

2

Macht Arbeitslosigkeit krank?

Inhalt

2.1	Die manifesten und die latenten Wirkungen von Arbeit	14
2.2	Sterben arbeitslose Menschen früher?	16
2.3	Sind arbeitslose Menschen kränker?	17
2.4	Macht Arbeitslosigkeit krank – oder Krankheit arbeitslos?	20
2.5	Wie lässt sich die Wirkung von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit erklären?	20
2.6	Beeinflusst Sozialpolitik die Gesundheit arbeitsloser Menschen?	22
Literatur		24

Wenn wir manchmal vor lauter Arbeit nicht mehr wissen, wie wir unseren Tag bewältigen sollen, mag die Vorstellung verlockend sein, nicht mehr arbeiten zu müssen. Was würden wir tun, wenn wir genug Geld hätten? Den Job an den Nagel hängen? Oder uns eine andere Arbeit suchen, die mehr Spaß und Erfüllung verspricht? Das sind durchaus Gedanken, die zu spinnen Freude machen kann. Aber langfristig arbeitslos sein und Hartz IV-Empfänger? Davor schaudert uns eher. Dabei liegt bekanntlich zwischen den unteren Lohngruppen, die zum Teil durch staatliche Hilfen aufgestockt werden müssen, und Hartz IV, offiziell Arbeitslosengeld II, finanziell gesehen kein so großer Unterschied. Was unterscheidet also Arbeitslosigkeit von Lebenskunst ohne Arbeit?

?

Was macht für Sie den Sinn der Arbeit aus und was würden Sie verlieren, wenn Sie arbeitslos werden würden?

2.1 Die manifesten und die latenten Wirkungen von Arbeit

Wenn man über die Folgen von langer Arbeitslosigkeit spricht, kommt einem die historische Marienthal-Studie in den Sinn. Marienthal, ein kleiner niederösterreichischer Ort nicht weit von Wien, war im 19. Jahrhundert um eine Textilfabrik herum entstanden (Abb. 2.1). In den zwanziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde dort eine starke gemeinschaftliche Arbeiterkultur gepflegt. Internationale sportliche Erfolge und Theaterkultur prägten den Ort. Die Weltwirtschaftskrise erfasste aber auch die Textilproduktion, die Werke in Marienthal mussten 1929 schließen, und so kam es, dass der größte Teil der Beschäftigten in Marienthal für mehrere Jahre arbeitslos wurde. Drei Viertel der Haushalte waren auf die magere Arbeitslosenhilfe angewiesen, die ohnehin nur über wenige Wochen gezahlt wurde. Ein Soziologenteam um Marie Jahoda, Paul Felix Lazarsfeld und Hans Zeisel begleitete und untersuchte die Bevölkerung des Ortes intensiv über einen längeren Zeitraum und gewann so Erkenntnisse über die Folgen dauerhafter Arbeitslosigkeit. Die Forscher wendeten quantitative und qualitative Methoden an, Beobachtungen und Interviews, zählten und vermaßen, was sie vorfanden, befragten aber auch eingehend die Menschen zu ihrem Leben (Jahoda et al. 1975).

Sicher unterscheidet sich die Lage der Menschen in Marienthal in mehrfacher Hinsicht von der heutigen Situation arbeitsloser Menschen in Deutschland. Der wichtigste Unterschied ist wahrscheinlich, dass die Menschen damals um ihr Überleben bangen mussten, da Nahrungsmittel fehlten und das



Abb. 2.1 Fotografie aus der Marienthal-Studie. Quelle: Archiv für die Geschichte der Soziologie in Österreich, Universität Graz

