammenhang zum Erwerbsstatus. Der Anteil der Hauptverdienerinnen reduziert sich im Vergleich mit erwerbstätigen Frauen mit kurzen Phasen von Arbeitslosigkeit und langzeitarbeitslosen Frauen beinahe um drei Viertel von 17,0% auf 5,5%. Dementsprechend geben 71,2% der langzeitarbeitslosen Frauen an, nicht Hauptverdienerin zu sein.

5.1.3 Subjektive Gesundheit und Arbeitslosigkeit

Generell schätzen im BGS 98 über 50% der Erwerbstätigen und Arbeitslosen ihre Gesundheit als gut ein. Diese Tendenz nimmt jedoch bei Langzeitarbeitslosigkeit dramatisch ab. Hier schätzen nur noch 36,3% ihre Gesundheit als gut ein. Langzeitarbeitslose schätzen ihre Gesundheit im Vergleich zu Erwerbstätigen mit Arbeitslosigkeit bis zu zwölf Monaten dreimal so häufig als weniger gut und sogar viermal so häufig als schlecht ein.¹⁸

Betrachtet man die Einschätzung der Gesundheit nach Geschlecht getrennt, findet sich bei Männern ein hochsignifikanter Zusammenhang, welcher in Abbildung 7 dargestellt wird. Ab zwölf Monaten Arbeitslosigkeit nimmt die Tendenz zur Einschätzung der Gesundheit als sehr gut oder gut bei arbeitslosen Männern stark ab. Nur noch 36,0% der langzeitarbeitslosen Männer schätzen ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein. Dies sind über 30% weniger als bei Erwerbstätigen und Kurzarbeitslosen, wovon jeweils über 70% ihre Gesundheit als sehr gut oder gut einschätzen. Entsprechend der Abnahme der guten Gesundheit bei Langzeitarbeitslosen nimmt die Einschätzung der Gesundheit als weniger gut oder schlecht zu: 31,2% der langzeitarbeitslosen Männer schätzen ihre Gesundheit als weniger gut bzw. schlecht ein.

Abbildung 7: Einschätzung der eigenen Gesundheit nach Erwerbsstatus, Männer

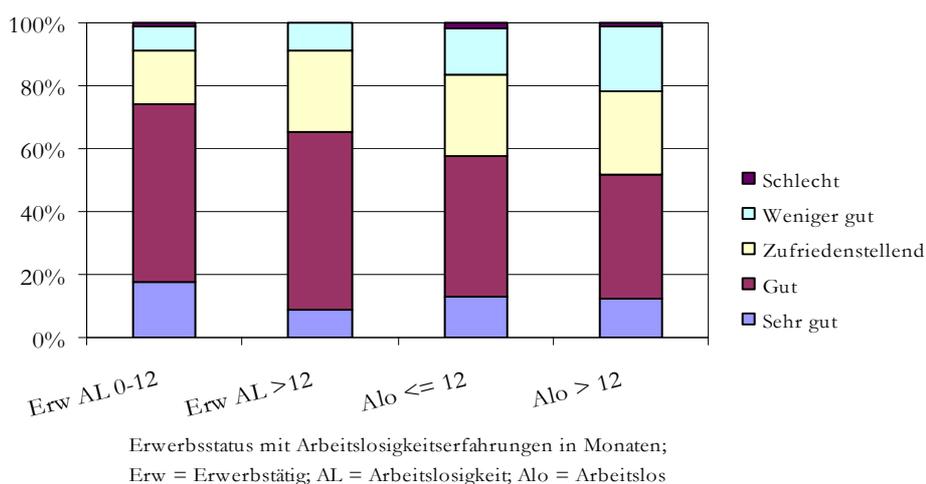


Die Korrelation nach Spearman beträgt 0,097

¹⁸ Diese hoch signifikanten Ergebnisse werden an dieser Stelle nicht gezeigt.

Auch bei den Frauen bestehen hochsignifikante Unterschiede bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit. Abbildung 8 bietet einen Überblick über die Ergebnisse des Zusammenhangs bei Frauen. Arbeitslose Frauen schätzen ihre Gesundheit weniger oft sehr gut oder gut im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen ein. Nur 57,4% der kurzzeitarbeitslosen Frauen und nur 52,0% der langzeitarbeitslosen Frauen schätzen ihre Gesundheit dementsprechend ein. Im Vergleich dazu bewerten 74,2% der erwerbstätigen Frauen mit keiner oder nur kurzen Arbeitslosigkeitserfahrungen und 65,3% der erwerbstätigen Frauen mit über zwölf Monaten Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit ihre Gesundheit sehr gut oder gut. Noch deutlicher zeigt sich dieser Unterschied nach Erwerbsstatus bei der schlechten Gesundheit. Während der Anteil erwerbstätiger Frauen mit nur kurzer Arbeitslosigkeit, die ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht bezeichnen, bei 8,9% liegt, verdreifacht sich dieser Anteil beinahe auf 21,9% bei langzeitarbeitslosen Frauen.

Abbildung 8: Einschätzung der eigenen Gesundheit nach Erwerbsstatus, Frauen



Die Korrelation nach Spearman beträgt 0,13.

Subjektive Gesundheit im Vergleich zum Vorjahr und Arbeitslosigkeit

Die Einschätzung der Gesundheit im Vergleich zum Vorjahr im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit zeigt bei Männern einen signifikanten Zusammenhang. Mit 21,7% schätzen langzeitarbeitslose Männer ihre Gesundheit im Vergleich zum Vorjahr deutlich häufiger schlechter ein als alle anderen Gruppen. Auffallend ist, dass 30,2% der erwerbstätigen Männer mit Arbeitslosigkeitserfahrungen von über zwölf Monaten ihre Gesundheit im Vergleich zum Vorjahr besser einschätzen. Dies kann möglicherweise mit der Aufnahme einer Arbeit innerhalb der letzten 12 Monate und einer damit einhergehenden besseren Bewertung der Gesundheit erklärt

werden. Für Frauen besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erwerbsstatus und der Einschätzung der Gesundheit im Vergleich zum Vorjahr.

Die Dimensionen des SF-36 und Arbeitslosigkeit

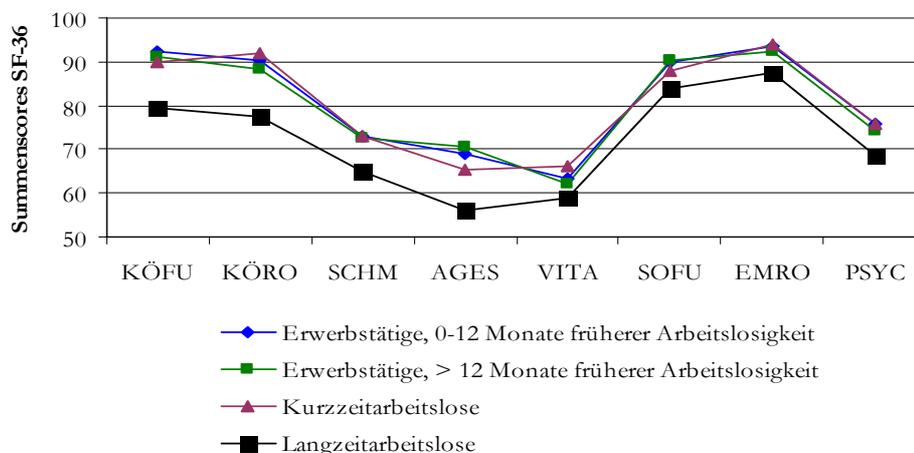
Die acht einzelnen Dimensionen des Gesundheitsstatusfragebogens SF-36 wurden auf Signifikanz zum Erwerbsstatus überprüft. Dabei zeigten nur die körperliche Funktionsfähigkeit, die allgemeine Gesundheitswahrnehmung sowie das psychische Wohlbefinden einen signifikanten Zusammenhang. Für beide Geschlechter nicht signifikant waren die Dimensionen körperliche Rollenfunktion, Schmerzen, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit sowie emotionale Funktionsfähigkeit. Wird jedoch der Zusammenhang zur subjektiven Gesundheit überprüft, finden sich für beide Geschlechter hoch signifikante Zusammenhänge. Diese Ergebnisse werden durch die Darstellung des arithmetischen Mittels in Abbildung 9 für Männer und in Abbildung 10 für Frauen gezeigt.

Für Männer zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen den Erwerbstätigen und Kurzzeitarbeitslosen. Lediglich bei der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung liegen kurzzeitarbeitslose Männer deutlich unterhalb der Werte der Erwerbstätigen. Langzeitarbeitslose Männer schneiden im Vergleich zu allen anderen drei Gruppen durchgehend am schlechtesten bei allen Dimensionen ab.

Für Frauen stellt sich dieser Zusammenhang etwas anders dar. Sowohl die körperliche Funktionsfähigkeit als auch die allgemeine Gesundheitswahrnehmung werden von arbeitslosen im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen schlechter eingeschätzt. Langzeitarbeitslose Frauen schätzen ihre körperliche Funktionsfähigkeit, die körperliche Rollenfunktion, Schmerzen sowie die allgemeine Gesundheitswahrnehmung schlechter als alle anderen Gruppen der Frauen ein.

Generell fällt auf, dass erwerbstätige als auch arbeitslose Frauen alle acht Dimensionen schlechter bewerten als Männer.

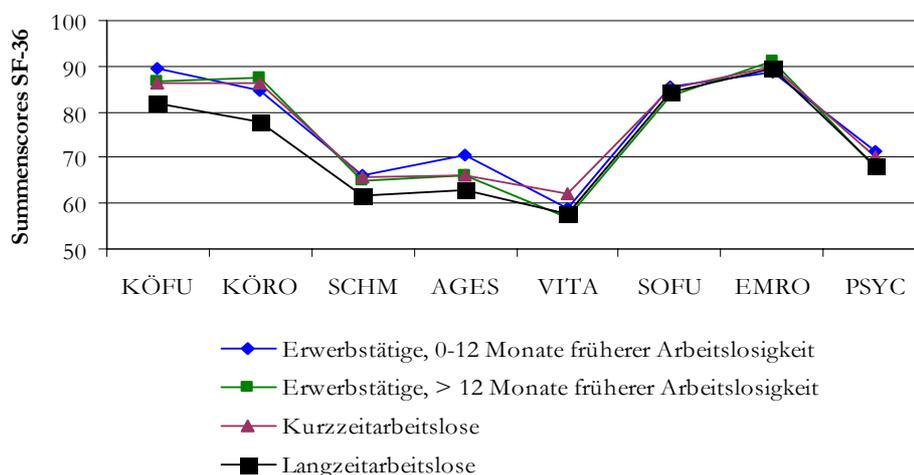
Abbildung 9: Arithmetisches Mittel der körperlichen Funktionsfähigkeit, der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung und dem psychischen Wohlbefinden nach Erwerbsstatus, Männer



KÖFU: Körperliche Funktionsfähigkeit
 KÖRO: Körperliche Rollenfunktion
 SCHM: Schmerzen
 AGES: Gesundheitswahrnehmung
körperliche Summenskala

VITA: Vitalität
 SOFU: Soziale Funktionsfähigkeit
 EMRO: Emotionale Rollenfunktion
 PSYC: Psychisches Wohlbefinden
psychische Summenskala

Abbildung 10: Arithmetisches Mittel der körperlichen Funktionsfähigkeit, der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung und dem psychischen Wohlbefinden nach Erwerbsstatus, Frauen



Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Lebenslagen arbeitsloser Männer und Frauen erheblich von der Situation Erwerbstätiger unterscheiden. So unterscheiden sich erwerbstätige und arbeitslose Männer und Frauen hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale. Frauen sind im Vergleich zu Männern häufiger von Langzeitarbeitslosigkeit betrof-

fen. Bei Erwerbstätigen sind Frauen häufiger in der Gruppe der Erwerbstätigen mit längeren Arbeitslosigkeitszeiten anzutreffen. Ältere Personen sind überwiegend bei Arbeitslosen, und dabei besonders häufig innerhalb der Langzeitarbeitslosen vertreten. Bei Männern ist dieser Trend etwas stärker ausgeprägt als bei Frauen. Ostdeutsche Männer und Frauen sind im Vergleich zu Westdeutschen häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen. Wobei ostdeutsche Frauen am schlechtesten abschneiden, da sie im Vergleich mit westdeutschen Frauen und sogar gegenüber ostdeutschen Männern häufiger langzeitarbeitslos sind.

Auch das soziale Netz unterscheidet sich bei Arbeitslosen und Erwerbstätigen. So leben erwerbstätige Männer mit kurzen Arbeitslosigkeitserfahrungen häufiger in einer festen Partnerschaft als arbeitslose Männer. Bei längeren Arbeitslosigkeitszeiten in der Vergangenheit sind jedoch erwerbstätige Männer sogar noch vor arbeitslosen Männern am häufigsten der Gruppe der Alleinlebenden zuzuordnen. Dazu kommt, dass die überwiegende Mehrheit langzeitarbeitsloser Männer in einem Haushalt ohne Kinder unter 18 Jahren lebt. Weiter haben kurzzeitarbeitslose Männer im Vergleich zu Erwerbstätigen und Langzeitarbeitslosen am wenigsten soziale Unterstützung, auf die sie im Notfall zurückgreifen können.

Betrachtet man den sozioökonomischen Status Arbeitsloser, ist festzustellen, dass Langzeitarbeitslosigkeit mit einer ungünstigen sozioökonomischen Situation einhergeht. Die Mehrheit der langzeitarbeitslosen Männer hat einen Hauptschul- oder keinen Schulabschluss. Auch bei den Frauen stellen Langzeitarbeitslose die größte Gruppe mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss dar. Bei der beruflichen Stellung fällt auf, dass arbeitslose Männer am häufigsten zur niedrigen und sehr niedrigen Kategorie der beruflichen Stellung zählen. Arbeitslose Frauen sind im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen ebenso wie arbeitslose Männer häufiger in einer niedrigen beruflichen Stellung anzutreffen. Weder langzeitarbeitslose Männer noch Frauen kommen in der Kategorie der sehr hohen beruflichen Stellung vor. Diese Beobachtungen werden durch die Ergebnisse des Äquivalenzeinkommens bestätigt. Langzeitarbeitslose Männer und Frauen verfügen nur noch etwas über die Hälfte des Äquivalenzeinkommens Erwerbstätiger mit kurzen Arbeitslosigkeitserfahrungen. Dementsprechend gering ist der Anteil der Hauptverdiener bei arbeitslosen Männern und Frauen.

Hinzu kommt, dass arbeitslose Männer und Frauen im Vergleich zu Erwerbstätigen ihre Gesundheit weniger oft als sehr gut oder gut einschätzen. Vor allem langzeitarbeitslose Männer und Frauen schätzen ihre Gesundheit häufiger als weniger gut und schlecht ein.

Wird die eigene Gesundheit im Vergleich zum Vorjahr erfragt, schätzen langzeitarbeitslose Männer diese am häufigsten schlechter ein. Erstaunlicherweise schätzen erwerbstätige Männer mit längerer Arbeitslosigkeit ihre Gesundheit im Vergleich zum Vorjahr beinahe doppelt so häufig besser ein als alle anderen Gruppen. Dies ist möglicherweise auf die Aufnahme einer Berufstätigkeit innerhalb des letzten Jahres vor der Befragung zurückzuführen. Diese Ergebnisse werden durch die acht Dimensionen des SF-36 unterstützt. Dabei fällt auf, dass Frauen, unabhängig vom Erwerbsstatus ihre Gesundheit in allen Dimensionen schlechter als Männer bewerten.

Arbeitslose Männer und Frauen zeichnen sich, wie eben gezeigt, durch sehr spezielle Lebenslagen aus: sie schätzen ihre Gesundheit im Vergleich zu Erwerbstätigen deutlich schlechter ein. Ihre Situation ist durch eine ungünstigere sozioökonomische und soziale Position gekennzeichnet. Zudem weisen sie ein schlechteres Gesundheitsverhalten auf. Überraschend ist, dass die Lebenssituation Erwerbstätiger mit längerer Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit sehr oft Parallelen zur Situation Arbeitsloser aufzeigt und sich z.T. sogar noch schlechter darstellt. Im folgenden Abschnitt wird nun untersucht, inwieweit sich die deskriptiv gefundenen Ergebnisse auch durch Regressionen, welche mehrere Zusammenhänge gleichzeitig berücksichtigen können, bestätigen lassen.

Tabelle 6: Häufigkeiten der verwendeten Variablen, Männer

Männer	Variablen	Kategorie	Erwerbsstatus							
			Alo > 12		Alo <= 12		Erw > 12		Erw <= 12	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Subjektive Gesundheit	Sehr Gut Gut Zufriedenstellend Weniger Gut Schlecht		3	4,9%	13	16,9%	9	18,8%	272	17,8%
			19	31,1%	42	54,4%	26	54,2%	852	55,8%
			20	32,8%	14	18,2%	10	20,8%	290	19,0%
			13	21,3%	7	9,1%	3	6,3%	95	6,2%
			6	9,8%	1	1,3%	0	0,0%	17	1,1%
Alter in Jahren	18 bis 29 30 bis 39 40 bis 49 50 bis 59 60 bis 65		5	7,9%	20	25,6%	12	25,0%	252	16,5%
			9	14,3%	21	26,9%	14	29,2%	514	33,7%
			16	25,4%	11	14,1%	11	22,9%	414	27,1%
			29	46,0%	24	30,8%	11	22,9%	307	20,1%
			4	6,3%	2	2,6%	0	0,0%	40	2,6%
Schulbildung	Hauptschule Mittlere Reife Abitur		35	58,3%	28	36,4%	19	40,4%	573	38,2%
			20	33,3%	40	51,9%	20	42,6%	633	42,2%
			5	8,3%	9	11,7%	8	17,0%	293	19,5%
Berufliche Stellung	Sehr niedrig Niedrig Mittel Hoch Sehr hoch		16	26,2%	22	27,8%	10	20,4%	190	12,5%
			20	32,8%	27	34,2%	13	26,5%	419	27,5%
			14	23,0%	22	27,8%	12	24,5%	377	24,7%
			1	18,0%	7	8,9%	13	26,5%	474	31,1%
			0	0,0%	1	1,3%	1	2,0%	66	4,3%
Äquivalenzeinkommen	Sehr niedrig (<1099 DM) Niedrig (1100-1599 DM) Mittel (1600-2299 DM) Hoch (>2300 DM)		28	45,9%	31	39,2%	6	12,8%	196	12,8%
			16	26,2%	24	30,4%	13	27,7%	336	22,0%
			13	21,3%	19	24,1%	18	38,3%	478	31,3%
			4	6,6%	5	6,3%	10	21,3%	516	33,8%
Hauptverdiener	Nicht Hauptverdiener Hauptverdiener Alleinverdiener		27	44,3%	35	44,3%	12	25,5%	258	16,9%
			23	37,7%	32	40,5%	23	48,9%	1098	71,9%
			11	18,0%	12	15,2%	12	2,5%	171	1,2%
Partnerschaft	Verwitwet Alleine lebend Mit festem (Ehe-)Partner		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,3%
			14	23,0%	21	26,9%	20	42,6%	281	18,5%
			47	77,0%	57	73,1%	27	57,4%	1237	81,3%
Alleinerziehend	Alleinerziehend Nicht alleinerziehend Nicht zutreffend		0	0,0%	0	0,0%	1	2,1%	16	1,0%
			14	22,6%	28	35,9%	10	20,8%	693	45,4%
			48	77,4%	50	64,1%	37	77,1%	617	53,3%
Soziale Unterstützung	Keine Person Eine Person Zwei und mehr Personen		2	3,3%	1	1,3%	1	2,1%	1	0,7%
			4	6,6%	7	9,0%	0	0,0%	59	3,9%
			55	90,2%	70	89,7%	46	97,9%	1451	95,4%
Wohnort	Ostdeutschland Westdeutschland		17	4,6%	37	10,0%	14	3,8%	303	81,7%
			40	3,2%	35	2,8%	25	2,0%	1163	92,1%
Zigarettenkonsum	Regelmäßiger Raucher Gelegenheitsraucher Exraucher Nieraucher		30	49,2%	34	43,6%	16	34,0%	502	32,9%
			2	3,3%	4	5,1%	4	8,5%	116	7,6%
			12	19,7%	15	19,2%	7	14,9%	392	25,7%
			17	27,9%	25	32,1%	20	42,6%	517	33,9%
Regelmäßige Ernährung	Unregelmäßig Regelmäßig		7	13,5%	15	21,4%	8	29,6%	257	22,9%
			45	86,5%	55	78,6%	19	70,4%	865	77,1%
Gesunde Ernährung	Einmal pro Woche und weniger mind. mehrmals pro Woche		51	83,6%	66	83,5%	38	80,9%	1261	82,6%
			10	16,4%	13	16,5%	9	19,1%	265	17,4%
Sport	Kein Sport > 2 Stunden/Woche Bis 2 Stunden/Woche		32	52,5%	46	58,2%	25	53,2%	573	37,6%
			13	21,3%	14	17,7%	7	14,9%	384	25,2%
			16	26,2%	19	24,1%	15	31,9%	567	37,2%
BMI	Adipositas Übergewicht Normalgewicht		13	21,3%	17	21,8%	7	14,9%	263	17,2%
			26	42,6%	34	43,6%	17	36,2%	754	49,4%
			22	36,1%	27	34,6%	23	48,9%	510	33,4%
Schlafdauer	Weniger als 6 Stunden Mehr als 8 Stunden Zwischen 6 und 8 Stunden		2	3,3%	1	1,3%	2	4,3%	70	4,6%
			16	26,2%	18	23,1%	5	10,6%	128	8,4%
			43	70,5%	59	75,6%	40	85,1%	1327	87,0%
Vorsorgeuntersuchung	Vor mehr als 5 Jahren Vor 1 bis 5 Jahren Innerhalb der letzten 24 Monate		0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%	2	0,8%
			0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%	52	19,5%
			9	100,0%	8	80,0%	2	100,0%	212	79,7%
Alkoholkonsum	Hochrisikokonsum Risikokonsum kein Alkoholkonsum 1-20g Alkohol		9	14,5%	12	15,2%	3	6,4%	187	12,3%
			10	16,1%	18	22,8%	7	14,9%	313	20,5%
			14	22,6%	6	7,6%	11	23,4%	118	7,7%
			29	46,8%	43	54,4%	26	55,3%	908	59,5%
Krank	Ja Nein		51	83,6%	68	87,2%	36	76,6%	1234	80,9%
			10	16,4%	10	12,8%	11	23,4%	292	19,1%

