

ÜBERSICHTSARBEIT

Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht

Andreas Weber, Georg Hörmann, Walther Heipertz

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung: In Deutschland sind momentan etwa 3,7 Millionen Menschen arbeitslos. Vor diesem Hintergrund wird der sozialmedizinische Wissensstand gesundheitsrelevanter Aspekte von Arbeitslosigkeit diskutiert. **Methoden:** Selektive Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und PsycInfo der vergangenen 20 Jahre und Berücksichtigung deutschsprachiger Standardwerke der gesundheitsbezogenen Arbeitslosenforschung. **Ergebnisse:** Arbeitslosigkeit wirkt sich negativ auf die psychosoziale Gesundheit aus. Sie kann unter anderem zu Resignation, Rückzug, vermindertem Selbstwertgefühl, vermehrter Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, Familien- und Partnerschaftskonflikten, sozialer Isolation, Schlafstörungen, depressiven Störungen, Angsterkrankungen, Suchtmittelkonsum und suicidalen Handlungen führen. Weniger eindeutig ist die Datenlage hinsichtlich möglicher somatischer Negativeffekte von Arbeitslosigkeit, zum Beispiel auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gastrointestinale Störungen oder bösartige Neubildungen. Gesundheitsrelevante Folgen von Arbeitslosigkeit werden durch zahlreiche Variablen wie Alter, Geschlecht, Dauer der Arbeitslosigkeit, Vorerkrankungen, sozioökonomischen Status, Qualifikation/Bildung, Biografie, Persönlichkeit, soziale Unterstützung und individuelle Bewältigungsressourcen beeinflusst. **Diskussion:** Ursachewirkungsbeziehungen und protektive Faktoren sowie neuere gesellschaftliche Stressoren, wie Arbeitsplatzunsicherheit, Personalabbau, diskontinuierliche Erwerbsbiografien und prekäre Beschäftigungen sollten weiter erforscht werden. Das präventive/gesundheitsfördernde Engagement, insbesondere bei Langzeitarbeitslosen, sollte verstärkt werden.

Dtsch Arztebl 2007; 104(43): A 2957–62

Schlüsselwörter: Arbeitslosigkeit, Sozialmedizin, psychische Belastung, Gesundheitsverhalten, Mortalität

Auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist Arbeit für die Mehrheit der Bevölkerung die Grundlage der materiellen Existenz. Aus der beruflichen Tätigkeit resultiert gesellschaftlicher Status, Macht, Selbstbewusstsein und Erfolg. Neben ihrer sozialen Bedeutung hat man den Wert der Arbeit für die menschliche Gesundheit frühzeitig erkannt. Für Sigmund Freud definierte sich Gesundheit sogar wesentlich durch die Arbeit („Gesundheit als die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können“). Ob Arbeit krank oder gesund macht, hängt unter anderem ab von den kon-

SUMMARY

Unemployment and Health – a Public Health Perspective

Introduction: Around 3.7 million people are currently unemployed in Germany. This article presents evidence on the health effects of unemployment, from a public health perspective. **Methods:** Selective review of articles from PubMed and PsycInfo over the last 20 years, and discussion of key German language research articles addressing the health effects of unemployment. **Results:** Unemployment has adverse effects on psychosocial health. It can lead to resignation, withdrawal, decreased self-esteem, increased use of health services, conflict in families and partnerships, social isolation, sleep disturbance, depression, anxiety disorder, drug abuse and suicide and parasuicide attempts. Whether unemployment also has adverse somatic consequences such as cardiovascular disease, gastrointestinal disturbances, or malignancy, is scientifically less evident. The health related effects of unemployment are modified by numerous variables such as age, sex, duration of unemployment, previous illnesses, socioeconomic status, qualification/education, biography/personality, social support, and individual coping resources. **Discussion:** Future research needs to focus on the stressors associated with contemporary working patterns, such as job insecurity, reduction in staff numbers, discontinuous occupational biographies, and precarious working conditions. The commitment to health promotion, particularly among the long term unemployed, should be strengthened.