Hauptproblem war, genug zu essen zu bekommen. Andererseits betraf die Arbeitslosigkeit eine – zuvor intakte – Gemeinschaft als Ganzes und war damit kein individuelles Problem in einer ansonsten florierenden Gesellschaft, wie es heute häufig der Fall ist. Trotz dieser Unterschiede sind viele der Erkenntnisse aus der Marienthal-Studie unverändert gültig. Eine zentrale Aussage betrifft die Zeit, die zur Verfügung steht, wenn die Arbeit entfällt. Diese Zeit – und das macht den Unterschied aus zu selbst gewähltem Nichtarbeiten – wird nicht als gewonnene Zeit genossen. Marie Jahoda drückte es in einem Fernsehinterview [1983](#) so aus: „Die unbegrenzte Zeit, die keine Struktur hat, wo nichts wirklich geschehen muss, die unbegrenzte Zeit ist nicht Freizeit, sie ist eine ungeheure seelische Belastung, die den Menschen nur zeigt, dass sie nicht gebraucht werden, dass sie mit ihrer Zeit nichts tun können, das irgendeinen

Wert hat, die die Menschen dazu zwingt, sich als Ausgestoßene von der gesamten Gesellschaft zu fühlen.“ Jahoda und ihre Kollegen stellten fest, dass die Arbeitslosigkeit sich auf nahezu alle Lebensbereiche – zumeist negativ – auswirkte. Schon damals wurde vermutet, dass auch die Gesundheit betroffen ist. Dass dies in vielen Fällen zutrifft, werden wir im Folgenden näher darstellen.

Arbeit hat neben der sogenannten manifesten Funktion, ausreichend Geld für den Lebensunterhalt zu verdienen, auch eine Reihe latenter Funktionen: Zeitstrukturierung, Sinngebung, soziales Eingebundensein. Mit der Arbeitslosigkeit entfallen diese latenten Funktionen und müssen aus anderen Quellen ersetzt werden (Jahoda 1995). Soziales Eingebundensein, in praktischer und gefühlsmäßiger Hinsicht, meist unter dem Fachbegriff der sozialen Unterstützung subsumiert, und Kohärenzgefühl, das Gefühl, dass die Dinge des eigenen Lebens einen zusammenhängenden Sinn ergeben, gelten mittlerweile als zentrale Determinanten der Salutogenese, der Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung.

2.2 Sterben arbeitslose Menschen früher?

Aber stimmt es denn wirklich, dass arbeitslose Menschen kränker sind als Menschen, die eine berufliche Beschäftigung haben? Wenn wir im Folgenden diese Frage mit Ja beantworten, dann meinen wir den Vergleich zwischen Arbeitslosen und beruflich Beschäftigten als gesamte Gruppe. Im Kap. 7 über Arbeitsstress gehen wir auch darauf ein, dass sich die hier beschriebenen Unterschiede in der Gesundheit verringern, wenn arbeitslose Menschen mit Menschen verglichen werden, die unter psychosozial schlechten Arbeitsbedingungen tätig sind.

Eine der größten aktuellen Metaanalysen (Roelfs et al. 2011) führt die Daten von 42 Längsschnittstudien und über 20 Millionen Personen zusammen, um die Frage zu beantworten, ob, bei welchen Gruppen und unter welchen Umständen Arbeitslosigkeit mit einem erhöhten Risiko zu sterben (Gesamt mortalität) einhergeht. Die zentrale Aussage: Arbeitslosigkeit ist mit einem 63 % höheren Sterblichkeitsrisiko verbunden (für Fachleute: Hazard Ratio 1.63; 95 % Konfidenzintervall, 1.49–1.79), auch wenn Unterschiede im Alter und anderer möglicher Einflussgrößen zwischen den Arbeitslosen und den Nichtarbeitslosen statistisch berücksichtigt werden. Das gilt für alle Vergleiche zusammengenommen, sogar noch stärker, wenn arbeitslose nur mit erwerbstätigen Menschen verglichen werden und nicht mit der ganzen übrigen Bevölkerung. Das erhöhte Sterblichkeitsrisiko gilt besonders für Personen in den frühen und mittleren Abschnitten des Erwerbslebens, weniger für Personen im letzten Drittel der beruflichen Karriere. Männer sind stärker betroffen als Frauen. Der Zusam-