Alo > 12: Langzeitarbeitslos; Alo <= 12: Kurzzeitarbeitslos; Erw > 12: Erwerbstätig mit früherer Arbeitslosigkeit über zwölf Monaten; Erw <= 12: Erwerbstätig mit früherer Arbeitslosigkeit bis zu zwölf Monaten

Tabelle 7: Häufigkeiten der verwendeten Variablen, Frauen

Frauen		Erwerbsstatus							
		Alo > 12		Alo <= 12		Erw > 12		Erw <= 12	
Variablen	Kategorie	N	%	N	%	N	%	N	%
Subjektive Gesundheit	Sehr Gut	9	12,3%	7	13,0%	4	8,7%	171	17,6%
	Gut	29	39,7%	24	44,4%	26	56,6%	550	56,6%
	Zufriedenstellend	19	26,0%	14	25,9%	12	26,1%	164	16,9%
	Weniger Gut	15	20,5%	8	14,8%	4	8,7%	78	8,0%
	Schlecht	1	1,4%	1	1,9%	0	0,0%	9	0,9%
Alter in Jahren	18 bis 29	7	9,6%	13	23,6%	6	12,8%	216	22,2%
	30 bis 39	17	23,3%	13	23,6%	12	25,5%	292	30,1%
	40 bis 49	19	26,0%	16	29,1%	21	44,7%	255	26,3%
	50 bis 59	29	39,7%	13	23,6%	8	17,0%	197	20,3%
	60 bis 65	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	11	1,1%
Schulbildung	Hauptschule	23	31,5%	16	30,2%	15	33,3%	291	30,5%
	Mittlere Reife	42	58,9%	31	58,5%	25	55,6%	455	47,6%
	Abitur	7	9,6%	6	11,3%	5	11,1%	209	21,9%
Berufliche Stellung	Sehr niedrig	17	23,0%	11	20,8%	17	36,2%	129	13,3%
	Niedrig	24	32,4%	20	37,7%	12	25,5%	192	19,9%
	Mittel	26	35,1%	17	32,1%	12	25,5%	483	49,9%
	Hoch	7	9,5%	3	5,7%	5	10,6%	143	14,8%
	Sehr hoch	0	0,0%	2	3,8%	1	2,1%	20	2,1%
Äquivalenzeinkommen	Sehr niedrig (<1099 DM)	32	43,2%	23	41,8%	12	26,1%	93	9,6%
	Niedrig (1100-1599 DM)	30	40,5%	12	21,8%	14	30,4%	178	18,3%
	Mittel (1600-2299 DM)	9	12,2%	13	23,6%	13	28,3%	346	35,6%
	Hoch (>2300 DM)	3	4,1%	7	12,7%	7	15,2%	355	36,5%
Hauptverdiender	Nicht Hauptverdiener	52	71,2%	36	65,5%	33	70,2%	33	70,2%
	Hauptverdiener	4	5,5%	7	12,7%	8	17,0%	8	17,0%
	Alleinverdiener	17	23,3%	12	21,8%	6	12,8%	6	12,8%
Partnerschaft	Verwitwet	4	5,4%	4	7,4%	2	4,3%	16	1,7%
	Alleine lebend	16	21,6%	13	24,1%	8	17,0%	232	23,9%
	Mit festem (Ehe-)Partner	54	73,0%	37	68,5%	37	78,7%	721	74,4%
Alleinerziehend	Alleinerziehend	7	9,5%	4	7,3%	2	4,3	30	3,1%
	Nicht alleinerziehend	25	33,8%	18	32,7%	17	36,2	316	32,5%
	Nicht zutreffend	42	56,8%	33	60,0%	28	59,6	626	64,4%
Soziale Unterstützung	Keine Person	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	15	1,5%
	Eine Person	7	9,6%	4	7,3%	3	6,5%	42	4,3%
	Zwei und mehr Personen	66	90,4%	50	90,9%	43	93,5%	913	94,1%
Wohnort	Ostdeutschland	41	13,4%	31	10,1%	25	8,2%	209	68,3%
	Westdeutschland	26	3,4%	21	2,7%	16	2,1%	704	91,8%
Zigarettenkonsum	Regelmäßiger Raucher	22	30,1%	18	32,1%	15	32,6%	275	28,3%
	Gelegenheitsraucher	3	4,1%	6	10,7%	4	8,7%	76	7,8%
	Exraucher	1	1,5%	5	8,9%	7	15,2%	166	17,1%
	Nieraucher	37	50,7%	27	48,2%	20	43,5%	454	46,8%
Regelmäßige Ernährung	Unregelmäßig	9	14,8%	11	22,4%	11	31,4%	200	28,5%
	Regelmäßig	52	85,2%	38	77,6%	24	68,6%	501	71,5%
Gesunde Ernährung	Einmal pro Woche und weniger	52	70,3%	32	58,2%	33	70,2%	657	67,5%
	mind. mehrmals pro Woche	22	29,7%	23	41,8%	14	29,8%	316	32,5%
Sport	Kein Sport	38	51,4%	28	50,9%	29	63,0%	357	37,1%
	> 2 Stunden/Woche	6	8,1%	9	16,4%	2	4,3%	169	17,5%
	Bis 2 Stunden/Woche	30	40,5%	18	32,7%	15	32,6%	437	45,5%
BMI	Adipositas	14	18,9%	12	21,8%	11	23,9%	152	15,6%
	Übergewicht	24	32,4%	20	36,4%	14	30,4%	261	26,9%
	Normalgewicht	36	48,6%	23	41,8%	21	45,7%	559	57,5%
Schlafdauer	Weniger als 6 Stunden	3	4,1%	0	0,0%	1	2,1%	24	2,5%
	Mehr als 8 Stunden	21	28,4%	20	36,4%	3	6,4%	124	12,8%
	Zwischen 6 und 8 Stunden	50	67,6%	35	63,6%	43	91,5%	823	84,8%
Vorsorgeuntersuchung	Vor mehr als 5 Jahren	1	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Vor 1 bis 5 Jahren	2	10,0%	0	0,0%	3	27,3%	16	5,9%
	Innerhalb der letzten 24 Monate	17	85,0%	14	100,0%	8	72,7%	253	94,1%
Alkoholkonsum	Hochrisikokonsum	6	8,2%	2	3,7%	1	2,2%	76	7,8%
	Risikokonsum	3	4,1%	7	13,0%	5	10,9%	83	8,5%
	kein Alkoholkonsum	27	37,0%	7	13,0%	9	19,6%	198	20,3%
	1-20g Alkohol	37	50,7%	38	70,4%	31	67,4%	616	63,3%
Krank	Ja	68	93,2%	49	89,1%	44	95,7%	905	93,1%
	Nein	5	6,8%	6	10,9%	2	4,3%	67	6,9%

Alo > 12: Langzeitarbeitslos; Alo <= 12: Kurzzeitarbeitslos; Erw > 12: Erwerbstätig mit früherer Arbeitslosigkeit über zwölf Monaten; Erw <= 12: Erwerbstätig mit früherer Arbeitslosigkeit bis zu zwölf Monaten

5.2 Multivariate Ergebnisse

Wie im vorherigen Abschnitt als auch unter 2.1.3 und 2.2 gezeigt, ist Arbeitslosigkeit mit speziellen Lebenslagen verbunden und unterscheidet sich deutlich von der Situation Erwerbstätiger. Da diese Lebenslagen wiederum selbst einen Einfluss auf die subjektive Gesundheit ausüben, wie unter 2.2 gezeigt, wird im folgenden Abschnitt der Einfluss von Arbeitslosigkeit auf die subjektive Gesundheit nach Kontrolle dieser Einflussfaktoren mittels ordinaler sowie multipler linearer Regressionsmodelle überprüft. Der Ergebnisteil kann dabei in zwei Teilen betrachtet werden. Der erste Teil untersucht den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und subjektiver Gesundheit. Der zweite Teil differenziert gefundene Ergebnisse durch das Ersetzen der subjektiven Gesundheit durch die Dimensionen des SF-36.

Aufgrund der Geschlechtsunterschiede sowohl bei der Einschätzung der Gesundheit als auch bei der unterschiedlichen Betroffenheit von Arbeitslosigkeit, wie unter 2.1.3 und unter 2.2.2 sowie bei den deskriptiven Ergebnissen unter 5.1.1 dargestellt, liegt eine differenzierte Betrachtungsweise nach Geschlecht nahe. Zudem ergeben sich hochsignifikante Interaktionseffekte zwischen Erwerbsstatus und Geschlecht, so dass eine getrennte Berechnung zwingend erforderlich scheint. Somit werden alle weiteren Berechnungen für Männer und Frauen getrennt vorgenommen.

5.2.1 Arbeitslosigkeit und subjektive Gesundheit nach Kontrolle möglicher Einflussfaktoren

In diesem Absatz wird ein blockweises Vorgehen bei den Analysen gewählt, in der Annahme, dass die Variablen des sozioökonomischen Status' sowie der soziodemographischen Lage und der sozialen Situation jeweils einen Aspekt der Lebenslage darstellen. So werden nach und nach verschiedene Aspekte der Lebenssituation Arbeitsloser hinzugefügt. Schließlich wird in den Modellen das Gesundheitsverhalten sowie bestehende Erkrankungen überprüft.

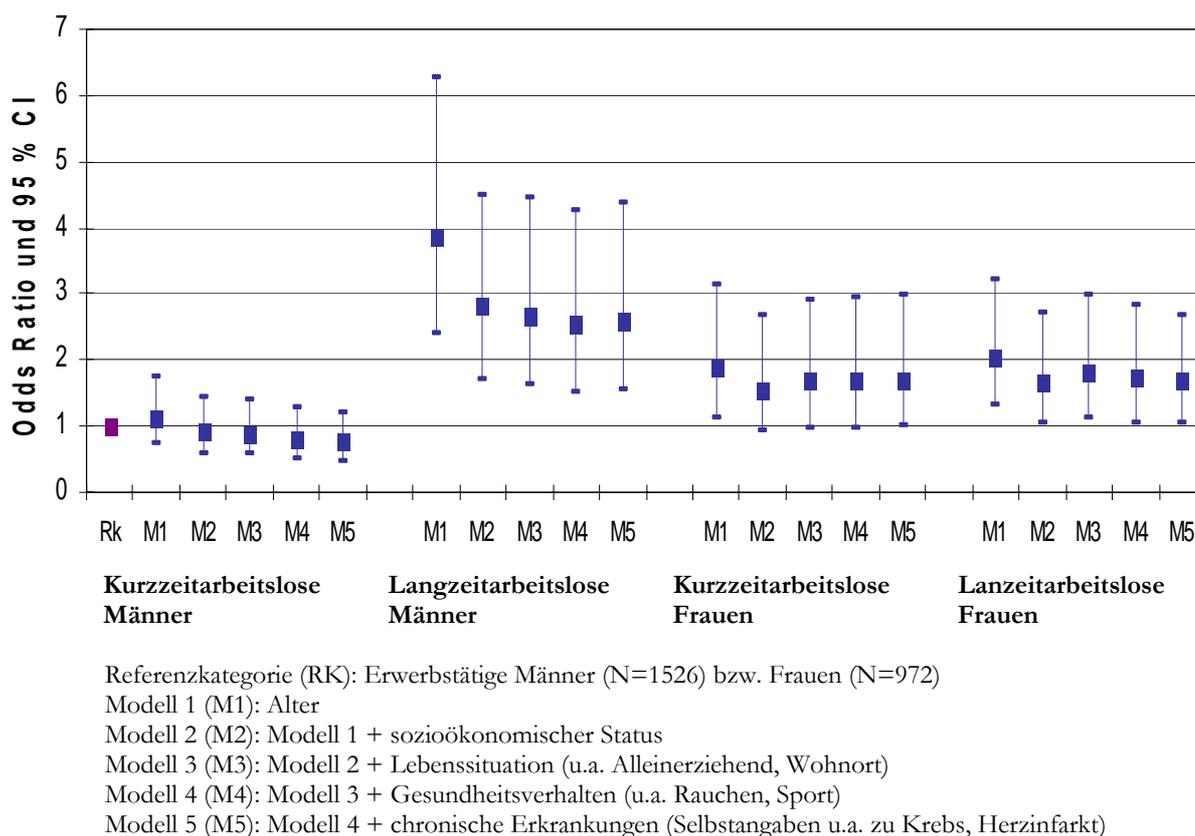
Modell 1: Arbeitslosigkeit, Alter und subjektive Gesundheit

Da sowohl bei subjektiver Gesundheit als auch bei Arbeitslosigkeit nach Alter differenziert werden sollte, wie der Forschungsstand unter 2.1.3 und unter 2.2.2 nahe legt, enthält das erste Modell als abhängige Variable die subjektive Gesundheit, als beeinflussende Variable den Erwerbsstatus und als Kontrollvariable Alter. Dabei zeigt sich, dass langzeitarbeitslose Männer im Vergleich zu Erwerbstätigen mit keiner bzw. kurzer Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit ein 3,88-fach höheres Risiko aufweisen, ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht einzu-

schätzen (Konfidenzintervall: 2,41; 6,26). Dieses Modell erfüllt für Männer nur knapp die Anpassungsgüte nach Pearson nicht, somit lassen sich die Ergebnisse nur bedingt interpretieren.

Auch langzeitarbeitslose Frauen weisen im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen mit keiner oder kurzer Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit ein höheres Risiko auf, ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen. Das Odds Ratio liegt hier bei 2,05 (Konfidenzintervall: 1,31; 3,20). Kurzzeitarbeitslose Frauen zeigen ebenfalls ein signifikant höheres Risiko. Sie weisen ein 1,88-fach höheres Risiko im Vergleich zu der Erwerbstätigengruppe auf, ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen (Konfidenzintervall: 1,12; 3,14). Dargestellt wird dieses Ergebnis sowie die Ergebnisse der weiteren Modelle jeweils für Männer und Frauen getrennt in Tabelle 8 bis Tabelle 12. Einen graphischen Überblick über die Ergebnisse der Modelle eins bis fünf bietet auch Abbildung 11.

Abbildung 11: Langzeitarbeitslosigkeit und subjektive Gesundheit nach Kontrolle von Einflussfaktoren; Regressionsmodelle: Modelle 1 bis 5



Modell 2: Arbeitslosigkeit, Alter, sozioökonomischer Status und subjektive Gesundheit

Das zweite Modell überprüft, ob sich der vermutete Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und subjektiver Gesundheit auch nach Hinzufügen von sozioökonomischen Statusvariablen, welche unter 4.2.3 beschrieben werden, weiterhin signifikant zeigt. Arbeitslosigkeit ist eng

mit sozialer Ungleichheit verbunden. Mit diesem Modell soll deshalb kontrolliert werden, ob die schlechtere Gesundheit Arbeitsloser womöglich nicht auf die Arbeitslosigkeit sondern auf eine sozioökonomisch schlechter gestellte Position zurückzuführen ist.

Werden die Variablen der sozioökonomischen Situation in der Regression aufgenommen, verringert sich das Risiko für langzeitarbeitslose Männer, ihre Gesundheit als schlecht einzuschätzen. Im Vergleich zu erwerbstätigen Männern mit nur kurzer oder keiner Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit besteht für langzeitarbeitslose Männer aber immer noch ein 2,83-fach (Konfidenzintervall 1,71; 4,67) erhöhtes Risiko, ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen. Der sozioökonomische Status spielt bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit also eine wesentliche Rolle, erklärt jedoch nicht den ganzen Effekt auf die subjektive Gesundheit. Betrachtet man den Effekt der Schulbildung auf die Einschätzung der Gesundheit, ist festzustellen, dass Männer mit Hauptschulabschluss ein 1,87-fach erhöhtes Risiko einer schlechten Gesundheit aufweisen im Vergleich zu Männern mit Abitur (Konfidenzintervall 1,39; 2,51). Ebenso zeigt sich dieser Effekt bei der beruflichen Stellung. Männer mit sehr niedriger oder niedriger beruflicher Stellung weisen ebenso ein höheres Risiko auf, ihre Gesundheit schlecht einzuschätzen. Eine höhere berufliche Stellung sowie eine hohe Schulbildung wirken protektiv: das Risiko, die eigene Gesundheit schlechter einzuschätzen nimmt im Vergleich zu einer niedrigen Qualifikation mit steigender beruflicher Stellung und mit steigender Schulbildung ab.

Für Frauen zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Das Risiko langzeitarbeitsloser Frauen nimmt zwar im Vergleich zum vorherigen Modell leicht ab. Sie weisen aber immer noch ein 1,68-fach erhöhtes Risiko im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen mit kurzen Arbeitslosigkeitserfahrungen auf (Konfidenzintervall: 1,04; 2,69), ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen. Die Schulbildung zeigt keinen signifikanten Einfluss mehr auf die Einschätzung der Gesundheit. Eine sehr niedrige aber auch eine mittlere berufliche Stellung bewirken im Vergleich zu einer sehr hohen beruflichen Stellung ein höheres Risiko, die Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen.

Modell 3: Arbeitslosigkeit, Alter, sozioökonomischer Status, soziodemographische und soziale Situation und subjektive Gesundheit

Modell Nummer drei ergänzt die bisherigen Modelle um soziodemographische und soziale Kontrollvariablen, welche wie unter 4.2.3 und unter 4.2.4 beschrieben, operationalisiert werden. Auch hierbei soll kontrolliert werden, ob der gefundene Zusammenhang zwischen Ar-

beitslosigkeit und schlechter subjektiver Gesundheit auf die soziale Situation zurückzuführen ist, oder ob der Effekt der Arbeitslosigkeit bestehen bleibt.

Werden zu den vorherigen Modellen diese Variablen hinzugefügt, verringert sich der Effekt der Arbeitslosigkeit bei Männern leicht, bleibt jedoch weiterhin bestehen. Langzeitarbeitslose Männer weisen im Vergleich zu Erwerbstätigen mit geringen oder keinen Arbeitslosigkeitserfahrungen in der Vergangenheit immer noch ein 2,67-fach erhöhtes Risiko auf (Konfidenzintervall 1,61; 4,43), ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen. Der protektive Effekt des sozioökonomischen Status vergrößert sich sogar. Niedrige Schulbildung sowie eine niedrige berufliche Stellung vergrößern das Risiko, die eigene Gesundheit schlecht einzuschätzen. Hohe Schulbildung wirkt also weiterhin schützend, ebenso wie eine sehr hohe und hohe berufliche Stellung. Erstaunlicherweise zeigt der Wohnort in diesem Modell keinen signifikanten Einfluss.

Für Frauen nimmt nach Einbeziehen dieser Variablen der Einfluss der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit wiederum zu. Langzeitarbeitslose Frauen zeigen im Vergleich zu Erwerbstätigen Frauen mit keiner bzw. nur kurzer Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit ein 1,83-fach erhöhtes Risiko, ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen (Konfidenzintervall 1,14, 2,97). Die Schulbildung zeigt hierbei keinen signifikanten Einfluss auf die Gesundheit mehr. Der Einfluss der beruflichen Stellung wiederum nimmt leicht zu. Besonders signifikant zeigt sich das Risiko für die Missing Kategorie, welche nicht weiter dargestellt wird. Aufgrund der geringen Fallzahl innerhalb dieser Kategorie ($n = 7$) kann dieses Ergebnis jedoch vernachlässigt werden.

Modell 4: Arbeitslosigkeit, Alter, sozioökonomischer Status, soziodemographische und soziale Situation, Gesundheitsverhalten und subjektive Gesundheit

Das vierte Modell schließlich fügt den bisherigen Modellen die Variablen des Gesundheitsverhaltens zu, um zu überprüfen, ob diese einen Erklärungsbeitrag zur schlechteren Gesundheit von Arbeitslosen liefern können. Arbeitslose weisen ein schlechteres Gesundheitsverhalten im Vergleich zu Erwerbstätigen auf. Dieses Ergebnis wird auch durch bivariate Zusammenhänge mit den Daten des BGS 98 unterstützt:

So rauchen arbeitslose Männer im Vergleich zu erwerbstätigen Männern deutlich häufiger gelegentlich oder regelmäßig. Der Anteil der Raucher liegt bei kurz- und langzeitarbeitslosen Männern jeweils sogar bei über 50%. Für Frauen zeigen die Ergebnisse keine signifikanten Zusammenhänge. Keinen signifikanten Zusammenhang zum Erwerbsstatus zeigt der Alko-

halkonsum. Da jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit und dem Alkoholkonsum besteht, wird die Variable Alkoholkonsum mit in die Regressionsanalyse aufgenommen.¹⁹ Das ursprüngliche Vorhaben, Ernährung mit in die Regression aufzunehmen, wird aufgegeben, da sich die bivariaten Zusammenhänge weder im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit noch mit subjektiver Gesundheit signifikant zeigen.²⁰ Der Body-Mass-Index (BMI) zeigt für Männer im Gegensatz zu Frauen keinen signifikanten Zusammenhang zum Erwerbsstatus. Betrachtet man die Angaben der regelmäßigen sportlichen Betätigung, so fällt auf, dass im Vergleich zu Erwerbstätigen mit kurzen Phasen von Arbeitslosigkeit arbeitslose Männer und Frauen deutlich häufiger keinen Sport treiben. Die Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung innerhalb der letzten fünf Jahre und der Erwerbsstatus zeigt weder für Männer noch für Frauen einen signifikanten Zusammenhang zum Erwerbsstatus. Es bestehen jedoch signifikante Zusammenhänge zur subjektiven Gesundheit, deshalb wird diese Variable in das Regressionsmodell übernommen. Es soll nun überprüft werden, ob nach Kontrolle dieses deskriptiv aufgezeigten ungünstigen Gesundheitsverhaltens der Effekt der Arbeitslosigkeit auf die subjektive Gesundheit weiterhin signifikant bestehen bleibt.