Dtsch Arztebl 2007; 104(43): A 2957–62

Key words: unemployment, social medicine, emotional pressure, health behaviour, mortality

kreten Arbeitsbedingungen, zum Beispiel von Schwere, Intensität, Arbeitszeit und Organisation, der Passung zwischen Anforderungen und Fähigkeiten sowie der individuellen Lebens- und Wertewelt. Bei einer gesundheitsorientierten Bewertung von Arbeitslosigkeit überwiegen eindeutig pathologische Aspekte (1–3). Auf der Basis einer selektiven Literaturlaufbereitung werden der wissenschaftliche Erkenntnisstand zu negativen gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit und mögliche Implikationen aus sozialmedizinischer Perspektive dargestellt.

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule, Köln (iqpr GmbH); Prof. Dr. med. Weber

Lehrstuhl für Allgemeine Pädagogik und Gesundheitspädagogik/ Forschungsstelle für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Otto Friedrich Universität, Bamberg; Prof. Dr. mult. Hörmann

Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg; Dr. med. Heipertz

KASTEN 1

Definition von Arbeitslosigkeit nach dem Sozialgesetzbuch SGB III

§ 16: Arbeitslose sind Personen, die

- vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen (Beschäftigungslosigkeit)
- eine versicherungspflichtige Beschäftigung suchen und dabei den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen (Verfügbarkeit)
- sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben

§ 17: Von Arbeitslosigkeit bedroht sind Personen, die

- versicherungspflichtig beschäftigt sind
- alsbald mit der Beendigung der Beschäftigung rechnen müssen
- voraussichtlich danach arbeitslos werden

KASTEN 2

Demografische Merkmale Arbeitsloser

Circa 3,7 Millionen Arbeitslose

- ~ 1,9 Millionen Frauen
- ~ 1,8 Millionen Männer
- ~ 470 000 Personen < 25 Jahre
- ~ 941 000 Personen > 50 Jahre
- ~ 1,3 Mio. Langzeitarbeitslose (> 12 Monate), davon sind ~ 50 % ohne Ausbildung

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, August 2007

Definition und Häufigkeit von Arbeitslosigkeit

Bis heute gibt es weder eine allgemein akzeptierte internationale Definition von Arbeitslosigkeit noch eine einheitliche Methode der Datenerhebung zur Häufigkeit ihres Vorkommens. Das internationale Arbeitsamt, die International Labour Organization (ILO), definierte im Jahr 2000 Arbeitslose als Personen, die [...] nicht erwerbstätig, für den Arbeitsmarkt verfügbar und auf der Suche nach Arbeit sind. In Deutschland sind die Definitionen nach § 16 SGB und § 17 SGB III (Sozialgesetzbuch III – Arbeitsförderung) maßgeblich (Kasten 1). Als Langzeitarbeitslose (§ 18 SGB III) gelten Menschen, die mindestens 1 Jahr arbeitslos sind. Jugendarbeitslose sind im Sinne der Agentur für Arbeit alle Arbeitslosen unter 25 Jahren („U 25“) (3–5). Im August 2007 waren in Deutschland etwa 3,7 Millionen Menschen arbeitslos, davon circa 1,3 Millionen länger als ein Jahr (Kasten 2). Arbeitslosigkeit betrifft alle Sozialschichten, Bildungsgrade und Altersgruppen (4, 6). Trotz der Entspannung am Arbeitsmarkt beträgt die Arbeitslosenquote

8,8 % (Stand: August 2007), wobei der Anteil in den neuen Bundesländern mit 14,7 % doppelt so hoch ist wie in den alten mit 7,3 %. Ferner besteht ein Nord-Süd-Gefälle mit der höchsten Arbeitslosenquote in Mecklenburg-Vorpommern (18,2 %) und den niedrigsten Raten in Baden-Württemberg (4,9 %) und Bayern (5,1 %). Weltweit sind nach Schätzungen der ILO über 400 Millionen Menschen arbeitslos (4, 5). Die Ursachen für Arbeitslosigkeit sind vielschichtig. Hierzu gehören eine unzureichende Nachfrage, unter anderem durch den Wandel von Arbeitswelt, Gesellschaft und Werten. Weitere Faktoren sind eine zunehmende Globalisierung, ein verschärfter Wettbewerb und Kostendruck, eine mangelnde individuelle Arbeitsbereitschaft, eine defizitäre Qualifikation und eine ineffektive Arbeitsvermittlung.