menhang zwischen Arbeitslosigkeit und Sterblichkeit tritt am stärksten auf in den ersten 10 Jahren nach Eintritt der Arbeitslosigkeit und wird danach langsam schwächer. Wenn ungesundes Verhalten wie Trinken, Rauchen etc. vor Eintritt der Arbeitslosigkeit in die Analysen einbezogen wird (als mögliche Ursache für beides, den Verlust der Arbeit und das Risiko zu sterben), fällt der Zusammenhang zwar etwas schwächer aus – bleibt aber dennoch erhalten. Das spricht dafür, dass tatsächlich die Arbeitslosigkeit an sich die wesentliche Ursache für die erhöhte Sterblichkeit ist.

2.3 Sind arbeitslose Menschen kränker?

Welche Erkrankungen stecken hinter diesem erhöhten Risiko frühzeitig zu sterben? Es sind vor allem psychische und kardiovaskuläre Erkrankungen, die bei arbeitslosen Menschen gehäuft vorkommen (Herbig et al. 2013). Hier fällt die Parallele zu den Erkrankungen auf, die durch Arbeitsstress verursacht werden. Häufiger sind es auch gewaltsame Ereignisse (Unfälle etc.), die primär unabhängig von Erkrankungen die erhöhte Sterblichkeit erklären können.

Zu den psychischen Erkrankungen zeigt die internationale Literatur, zusammengefasst in mehreren Metaanalysen: Psychische Erkrankungen treten bei langzeitarbeitslosen Menschen etwa doppelt so häufig auf wie bei entsprechenden Erwerbstätigen (Paul und Moser 2009). Die hohe Zahl geht vor allem auf das Konto von Depressionen. Angststörungen sind insgesamt in der Gesamtbevölkerung häufig, verglichen mit dieser unterscheiden sich auch Arbeitslose nicht sehr; vergleicht man arbeitslose aber mit berufstätigen Menschen, sind letztere erheblich weniger von Angst geplagt. Die Datenlage zu übermäßigem oder zumindest riskantem Alkoholkonsum ist gemischt: Zwar finden sich, wie es dem gängigen Vorurteil entspricht, insbesondere bei männlichen Arbeitslosen häufiger Personen, die zu viel Alkohol konsumieren; bei genauerem Hinsehen sind aber Ursache und Wirkung oft umgedreht: Häufig führt ein Alkoholproblem in die Arbeitslosigkeit – und nicht umgekehrt. Und zuletzt: Auch wenn man gesunde arbeitslose Menschen ohne die genannten psychischen Erkrankungen auf ihr psychisches Wohlbefinden hin untersucht, findet man eine verminderte Lebenszufriedenheit, die mit der Dauer der Arbeitslosigkeit weiter abnimmt.

Was wissen wir speziell über den psychischen Gesundheitszustand arbeitsloser Menschen in Deutschland? Das Bundesgesundheits-Survey gibt als repräsentative Querschnittstudie ein klares Bild: Mehr als 3000 Berufstätige und über 400 als arbeitslos gemeldete Personen wurden vor einigen Jahren sehr aufwendig untersucht, mit einem ärztlichen Interview, mit Blutentnahme, mit einer psychiatrischen Befragung, und dann hinsichtlich gesundheitlicher

Aspekte verglichen. Klarer Befund: Depressionen, in geringerem Maß auch Angststörungen, sind bei arbeitslosen Menschen deutlich häufiger (Lange und Lampert 2005). Dies können wir auch in unseren eigenen Untersuchungen zur Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen feststellen; darüber hinaus fiel uns der hohe Grad an Vereinsamung auf, der Anteil an Menschen, die keinen Partner haben, keine festen Bindungen (Herbig et al. 2012; Limm et al. 2012). Auch dies kann wieder Ursache und Folge der großen Häufigkeit psychischer Erkrankungen sein, die unter Arbeitslosen anzutreffen sind.