Das Risiko der schlechteren Gesundheit bei langzeitarbeitslosen Männern im Vergleich zu den vorherigen Modellen ist also nur zu einem Teil auf das gesundheitsrelevante Verhalten zurückzuführen. Langzeitarbeitslose Männer weisen jedoch im Vergleich zu erwerbstätigen Männern ein 2,54-fach erhöhtes Risiko (Konfidenzintervall 1,52; 4,25) auf, ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht einzuschätzen. Auch in diesem Modell zeigen die Schulbildung als auch die berufliche Stellung signifikanten Einfluss auf die subjektive Gesundheit. Ebenso bleiben das Alter sowie das Äquivalenzeinkommen signifikant. Regelmäßig rauchende Männer weisen im Vergleich zu Nierauchern ein signifikant höheres Risiko auf, ihre Gesundheit schlecht einzuschätzen (OR: 1,36; Konfidenzintervall: 1,07;1,72).

Bei langzeitarbeitslosen Frauen verkleinert sich das Risiko einer schlecht eingeschätzten Gesundheit im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen mit nur kurzen Arbeitslosigkeitserfahrungen nach Hinzuziehen der Variablen des Gesundheitsverhaltens. Sie weisen jedoch immerhin noch ein erhöhtes Risiko von 1,73 auf (Konfidenzintervall 1,06; 2,83). Dieses Risiko ist zwar kleiner als im zweiten Modell, jedoch größer als das Risiko im Modell mit den sozioökonomischen

¹⁹ Weder in der Varianzanalyse noch bei der Korrelationsanalyse nach Spearman zeigt sich der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholkonsum bei Männern und Frauen signifikant. Möglicherweise lässt sich dies durch geringe Fallzahlen in den Hochrisikokonsumgruppen erklären. Nur 24 Männer und 11 Frauen nehmen Alkohol in höchst schädlichen Mengen zu sich. Dieses Ergebnis stimmt mit der Studie von Grobe und Schwartz (2003) überein.

²⁰ Die Variablen der regelmäßigen, ausgewogenen oder vegetarischen Ernährung sowie der Verzehr von frischem Obst und Gemüse zeigen in der Korrelation nach Spearman weder für Männer noch für Frauen einen signifikanten Zusammenhang zur Arbeitslosigkeit als auch zur subjektiven Gesundheit auf.

Statusvariablen. Weiterhin weisen Frauen mit einer sehr niedrigen sowie einer mittleren beruflichen Stellung ein höheres Risiko einer schlechten Gesundheit auf.

Modell 5: Arbeitslosigkeit, Alter, sozioökonomischer Status, soziodemographische und soziale Situation, Gesundheitsverhalten Erkrankungen und subjektive Gesundheit

Deskriptiv zeigt sich mit den vorliegenden Daten, dass arbeitslose Männer im Vergleich zu Erwerbstätigen deutlich häufiger eine Erkrankung aufweisen. Es besteht jedoch weder bei Männern noch bei Frauen ein signifikanter Zusammenhang zum Erwerbsstatus. Da Krankheiten einen starken Einfluss auf die subjektive Gesundheit haben, wie unter 2.2.2 dargestellt, sollte die objektive Gesundheit im Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und subjektiver Gesundheit kontrolliert werden. Es werden daher alle der im BGS 98 durch Selbstangaben erfassten Krankheiten, welche in einer Variablen zusammengefasst sind, zusätzlich aufgenommen.

Nach Einbeziehen von Erkrankungen in die Regression (Modell 5) zeigt das Modell für Männer als auch für Frauen weiterhin einen signifikanten Effekt der Arbeitslosigkeit. Langzeitarbeitslose Männer weisen im Vergleich zu Erwerbstätigen ohne frühere Arbeitslosigkeit ein Risiko von 2,60 (Konfidenzintervall: 1,55; 4,36) auf, ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen. Schlechte Schulbildung sowie eine sehr niedrige berufliche Stellung zeigen für Männer weiterhin einen eigenständigen Einfluss auf die subjektive Gesundheit. Weiterhin beeinflusst auch das Gesundheitsverhalten die Einschätzung der Gesundheit.

Auch langzeitarbeitslose Frauen erleben nach Kontrolle chronischer Erkrankungen ein erhöhtes Risiko von 1,69 (Konfidenzintervall: 1,04; 2,76), ihre Gesundheit im Vergleich zu Erwerbstätigen schlechter einzuschätzen. Lediglich die berufliche Stellung zeigt von den sozioökonomischen Statusvariablen weiterhin einen eigenen Einfluss auf die Gesundheit auf.

Tabelle 8: Fallzahl der abhängigen Variablen zu den Tabelle 9 bis Tabelle 23

subjektive Gesundheit	Männer	Frauen
sehr gut	297	192
gut	940	630
zufriedenstellend	334	210
RK: weniger gut/schlecht	142	116

RK: Referenzkategorie

Tabelle 9: Ergebnisse ordinaler Regressionen: Subjektive Gesundheit arbeitsloser Männer nach Einbeziehen von Kontrollvariablen, Modelle 1 bis 5

Männer	N	Modell 1***					Modell 2***					Modell 3***					Modell 4***					Modell 5***				
		S	SE	OR	95% CI		S	SE	OR	95% CI		S	SE	OR	95% CI		S	SE	OR	95% CI		S	SE	OR	95% CI	
Alter		0,04	0,00	1,04	1,03	1,05	0,05	0,01	1,05	1,04	1,06	0,04	0,01	1,04	1,03	1,05	0,04	0,01	1,04	1,03	1,05	0,04	0,01	1,04	1,02	1,05
Erwerbsstatus																										
Langzeitarbeitslos	61	1,36	0,24	3,88	2,41	6,26	1,04	0,26	2,83	1,71	4,67	0,98	0,26	2,67	1,61	4,43	0,93	0,26	2,54	1,52	4,25	0,96	0,26	2,60	1,55	4,36
Kurzzeitarbeitslos	79	0,12	0,22	1,13	0,73	1,75	-0,10	0,23	0,91	0,58	1,43	-0,11	0,23	0,89	0,57	1,41	-0,21	0,24	0,81	0,51	1,29	-0,28	0,24	0,76	0,48	1,20
Erwerbstätig (AL > 12)	47	0,02	0,28	1,02	0,59	1,79	-0,08	0,29	0,92	0,53	1,62	-0,01	0,29	0,99	0,56	1,74	-0,09	0,30	0,91	0,51	1,63	-0,11	0,30	0,90	0,50	1,60
RK: Erwerbstätig (AL ≤ 12)	1526																									
Schulbildung																										
Hauptschulabschluss	655						0,62	0,15	1,87	1,39	2,51	0,60	0,16	1,81	1,33	2,47	0,45	0,16	1,57	1,14	2,14	0,42	0,16	1,51	1,11	2,07
Mittlere Reife	714						0,29	0,14	1,33	1,02	1,74	0,28	0,14	1,32	1,00	1,73	0,21	0,14	1,23	0,93	1,62	0,18	0,14	1,20	0,91	1,59
RK: Abitur	316																									
Berufliche Stellung																										
sehr niedrig	238						1,00	0,30	2,72	1,51	4,91	1,02	0,30	2,78	1,54	5,04	0,90	0,31	2,45	1,34	4,48	0,87	0,31	2,39	1,31	4,39
niedrig	479						0,59	0,28	1,79	1,03	3,13	0,57	0,29	1,78	1,01	3,11	0,50	0,29	1,66	0,94	2,92	0,49	0,29	1,63	0,92	2,88
mittel	481						0,48	0,27	1,61	0,95	2,73	0,44	0,27	1,56	0,92	2,65	0,45	0,27	1,56	0,91	2,67	0,43	0,28	1,54	0,90	2,64
hoch	448						0,30	0,26	1,35	0,81	2,25	0,28	0,26	1,33	0,79	2,22	0,23	0,27	1,26	0,75	2,13	0,19	0,27	1,21	0,72	2,05
RK: sehr hoch	67																									
Äquivalenzeinkommen							-0,01	0,01	0,99	0,98	1,00	-0,02	0,01	0,98	0,97	0,99	-0,01	0,01	0,99	0,97	1,00	-0,01	0,01	0,99	0,97	1,00
Hauptverdiener																										
nicht Hauptverdiener	331						-0,01	0,01	0,99	0,98	1,00	-0,34	0,22	0,71	0,46	1,09	-0,26	0,22	0,77	0,50	1,20	-0,23	0,22	0,80	0,51	1,23
Hauptverdiener	1176						-0,14	0,16	0,87	0,64	1,18	-0,30	0,23	0,74	0,47	1,17	-0,20	0,23	0,82	0,52	1,30	-0,19	0,23	0,83	0,52	1,31
RK: Alleinverdiener	206																									
Partnerschaft																										
verwitwet, alleine lebend	4										0,49	0,95	1,63	0,25	10,55	0,52	0,96	1,68	0,26	11,05	0,49	0,96	1,63	0,25	10,72	
alleine lebend	336										-0,20	0,19	0,82	0,57	1,19	-0,12	0,19	0,89	0,61	1,29	-0,08	0,19	0,93	0,64	1,35	
RK: mit festem (Ehe)Partner	1368																									
Alleinerziehend																										
alleinerziehend	17										-0,72	0,52	0,49	0,18	1,35	-0,82	0,52	0,44	0,16	1,23	-0,64	0,52	0,53	0,19	1,48	
nicht alleinerziehend	745										-0,10	0,12	0,91	0,72	1,15	-0,11	0,12	0,90	0,71	1,13	-0,12	0,12	0,89	0,71	1,13	
RK: keine Kinder (unter 18)	952																									
Soziale Unterstützung																										
keine Person	16										0,38	0,49	1,46	0,56	3,82	0,40	0,50	1,50	0,56	3,99	0,32	0,50	1,37	0,51	3,67	
eine Person	70										-0,04	0,24	0,96	0,60	1,52	-0,07	0,24	0,93	0,58	1,49	-0,06	0,24	0,94	0,58	1,50	
RK: zwei und mehr Personen	1622																									
Wohnort																										
Ostdeutschland	372										-0,04	0,13	0,97	0,75	1,24	-0,14	0,13	0,87	0,67	1,12	-0,11	0,13	0,90	0,70	1,15	
RK: Westdeutschland	1264																									

Tabelle 10: Fortsetzung Tabelle 9

Männer	Modell 1***					Modell 2***					Modell 3***					Modell 4***					Modell 5***				
	N	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI				
Zigarettenkonsum																									
regelmäßig	582													0,31	0,12	1,36	1,07	1,72	0,29	0,12	1,34	1,05	1,70		
gelegentlich	127													-0,06	0,20	0,94	0,64	1,38	-0,06	0,20	0,94	0,64	1,38		
Exraucher	426													0,22	0,13	1,24	0,96	1,60	0,19	0,13	1,21	0,94	1,57		
RK: Nieraucher	579																								
Sportliche Aktivität																									
kein Sport	676													0,29	0,11	1,34	1,08	1,67	0,30	0,11	1,36	1,08	1,69		
>2h/Woche	419													-0,32	0,13	0,73	0,57	0,93	-0,32	0,13	0,73	0,57	0,93		
RK: bis 2h/Woche	617																								
Schlafdauer																									
> 8 Stunden	168													0,26	0,16	1,30	0,95	1,78	0,26	0,16	1,29	0,94	1,77		
< 6 Stunden	74													0,26	0,23	1,30	0,82	2,06	0,26	0,24	1,30	0,82	2,05		
RK: 6 bis 8 Stunden	1469																								
Vorsorgeuntersuchung																									
> 5 Jahren	4													-0,43	1,04	0,65	0,08	5,03	-0,40	1,04	0,67	0,09	5,15		
vor 1 bis 5 Jahren	53													-0,82	0,31	0,44	0,24	0,80	-0,85	0,31	0,43	0,23	0,78		
RK: in letzten 24 Monaten	231																								
Alkohol																									
BMI														0,01	0,00	1,01	1,00	1,01	0,01	0,00	1,01	1,00	1,01		
Erkrankung														0,03	0,01	1,03	1,00	1,05	0,02	0,01	1,02	1,00	1,05		
krank	1390																		0,84	0,13	2,31	1,80	2,97		
nicht krank	323																								
N Gesamt	1714																								
Pseudo R ² Nagelkerke		0,07				0,13				0,13				0,18					0,21						
Anpassungsgüte Pearson		0,40				0,15				0,32				0,80					0,93						
Parallelitätstest		0,95				0,35				0,17				0,28					0,22						

RK: Referenzkategorie; S: Schätzer; SE: Standardfehler; OR: Odds Ratio; 95% CI: Konfidenzintervall, untere und obere Grenze; AL: frühere Arbeitslosigkeit

Nicht dargestellt: Missings

Signifikanzniveau: *** p <0,001

Fett: signifikante Ergebnisse

Tabelle 11: Ergebnisse ordinaler Regressionen: Subjektive Gesundheit arbeitsloser Frauen nach Einbeziehen von Kontrollvariablen, Modelle 1 bis 5,

Frauen	Modell 1***					Modell 2***					Modell 3***					Modell 4***					Modell 5***					
	N	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	
Alter		0,04	0,01	1,04	1,03	1,05	0,05	0,01	1,05	1,04	1,06	0,04	0,01	1,04	0,13	7,74	0,03	0,01	1,03	1,02	1,04	0,03	0,01	1,03	1,02	1,05
Erwerbsstatus																										
Langzeitarbeitslos	74	0,72	0,23	2,05	1,31	3,20	1,04	0,26	2,83	1,71	4,67	0,61	0,25	1,83	1,14	2,97	0,55	0,25	1,73	1,06	2,83	0,53	0,25	1,69	1,04	2,76
Kurzzeitarbeitslos	55	0,63	0,26	1,88	1,12	3,14	-0,10	0,23	0,91	0,58	1,43	0,52	0,28	1,69	0,98	2,89	0,52	0,28	1,69	0,97	2,92	0,54	0,28	1,72	0,99	2,99
Erwerbstätig (AL > 12)	46	0,42	0,29	1,53	0,87	2,67	-0,08	0,29	0,92	0,53	1,62	0,37	0,30	1,44	0,81	2,57	0,30	0,30	1,36	0,75	2,44	0,26	0,30	1,30	0,72	2,33
RK: Erwerbstätig (AL ≤ 12)	972																									
Schulbildung																										
Hauptschulabschluß	345						0,62	0,15	1,87	1,39	2,51	0,30	0,19	1,34	0,92	1,97	0,16	0,20	1,17	0,79	1,73	0,20	0,20	1,22	0,83	1,81
Mittlere Reife	553						0,29	0,14	1,33	1,02	1,74	0,02	0,17	1,02	0,73	1,40	-0,08	0,17	0,93	0,67	1,29	-0,04	0,17	0,96	0,69	1,34
RK: Abitur	227																									
Berufliche Stellung																										
sehr niedrig	173						1,00	0,30	2,72	1,51	4,91	1,15	0,47	3,16	1,26	7,93	1,15	0,48	3,17	1,24	8,08	1,19	0,48	3,29	1,29	8,40
niedrig	248						0,59	0,28	1,79	1,03	3,13	0,84	0,46	2,31	0,95	5,63	0,79	0,46	2,19	0,89	5,41	0,78	0,46	2,18	0,88	5,40
mittel	565						0,48	0,27	1,61	0,95	2,73	0,91	0,43	2,48	1,06	5,80	0,96	0,44	2,61	1,10	6,17	0,94	0,44	2,56	1,08	6,08
hoch	132						0,30	0,26	1,35	0,81	2,25	0,69	0,45	2,00	0,83	4,85	0,76	0,46	2,14	0,88	5,24	0,76	0,46	2,14	0,87	5,24
RK: sehr hoch	22																									
Äquivalenzeinkommen							-0,01	0,01	0,99	0,98	1,00	-0,02	0,01	0,98	0,97	0,99	-0,02	0,01	0,98	0,97	1,00	-0,02	0,01	0,98	0,97	1,00
Hauptverdiener																										
nicht Hauptverdiener	719						-0,01	0,01	0,99	0,98	1,00	-0,19	0,25	0,83	0,51	1,35	-0,25	0,25	0,78	0,48	1,29	-0,24	0,26	0,78	0,48	1,29
Hauptverdiener	213						-0,14	0,16	0,87	0,64	1,18	-0,23	0,26	0,80	0,48	1,33	-0,33	0,27	0,72	0,43	1,21	-0,33	0,27	0,72	0,43	1,21
RK: Alleinverdiener	216																					0(a)	.			
Partnerschaft																										
verwitwet, alleine lebend	25											-0,52	0,44	0,59	0,25	1,39	-0,40	0,44	0,67	0,28	1,59	-0,39	0,44	0,68	0,28	1,61
alleine lebend	269											-0,02	0,22	0,98	0,64	1,50	-0,07	0,22	0,93	0,60	1,43	-0,04	0,22	0,96	0,62	1,47
RK: mit festem (Ehe)Partner	849																					0(a)	.			
Alleinerziehend																										
alleinerziehend	43											-0,07	0,34	0,93	0,48	1,80	-0,15	0,34	0,86	0,44	1,68	-0,18	0,34	0,84	0,43	1,63
nicht alleinerziehend	377											-0,12	0,14	0,89	0,67	1,17	-0,11	0,15	0,89	0,67	1,19	-0,10	0,15	0,90	0,67	1,21
RK: keine Kinder (unter 18)	728																					0(a)	.			
Soziale Unterstützung																										
keine Person	16											0,80	0,48	2,23	0,88	5,67	0,85	0,48	2,34	0,91	6,04	0,79	0,49	2,21	0,85	5,72
eine Person	56											-0,29	0,27	0,75	0,44	1,27	-0,35	0,28	0,71	0,41	1,22	-0,30	0,28	0,74	0,43	1,27
RK: zwei und mehr Personen	1072																					0(a)	.			
Wohnort																										
Ostdeutschland	306											-0,22	0,15	0,80	0,59	1,08	-0,24	0,16	0,79	0,58	1,07	-0,16	0,16	0,85	0,62	1,16
RK: Westdeutschland	766																					0(a)	.			

Tabelle 12: Fortsetzung Tabelle 11

Frauen	Modell 1***					Modell 2***					Modell 3***					Modell 4***					Modell 5***				
	N	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI				
Zigarettenkonsum																									
regelmäßig	331													0,07	0,15	1,08	0,81	1,43	0,05	0,15	1,05	0,79	1,40		
gelegentlich	89													0,05	0,23	1,05	0,67	1,65	0,01	0,23	1,01	0,64	1,59		
Extraucher	190													0,32	0,17	1,38	0,99	1,93	0,26	0,17	1,30	0,93	1,82		
RK: Nieraucher	538																								
Sportliche Aktivität																									
kein Sport	452													0,14	0,13	1,15	0,89	1,49	0,15	0,13	1,16	0,90	1,50		
>2h/Woche	186													-0,54	0,17	0,58	0,42	0,81	-0,53	0,17	0,59	0,42	0,82		
RK: bis 2h/Woche	500																								
Schlafdauer																									
> 8 Stunden	167													0,28	0,17	1,32	0,95	1,83	0,31	0,17	1,37	0,98	1,90		
< 6 Stunden	27													1,08	0,37	2,94	1,42	6,09	1,03	0,37	2,80	1,35	5,81		
RK: 6 bis 8 Stunden	952																								
Vorsorgeuntersuchung																									
> 5 Jahren	1													-1,48	2,70	0,23	0,00	45,51	-0,59	2,72	0,55	0,00	114,79		
vor 1 bis 5 Jahren	21													-0,67	0,45	0,51	0,21	1,24	-0,36	0,46	0,70	0,28	1,73		
RK: in letzten 24 Monaten	292																								
Alkohol																									
														0,00	0,01	1,00	0,99	1,01	0,00	0,01	1,00	0,99	1,01		
BMI																									
														0,05	0,01	1,05	1,03	1,08	0,05	0,01	1,05	1,02	1,08		
Erkrankung																									
krank	1066																		1,12	0,24	3,06	1,91	4,89		
nicht krank	81																								
N Gesamt	1147																								
Pseudo R ² Nagelkerke		0,07				0,13				0,11				0,17					0,19						
Anpassungsgüte Pearson		0,98				0,15				0,99				1,00					1,00						
Parallelitätstest		0,46				0,35				0,00				0,48					0,10						

RK: Referenzkategorie; S: Schätzer; SE: Standardfehler; OR: Odds Ratio; 95% CI: Konfidenzintervall, untere und obere Grenze; AL: frühere Arbeitslosigkeit

Nicht dargestellt: Missings

Signifikanzniveau: *** p <0,001

Fett: signifikante Ergebnisse

Arbeitslose, Erwerbstätige, Hausfrauen und subjektive Gesundheit

Es ist davon auszugehen, dass einige Befragte des BGS 98 aus den Analysen ausgeschlossen werden, da sie nicht angegeben haben, arbeitslos gemeldet zu sein. Unklar ist, wie groß dieser Anteil generell und wie groß darunter der Anteil der Frauen ist. Sicherlich finden sich einige Frauen in der Kategorie „überwiegend Hausfrau“ wieder, da sie aus unter 2.1.1 dargelegten Gründen nicht arbeitslos gemeldet sind. Da sich die Erwerbssituation von Frauen gegenüber Männern sehr differenziert darstellt, wird im folgenden Abschnitt untersucht, inwieweit sich Unterschiede zwischen arbeitslosen Frauen und Hausfrauen ergeben. Auf eine Analyse mit Männern wird aufgrund der geringen Fallzahlen verzichtet.

Wird die Variable des Erwerbsstatus um den Status der Hausfrauen ergänzt, so zeigt sich, dass langzeit- als auch kurzzeitarbeitslose Frauen im Vergleich zu Erwerbstätigen ein größeres Risiko aufweisen, ihre Gesundheit schlechter einzuschätzen. Hausfrauen zeigen im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen außer im Modell 5 keine signifikanten Unterschiede bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit. Dort weisen sie ein geringeres Risiko einer weniger guten oder schlechten Gesundheit auf. Dargestellt werden die Ergebnisse in Tabelle 13.

Werden lediglich arbeitslose Frauen den Hausfrauen gegenüber gestellt, so zeigt sich, dass kurzzeitarbeitslose Frauen im Vergleich zu Hausfrauen ein größeres Risiko aufweisen, ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen. Keine Unterschiede bestehen gegenüber langzeitarbeitslosen Frauen. Die Ergebnisse werden nicht dargestellt.