Arbeitslosigkeit als Gesundheitsgefahr

Bereits in ihrer im Jahre 1933 veröffentlichten Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ beschrieb die Wiener Sozialwissenschaftlerin Marie Jahoda (1907 bis 2001) soziale und gesundheitsrelevante Folgen von langer Arbeitslosigkeit nach Schließung der Textilfabrik in dem niederösterreichischen Dorf Marienthal (7). Die individuelle Bewältigung von Arbeitslosigkeit wird durch zahlreiche Moderatorvariablen beeinflusst: unter anderem Dauer, Lebensalter, Geschlecht, finanzielle Ressourcen, Bildung/berufliche Qualifikation, Persönlichkeitsstruktur, Kausalattribution, soziale Unterstützung („Netzwerke“), gesundheitliche Beeinträchtigungen, Gesundheitsverhalten, Arbeitssuchverhalten und sonstige Aktivitäten wie Hobbys, Ehrenamt oder Schwarzarbeit (3, 5, 7, 8). Insbesondere die Dauer der Arbeitslosigkeit beeinflusst das gesundheitliche Wohlbefinden von Arbeitslosen. So war nach einer Erhebung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung auf Grundlage der Daten des Sozioökonomischen Panels die Lebenszufriedenheit bei Langzeitarbeitslosen in 2005 so niedrig wie bei Pflegebedürftigen, wobei die Unzufriedenheit in den letzten 10 Jahren zugenommen hat (9). Im telefonischen Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts aus 2003 schätzten Langzeitarbeitslose ihre Gesundheit nicht nur negativ ein, sondern gaben auch ein vermehrtes Auftreten manifester Erkrankungen an (10). Hinsichtlich der Kategorie Geschlecht (Gender) sind die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit für Frauen aufgrund tradierter Rollenerwartungen früher wahrscheinlich eher unterschätzt worden. Die neuere Forschung sieht aufgrund der zunehmenden Angleichung der Karrieren und Berufsorientierung von Männern und Frauen keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich der Vulnerabilität durch Arbeitslosigkeit (5, 10). Zur Bedeutung des Alters sind die Befunde uneinheitlich. Gegenüber der Betonung der Jugendarbeitslosigkeit und einer für die Altersklasse der 35- bis 44-Jährigen postulierten höchsten psychischen Belastung aufgrund der stärksten Erwerbsorientierung (8), legen neuere amerikanische Forschungsergebnisse nahe, dass auch in der Gruppe der 51- bis 61-Jährigen

der unfreiwillige Arbeitsplatzverlust mit einer besonders hohen Gesundheitsgefährdung – unter anderem für Herzinfarkte, Schlaganfälle und depressive Störungen – einhergeht (11, 12, 13).

Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Selektion oder Kausalität?

Die Frage, ob Arbeitslosigkeit krank macht („Kausalitätshypothese“) oder Krankheit zur Arbeitslosigkeit führt („Selektionshypothese“), lässt sich aus wissenschaftlicher Sicht bis heute nicht abschließend beantworten. Im Einzelfall kann Arbeitslosigkeit sowohl Folge als auch (Mit-)Ursache einer Erkrankung sein („Dualität“) (3, 14, 15). Für die Selektionshypothese spricht unter anderen, dass in den 1980er- und 1990er-Jahren etwa ein Drittel aller Kündigungen krankheitsbedingt erfolgten und nach den Daten des telefonischen Gesundheitssurveys aus 2003 etwa ein Viertel aller arbeitslosen Männer ihre Arbeit wegen Krankheit verloren. In der Statistik der Bundesagentur für Arbeit weisen etwa 25 % aller Arbeitslosen, circa 40 % aller älteren Arbeitslosen (> 50 Jahre) und rund 50 % aller Langzeitarbeitslosen (> 12 Monate arbeitslos) vermittlungrelevante gesundheitliche Einschränkungen auf (4, 5, 9, 14). Holleder ermittelte im Rahmen einer Evaluation der medizinischen Untersuchungen (n = 310 048) des ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit, dass 42 % der Arbeitslosen an Muskel-/Skeletterkrankungen und 25 % an psychischen Erkrankungen litten (15). Von den Rehabilitanden, die im Jahre 2003 aus gesundheitlichen Gründen in deutschen Berufsförderungswerken umgeschult wurden, waren circa 75 % arbeitslos, davon wiederum 50 % länger als ein Jahr (16). Bei einer nicht unerheblichen Anzahl von Arbeitslosen sind zudem schwerwiegendere gesundheitliche Beeinträchtigungen objektiviert. Unter den im Jahresdurchschnitt 2005 registrierten circa 4,8 Millionen arbeitslosen Personen waren 191 000 als Schwerbehinderte im Sinne des SGB IX anerkannt. Der Anteil der schwerbehinderten Menschen in der Gesamtbevölkerung beträgt circa 6,8 Millionen (4). Dessen ungeachtet findet man zahlreiche Studien, die kausale Beziehungen zwischen Arbeitslosigkeit und der Entstehung von Krankheiten nahe legen (5, 17). Hinsichtlich des methodischen Ansatzes lassen sich dabei Makrountersuchungen, die auf Aggregatdaten basieren, von Mikrostudien, in denen mit Individualdaten gearbeitet wird, unterscheiden.