?

In Hinblick auf die „manifesten und latenten“ Wirkungen der Arbeit und mit ein bisschen Lebenserfahrung erstaunt es nicht, dass der Verlust des Arbeitsplatzes psychische Erkrankungen auslösen kann. Wenn wir aber überlegen, dass physische und psychosoziale Einflüsse am Arbeitsplatz auch krank machen können, könnte man annehmen, dass Arbeitslose körperlich gesünder bleiben. Was meinen Sie?

Auch körperliche Erkrankungen sind häufiger bei langzeitarbeitslosen Menschen, die Datenlage ist allerdings nicht so eindeutig.

Eine große prospektive Kohortenstudie während der Zeit der Rezession in Schweden (1992–1996) untersuchte die Sterblichkeit als Folge bestimmter Erkrankungen (im Fachjargon: krankheitsspezifische Mortalität). Die Teilnehmer hatten anfangs noch eine bezahlte Arbeit und wurden dann arbeitslos. Mit Dauer der Arbeitslosigkeit stieg die Sterblichkeit insgesamt an. Auch hier: Der Anstieg war stärker bei Männern als bei Frauen. Ursachen für die Mortalität waren bei Frauen hauptsächlich ein Anstieg alkoholbedingter Erkrankungen sowie äußerer Einflüsse (z. B. Unfälle). Ursachen bei Männern war ein Anstieg von Krebserkrankungen, kardiovaskulären Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall) und alkoholbedingten Erkrankungen, allerdings mit unterschiedlichen Zeitverläufen: Bis gegen Ende des 3. Jahres nach Beginn der Arbeitslosigkeit nahmen Krebs, Herzinfarkt und Alkoholfolgen zu, danach wieder ab; äußere Todesursachen stiegen stark zu Beginn und nochmals zum Ende der Beobachtung nach 4 und 5 Jahren an, Suizid und Verkehrsunfälle als Ursachen für die erhöhte Sterblichkeit nahmen zwar weniger stark, aber kontinuierlich zu (Garcy und Vågerö 2012).

Ähnliches wurde durch eine andere schwedische Studie bestätigt, die den Trick anwendete, nur Arbeitslosigkeit infolge einer Schließung von Betrieben zu untersuchen, um den möglichen Fallstrick zu vermeiden, dass erste Krankheitszeichen einer Person zum Jobverlust geführt haben könnten, nicht umgekehrt – der Jobverlust zur Krankheit. In den nächsten 12 Jahren nach den Betriebsschließungen stieg die Zahl der Krankenhausbehandlungen von Männern und Frauen aufgrund von Alkoholfolgen und die von Männern aufgrund von Verkehrsunfällen und Suizid an (Eliason und Storrie 2009).

Die führende Todesursache in westlichen Industrienationen sind aber nach wie vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen, mit dem Herzinfarkt als prominenter Manifestation. Auswertungen von deutschen Krankenkassendaten über Personen, die aus einem Arbeitsverhältnis in Arbeitslosigkeit wechselten, zeigten, dass Krankenhauseinweisungen aufgrund von Herzinfarkten mit der Dauer der Arbeitslosigkeit anstiegen: in den ersten 8 Monaten um 49 %, nach 8 bis 16 Monaten um 82 % und nach mehr als 16 Monaten um insgesamt 208 % (Geyer und Peter 2003). Ähnliches berichtete eine US-amerikanische Studie; hier ging es um mehrere Tausend Personen im Alter über 50 nach Verlust des Arbeitsplatzes. Trotz Berücksichtigung eventueller Unterschiede bei typischen Herzinfarkt-Risikofaktoren erlitten die arbeitslos Gewordenen – im Vergleich zu weiterhin berufstätigen Personen – in den nächsten 10 Jahren mehr als doppelt so viele Herzinfarkte und Schlaganfälle (Gallo et al. 2006). Diese Ergebnisse sind nicht unbestritten: Die o. g. schwedische Studie, die die Auswirkung des Arbeitsplatzverlustes durch Schließung von Betrieben untersuchte, fand hingegen keinen Anstieg der Krankenhauseinweisungen aufgrund von Herzinfarkten und Schlaganfällen (Eliason und Storrie 2009). Was schließen wir daraus? Insgesamt spricht vieles dafür, dass arbeitslose Menschen ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen tragen, auch wenn die Datenlage nicht ganz so klar ist wie bei den Depressionen. Für das Angebot von Hilfen für einen gesünderen Lebensstil geben die Befunde allemal Anlass:

Was einen Ausgleich im Lebensstil bewirken könnte, wurde in England bei Männern mit unterschiedlichem sozioökonomischem, hier beruflichem, Status durchgespielt. Wie erwartet, hatten Menschen mit höherem beruflichem Status weniger Herzinfarkte (7,5 %) als solche mit niedrigerem Status (11 % Herzinfarkte). Interessant ist nun die Frage, wie diese Statistik aussähe, wenn alles getan würde, was man tun kann, um Herzinfarkte und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei beiden Gruppen zu verhindern: Sportförderung, gesunde Ernährung, nicht rauchen, Verhinderung und richtige Behandlung von Diabetes, von Hochdruck, von erhöhtem Cholesterin etc. Natürlich würde in beiden Gruppen die Häufigkeit für Herzinfarkte sinken. Ganz wesentlich aber ließe sich durch eine optimale Gesundheitsförderung die *Differenz* zwischen Menschen mit niedrigerem und höherem sozioökonomischem Status verringern (Kivimäki et al. 2008). Übertragen auf den Zustand der Arbeitslosigkeit lässt sich annehmen, dass hier ein großes gesundheitliches Potenzial durch optimale Verringerung von Risikofaktoren besteht.

2.4 Macht Arbeitslosigkeit krank – oder Krankheit arbeitslos?

Die Diskussion, ob Arbeitslosigkeit krank macht (Kausalitätsthese) oder ob kranke Menschen eher arbeitslos werden (Selektionshypothese) lässt sich – wiederum wie vermutet – mit sowohl als auch beantworten. Und auch hier stützt man sich nicht auf eine Untersuchung, sondern auf eine Metaanalyse von fast 240 Querschnittuntersuchungen und fast 90 Längsschnittuntersuchungen (Paul 2006). Es gilt wieder: Nur Längsschnittuntersuchungen können aufgrund der zeitlichen Abfolge auch etwas über Ursache und Wirkung aussagen. Die Daten sprechen nun sowohl dafür, dass der Wechsel in die Arbeitslosigkeit Krankheit verstärkt, dass also gesunde Menschen durch Arbeitslosigkeit krank werden, als auch dass umgekehrt Menschen, die arbeitslos sind und wieder eine Beschäftigung finden, dadurch gesünder werden. Das lässt sich aus der krankmachenden Wirkung von Armut und den psychosomatischen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit an sich verstehen. Umgekehrt gibt es aber auch gute Daten, dass Menschen, die krank sind, schneller ihren Job verlieren und schwerer eine Arbeit finden. Einiges spricht auch dafür, dass ein niedriger sozioökonomischer Status, insbesondere geringe Bildung, sowohl Arbeitslosigkeit als auch Krankheit begünstigt, also Erklärung für beides ist. Es handelt sich somit nicht um Kausalität *oder* Selektion, sondern um Kausalität *und* Selektion – es gibt beide Phänomene. Das Tückische ist, dass Selektion und Kausalität sich gegenseitig verstärken im Sinne eines Teufelskreises, indem ein kranker Mensch eher arbeitslos wird, durch die Arbeitslosigkeit dann kränker wird und schließlich umso schlechtere Chancen hat, wieder Arbeit zu finden. Wir haben in eigenen Gesundheitsförderungsprojekten den großen Bedarf an Hilfe gesehen, die Menschen in einer solchen Lage benötigen.