Tabelle 13: Ergebnisse ordinaler Regressionen: Subjektive Gesundheit arbeitsloser Frauen und Hausfrauen im Vergleich zu Erwerbstätigen, Odds Ratios und Konfidenzintervalle

Frauen	N	Modell 1***					Modell 2***					Modell 3***					Modell 4***					Modell 5***				
		S	SE	OR	95% CI		S	SE	OR	95% CI		S	SE	OR	95% CI		S	SE	OR	95% CI		S	SE	OR	95% CI	
Alter		0,03	0,00	1,03	1,03	1,04	0,04	0,01	1,04	1,04	1,05	0,04	0,01	1,04	1,03	1,05	0,03	0,01	1,03	1,02	1,05	0,03	0,01	1,03	1,02	1,03
Erwerbsstatus																										
Langzeitarbeitslos	61	0,70	0,21	2,02	1,34	3,04	0,48	0,24	1,62	1,62	2,57	0,56	0,24	1,75	1,10	2,80	0,55	0,25	1,73	1,07	2,80	0,53	0,25	1,70	1,05	1,70
Kurzzeitarbeitslos	79	0,68	0,23	1,98	1,25	3,13	0,47	0,27	1,60	1,60	2,69	0,55	0,27	1,73	1,02	2,94	0,57	0,28	1,77	1,03	3,03	0,59	0,28	1,81	1,05	1,81
Erwerbstätig (AL > 12)	47	0,44	0,27	1,56	0,93	2,62	0,25	0,29	1,28	1,28	2,26	0,30	0,29	1,35	0,76	2,39	0,24	0,30	1,27	0,71	2,28	0,20	0,30	1,22	0,68	1,22
Hausfrauen	1526	0,13	0,10	1,14	0,93	1,39	-0,12	0,13	0,89	0,89	1,14	-0,13	0,14	0,88	0,67	1,14	-0,07	0,14	0,93	0,71	1,23	-0,06	0,14	0,94	0,71	0,94
RK: Erwerbstätig (AL < 12)	31																									
Schulbildung																										
Hauptschulabschluß	664						0,39	0,17	1,47	1,47	2,04	0,35	0,17	1,42	1,02	1,98	0,21	0,18	1,24	0,88	1,75	0,27	0,18	1,30	0,92	1,30
Mittlere Reife	728						0,06	0,15	1,06	1,06	1,42	0,06	0,15	1,07	0,80	1,43	-0,03	0,15	0,97	0,72	1,31	0,01	0,15	1,01	0,74	1,01
RK: Abitur	323																									
Bestel																										
sehr niedrig	250						1,37	0,43	3,95	3,95	9,22	1,40	0,44	4,07	1,73	9,58	1,40	0,44	4,03	1,69	9,63	1,44	0,45	4,20	1,75	4,20
niedrig	484						0,83	0,42	2,30	2,30	5,27	0,85	0,43	2,34	1,01	5,39	0,81	0,43	2,25	0,97	5,23	0,81	0,43	2,24	0,96	2,24
mittel	488						0,93	0,41	2,52	2,52	5,63	0,93	0,41	2,53	1,13	5,68	0,99	0,42	2,69	1,19	6,07	0,99	0,42	2,68	1,18	2,68
hoch	455						0,68	0,42	1,97	1,97	4,53	0,69	0,43	1,99	0,87	4,58	0,78	0,43	2,19	0,94	5,09	0,78	0,43	2,19	0,94	2,19
RK: sehr hoch	67																									
Äquivalenzeinkommen							-0,01	0,01	0,99	0,99	1,00	-0,01	0,01	0,99	0,98	1,00	-0,01	0,01	0,99	0,98	1,00	-0,01	0,01	0,99	0,98	0,99
Hauptverdnr																										
nicht Hauptverdiener	341						-0,17	0,14	0,85	0,85	1,11	-0,31	0,24	0,74	0,46	1,18	-0,33	0,24	0,72	0,44	1,16	-0,33	0,25	0,72	0,44	0,72
Hauptverdiener	1192						-0,19	0,18	0,83	0,83	1,17	-0,30	0,25	0,74	0,46	1,21	-0,33	0,25	0,72	0,44	1,18	-0,34	0,26	0,71	0,43	0,71
RK: Alleinverdiener	212																									
Famstand																										
verwitwet, alleine lebend	4											-0,73	0,38	0,48	0,23	1,01	-0,57	0,39	0,56	0,26	1,22	-0,55	0,39	0,58	0,27	0,58
alleine lebend	346											-0,07	0,20	0,93	0,62	1,39	-0,10	0,21	0,90	0,60	1,36	-0,08	0,21	0,92	0,61	0,92
RK: mit festem (Ehe)Partner	1390																									
Alleinerziehend																										
alleinerziehend	17											0,00	0,30	1,00	0,56	1,79	-0,02	0,30	0,98	0,54	1,78	-0,06	0,30	0,94	0,52	0,94
nicht alleinerziehend	757											-0,03	0,13	0,97	0,76	1,24	-0,03	0,13	0,97	0,75	1,25	-0,04	0,13	0,96	0,75	0,96
RK: keine Kinder (unter 18)	971																									
Soziale Unterstützung																										
keine Person	16											0,59	0,40	1,80	0,82	3,97	0,59	0,41	1,81	0,81	4,03	0,53	0,41	1,70	0,76	3,80
eine Person	71											-0,30	0,24	0,74	0,47	1,17	-0,38	0,24	0,68	0,43	1,09	-0,35	0,24	0,71	0,44	1,13
RK: zwei und mehr Personen	1652																									
Wohnort																										
Ostdeutschland	384											-0,11	0,14	0,89	0,67	1,19	-0,15	0,15	0,86	0,64	1,15	-0,07	0,15	0,93	0,70	1,25
RK: Westdeutschland	1279																									

Tabelle 14: Fortsetzung Tabelle 13

Frauen	Modell 1***					Modell 2***					Modell 3***					Modell 4***					Modell 5***				
	N	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI				
Zigarettenkonsum																									
regelmäßig	598													0,09	0,13	1,09	0,85	1,40	0,07	0,13	1,07	0,83	1,37		
gelegentlich	127													-0,04	0,21	0,96	0,63	1,46	-0,08	0,22	0,92	0,61	1,41		
Exraucher	434													0,19	0,14	1,21	0,92	1,60	0,13	0,14	1,14	0,86	1,51		
RK: Nieraucher	586																								
Sportliche Aktivität																									
kein Sport	690													0,18	0,12	1,19	0,95	1,50	0,19	0,12	1,21	0,97	1,52		
>2h/Woche	424													-0,50	0,15	0,61	0,45	0,81	-0,48	0,15	0,62	0,46	0,83		
RK: bis 2h/Woche	629																								
Schlafdauer																									
> 8 Stunden	174													0,11	0,13	1,12	0,86	1,44	0,15	0,13	1,16	0,89	1,50		
< 6 Stunden	76													0,90	0,36	2,46	1,23	4,95	0,85	0,36	2,33	1,16	4,69		
RK: 6 bis 8 Stunden	1492																								
Vorsorgeuntersuchung																									
> 5 Jahren	4													-0,27	1,73	0,76	0,03	22,87	0,08	1,79	1,08	0,03	36,10		
vor 1 bis 5 Jahren	54													-0,83	0,36	0,44	0,22	0,89	-0,60	0,37	0,55	0,27	1,13		
RK: in letzten 24 Monaten	236																								
Alkohol																									
														0,00	0,01	1,00	0,99	1,01	0,00	0,01	1,00	0,99	1,01		
BMI														0,04	0,01	1,04	1,02	1,07	0,04	0,01	1,04	1,02	1,07		
Erkrankung																									
krank	1415																		1,30	0,20	3,68	2,48	5,47		
nicht krank	329																								
N Gesamt	1745																								
Pseudo R² Nagelkerke		0,06				0,11				0,11				0,17					0,19						
Anpassungsgüte Pearson		0,92				0,99				0,99				1,00					1,00						
Parallelitätstest		0,52				0,02				0,01				0,14					0,09						

RK: Referenzkategorie; S: Schätzer; SE: Standardfehler; OR: Odds Ratio; 95% CI: Konfidenzintervall, untere und obere Grenze; AL: frühere Arbeitslosigkeit in Monaten

Nicht dargestellt: Missings

Signifikanzniveau: ***p<0,001

Fett: signifikante Ergebnisse

5.2.2 Arbeitslosigkeit und die Dimensionen des SF-36 nach Kontrolle von Einflussfaktoren

Aufgrund der deskriptiven Ergebnisse wird erwartet, dass nicht alle acht Dimensionen des SF-36 in der Regression signifikante Zusammenhänge zum Erwerbsstatus aufzeigen. Es werden jedoch alle Dimensionen auf den Zusammenhang mit dem Erwerbsstatus überprüft, da alle Dimensionen sehr stark mit dem allgemeinen selbst eingeschätzten Gesundheitszustand korrelieren.

Aus forschungspragmatischen Gründen wird auf ein blockweises Vorgehen, wie bei der ordinalen Regression vorgenommen, verzichtet. Die Überlegung, ein komprimiertes Modell mit nur wenigen Variablen anzuwenden, wird verworfen. Ergebnisse mit dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand in gekürzten Modellen zeigten weniger Erklärungskraft als das umfassendste Modell der ordinalen Regression (Modell 5). Es werden deshalb die Variablen des fünften Modells übernommen. Dieses Modell zeigt trotz Kontrolle wichtiger Variablen einen unabhängigen Effekt der Arbeitslosigkeit.

Bei den Modellen der linearen Regression zeigen sich bei allen Dimensionen des SF-36 Probleme mit der Kollinearität bei Erwerbsstatus, Schulbildung und Alter. Es wird jedoch darauf verzichtet, diese Variablen aus dem Modell zu entfernen, da das Modell ansonsten für die Fragestellung unbrauchbar wird. Diese Kollinearität wird bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt. Es wird demzufolge verzichtet, den genauen Effekt der jeweiligen Variablen zu benennen. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass die Koeffizienten lediglich die Richtung des Zusammenhangs angeben.

Erwerbsstatus und körperliche Funktionsfähigkeit

Bei der körperlichen Funktionsfähigkeit zeigt sich für Männer die Tendenz, dass Erwerbstätige diese besser einschätzen als Arbeitslose. Ostdeutsche Männer schätzen ihre körperliche Funktionsfähigkeit schlechter ein als Westdeutsche. Hauptverdiener zeigen eine Tendenz hin zu einer besseren Bewertung. Vorhandene Erkrankungen bewirken eine schlechtere Einschätzung. Höheres Alter geht mit einer schlechter bewerteten körperlichen Funktionsfähigkeit einher. Erklärt werden bei Männern 15,5% der Varianz. Gezeigt werden die Ergebnisse für Männer in den Tabelle 15 und Tabelle 16.

Tabelle 15: Erwerbsstatus und körperliche Funktionsfähigkeit, Männer

Männer	Nstd		Std Beta	T	p	95% CI		KIS	
	B	SE				Toleranz	VIF		
Erwerbsstatus	1,506	0,464	0,079	3,250	0,001	0,597	2,415	0,824	1,213
Alter	-0,292	0,034	-0,240	-8,660	0,000	-0,358	-0,226	0,637	1,571
Schulbildung	0,478	0,332	0,040	1,439	0,150	-0,173	1,129	0,639	1,565
Berufliche Stellung	1,148	0,450	0,067	2,551	0,011	0,266	2,031	0,720	1,389
Alleine lebend	-0,552	1,175	-0,017	-0,470	0,638	-2,856	1,751	0,392	2,550
Verwitwet	-3,914	6,123	-0,015	-0,639	0,523	-15,924	8,095	0,903	1,107
Alleinverdiener	1,854	1,430	0,046	1,297	0,195	-0,950	4,658	0,395	2,529
Nebenverdiener	1,897	0,864	0,057	2,196	0,028	0,203	3,592	0,731	1,367
Alleinerziehend	0,886	3,221	0,007	0,275	0,783	-5,431	7,204	0,853	1,172
Nicht Alleinerziehend	-1,786	0,732	-0,067	-2,440	0,015	-3,221	-0,350	0,646	1,549
Soziale Unterstützung	-0,784	0,952	-0,019	-0,824	0,410	-2,651	1,083	0,957	1,045
Ostdeutschland	-2,172	0,760	-0,068	-2,859	0,004	-3,662	-0,682	0,863	1,158
Raucher	,294	,242	,028	1,217	,224	-,180	,768	,910	1,098
Sport	0,294	0,242	0,028	1,217	0,224	-0,180	0,768	0,910	1,098
Schlafdauer	0,980	0,347	0,065	2,820	0,005	0,298	1,661	0,929	1,076
Vorsorge	0,821	0,476	0,039	1,723	0,085	-0,113	1,755	0,970	1,031
Alkohol	0,221	0,280	0,018	0,790	0,430	-0,328	0,771	0,970	1,031
Einkommen	-0,003	0,011	-0,007	-0,293	0,770	-0,025	0,019	0,960	1,042
BMI	-,365	,082	-,105	-4,434	0,000	-,527	-,204	,882	1,133
Erkrankung	3,938	,763	,117	5,160	0,000	2,441	5,434	,954	1,048

Ost: Ostdeutschland, West: Westdeutschland

SE: Standardfehler, 95% CI: Konfidenzintervall für B

nstd: nichtstandardisierte Koeffizienten, std: standardisierte Koeffizienten, KIS: Kollinearitätsstatistik

Fett: signifikante Ergebnisse**Tabelle 16:** Modellgüte zu Tabelle 15

Modellzusammenfassung Männer								
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers				
1		0,408	0,167	0,155	12,102			
ANOVA								
Modell		QS	df	MdQ	F	p		
1	Regression	49755,185		23,000	2163,269	14,771	0,000	
	Residuen	248732,451		1698,387	146,452			
	Gesamt	298487,636		1721,387				

QS: Quadratsumme, MdQ: Mittel der Quadrate

Auch bei Frauen ist der Erwerbsstatus mit der Einschätzung dieser Dimension signifikant verbunden. Dabei wirkt Erwerbstätigkeit protektiv. Höheres Alter zeigt ebenso wie bei Männern eine schlechtere Einschätzung der körperlichen Funktionsfähigkeit. Keine bestehende Erkrankung wiederum wirkt sich in einem höheren Punktescore aus. Für Frauen werden 15,5% der Varianz erklärt.

Tabelle 17: Erwerbsstatus und körperliche Funktionsfähigkeit, Frauen

Frauen	Nstd		Std Beta	T	p	95% CI		KIS	
	B	SE				Toleranz	VIF		
Erwerbsstatus	1,273	0,565	0,068	2,254	0,024	0,165	2,382	0,801	1,249
Alter	-0,353	0,046	-0,249	-7,606	0,000	-0,445	-0,262	0,684	1,462
Schulbildung	0,828	0,535	0,051	1,546	0,122	-0,223	1,878	0,683	1,463
Berufliche Stellung	0,972	0,683	0,046	1,423	0,155	-0,368	2,312	0,699	1,430
Alleine lebend	2,377	1,597	0,064	1,488	0,137	-0,757	5,511	0,394	2,536
Verwitwet	-9,723	3,272	-0,090	-2,971	0,003	-16,144	-3,303	0,801	1,248
Alleinverdiener	2,053	1,859	0,051	1,104	0,270	-1,594	5,701	0,345	2,899
Nebenverdiender	2,354	1,187	0,058	1,983	0,048	0,025	4,683	0,849	1,178
Alleinerziehend	8,789	5,576	0,043	1,576	0,115	-2,152	19,730	0,988	1,012
Nicht Alleinerziehend	-1,826	2,673	-0,022	-0,683	0,495	-7,071	3,419	0,708	1,412
Soziale Unterstützung	1,157	1,076	0,036	1,075	0,282	-0,954	3,268	0,671	1,491
Ostdeutschland	-0,505	1,287	-0,011	-0,392	0,695	-3,030	2,020	0,971	1,030
Raucher	0,441	0,347	0,036	1,269	0,205	-0,241	1,123	0,899	1,112
Sport	0,485	0,475	0,029	1,020	0,308	-0,447	1,416	0,928	1,078
Schlafdauer	0,678	0,605	0,031	1,121	0,263	-0,509	1,864	0,956	1,046
Vorsorge	0,950	0,328	0,079	2,899	0,004	0,307	1,593	0,974	1,026
Alkohol	-0,014	0,042	-0,009	-0,318	0,750	-0,097	0,070	0,909	1,100
Einkommen	0,020	0,054	0,013	0,368	0,713	-0,087	0,127	0,568	1,760
BMI	-0,470	0,092	-0,148	-5,088	0,000	-0,652	-0,289	0,869	1,150
Erkrankung	6,463	1,700	0,105	3,802	0,000	3,128	9,799	0,959	1,043

SE: Standardfehler, 95% CI: 95% Konfidenzintervall für B, obere und untere Grenze

nstd: nichtstandardisierte Koeffizienten, std: standardisierte Koeffizienten, KIS: Kollinearitätsstatistik

Fett: signifikante Ergebnisse**Tabelle 18:** Modellgüte zu Tabelle 17

Modellzusammenfassung Frauen							
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers			
1	0,415	0,172	0,155	14,434			
ANOVA							
Modell	QS	df	MdQ	F	p		
1 Regression	48999,887		23,000	2130,430	10,226	0,000	
Residuen	235619,852		1130,983	208,332			
Gesamt	284619,739		1153,983				

QS: Quadratsumme, MdQ: Mittel der Quadrate

Erwerbsstatus und allgemeine Gesundheitswahrnehmung

Je weniger Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit oder in der aktuellen Situation erlebt wurde bzw. wird, desto besser schätzen Männer die allgemeine Gesundheitswahrnehmung ein. Höheres Alter beeinflusst bei Männern die allgemeine Gesundheitswahrnehmung negativ. Eine gute Schulbildung wirkt für Männer protektiv. Regelmäßige sportliche Aktivität, ausreichend Schlaf, ein höheres Einkommen, ein niedriger BMI sowie keine Erkrankung sind mit einer besseren Einschätzung der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung verbunden. Erstaunlicherweise wirkt ebenso ein höherer Alkoholkonsum leicht positiv auf die Gesundheitswahrnehmung. Die Ergebnisse für Männer werden in Tabelle 19 und Tabelle 20 gezeigt. 11,2% der Varianz werden durch das Modell erklärt. Der Erwerbsstatus von Frauen zeigt keinen signifikanten Zusammenhang auf die allgemeine Gesundheitswahrnehmung und wird deshalb nicht dargestellt.

Tabelle 19. Erwerbsstatus und allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Männer

Männer	Nstd		Std Beta	T	p	95% CI		KIS	
	B	SE				Toleranz	VIF		
Erwerbsstatus	1,314	0,587	0,056	2,239	0,025	0,163	2,465	0,824	1,214
Alter	-0,248	0,043	-0,166	-5,809	0,000	-0,332	-0,164	0,636	1,573
Schulbildung	1,440	0,420	0,097	3,426	0,001	0,616	2,265	0,639	1,566
Berufliche Stellung	0,346	0,570	0,016	0,607	0,544	-0,771	1,463	0,720	1,388
Alleine lebend	0,104	1,487	0,003	0,070	0,944	-2,813	3,020	0,393	2,546
Verwitwet	7,322	7,750	0,023	0,945	0,345	-7,878	22,523	0,903	1,107
Alleinverdiener	-0,110	1,810	-0,002	-0,061	0,951	-3,661	3,440	0,396	2,524
Nebenverdiender	0,253	1,094	0,006	0,232	0,817	-1,891	2,398	0,731	1,367
Alleinerziehend	1,841	4,077	0,011	0,452	0,652	-6,156	9,838	0,853	1,172
Nicht Alleinerziehend	-1,589	0,927	-0,049	-1,715	0,087	-3,407	0,228	0,646	1,548
Soziale Unterstützung	1,004	1,193	0,020	0,842	0,400	-1,336	3,343	0,959	1,043
Ostdeutschland	-3,040	0,964	-0,077	-3,155	0,002	-4,929	-1,150	0,863	1,158
Raucher	0,343	0,306	0,027	1,120	0,263	-0,258	0,944	0,910	1,099
Sport	1,656	0,440	0,089	3,762	0,000	0,793	2,520	0,929	1,076
Schlafdauer	1,447	0,604	0,055	2,397	0,017	0,263	2,631	0,970	1,031
Vorsorge	0,478	0,355	0,031	1,345	0,179	-0,219	1,174	0,969	1,032
Alkohol	1,848	0,408	0,098	4,527	0,000	1,048	2,649	0,954	1,048
Einkommen	0,187	0,044	0,127	4,215	0,000	0,100	0,274	0,571	1,750
BMI	-0,031	0,104	-0,007	-0,298	0,765	-0,236	0,174	0,882	1,134
Erkrankung	4,991	0,967	0,120	5,164	0,000	3,095	6,887	0,955	1,048

SE: Standardfehler, 95% CI: 95% Konfidenzintervall für B, unter und obere Grenze;

nstd: nichtstandardisierte Koeffizienten, std: standardisierte Koeffizienten, KIS: Kollinearitätsstatistik

Fett: signifikante Ergebnisse

Tabelle 20: Modellgüte zu Tabelle 19

Modellzusammenfassung Männer							
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers			
1	0,351	0,123	0,112	15,317			
ANOVA							
Modell		QS	df	MdQ	F	p	
1	Regression	56024,505		23,000	2435,848	10,382	0,000
	Residuen	398038,219		1696,497	234,624		
	Gesamt	454062,724		1719,497			

QS: Quadratsumme, MdQ: Mittel der Quadrate

Die Dimensionen körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit und emotionale Rollenfunktion zeigen für Männer und Frauen keinen signifikanten Zusammenhang zum Erwerbsstatus und werden deshalb nicht dargestellt.

6 Diskussion

In diesem Kapitel wird die Fragestellung der Arbeit anhand der oben gezeigten Ergebnisse im Einzelnen diskutiert. Insbesondere werden dabei die Ergebnisse mit den Hypothesen verglichen und dem Forschungsstand gegenübergestellt. Abschließend wird ein Ausblick hinsichtlich der Public-Health Relevanz der Ergebnisse gegeben.

Ziel der Arbeit ist, die besondere Belastung arbeitsloser Männer und Frauen im Vergleich zu Erwerbstätigen anhand des selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitsstatus sowie der Dimensionen des SF-36 zu untersuchen.

Vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren kontinuierlich hohen Arbeitslosigkeit innerhalb Deutschlands und den damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen entsteht diese Arbeit. Durch die geplanten Reformen der Bundesagentur für Arbeit, die sich hauptsächlich auf die Leistungen im Fall der Arbeitslosigkeit und vor allem im Fall der Langzeitarbeitslosigkeit beziehen, gewinnt die vorliegende Arbeit zusätzlich an Aktualität.

Aufgrund der Informationen zur gesundheitlichen Situation, zu gesundheitlich relevanten Verhaltensweisen sowie der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen der erwachsenen Wohnbevölkerung der BRD liefert der BGS 98 ein breites Spektrum an Informationen zur Gesundheit (Bellach 1999). Zudem wird erstmals auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst (Ellert/Bellach 1999), worin körperliche, psychische und soziale Komponenten von Gesundheit berücksichtigt werden. Diese Arbeit bietet somit gute Informationen zur gesundheitlichen Situation von Arbeitslosen, und zeigt dadurch (gesundheits-) politischen Handlungsbedarf auf. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Bedingung der Repräsentativität der analysierten Gruppe der Arbeitslosen theoretisch erfüllt wird (Thode 2001), da es sich bei der Untersuchungspopulation des BGS 98 um eine repräsentative Stichprobe für die BRD handelt. Es ist jedoch anzumerken, dass die Arbeitslosenquote mit 9,1% (ebd.) im BGS 98 tatsächlich deutlich unterschätzt wird, im Vergleich mit der Arbeitslosenquote von 12,3% (Arbeitsagentur 2004f) im Jahr 1998 in der BRD.

Den Ergebnissen dieser Arbeit liegt die Definition von Arbeitslosigkeit durch die Bundesagentur für Arbeit zugrunde. Die Entscheidung zugunsten dieser Definition erfolgt aus pragmatischen Gründen, da die Erfassung der Erwerbstätigkeit im BGS 98 an diese angelehnt ist. Wie

bereits unter 2.1.1 dargestellt, schließt diese Erfassung der Arbeitslosigkeit einen großen Personenkreis („Stille Reserve“) aus. Diese Schwierigkeit wird durch das Einbeziehen von Teilnehmern an ABM ansatzweise gelöst²¹. Ein Problem der Untererfassung besteht weiter hinsichtlich der Frauenarbeitslosigkeit (vgl. hierzu Brinkmann 1991). Möglicherweise erklärt eine Untererfassung der Frauenarbeitslosigkeit die oft nicht signifikanten Ergebnisse dieser Arbeit für Frauen, wie z.B. bei den meisten Dimensionen des SF-36. Erwerbsbiographien von Frauen sind durch Unterbrechungen u.a. aufgrund von Familienphasen gekennzeichnet (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend 2002). Insgesamt sind sie deshalb oft kürzer als die Erwerbstätigkeit von Männern. Es wird z.T. diskutiert, dass Frauen bei Wegfall der Arbeit auf die Alternativen „Hausfrau“ und „Mutter“ zurückgreifen können. Deshalb seien sie von Arbeitslosigkeit nicht gleichermaßen belastet wie Männer (ebd.). Da diese Rollen jedoch anderweitige gesundheitliche Belastungen mit sich bringen ist es schwierig, diese Folgen von den Auswirkungen der Arbeitslosigkeit zu trennen (Mohr 1997). Die Studie von Brinkmann (1991) zeigt nur geringe Unterschiede in der gesundheitlichen Belastung von Frauen der Stillen Reserve und arbeitslosen Frauen. Frauen, die ihre Erwerbstätigkeit aus privaten Gründen aufgegeben hatten, gaben im Vergleich zu den vorgenannten Gruppen geringere psychosoziale Belastungen an. Um die Stille Reserve von Frauen mit in den Analysen zu berücksichtigen, wird deshalb auch die gesundheitliche Situation von Hausfrauen analysiert.

Die subjektive Gesundheit, welche in der vorliegenden Arbeit mit der Bewertung der Frage nach dem aktuellen Gesundheitszustand sowie anhand der Skala des SF-36 erhoben wird, scheint ein geeignetes Instrument zu sein, die Gesundheit bestimmter Gruppen zu erfassen (siehe hierzu Kapitel 2.2 sowie 3). Die Erklärungskraft (Pseudo-R²) der ordinalen Regressionsmodelle variiert bei den einzelnen Modellen und liegt jeweils zwischen 10 und 20% und ist damit eher gering. Dies bedeutet wiederum dass 80% und mehr des Risikos einer weniger guten oder schlechten Gesundheit durch die miteinbezogenen Variablen nicht erklärt wird. Die subjektive Gesundheit stellt ein umfassendes Konzept dar und beinhaltet verschiedenste in dieser Arbeit nicht überprüfbare Dimensionen und Determinanten. Durch diese nicht erfassten Bereiche wird die geringe Erklärungskraft plausibel. Dennoch besteht eine mehr als deutliche Tendenz, dass Langzeitarbeitslosigkeit einen eigenständigen Effekt auf die Einschätzung der subjektiven Gesundheit zeigt.

²¹ Da diese Analysen jedoch über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen, wird dieser Zusammenhang lediglich im Anhang dargestellt.

Alle gerechneten Modelle zeigen eine schlechtere subjektive Gesundheit arbeitsloser Männer und Frauen im Vergleich zu Erwerbstätigen auf. Somit wird die erste Hypothese (I) bestätigt und lässt sich in den Forschungsstand einreihen (Bammann/Helmert 2000; Bartley et al. 2001; Berth et al. 2003; Elstad/Krokstad 2003). Trotz der vielen kontrollierten Variablen zeigt Arbeitslosigkeit auch einen eigenständigen signifikanten negativen Effekt auf die Dimensionen des SF-36. Dabei wird die Einschätzung der körperlichen Funktionsfähigkeit bei Männern und Frauen und die Einschätzung der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung (SF-36) bei Männern von Arbeitslosigkeit beeinflusst. Unklar bleibt, weshalb sich kein Einfluss bei den weiteren Dimensionen des SF-36 zeigt. Möglicherweise könnte dies damit zusammenhängen, dass Arbeitslose weniger Angaben zur körperlichen und emotionalen Rollenfunktion machen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Frage nach bewältigten Aufgaben in Zusammenhang zur Erwerbstätigkeit verstanden und damit von Arbeitslosen nicht beantwortet wird.

Es könnte jedoch sein, dass Arbeitslose bereits vor der Arbeitslosigkeit eine insgesamt schlechtere Gesundheit aufweisen. Die deskriptiven Ergebnisse deuten darauf hin. Dies könnte den signifikanten Einfluss der Arbeitslosigkeit auf die Dimensionen der körperlichen Funktionsfähigkeit und der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung in Abgrenzung gegenüber den anderen Dimensionen erklären. Eine beeinträchtigte körperliche Funktionsfähigkeit ist vermutlich eher auf tatsächliche Erkrankungen oder Behinderungen zurückzuführen. Da es sich jedoch um Querschnittsdaten handelt, kann die Ursache hierfür nicht geklärt werden.

Die Ergebnisse des SF-36 im Einzelnen werden zusammen mit den Ergebnissen des selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitsstatus diskutiert. Dieses Vorgehen erscheint gerechtfertigt, da die Ergebnisse der Einzelfrage dadurch ergänzt und vertieft werden.

Die Hypothese, dass sich die Einschätzung der Gesundheit nach Dauer der Arbeitslosigkeit unterscheidet, wird bestätigt (Ia). Dies geschieht jedoch anders als inhaltlich erwartet. Nur Langzeitarbeitslose zeigen im Vergleich zu Erwerbstätigen ein höheres Risiko, ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen, nicht jedoch Kurzzeitarbeitslose. Keine Unterschiede in der Einschätzung der eigenen Gesundheit bestehen zwischen den beiden Gruppen Erwerbstätiger. Die Hypothesen, dass auch hier Unterschiede bestünden und dass vor allem Erwerbstätige mit längeren Arbeitslosigkeitsphasen ihre Gesundheit schlechter einschätzen (Ib und Ic) werden demzufolge verworfen, obwohl sich in der Deskription deutliche Unterschiede zeigen.

Werden die sozioökonomischen Statusvariablen kontrolliert (Modell 2), verringert sich der Einfluss der Arbeitslosigkeit auf die subjektive Gesundheit erheblich. Der sozioökonomische Status hat bei Männern und Frauen also einen hohen Erklärungswert. Auch dieses Ergebnis lässt sich in den Forschungsstand einordnen (Bammann/Helmert 2000; Berth et al. 2003).

Geringe Schulbildung zeigt für Männer einen zusätzlichen signifikanten Einfluss auf die subjektive Gesundheit, nicht jedoch für Frauen. So weisen Männer mit niedriger Schulbildung im Vergleich zu Abiturienten ein höheres Risiko auf, ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen. Damit wird Hypothese II unterstützt.

Eine niedrige berufliche Stellung zeigt für Männer einen beinahe ebenso großen Effekt auf die Einschätzung der Gesundheit wie die Langzeitarbeitslosigkeit. Bei Frauen ist der separate Effekt der beruflichen Stellung sogar noch deutlich höher als der Effekt der Langzeitarbeitslosigkeit. Die jeweiligen Konfidenzintervalle überschneiden sich jedoch.

Das Äquivalenzeinkommen zeigt keinen eigenen Effekt auf die Einschätzung der subjektiven Gesundheit. Werden Hausfrauen mit Erwerbstätigen und Arbeitslosen verglichen, ist zu beobachten, dass das Einkommen in Modell 5 einen eigenständigen Effekt auf die subjektive Gesundheit ausübt. Dabei wirkt höheres Einkommen leicht protektiv. Bei der Einschätzung der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung (SF-36) zeigt sich der protektive Effekt eines höheren Einkommens noch deutlicher. Ein höheres Einkommen ist bei Männern mit einem höheren Punktescore assoziiert.

Kein Effekt zeigt sich bei den Modellen der allgemeinen selbst eingeschätzten Gesundheit für den Status Hauptverdiener. Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse von Grobe und Schwartz (2003). Diese berücksichtigen in ihren Analysen Haupt- und Nebenverdiener, jedoch keine „Alleinverdiener“, also Personen, die alleine leben. Dies ist m.E. die Ursache dafür, dass in den Analysen bei den Arbeitslosen, trotz Arbeitslosigkeit, ein Großteil der Männer als Hauptverdiener eingeordnet werden. Somit erklärt sich der dort gefundene starke Effekt des Hauptverdienerstatus.

Arbeitslosigkeit übt nach Kontrolle dieser Variablen weiterhin einen eigenständigen negativen Effekt sowohl auf die subjektive Gesundheit als auch auf die körperliche Funktionsfähigkeit aus. Damit wird die eingangs aufgeworfene Hypothese bestätigt, dass trotz Kontrolle von Bildung die Gesundheit Arbeitsloser im Vergleich zu Erwerbstätigen weiterhin schlechter ist (IIa). Die Annahme, dass sich der Einfluss der Arbeitslosigkeit auf die subjektive Gesundheit bei Männern und Frauen nach Kontrolle von Bildung verringert (Hypothese IIb) bestätigt sich.

Auch nach Kontrolle der soziodemographischen und sozialen Situation zeigt Arbeitslosigkeit weiterhin signifikante Auswirkungen auf eine schlechte subjektive Gesundheit (Modell 3). Bei Männern verringert sich der Effekt der Arbeitslosigkeit auf die subjektive Gesundheit und bestätigt damit die entsprechende Hypothese (IV).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Ost- und Westdeutschen variiert und unterstützt somit Hypothese III. Dabei schätzen ostdeutsche Männer und Frauen ihre körperliche Funktionsfähigkeit schlechter ein. Ebenso wird die allgemeine Gesundheitswahrnehmung (SF-36) von ostdeutschen Männern schlechter bewertet.

Wird der Effekt des Erziehungsstatus „Alleinerziehend“ auf die Einschätzung der Gesundheit kontrolliert, zeigen sich keine signifikanten Auswirkungen auf die Gesundheit. Möglicherweise lassen sich die nicht signifikanten Ergebnisse bei der allgemeinen selbst eingeschätzten Gesundheit durch die Altersstruktur des Datensatzes und der Arbeitslosen erklären. Kinder unter 18 Jahren sind bei Arbeitslosen weniger vertreten. Da Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen ein höheres Alter aufweisen, liegt die Vermutung nahe, dass wenn Kinder vorhanden sind, diese in einem Alter sind, in welchem der elterliche Haushalt bereits verlassen wurde. Lediglich bei Bewertung der körperlichen Funktionsfähigkeit bei Männern weisen Alleinerziehende einen niedrigeren Punktescore auf. Dass sich ausgerechnet bei Männern der Status alleinerziehend bei der Einschätzung der körperlichen Funktionsfähigkeit auswirkt, verwundert etwas. Aufgrund der geringen Fallzahlen wird von einer Interpretation Abstand genommen.

Entgegen der Erwartungen tragen Unterschiede im Gesundheitsverhalten nur wenig zu den beobachteten Variationen der subjektiven Gesundheit bei (Modell 4). Der negative separate Effekt von Arbeitslosigkeit bleibt auch nach Kontrolle des Gesundheitsverhaltens weiterhin bestehen. Bei Männern zeigen auch geringe Schulbildung sowie niedrige berufliche Stellung weiterhin einen eigenen Einfluss.

Dass regelmäßige sportliche Aktivität bei Frauen keinen signifikanten Effekt auf die subjektive Gesundheit zeigt, hängt möglicherweise mit der Erfassung dieser Variablen zusammen. Es wird danach gefragt, wie oft Sport getrieben wird. Frauen treiben im Vergleich zu Männern generell eher weniger Sport. Sie erledigen aber viele Aufgaben im Alltag, die mit körperlicher Aktivität verbunden sind, bezeichnen dies jedoch nicht als Sport. Männer hingegen treiben eher gezielt Sport in Vereinen o.ä.. Um einen Vergleich dieses unterschiedlichen Angabeverhaltens zu ermöglichen, sollte möglicherweise besser die Aussage verwendet werden, wie viele Stunden am Tag mit welcher Aktivität verbracht werden.

Der Alkoholkonsum zeigt für Männer und Frauen keinen signifikanten Einfluss auf die Einschätzung der subjektiven Gesundheit. Da der Alkoholkonsum jedoch durch Selbstangaben erfasst wird, kann vermutet werden, dass es zu einer Untererfassung kommt. Zum einen besteht die Problematik der Erfassung durch vorgegebene Kategorien, wie unter 4.2.5 diskutiert. Weiter kann davon ausgegangen werden, dass Hochrisikokonsumenten nicht ausreichend erfasst werden. Menschen mit bestehender Alkoholproblematik tendieren dazu, diese sowohl sich selbst als auch anderen gegenüber herunterzuspielen und zu verharmlosen. Möglicherweise wirkt sich dies entsprechend auf die Selbstangaben aus. Grobe und Schwartz (2003) weisen bei Krankenhaustagen arbeitsloser Männer nach, dass ein großer Anteil davon zu Lasten der Behandlung einer bestehenden Alkoholproblematik geht.

Ein höherer Alkoholkonsum zeigt bei Männern einen positiven Zusammenhang auf die Einschätzung der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung (SF-36). Ein höherer Alkoholkonsum ist mit einem höheren Punktescore assoziiert. Zugleich zeigt diese Variable eine sehr hohe Kollinearität. Eine Interpretation ist somit problematisch und wird daher nicht vorgenommen. Bei Frauen zeigen längst nicht so viele Variablen des Gesundheitsverhaltens einen Einfluss auf die subjektive Gesundheit. Dies ist möglicherweise auf ein besseres Gesundheitsverhalten von Frauen zurückzuführen. Das gesundheitsrelevante Verhalten erklärt nur einen kleinen Teil der Variation in der Einschätzung der eigenen Gesundheit bei Männern und Frauen.

Wird zusätzlich zu den verschiedenen Aspekten der Lebenssituation und des Lebensstils auch nach Erkrankungen kontrolliert (Modell 5), zeigt sich, dass der Effekt der Arbeitslosigkeit auf eine schlechte subjektive Gesundheit weiterhin bestehen bleibt. Subjektive Gesundheit kann als Indikator für die so genannte „objektive Gesundheit“ betrachtet werden (vgl. hierzu 2.2.2 sowie 2.2.4). Trotzdem erklären die einbezogenen Erkrankungen nur zu einem Teil die schlechtere subjektive Gesundheit Arbeitsloser. Arbeitslosigkeit scheint also tatsächlich einen eigenständigen Effekt auf die Einschätzung der subjektiven Gesundheit auszuüben. Dieses Ergebnis wird auch durch den SF-36 repliziert. Damit bestätigt sich Hypothese V.

Die letzte Hypothese (VI) schließlich, welche maßgeblich für getrennte Analysen von Männern und Frauen verantwortlich ist, kann hier nur teilweise bestätigt werden. Es bestehen bei allen Modellen deutliche Geschlechtsunterschiede, was diese Trennung auch im Nachhinein rechtfertigt. Obwohl Frauen ihre Gesundheit generell schlechter einschätzen als Männer, vgl. hierzu 2.2.2, zeigen sich die gefundenen Risiken nicht so deutlich wie bei Männern.

Zusammenfassung und Ausblick

Arbeitslosigkeit zeigt in der vorliegenden Arbeit bei Männern und Frauen deutliche Effekte auf den allgemeinen selbst eingeschätzten Gesundheitszustand, auf die körperliche Funktionsfähigkeit sowie bei Männern auch auf die allgemeine Gesundheitswahrnehmung des SF-36. Auch nach Kontrolle verschiedenster Einflussfaktoren sowie der „objektiven“ Gesundheit bleibt der Effekt der Langzeitarbeitslosigkeit bestehen. Neben einer schlechten Schulbildung sowie einer niedrigen beruflichen Stellung stellt Arbeitslosigkeit ein großes Risiko für die Gesundheit dar. Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen sich somit in den Forschungsstand einordnen. In der vorliegenden Arbeit erklärt das gesundheitsrelevante Verhalten nur einen geringen Teil des Effekts auf die subjektive Gesundheit.

Berücksichtigt man die Annahme, dass Arbeitslosigkeit in den vorhandenen Daten untererfasst wird, stellen sich die gefundenen Ergebnisse in der Realität vermutlich noch deutlicher dar. Um Personen der „Stillen Reserve“ ansatzweise zu erfassen, werden zusätzlich Hausfrauen mit arbeitslosen und erwerbstätigen Frauen verglichen. Dabei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede der Einschätzung der eigenen Gesundheit, wenn nur Arbeitslose mit Hausfrauen verglichen werden.

Die vorliegende Masterarbeit kann aufgrund der Beschaffenheit der Daten keine Antwort auf die Wirkungsrichtung zwischen Arbeitslosigkeit und subjektiver Gesundheit geben. Unabhängig davon, ob nun Selektions- oder Kausaleffekte stärker wirken, zeigt die vorliegende Untersuchung starke gesundheitliche Belastungen Arbeitsloser und insbesondere Langzeitarbeitsloser. Aus diesen Ergebnissen lässt sich Handlungsbedarf für die Politik und speziell für die Gesundheitspolitik ableiten:

Zum einen sollte die *Situation kranker Arbeitnehmer* verbessert werden. Die körperliche Funktionsfähigkeit, welche starke gesundheitliche Beeinträchtigungen abbildet, wird von Arbeitslosen schlechter eingeschätzt. Die vorliegenden Ergebnisse deuten möglicherweise darauf hin, dass Arbeitslose bereits vor Eintreten der Arbeitslosigkeit eine schlechtere Gesundheit aufweisen könnten. Da eine schlechte Gesundheit Arbeitslosigkeit zur Folge haben kann, wäre es auf jeden Fall wünschenswert, wenn diese Selektionseffekte unterbrochen werden.

Des weiteren sollte die *gesundheitliche Situation arbeitsloser Menschen* und insbesondere *Langzeitarbeitsloser* verbessert werden. Die vorliegende Arbeit zeigt deutliche gesundheitliche Einschränkungen besonders von Langzeitarbeitslosen auf.

Unter diesem Aspekt gewinnt das Gesundheitsmodernisierungsgesetz neue Brisanz. Bisher waren Empfänger von Arbeitslosenhilfe Empfängern von Sozialhilfe gleichgestellt und somit von der Zuzahlung bei Arzneimitteln etc. befreit. Durch die Neuregelungen besteht zwar für alle Versicherten die Möglichkeit, einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung zu stellen, auch für die neu eingeführte Praxisgebühr. Die Belastungsgrenze liegt jedoch bei 2% der Bruttojahreseinnahmen²². Dies bedeutet, dass 2% an Zuzahlungen geleistet werden müssen, bevor eine Befreiung der zukünftig entstehenden Kosten möglich ist. Für Empfänger von Arbeitslosenhilfe, deren Einkommen bisher bereits deutlich unter dem Einkommen von Empfängern von Arbeitslosengeld lag, stellt dies eine besondere Härte dar. Die geplanten Reformen der Bundesagentur sehen eine Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe vor. Dabei werden die Lohnersatzleistungen nicht mehr abhängig vom letzten Nettogehalt berechnet. Es erfolgt eine pauschale Auszahlung. Empfänger dieser neuen Arbeitslosenhilfe müssen nun von diesem Betrag ihre Zuzahlungen der gesundheitlichen Versorgung leisten. Beide gesetzliche Regelungen wirken sich auf finanziell benachteiligte Personen generell ungünstig aus. Bedenkt man, dass sich Langzeitarbeitslose offenbar durch eine deutlich schlechtere Gesundheit auszeichnen, sollten *finanzielle Ausnahmeregelungen* für diese Personen gefunden werden.