In Makrostudien wird die auf eine bestimmte Region bezogene Arbeitslosigkeit mit Mortalitätsangaben in Beziehung gesetzt, ohne zu wissen, ob die Verstorbenen auch wirklich die Belastungen von Arbeitslosigkeit durchgemacht haben. Mikrostudien mit personenbezogenen Daten analysieren dagegen mittels Quer- oder Längsschnitt Gesundheitsoutcomes von Individuen in Abhängigkeit von deren Erwerbsstatus. Bei Querschnittstudien ist eine Kausalinterpretation nicht möglich. Deshalb gelten Längsschnittuntersuchungen mit der Erhebung individuenbezogener Daten als „Gold-

KASTEN 3

Auswirkungen auf das Sozialleben

- Verlust sozialer Kontakte (soziale Isolation)
- fehlende Zeit-/Tagesstrukturierung
- finanzielle Probleme, Verschuldung
- schlechtes Wohnumfeld (Lärm, Emissionen, „Gettoisierung“ – drohende Obdachlosigkeit)
- Zunahme familiärer Konflikte (häusliche Gewalt, Partnerschafts-/Sexualitätsprobleme)
- Intergenerationeneffekte (verminderter Selbstwert/ höhere Suizidraten bei Kindern von Arbeitslosen)

KASTEN 4

Lebensstil und Gesundheitsverhalten

- vermehrter Konsum von Nikotin, Alkohol und Drogen
- Fehlernährung (Übergewicht, Unterernährung, einseitige „Billig“-Kost)
- physische Inaktivität („Play-Station-Syndrom“)
- veränderte Schlafgewohnheiten (Schlafdefizit, abweichender Schlafrhythmus)
- erhöhtes Unfallrisiko

standard“ der gesundheitsbezogenen Arbeitslosenforschung. Hier wird der Zeitraum vor und nach Eintritt der Arbeitslosigkeit, gegebenenfalls ergänzt um Informationen nach Wiedererlangung von Arbeit und wichtiger Störvariablen, berücksichtigt. Leider gibt es wenige methodisch hochwertige Studien (5, 15, 17). Daher wurden zur Bestätigung der Kausalitätshypothese auch Sekundärdatenanalysen, beispielsweise statistisches Material von Krankenkassen, und Daten aus Gesundheitssurveys herangezogen (10, 14). Gesundheitsrelevante Zielparameter von Untersuchungen zu negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit sind zumeist subjektive Befindlichkeit, Veränderungen im Sozialleben, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen (Versorgungsdaten), psychische und/oder somatische Morbidität und (vorzeitige) Mortalität (3, 5, 10, 14).

Wie macht Arbeitslosigkeit krank?

Unter den derzeit diskutierten pathogenetischen Wirkprinzipien von Arbeitslosigkeit sind das Stressmodell, gesundheitsschädigendes Eigenverhalten mit riskantem Lebensstil, die Deprivationstheorie und das „Vitaminmodell“, das sich auf sozioökonomische Defizite bezieht, bedeutsam. In der stresstheoretischen Perspektive stellt Arbeitslosigkeit einen starken sozialen Stressor dar, der zu emotionalen, mental-kognitiven, verhaltensbezogenen und pathophysiologischen und -biochemischen Reaktionen führt. Hierbei stehen neuroendokrine, metabolische und immunologische Para-