?

Wie stehen wohl die Chancen für kranke Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit, diesem Teufelskreis zu entfliehen?

2.5 Wie lässt sich die Wirkung von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit erklären?

Wir haben oben die Marienthal-Studie und die manifesten und latenten Funktionen der Arbeit im Sinne Jahodas erwähnt. Der Wegfall der manifesten Funktion von Arbeit, das fehlende Einkommen und die damit verbundene vitale Bedrohung wie in Marienthal aufgrund von Hunger, oder „nur“ der bisherigen Existenz durch Verlust des Status und sozialer Abstieg lösen Stressreaktionen aus und erschweren unter Umständen einen gesunden Lebensstil.

Solche direkten Effekte sind stärker in Ländern ohne gute soziale Absicherung zu erwarten. Eng mit den latenten Funktionen von Arbeit hängen die indirekten Effekte von Arbeitslosigkeit zusammen: der Verlust der sozialen Kontakte und der gesellschaftlichen Vernetzung, die selbstverständlichen täglichen Aktivitäten, die Herausforderung durch Aufgaben, das Erleben von Sinn, die Strukturierung von Zeit, das Erleben von Kontrolle, die persönliche Identität und Position in einer Gemeinschaft (Herbig et al. 2013). In Kap. 7 über Arbeitsstress beschreiben wir das kognitive Stressmodell nach Lazarus und Folkman. Es hilft auch zu erklären, dass Menschen Arbeitslosigkeit umso bedrohlicher bewerten und damit erleben, je bedeutsamer berufliche Arbeit für ihre wirtschaftliche Existenz und für ihr Selbstverständnis ist und je weniger Bewältigungsmöglichkeiten (*Coping*) sie sehen. Es gibt den bemerkenswerten Befund, dass stärkere Bewerbungsaktivitäten mit schlechterer psychischer Gesundheit einhergehen. Bewerbungsaktivitäten produzieren – in jedem Fall bei längerer Arbeitslosigkeit – Misserfolgserlebnisse, die das Vertrauen in die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten der Stresssituation schwinden lassen. Wiederholte Misserfolgserlebnisse bewirken Hilflosigkeits- und Kontrollverlusterfahrungen, die wiederum zu Passivität und negativen Gesundheitseffekten führen (Frese und Mohr 1987). Arbeitslosigkeit kann noch Jahre später erhöhte Entzündungswerte im Sinne einer andauernden Stressreaktion nach sich ziehen (Janicki-Deverts et al. 2008). Im ersten Jahr nach Eintritt von Arbeitslosigkeit ließen sich – als biologisches Zeichen von Stress – ein Anstieg von Cortisol, einem der zentralen Stresshormone, und dann dauerhaft erhöhte Werte nachweisen (Maier et al. 2006). Schließlich gibt es – auf verschiedene Weisen erklärbar – Unterschiede im Lebensstil, ähnlich wie das auch für Beschäftigte mit niedrigem und hohem Arbeitsstress beobachtbar ist: 34 % der berufstätigen und 49 % der arbeitslosen Männer gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung des Bundesgesundheits-Survey von 1998 täglich zu rauchen. Die Unterschiede bei Frauen fielen mit 28 % gegenüber 31 % geringer aus (Grobe und Schwartz 2003).

Was sagen arbeitslose Menschen, wie sie den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sehen? Im telefonischen Bundesgesundheits-Survey von 2003 (Lange und Lambert 2005) wurde die Frage gestellt: „Hat Ihre Arbeitslosigkeit etwas mit Ihrer Erkrankung zu tun?“ Arbeitslose Menschen beantworteten sie umso häufiger mit „Ja“, je länger sie arbeitslos waren. 30 % der Männer, die länger als 12 Monate arbeitslos waren, hatten das Gefühl, wesentlich aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands keine Arbeit zu finden. Die Sicht der Ärzte der Bundesanstalt für Arbeit, die Vermittlungshindernisse aufgrund von Erkrankungen im Rahmen ihrer Begutachtungen diagnostizieren, bestätigt dies. Deren Daten zeigen, dass es, je länger die Arbeitslosigkeit andauert, desto häufiger krankheitsbedingte Vermittlungshemmnisse gibt.