Des weiteren wären *gesundheitliche Interventionsmaßnahmen* hilfreich, die sich gezielt an diese belastete Gruppe wenden. Möglicherweise könnte dies auch im Rahmen der Präventionsvorschriften des § 20 SGB V erfolgen. Hier wird explizit vorgeschrieben, dass „Leistungen zur Primärprävention (...) den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ sollen (Krauskopf 2004). Bisher existieren kaum spezielle *Angebote der Gesundheitsversorgung* für die belastete Gruppe der Arbeitslosen. Elkeles stellt fest, dass „Die geringe Wahrnehmung der gesundheitlichen Probleme Arbeitsloser durch die professionellen Gesundheitsberufe [...] ein qualitatives Versorgungsdefizit [darstellt], dem zunächst einmal mit Informationsvermittlung zu begegnen ist.“ (2003: 659). Dabei wird von ihm angeführt, dass sich auf regionaler Ebene durchgeführte Beratungs- und Unterstützungsleistungen stabilisierend auf Arbeitslose auswirkten. Es sei dabei jedoch zu beachten, dass die Hilfeangebote durch entsprechend sensibles Vorgehen der Anbieter bei den Arbeitslosen Akzeptanz finden (ebd.). Speziell für Arbeitslose ausgerichtete Einrichtungen könnten über gesundheitliche Anliegen hinaus auch die

²² Eine Ausnahme bildet die Gruppe chronisch Kranker, hier liegt die Belastungsgrenze bei 1% der Bruttojahreseinnahmen.

Anliegen von Arbeitslosen in der Öffentlichkeit vertreten. Besonders erfolgreich zeigten sich auch *sozialpädagogische Maßnahmen*, welche auf die Realität am Arbeitsplatz ausgerichtet sind (Kieselbach 1999). Diese Maßnahmen sollten sich aus Beschäftigung, Qualifizierung und Sozialbetreuung zusammensetzen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit deuten darauf hin, dass spezielle Angebote für Langzeitarbeitslose, v.a. aber auch Angebote für Arbeitslose mit geringer Bildung geschaffen werden sollten.

Im Sinne von Public-Health könnte die Vermeidung von Arbeitslosigkeit als Primärprävention, und die Vermeidung von Langzeitarbeitslosigkeit als Sekundärprävention betrachtet werden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es besonders wichtig wäre, das Eintreten von Langzeitarbeitslosigkeit zu verhindern. Da das gesundheitsrelevante Verhalten nur einen geringen Teil einer schlechteren subjektiven Gesundheit erklärt, sollte Verhältnisprävention – Vermeidung und Verringerung von Arbeitslosigkeit – vor Verhaltensprävention an erster Stelle stehen. Um dies zu erreichen, müsste der Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt erleichtert werden. Franz (1998) fordert daher vermehrt arbeitsmarktpolitische Maßnahmen für Problemgruppen. Als besonders unterstützenswerte Gruppen zeigen sich in dieser Arbeit Menschen mit niedriger bzw. schlechter Bildung und Qualifikation. Obwohl es die vorliegenden Daten nur deskriptiv zeigen, zählen auch Frauen zu den von Arbeitslosigkeit besonders belasteten Gruppen. Weiter unterstützt die Arbeitslosenquote die Forderung nach verstärkten, regionalbezogenen Maßnahmen, wie z.B. für Ostdeutschland.

Die neuen gesetzlichen Regelungen weisen jedoch in eine andere Richtung: Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung haben seit Anfang diesen Jahres nicht mehr die Verbesserung der Eingliederung zum Ziel. Stattdessen sollen sie dem „Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“ dienen (Arbeitsagentur 2004b). Die Bewilligungsdauer von einem Jahr wird nur noch in Ausnahmefällen verlängert. Teilnehmer, die in diesem Jahr eine solche Maßnahme begonnen haben, zahlen keine Beiträge mehr in die Arbeitslosenversicherung. Dies bedeutet, dass nach Beendigung solch einer Maßnahme möglicherweise die Anspruchsvoraussetzungen auf Arbeitslosengeld oder –hilfe nicht mehr erfüllt werden.

Darüber hinaus wären genauere *Analysen* wünschenswert, evtl. auch mit *umfangreicheren Datensätzen*, um zu untersuchen, welche gesundheitlichen Bereiche besonders negativ von (Langzeit-) Arbeitslosigkeit beeinflusst werden. Die vorliegende Arbeit versucht dies anhand der zusätzlichen Analysen der Dimensionen des SF-36. Dieses Ziel wird jedoch vermutlich aufgrund

der Beschaffenheit des Datensatzes nur bedingt erreicht. Eine Analyse der besonders betroffenen Bereiche wäre aber für weiterführende gezielte Interventionen hilfreich.

Interessant wäre auch zu überprüfen, ob nicht doch Unterschiede nach Dauer der Arbeitslosigkeit bestehen. Jahoda und Kieselbach (1983) stellen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit bereits nach wenigen Monaten fest. Das vorgeschlagene Phasenmodell kann jedoch aufgrund geringer Fallzahlen in dieser Arbeit nicht umgesetzt werden. Auch hier stellt sich die Forderung nach größeren Datensätzen, die solch eine Aufgliederung ermöglichen.

Die unterschiedliche Einschätzung der eigenen Gesundheit in verschiedenen Altersgruppen ist in den bisherigen Studien kaum Thema. Das Statistische Bundesamt stellt jedoch auch altersabhängige Belastungsprofile durch Arbeitslosigkeit fest. Dabei sind Personen im mittleren Lebensalter am stärksten von Arbeitslosigkeit belastet. Ältere Menschen sind aufgrund der Möglichkeit von vorgezogener Rente weniger belastet, ebenso wie junge, bisher nicht erwerbstätig gewesene Personen. Diesen werden jedoch durch die Arbeitslosigkeit Entwicklungsmöglichkeiten vorenthalten (Statistisches Bundesamt 1998a). Es wäre interessant zu sehen, ob sich die subjektive Gesundheit bei Altersgruppen unterscheidet in Abhängigkeit der Entwicklung der Arbeitslosenquote im zeitlichen Verlauf in der BRD. Dem zugrunde liegt die Annahme, dass es möglicherweise einen Unterschied im Umgang und Erleben mit Arbeitslosigkeit gibt: Je nachdem, ob eine hohe Arbeitslosenquote wie seit den 90ern zum Alltag der auf den Arbeitsmarkt Strömenden gehört, oder ob die Gesellschaft zum Zeitpunkt des Eintritts in die Berufstätigkeit kaum über Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit verfügt. Unterstützt wird diese Annahme durch die Studie von Lahelma et al (2002), welche zeigt, dass ansteigende Arbeitslosigkeit, zumindest kurzfristig, zu weniger gesundheitlicher Selektion auf dem Arbeitsmarkt führt. Mit den deskriptiven Ergebnissen dieser Arbeit wird ein Schritt in diese Richtung unternommen, es fehlt jedoch eine Umsetzung in multivariaten Modellen.

Um ein genaues Ausmaß der Betroffenen zu erhalten, wäre es notwendig, auch Personen der „Stillen Reserve“ mit zu berücksichtigen. Beachtung finden sollten dementsprechend Teilnehmer an Arbeitsbeschaffungs- und anderen Arbeitsmarktzahlen beschönigenden Maßnahmen sowie Hausfrauen. Eine Möglichkeit wäre die Erfassung der Arbeitslosigkeit über das Konzept der Erwerbslosigkeit. Für die Sozialforschung wäre es wünschenswert, wenn Datensätze größere Fallzahlen Arbeitsloser bieten würden.

Mit den Worten von Franz (1998) gesprochen, deuten die Ergebnisse dieser Arbeit auf das Ziel: Vermeidung und Verringerung von Arbeitslosigkeit und insbesondere Langzeitarbeitslo-

sigkeit hin. Aufgrund der sich verändernden Wirtschaftsstrukturen verändern sich auch die Lebensläufe. Dementsprechend sollten Lebensläufe mit „Lücken“ nicht als Manko, sondern als gesamtgesellschaftliche Realität betrachtet werden. Um die Situation der Betroffenen jedoch zu entlasten, wäre ein gesamtgesellschaftliches Umdenken notwendig. Dieses Umdenken sollte durch die (Gesundheits-)politik in Form gesetzlicher Regelungen angestoßen, durch Institutionen und Arbeitgeber umgesetzt und durch die Bürger verinnerlicht werden.

- Appels, A./Bosma, H./Grabauskas, V./Gostautas, A./Sturmans, F. 1996: *Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population*. Social Science and Medicine 42 (5): 681-689.
- Arbeitsagentur. 2004a: *Arbeitslosigkeit in West- und Ostdeutschland*.
http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start/gif/b_alo_w_o.shtml, eingesehen am 25.08.04.
- Arbeitsagentur. 2004b: *Ehrlicher 2. Arbeitsmarkt: Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen neu geregelt*.
<http://www.arbeitsagentur.de/vam/vamController/CMSConversation/anzeigeContent;jsessionid=BRxzFyAgjzX12vBvuXFfrKC4Snkk251akYB4uHeWQoiNYkGwfUmm!-1954543173?docId=32807&rqc=1&ls=false&ut=0>, eingesehen am 22.09.04.
- Arbeitsagentur. 2004c: *Ermittlung des Leistungssatzes. Allgemeiner und erhöhter Leistungssatz/Kinder*.
<http://www.arbeitsagentur.de/vam/vamController/CMSConversation/anzeigeContent?navId=8249&rqc=11&ls=false&ut=0>, eingesehen am 25.08.04.
- Arbeitsagentur. 2004d: *SGB III-Zip-File*.
<http://www.arbeitsagentur.de/vam/vamController/CMSConversation/anzeigeContent?navId=30091&rqc=2&ls=false&ut=0>, eingesehen am 25.08.04.
- Arbeitsagentur. 2004e: *Statistik. Schnellübersichten. Deutschland*.
<http://statistik.arbeitsamt.de/statistik/index.php?id=D>, eingesehen am 25.09.04.
- Arbeitsagentur. 2004f: *Zeitreihe Arbeitslose ab Januar 1991*.
<http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/detail/d.html>, eingesehen am 25.08.04.
- Arrow, J. O. 1996: *Estimating the Influence of Health as a Risk Factor on Unemployment: A Survival Analysis of Employment Durations for Workers Surveyed in the German Socio-Economic Panel (1984-1990)*. Social Science & Medicine 42 (12): 1651-1659.
- Bammann, K./Helmert, U. 2000: *Arbeitslosigkeit, soziale Ungleichheit und Gesundheit*, in: U. Helmert/K. Bammann/W. Voges/R. Müller (Hrsg.): *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland*. Weinheim und München: Juventa Verlag: 159-185

- Bartley, M./Ferrie, J./Montgomery, S. M. 2001: *Living in a high-unemployment economy: understanding the health consequences.*, in: M. Marmot/R. G. Wilkinson (Hrsg.): *Social determinants of health.* Oxford: 81-103
- Bath, P. A. 2003: *Differences Between Older Men and Women in the Self-Rated Health - Mortality Relationship.* *The Gerontologist* 43 (3): 387-395.
- Bellach, B.-M. 1999: *Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven.* *Das Gesundheitswesen.* 60 (Sonderheft 2): 55-56.
- Bellach, B.-M./Knopf, H./Thefeld, W. 1998: *Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98.* *Das Gesundheitswesen.* 60 (Sonderheft 2): 59-68.
- Benecke, A./Vogel, H. 2003: *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 16. Übergewicht und Adipositas.* Heft 16. Berlin: Robert Koch-Institut
- Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H. (Hrsg.). 2000: *Was erhält Menschen gesund? - Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Benjamins, M. R./Hummer, R. A./I.W., E./Nam, C. B. 2004: *Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific mortality.* *Social Science & Medicine* 59 (6): 1297-1306.
- Berger, P. A. 2001: *Lebensläufe, Mobilität und Milieustruktur in Ostdeutschland.*, in: R. Kollmorgen (Hrsg.): *Die Transformation Ostdeutschlands: Berichte zum sozialen und politischen Wandel in den neuen Bundesländern.* Opladen: Leske+Budrich: 249-270
- Berth, H./Förster, P./Brähler, E. 2002: *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. - Ergebnisse der 16. Welle der Sächsischen Längsschnittstudie.:*
- Berth, H./Förster, P./Brähler, E. 2003: *Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen.* *Gesundheitswesen.* 65: 555-560.
- Bertran, J./Claussen, B. 1999: *The ICOH Working Group "Unemployment and Health" Paris 25-26 September 1998: an Introduction.* *International Archives of Occupational and Environmental Health* 1999 (Supplement 72): 3-5.
- Bjorner, J. B./Kirstensen, T. S./Orth-Gomér, K./Tibblin, G./Sullivan, M./Westerholm, P. 1996: *Self-Rated Health a useful concept in research, prevention and clinical medicine.* Uppsala: Ord & Form AB.
- Blaxter, M. 2004: *Health. Key Concepts.* Cambridge, UK: Aldridge, Alan Barnes, Cornelia Mercer, Geof Blaxter, Mildred Bruce, Steve Elliott, Anthony Fenton, Steve Freeman, Michael Saward, Michael Power, John Scott Smith, Anthony D.

- Borg, V./Kristensen, T. S. 2000: *Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment ?* Social Science and Medicine 52: 1019-1030.
- Brähler, E./Laubach, W./Stöbel-Richter, Y. 2002: *Belastungen und Befindlichkeit von Arbeitslosen in Deutschland.*, in: J. Schumacher/K. Reschke/H. Schröder (Hrsg.): *Mensch unter Belastung. Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung.* Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften: 201-214
- Brauns, H./Steinmann, S. 1999: *Educational Reform in France, West-Germany and the United Kingdom: Updating the CASMIN Educational Classification.* ZUMA-Nachrichten 44 (23): 7-44.
- Breitenacher, M. 1999: *Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum.*, in: D. H. g. d. S. e.V. (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2000.* Geesthacht: Neuland: 7-21
- Brenner, M. H. 1979: *Mortality and the National Economy - a review, and the Experience of England and Wales, 1936-76.* The Lancet 15 Sept.: 568-573.
- Brinkmann, C. 1991: *Arbeitslosigkeit und Stille Reserve von Frauen.*, in: J. Huinink (Hrsg.): *Vom Regen in die Traufe: Frauen zwischen Beruf und Familie.* Frankfurt New York: Campus Verlag: 233-262
- Bühl, A./Zöfel, P. 2002: *SPSS 11: Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows.* München: Pearson Studium.
- Bullinger, M. 1998: *Der SF-36 Health Survey als krankheitsübergreifendes Profilinstrument.*, in: J.-M. Graf v. d. Schulenburg (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen. Grundlagen und Standortbestimmung.* Berlin Heidelberg: Springer Verlag: 177-188
- Bullinger, M./Alonso, J./Apolone, G./Leplège, A./Sullivan, M./Wood-Dauphinee, S./Gandek, B./Wagner, A. K./Aaronson, N. K./Bech, P./Fukuhara, S./Kaasa, S./Ware, J. E. J. 1998: *Translating Health Status Questionnaires and Evaluating Their Quality: The IQOLA Project Approach.* Journal of Clinical Epidemiology 51 (11): 913-923.
- Bundesagentur für Arbeit. 2004: *Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Monatsbericht August 2004.*
<http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start/index.shtml>, eingesehen am 26.08.04.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. 2002: *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Be-*

- rücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland.*
Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer 2002.
- Burger, M./Mensink, D. G. 2003: *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol. Konsumverhalten in Deutschland.* Berlin: Robert Koch-Institut
- Cardano, M./Costa, G./Demaria, M. 2004: *Social mobility and health in the Turin longitudinal study.* Social Science and Medicine 58 (8 Special Issue): 1563-1574.
- Chandola, T./Bartley, M./Sacker, A./Jenkinson, C./Marmot, M. 2003: *Health Selection in the Whitehall II Study, UK.* Social Science & Medicine 56 (10): 2059-2072.
- De Bruin, A./Picavet, H. S. J./Nossikov, A. 1996: *Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments.* Kopenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2001: *Alkohol. Basisinformationen.* Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. http://www.dhs-intern.de/pdf/Broschuere_Alkohol.pdf, 17.06.2004.
- Dietrich, H. 2001: *Jump, das Jugendsofortprogramm, Unterschiede in den Förderjahrgängen 1999 und 2000 und Verbleib der Teilnehmer nach Maßnahmenende.* IAB Werkstattbericht Ausgabe Nr. 3 (26.02.2001):
- DiPrete, T. 2001: *Life Course Risks, Mobility Regimes, and Mobility Consequences: A Comparison of Sweden, Germany, and the U.S..* Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
- Dohnke, B./Knäuper, B. 2002: *Subjektive Gesundheit: Ein quantitativer und qualitativer Vergleich von Selbst-, Fremd- und Arzturteilen.* Psychomed 14 (3): 161-166.
- Dufner, J./Jensen, U./Schumacher, E. 1992: *Statistik mit SAS. Mit zahlreichen Abbildungen, Beispielen und Übungsaufgaben.* Stuttgart: B.G. Teubner.
- ECHI. 2001: *Design for a set of European Community Health Indicators. Final report of the ECHI project under the EU Health Monitoring Programme.* Bilthoven: RIVM
- Elkeles, T. 1993: *Arbeitslose und ihre Gesundheit. Langzeitanalysen für die Bundesrepublik Deutschland.* Sozial- und Präventivmedizin 38: 148-155.
- Elkeles, T. 2001: *Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand.*, in: A. Mielck/K. Bloomfield (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie. Weinheim und München: 71-82
- Elkeles, T. 2003: *Arbeitende und Arbeitslose.*, in: F. W. Schwartz (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen.. München Jena: Urban & Fischer: 653-659

- Ellert, U./Bellach, B. M. 1999: *Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey - Beschreibung einer aktuellen Normstichprobe*. Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): 184-190.
- Ellert, U./Knopf, H. 1999: *Zufriedenheit mit Lebensumständen und Gesundheit*. Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): 145-150.
- Elstad, J. I./Krokstad, S. 2003: *Social causation, health-selective mobility, and the reproduction of socioeconomic health inequalities over time: panel study of adult men*. Social Science & Medicine 57 (8): 1475-1489.
- Eurostat. 2003: *Health in Europe - Results from 1997-2000 surveys*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Ferrie, J. E./Shiple, M. J./Stansfeld, S. A./Smith, G. D./Marmot, M. 2003: *Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health: the Whitehall II study*. Social Science and Medicine 57 (4): 637-46.
- Franz, A. 2003: *Krank und nicht versichert. Die Arbeit der "Malteser Migranten Medizin"*. Dr. med. Mabuse Zeitschrift im Gesundheitswesen Armut und Gesundheit. 28. Jahrgang (144): 34-37.
- Franz, W. 1998: *Arbeitslosigkeit.*, in: W. Zapf (Hrsg.): *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands.* Opladen: Leske+Budrich: 11-21
- Gerdtham, U. G./Johannesson, M. 2003: *A note on the effect of unemployment on mortality*. Journal of health economics 22 (3): 505-518.
- Gmünder Ersatzkasse Deutschland (GEK). 2001: *GEK-Gesundheitsreport 2001*. Schwäbisch Gmünd:
- Grobe, T., G. /Schwartz, F. W. 2003: *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. Heft 13. Berlin: Robert Koch-Institut
- Grobe, T. G./Dörning, H./Schwartz, F. W. 1999: *GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. Schwäbisch Gmünd: Asgard-Verlag.
- Grundy, E./Holt, E. 2000: *Adult life experiences and health in early old age in Great Britain*. Social Science & Medicine 51 (7): 1061-1074.
- Hauser, R. 1995: *Das empirische Bild der Armut in der Bundesrepublik Deutschland - ein Überblick*. Aus Politik und Zeitgeschichte 31-32: 3-13.
- He, Y. H./Colantonio, A. 2002: *Later-life Career Disruption and Self-Rated Health: An Analysis of General Social Survey Data*. Canadian Journal on Aging 22 (1): 45-57.

- Heidrich, J./Liese, A./Löwel, H. 2002: *Self-rated health and its relation to all cause and cardiovascular mortality in Southern Germany. Results from the MONICA Augsburg Cohort Study 1984-95*. Annals of Epidemiology 12: 338-345.
- Hellmeier, W./Stock, C./Krämer, A. 1998: *Die ordinale Regression als empfohlene Alternative zur logistischen Regression für die Analyse ordinal skalierten Daten.*, in: M. Wischnewsky (Hrsg.): Methoden der medizinischen Informatik, Biometrie und Epidemiologie in der modernen Informationsgesellschaft.. München: MMV Medien & Medizin Verlag: 495-498
- Helmert, U. 1994: *Sozialschichtspezifische Unterschiede in der selbstwahrgenommenen Morbidität und bei ausgewählten gesundheitsbezogenen Indikatoren in West-Deutschland.*, in: A. Mielck (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland.. Opladen: Leske + Budrich: 187-207
- Helmert, U. 2003: *Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Mortalitätsentwicklung*. Das Gesundheitswesen 65 (1): 47-54.
- Hessel, A./Geyer, M./Plötter, G./Schmidt, B./Brähler, E. 1999: *Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und subjektive Morbidität in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung*. Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie 49: 264-274.
- Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. P. 1998: *"Beruf" und "Stellung im Beruf" als Indikatoren für soziale Schichtung. "Occupations" and "Occupational Position" as Indicators of Social Strata.*, in: K.-H. Jöckel (Hrsg.): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie.. München: Medizin Verlag: 54-64
- Hollederer, A. 2002: *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik*. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 35 (3): 411-428.
- Hollederer, A. 2003: *Arbeitslos - Gesundheit los - chancenlos? IAB Kurzbericht*. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit. (Nr. 4/21.03.2003):
- Hosmer, D., W./Lemeshow, S. 2000: *Applied Logistic Regression*. New York Chichester Weinheim Brisbane Singapore Toronto: John Wiley & Sons, Inc.
- Idler, E. L./Benyamini, Y. 1997: *Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies*. Journal of Health and Social Behavior 38 (1): 21-37.