KASTEN 5

Arbeitslosigkeit und somatische Erkrankungen

- Adipositas
- Fett-/Kohlenhydratstoffwechselstörungen
- metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus Typ II
- arterielle Hypertonie
- koronare Herzerkrankung (Myokardinfarkt)
- Schlaganfall
- periphere arterielle Verschlusskrankheit
- Magen-/Darmbeschwerden
(zum Beispiel Gastritis, Ulkusleiden, Reizdarm)
- Leberleiden
(zum Beispiel Fettleber, Leberzirrhose)
- Immunsuppression
(zum Beispiel gehäufte Infekte)
- Atemwegserkrankungen
(zum Beispiel chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
- bösartige Neubildungen
(zum Beispiel Bronchialkarzinom)

meter im Vordergrund wie zum Beispiel erhöhte Cortisol- und Cholesterinspiegel, pathologische Glucosetoleranz, erhöhter arterieller Blutdruck oder zelluläres Immundefizit. Pathogenetisch spielen darüber hinaus auch durch Stress bedingte emotionale Beeinträchtigungen, wie Angst und Resignation, und gesundheits-schädigendes Eigenverhalten, beispielsweise erhöhter Alkohol- und/oder Nikotinkonsum als inadäquate Bewältigungsstrategie, eine wichtige Rolle. Die genannten Veränderungen werden als Risikofaktoren beziehungsweise Vorstufen manifester Erkrankungen interpretiert. Dies betrifft insbesondere kardiovaskuläre Erkrankungen wie Hypertonie, Herzinfarkt und Schlaganfall und psychosomatische Leiden, unter anderen depressive und Angststörungen. Beide Krankheitsgruppen können gewissermaßen als „Endstrecke“ einer chronischen psychosozialen Stress-einwirkung bei defizitären individuellen Bewältigungsmöglichkeiten aufgefasst werden. Die biologische Plausibilität ist somit gegeben (1, 3, 5, 8, 17). Die Deprivationstheorie und das „Vitaminmodell“ zielen auf die psychosozialen Folgen von Arbeitslosigkeit ab. Dabei gelten Funktionen der Erwerbsarbeit wie Gelderwerb, Zeitstruktur, Sozialkontakt, Status und Identität, regelmäßige Aktivität und Umgebungsfaktoren als wesentliche Bedingungen für emotionales Wohlbefinden und psychische Stabilität, die durch Arbeitslosigkeit erheblich beeinträchtigt wird. Empirisch gut belegt ist mittlerweile auch, dass niedriges Einkommen und reduzierter Lebensstandard mit eingeschränkter psychischer Gesundheit korrelieren (18). Im Hinblick auf eine Schädigung der sozialen Gesundheit durch Arbeitslosigkeit sind als wesentliche soziopathogene Faktoren finanzielle Defizite, Stigmatisierung, Rollenveränderungen, soziale Isola-

tion und Zeitstrukturierung anzuführen (8). Ausgehend von diesen pathogenetischen Überlegungen können sich negative gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit multidimensional manifestieren, wobei hier auf die Aspekte Sozialleben, Lebensstil/Gesundheitsverhalten, psychosomatische Morbidität, die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen und Mortalität abgehoben werden soll.

Sozialleben und Lebensstil

Arbeitslosigkeit beeinflusst das Sozialleben vor allem durch den Verlust sozialer Kontakte und finanzieller Ressourcen mit daraus resultierenden Folgeproblemen, zum Beispiel Verschuldung. So hat unter anderen auch der Deutsche Ärztetag 2005 Arbeitslosigkeit als den wesentlichen Grund für die wachsende Ausbreitung von Armut in der Gesellschaft thematisiert. Die insbesondere bei Langzeitarbeitslosen relevanten negativen Auswirkungen auf das Sozialleben sind im *Kasten 3* zusammengefasst (5, 19). Die im *Kasten 4* aufgeführten Verhaltensweisen (5, 8, 14, 17, 20) gelten als etablierte Risikofaktoren für den Erwerb sogenannter Zivilisationskrankheiten, sodass bestimmte somatische Erkrankungen bei Arbeitslosen, zum Beispiel koronare Herzerkrankung, arterielle Hypertonie, Schlaganfall, chronische Bronchitis, metabolisches Syndrom, Fettleber und Leberzirrhose, zumeist auch mit einem risikoerhöhenden Lebensstil zusammenhängen können (17).