2.6 Beeinflusst Sozialpolitik die Gesundheit arbeitsloser Menschen?

Wir haben oben die Metaanalyse zur Sterblichkeit unter Arbeitslosigkeit detaillierter beschrieben. Einbezogene Untersuchungen stammen im Wesentlichen aus den USA und Europa. Unerwartet fanden Roelfs und Mitautoren keinen Unterschied in der Stärke des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Mortalität, wenn sie die Studien aus den verschiedenen Staaten verglichen – solchen mit ausgeprägtem Wohlfahrtssystem wie die skandinavischen Länder und solchen ohne wie die USA. Dies liegt vielleicht daran, dass alle Krankheiten in einen Topf geworfen wurden, es ging ja um die Sterblichkeit unabhängig von der genauen Ursache. Ein besseres Bild liefern Analysen zu einzelnen Erkrankungen und Todesursachen. Insbesondere gibt es zu Suiziden viele Forschungsarbeiten – mit konsistenten Ergebnissen. Ein Beispiel dazu: Eine große internationale Arbeit ging der Frage nach, wie im Verlauf von 30 Jahren in verschiedenen europäischen Ländern wirtschaftliche Krisen und in der Folge Arbeitslosigkeit mit krankheitsspezifischer Mortalität zusammenhängen (Stuckler et al. 2009) (s. Abb. 2.2). Erstes Resultat: Arbeitslosigkeit zieht einen Anstieg der Suizidrate nach sich sowie einen Anstieg der Mordrate (aber eine Verringerung der Verkehrsunfälle). In einem zweiten Schritt wurde untersucht, inwiefern dieser Zusammenhang davon abhängt, wie viel in die aktive Arbeitsmarktpolitik investiert wird. Zweites Resultat: Es hängt von der pro Kopf und Jahr in die aktive Arbeitsmarktpolitik investierten Summe ab, ob ein Anstieg der Arbeitslosigkeit zu einem Anstieg von Suizid und Mord führt. Statistisch lässt sich in Ländern, in denen diese Investition 190 US-\$ pro Kopf und Jahr übersteigt, dieser Zusammenhang nicht mehr nachweisen. Dies kann als ein starker Hinweis gewertet werden (natürlich nicht als Beweis), dass Investitionen in die aktive Arbeitsmarktpolitik sich gesundheitlich auszahlen.

Der Sachverständigenbeirat für das Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten aus dem Jahre 2007 die Empfehlungen zur Gesundheitsförderung arbeitsloser Menschen formuliert. Das oberste Ziel sei, Menschen wieder in Arbeit zu bringen. In der eigentlichen Gesundheitsförderung werden folgende Punkte für wesentlich gehalten: (1) Partizipation der Betroffenen, (2) Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz, in der Lebenswelt, (3) zielgruppenspezifische Angebote, (4) Ausrichtung auf Risikoverhalten (z. B. Rauchen etc.), (5) Arbeit an der Motivation, bestehende Angebote in Anspruch zu nehmen. Mit dem Ziel, die psychische Gesundheit von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit zu verbessern, haben wir im Forschungsprojekt „Arbeit & Gesundheit“ versucht, diese Punkte zu berücksichtigen, und sehen ermutigende Resultate (Limm et al. 2013). Das oberste Ziel bleibt aber die erfolgreiche Vermittlung in eine Beschäftigung.