- Idler, E. L./Kasl, S. V. 1991: *Health Perceptions and Survival: Do Global Evaluations of Health Status Really Predict Mortality?* Journal of Gerontology: Social Sciences 46 (2): 55-65.
- Idler, E. L./Kasl, S. V. 1995: *Self-ratings of health: do they also predict change in Functional Ability?* Journal of Gerontology 50B (6): 344-353.
- Idler, E. L./Kasl, S. V./Lemke, J. H. 1990: *Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington counties, Iowa, 1982-1986.* American Journal of Epidemiology 131: 91-103.
- Idler, E. L./Russel, L. B./Davis, D. 2000: *Survival, Functional Limitations, and Self-rated Health in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study, 1992.* American Journal of Epidemiology. 152 (9): 874-883.
- Jahoda, M./Kieselbach, T./Leithäuser, T. 1983: *Arbeit, Arbeitslosigkeit und Persönlichkeitsentwicklung.* Bremer Beiträge zur Psychologie 23:
- Jahoda, M./Lazarsfeld, P./Zeisel, H. 1975: *Die Arbeitslosen von Marienthal.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp:
- Jöckel, K. H./Babitsch, B./Bellach, B.-M./Bloomfield, K./Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. P./Winkler, J. 1998: *Empfehlungen der Arbeitsgruppe "Epidemiologische Methoden" in der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie der Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) zur Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien.,* in: K.-H. Jöckel (Hrsg.): *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie..* München: Medizin Verlag: 7-38
- Kaplan, G./Goldberg, D., E. /Everson, S., A./Cohen, R., D./Salonen, R./Tuomilehto, J./Salonen, J. 1996: *Perceived Health Status and Morbidity and Mortality: Evidence From the Kuopi Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study.* International Journal of Epidemiology. 25 (2): 259-65.
- Kaplan, G. A./Camacho, T. 1983: *Perceived Health and Mortality: A Nine-Year Follow-up of the Human Population Laboratory Cohort.* American Journal of Epidemiology 117 (No 3): 292-304.
- Karr, W. 2002: *Zur Definition von Langzeitarbeitslosigkeit oder: messen wir wirklich, was wir messen wollen?* , in: G. Kleinhenz (Hrsg.): *IAB-Kompendium Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB* 250: 107-119

- Kasl, S. V./Gore, S./Cobb, S. 1975: *The experience of losing a job: reported changes in health, symptoms and illness behavior*. Psychosomatic Medicine 37 (2): 106-22.
- Kieselbach, T. 1999: *Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Perspektive eines zukünftigen Umgangs mit beruflichen Transitionen.*, in: U. Voigt/M. Siemer/T. Jürgens/I. Jahn (Hrsg.): *Armut im Überfluss - Gesundheit als Privileg. Eine Dokumentation des Gesundheitsforums 1999. Beiträge der Bremer Volkshochschule zur Erwachsenenbildung. Band 1. Bremen: 79-97*
- Kieselbach, T./Schindler, H. 1984: *Psychosoziale Auswirkungen von Arbeitslosigkeit und Hindernisse für eine Aktivierung Arbeitsloser*. Bremer Beiträge zur Psychologie Reihe C: Berichte aus der Wissenschaftlichen Einheit "Arbeit, Arbeitslosigkeit und Persönlichkeitsentwicklung":
- Kirchberger, I. 2000: *Der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand: Anwendung, Auswertung und Interpretation.*, in: A. Cieza (Hrsg.): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte Methoden Anwendung.. Landsberg: ecomed: 73-85*
- Kramers, P., G.N. 2003: *The ECHI project. Health indicators for the European Community*. European Journal of Public Health 13 (3 Supplement): 101-106.
- Krauskopf, D. (Hrsg.). 2004: *SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung.*: Beck Juristischer Verlag.
- Kurth, B.-M./Ellert, U. 2002: *The SF-36 questionnaire and its usefulness in population studies: results of the German Health Interview and Examination Survey 1998*. Sozial und Präventivmedizin 47: 266-277.
- Lahelma, E./Kivelä, K./Roos, E./Tuominen, T./Dahl, E./Diderichsen, E./Elstad, J. L./Lissau, I./Lundberg, O./Rahkonen, O./Rasmussen, N. K./Yngwe, M. A. 2002: *Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states*. Social Science and Medicine 55 (4): 609-25.
- Lahelma, E./Rahkonen, O./Huuhka, M. 1997: *Changes in the social patterning of health? The case of Finland 1986-1994*. Social Science & Medicine 44 (6): 789-799.
- Laubach, W./Mundt, A./Brähler, E. 1999: *Selbstkonzept, Körperbeschwerden und Gesundheitseinstellung nach Verlust der Arbeit - ein Vergleich zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten anhand einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung.*, in: A. Hessel (Hrsg.): *Gewinne und Verluste sozialen Wandels.. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag GmbH: 75-92*

- Lüschen, G./Geling, o./Janßen, C./Kunz, G./Knesebeck von dem, O. 1997: *After Unification: Gender and Subjective Health Status in East and West Germany*. Social Science & Medicine 44 (9): 1313-1323.
- Magee, W. 2004: *Effects of illness and disability on job separation*. Social Science and Medicine 58 (6): 1121-1135.
- Martikainen, P. 1990: *Unemployment and mortality among Finnish men, 1981-85*. British Medical Journal 301: 407-411.
- Maschewsky-Schneider, U./Greiser, E./Helmert, U. 1988: *Sind Frauen gesünder als Männer? Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in der Bundesrepublik Deutschland*. Sozial und Präventivmedizin 33: 173-180.
- Mensink, G. B. M. 1999: *Körperliche Aktivität*. Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): 126-131.
- Miilunpalo, S./Vuori, I./Oja, P./Pasanen, M./Urponen, H. 1997: *Self-Rated Health Status as a Health Measure: The Predictive Value of Self-Reported Health Status on the Use of Physicians Services and on Mortality in the Working-Age Population*. Journal of Clinical Epidemiology 50 (5): 517-528.
- Mohr, G. 1997: *Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit*, (Hrsg.): Wirtschaftspsychologie Band 5. Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit.. Frankfurt a.M., Berlin, u.a.: 43-99
- Morfeld, M./Petersen, C./Bullinger, M. 2003: *Subjektive Gesundheit erheben - Zur Methodik*. Forum Public Health
Forschung Lehre Praxis. 38 (April 2003): 6.
- Mossey, J. M./Shapiro, E. 1982: *Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly*. American Journal of Public Health 72 (8): 800-808.
- Müller, U./Heinzel-Gutenbrunner, M. 2001: *Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
- Naidoo, J./Wills, J. 2003: *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung*. Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Orth-Gomér, K./Undén, A.-L./Edwards, M.-E. 1988: *Social isolation and mortality in ischemic heart disease. A 10-Year follow-up study of 150 middle-aged men*. Acta Medica Scandinavica 224: 205-215.

- Osler, M./Christensen, U./Lund, R./Gamborg, M./Godtfredsen, N./Prescott, E. 2003: *High local unemployment and increased mortality in Danish adults; results from a prospective multilevel study*. Occupational and Environmental Medicine Nov 60 (11): e. 16.
- Pijls, L. T. J./Feskens, E. J. M./Kromhout, D. 1993: *Self-rated Health, Mortality, and Chronic Diseases in Elderly Men. The Zutphen Study, 1985-1990*. American Journal of Epidemiology 138 (10): 840-848.
- Power, C./Matthews, S. 1997: *Origins of health inequalities in a national population sample*. The Lancet 350 (9091): 1584-1589.
- Ravens-Sieberer, U. 2001: *Measuring and monitoring quality-of-life in population surveys: still a challenge for public health research*. Sozial und Präventivmedizin 46: 203-204.
- Robine, J. M./Jagger, C. 2003: *Report to Eurostat on European Health Status Module*.
<http://forum.europa.eu.int/irc/Download/kkeZAQJRmZG-Zx6FC2BB-dS16fS0Zp5R978bRspgK31rOU-WRcoZPTp-z04x52h-xx2O2S2D7uOxBd6Ff85Dj/Report%20to%20Eurostat%20on%20Health%20Survey%20Core%20Module%20-%20executive%20summary.pdf>, 20/07/04.
- Rodriguez, E. 2001: *Keeping the unemployed healthy: the effect of means-tested and entitlement benefits in Britain, Germany, and the United States*. American Journal of Public Health 91 (9): 1403-11.
- Schach, E./Rister-Mende, S./Schach, S./Glimm, E./Wille, L. (Hrsg.). 1994: *Die Gesundheit von Arbeitslosen und Erwerbstätigen im Vergleich. Eine Analyse anhand von AOK- und Befragungsdaten*. Dortmund: Wirtschaftsverlag NW.
- Schroeder, E./Potthoff, P./Reis, U./Klamert, A. 1998: *Erhebungsarbeiten im Bundes-Gesundheitssurvey*. Das Gesundheitswesen. 60 (Sonderheft 2): 104-107.
- Schultz, G. V. 1995: *Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Arbeitslosigkeit*. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 20 (4): 485-496.
- Schwartz, F. W./Siegrist, J./von Troschke, J./Schlaud, M. 2002: *Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung.*, in: U. Walter (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen.. München: Urban & Fischer: 23-60
- Schwarze, J. A., H.H./Anger, S. 2002: *Self-rated health and changes in self-rated health as predictors of mortality - First evidence from German panel data*. Discussion Paper No. 203. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
- Simonoff, J. S. 2003: *Analyzing categorical data*. New York: Springer texts in statistics.

- Statistisches Bundesamt. 1995: *Demographische Standards. Eine gemeinsame Empfehlung des Arbeitskreises Deutscher Marktforschungsinstitute (ADM), der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute (ASI) und des Statistischen Bundesamtes. Ausgabe 1995. Methoden - Verfahren - Entwicklungen. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt. 1998a: *Arbeitslosigkeit.*, (Hrsg.): GBE: Gesundheitsbericht für Deutschland.. Wiesbaden: Verlag Metzler-Poeschel:
- Statistisches Bundesamt. 1998b: *Subjektiver Gesundheitszustand und Beschwerden.*, (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.. Wiesbaden: Verlag Metzler-Poeschel: 58-62
- Statistisches Bundesamt. 2002: *Datenreport 2002. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland.* Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Thode, N. 2001: *Abschluss- und Ergebnisbericht zum RKI-Auftrag: Arbeitslosigkeit und Gesundheit.* Berlin: Robert Koch Institut
- Undén, A.-L./Elofsson, S. 2000: *Comparison between different measures of self-rated health, and an analysis of predictors.*, in: K. Orth-Gomér (Hrsg.): *Self-rated health in a European perspective.* Uppsala: FRN: 41-109
- Van de Mheen, H./Stronks, K./Schrijvers, C. T. M./Mackenbach, J. P. 1999: *The influence of adult ill health on occupational class mobility and mobility out of and into employment in the Netherlands.* Social Science & Medicine 49 (4): 509-518.
- Vang, J./Kristenson, M. 2000: *The concept of self-rated health.*, in: P. Nilsson/K. Orth-Gomér (Hrsg.): *Self-rated health in a European perspective.* Uppsala: FRN: 15-27
- WHO. 1946: *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.*
- WHO. 2000: *WHO HFA indicators for the new health policy in Europe.* Report on a WHO Expert Group Meeting. The Hague Netherlands. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- WHO report obesity. 1998: *Obesity: preventing and managing the global epidemic.* Genf:

Internetadressen (URLs)

<http://www.arbeitsagentur.de>

<http://www.who.int/en/>

http://europa.eu.int/comm/index_de.htm

http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indications/ev_20040219_en.htm

Bundesagentur für Arbeit

WHO

Europäische Kommission

**Übersichtsseite Projekte zu
Gesundheitsindikatoren der
Europäischen Kommission**

8.1 Ergänzung zur Operationalisierung

Erwerbstätigkeit

Die Antworten zur Frage „Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Sie zu?“ wurden in sechs verschiedenen Kategorien erhoben: „Zur Zeit nicht berufstätig“, „Teilzeit- oder stundenweise berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von unter 15 Stunden)“, „Teilzeit-berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden)“, „Voll berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr)“, „Vorübergehende Freistellung (z.B. öffentlicher Dienst, Erziehungsurlaub)“ sowie „Auszubildender (Lehrling)“. Die Fragestellung „Trifft eine der folgenden Angaben auf Ihre derzeitige Situation zu?“ bot neun verschiedene Antwortkategorien an: „In Schulausbildung“, „In Hochschulausbildung“, „Altershalber in Rente/pensioniert“, „Vorzeitig in Rente/pensioniert“, „Arbeitslos gemeldet“, „Ausschließlich Hausfrau/Hausmann“, „Wehr-/Zivildienst/freiwilliges soziales Jahr leistend“, „Umschulung/Arbeitsförderungsmaßnahme“ und „Nichts davon trifft zu“.

Äquivalenzeinkommen

Die niedrigste als auch die höchste Antwortkategorie nach der Frage des monatlichen Haushaltnettoeinkommens sind offen erfasst, wie im Hauptteil beschrieben. Die dazwischen liegenden Antwortkategorien wurden bis zu einem Einkommen in Höhe von 5.000 DM in 500 DM-Schritten erfasst (z.B. „1.000 bis unter 1.500 DM“). Ab 5.000 DM werden folgende Kategorien angeboten: „5.000 bis unter 6.000 DM“, „6.000 bis unter 8.000 DM“ sowie „8.000 bis unter 10.000 DM“.

Die Frage nach der Haushaltsgröße im BGS 98, welche die Anzahl aller Haushaltsmitglieder erfasst, bietet vier Altersklassen an: „unter 6 Jahre alt“, „von 6 bis unter 15 Jahre alt“, „von 15 bis unter 18 Jahre alt“, sowie „über 18 Jahre alt“. Die neu berechnete Haushaltsgröße für das Äquivalenzeinkommen setzt sich aus der Anzahl aller Personen abzüglich der Gesamtzahl der Personen unter 18 Jahren sowie der anschließend wiederum addierten Anzahl der unter 18-jährigen zusammen. Bei der Gewichtung wird folgendermaßen vorgegangen: der Haushaltsvorstand wird mit 1, Kinder bis 15 Jahre werden mit 0,5 und jede weitere Person im Haushalt über 18 Jahre wird mit 0,7 gewichtet.

Bildung

Folgende acht Antwortmöglichkeiten sind bei der Schulbildung vorgegeben: „Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss“, „Realschulabschluss (Mittlere Reife)“, „Abschluss Polytechnische Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)“, „Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)“, „Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS)“, „anderer Schulabschluss“, „Schule beendet ohne Abschluss“, „noch keinen Schulabschluss“.

Bei der Berufsausbildung werden folgende Antwortmöglichkeiten angeboten: „Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)“, „Berufsfachschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)“, „Fachhochschule, Ingenieursschule“, „Universität, Hochschule“, „Anderer Ausbildungsabschluss“, „kein beruflicher Abschluss (und nicht in der Ausbildung)“ sowie „noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in)“.

Nach CASMIN werden die Angaben zur Schul- und Berufsausbildung in der neuen Variablen Bildung²³ zusammengefasst. Diese umfasst neun Ausprägungen, welche in Tabelle 21 zusammenfassend dargestellt werden. Für die Analysen wird jedoch die Variable mit drei Kategorien verwendet.

Tabelle 21: Bildung nach CASMIN

1a	Ohne Abschluss, berufliches Praktikum
1b	Haupt-/Volksschulabschluss
1c	Haupt-/Volksschulabschluss mit Abschluss einer Lehr-/Anlernausbildung oder Meister-/Technikerausbildung
2a	Realschulabschluss (Mittlere Reife) mit Abschluss einer Lehr-/Anlernausbildung oder Meister-/Technikerausbildung
2c	Realschulabschluss
2c_gen	Fachschulreife, Hochschulreife (Abitur)
2c_voc	Fachschulreife, Hochschulreife (Abitur) mit Abschluss einer Lehr-/Anlernausbildung oder Meister-/Technikerausbildung
3a	Fachhochschule, Ingenieurschule
3b	Hochschule

Quelle: Brauns/Steinmann (1999: 43)

²³ Die genaue Beschreibung der Originalantwortkategorien sowie der Umgang mit den einzelnen Kategorien ist im Anhang nachzulesen.

Berufliche Stellung

Die 19 Antwortkategorien zur beruflichen Stellung sind in fünf Gruppen nach dem versicherungsrechtlichen Status eingeteilt. Diese Aufteilung ermöglicht noch keine Aussage über den Status des ausgeübten Berufs. Dies ist erst durch die Aufteilung innerhalb dieser Gruppen nach Tätigkeitsmerkmalen bzgl. Verantwortung möglich, wie im Folgenden beschrieben. In Klammern ist jeweils der Code der Stellung im Beruf angegeben. Die Gruppe der Arbeiter umfasst in der ersten und zweiten Kategorie un- (60) und angelernte (61) Arbeiter, in der dritten Kategorie gelernte Arbeiter (62) und Facharbeiter (62) sowie in der vierten Kategorie Vorarbeiter (63), Kolonnenführer (63), Meister (64), Polier (64), Brigadier. Die Selbständigen sind in fünf Kategorien erfasst, wobei selbständige Landwirte (10-13) in der ersten Kategorie anzutreffen sind, in der zweiten Kategorie finden sich die freien Berufe (15-17) und selbständigen Akademiker wieder, die dritte und vierte Kategorie enthalten sonstige Selbständige mit bis zu neun Mitarbeitern (22) sowie sonstige Selbständige mit zehn und mehr Mitarbeitern (23, 24) und die fünfte Kategorie enthält mithelfende Familienangehörige (30). Die Angestellten werden ebenfalls in fünf Gruppen erhoben. Die erste Gruppe umfasst Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis (50), die zweite Gruppe beinhaltet Angestellte mit einfacher Tätigkeit wie z.B. Verkäufer, Kontorist oder Stenotypist (51). Die nächste Gruppe umfasst Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit wie z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter oder technische Zeichner (52). Zur vierten Gruppe zählen Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion wie z.B. wissenschaftliche Mitarbeiter, Prokuristen, Abteilungsleiter (53). Die fünfte Gruppe schließlich umfasst Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben wie Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe und Verbände (54). Die Kategorie der Beamten wird in vier Gruppen erfragt wobei nach einfachem (40), mittlerem (41), gehobenen (42) und höherem (43) Dienst unterschieden wird. Die fünfte und letzte Gruppe der beruflichen Stellung enthält die Angabe „Sonstiges“. Hierzu zählen Auszubildende, Schüler, Studenten, Wehrpflichtige, Zivildienstleistende sowie Praktikanten. Diese besondere Gruppe wurde bei der Autonomie des Handelns nicht berücksichtigt, da jedoch davon auszugehen ist, dass diese Gruppe kaum Entscheidungen bzgl. der Arbeit bzw. des Arbeitsablaufs treffen kann, wurden sie in die niedrigste Stufe eingeordnet. Tabelle 22 gibt einen Überblick über den Wert der „Autonomie“ der Stellung im Beruf:

Tabelle 22: „Stellung im Beruf“ nach Autonomie des Handelns

Wert „Autonomie“	Code „Stellung im Beruf“		
1 - niedrig	60, 61		
2	40, 51, 62	10,11,12,12	
3	41, 52, 63	15, 21	30
4	42, 50, 53, 64	16, 22	
5 – hoch	43, 54	17, 23, 24	

Quelle: (Hoffmeyer-Zlotnik 1998 S. 61)

Wohnort

Der Wohnort wurde mit der Frage „Wo haben Sie im Jahre 1988 gewohnt?“ erfragt. Die Antwort wurde in drei Kategorien erfasst: „Auf dem Gebiet der damaligen DDR“, „Auf dem alten Gebiet der Bundesrepublik Deutschland“ sowie „Weder/noch“. Für die Analysen wird eine neue Variable gebildet, die nur Personen erfasst, die entweder auf dem Gebiet der ehemaligen DDR oder dem alten Gebiet der BRD lebten. Personen, welche angaben, zum Befragungszeitpunkt nicht in der BRD oder DDR gewohnt zu haben, werden von den Analysen ausgeschlossen.

Alkoholkonsum

Die Frage nach der Häufigkeit des Konsums alkoholischer Getränke bietet sieben vorgegebene Antwortkategorien an: „Mehrere Male täglich“, „Täglich bzw. fast täglich“, „Mehrere Male in der Woche“, „Etwa einmal in der Woche“, „Zwei bis dreimal im Monat“, „Einmal im Monat oder seltener“ sowie „(Fast) nie“. Die Antwortkategorien sind m.E. unglücklich gewählt, da die vorgegebenen Kategorien mehrere Möglichkeiten zusammenfassen, z.B. täglicher und mehrmals täglicher Konsum. Der Alkoholkonsum muss für weitere Analysen auf eine Menge festgelegt werden, was zu Ungenauigkeiten führt. Möglicherweise kommt es bei dieser Zusammenfassung der Kategorien sogar zu einer Überschätzung des Alkoholkonsums.

Für die weitere Berechnung der angestrebten Zielvariablen Alkohol in Gramm pro Tag werden die Antwortkategorien dieser Frage folgendermaßen behandelt: bei der Angabe mehrmals täglichen Konsums wird ein Konsum von zweimal pro Tag angenommen. Täglich bzw. fast täglich wird als täglicher Konsum betrachtet. Bei der Angabe, mehrmals pro Woche Alkohol zu konsumieren, wird angenommen, dass an dreieinhalb Tagen pro Woche Alkohol getrunken wird. Bei einem angegebenen Konsum von etwa einmal pro Woche wird der Verzehr auf ein-

mal pro Woche festgelegt. Die Antwort zwei- bis dreimal im Monat wird als 2,5 Tage Alkoholkonsum pro Monat ausgelegt. Bei der Antwort einmal im Monat oder seltener wird angenommen, dass der Konsum von Alkohol einen Tag im Monat nicht über bzw. unterschreitet, so dass bei der Angabe (fast) nie Alkohol zu konsumieren v.a. Personen zu zählen sind, die tatsächlich keinen Alkohol zu sich nehmen. Hierunter können auch Personen fallen, die z.B. aufgrund einer Alkoholabhängigkeit abstinent leben und somit wiederum eine Risikogruppe, aufgrund der damit möglicherweise einhergehenden Folgeerkrankungen, darstellen können.

Die Angaben zur Menge des konsumierten Alkohols, mit der zweiten Frage erhoben, werden bei den verschiedenen Alkoholsorten, wie im Folgenden beschrieben, unterschiedlich erfasst und folgendermaßen operationalisiert.

Die Angaben zur Konsummenge von Wein, Sekt und Obstwein werden in sechs Antwortkategorien erfasst: „mehr als 0,7 Liter“, „zwischen 0,4 und 0,7 Liter“, „zwischen 0,2 und 0,4 Liter“, „zwischen 0,1 und 0,2 Liter“, „weniger als 0,1 Liter“ und „trinke (fast) nie Wein, Sekt oder Obstwein“. Bei der Angabe, mehr als 0,7 Liter zu konsumieren wird angenommen, dass der Konsum bei 0,85 Litern liegt.