Morbidität

Unter den mit Arbeitslosigkeit assoziierten somatischen Krankheitsbildern dominieren Adipositas, Stoffwechselstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Hierbei zeigten sich neben einem erhöhten arteriellen Blutdruck – zum Teil mit fragwürdiger klinischer Bedeutung – vermehrt vaskuläre Krankheitsbilder wie koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, zerebrovaskuläre Insuffizienz mit apoplektischem Insult oder periphere arterielle Verschlusskrankheit (17, 21). Die im Weiteren objektivierten Gesundheitsstörungen sind im *Kasten 5* zusammengefasst. Bei den beobachteten Auffälligkeiten beschrieb man häufig auch einen gesundheitsgefährdenden Lebensstil, sodass eine potenziell schädigende Wirkung von Arbeitslosigkeit auf diese Organsysteme im Kontext verhaltensbedingter Risiken zu sehen ist (5, 17, 22). Psychische und psychosomatische Erkrankungen können heute auf der Basis vieler, methodisch valider Untersuchungen und dreier Metaanalysen als gesicherte Folgen von Arbeitslosigkeit angesehen werden (5, 14, 18, 22, 23, 24). Darüber hinaus lassen sich hier sogar Dosis-wirkungsbeziehungen aufzeigen: So führt eine fortschreitende Dauer der Arbeitslosigkeit nicht nur zu einer Zunahme psychischer Beschwerden, sondern die Wiederaufnahme einer Arbeit geht auch mit einer Verbesserung des seelischen Befindens einher (5, 8, 10, 18). An psychischen Beeinträchtigungen wurden im Schrifttum unter anderen vermindertes Selbstwertgefühl, Hilf-/Hoffnungslosigkeit, Isolation/Einsamkeit,

Resignation, Apathie, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, chronische Müdigkeit, Reizbarkeit und Aggressionen beschrieben (3, 5, 14). Darüber hinaus sind bei Arbeitslosen aber auch ernstere Störungen der psychischen Gesundheit mit dem Auftreten von depressiven und Angststörungen, Suchtentwicklung und suizidalen Handlungen objektiviert worden (3, 14, 22).

Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen

Das vermehrte Auftreten psychischer Beeinträchtigungen spiegelt sich auch im statistischen Material der Krankenkassen bei der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen wider. So nimmt bei Arbeitslosen die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen (Diagnosegruppe F – ICD 10) seit Jahren zu. Auch die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer ist mit 22 Tagen/Jahr im Vergleich zu Erwerbstätigen mit 13 Tagen jährlich höher (1, 2, 14). Im Weiteren ist aus den Daten des Bundesgesundheits surveys von 1998 bekannt, dass Arbeitslose häufiger niedergelassene Ärzte konsultieren als Erwerbstätige. Nach Auswertungen von Datenmaterial der Gmünder Ersatzkasse (GEK) werden arbeitslose Männer und Frauen auch häufiger stationär in Akutkrankenhäusern behandelt als Erwerbstätige. Die häufigste Einzeldiagnose im Kollektiv der arbeitslosen GEK-Versicherten war dabei Alkoholmissbrauch (14).

Mortalität

Ein erhöhtes Risiko für ein vorzeitiges Ableben aufgrund von Arbeitslosigkeit beschrieb Brenner in mehreren Makrostudien bereits in den 1970er-Jahren (25). Trotz mehrfacher Bestätigung derartiger Beobachtungen lassen sich aufgrund des Studiendesign keine Kausalschlüsse ziehen (17, 21). Grobe ermittelte auf der Grundlage von Individualdaten der GEK ein erhöhtes Mortalitätsrisiko in Abhängigkeit von der Dauer der Arbeitslosigkeit. So hatten Versicherte, die weniger als 2 Jahre arbeitslos waren, im Vergleich zu andauernd Beschäftigten ein 1,6-fach erhöhtes, Versicherte, die länger als 2 Jahre arbeitslos waren, ein 3,4-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko (14).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Arbeitslosigkeit beeinträchtigt in erster Linie die psychosoziale Gesundheit. Diesbezüglich sprechen bedeutende Argumente für die Kausalitätshypothese (3, 5, 10, 14, 18, 24). Dies untermauert unter anderen die Konsistenz der Daten, Dosiswirkungsbeziehungen und Verlaufsbeobachtung. Demgegenüber ist die direkte Verursachung somatischer Erkrankungen durch Arbeitslosigkeit nach wie vor weniger gut belegt. In diesem Zusammenhang ist das bei Arbeitslosen häufiger dokumentierte negative Gesundheitsverhalten bedeutsam (17).