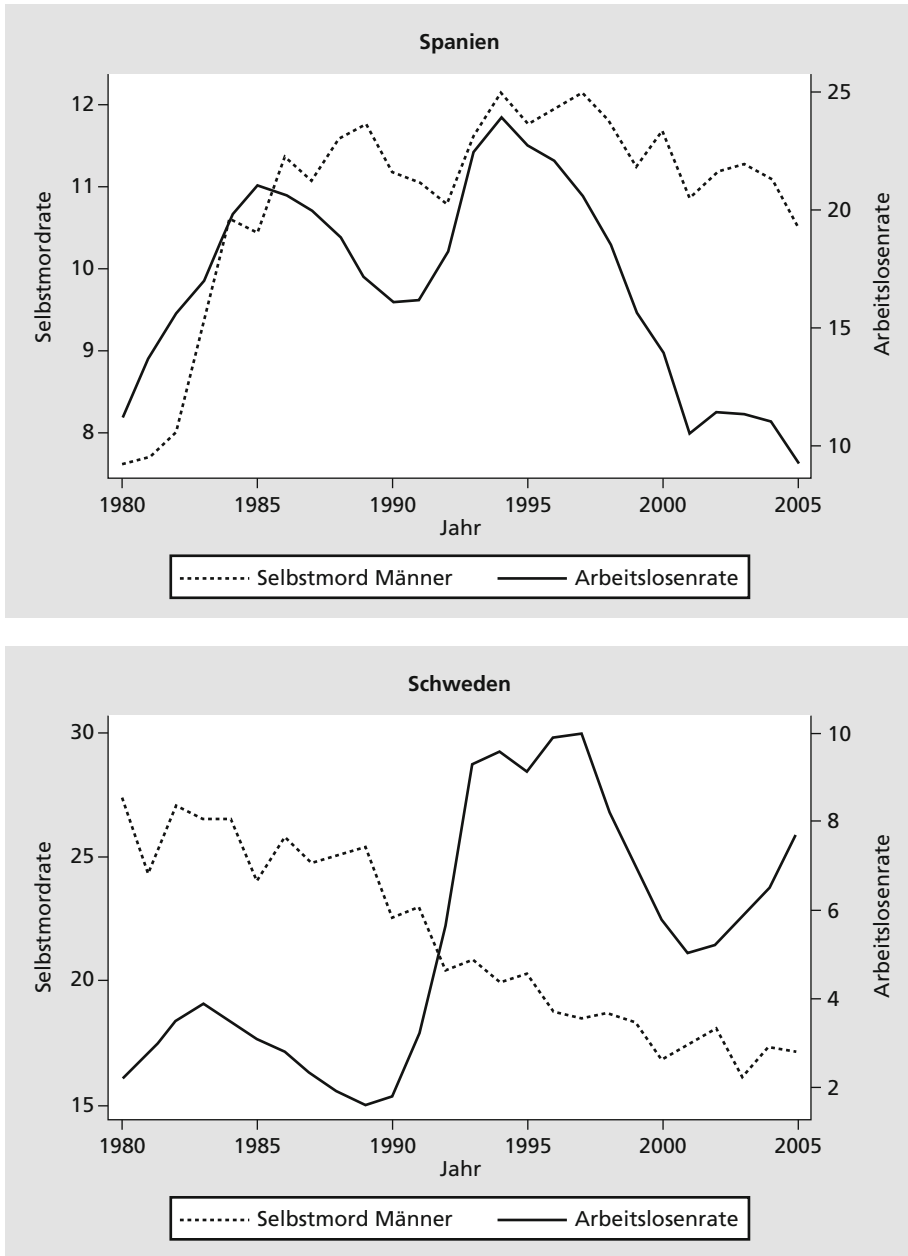


Abb. 2.2 Sozialpolitik, Arbeitslosigkeit und Suizidrate

Arbeiten und gesund bleiben

K.O. durch den Job oder fit im Beruf

Gündel, H.; Glaser, J.; Angerer, P.

2014, XVI, 205 S. 8 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-642-55302-8