Die Angaben zu Bier mit normalem Alkoholgehalt sowie alkoholarms und Lightbier wurden in folgenden Kategorien erhoben: „Mehr als 2 Liter“, „1 bis 2 Liter“, „1/2 bis 1 Liter“, „1/4 bis 1/2 Liter“, „weniger als 1/4 Liter“, „trinke (fast) nie Bier“. Es besteht bei der höchsten Kategorie die Annahme, dass der Konsum bei 2,5 Litern liegt.

Die hochprozentigen Getränke wurden in Gläsern à 2 cl erfragt. Die Antwortkategorien waren dabei folgende: „10 kleine Gläser und mehr“, „5 bis 9 kleine Gläser“, „3 bis 4 kleine Gläser“, „2 kleine Gläser“, „1 kleines Glas“, „weniger als 1 kleines Glas“, „trinke (fast) nie hochprozentige alkoholische Getränke“. Diese Angaben werden in Liter umgerechnet. Bei der höchsten Kategorie wird angenommen, dass der Konsum bei 0,23 Litern liegt.

Dabei besteht bei allen Alkoholsorten das Problem, dass der Konsum generell in vorgegebenen Kategorien und der niedrigste sowie der höchste Konsum in einer offenen Kategorie erfasst werden. Aus pragmatischen Gründen wird daher für die einzelnen Kategorien der jeweilige Mittelwert verwendet, für die nach oben offene Kategorie wird der letzte Mittelwertschritt hinzugefügt. Weiter ist problematisch, dass die Angabe des geringsten Konsums bei allen Alkoholika mit der Antwort „trinke (fast) nie“ Bier usw. erfasst wird. Hierbei werden die Angaben „fast nie“ und „nie“ in einer Kategorie zusammengefasst, so dass nicht trennscharf

unterschieden werden kann, ob jemand nur sehr selten Alkohol konsumiert oder überhaupt keinen Alkohol trinkt, dies möglicherweise bedingt durch Alkoholabhängigkeit. Für die weiteren Analysen wird die Angabe (fast) nie Wein, Sekt oder Obstwein, hochprozentige alkoholische Getränke wie Rum, Likör und Schnaps, Bier mit normalem Alkoholgehalt und alkoholarms und Lightbier zu konsumieren, gewertet, als ob kein Alkohol konsumiert wird.

Im nächsten Schritt werden die jeweiligen errechneten Literangaben des konsumierten Alkohols mit dem Volumenprozentgehalt der jeweiligen Alkoholsorte²⁴ sowie mit 1000 multipliziert, um damit den täglichen Alkoholkonsum in Gramm zu erhalten. Dieses Verfahren wird für alle vier Alkoholsorten angewandt, anschließend werden alle Alkoholsorten addiert. Somit wird der tägliche Alkoholkonsum in Gramm erhalten.

²⁴ Der Volumenprozentgehalt der einzelnen Alkoholsorten wurde aus (Breitenacher 1999 S. 5) entnommen.

8.2 Ergänzung der multivariaten Ergebnisse

Aufgrund der aktuellen arbeitsmarktpolitischen Entwicklungen stellt sich für weitergehende Analysen die Frage, ob sich die subjektive Gesundheit von Teilnehmern an Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen besser darstellt als die Gesundheit Arbeitsloser.

Exkurs: Arbeitslose, Erwerbstätige, Teilnehmer an Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und subjektive Gesundheit

Die bisherige beeinflussende Variable des Erwerbsstatus wird um Teilnehmer an Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen ergänzt. Dabei zählen zu dieser Gruppe nur Personen, die angegeben haben, an einer Umschulung oder einer Arbeitsförderungsmaßnahme teilzunehmen. Ausgeschlossen werden Personen, die zugleich angegeben haben, arbeitslos gemeldet zu sein. Die Variable hat nun fünf Ausprägungen: Langzeitarbeitslose, Kurzzeitarbeitslose, Erwerbstätige mit längerer Arbeitslosigkeit, Erwerbstätige mit kürzerer Arbeitslosigkeit in der Vergangenheit und Teilnehmer an ABM. Diese Variable wird in den unter 5.2.1 beschriebenen Modellen eins bis fünf eingesetzt. Dargestellt werden die Ergebnisse für Männer in Tabelle 23 und für Frauen in Tabelle 25.

Die Ergebnisse zeigen auch weiterhin für langzeitarbeitslose Männer im Vergleich zu Erwerbstätigen ein höheres Risiko, ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen. Alle anderen Gruppen weisen einen leicht protektiven Zusammenhang bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit auf. So auch Teilnehmer an ABM.

Bei Frauen weisen kurz- als auch langzeitarbeitslose Frauen im Vergleich zu Erwerbstätigen ein höheres Risiko auf, ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht einzuschätzen. Auch erwerbstätige Frauen mit längerer früherer Arbeitslosigkeit sowie Teilnehmerinnen an ABM weisen ein erhöhtes Risiko einer schlechteren Gesundheit auf. Dieses Ergebnis verfehlt jedoch das Signifikanzniveau.

Werden jedoch nur arbeitslose Männer und Frauen den Teilnehmern an ABM gegenübergestellt, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit. So scheint dieser Personenkreis ähnlich gesundheitlich belastet zu sein wie Arbeitslose.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich die gesundheitliche Situation langzeitarbeitsloser Männer schlechter darstellt als bei Teilnehmern an ABM. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Teilnahme an einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme möglicherweise gesundheitsselektiv ist. D.h. nur Arbeitslose, die nicht krank sind, können an solch einer Maßnahme teilnehmen. Dies würde die bessere subjektive Gesundheit der Teilnehmer an ABM erklären. Die

gesundheitliche Situation Langzeitarbeitsloser und Teilnehmer an ABM unterscheidet sich zwar, es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass beide Gruppen gesundheitlich belastet sind.

Tabelle 23: Ergebnisse ordinaler Regressionen: Subjektive Gesundheit arbeitsloser Männer und Teilnehmer an ABM im Vergleich zu Erwerbstätigen Odds Ratios und Konfidenzintervalle

Männer		N	Modell 1***					Modell 2***					Modell 3***					Modell 4***					Modell 5***				
			S	SE	OR	95% CI			S	SE	OR	95% CI			S	SE	OR	95% CI			S	SE	OR	95% CI			
Alter			0,04	0,00	1,04	1,03	1,05	0,05	0,01	1,05	1,05	1,06	0,04	0,01	1,04	1,03	1,05	0,04	0,01	1,04	1,03	1,05	0,04	0,01	1,04	1,02	1,04
Erwerbsstatus	LzA	61	1,35	0,24	3,87	2,40	6,24	1,03	0,26	2,80	2,80	4,61	0,97	0,26	2,64	1,59	4,36	0,91	0,26	2,48	1,48	4,14	0,93	0,26	2,54	1,52	2,54
	KzA	79	0,12	0,22	1,13	0,73	1,74	-0,10	0,23	0,90	0,90	1,42	-0,12	0,23	0,89	0,56	1,40	-0,22	0,24	0,81	0,51	1,28	-0,29	0,24	0,75	0,47	0,75
	Erw > 12	47	0,22	0,35	1,25	0,63	2,47	0,02	0,35	1,02	1,02	2,03	0,01	0,36	1,01	0,50	2,03	-0,12	0,36	0,88	0,44	1,79	-0,12	0,36	0,88	0,44	0,88
	Teilnehmer ABM	1526	0,02	0,28	1,02	0,59	1,79	-0,08	0,29	0,92	0,92	1,61	-0,02	0,29	0,98	0,56	1,73	-0,10	0,29	0,91	0,51	1,62	-0,11	0,30	0,90	0,50	0,90
	RK: Erw < 12	31																									
Schulbildung	Hauptschulabschluß	664					0,65	0,15	1,91	1,91	2,56	0,62	0,15	1,86	1,38	2,52	0,47	0,16	1,59	1,17	2,17	0,43	0,16	1,53	1,13	1,53	
	Mittlere Reife	728					0,31	0,14	1,36	1,36	1,78	0,30	0,14	1,35	1,03	1,76	0,22	0,14	1,24	0,95	1,64	0,19	0,14	1,21	0,92	1,21	
	RK: Abitur	323																									
Bestel	sehr niedrig	250					0,93	0,30	2,53	2,53	4,54	0,95	0,30	2,58	1,43	4,66	0,84	0,31	2,32	1,27	4,23	0,82	0,31	2,27	1,24	2,27	
	niedrig	484					0,56	0,28	1,76	1,76	3,05	0,55	0,29	1,73	0,99	3,03	0,49	0,29	1,63	0,92	2,86	0,47	0,29	1,60	0,91	1,60	
	mittel	488					0,47	0,27	1,60	1,60	2,69	0,43	0,27	1,54	0,91	2,61	0,43	0,27	1,54	0,90	2,63	0,41	0,27	1,51	0,88	1,51	
	hoch	455					0,29	0,26	1,34	1,34	2,24	0,28	0,26	1,32	0,79	2,21	0,22	0,27	1,25	0,74	2,10	0,18	0,27	1,20	0,71	1,20	
	RK: sehr hoch	67																									
Äquivalenzeinkommen							-0,01	0,01	0,99	0,99	1,00	-0,02	0,01	0,98	0,97	0,99	-0,02	0,01	0,99	0,97	1,00	-0,02	0,01	0,99	0,97	0,99	
Hauptverdnr	nicht Hauptverdiener	341					-0,22	0,17	0,80	0,80	1,12	-0,34	0,22	0,71	0,47	1,09	-0,26	0,22	0,77	0,50	1,18	-0,23	0,22	0,79	0,51	0,79	
	Hauptverdiener	1192					-0,18	0,15	0,84	0,84	1,13	-0,32	0,23	0,73	0,47	1,13	-0,24	0,23	0,79	0,50	1,24	-0,24	0,23	0,79	0,50	0,79	
	RK: Alleinverdiener	212																									
Famstand	verwitwet, alleine lebend	4										0,44	0,95	1,55	0,24	10,02	0,47	0,96	1,60	0,24	10,43	0,43	0,96	1,53	0,23	1,53	
	alleine lebend	346										-0,19	0,19	0,83	0,57	1,20	-0,12	0,19	0,89	0,61	1,29	-0,08	0,19	0,93	0,64	0,93	
	RK: mit festem (E-he)Partner	1390																									
Alleinerziehend	alleinerziehend	17										-0,73	0,52	0,48	0,17	1,32	-0,86	0,52	0,42	0,15	1,17	-0,67	0,52	0,51	0,18	0,51	
	nicht alleinerziehend	757										-0,10	0,12	0,90	0,72	1,13	-0,12	0,12	0,89	0,70	1,12	-0,12	0,12	0,88	0,70	0,88	
	RK: keine Kinder (unter 18)	971																									
Soziale Unterstützung	keine Person	16										0,48	0,48	1,61	0,63	4,14	0,50	0,49	1,64	0,63	4,29	0,41	0,49	1,50	0,57	3,94	
	eine Person	71										-0,05	0,24	0,95	0,60	1,50	-0,09	0,24	0,92	0,58	1,46	-0,07	0,24	0,94	0,59	1,50	
	RK: zwei und mehr Personen	1652																									
Wohnort	Ostdeutschland	384										-0,03	0,13	0,98	0,76	1,25	-0,13	0,13	0,88	0,69	1,13	-0,10	0,13	0,90	0,70	1,16	
	RK: Westdeutschland	1279																									

Tabelle 24: Fortsetzung Tabelle 23

Männer		N	Modell 1***				Modell 2***				Modell 3***				Modell 4***				Modell 5***						
			S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI			
Zigarettenkonsum	regelmäßig	598												0,31	0,12	1,37	1,08	1,73	0,30	0,12	1,35	1,06	1,71		
	gelegentlich	127												-0,05	0,20	0,95	0,65	1,39	-0,06	0,20	0,95	0,65	1,39		
	Extraucher	434												0,21	0,13	1,24	0,96	1,59	0,20	0,13	1,22	0,94	1,56		
	RK: Nieraucher	586																							
Sportliche Aktivität	kein Sport	690												0,26	0,11	1,29	1,04	1,61	0,26	0,11	1,30	1,04	1,62		
	>2h/Woche	424												-0,35	0,13	0,71	0,55	0,90	-0,35	0,13	0,71	0,55	0,91		
	RK: bis 2h/Woche	629																							
Schlafdauer	> 8 Stunden	174												0,24	0,16	1,27	0,93	1,73	0,23	0,16	1,26	0,92	1,72		
	< 6 Stunden	76												0,27	0,23	1,31	0,83	2,06	0,27	0,23	1,31	0,83	2,06		
	RK: 6 bis 8 Stunden	1492																							
Vorsorgeuntersuchung	> 5 Jahren	4												-0,49	1,04	0,61	0,08	4,73	-0,46	1,04	0,63	0,08	4,86		
	vor 1 bis 5 Jahren	54												-0,87	0,30	0,42	0,23	0,76	-0,91	0,31	0,40	0,22	0,73		
	RK: in letzten 24 Monate	236																							
Alkohol														0,01	0,00	1,01	1,00	1,01	0,01	0,00	1,01	1,00	1,01		
BMI														0,02	0,01	1,02	1,00	1,05	0,02	0,01	1,02	1,00	1,05		
Erkrankung	krank	1415																	0,86	0,13	2,35	1,84	3,01		
	nicht krank	329																							
N Gesamt		1745																							
Pseudo R ² Nagelkerke			0,07				0,13							0,18					0,21						
Anpassungsgüte Pearson			0,02				0,20							0,84					0,95						
Parallelitätstest			0,81				0,30							0,18					0,15						

RK: Referenzkategorie; S: Schätzer; SE: Standardfehler; OR: Odds Ratio; 95% CI: Konfidenzintervall, untere und obere Grenze; AL: frühere Arbeitslosigkeit in Monaten

Nicht dargestellt: Missings

Signifikanzniveau: *** p<0,001

Fett: signifikante Ergebnisse

Tabelle 25: Ergebnisse ordinaler Regressionen: Subjektive Gesundheit arbeitsloser Frauen und Teilnehmerinnen an ABM im Vergleich zu Erwerbstätigen Odds Ratios und Konfidenzintervalle

Frauen		Modell 1***					Modell 2***					Modell 3***					Modell 4***					Modell 5***				
		N	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI
Alter			0,04	0,01	1,04	1,03 1,05	0,04	0,01	1,04	1,04 1,05	0,04	0,01	1,04	1,03 1,05	0,03	0,01	1,03	1,02 1,04	0,03	0,01	1,03	1,02 1,03				
Erwerbsstatus	LzA	61	0,72	0,23	2,05	1,31 3,21	0,53	0,24	1,69	1,69 2,71	0,62	0,24	1,86	1,15 3,00	0,56	0,25	1,74	1,07 2,84	0,53	0,25	1,70	1,05 1,70				
	KzA	79	0,63	0,26	1,88	1,13 3,13	0,46	0,27	1,58	1,58 2,67	0,53	0,27	1,70	0,99 2,91	0,53	0,28	1,71	0,99 2,95	0,55	0,28	1,74	1,01 1,74				
	Erw > 12	47	0,45	0,34	1,57	0,80 3,06	0,27	0,35	1,31	1,31 2,61	0,27	0,35	1,31	0,66 2,63	0,27	0,36	1,32	0,65 2,65	0,19	0,36	1,21	0,60 1,21				
	Teilnehmer ABM	1526	0,42	0,29	1,53	0,87 2,67	0,29	0,29	1,34	1,34 2,37	0,37	0,29	1,45	0,81 2,58	0,31	0,30	1,36	0,76 2,45	0,27	0,30	1,30	0,72 1,30				
	RK: Erw < 12	31																								
Schulbildung	Hauptschulabschluß	664					0,36	0,19	1,43	1,43 2,06	0,29	0,19	1,33	0,92 1,94	0,16	0,20	1,18	0,80 1,74	0,21	0,20	1,23	0,84 1,23				
	Mittlere Reife	728					0,01	0,16	1,01	1,01 1,38	-0,01	0,16	0,99	0,72 1,37	-0,10	0,17	0,91	0,66 1,26	-0,06	0,17	0,95	0,68 0,95				
	RK: Abitur	323																								
Bestel	sehr niedrig	250					1,18	0,46	3,25	3,25 7,99	1,18	0,46	3,25	1,31 8,06	1,23	0,47	3,41	1,36 8,56	1,27	0,47	3,55	1,41 3,55				
	niedrig	484					0,84	0,45	2,32	2,32 5,57	0,87	0,45	2,38	0,98 5,74	0,86	0,45	2,36	0,97 5,74	0,85	0,46	2,34	0,96 2,34				
	mittel	488					0,94	0,43	2,56	2,56 5,91	0,93	0,43	2,53	1,09 5,86	1,02	0,43	2,78	1,19 6,49	1,00	0,44	2,73	1,16 2,73				
	hoch	455					0,67	0,44	1,94	1,94 4,64	0,69	0,45	1,98	0,83 4,75	0,80	0,45	2,22	0,92 5,37	0,80	0,45	2,21	0,91 2,21				
	RK: sehr hoch	67																								
Äquivalenzeinkommen							-0,01	0,01	0,99	0,99 1,00	-0,02	0,01	0,98	0,97 1,00	-0,02	0,01	0,98	0,97 1,00	-0,02	0,01	0,99	0,97 0,99				
Hauptverdnr	nicht Hauptverdiener	341					-0,16	0,15	0,85	0,85 1,14	-0,21	0,25	0,81	0,50 1,32	-0,26	0,25	0,77	0,47 1,27	-0,26	0,25	0,77	0,47 0,77				
	Hauptverdiener	1192					-0,23	0,19	0,79	0,79 1,14	-0,28	0,26	0,76	0,46 1,26	-0,36	0,26	0,70	0,42 1,16	-0,37	0,26	0,69	0,42 0,69				
	RK: Alleinverdiener	212																								
Famstand	verwitwet, alleine lebend	4									-0,50	0,43	0,61	0,26 1,41	-0,35	0,44	0,71	0,30 1,66	-0,34	0,44	0,71	0,30 0,71				
	alleine lebend	346									-0,07	0,21	0,94	0,62 1,42	-0,12	0,22	0,89	0,58 1,35	-0,09	0,22	0,91	0,60 0,91				
	RK: mit festem (E-he)Partner	1390																								
Alleinerziehend	alleinerziehend	17									-0,19	0,33	0,83	0,44 1,57	-0,25	0,33	0,78	0,41 1,49	-0,29	0,33	0,75	0,39 0,75				
	nicht alleinerziehend	757									-0,13	0,14	0,87	0,66 1,16	-0,13	0,15	0,88	0,66 1,16	-0,13	0,15	0,88	0,66 0,88				
	RK: keine Kinder (unter 18)	971																								
Soziale Unterstützung	keine Person	16									1,06	0,44	2,88	1,21 6,84	1,07	0,45	2,91	1,20 7,03	1,02	0,45	2,78	1,15 6,72				
	eine Person	71									-0,30	0,27	0,74	0,44 1,26	-0,36	0,27	0,69	0,41 1,19	-0,32	0,28	0,73	0,42 1,24				
	RK: zwei und mehr Personen	1652																								
Wohnort	Ostdeutschland	384									-0,21	0,15	0,81	0,60 1,09	-0,22	0,15	0,80	0,59 1,08	-0,15	0,15	0,86	0,64 1,17				
	RK: Westdeutschland	1279																								

Tabelle 26: Fortsetzung Tabelle 25

Frauen		Modell 1***					Modell 2***					Modell 3***					Modell 4***					Modell 5***				
		N	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI	S	SE	OR	95% CI				
Zigarettenkonsum	regelmäßig	598													0,06	0,14	1,06	0,80	1,41	0,04	0,14	1,04	0,79	1,38		
	gelegentlich	127													0,03	0,22	1,03	0,67	1,60	-0,01	0,23	0,99	0,64	1,54		
	Exraucher	434													0,33	0,17	1,40	1,01	1,94	0,28	0,17	1,32	0,95	1,83		
	RK: Nieraucher	586													0(a)											
Sportliche Aktivität	kein Sport	690													0,15	0,13	1,16	0,90	1,49	0,16	0,13	1,17	0,90	1,51		
	>2h/Woche	424													-0,57	0,17	0,57	0,41	0,79	-0,56	0,17	0,57	0,41	0,80		
	RK: bis 2h/Woche	629																								
Schlafdauer	> 8 Stunden	174													0,30	0,16	1,35	0,98	1,86	0,33	0,16	1,39	1,01	1,92		
	< 6 Stunden	76													1,17	0,37	3,23	1,57	6,63	1,13	0,37	3,08	1,50	6,32		
	RK: 6 bis 8 Stunden	1492																								
Vorsorgeuntersuchung	> 5 Jahren	4													-1,57	2,70	0,21	0,00	41,27	-0,68	2,72	0,51	0,00	104,62		
	vor 1 bis 5 Jahren	54													-0,67	0,45	0,51	0,21	1,22	-0,37	0,45	0,69	0,29	1,68		
	RK: in letzten 24 Monate	236																								
Alkohol															0,00	0,01	1,00	0,98	1,01	0,00	0,01	1,00	0,99	1,01		
BMI															0,05	0,01	1,05	1,02	1,07	0,04	0,01	1,04	1,02	1,07		
Erkrankung	krank	1415																		1,13	0,24	3,09	1,94	4,92		
	nicht krank	329																								
N Gesamt		1745																								
Pseudo R ² Nagelkerke			0,07				0,10				0,11				0,18						0,19					
Anpassungsgüte Pearson			0,98				1,00				1,00				1,00						1,00					
Parallelitätstest			0,51				0,00				0,00				0,09						0,08					

RK: Referenzkategorie; S: Schätzer; SE: Standardfehler; OR: Odds Ratio; 95% CI: Konfidenzintervall, untere und obere Grenze; AL: frühere Arbeitslosigkeit in Monaten

Nicht dargestellt: Missings

Signifikanzniveau: *** p<0,001

Fett: signifikante Ergebnisse;

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere diese Arbeit selbständig verfasst und ausschließlich die angegebenen Quellen verwendet zu haben. Weiter versichere ich, die Arbeit an keiner Hochschule oder Fachhochschule als Abschlussarbeit eingereicht zu haben.

Berlin, den 30.09.2004