In der globalisierten Dienstleistungsgesellschaft rücken zunehmend auch neue psychosoziale Stressoren in den Blickpunkt, wie Angst vor Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit, Stellenabbau, Verschlechterung

KASTEN 6

Auswirkungen von Arbeitsplatzunsicherheit und Stellenabbau

- Schlafstörungen
- depressive Störungen und Angststörungen
- innere Kündigung
- vermehrtes Auftreten von Arbeitsunfällen
- vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen
- Blutdruckerhöhung
- Übergewicht
- vermehrter Nikotinkonsum

● Bei den nicht Gekündigten besteht zunächst Erleichterung, dann können Wut, Ärger, Ohnmacht, Trauer, Zukunftsangst und Resignation auftreten.

der Arbeitsbedingungen oder Armut trotz Arbeit. Die gesundheitlichen Auswirkungen hiervon sind durchaus mit manifester Arbeitslosigkeit vergleichbar (Kasten 6). Aus wissenschaftlicher Sicht besteht unveränderter Bedarf an methodisch validen Längsschnittuntersuchungen, in denen neben pathogenetischen Aspekten auch salutogenetische beziehungsweise protektiv wirksame Faktoren untersucht werden. Die aufgezeigten Wissensdefizite dürfen nicht zu einer Entpflichtung für ein präventives oder rehabilitatives Engagement führen. Hinsichtlich interventioneller Aktivitäten ist die „präventive Reintegration“, also die Verhinderung der Ausgliederung, beziehungsweise eine möglichst zeitnahe Wiedereingliederung in die Erwerbsarbeit, wesentlich. Hierzu ist in vielen Fällen noch ein Umdenken beziehungsweise ein Mentalitätswandel bei Arbeitnehmern und Arbeitgebern – aber auch bei den behandelnden Ärzten – erforderlich. In diesem Zusammenhang könnte das im SGB IX § 84 Abs. 2 verankerte Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) neue Möglichkeiten eröffnen (1, 2, 5).

Nach Verlust des Arbeitsplatzes sind sowohl die schnellstmögliche Wiedereingliederung durch Qualifizierung und Optimierung der Vermittlung zu unterstützen, als auch negative gesundheitliche Folgen von (Langzeit-)Arbeitslosigkeit zu verhindern beziehungsweise bestmöglich abzumildern. Wichtige Bereiche sind hierbei unter anderem Stärkung des Selbstwertes, Vermeidung sozialer Isolation, regelmäßige körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung und Suchtprävention. Insbesondere bei Menschen, die noch nie in ihrem Leben in einem geregelten Arbeitsverhältnis standen, kann bereits die Vermittlung vermeintlich banaler Anforderungen der Erwerbsarbeit, beispielsweise Tagesstrukturierung, Disziplin, Durchhaltevermögen und Regelmäßigkeit, Schwierigkeiten bereiten. Darüber hinaus werden derzeit weitere spezifische Angebote zur Förderung der Reintegration konzipiert oder bereits erprobt. Beispiele hierfür sind die Ar-

beitsförderung mit integriertem Gesundheitsmanagement im Projekt „AmigA“ in Brandenburg, das „Job-Fit NRW“ in Nordrhein-Westfalen und die „Job Train“-Programme von Berufsförderungswerken (3, 5). Da Arbeitsmarktexperten heute davon ausgehen, dass Massenarbeitslosigkeit auch im kommenden Jahrzehnt deutsche Wirklichkeit bleibt, wird die gesellschaftliche Diskussion um den Stellenwert sozialversicherungspflichtiger Erwerbsarbeit beziehungsweise alternativer Möglichkeiten der Teilhabe am Sozialleben in den nächsten Jahren weiter zunehmen.

Interessenkonflikt

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

Manuskriptdaten

eingereicht: 27. 4. 2007, revidierte Fassung angenommen: 12. 7. 2007

LITERATUR

1. Weber A, Hörmann G (Hrsg.): *Psychosoziale Gesundheit im Beruf: Mensch – Arbeitswelt – Gesellschaft*. Stuttgart: Gentner 2007.
2. Weber A, Hörmann G, Köllner V: *Psychische und Verhaltensstörungen – Die Epidemie des 21. Jahrhunderts?* Dtsch Arztebl 2006; 103(13): A 834–41.
3. Elkeles T, Kirschner W: *Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Intervention durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien*. In: Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band Nr. 3*, 1. Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag Nw. 2004.
4. Bundesagentur für Arbeit: *Eckwerte des Arbeitsmarktes*. www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik
5. Holleederer A, Brandt H (Hrsg.): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit – 1. Auflage*. Bern: Hans Huber 2006.
6. Thode E: *Die Arbeitsmarktsituation Äterer in Deutschland – Entwicklung und Status quo*. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): *Älter werden – aktiv bleiben*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2006.
7. Jahoda M, Lazarsfeld P, Zeisel H: *Die Arbeitslosen von Marienthal (1933)*. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1975.
8. Egger A, Wohlschläger E, Osterode W et al.: *Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit*. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2006; 41: 16–20.
9. Weick S: *Starke Einbußen des subjektiven Wohlbefindens bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit*. *ISI (Informationsdienst Sozial Indikatoren – ZUMA)* 2006; 35: 12–5.
10. Lange C, Lampert T: *Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer – Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003*. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2005; 48: 1256–64.
11. Gallo WT, Bradley EH, Dubin JA, Falba TA, Teng HM, Kasl SV: *The persistence of depressive symptoms in older workers who experience involuntary jobloss: results from the health and retirement survey*. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006; 61: 221–8.
12. Gallo WT, Bradley EH, Teng HM, Kasl SV: *The effect of recurrent involuntary job loss on the depressive symptoms of older US workers*. *Int Arch Occup Environ Health* 2006; 80: 109–16.
13. Gallo WT, Teng HM, Falba TA, Kasl SV, Krumholz HV, Bradley EH: *The impact of late-career job loss on myocardial infarction and stroke: a 10 year follow-up using the health and retirement survey*. *Occup Environ Med* 2006; 63: 683–7.
14. Grobe Th, Schwartz FW: *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. In: RKI (Hrsg.) *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 13*; Berlin 2003.
15. Holleederer A: *The health status of the unemployed in German unemployment statistics*. *IAB Labour Market Research Topics No 54*. Nürnberg 2003.

16. Beiderwieden K: *Trotz schwieriger Rahmenbedingungen: 62 % der Absolventinnen und Absolventen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke bundesweit wieder eingegliedert – Ergebnisse der Zwei-Jahres Nachbefragung 2003*. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*. Hannover 2005; 236–9.
17. Weber A, Lehnert G: *Unemployment and cardiovascular diseases: a causal relationship ?* *Int Arch Occup Environ Health* 1997; 70: 153–60.
18. Paul KI, Hassel A, Moser K: *Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit – Befunde einer quantitativen Forschungsintegration*. In: *Holleederer/Brandt (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit – 1. Auflage*. Bern: Hans Huber 2006; 35–51.
19. Ostry A, Maggi S, Tansey J et al.: *The impact of fathers physical and psychosocial work conditions on the attempted and completed suicide among their children*. *BMC Public Health* 2006; 77: 1–9.
20. Falba T, Teng HT, Sindlar JL, Gallo WT: *The effect of involuntary job loss on smoking intensity and relapse*. *Addiction* 2005; 100: 1330–9.
21. Weber A, Schaller KH: *Unemployment and health*. *Int Arch Occup Environ Health* 1999; 72(Suppl): S1.
22. Rose U, Jacobi F: *Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen – ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitsurvey 98*. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2006; 41: 556–64.
23. Blakely TA, Collings SCD, Atkinson J: *Unemployment and suicide. Evidence for a causal association?* *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 594–600.
24. Murphy G, Athanasou J: *The effect of unemployment on mental health*. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 1999; 72: 83–99.
25. Brenner MH: *Mortality and the national economy: a review and the experiences of England and Wales*. *Lancet* 1979; ii :568–73.

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Andreas Weber
 Institut für Qualitätssicherung in Prävention und
 Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule – IQPR GmbH
 Sürther Straße 171
 50999 Köln
 E-Mail: weber@iqpr.de



The English version of this article is available online:
www.aerzteblatt.de/english